



GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

MINISTERIO  
DE SALUD

**Ministerio de Salud**

**Dirección Nacional De Calidad En Salud**

**Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom**

**Postulación al Reconocimiento Interno a las  
Mejores Prácticas 2019**

**Reducción de las Infecciones del Torrente Sanguíneo  
Asociadas a Catéter Venoso Central con la  
implementación del apósito transparente estéril con  
gel de clorhexidina al 2%, en la Unidad de  
Hemodiálisis del HNNBB en el periodo de enero a  
diciembre de 2018**

**Equipo gestor:**

- **Licda. Marta Luz Martínez de Menjívar**
- **Licda. Cecilia Vásquez Cornejo**
- **Licda. Mercedes Cecilia Guardado de Ortiz**
- **Licda. Ana Lilian Cubias Alfaro**

**31 de octubre de 2019**

## Índice

Contenido	Pág
Presentación	2
Objetivos	3
Criterios de evaluación	4
1.Liderazgo y compromiso de la alta dirección	4
2.Identificación y análisis de la oportunidad de mejora	6
3.Gestión de la mejor práctica	10
4.Gestión del equipo de mejora	20
5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica	22
6. Resultados de la mejor práctica	23
7. Sostenibilidad y mejora	27
Glosario de términos clave	29
Anexos: N°1. Portada de la POA comité de IAAS	30
Anexos: N°2. Acta de asignación del equipo gestor	31
Anexos: N°3. Socialización de la buena practica	31
Anexos: N°4. Reporte de infecciones comité de IAAS	32
Anexos: N°5. Diploma de reconocimiento al equipo gestor	32
Anexos: N°6. Diploma de reconocimiento a los miembros del equipo gestor	33
Anexos: N°7. Imágenes del Catéter Venoso central antes del apósito de clorhexidina	34
Anexos: N°8. Metodología de recolección de la información	35
Anexos: N°9. Herramientas para recolección y análisis	35
Anexos: N°10. Notas enviadas para gestión de los apósitos de clorhexidina	36
Anexos: N°11. Innovación en la mejor practica	37
Anexos: N°12. Maquetas para talleres prácticos	39
Anexos: N°13. Imágenes satisfacción del paciente y cuidador	40

## Presentación

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, está ubicado en la final 25 Av. Norte y 29 calle poniente, sobre el Boulevard Los Héroes. Es una Institución Especializada de Tercer Nivel que atiende a pacientes de 0 a 12 años en las distintas especialidades.

Tiene una capacidad instalada de 276 camas censables y 100 no censables. Con un promedio de 13, 000 egresos por año.

En el hospital de día se atienden todos los programas de atención ambulatoria; dentro de ellos está el programa de tratamiento de sustitución renal (Hemodiálisis, diálisis ambulatoria y diálisis intermitente).

El programa de hemodiálisis atiende a 32 pacientes, con un promedio diario de atenciones de 13 pacientes. De acuerdo a los datos estadísticos y epidemiológicos de las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, en adelante (IAAS), las infecciones más frecuentes son las Infecciones del Torrente Sanguíneo en adelante (ITS) asociadas a Catéter Venoso Central, en adelante (CVC) con una tasa promedio de 7 por 1000 días CVC para el año 2017. Para el hospital representa un problema de salud, por los costos asociados y la necesidad de hospitalización.

Ante esta situación, el comité de IAAS, evaluó la necesidad de implementar una estrategia basada en evidencia que permita reducir la tasa de incidencia de ITS; estrategia basada en el mejoramiento de la práctica para la curación y el mantenimiento del CVC, que consiste en la colocación de un apósito transparente estéril con una almohadilla de gel antimicrobiano de gluconato de clorhexidina al 2%, con banda reforzada, para cubrir el sitio de inserción del CVC. Método que ha demostrado una reducción de las infecciones en el torrente sanguíneo relacionadas con el catéter y la colonización del mismo, tiene la ventaja que permite realizar la curación hasta los 8 días y no cada 3 días como se había estado haciendo. Este nuevo método evita la manipulación frecuente del CVC y reduce el riesgo de infección, disminuye además el consumo de material para la curación como; guantes, gasas, antisépticos de piel y cinta adhesiva, entre otros. Esto permite que el personal de enfermería disponga de mayor tiempo para proporcionar atención de calidad al paciente y familia.

## Objetivos

### Objetivo general:

Reducir el riesgo de infección del torrente sanguíneo, aplicando la estrategia del uso de apósito transparente estéril con clorhexinda al 2%, en el cuidado y mantenimiento del Catéter Venoso Central de los pacientes del programa de hemodiálisis del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, en el periodo de enero de a diciembre de 2018

### Objetivos específicos:

1. Implementar el uso de apósitos transparentes estériles con gel de clorhexidina al 2% como una buena práctica para la reducción de las infecciones del torrente sanguíneo asociada al uso prolongado de catéter venoso central (Mahurkar) en los pacientes del programa de hemodiálisis.
2. Capacitar al personal de enfermería que atiende a los pacientes del programa de hemodiálisis sobre el uso y mantenimiento de apósitos transparentes estériles.
3. Gestionar con las autoridades del hospital el abastecimiento permanente del apósito transparente estéril.
4. Contribuir a la reducción de la tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria por el uso prolongado de catéter venoso central en los pacientes del programa de hemodiálisis.
5. Contribuir a la disminución de ingresos de pacientes del programa de hemodiálisis por infecciones asociadas a CVC
6. Mejorar la satisfacción del paciente y familia con la implementación de la estrategia

## **Criterios y subcriterios de evaluación**

### **1. Liderazgo y compromiso de la alta dirección.**

#### **1.1. Liderazgo para promover la mejor práctica.**

##### **1.1.1. ¿De qué manera la alta dirección promueve la implantación de la mejor practica?**

El Ministerio de Salud por medio de la Dirección Nacional de Calidad en Salud ha establecido el Reconocimiento Interno a las Mejores Prácticas, el cual anualmente reconoce a equipos que desarrollan mejores prácticas en sus establecimientos. En el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom se promueve desde la Subdirección por medio de la Unidad Organizativa de la Calidad, quien, en reuniones con los comités, incentiva la elaboración y apoya el desarrollo de los mismos.

Además, está contemplado en el plan estratégico del hospital en el objetivo 4, estrategia 1, acciones 2 y 4.

El tema está incorporado dentro de las actividades del Plan Operativo del comité, como proyecto de mejora en Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS)

Cabe mencionar que en el manual organizativo de funcionamiento del comité de IAAS está establecido realizar investigaciones operativas y programadas que faciliten las mejores prácticas en el cuidado del paciente, para reducir los eventos adversos relacionados con la atención. **Anexo N°1: Portada de la POA IAAS**

##### **1.1.2. ¿Como la alta dirección se involucra durante la creación e implantación de la mejor practica?**

El Ministerio de salud a través de la Dirección Nacional de Enfermedades infecciosas y la Red Nacional de Enfermería en Seguridad del Paciente, son las entidades regulatorias que solicitan mantenerse informados sobre la implementación y desarrollo de proyectos de mejora, que vayan encaminados a garantizar cuidados seguros y libres de riesgo al paciente

La dirección del hospital a través de la subdirección y el departamento técnico de medicamentos del hospital apoyan estos proyectos gestionando la agilización en la adquisición de los insumos requeridos para la ejecución de los mismos. De igual manera solicitan informes de los resultados, los cuales son presentados por el equipo en reuniones de sala situacional. Además de facilitar las diferentes gestiones establecidas en el plan de trabajo para el desarrollo efectivo de la mejor práctica.

##### **1.1.3. ¿Como la alta dirección empodera a los miembros del equipo para el desarrollo de la mejor practica?**

La dirección del hospital por medio de la Unidad Organizativa de la Calidad, en adelante (UOC) ratifica la conformación del equipo gestor por medio de un acta de conformación del equipo para proyecto de mejora continua de la calidad.

En tal sentido la UOC delega al equipo gestor para la elaboración del proyecto de mejora, a fin de facilitar al equipo la coordinación con las diferentes dependencias involucradas en la mejor práctica,

además de facilitar el tiempo de reuniones del equipo, y los recursos necesarios para su desarrollo.

## **Anexo N°2: Acta de asignación del equipo gestor**

### **1.1.4. ¿Como la alta dirección da a conocer la mejor práctica a toda la organización?**

La dirección del hospital facilita al equipo gestor la presentación del proyecto de mejora en reunión de sala situacional en la que participan el director, sub director y las jefaturas del hospital, y las diferentes dependencias involucradas en la implementación de la mejor práctica

También se dan a conocer los resultados a través de una presentación, en las reuniones administrativas con enfermeras supervisoras, coordinadoras de área, enfermeras jefas de unidad y las reuniones con los grupos de apoyo de los diferentes servicios de hospitalización.

Facilito la gestión con enfermera educadora para que socializara el cambio de técnica en cuidado del catéter con los cuidadores de los pacientes

Se informo en reunión con enfermeras de la red nacional de enfermería en seguridad del paciente sobre la estrategia implementada en cuidado del CVC en pacientes del programa de hemodiálisis.

## **Anexo N°3: Socialización de la buena práctica**

### **1.2 Apoyo para el desarrollo e implementación de la mejor práctica**

#### **1.2.1. ¿Como apoya la alta dirección el desarrollo e implantación de la mejor practica?**

Para la ejecución de la mejor práctica no se cuenta con una asignación presupuestaria específica, se trabaja con el mismo presupuesto general asignado al hospital; tanto con recurso humano, equipos e insumos.

La adquisición de los apósitos transparentes estériles con cuadro de clorhexidina al 2%, se obtuvo inicialmente con una donación de la empresa 3M, (100 apósitos transparentes estériles con un costo unitario de \$7.38 dólares y un total de \$738.00) con esto se logró abastecer de insumos para un mes, mientras duraba la prueba piloto de la buena práctica. Posteriormente se hicieron las gestiones necesarias por medio del departamento técnico de medicamentos del hospital, la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones en adelante (UACI) y la Subdirección del Hospital para que se comprara insumos para tres meses (costo total de \$3,874.50 dólares obtenidos por licitación pública mayo 2018), luego se hizo la gestión para que este insumo pueda ser introducido al cuadro básico de insumos del hospital por medio del presupuesto general del hospital, el cual ya fue incorporado.

#### **1.2.2. ¿Qué medios utiliza la alta dirección para dar soporte a la mejor practica?**

La Dirección da seguimiento al trabajo del equipo por medio de la UOC, que es el enlace entre el hospital y el comité de Prevención y Control de IAAS, quien solicita informes mensuales sobre el avance y los resultados de la aplicación de la estrategia

El equipo gestor monitorea los resultados obtenidos, a través de la vigilancia epidemiológica (Análisis de las tasas de ITS) y envía informes mensuales a epidemiología, planificación del hospital, y a la

dirección nacional de enfermedades infecciosas del Ministerio de salud, en adelante (MINSAL). **Anexo N°4: Reporte de infecciones comité IAAS.**

### **1.3. Reconocimiento a equipos de mejora.**

#### **1.3.1. ¿Qué políticas e incentivos ha definido la organización para promover el desempeño efectivo de los integrantes del equipo que desarrollan la mejor práctica?**

La Unidad Organizativa de la Calidad del Hospital por indicación de la dirección motiva al equipo gestor de la mejor práctica por medio del acompañamiento durante el proceso de implementación de la buena práctica, además hace entrega de un diploma de reconocimiento por los resultados obtenidos luego de la aplicación de la estrategia para reducir las ITS asociadas a CVC en los pacientes del programa de hemodiálisis. **Anexo N°5: Diploma de reconocimiento al equipo gestor**

#### **1.3.2. ¿Como la organización reconoce a cada miembro de los equipos su trabajo en conjunto, respecto a la efectividad de los resultados alcanzados en la mejor practica?**

La Unidad Organizativa de la Calidad del Hospital por indicación de la dirección motiva al equipo gestor de la mejor práctica por medio de la entrega de un diploma de reconocimiento a cada uno de los integrantes del equipo gestor, acto que se desarrolla en reunión en la Dirección, por los resultados obtenidos luego de la aplicación de la estrategia Reducción de las Infecciones Asociadas a CVC con la implementación del apósito transparente con cuadro de Clorhexidina en la curación del catéter Mahurkar en la unidad de Hemodiálisis. **Anexo N°6: Diploma de reconocimiento a cada uno de los miembros del equipo gestor**

## **2. Identificación y análisis de la oportunidad de mejora**

### **2.1. Identificación y selección de la oportunidad de mejora**

#### **2.1.1. ¿Cómo se identificaron las oportunidades de mejora o los problemas a resolver?**

La metodología que aplico el equipo gestor para la identificación y análisis de los problemas con las infecciones asociadas a la atención fue:

1. Revisión documental de informes mensuales y base de datos del sistema de vigilancia epidemiológica del comité de IAAS
2. Monitoreo de la técnica de curación de catéter Mahurkar
3. Revisión digital de los sistemas SIMMOW, Sig Etab,

Se usó para la identificación de los problemas la herramienta de calidad de lluvia de ideas, la cual se desarrolló en reunión del equipo gestor, obteniendo el listado siguiente:

1. Curación con apósitos de gasa estéril cada vez que el paciente asiste a su tratamiento
2. Fácil desprendimiento del apósito
3. Los apósitos de gasa se humedecían fácilmente y se ensucian
4. Manipulación frecuente del dispositivo
5. Colonización frecuente del sitio de inserción del CVC
6. Infecciones frecuentes del torrente sanguíneo, en adelante (TS) asociadas al CVC

**Anexo N°7: Imágenes de CVC antes del uso del apósito de clorhexidina al 2%**

### 2.1.2. ¿Qué parámetros utilizaron para la priorización de la oportunidad de mejora?

Los parámetros utilizados para la priorización de la mejor práctica fueron los siguientes:

- Magnitud del problema por la Frecuencia de ITS asociadas a CVC que inciden en los ingresos hospitalarios e incrementan el riesgo de muerte
- Severidad del problema porque la incidencia de ITS genera un impacto negativo en el paciente por el riesgo de morbilidad y mortalidad y los costos al hospital por los días hospitalización y el consumo de antibióticos.
- Eficacia de la solución, por el aprovechamiento de los insumos, disminución de los días de hospitalización y consumo de antibióticos, además del tiempo de la enfermera y la disminución de la frecuencia de curación del CVC, mejorando el aspecto económico para el paciente y el hospital. Previene las complicaciones en el paciente
- La factibilidad de la intervención, por contar con los recursos necesarios y el apoyo institucional para el desarrollo de las actividades necesarias para solventar el problema.

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

La herramienta de calidad utilizada para priorizar el problema a intervenir fue la Matriz de Hanlon:

PROBLEMAS	Magnitud A (1 al 5)	Severidad B (1 al 5)	Eficacia C (1 al 3)	Factibili- dad D (1 al 3)	Total (A+B) CxD
1. Curación con apósitos de gasa estéril cada vez que el paciente asiste a su tratamiento	3	3	2	3	12
2. Fácil desprendimiento del apósito	4	4	2	2	12
3. Los apósitos de gasa se humedecían fácilmente	3	3	3	2	12
4. Manipulación frecuente del dispositivo	5	4	2	2	13
5. Colonización frecuente del sitio de inserción del CVC	4	4	2	2	12
6. Infecciones frecuentes del TS asociadas a CVC (Mahurkar)	5	5	3	3	19

### 2.1.4. ¿Como proyectó el impacto esperado para abordar la oportunidad de mejora?

Con la implementación del uso de los apósitos de clorhexidina para el mantenimiento del CVC en los pacientes de la hemodiálisis, **impactaría positivamente en el paciente**, debido a la reducción en el riesgo de infección del CVC, se manipulan con menor frecuencia, quedan más seguros y con una cobertura antiséptica de efecto residual por un periodo de 6 días, evitar ingresos hospitalarios por infección asociada, se previene complicaciones, se previene cambios frecuentes de catéter Mahurkar. **En el personal de salud**, reducir los tiempos en el procedimiento de la curación y poder dedicar tiempo de calidad al paciente. **En el medioambiente** impactar positivamente, debido a que hay menor

cantidad en la segregación de desechos hospitalarios y menor uso de autoclaves para la esterilización de los equipos de curaciones. **A la institución** reducir los costos en la hospitalización y en el uso de los antibióticos.

#### **2.1.5. ¿Cuáles son los estándares que se relacionan con la buena práctica?**

El estándar relacionado con la implementación de la buena práctica es el estándar 22 (Aplica a todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS).

El estándar 26.6, Brindar atención técnica en los servicios de pediatría

El estándar 29, Satisfacción del usuario.

#### **2.1.6. ¿Como se relaciona el tema de la oportunidad de mejora con la Autoevaluación de la CICGP del establecimiento?**

Con la implementación de la buena práctica se está fortaleciendo y mejorando el procedimiento del cuidado y mantenimiento del CVC, incidiendo en la reducción del riesgo de infección asociada en los pacientes del programa de hemodiálisis, permitiendo tomar modelos de mejora continua de la calidad en nuestra institución como respuesta a la carta iberoamericana de la calidad en la gestión pública. (Objetivo 1, literal b, Cap.2 principio 11 y 13, cap.4 sección I, principio 30 de la **CICGP**).

### **2.2 Recolección y análisis de la información**

**Se verifica la metodología que definió el equipo para la recolección y análisis de la información, así como la determinación de la brecha existente.**

#### **2.2.1. ¿Qué metodología aplico para la recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información que fue necesaria para el desarrollo y ejecución de la mejor practica?**

La metodología que se aplicó para la recolección, clasificación, consolidación, análisis de la información fue la observación y revisión documental, entre ellos los datos se recolectaron del análisis mensual de los registros del sistema de vigilancia epidemiológica que realizan las enfermeras del comité de IAAS (base de datos en Excel y VIGEPES 07), libros de registro de IAAS del servicio de hemodiálisis, el expediente clínico, además de la observación de la técnica de curación de CVC, del reporte de cultivos positivos de la sección de bacteriología del laboratorio, observación directa de la fijación de los apósitos con gasa estéril que traen los pacientes cuando vienen de casa (sucios y despegados). **Anexo N°8: Metodología para recolección de la información**

#### **2.2.2. ¿Cuáles herramientas aplico el equipo para la recolección y análisis de la información?**

Las herramientas que aplico el equipo para la recolección y análisis de la información fue la base de datos en Exel propia del equipo, el reporte de vigilancia epidemiológica del comité de IAAS, hoja de supervisión de la técnica de curación del CVC (Mahurkar), el expediente clínico, fotografías de la condición de apósito y catéter, SIIG Etab, Libros de registro, medios digitales como correos electrónicos y Whats App. **Anexo N° 9: Herramientas para recolección y análisis**

#### **2.2.3. ¿Cuáles fuentes de datos utilizo el equipo para verificar la confiabilidad?**

Se hizo uso del registro del sistema informático del comité como base en Excel, correos electrónicos, tabuladores, VIGEPES 07, SIIG Etab, entre otros, datos históricos en base de datos Excel de las infecciones asociadas a CVC reportadas de la unidad de hemodiálisis, registro de pacientes del programa de hemodiálisis, registro de los días CVC y expediente clínico.

#### Reporte de IAAS de Hemodiálisis histórico 2017

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM													
COMITÉ DE PREVENCION Y CONTROL DE IAAS													
REPORTE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES HEMODIALISIS													
HEMODIALISIS 2017													
TIPO DE INFECCION	Enero	Febre	Marz	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octu	Nov	Dic	Total
NAVM													0
NEUMONIA NOSOCOMIAL													0
SEPSIS ASOCIADA A CVC													0
SEPSIS													0
ITS. ASOCA CVC		1			1	5		2	3	1	1	3	17
EDOFTALMITIS													0
CONJUNTIVITIS													0
M. ORAL													0
ISQx. I.S. HL													0
ISQx. I.S. HLC													0
IVU													0
IVU ASOCA STU													0
MENINGITIS													0
INF. PIELY TEJIDOS													0
FLEBITIS													0
INF. SITIO INSERCIÓN CVC		2				1		2					5
PERITONITIS													0
INF. SNC													0
VARICELA													0
TOTAL	0	3	0	0	1	6	0	4	3	1	1	3	22

#### 2.2.4. ¿Cómo determinó y cuál es la brecha existente entre la situación actual (línea base) y la situación o proyección deseada?

En el servicio de hemodiálisis del HNNBB durante el año 2017 hubo 17 (100%) infecciones del Torrente sanguíneo asociadas a Catéter Venos Central, por lo que con el presente proyecto de mejora se espera disminuir a un 25%

<b>Línea base: Enero a diciembre 2017</b>	<b>Proyección: Enero a diciembre 2018</b>	<b>Brecha</b>
17 (100%) infecciones del Torrente sanguíneo asociadas a CVC en el periodo, de un total de 32 pacientes del programa de hemodiálisis	4 (25%) infecciones del Torrente sanguíneo asociadas a CVC en el periodo	13 infecciones del Torrente sanguíneo asociadas a CVC en el periodo

### 3. Gestión de la mejor práctica

#### 3.1 Planificación de la mejor práctica

##### 3.1.1. ¿La mejor práctica está orientada con la misión, visión, objetivos y lineamientos estratégicos de la organización?

El hospital Nacional de niños es un Hospital pediátrico de tercer nivel de atención en salud a través de servicios especializados en las diferentes especialidades. La implementación de la mejor práctica está relacionada con la misión del Hospital ya que es un Hospital público de referencia que brinda atención de salud a la población pediátrica, a través de servicios especializados, con recursos humanos multidisciplinarios, desarrollando una gestión basada en valores que garantizan la satisfacción del usuario y familia y con la visión de Convertirnos en un Hospital líder en atención que brinde servicios médicos de avanzada, basados en la búsqueda permanente del crecimiento profesional y excelencia científica e investigativa, comprometidos con un sistema de valores que evidencie y garantice la satisfacción del usuario en este caso a los pacientes del programa de Hemodiálisis, basados en el objetivo específico #3. Lograr que la infraestructura, tecnología de vanguardia, equipamiento e insumos sean los requeridos para el desarrollo eficiente de la atención de tercer nivel.

##### 3.1.2. ¿Cómo la organización selecciono al equipo de mejora para el desarrollo la mejor práctica?

La dirección del hospital por medio de la UOC ratifica la conformación del equipo gestor con un acta de conformación para la realización del proyecto de buenas prácticas en la reducción de IAAS del programa de Hemodiálisis

A los siguientes miembros:

1. MSP. Marta Luz Martínez de Menjívar  
Enfermera supervisora. Comité de IAAS del HNNBB.
2. Licda. Cecilia Vásquez Cornejo  
Enfermera, comité de IAAS del HNNBB.
3. Licda. Mercedes Cecilia Guardado de Ortiz  
Enfermera. Servicio de Nefrología. Con funciones de vigilancia epidemiológica en el programa de hemodiálisis y diálisis ambulatoria desde febrero de 2019
4. Licda. Ana Lilian Cubias Alfaro  
Jefe de enfermeras. Servicio de nefrología y del programa de hemodiálisis.

### 3.1.3. ¿Cuáles son los objetivos definidos para la mejor práctica?

El objetivo general de la mejor práctica es:

Reducir el riesgo de infección del torrente sanguíneo aplicando la estrategia del uso de apósito transparente estéril con clorhexidina al 2%, en el cuidado y mantenimiento del Catéter Venoso Central de los pacientes del programa de hemodiálisis del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, en el periodo de enero a diciembre de 2018.

**Los objetivos específicos son:**

1. Implementar el uso de apósitos transparentes estériles con clorhexidina al 2% como una buena práctica para la reducción de las infecciones del torrente sanguíneo asociada al uso prolongado de catéter venoso central en los pacientes del programa de hemodiálisis
2. Capacitar al personal de enfermería que atiende a los pacientes del programa de hemodiálisis sobre el uso y mantenimiento de apósitos transparentes estériles
3. Gestionar con las autoridades del hospital el abastecimiento permanente del apósito transparente estéril
4. Contribuir a la reducción de la tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria por el uso prolongado de catéter venoso central en los pacientes del programa de hemodiálisis.
5. Contribuir a la disminución de ingresos de pacientes del programa de hemodiálisis por infecciones asociadas a CVC
6. Mejorar la satisfacción del paciente y familia con la implementación de la estrategia

### 3.1.4. ¿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?

El plan de trabajo elaborado para implementar la buena práctica, se detalla a continuación:

#### **PLAN DE TRABAJO ELABORADO PARA IMPLEMENTAR LA BUENA PRACTICA.**

<b>Objetivos</b>	<b>General:</b>	<b>Específicos:</b>
	Planificar, ejecutar y evaluar el desarrollo de las actividades para la implementación de la mejor practica	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Planificar el desarrollo de las actividades que ayuden a reducir las ITS</li><li>2. Coordinar el desarrollo de dos talleres prácticos dirigidos a las enfermeras del programa de hemodiálisis, para realizar la demostración de la nueva fijación del CVC con apósito transparente estéril y cuadro antiséptico de clorhexidina al 2%</li><li>3. Establecer la vigilancia del CVC a través de un paquete de medidas BUNDLE</li></ol>
<b>Indicadores</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tasa de IAAS en Hemodiálisis</li><li>• Ingresos por IAAS asociadas a catéter en hemodiálisis</li><li>• BUNDLE Catéter Mahurkar</li></ul>	

<b>Etapa</b>	<b>Actividad</b>	<b>Monitoreo y seguimiento</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Responsable</b>
<b>Planificación</b>	<p>Se realizarán reuniones con enfermera coordinadora y jefe de enfermeras del programa de hemodiálisis y con proveedores de la empresa 3M</p> <p>Hacer el estimado del consumo y costo de los apósitos transparentes estériles</p> <p>Coordinaciones con el jefe del departamento técnico de medicamentos</p> <p>Coordinaciones con la Unidad de Adquisiciones y contrataciones (UACI)</p> <p>Se actualizará el procedimiento de curación y de la lista de chequeo con la introducción del apósito transparente estéril</p> <p>Se hará una prueba piloto durante un mes en la que se incluirán a todos los pacientes del programa</p>	Realizar reuniones cada 15 días o cuando fuere necesario	<p>Verificar los avances de acuerdo a lo establecido en el plan</p> <p>Procedimiento y lista de chequeo elaborados</p>	<p>Equipo gestor, coordinadora, Jefe de Enfermeras, y Proveedor</p> <p>Equipo gestor</p> <p>Equipo gestor</p> <p>Equipo gestor, coordinadora, Jefe de Enfermeras, enfermera educadora</p>
<b>Organización</b>	<p>Los miembros de la organización que participan del proyecto de manera directa son: la coordinadora, jefe de enfermeras y el personal de enfermería de hemodiálisis, el comité de IAAS</p> <p>Indirectamente: La dirección UOC, UACI, departamento técnico de medicamentos, almacén de insumos médicos</p>	Cada miembro del equipo, sobre todo el equipo gestor y los ejecutores monitorearán el seguimiento del proyecto	Participación de cada uno de los miembros	Equipo gestor, Jefe de Enfermeras del área

<p><b>Ejecución</b></p>	<p>Se realizarán 2 talleres de curación de catéter Mahurkar con la nueva técnica, dirigido a las enfermeras del programa de hemodiálisis</p> <p>Se pasarán listas de chequeo para verificar el cumplimiento de la técnica</p> <p>Se vigilará el cuidado y mantenimiento del Catéter con un paquete de medidas BUNDLE para Catéter Mahurkar</p> <p>Se fortalecerá la educación a los pacientes y cuidadores, sobre los cuidados en el hogar</p>	<p>Lista de asistencia</p> <p>Horario de trabajo</p> <p>Lista de chequeos realizadas</p> <p>Instrumento BUNDLE</p>	<p>Talleres realizados</p> <p>Lista de chequeos realizadas</p> <p>BUNDLES realizados</p>	<p>Equipo gestor</p> <p>Jefe de enfermeras</p> <p>Enfermeras del programa de hemodiálisis</p> <p>Licda. Glenda Peña</p> <p>Enfermera del servicio de nefrología con funciones de vigilancia</p>
<p><b>Control y seguimiento</b></p>	<p>Vigilancia del Catéter Mahurkar a través de un paquete de medidas BUNDLE</p>	<p>Tasas de IAAS de hemodiálisis</p>	<p>Reducción en la tasa de ITS asociadas al CVC</p>	<p>Equipo gestor, jefa de enfermeras del programa de hemodiálisis</p> <p>Enfermera asignada a la vigilancia</p>

**3.1.5. ¿Cuál fue el presupuesto de la mejor práctica, como se financio el proyecto?**

Los apósitos transparentes estériles con cuadro antiséptico de clorhexidina al 2%, inicialmente se obtuvieron con una donación de la empresa 3M (100 apósitos transparentes estériles con un costo individual de \$ 7.38 y un costo total de \$738.00). Con esta cantidad se logró abastecer de insumos para un mes, mientras duraba el estudio de la buena práctica. Posteriormente se hicieron las gestiones necesarias por medio del departamento técnico de medicamentos del hospital, la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones (UACI) y la Subdirección del Hospital para que se comprara insumos para 4 meses (525 apósitos con un costo total de \$3,874. 50 obtenidos por licitación pública 04/2019), luego se hizo la gestión para que este insumo pueda ser incorporado al cuadro básico de insumos del hospital por medio del presupuesto general del hospital, el cual ya fue incorporado. **Anexo N° 10: Notas enviadas para la gestión de la compra de apósitos**

**3.2 Implantación de la mejor práctica**

### **3.2.1. ¿Cómo se implementó la mejor práctica?**

La metodología y las herramientas aplicadas en las diferentes fases que se aplicaron en la implementación de la mejor práctica desarrollada fue la observación, revisión documental y bibliográfica, ejecutando en cada fase:

La implementación de la buena práctica se realizó en 3 fases.

#### **Planificación:**

- Revisión de la literatura basada en evidencia sobre el cuidado y mantenimiento de los CVC.
- Reuniones con el personal de enfermería del programa de hemodiálisis, para socializar los informes sobre las infecciones de su área. (ver en libro de reuniones del IAAS, firmas de personal asistente).
- Se solicito a jefe de enfermeras el listado de pacientes que asisten diariamente a su tratamiento de sustitución renal bajo la modalidad de hemodiálisis.
- Se gestiono donación con la empresa 3M de El Salvador de un número de 100 apósitos transparentes estériles con almohadilla de gel antibacteriano de clorhexidina al 2% para realizar la prueba piloto en los pacientes del programa de hemodiálisis.
- Se actualizo el procedimiento con la introducción del apósito transparente. Anexo N° del procedimiento
- Se elaboro una lista de chequeo (BUNDLE) basadas en un paquete de medidas para evaluar el apego al cumplimiento de las medidas. Anexo N° del BUNDLE
- Se planifico la metodología a seguir para el desarrollo del taller de implementación con todas las enfermeras del programa de hemodiálisis

#### **Ejecución**

- Se realizo el taller con las enfermeras del programa de hemodiálisis para la demostración del uso del apósito transparente estéril (2 talleres)
- Validación del procedimiento actualizado de curación del catéter Mahurkar y lista de chequeo (BUNDLE)
- Aplicación del paso a paso del procedimiento y técnica de curación del catéter Mahurkar
- Se gestiono la compra de los apósitos transparentes inicialmente por libre gestión y posteriormente por licitación publica
- Se presentaron los resultados a las autoridades del hospital y a las jefaturas de enfermería
- Entrevista de percepción del cambio de la modalidad en el cuidado del catéter.

#### **Control y seguimiento**

- Se evaluó mensualmente durante 6 meses el comportamiento en la incidencia de ITS asociadas a CVC

- Supervisión y monitoreo del cumplimiento de la técnica de curación de CVC.
- Se gestionó la asignación de una enfermera con 2 horas para la vigilancia diaria del mantenimiento y cuidado del CVC
- Monitoreo mensual al almacén de insumos médicos sobre la existencia de los apósitos

Fases	Actividades
<p>ETAPA:1 PLANIFICACIÓN</p>	<p>Se hizo el análisis trimestral y semestral de los datos en relación a la incidencia de IAAS del torrente sanguíneo asociadas al CVC (Mahurkar) en los pacientes del programa de hemodiálisis</p> <p>En reunión de supervisoras y jefes de unidad se presentó la situación de las IAAS en el hospital.</p> <p>Se realizo una reunión incidental con el medico jefe y la enfermera coordinadora del servicio de Nefrología para darle a conocer la preocupación ante la incidencia de IAAS en los pacientes del programa de hemodiálisis</p> <p>Se realizaron reuniones con enfermera coordinadora y jefe, de enfermeras del programa de hemodiálisis y con proveedores de la empresa 3M</p> <p>Se hizo el estimado del consumo y los costos de los apósitos transparentes estériles</p> <p>Se hicieron coordinaciones presenciales y vía telefónica con el jefe del departamento técnico de medicamentos</p> <p>Se hicieron coordinaciones vía telefónica con la Unidad de Adquisiciones y contrataciones (UACI) y con el almacén de medicamentos</p> <p>Se elaboro la actualización del procedimiento y de la lista de chequeo del nuevo procedimiento</p>
<p>ETAPA 2: ORGANIZACIÓN</p>	<p>Se identifico a los miembros de la organización que participaron directamente en la ejecución del proyecto de la mejor práctica: Enfermera coordinadora, jefe de enfermeras, personal de enfermería de hemodiálisis y enfermera asignada con funciones de vigilancia</p> <p>Indirectamente participaron: La dirección, subdirección, UOC, UACI, departamento técnico de medicamentos, almacén de insumos médicos</p> <p>Se organizo la ejecución de los dos talleres prácticos para la demostración de la técnica de curación de CVC</p>
<p>ETAPA 3: EJECUCIÓN</p>	<p>Se capacito al personal de enfermería con dos talleres prácticos sobre la técnica actualizada de la curación del CVC (Mahurkar), haciendo uso del apósito transparente estéril con gel antiséptico de clorhexidina al 2%</p> <p>Se hizo la prueba piloto durante un mes en la que se incluyó a todos los pacientes del programa</p> <p>Se pasaron listas de chequeo para verificar el cumplimiento de la técnica establecida para el nuevo procedimiento</p> <p>Se implemento la vigilancia del CVC (Mahurkar), a través de un paquete de medidas BUNDLE</p> <p>Se le hizo la presentación de los resultados iniciales de la prueba piloto al subdirector del hospital</p>

ETAPA 4: CONTROL	<p>Se estableció como medida de control:</p> <p>La vigilancia del CVC, con un paquete de medidas: BUNDLE de conexión y desconexión del catéter de HD.</p> <p>Vigilancia diaria en el laboratorio de microbiología de los cultivos positivos</p> <p>Los registros mensuales de infecciones asociadas a CVC en hemodiálisis (HD)</p>
---------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**3.2.2. ¿Como el equipo identifico y gestionó la participación de otras áreas de la organización y/o partes interesadas para el logro de los objetivos de la mejor practica?**

El equipo gestor identifico y gestionó la participación de otras áreas para el logro de los objetivos de la mejor práctica, a las siguientes áreas:

- Departamento técnico de medicamentos
- Unidad de adquisiciones y contrataciones institucional (UACI)
- Unidad financiera institucional (UFI)
- Almacén de insumos médicos
- Dirección y subdirección del HNNBB
- Unidad Organizativa de la calidad (UOC)

Con algunas áreas como el departamento técnico de medicamentos hubo reuniones, llamadas vías telefónicas, envío de solicitud de compra y notas con especificaciones detallando el insumo requerido y los costos. Con la UACI, llamadas vía telefónica y visitas a la unidad para darle seguimiento a las solicitudes de compra. Con almacén de insumos médicos, llamadas vía telefónica para solicitar la incorporación del insumo al cuadro básico de medicamentos.

**3.2.3. ¿Qué dificultades identifico el equipo para la implantación de la mejor práctica y qué acciones realizaron para superarlas?**

Durante la ejecución de la mejor práctica se encontraron algunas dificultades, de las cuales algunas no fueron superables por las condiciones clínicas de cada paciente, como por ejemplo pacientes con permanencia de catéter por periodos largos, uso de catéter de corta duración por largos periodos, entre otros, aun así, se han resuelto algunos como son:

DIFICULTADES	ACCIONES PARA SUPERARLAS
Desabastecimiento del insumo: para el último trimestre del 2018 el hospital se quedó desabastecido de varios insumos incluyendo el apósito transparente estéril para los pacientes del programa de hemodiálisis	El equipo gestor hizo una visita al subdirector del hospital y se le explico los resultados que habíamos logrado desde la incorporación del apósito transparente con esponja de clorhexidina para el mantenimiento del CVC (Mahurkar). En ese instante el sub director hizo la gestión con la UACI para la compra de los apósitos. Apósitos comprados
Desabastecimiento del insumo de parte del proveedor	Llamadas telefónicas con el proveedor para que solvente la situación a la mayor brevedad posible. Se gestiono con la empresa la provisión temporal del insumo por medio de muestras médicas, lo que se logró.

Compras por libre gestión solo para uno o dos meses	Se le hizo una visita al jefe de almacén de insumos médicos para solicitarle la incorporación del apósito transparente estéril al cuadro básico de insumos del hospital, incorporándose al cuadro básico del siguiente año. 2019.
Pacientes con catéteres Mahurkar por más de 5 años, con probabilidades de estar colonizados y causantes de infecciones recurrentes	Se converso sobre este tema con el médico nefrólogo e infectólogo, para evaluar la posibilidad el cambio de catéter de corta a larga duración, pues el árbol venoso de estos pacientes es limitado, lo que dificulta poder hacer cambio de catéter. Se gestionara ante las autoridades para la adquisición en pacientes que reúnen criterios para su uso, en 2019 o que estos niños puedan ser objeto de trasplante.

### 3.3 Control y seguimiento

#### 3.3.1. ¿Cómo realizó el control y seguimiento de las etapas del desarrollo de la mejor práctica?

El control y seguimiento de las etapas del desarrollo que el equipo estableció fueron las siguientes:

Fases	Indicadores	Evaluación
<b>ETAPA 1:</b> PLANIFICACIÓN	<p>Informe trimestral y semestral de las IAAS del torrente sanguíneo asociadas al CVC (Mahurkar) en los pacientes del programa de hemodiálisis</p> <p>Reunión con supervisoras y jefes de unidad</p> <p>Reunión incidental con el medico jefe y la enfermera coordinadora del servicio de Nefrología para darle a conocer la preocupación ante la incidencia de IAAS en los pacientes del programa de hemodiálisis.</p> <p>Reuniones con enfermera coordinadora y jefe, de enfermeras del programa de hemodiálisis</p> <p>Reunión con proveedores de la empresa 3M</p> <p>Estimado de consumo y costos de los apósitos transparentes estériles</p> <p>Coordinaciones con el jefe del departamento técnico de medicamentos, UACI, Almacén de medicamentos</p> <p>Actualización del procedimiento y lista de chequeo del nuevo procedimiento de curación y mantenimiento del CVC (Mahurkar)</p>	<p>Lista de asistencia</p> <p>Libro de actas de reuniones</p> <p>Reunión realizada</p> <p>Reunión realizada</p> <p>Informe realizado y enviado</p> <p>Coordinaciones realizadas</p> <p>Instrumento realizado</p>
<b>ETAPA 2:</b> ORGANIZACIÓN	<p>Miembros que participaron directamente en la ejecución del proyecto de la mejor práctica</p> <p>Talleres prácticos para la demostración de la técnica de curación de CVC con enfermeras del programa de Hemodiálisis</p>	<p>Se eligió a enfermera coordinadora, jefe de enfermeras, personal de enfermería de hemodiálisis y enfermera asignada con funciones de vigilancia.</p> <p>Participación del 90% del personal del área de hemodiálisis</p>

		en los talleres de capacitación y actualización del cuidado del CVC
<b>ETAPA 3: EJECUCIÓN</b>	<p>Personal de enfermería del programa de hemodiálisis capacitado</p> <p>Prueba piloto realizada</p> <p>Lista de chequeo de verificación del cumplimiento de la técnica establecida para el nuevo procedimiento</p> <p>BUNDLE para la vigilancia del mantenimiento del CVC (Mahurkar)</p>	<p>Personal de enfermería Cumple con la técnica correcta de curación del CVC con apósito transparente estéril.</p> <p>Se puso a prueba la nueva técnica durante el mes de febrero del 2018 mes, se incluyeron a todos los pacientes del programa de hemodiálisis.</p> <p>Se elaboro y se puso en ejecución la vigilancia del CVC con el sistema BUNDLE, en el mes de abril de 2019</p>
<b>ETAPA 4: CONTROL</b>	<p>Informe mensual de vigilancia del CVC, con el sistema de vigilancia BUNDLE de conexión y desconexión del catéter de HD.</p> <p>Vigilancia en el laboratorio de microbiología de los cultivos positivos</p> <p>Registros mensuales de infecciones asociadas a CVC en hemodiálisis (HD)</p>	<p>Registro de informes</p> <p>Se hace visita diaria al laboratorio de microbiología en busca de cultivos</p>

### 3.3.2. ¿Ante las desviaciones presentadas en la práctica, como aseguró el equipo la adopción de medidas para prevenir que no vuelvan a suceder?

El equipo gestor pudo identificar desviaciones presentadas en la práctica en dos de los pacientes que continuaban haciendo bacteriemias a pesar de las medidas implementadas:

- El primer paciente hizo un par de bacteriemias posterior al procedimiento de la hemodiálisis, se investigó y se evidencio que el Catéter Mahurkar estaba colocado en la vena femoral y le quedaba muy corto además de eso por la posición, estaba doblado y tenía fuga.
  - Se tomo como medida continuar con el procedimiento anterior y dejar cubierto con apósito con gaza, para ayudar a absorber la fuga.
- El segundo paciente hizo una bacteriemia aun haciendo uso del apósito transparente estéril, al indagar se pudo evidenciar que la mamá de la paciente la llevaba a bañarse al río y no aplicaba medidas para proteger el catéter. Es una mamá muy poco colaboradora.

Las medidas aplicadas para prevenir que no sucedieran fue:

- Retomar con la enfermera educadora del programa de hemodiálisis, la educación al cuidador y paciente sobre los cuidados del CVC en el hogar.

- Mostrarles la forma correcta de cloración del agua no potable para el baño del paciente en casa

### 3.3.3. ¿Cómo se aseguró el equipo que la participación de otras áreas o partes interesadas fuera efectiva para el logro de los objetivos esperados?

- La participación del proveedor de la empresa de 3M fue muy oportuna y efectiva para el logro de los objetivos de la buena práctica, apoyó con la donación de 100 apósitos transparentes, para iniciar con la prueba piloto.
  - El departamento técnico de medicamentos, dándole seguimiento a la solicitud de compra generada por el servicio de hemodiálisis
  - La UACI, gestionado con los proveedores la adjudicación del insumo
  - La UFI, pagando oportunamente a los proveedores
  - Almacén de insumos médicos, asegurando el resguardo del insumo
  - La subdirección del Hospital, aprobando la compra del insumo
- Gracias al apoyo y a la gestión que cada uno de ellos hizo, fue posible contar finalmente con los apósitos para la fijación del CVC de los pacientes del programa de hemodiálisis.

### 3.3.4. ¿Cómo se realizó la evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar la mejor práctica?

La evaluación de los resultados y la reducción de la brecha al aplicar la mejor práctica, se hizo revisando y analizando las bases de datos en Excel de los archivos del comité de IAAS.

El resumen a continuación

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM													
COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS													
INFORME DE INFECCIONES ENERO 2017 A JUNIO 2019													
HEMODIALISIS													
AÑO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
2017	0	1	0	0	1	5	0	2	3	1	1	3	17
2018	2	1	0	0	0	3	0	1	0	2	1	0	10

- En el 2017 hubo 17 casos de IAAS por catéter venoso central, luego de aplicar la estrategia de cambio de en la curación y mantenimiento de catéter se redujo a 10 los casos en el periodo de enero a diciembre 2018, logrando reducir 7 caso menos.
- Cobertura antiséptica de efecto residual por un periodo de 6 días, en pacientes que usan el apósito transparente
- Disminución de ingresos hospitalarios por infección asociada
- Prevención de complicaciones por cambios frecuentes de catéter Mahurkar y fijación adecuada. Reducción de los tiempos en el procedimiento de la curación
- Menor cantidad en la segregación de desechos hospitalarios y menor uso de autoclaves para la esterilización de los equipos de curaciones
- Reducción de los costos en la hospitalización y en el uso de los antibióticos.

## **4. Gestión del equipo de mejora**

### **4.1 Integración al equipo de mejora**

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

La dirección del hospital a través de la UOC selecciono y nombro a los miembros del equipo gestor basados en el perfil profesional y en las competencias técnicas que cada uno de los miembros posee de acuerdo al cargo y función que desempeñan en su área de competencia. Se nombraron oficialmente por medio de un acta de conformación.

#### **4.1.2. ¿Cómo la organización aseguro la cooperación entre los miembros del equipo de mejora y como estas contribuyen al desarrollo de la mejor práctica?**

La dirección del hospital se aseguró que cada uno de los miembros del equipo gestor cuenta con las capacidades y conocimiento necesarios para el desarrollo de la buena práctica; en ese sentido, 2 enfermeras del comité de IAAS, tienen conocimientos y experiencias en la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud y en recomendar medidas basadas en evidencia que contribuyen a la reducción de las IAAS.

De igual manera la enfermera y jefa de enfermeras del servicio de nefrología y hemodiálisis, tienen experiencia en el cuidado de enfermería y seguridad del paciente con enfermedad renal crónica. El equipo gestor coordino la participación de la enfermera supervisora del comité de normas y procedimiento del HNNBB y miembro del comité Nacional de Normas y Procedimientos del MINSAL, para dar sus aportes en el desarrollo de dos talleres prácticos para las enfermeras del programa de hemodiálisis.

El equipo gestor de las buenas prácticas está integrado por enfermeras expertas en prevención y control de infecciones formadas como enfermeras prevencionistas por el St.Jude Children´s Research hospital, con un curso presencial en el Hospital INP, Hospital Infantil Federico Gómez y el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de México y enfermeras del programa de hemodiálisis con experiencia y habilidades en el cuidado del paciente con enfermedad renal crónica. El equipo gestor además hizo las coordinaciones necesarias con la enfermera educadora del programa, reconociendo sus habilidades y experiencia en la educación a los pacientes y cuidadores del programa de hemodiálisis, para el logro de los objetivos de la mejor práctica.

### **4.2 Desarrollo del equipo de mejora**

#### **4.2.1. ¿Cómo el equipo de mejora realizo la mejor práctica considerando las competencias de sus integrantes?**

El equipo gestor, fue seleccionado de acuerdo a un perfil de competencias técnicas según el cargo que desempeñan. Cada uno de los miembros cuenta con conocimientos específicos que facilitaran el cumplimiento de las actividades que lleven al logro de los objetivos de la buena práctica.

A continuación, el perfil de cada uno de los integrantes del equipo gestor:

1. MSP. Marta Luz Martínez de Menjívar

Enfermera supervisora. Comité de IAAS del HNNBB. Formada como enfermera prevencionista por el programa de alcance internacional del St.Jude Children´s Research hospital curso a distancia y presencial en el Hospital INP, Hospital Infantil Federico Gómez y el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de México.

Miembro de la Red Nacional de Enfermería en Seguridad del Paciente del MINSAL.

Experiencia como enfermera prevencionista desde hace 5 años.

2. Licda. Cecilia Vásquez Cornejo

Enfermera, comité de IAAS del HNNBB. Formada como enfermera prevencionista por el programa de alcance internacional del St.Jude Children´s Research hospital curso a distancia y presencial en el Hospital INP, Hospital Infantil Federico Gómez y el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán de México.

Experiencia como enfermera prevencionista desde hace 2 años.

3. Licda. Mercedes Cecilia Guardado de Ortiz

Enfermera. Servicio de Nefrología. Con funciones de vigilancia epidemiológica en el programa de hemodiálisis y diálisis ambulatoria desde marzo de 2019

Experiencia en el cuidado de enfermería y seguridad del paciente con enfermedad renal crónica desde hace 15 años

4. Licda. Ana Lilian Cubias Alfaro

Jefe de enfermeras. Servicio de nefrología y del programa de hemodiálisis.

Experiencia en la gestión del cuidado de enfermería y seguridad del paciente con enfermedad renal crónica desde hace 3 años

**4.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora evaluó los conocimientos y habilidades para el desarrollo de la mejor práctica?**

Las actividades de fortalecimiento de las competencias del equipo gestor, fueron coordinadas por la UOC del HNNBB con la Dirección Nacional de Calidad En Salud del MINSAL, para recibir asistencia técnica en el desarrollo de la mejor práctica; la asistencia se dio en tres sesiones de 2 horas cada una y fueron orientadas a la revisión de los avances del documento y a la conducción del mismo.

De igual manera el equipo gestor dio el acompañamiento al personal de enfermería del programa de hemodiálisis en la conducción del proceso de implantación de la buena práctica. Con la implantación de la buena práctica, el personal de enfermería del programa de hemodiálisis aumentara sus conocimientos, habilidades y destrezas requeridas para el cuidado y mantenimiento del CVC, contribuyendo al logro de los objetivos de la buena práctica.

#### **4.2.3. ¿Qué control y seguimiento aplico el equipo de mejora para asegurar su efectividad en el desarrollo de la mejor practica?**

El control y seguimiento para asegurar la efectividad del equipo de mejora en los resultados de la buena práctica, fue a través de:

- Monitoreo y seguimiento de la aplicación del procedimiento y técnica de la curación del catéter mahurkar por el personal de enfermería.
- Retroalimentación del procedimiento y técnica.
- Divulgación de hallazgos encontrados durante el monitoreo y supervisión a jefaturas inmediatas del personal.
- Informe mensual de vigilancia del CVC, con el sistema de vigilancia BUNDLE (conexión y desconexión del catéter de HD), en viado al comité de IAAS del hospital.
- Vigilancia diaria en el laboratorio de microbiología de los cultivos positivos
- Registros mensuales de infecciones asociadas a CVC en hemodiálisis (HD)

### **5. Gestión del conocimiento e innovación de la mejor práctica**

#### **5.1 Gestión del conocimiento en la mejor práctica.**

##### **5.1.1. ¿Qué iniciativas realizo la organización para generar aprendizaje a partir de la mejor practica?**

La dirección del hospital facilito al equipo gestor la presentación del proyecto de mejora en reunión de sala situacional en la que participaron el director, sub director y las jefaturas del hospital, y las diferentes dependencias involucradas en la implementación de la mejor práctica

También se dieron a conocer los resultados a través de las reuniones administrativas con enfermeras supervisoras, coordinadoras de área, enfermeras jefas de unidad y reuniones con los grupos de apoyo de los diferentes servicios de hospitalización para generar aprendizaje y apoyo para el cumplimiento y logro de objetivos.

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

Convencidas de que la implementación de la buena Práctica, genero buenos resultados, se vio la necesidad de promover la segunda fase del proyecto que se basa en el **uso del hisopo impregnado con clorhexidina alcolica**, para la curación del catéter Mahurkar. Esto ayuda a disminuir el desperdicio y el riesgo de contaminar las soluciones antisépticas debido a la manipulación constante de la misma y sobre todo a potencializar el efecto del apósito que ya se esta usando

Así mismo se potencializan los beneficios del efecto residual de la clorhexidina y que a su vez se genera ahorro a la institución de insumos como alcohol al 70°, solución yodada a 10%, entre otros.

## 5.2 Gestión de la innovación en la mejor practica

### 5.2.1. ¿Qué considero el equipo para generar elementos de innovación en la mejor practica?

La introducción de apósitos transparentes estériles con esponja de clorhexidina al 2% para cubrir el sitio del CVC, tiene un nivel de evidencia **Categoría IA**, fuertemente recomendada. Con la introducción del apósito, se confirma que usar insumos de buena calidad y con evidencia fuerte para su uso, se lograron los objetivos de la buena práctica, logrando además:

Comodidad y seguridad del paciente al portar este tipo de fijación

Satisfacción del paciente y cuidador

Eficiencia y satisfacción del personal de enfermería

Procesos de cuidados del paciente apegados al estándar de cuidado ideal

Ahorro de los recursos del hospital.

Interés del personal de enfermería en replicar la técnica que se les enseñó. **Anexo N°11: Innovación en la buena práctica**

### 5.2.2. ¿Cómo el equipo de mejora utilizo la innovación de la mejor práctica para agregar valor y mejorar el desempeño organizacional?

El personal de enfermería del programa de hemodiálisis se siente satisfecho con esta innovación, han demostrado que con esta innovación:

- Se puede ser más eficientes en la ejecución del procedimiento actualizado y sobre todo el ahorro del tiempo que emplea el personal para este procedimiento.
- Para los pacientes es mucho más cómodo y seguro portar su CVC con este tipo de fijación.
- Además, un valor agregado a esta buena práctica, es el interés que ha mostrado todo el personal de enfermería en replicar la técnica que se les enseñó, haciendo uso de una maqueta de unidad de la hemodiálisis que ellas mismas diseñaron para orientar al personal nuevo en el servicio. **Anexo N° 12: foto de la maqueta de hemodiálisis**

## 6. Resultados de la mejor práctica

### 6.1 Resultados en la eficacia/eficiencia organizacional.

#### 6.1.1. ¿Cuál es la reducción de la brecha identificada durante la planificación, después de aplicar la mejor practica?

Luego de desarrollar las diferentes actividades planificadas en el plan de trabajo se evaluó los resultados obtenidos, los cuales se detallan a continuación:

Reporte de infecciones nosocomiales periodo enero a diciembre 2018

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM													
COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS													
REPORTE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES HEMODIALISIS													
HEMODIALISIS 2018													
TIPO DE INFECCION	Enero	Febre	Marz	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octu	Nov	Dic	Total
NAVM													0
NEUMONIA NOSOCOMIAL													0
SEPSIS ASOCIADA A CVC													0
SEPSIS													0
ITS. ASOCA CVC	2	1	0	0	0	3	0	1	0	2	1	0	10
EDOFTALMITIS													0
CONJUNTIVITIS													0
M. ORAL													0
ISQx. I.S. HL													0
ISQx. I.S. HLC													0
IVU						1							1
IVU ASOCA STU													0
MENINGITIS													0
INF. PIEL Y TEJIDOS													0
FLEBITIS													0
INF. SITIO INSERCIÓN CVC													0
PERITONITIS													0
INF. SNC													0
VARICELA													0
TOTAL	2	1	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	11

Línea base: Enero a diciembre 2017	Proyección: enero 2018 a diciembre 2018	Brecha	Evaluación de la brecha
17 (100%) infecciones del Torrente sanguíneo asociadas a CVC en el periodo, de un total de 32 pacientes del programa de hemodiálisis	4 (25%) infecciones del Torrente sanguíneo asociadas a CVC en el periodo	13 infecciones del Torrente sanguíneo asociadas a CVC en el periodo	10 (100%) infecciones identificadas del Torrente sanguíneo asociadas a CVC en el periodo de enero a diciembre 2018 de un total de 32 pacientes del programa de hemodiálisis

### **6.1.2. ¿En qué aspectos ha mejorado la eficacia/eficiencia organizacional al implementar la mejor practica?**

La implementación de la buena práctica permitió que los procesos en el programa de hemodiálisis sean más eficientes:

- Se redujeron los tiempos en la curación del CVC y el paciente se conecta más rápido a su tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis)
- Se disminuyo la manipulación frecuente de los CVC (anteriormente cada 3 días y actualmente cada 8 días).
- Se redujeron los ingresos por infección asociada a CVC
- Se redujo la segregación de desechos bioinfecciosos
- Se redujo el consumo de cinta adhesiva y gaza estéril
- Se redujo la necesidad del uso de autoclaves para esterilizar material.

## **6.2 Resultados en la orientación al ciudadano.**

### **6.2.1. ¿Cuáles son los resultados en la percepción del ciudadano?**

El paciente y cuidador han expresado de manera verbal sentirse muy agradecidos con los beneficios y bondades de la implementación de la buena práctica. Se pudo comprobar la aceptación de la buena práctica de parte de los pacientes y cuidadores ya que aun estando en el periodo de prueba piloto para su implementación, luego de quedarnos desabastecidos del insumo en la institución y mientras el hospital lo compraba, los mismos cuidadores buscaron sus propios medios para obtenerlo, pues están convencidos de que genera mayor bienestar y seguridad al paciente.

### **6.2.2. ¿Cuál es el impacto para el ciudadano después de la implementación de la mejor practica?**

La implementación de la buena práctica sobre el uso los apósitos estériles de clorhexidina para la fijación del Catéter Mahurkar en los pacientes de hemodiálisis, impacto positivamente en el paciente, se redujo significativamente las infecciones locales en el sitio de inserción del CVC y por consiguiente hubo una importante reducción (de 17 a 10) infecciones asociadas a catéter.

Se reducen los gastos indirectos de parte del cuidador, debido a la reducción de ingresos por infecciones asociadas, mayor permanencia en casa y convivencia con la familia, menor afectación por inasistencia laborales de parte del cuidador. **Anexo N° 13: Percepción del paciente y cuidador**

## **6.3 Resultados relacionados a otras partes interesadas**

### **6.3.1. ¿Cuáles son los resultados generados a otras partes interesadas relacionadas con la mejor practica?**

En el personal del programa de hemodiálisis se redujo el tiempo invertido en realizar el procedimiento y pueden dedicar tiempo de calidad al paciente, y llevan mejores registros clínicos del estado de sus pacientes.

Con esta buena práctica inclusive y basados en el logro de los resultados, La división de enfermería del hospital, se mostró muy interesado con el equipo gestor y coopero con la asignación de una enfermera del mismo servicio, desde el mes de marzo del presente año, para dedicar 2 horas diarias a

la vigilancia de la curación y mantenimiento del CVC, garantizando un mejor control y seguimiento de este nuevo proceso.

### 6.3.2. ¿Qué beneficios ha generado la implantación de la mejor práctica a otras partes interesadas?

Los beneficios que ha generado la implantación de la mejor práctica para nuestro hospital son los siguientes:

- En los Servicios de apoyo para ingresos: se ha reducido los ingresos al servicio de Infectología, por pacientes de hemodiálisis con IAAS
- Otro tipo de pacientes: no se le niega el cupo de ingreso a otros pacientes
- Médicos y enfermeras: menor sobrecarga laboral por la atención a pacientes con IAAS
- Laboratorio: Reducción en el número de exámenes y cultivos de los pacientes de hemodiálisis
- Farmacia: Reducción en la dispensación de antibióticos para hemodiálisis
- Alimentación: Reducción en la preparación de dietas especiales

### 6.4. Resultados financieros o de la relación costo beneficio.

#### 6.4.1. ¿Qué beneficios financieros ha obtenido la organización con la ejecución de la mejor practica?

Los beneficios financieros que ha obtenido el hospital con la ejecución de la mejor practica están relacionados con la reducción día cama ocupada, consumo de antibióticos y cultivos del laboratorio por ingresos hospitalarios de pacientes con infecciones asociadas

2017			2018		
Número de Infecciones	Costo promedio por infección (hospitalización ATB y Cultivos)	Costo total	Número de infecciones	Costo promedio por infección (hospitalización ATB y Cultivos)	Costo total
17	\$10,500	\$178,500	10	\$10,500	105,000
<b>Ahorro institucional \$ 73,500</b>					

Fuente: Sistema de información PERC. Datos no oficializados, disponibles hasta el año 2017. Proyectados para año 2018

Estos costos podrían ser mucho mayor al sumarle los costos indirectos relacionados con la atención.

#### 6.4.2. ¿Cuáles son los resultados de la relación costo beneficio de la implantación de la mejor practica?

Se estimó que la disminución de costos por la reducción de casos de hospitalización por la aplicación de la buena práctica es **de 73,500 dólares**

La inversión para la compra de los apósitos estériles con gel de clorhexidina oscila por los 1,300 dólares mensuales para los 30 pacientes que están actualmente en el programa. (Se trasplantó a 2 pacientes)

## 7. Sostenibilidad y mejora

### 7.1 Sostenibilidad

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

- Desabastecimiento del insumo en el hospital
- Falta de cumplimiento del procedimiento según técnica de parte del personal de enfermería
- Falta de apoyo en el cuidado del catéter de parte de los familiares del paciente
- Ceser de las funciones a la enfermera asignada a la vigilancia diaria de las IAAS en Hemodiálisis
- Abandono del tratamiento de parte del paciente
- Falta de interés al seguimiento y sostenibilidad de la buena práctica de las nuevas autoridades

#### 7.1.2. ¿Cuáles estrategias ha previsto el equipo para garantizar la sostenibilidad, sistematización y estandarización de la mejor practica?

Riegos	Estrategias para minimizar
Desabastecimiento del insumo en el hospital	Gestionar apoyo con cooperantes, mientras se solventa el desabastecimiento
Falta de cumplimiento del procedimiento según técnica de parte del personal de enfermería	Mantener supervisión continua de la técnica de curación del CVC (Mahurkar)
Falta de apoyo en el cuidado del catéter de parte de los familiares del paciente	Coordinar con la enfermera educadora del programa de hemodiálisis, la educación permanente y programada a los cuidadores de paciente
Cesar de las funciones a la enfermera asignada a hemodiálisis para la vigilancia diaria de las IAAS.	Enviar nota escrita a la División de enfermería solicitando la permanencia de la enfermera.
Abandono del tratamiento de parte del paciente	Solicitar a la enfermera de enlace de su región para la búsqueda del paciente
Falta de interés al seguimiento y sostenibilidad de la buena práctica de las nuevas autoridades	Mantener continuamente informada a las autoridades del hospital sobre los avances en los resultados de la buena practica

#### 7.1.3. ¿Qué indicadores, roles, responsabilidades ha implantado la organización para evaluar el desempeño futuro y asegurar la continuidad de la mejor practica?

Indicador	Responsable del seguimiento
Informe mensual de vigilancia del CVC, con el sistema de vigilancia BUNDLE	Enfermera con funciones de vigilancia en hemodiálisis, enfermera de comité de IAAS
Vigilancia en el laboratorio de microbiología de los cultivos positivos	Enfermera de comité de IAAS
Registros mensuales de infecciones asociadas a CVC en hemodiálisis (HD)	Enfermera de comité de IAAS

## 7.2 Mejora

Se verifica el desarrollo e implantación de estrategias planes y/o actividades para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada.

### 7.2.1. ¿Cuáles estrategias ha definido la organización para asegurar la mejora continua de la practica implantada?

El equipo gestor y las autoridades del hospital han definido algunas estrategias para asegurar la mejora continua de la práctica implantada.

- Garantizar el abastecimiento continuo de los apósitos transparentes con clorhexidina al 2%
- Supervisión continua de la técnica de curación del CVC (Mahurkar)
- Educación continua a los pacientes y cuidadores del programa de hemodiálisis
- Gestionar la implementación de la segunda fase del proyecto (antisepsia del sitio de inserción del CVC con hisopo de clorhexidina al 2%)

### 7.2.2. ¿Qué indicadores y mecanismos de seguimiento ha implantado el equipo para asegurar la mejora continua de la práctica desarrollada?

El equipo gestor de la buena práctica será el responsable de dar seguimiento a la efectividad de la misma, asegurando la mejora continua de la práctica implementada y para ello ha establecido los siguientes indicadores y los mecanismos de seguimiento para garantizar el ciclo de mejora continua de la práctica implementada

Indicador	Mecanismo de seguimiento
Vigilancia del CVC, con el sistema de vigilancia BUNDLE	Enfermera con funciones de vigilancia en hemodiálisis
Vigilancia en el laboratorio de microbiología de los cultivos positivos	Enfermera de comité de IAAS
Registros mensuales de infecciones asociadas a CVC en hemodiálisis (HD)	Base de datos en Excel comité de IAAS

## a) Glosario de términos clave

**BUNDLE:** Es una traducción del inglés y significa Paquete de Medidas para la vigilancia de factores de riesgo del paciente

**CICGP:** Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública

**CVC:** Catéter Venoso Central

**HD:** Hemodiálisis

**HNNBB:** Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

**IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria

**ITS:** Infección del Torrente Sanguíneo

**MINSAL:** Ministerio de Salud de el Salvador

**PERC:** Producción, Eficiencia, Rendimiento y Costos

**POA:** Plan Operativo Anual

**SIIG/ETAB:** Sistema Integrado de Indicadores Gerenciales del Ministerio de Salud

**SIMMOW:** Sistemas de Información en Salud. Morbimortalidad + Estadísticas Vitales

**UACI:** Unidad de Adquisiciones y Contrataciones

**UFI:** Unidad Financiera Institucional

**UOC:** Unidad Organizativa de la Calidad

**VIGEPES 07:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a Atención Sanitaria

b) Anexos

Anexo N°1: Portada de la POA IAAS



HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM  
COMITÉ DE IAAS



MINISTERIO  
DE SALUD

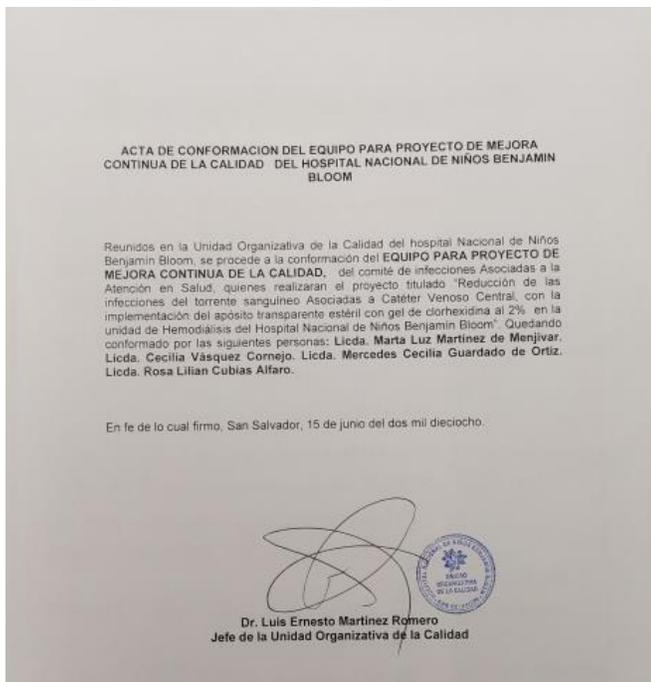
Plan Anual Operativo

Año 2019

Formulario No 1: Información General de la Dependencia

1.1 Nombre de la Dependencia que planifica	COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS		
1.2 Instancia de la que depende	UNIDAD ORGANIZATIVA DE LA CALIDAD		
1.3 Dirección	Final 25 Av. Norte y 29 calle poniente		
1.4 Teléfono y/o Fax	21333151    22254114    ext. 1441		
1.5 E mail	<a href="mailto:lourdes_chicas@hotmail.com">lourdes_chicas@hotmail.com</a> <a href="mailto:martadem@hotmail.es">martadem@hotmail.es</a>		
1.6 Nombre de Director(a) o Jefe(a)	Dra. Mirian de Lourdes Dueñas de Chicas		
1.7 Fecha de Elaboración de los datos	31/01/2019	dd/mm/aaaa	
1.8 Departamentos, Unidades, Secciones o Disciplinas que componen la dependencia y número de empleados.	1	Dra. Mirian de Lourdes Dueñas	Número de RH Coordinadora
	2	Licda. Marta Luz Martínez de Menjívar	Enfermera Supervisora
	3	Licda. Cecilia Vásquez Cornejo	Enfermera
	4	Licda. Emilia Nohemy González	Enf. Prog. Vacunas
	5	Sra. Ethel Narcy Rodríguez	Inspectora de saneamiento
	6	Sra. Karina Amanda Iglesias Cruz	Secretaria
Firma y sello Responsable Dependencia que aprueba Plan	6	Dr. Luis Ernesto Martínez Romero	Jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad

## Anexo N°2: Acta de asignación del equipo gestor



## Anexo N°3: Socialización de la buena práctica



### Anexo 4: Reporte de infecciones comité IAAS

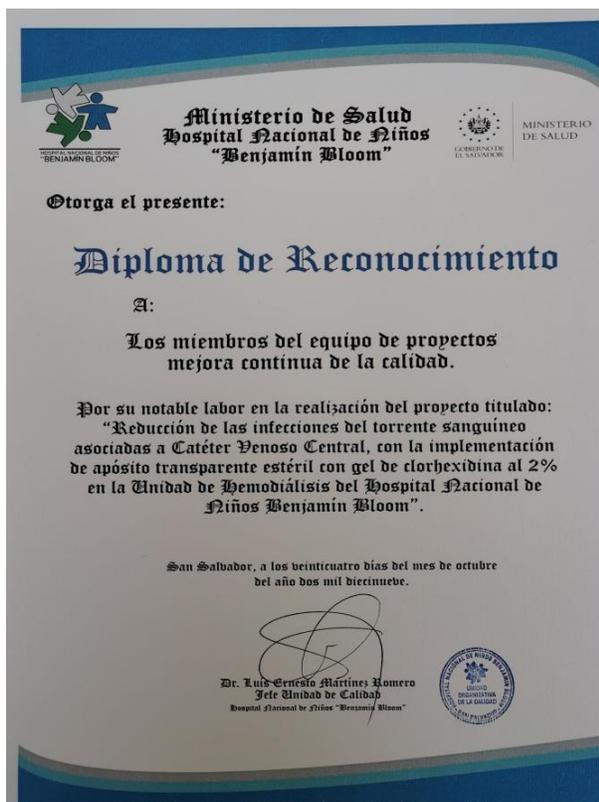
HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM													
COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS													
REPORTE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES HEMODIALISIS													
HEMODIALISIS 2017													
TIPO DE INFECCION	Enero	Febre	Marz	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octu	Nov	Dic	Total
NAVM													0
NEUMONIA NOSOCOMIAL													0
SEPSIS ASOCIADA A CVC													0
SEPSIS													0
ITS. ASOCA CVC	1			1	5		2	3	1	1	3		17
EDOFTALMITIS													0
CONJUNTIVITIS													0
M. ORAL													0
ISQx. I.S. HL													0
ISQx. I.S. HLC													0
IVU													0
IVU ASOCA STU													0
MENINGITIS													0
INF. PIEL Y TEJIDOS													0
FLEBITIS													0
INF. SITIO INSERCIÓN CVC	2				1		2						5
PERITONITIS													0
INF. SNC													0
VARICELA													0
TOTAL	0	3	0	0	1	6	0	4	3	1	1	3	22

HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM													
COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE IAAS													
REPORTE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES HEMODIALISIS													
HEMODIALISIS 2018													
TIPO DE INFECCION	Enero	Febre	Marz	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Octu	Nov	Dic	Total
NAVM													0
NEUMONIA NOSOCOMIAL													0
SEPSIS ASOCIADA A CVC													0
SEPSIS													0
ITS. ASOCA CVC	2	1	0	0	0	3	0	1	0	2	1	0	10
EDOFTALMITIS													0
CONJUNTIVITIS													0
M. ORAL													0
ISQx. I.S. HL													0
ISQx. I.S. HLC													0
IVU						1							1
IVU ASOCA STU													0
MENINGITIS													0
INF. PIEL Y TEJIDOS													0
FLEBITIS													0
INF. SITIO INSERCIÓN CVC													0
PERITONITIS													0
INF. SNC													0
VARICELA													0
TOTAL	2	1	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	11

Fuente: reporte de vigilancia epidemiológica comité de IAAS 2017- 2018)

### Anexo N°5: Diploma de Reconocimiento al equipo gestor



Anexo N° 6: Diploma de Reconocimiento a cada uno de los miembros del equipo gestor



Anexo N°7: Imágenes de CVC antes del uso del apósito de clorhexidina al 2%



## Anexo N°8: Metodología para recolección de la información

### Vigilancia diaria del factor de riesgo y reporte de IAAS encontradas



## Anexo N°9: Herramientas para recolección y análisis de la información

### a) Sistema de información en base de datos Excel

REPORTE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES 2017 [Modo de compatibilidad] - Excel

		TIPO DE INFECCION												TIPO DE INFECCION													
		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
128																											
129																											
130	CX PLASTICA	2017												HEMODIALISIS	2017												
131	TIPO DE INFECCION														TIPO DE INFECCION												
132	NAVM													0	NAVM												0
133	NEUMONIA NOSOCOMIAL													0	NEUMONIA NOSOCOMIAL												0
134	SEPSIS ASOCIADA A CVC													0	SEPSIS ASOCIADA A CVC												0
135	SEPSIS													0	SEPSIS												0
136	INF. ASOC A CVC		1										1	INF. ASOC A CVC	1		1	5	2	3	1	1	1	3		17	
137	EDOLTALMITIS													0	EDOLTALMITIS												0
138	CONJUNTIVITIS													0	CONJUNTIVITIS												0
139	M. ORAL													0	M. ORAL												0
140	INF. I.S. HLC													0	INF. I.S. HLC												0
141	INF. I.S. HL					1							1	INF. I.S. HL												0	
142	MU						1						0	MU												0	
143	MU ASOC A CAT												1	MU ASOC A CAT												1	
144	MENINGITIS													0	MENINGITIS												0
145	PIEL Y TEJIDOS	1										1	3	PIEL Y TEJIDOS												0	
146	BACTEREMIA					1						1	1	BACTEREMIA												0	
147	FLEBITIS													0	FLEBITIS												0
148	INF. ORIFICIO DE SALIDA													0	INF. SITO INSECCION CVC	2					1	2				5	
149	PERITONITIS													0	PERITONITIS												0
150	SNC													0	SNC												0
151	VARICELA													0	VARICELA												0
152	TOTAL	0	1	1	0	2	1	0	0	0	2	0	7	TOTAL	0	3	0	0	1	6	0	4	3	1	1	3	22
153																											
154																											

Tasa FR UCIN-Neonatos    INFECCIONES POR SERVICIO    TASA X SERVICIO X EGRESO    INFECCION ...



## Anexo N° 11: Innovación en la mejor práctica

a) Aplicación de la técnica actualizada de curación y mantenimiento del Catéter Mahurkar



b) Fijación con apósito transparente estéril con gel de clorhexidina al 2%



c) Lista actualizada del procedimiento y la técnica de curación y mantenimiento del catéter

**Lista de chequeo de la técnica de curación de catéter venoso central (Mahurkar)**

**Objetivo:** Verificar el cumplimiento de los pasos de la técnica en el procedimiento de curación

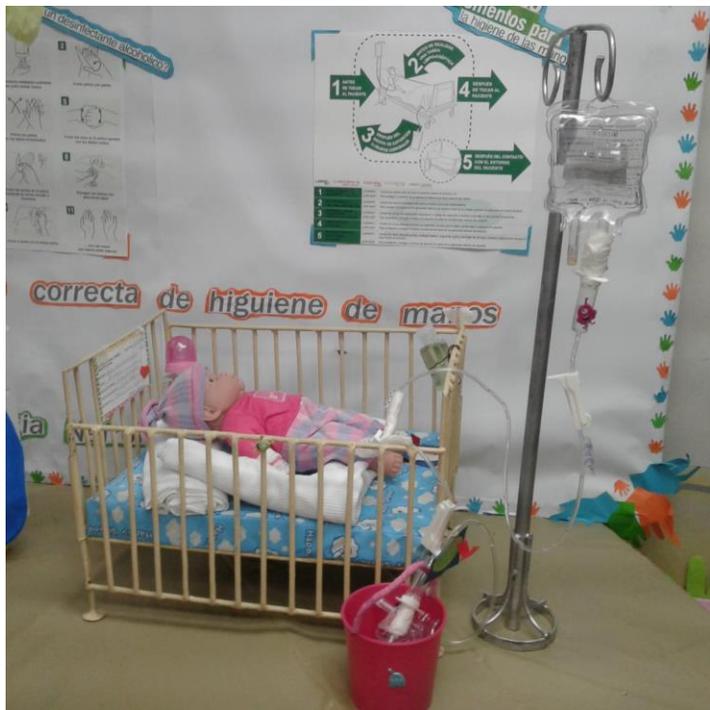
Fecha: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_ Responsable de observación: \_\_\_\_\_

N	Aspectos a Evaluar	Si	No	Observaciones
1	Limpia y desinfecta la mesa de procedimientos según técnica			
2	Se lava las manos con agua y jabón			
3	Prepara material a utilizar			
4	Se coloca gorro y mascarilla			
5	Se lava las manos con agua y jabón			
6	Se calza guantes limpios y retire el apósito contaminado y descartar			
7	Retírese guantes y realice higiene de manos con (AG) alcohol gel			
8	Abra el equipo estéril según técnica aséptica			
9	Agregue al equipo el material necesario a utilizar			
10	Se realiza higiene de manos con alcohol gel			
11	Tome el gabachon con la pinza de transferencia y colóqueselo			
12	Tome un par de guantes con la pinza de transferencia, y se calza un guante estéril en mano dominante			
13	Con mano dominante toma una torunda estéril y con la mano no dominante aplica alcohol al 70% e inicia limpieza en sitio de inserción del catéter del centro a la periferia abarcando una superficie de 5 a 10 cm y descartar			
14	Repita el paso anterior con la solución yodada al 10%, dejándolo actuar por 2 minutos			
15	Tome una torunda con alcohol y retirar la solución yodada al 10%, asegúrese de secar bien el área.			
16	Coloque el apósito transparente estéril con gel de clorhexidina al 2%, verificando que la almohadilla de gel quede en orificio de inserción del catéter y bien sellado.			
17	Se retiro el guante y se aplica alcohol gel			
18	Se calzó nuevo guante estéril en mano dominante			
19	Coloca campo estéril debajo de los lúmenes del catéter			
20	Toma torunda, le aplica alcohol al 70° y limpia cada lumen, desde la unión hasta los sellos de heparina			
21	Retírese el guante y haga higiene de manos con AG			
22	Coloque dos torundas en la escudilla y les aplica alcohol al 70%			
23	Colóquese el par de guantes estériles y proceda a retirar el sello de cada lumen uno a la vez luego realice asepsia de cada punto de unión en forma separada y adapte jeringa de 3ml.			
24	Extraer de cada lumen la solución heparinizada y descartar			
25	Verificar permeabilidad de cada lumen utilizando jeringas de 10 ml, cuidando de no contaminar los puntos críticos.			
26	Proceda a conectar líneas arteriovenosas.			
27	Cubra ambos lúmenes con una gasa estéril, asegurando que estos queden sujetos con cinta adhesiva.			
28	Verificó inicio del tratamiento de la máquina hacia el paciente.			
29	Se retiró los guantes			
30	Coloque fecha de curación, iniciales del profesional que lo curó, lo fija al paciente de manera visible.			
31	Dejó al paciente cómodo			
32	Dejó el área limpia y ordenada			
33	Se lavó las manos con agua y jabón			
34	Registró anotaciones en hojas de tratamiento y de enfermería			

Profesional observado

Nombre y firma: \_\_\_\_\_

Anexo N° 12: Maqueta para la realización de los talleres prácticos



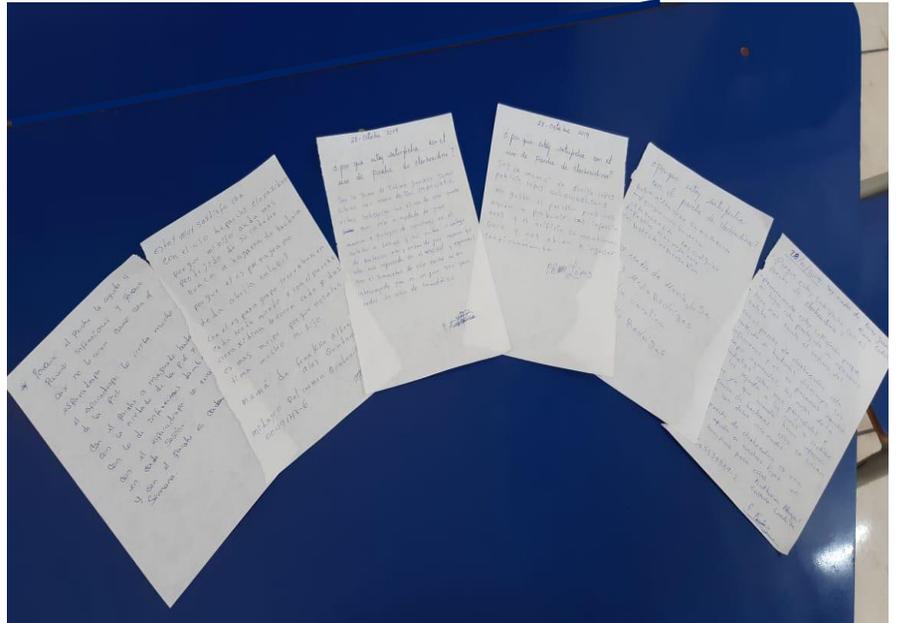
### Anexo N° 13. Satisfacción del paciente y cuidador

Encuesta de satisfacción a los pacientes y cuidadores sobre el uso del apósito de clorhexidina

28/10/2019. Soy madre de Keny Jasmin Rivas Castillo

- Porque estoy satisfecha con el parche de clorhexidina?
- Primariamente estoy satisfecha porque mi hija esta protegida de infecciones tiene mas sano el orificio del cateter.
- con el parche de clorhexidina esta protegida de bacterias disminuye las infecciones y asi no pasamos mucho tiempo ingresadas, los niños de la hemodialisis estan mas protegidos y eso les ayuda a los niños a sentirse mejor ya que cuando tienen infección por causa de bacterias ellos se sienten tristes con dolor incómodos.
- El parche de clorhexidina es una gran ayuda a nuestros hijos un gran beneficio para ellas.

Katherine Abigail Castillo Cardozo.  
Dui : 05339889-2  
f. *[Firma]*



Fuente: archivos comité de IAAS. Fotos con autorización de los padres de familia