

PLAN Y PROGRAMA DE TRABAJO 2020-2023

Unidad Operativa del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la
Salud

Departamento Infectología
Unidad Operativa del
Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

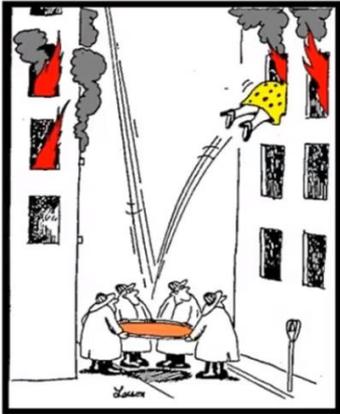
Elaboración:	Revisión:	Aprobación:
Enero 2020	Abril 2020	Mayo 2020

¿Qué ha pasado con los avances?

 **Firefighting Mode**

Does your process improvement methodology look like this?

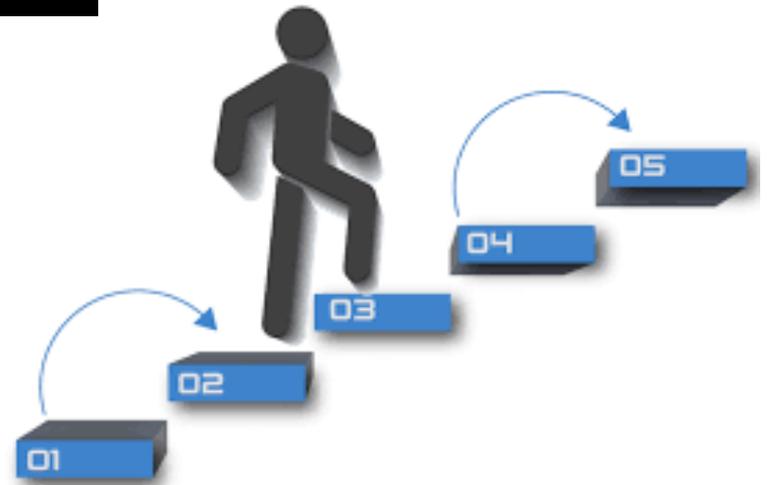
(¿Su metodología de mejora del proceso es como esto?)



Finding cures. Saving children.

Año 2019

Año 2020



Paso a paso avanzando

¿Por qué insistir en implementar un programa de prevención y control de infecciones (PCI)? ¿Porque es importante para la atención del paciente?

Reducción
>30 %

- Los programas de PCI disminuyen las infecciones asociadas a la atención de la salud más del 30%

Reducción
25 a 57 %

- La vigilancia epidemiológica contribuye a una reducción de IAAS de entre 25 a 57%

Reducción
50 %

- Mejorar las prácticas de higiene de manos reduce la transmisión de patógenos en 50%

Reducción
13 a 50 %

- Programas PCI en EUA redujo 50% las infecciones de torrente sanguíneo asociadas a catéter, 17% las infecciones de sitio quirúrgico ISQx, 13% las bacteriemias

Reducción
56%

- Inglaterra logro reducir SARM en 56%

Reducción
56%

- Australia entre 2010-2015 logro cumplimiento de higiene de manos en todos sus hospitales de 80%

La reducción actual que se logra con un programa PCI adecuado es de 70% de las IAAS

La Organización Mundial de la Salud recomienda 8 componentes esenciales para desarrollar un programa o plan de prevención de infecciones en el año 2019 por lo cual se integro esta estrategia y se actualizo el plan y programa 2020-2023

Componente esencial 1

Conformación del Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

1. Conformado por un **Equipo Multidisciplinario**
2. Colaboradores comprometidos, representativos y con poder de toma de decisiones

Director General Presidente
Directora Medica Coordinadora
Epidemiólogo Secretario técnico

Subdirectores
Participantes específicos



Vocales

Vocales: los Subdirectores nombraron a sus representantes para que los representen en su ausencia, teniendo el poder de toma de decisiones

Invitados permanentes o temporales: equipo operativo CIAAS, jefes departamento y servicio, jefe de residentes médico y de cirugía, invitados especiales de acuerdo a la problemática presentada

Componente esencial 1

Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Sesiones mensuales ordinarias

Calendarizadas 1era semana del mes

Sesiones extraordinarias

Cuando es requerido: presentación de eventos extraordinarios, brotes, cambios de políticas, estrategias

Sesión ordinaria- orden del día-

Vigilancia epidemiológica

Problemas y Acciones

Acuerdos

Componente esencial 1

Equipo operativo comprometido y entrenado

Personal

- 1 Epidemiólogo
- 2 Infectólogos
- 4 Enfermeras
- 1 Educadora médica
- 2 Apoyo administrativo

Capacitación y Entrenamiento

- Curso preventivistas de St. Jude Children's Research Hospital
- Curso para monitores de adherencia a higiene de manos
- Participación en Congresos y Cursos
- Desarrollo de Cursos, Talleres y presentaciones en Congresos
- Investigaciones realizadas, presentadas en congresos
- Publicaciones
- Personal con experiencia de 3 a 22 años

Personal apoya directamente al equipo operativo

Personal

- De laboratorios
- De Dirección de Planeación
- Del Comité Estancia Hospitalaria
- De Dirección de Enseñanza
- De tecnologías de la información
- Administrativo
- Médicos adscriptos y residentes de infectología

Capacitación y entrenamiento

- Curso para monitoreo de adherencia a higiene de manos
- Curso en línea de higiene de manos
- Capacitación específica en sus servicios

Componente esencial 1

Programa de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Objetivos

- Establecer estrategias de mejora para lograr que las medidas de prevención se cumplan
- Minimizar los riesgos o factores que generan o se asocian a infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)
- Mejorar los procesos de prevención de infecciones

Meta reducción de infecciones asociadas a la atención de la salud 10% y de resistencia antimicrobiana

Componente esencial 1

Medición de Objetivos

- Indicador de resultado - Tasas de IAAS
- Indicadores de resultados - Tasas de IAAS por servicio e infecciones específicas
- Indicadores de resultados - Tasas específicas por métodos invasivos
- Indicadores de procesos adherencia de higiene de manos
- Indicadores de proceso – cumplimiento de paquetes de verificación métodos invasivos
- Indicadores de resultado de resistencia antimicrobiana
 - Tasa de infección nosocomial por bacilos gramnegativos multidrogoresistentes
 - Tasa de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina

Componente esencial 1

Programa de acuerdo a lineamientos nacionales

Red Hospitalaria para la vigilancia epidemiológica (RHOVE)

Establecida en 1997

Se encarga de unificar los criterios para la recopilación dinámica, sistemática y continua de la información generada por cada unidad de atención médica hospitalaria afiliada a la RHOVE mediante la **NOM-045-SSA2-2005** para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

Criterios para la incorporación de unidades a la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica:

1. Contar con una Unidad Hospitalaria (UVEH)
2. Contar con un epidemiólogo y/o infectólogo de tiempo completo como coordinador de la UVEH
3. Contar por lo menos con una enfermera en salud pública o capacitada en epidemiología para vigilancia en instituciones con una a 50 camas censables y no censables y este personal deberá incrementarse en, por lo menos, una enfermera por cada una a 50 camas adicionales.
4. Personal de enfermería exclusivo para las actividades de vigilancia, epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud.
5. Contar con un espacio físico de trabajo para el epidemiólogo o responsable de la UVEH y su equipo de enfermería.
6. Contar con acceso a teléfono y conexión a Internet de banda ancha con velocidad mínima de 2MB de bajada y 2 MB de subida de preferencia para uso exclusivo del servicio.
7. Equipamiento informático con al menos dos computadoras de portátiles y/o escritorio y una impresora para uso exclusivo de la UVEH.
8. Que la UVEH cuente con un capturista para el registro de los padecimientos sujetos a vigilancia en la plataforma única del SINAVE.
9. Que el hospital cuente con un laboratorio de microbiología y personal capacitado para el manejo y procesamiento de las muestras.
10. Todas las unidades que deseen participar deberán enviar vía correo electrónico a través del responsable estatal la encuesta inicial de Ingreso (Anexo 1) y el formato



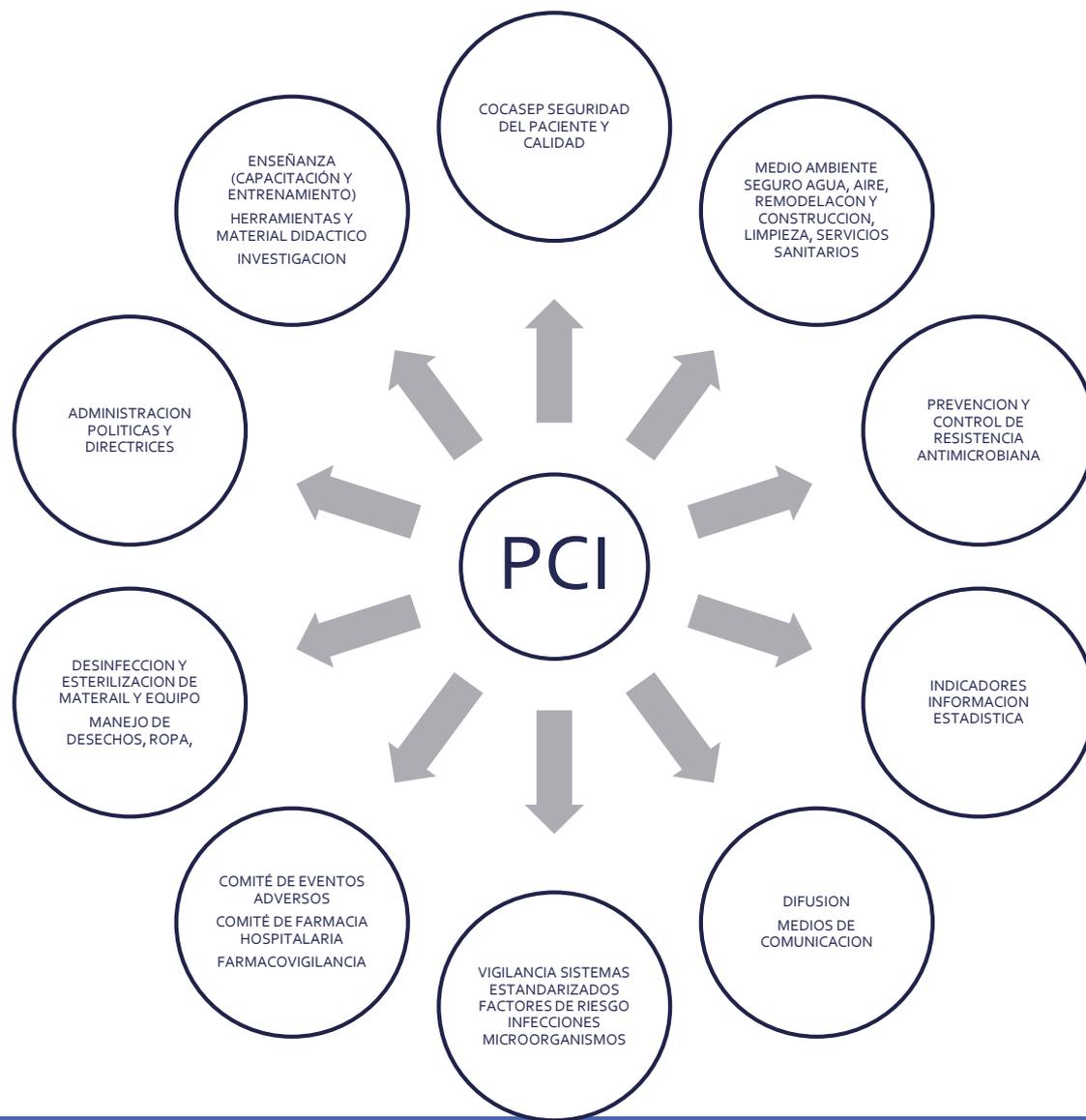
Componente esencial 1

Gestión

- Se continúa trabajando en la gestión para asignación de presupuesto (recursos materiales y humanos) y apoyo de líderes de la alta dirección
- Las políticas nacionales dan directrices que no incluyen como prioritario directamente este programa

Componente esencial 1

Vinculación crítica con otros programas



Alcance de Programa de las buenas prácticas de PCI

- Todas las áreas de la organización de acuerdo a la legislación aplicable vigente (todas las áreas que se encuentran dentro del área física del instituto)
- Todos los procesos clínicos y no clínicos relacionados con la prevención y el control de las infecciones (todos los procesos de atención, capacitación, administración, e investigación con participación de pacientes o que tenga repercusión en la atención de estos)

Priorizar Líneas de Acción

Funciones

- Vigilancia Epidemiológica
- Capacitación
- Estrategias de acción



Selección del equipo y funciones específicas:

Integrante: Dr. Alejandro Serrano Sierra -Gestión de recursos, liderazgo, enlace con autoridades internas y externas para cumplimiento estrategias

Integrante: Dra. Mercedes Macías Parra - -Gestión de recursos, liderazgo, enlace con autoridades internas y externas para cumplimiento estrategias. Dar indicaciones de cumplimiento de otros miembros

Integrante: Dr. José Nicolás Reynes Manzur Lograr el cumplimiento de las estrategias de prevención coordinando a personal en formación-médicos residentes y enfermeras-. Planeación y realización en las actividades educativas, capacitación y entrenamiento de prevención de infecciones de todas las personas en el Instituto Nacional de Pediatría.

Integrante: Lic. Agustín Arvizú Álvarez Respalda el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud del Comité, gestionar el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal del instituto. Coordinación con Comité de Calidad la supervisión. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

Integrante: Dr. Luis Xochihua Díaz Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las Direcciones y del personal de la subdirección de medicina. Liderazgo. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

Integrante: Dr. Carlos López Candiani Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones sanitarias propuestas por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de áreas críticas. Participación proactiva en sus áreas de alto riesgo para minimizar riesgos.

Integrante: Dr. Fernando Rueda Franco Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones sanitarias propuestas por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de quirófano y servicios de cirugía. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención. (Cirugía, quirófano y anestesia).

Integrante: Dr. Roberto Rivera Luna Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones sanitarias propuestas por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de Oncología, Hematología, AQUA, UTCHP. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

Integrante: Dra. Amalia Bravo Lindoro: Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones sanitarias propuestas por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de laboratorios, toma de muestras y banco de sangre. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar participación de laboratorios en la prevención y cumplimiento de requerimientos normativos.

Integrante: Dra. María de la Luz Iracheta Jerez Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de Consulta externa, relaciones hospitalarias, trabajo social. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención. Coordinación con COCASEP.

Integrante: Mtra. Adriana Romero Sandoval Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de enfermería, camilleros, mensajeros. Coordinación del equipo operativo de enfermería del Comité logrando cumplan sus actividades así como la mejora continua de las acciones de enfermería. Apoyo en la obtención de recursos para material de curación, solución alcoholada para higiene de manos, insumo y equipo de calidad para realizar procedimientos de acuerdo a guías y normas. .

Integrante Mtra. Rebeca Ascencio Cedillo Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de la Dirección de Administración y del personal de su subdirección. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos, la calidad y oportunidad de estos para desarrollar estrategias de prevención. (Servicios administrativos, adquisiciones).

Integrante Ing. Ángel Hernández Martínez. Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud en el ámbito de medio ambiente seguro, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de su subdirección. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención. (Servicios Generales, Depto. Servicios de Apoyo, Coordinación de Mantenimiento, Coordinación de construcción y remodelación, Compañía externa de limpieza, ropería y vigilancia).

Integrante: Dra. Patricia Zarate Castañón Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud propuestas por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de COFAT. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

Integrante: Dra. Martha Ramiro Mendoza Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de Epidemiología. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención. (Epidemiología, Vacunas, Vigilancia epidemiológica de padecimientos de notificación).

Integrante: Lic. Nutrición Ma. Dolores Margarita Ramírez Delgado Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de Dietética, Banco de leches. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención en área de preparación de alimentos, formulas, su distribución, almacenamiento.

Integrante: Lic. Enf. Adriana Hernández Hernández Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de CEyE. Coordinación con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención. (CEyE y CEyE Quirófano).

Integrante: Dra. Hilda G Hernández Orozco Coordina a los integrantes del Comité de infecciones asociados a la atención de la salud y de la Unidad Operativa del CIAAS

Selección del equipo y funciones específicas:

Integrante: Dr. José Luis Castañeda Coordinar actividades residentes de infectología de capacitación, vigilancia epidemiológica y detección de casos. Vigilancia epidemiológica. Revisión de casos probables y confirmarlos o descartarlos. Supervisión de servicios con formatos de vigilancia de prevención de infecciones. Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de la institución. Coordinación con otras áreas para resolver problemas del instituto. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

Integrante: Dr. Eduardo Arias de la Garza Coordina médicos residentes infectología de capacitación, monitoreo de higiene de manos y precauciones específicas de aislamiento y aislamiento protector, documentación en expediente. Vigilancia epidemiológica de resistencia antimicrobiana, unidades de terapia intensiva. Supervisión de servicios con formatos de vigilancia de prevención de infecciones. Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de la institución. Coordinación con otras áreas para resolver problemas del instituto. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

Integrante: MSP Esperanza Lucas Reséndiz . Jefa de enfermeras coordina vacaciones, permisos con Subdirección de Enfermería. Coordina y asegura el cumplimiento de actividades de la unidad operativa del CIAAS del personal de enfermería. Realiza actividades de vigilancia, capacitación y estrategias de prevención en Urgencias, Prehospitalización Neurocirugía y Neurología, Banco de Sangre , Radioterapia, Estomatología , Consulta Externa (Edificio anexo), SADYTRA. Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de la institución. Coordinación con otras áreas para resolver problemas del instituto. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención. Entrega de base de datos de vigilancia indicador aislamiento en médicos en infectología, conjuntar información y envió de denominadores días catéter venoso central, días sonda urinaria, días ventilador. Coordina entrega de monitoreo de calidad del aire y fumigación.

Integrante: Lic. Enf Juana García Cruz Realiza actividades de vigilancia, capacitación y estrategias de prevención en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidad de Cuidados Cardiovasculares, Servicios de Cirugía y Quirófano, Cirugía general, Cardio -Tórax, Ortopedia, otros servicios quirúrgico, Inhaloterapia, Clínica de terapia de infusión vasculares, Clínica de Estomas, Servicio de endoscopia. Coordina programa Adiós Bacteriemia, Adiós Neumonías en UTIs y Programa de capacitación. Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de la institución. Coordinación con otras áreas para resolver problemas del instituto. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

Integrante: Enf. Aurora Rosas Ruiz Realiza actividades de vigilancia, capacitación y estrategias de prevención en Oncología, Hematología, Inmunología, UCIN, AQUA, UTCH ICE, Rehabilitación Y Pensionados. Coordina programa Adiós bacteriemia en Oncología. Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de la institución. Coordinación con otras áreas para resolver problemas del instituto. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención. Coordina entrega de monitoreo de calidad del agua.

Integrante: Lic. Enf María Rosa Hernández García Realiza actividades de vigilancia, capacitación y estrategias de prevención en Infectología, Gastronomía, Medicina Interna, Nefrología, Servicio de Endoscopia 4 piso, Hemodinamia, CEyE, Banco de leches. Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de la institución. Coordinación con otras áreas para resolver problemas del instituto. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención. Coordina entrega de monitoreo de limpieza.

Integrante: Lic. Pedagogía Esther Ortega Martínez: Realiza actividades de capacitación a familiares, visitantes, personal administrativo y no clínico. Coordina y lleva a cabo el programa de capacitación para familiares y pacientes. Realiza material didáctico y coordina su reproducción. Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de la institución. Coordinación con otras áreas para resolver problemas del instituto. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- **Mejora continua de la Vigilancia Epidemiológica**
 - Detección, confirmación y análisis IAAS- Estandarización definiciones-discusión de casos con servicios y en la unidad operativa del CIAAS. Investigación de casos
 1. Análisis de defunciones asociadas e Informe mensual
 2. Informe trimestral indicadores MMR
 3. Informe anual de indicadores de resultados
 - Monitoreo de factores de riesgo
 1. Informe de desviaciones por personal de enfermería de la unida operativa CIAAS
 2. Comunicaciones a servicios y autoridades para determinar y realizar acciones de las causas mediante análisis de informe (anual)
 - Monitoreo de microorganismos y resistencias
 1. Informe mensual de bacterias multirresistentes-inicia 2019-
 2. Informe trimestral indicadores de multirresistentes MMR
 3. Informe diario de laboratorio bacteriología vía email- reforzado por médicos residentes de infectología. Informe cultivos de banco de leches y trasplantes
 4. Informe mensual de bacteriología de MRSA
 5. Informe vía WhatsApp de virología
 6. Informe de laboratorio de micología vía WhatsApp

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- Mejora continua de la Vigilancia Epidemiológica
 - Detección, confirmación y análisis de medidas de aislamiento
 1. Informe mensual
 2. Informe a calidad Indicador QPS

 - Detección de cumplimiento de higiene de manos en Unidad de Terapia Intensiva
 1. Informe mensual
 2. Informe a calidad Indicador MISP 5

 - Detección de cumplimiento de paquete de verificación para prevención de NAV
 1. Informe mensual
 2. Informe a calidad Indicador QPS
 3. Se revisa esta estrategia
 4. Se realizan cambios de infraestructura, procesos, procedimientos y gestión de recursos para mejorar el programa de prevención

 - Seguimiento de cumplimiento de paquete de verificación para prevención de ITSAC
 1. Informe a servicios implicados

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- Mejora continua de la Vigilancia Epidemiológica

Departamento de Dietética

- Monitoreo de área de dietética y proceso de alimentos
 1. Informe de monitoreo a preparadores y manejadores de alimentos semestral – estudios- exudado faríngeo, **coprocultivo**, coproparasitoscópico-, resultados seguimiento de positivos
 2. Informe de cultivos de banco de leches mensual (bacteriología)
 3. Acciones de acuerdo a resultados de muestreo de personal y de formulas
 4. Informe de desviaciones y medidas implementadas
 5. Promoción de realización de higiene de manos

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

• Mejora continua de la Vigilancia Epidemiológica

Departamento de Servicios de Apoyo

- Monitoreo de medio ambiente
- 1. Informe mensual de limpieza- Calidad de limpieza por servicio, respuesta a actividades por servicio, desviaciones recibidas- El Departamento de servicios de apoyo se asegura de una limpieza y desinfección hospitalaria adecuada coordinando actividades compañía externa subrogada
- 2. Informe mensual de fumigación de áreas, Informe de acciones extraordinarias de fumigación El Departamento de servicios de apoyo se asegura funcione coordinando actividades compañía externa
- 3. Manejo adecuado de pacientes y realización de medidas de prevención durante el transporte de pacientes en ambulancia. El Departamento de servicios de apoyo se asegura funcione coordinando actividades con servicio de transporte
- 4. Manejo adecuado de ropa hospitalaria. El Departamento de servicios de apoyo se asegura la ropa hospitalaria segura, coordinando actividades con compañía externa y servicio de ropería interno

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- Estrategias a aplicar
 - Programa Higiene de Manos
 - Curso en línea de Higiene de Manos
 - Documentos, guías para consulta en página de internet del INP
 - Informe de Monitoreo adherencia de Higiene de Manos trimestral en pantallas
 - 1. Informe mensual de adherencia de higiene de manos a servicios y autoridades. La adherencia a higiene de manos es el indicador meta internacional de seguridad del paciente número 5
 - Informe de indicador en conjunto con COCASEP en médicos atienden pacientes infectología
 - Monitoreo adherencia de Higiene de Manos unidad operativa CIAAS
 - Insumos para Higiene de Manos- Departamento de servicios de apoyo, Subdirección de Recursos Materiales, Subdirección de enfermería
 - Calidad del agua – Coordinación de mantenimiento

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

• Estrategias a aplicar

- Paquetes de verificación “Adiós bacteriemia” “Adiós Neumonía” Protocolo enfermería de cuidado de sonda vesical
- Documento diarios de paquetes de verificación de instalación de catéteres venosos centrales en quirófano, UTIP, UCIN, UCICV (entrega formato específico)
- Reportes diarios de paquete de verificación de medidas de prevención de NAV en UTIP, UCIN, UCICV (entrega formato específico)
- Reporte de Subdirección de enfermería de avances de mejora técnica aspiración secreciones y manejo de sondas urinarias
- 1. Informe a servicios participantes de paquetes de verificación
- 2. Informe de avances en sesión de COCASEP

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- Indicador de precauciones específicas de aislamiento

El indicador de adherencia a medidas de aislamiento se mide en los médicos que acuden al servicio de infectología

- Informe de indicador presentado en COCASEP
- Informe mensual a Jefe de Departamento de Infectología
- Reporte de desviaciones al servicio

- Revisión de precauciones de aislamiento protector y específico en todos los servicios

Problemática a enfrentar y resolver

- Espacio insuficiente y cercanía de camas
- Hacinamiento
- No se cumplen medidas
- En urgencias se requiere aislamiento en cohorte problema infraestructura

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- Clínica de terapia de infusión
- Documenta información de denominador de indicadores –días catéter- mensual
- Informe mensual de días catéter
- Cuidado y mantenimiento de catéter venosos central
- Informe de actividades de días catéter semestral y anual
- Unidades de Cuidados Intensivos informes mensuales del denominador -días catéter-

- Control de antibióticos
- Informes de laboratorio mensuales- reforzado por informes de residentes de infectología y laboratorio de investigación de biología molecular
- Reporte de laboratorio de resistencia antimicrobiana semestral

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

Cirugía/Quirófano- Infecciones de sitio quirúrgico

- Se lleva a cabo por Subdirección de Cirugía y Subdirección de Enfermería la estrategia de cirugía segura
- Se lleva el proceso en quirófano
- Se monitoriza desinfección y esterilización por CEyE de quirófano
- La enfermera de la unidad operativa del CIAAS investiga los probables casos de infección de sitio quirúrgico asociada a la atención de la salud, eventos extraordinarios y realiza visita a quirófano acompañada de infectólogo
- Se realizó la guía de antimicrobianos profilácticos por Departamento de Infectología coordinado por Dr. De Colsa y Subdirección de Cirugía, quedo en proyecto debe retomarse y realizarse
- Se integra programa con la Clínica de Estomas para mejorar captación de casos de infección de sitio quirúrgico

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- Se lleva a cabo por Subdirección de Enfermería y Dirección Médica
 - Mejora de procesos y procedimientos de atención del paciente
 - Estandarización de procedimientos de atención de pacientes- revisión de manuales, guías y aplicación-. Ejemplo técnica aspiración de secreciones
 - Monitorización de procedimientos y uso de equipo- poster para toma de muestras, hemocultivos, uso de guantes-
 - Manejo de procedimiento de desinfección y esterilización de material y equipo, monitorización de procesos por servicios de CEYE del hospital.
 - Manejo y control de medicamentos por Subdirección de Enfermería y Subdirecciones medicas

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

• Estrategias a aplicar

Trasplante y Unidad de hemodiálisis

Servicio de Nefrología/Unidad de trasplante de células hematopoyéticas

- Se lleva a cabo por Jefatura de Departamento de Nefrología, Unidad de trasplantes de células hematopoyéticas y Subdirección de Enfermería
- Mejora de procesos y procedimientos en unidades de trasplante
- Mejora de procesos y procedimientos de hemodiálisis
- Cultivos bacteriológicos y bioquímicos del sistema de osmosis cada mes
- Sanitización del sistema de osmosis cada 15 días- (noche impregna Renalin 100 enjuague) y auto-test del equipo con cada paciente
- Unidad operativa CIAAS solicita cultivos de agua de Unidades de trasplante y de hemodiálisis y de UTCHP, realiza acciones según reportes de desviaciones

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

Departamento Dietética-Procesamiento alimentos

- Manejo del proceso de alimentos
- Proceso de abastecimiento, preparación, distribución
- Calidad y seguridad de alimentos
- Medidas de prevención en personal dietética – uso de uniforme, equipo protector, procedimientos de acuerdo a normas, higiene de manos-
- Monitorización de personal –cultivos y seguimiento cada 6 meses-
- Monitorización de alimentos mensual- cultivos de agua y alimentos- se realizan de acuerdo a recursos y gestión

Componente esencial 1 Priorizar líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

Departamento de Servicios de Apoyo

- Control de acciones para un medio ambiente seguro-
- Limpieza hospitalaria, reporte de desviaciones y solicitud de solución
- Calidad del agua, reporte de desviaciones y solicitud de corrección
- Calidad del aire, reporte de desviaciones y solicitud de corrección
- Fumigación reporte de desviaciones y solicitud de corrección
- Manejo y eliminación de RPBI
- Manejo de ropa hospitalaria
- Proceso de prevención en ambulancias

Componente esencial 2 Evidencia basada en guías

- Manuales de procedimientos para la atención del paciente en cada servicio
- Instrucciones de trabajo de procesos y procedimientos específicos de atención
- Documentos prevención de infecciones: precauciones específicas de aislamiento, toma de muestras, realización de hemocultivos, uso de guantes...
- Reforzar investigaciones y publicaciones CIAAS
- Dirección de Enseñanza, Enfermería y Unidad operativa

- Servicio de Epidemiología
 - Programa de vacunación en personal de salud

- Subdirección de administración y desarrollo de personal
 - Comisión de seguridad e higiene
 - Salud y seguridad de los trabajadores

Componente esencial 2

Evidencia basada en guías

Planes de Acción

- En pagina de internet se encuentran guías y documentos de prevención de infecciones

Guías de prevención PCI

1 PRECAUCIONES ESTÁNDAR

[1 Precauciones estandar WHO](#)
[1-12 Prevention-and-Control-of-Health-Care-Associated-Infections](#)
[1-12 Recomendaciones Prevencion-Enfermedades Infecciosas atencion primaria](#)

2 PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISION

[2 Precauciones-contacto-brotos-KPC](#)
[2 Guia C difficile SHEA.pdf](#)
[2 Guia de Precauciones de aislamiento 2017](#)
[2 Precauciones especificas de aislamiento basadas en la transmision](#)
[2 Precauciones-de-control-de-infeccion-por Candida auris](#)
[2 Uso Racional de Equipo Protector COVID 19](#)
[2 Indicaciones de Uso de Mascarilla en COVID 19](#)

3 HIGIENE RESPIRATORIA Y ETIQUETA TOS

[3 Etiqueta tos cartel.pdf](#)
[3 Prevencion de influenza](#)
[3 Reconocimiento notificacion y manejo del control de infecciones respiratorias](#)

4 TÉCNICA ASEPTICA PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

[4.1 Guia global de prevencion de un sitio quirurgico](#)
[4.1 Guia prevencion de infecciones de sitio quirurgico](#)
[4.1 Guia global de prevencion infecciones sitio quirurgico 2017](#)
[4.2 CENETEC Guia prevencion de infecciones asociadas a CVC](#)
[4.2 Guia prevencion infecciones asociadas a cateter](#)
[4.2 Guia prevencion infecciones asociadas a cateter IDSA](#)
[4.3 Guia prevencion de resistencia antimicrobiana](#)
[4.4 Guia prevencion de infeccion de vias urinaria asociada a cateter](#)
[4.5 Estrategia prevencion neumonias 2014.pdf](#)
[4.5 Guia prevencion de neumonias](#)
[4.5 Guia prevencion neumonias.pdf](#)
[4.5 Prevencion de neumonia asociada a ventilador](#)

5 MANEJO DE DISPOSITIVOS

[5 Evaluacion de la necesidad de dispositivos.pdf](#)
[5 Gestion computarizada de mantenimiento.pdf](#)
[5 Guia de Prevencion y control resistencia a carbapenems.pdf](#)
[5 Guia de recursos para procesos de adquisicion](#)
[5 Introduccion al inventario medico.pdf](#)
[5 Mantenimiento de equipos.pdf](#)
[5 Politicas de dispositivos.pdf](#)
[5 Recomendaciones de toma de hemocultivos.pdf](#)

6 PREVENCIÓN DE HERIDAS Y MANEJO CON PUNZO-CORTANTES

[6 Guia prevencion punzocortantes.pdf](#)
[6 Occupational-exposures-to-bloodborne-pathogens](#)
[6 Política para manejo de Inyecciones seguras.pdf](#)

7 DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO

[7 Desinfeccion de equipo medico.pdf](#)
[7 Guia de Desinfeccion y Esterilización 2018.pdf](#)
[7 Guia para reprocessar endoscopios.pdf](#)
[7 OPS Manual de esterilizacion.pdf](#)

8 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN HOSPITALARIA AMBIENTAL

[8 Guia de limpieza Ebola.pdf](#)
[8 High-level-disinfection_challenges-in-procedures.pdf](#)
[8 Limpieza del entorno de atencion sanitaria OMS.pdf](#)
[8 Limpieza y desinfeccion del quirofano.pdf](#)
[8 Limpieza hospitalaria 2010.pdf](#)
[8 Environmental Services Cleaning Guidebook.pdf](#)

9 MANEJO SEGURO DE ROPA Y LAVANDERÍA

[9 Manejo de ropa hospitalaria .pdf](#)
[9 Manejo de ropa hospitalaria y otros.pdf](#)

10 MANEJO DE RESIDUOS HOSPITALARIOS

[10 Disposición de fármacos caducos.pdf](#)
[10 Guia de Medio Ambiente.pdf](#)
[10 Guia manejo RPBI.pdf](#)
[10 Guia técnica de acción para residuos biológicos.pdf](#)
[10 Manejo de RPBI en el hospital.pdf](#)

11 MEDIO AMBIENTE SEGURO AGUA, AIRE CONSTRUCCIÓN Y REMODELACION

[11 Guia de prevencion y control del medio ambiente](#)

12 PREVENCIÓN DE INFECCIONES

[12 Costo de IAAS en Latinoamerica.pdf](#)
[12 Guia vijilancia infecciones.pdf](#)
[12 Legislacion PCI Latinoamerica.pdf](#)
[12 Vigilancia Epidemiologica en Neonatologia.pdf](#)
[12 Prevención Infecciones COVID-19 2020](#)
[12 Proceso Prevención COVID-19](#)

Componente esencial 2 Evidencia basada en guías

- Las guías y documentos de prevención de infecciones

Principalmente enfocado a:

- **Precauciones estándar**
- **Precauciones según vía de transmisión**, incluyendo identificación de pacientes, localización y uso de equipos de protección personal (EPP).
- **Técnica aséptica para procedimientos invasivos** (incluyendo cirugía y manejo de dispositivos para procedimientos clínicos, acordes al ámbito y tipo de atención a nivel de establecimiento.
- **Directrices específicas para prevenir las IAAS** más prevalentes (ej: infecciones urinarias asociados con catéteres, ISQx, ITS asociados a línea central, neumonía asociada con uso de ventilador) dependiendo del contexto y complejidad de la institución

Componente esencial 3

Priorizar líneas de Acción: Educación y Entrenamiento

- Estrategias a aplicar capacitación a:
 - Personal de salud
 - Personal en formación
 - Visitantes
 - Capacitación en servicio
 - 1. Programa de capacitación en conjunto con Dirección de Enseñanza y específica de la unida operativa del CIAAS y Subdirección de Enfermería informe mensual
 - 2. Informe mensual capacitación en línea curso higiene de manos - retroalimentación para servicios y autoridades-
 - Informe trimestral en sesión del CIAAS, semáforos en pantallas del instituto
 - Capacitación de enfermería en conjunto con Subdirección de Enfermería en módulos
 - Capacitaciones extra: Talleres de bioseguridad, Train the trainers en higiene de manos, Taller Marco de autoevaluación del programa de prevención de infecciones
 - Celebración “Día Mundial de Higiene de Manos”
 - Capacitación para prevencionistas en conjunto con St Jude Children’s Research Hospital para países de hispanoparlantes

Componente esencial 3

Priorizar líneas de Acción: Educación y Entrenamiento

- Estrategias a aplicar capacitación a:
 - Familiares
 - Pacientes
- 1. Mediante un proyecto de mejora de capacitación específico
 - Capacitación en higiene de manos y en prevención de infecciones
 - Uso de material didáctico para el familiar y el paciente
- 2. Mediante programa de inducción al proceso hospitalario (PIPHOS)
 - Con temas específicos de prevención dentro de la plática
- 3. Material didáctico- trípticos, carteles-

Componente esencial 3 Educación y Entrenamiento

• Capacitación

1. Sesiones para médicos residentes de nuevo ingreso
2. Sesión para médicos residentes rotantes
3. Sesiones para personal de enfermería rotante
4. Sesiones para personal medico de pregrado rotante
5. Sesiones para voluntarios y visitantes
6. Sesiones para familiares –programas PPIPHOS-
7. Sesiones para familiares programa de capacitación específico
 - Taller Higiene de manos individual al ingreso a visita
 - Capacitación en el área del paciente
8. Talleres de uso de equipo protector para contingencia COVID-19
9. Sesiones para personal de salud in situ o por servicio
10. Sesiones específicas por tema dentro de las sesiones de criterio para residentes, sesiones en línea
11. Versión en línea y practica del curso de prevencionistas coordinado por St Jude Children´s Research Hospital

Verificación por listas de asistencia o constancia

Componente esencial 4

Vigilancia Epidemiológica

Estandarización de definiciones



INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS NO ASOCIADA A CATETER URINARIO

CU: Sí No Fecha de colocación: ___ / ___ / ___

El diagnóstico de IVUAC cumple los siguientes criterios:

- Tiene antecedente de CU por menos de 48 horas antes del inicio de síntomas: Sí No
- No tuvo catéter urinario en la fecha del evento o el día previo Sí No
- Urocultivo* $\geq 10^6$ UFC (100 mil UFC) con no más de 2 especies bacterianas Sí No
- Además presenta uno o más de los siguientes síntomas:

- Clinico:
 - Fiebre (> 38.5 °C) distermia (< 36 °C)* o hipotermia* Sí No
 - Escalofríos Sí No
 - Dolor suprapúbico Sí No
 - Dolor costo-vertebral Sí No
 - Urgencia urinaria Sí No
 - Poliuria Sí No
 - Disuria Sí No
 - Tenesmo vesical Sí No
 - Letargia* Sí No
 - Apnea* Sí No
 - Bradicardia* Sí No
 - Vómito* Sí No

* < 1 año

- Además de al menos uno de los hallazgos de laboratorio:
 - EGO* o tira reactiva: Plura (> 10 leucocitos/ml o > 5 leucocitos/por campo) Esterasea leucocitaria o nitritos positivos

- IVUAC por *Candida spp.*
 - Además de los criterios clínicos requiere:
 - Dos muestras consecutivas con > 10 mil UFC/ml Sí No

- Agente aislado: _____
- Sensibilidad antimicrobiana:
- Resistencia antimicrobiana:
- De aislarse en muestra de urocultivo se

¿Cumple criterios para IVU NO ASOCIADA? Sí No

- En caso de nueva IVUA presentada en el periodo de ventana de 14 días solo se agrega el agente etiológico a la primera IVUAC no se reporta como 2 infecciones solo una
- No se deben usar muestras de urocultivo obtenidas por bolsa colectora
- El aislamiento de un nuevo microorganismo en urocultivo con criterios previamente mencionados es diagnóstico de un nuevo episodio de infección urinaria.
- Las puntas de sondas vesicales no deben ser cultivadas y no se utilizan para diagnóstico de IVUAC.



INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQX)

Tipo de procedimiento quirúrgico*: _____ Fecha de procedimiento: ___ / ___ / ___

1. ISQX incisional superficial: cumple los criterios.

Criterios clínicos:

- ¿Involucra involucra piel y tejido celular subcutáneo de la incisión? Sí No
- ¿Ocurrió dentro de los 30 DÍAS post-cirugía? Sí No
- Además de uno o más de los siguientes:
 - Drenaje purulento Sí No
 - Cultivo positivo de la secreción o de material obtenido por punción Sí No
 - Al menos uno: Dolor Sí No Induración local Sí No Incremento de la temperatura local Sí No Deliberadamente abierta por el cirujano Sí No Herida que se administran antibióticos Sí No mas cultivo positivo o sin cultivo. Si el cultivo es negativo se descarta
 - Herida que el cirujano juzga clínicamente infectada Sí No

¿Cumple criterios para infección incisional superficial? Sí No

2. ISQX incisional profunda: cumple los criterios.

Criterios clínicos:

- ¿Involucra fascia y músculo? Sí No
- ¿Ocurrió dentro de los 30 A 90 DÍAS post-cirugía? Sí No
- Además de uno o más de los siguientes:
 - Sección purulenta de la herida o del drenaje colocado por debajo de la aponeurosis Sí No

- Diagnóstico de infección por el cirujano Sí No
- Deliberadamente abierta por el cirujano con cultivo positivo o sin cultivo Sí No si presenta al menos uno Fiebre (≥ 38.5 °C) Sí No Dolor local Sí No Administración de antibióticos Sí No . Si el cultivo es negativo se descarta
- Absceso o cualquier evidencia de infección clínica, Rx, reoperación, histopat. Sí No

¿Cumple criterios para infección incisional profunda? Sí No

3. ISQX órganos y espacios: deberá ser codificada según el órgano o la cavidad afectada; cumple criterios:

Criterios clínicos:

- ¿Involucra cualquier región (NO incisión, fascia, musculo) manipulado durante la cirugía? Sí No
- ¿Ocurrió dentro de los 30 A 90 DÍAS post-cirugía o con implante durante el ÚLTIMO AÑO? Sí No
- Además de uno o más de los siguientes:
 - Sección purulenta del drenaje colocado en el órgano o espacio Sí No
 - Cultivo positivo de la secreción o del tejido involucrado obtenido de manera aséptica (biopsia, punción) Sí No



INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO (ITS)

CV: Sí No Fecha de colocación: ___ / ___ / ___

1.- ITS relacionada a catéter

Reportar ITS relacionada a catéter cuando un paciente tiene antecedente de instalación de catéter central dentro de las 48 horas previas al inicio de los síntomas. Más la presencia de alguno de los siguientes criterios:

Criterio 1:

- Hemocultivos cualitativos obtenidos a través del catéter y de punción periférica (incubados con sistema automatizado), un tiempo de positividad de más de dos horas (primero el central seguido del hemocultivo periférico) o de 103 UFC en hemocultivos cuantitativos (del catéter contra periférico).

Criterio 2:

- Paciente con uno o más hemocultivos que han permitido el aislamiento de un microorganismo patógeno que no se encuentra relacionado a otro sitio infección.

Así como:

- El mismo microorganismo aislado en el cultivo de la punta del catéter (Técnica de Maki) con 15 UFC por placa en caso de cultivos semi cuantitativos o 102 UFC/ml para cultivos cuantitativos

Criterio 3:

- Paciente tiene antecedente de instalación de catéter central dentro de las 48 horas previas al inicio de los síntomas con uno o más hemocultivos que han permitido el aislamiento de un microorganismo patógeno

Y con dos o más de los siguientes signos, síntomas y/o datos de laboratorio:

- Fiebre, distermia o hipotermia Sí No
- Hipotensión Sí No
- Apnea Sí No
- Taquicardia o Bradicardia Sí No
- Taquipnea (> 20 respiraciones por minuto) Sí No
- PCO2 < 32 mmHg Sí No
- Leucocitosis (> 12.000 leucocitos/ml) Sí No
- Leucopenia (< 4.000 leucocitos/ml) Sí No
- Trombocitopenia Sí No
- Recuento de bandas en sangre periférica $> 10\%$ Sí No

Comentarios:

Catéter central: Es un catéter intravascular que termina en o cerca del corazón o en uno de los grandes vasos, que es utilizado para infusión, extracción de sangre o monitoreo hemodinámico. Los siguientes son considerados grandes vasos para efectos de la notificación y para contar los días catéteres centrales: aorta, arteria pulmonar, vena cava superior, vena cava inferior, venas braquiocefálicas, venas yugulares internas, subclávicas, venas ilíacas externas y venas femorales comunes. En neonatos la vena y arteria umbilical se consideran grandes vasos. El catéter de hemodiálisis con flujo continuo hacia el sistema venoso central se considera una línea central. Ni el sitio de inserción ni el tipo de catéter deben considerarse para determinar si un catéter califica como central. Las puntas de catéter o dispositivos endovenosos no se deben cultivar rutinariamente, solo se deben realizar cultivos en caso de sospecha de infección relacionada a catéter.



NEUMONÍA ASOCIADA A LA

ATENCIÓN EN SALUD

CIAAS

NEUMONÍA

- VM ≥ 48 HRs: Sí No Fecha de inicio: _____
- Incremento de FIO2 de $> 20\%$ sostenido por > 2 días < 2 días
- Incremento de PEEP > 3 cmH2O del basal sostenido > 2 días < 2 días
- Intubación por procedimiento Broncoscopia Toracoscopia sello pleural
- Además de

Criterios Radiológicos. Radiografías con al menos uno de los siguientes hallazgos:

- Infiltrado nuevo progresivo persistente
- Consolidación
- Cavitación
- Pneumatoceñas en pacientes menores de 1 año

Criterios Clínicos y de laboratorio

- Al menos tres de los siguientes signos, síntomas o datos de laboratorio:
 - Fiebre $> 38^{\circ}$ Distermia Hipotermia
 - Leucopenia (< 4.000 leucocitos/ml) o leucocitosis (> 15.000 leucocitos/ml) o $> 10\%$ bandas
 - Expectoración o cambio en el patrón de secreciones o incremento en necesidad de aspiración
 - Apnea Taquipnea aleteo nasal tiros costales Rueda respiratoria o estertores Sibilancias
 - Tos
 - Bradycardia (< 100 latidos/min) o taquicardia (170 latidos/min)
 - Incremento de requerimiento de oxígeno ($> 90\%$)
- Identificación agente etiológico
 - Cultivo de secreción endotraqueal positiva
 - Panel viral respiratorio positivo
 - Agente _____

1. Neumonía (no asociada) definida clínicamente

(Aquella que se presenta después de 48 horas del ingreso hospitalario cuando el microorganismo no se encuentra en periodo de incubación)

2. Neumonía (no asociada) con aislamiento microbiológico o viral

(Es la neumonía en la que se identifica el microorganismo causal)

3. Neumonía asociada a procedimiento (se presenta en pacientes en quienes se ha realizado un procedimiento de broncoscopia o intubación endotraqueal en las últimas 48 horas antes del inicio de los síntomas.)

4. Neumonía asociada a ventilador (se presenta en pacientes con asistencia mecánica a la ventilación o su antecedente en por lo menos 48 hrs.)

Temprana: Ocurre dentro de los primeros 4 días del ingreso al hospital.

Tardía: Ocurre a partir del quinto día.

Si se presenta una nueva neumonía en el periodo de ventana de 14 días se considera solo una

Empiema secundario a procedimientos

Procedimiento invasivo en espacio pleural, hasta 30 días posteriores a la realización del mismo.

Además de 2

Fiebre $> 38^{\circ}$ C Hipotermia $< 36^{\circ}$ C

Durante pleural clínicamente radiológico

Más uno

Material pleural purulento

Cultivo pleural positivo

Componente esencial 4
Vigilancia Epidemiológica
Estandarización de definiciones

Definición operacional indicadores

- Tasa de IAAS= número de eventos IAAS/ número de días paciente por 1000
- % Cumplimiento de higiene de manos= Número de oportunidades positivas(realización) de HM/total de oportunidades observadas de HM
- % Cumplimiento de curso en línea= número de personal que aprueba curso en línea/número de personal de la institución

Componente esencial 4
Vigilancia Epidemiológica
Estandarización de definiciones

Definición operacional indicadores

- Tasa de IAAS por servicio = número de eventos IAAS por servicio/ número de días paciente por servicio por 1000
- Tasa de ITSAC= número de eventos ITSAC/ número de días catéter venoso central por 1000
- Tasa de NAV= número de eventos NAV/ número de días ventilador mecánico por 1000
- Tasa de ITUAC= número de eventos ITUAC/ número de días catéter urinario por 1000

- % Cumplimiento de higiene de manos por tipo de personal= Número de oportunidades (realización) de HM por tipo de personal/total de observaciones de HM por tipo de personal

Componente esencial 4 Vigilancia Epidemiológica Estandarización de definiciones

Definición operacional indicadores

- Tasa de IAAS por servicio = número de eventos IAAS por servicio/ número de días paciente por servicio por 1000
- Tasa de ITSAC= número de eventos ITSAC/ número de días catéter venoso central por 1000
- Tasa de NAV= número de eventos NAV/ número de días ventilador mecánico por 1000
- Tasa de ITUAC= número de eventos ITUAC/ número de días catéter urinario por 1000
- Porcentaje de cumplimiento de medidas de aislamiento= número de personas realizan medidas/ número de personas observadas por 100
- % Capacitación= número de personal capacitado entre total de personas de la institución por 100
- Cumplimiento capacitación de higiene de manos= número de personas aprobaron el curso de higiene de manos entre número de personal de la institución
- % Cumplimiento de higiene de manos por tipo de personal= Número de oportunidades (realización) de HM por tipo de personal/total de observaciones de HM por tipo de personal

Componente esencial 4
Vigilancia Epidemiológica
Estandarización de definiciones

Definición operacional indicadores

- Entrega de informes mensuales de limpieza a tiempo los primero 5 días del mes
- Entrega de informes mensuales de cloro residual por servicio y cultivos de agua a tiempo los primero 5 días del mes
- Entrega de informes mensuales de cambio de filtros y limpieza de rejillas a tiempo los primero 5 días del mes
- Entrega de informes de fumigación a tiempo los primero 5 días del mes
- Mejora en los procedimientos y procesos de atención medica
Subdirección de Enfermería y Dirección Medica definen sus indicadores

Componente esencial 4 Vigilancia Epidemiológica Coordinación con laboratorios

1. Información enviada por laboratorios:
 - Bacteriología
 - Detección gen *mecA* (*Staphylococcus aureus* meticilino resistente SAMR)
 - Virología
 - Panel viral (17 virus)
 - Micología
2. Coordinación para realización de cultivos en servicios específicos
 - Banco de leches
 - Unidad de trasplante de células hematopoyéticas
 - Hemodiálisis
 - Situaciones de sospecha de brote
3. Apoyo de realización de estudios de biología molecular
 - Detección de carbapemenasas
 - Detección *C. difficile*
 - Detección de SARS-CoV-2

Envío oportuno de resultados – detección de nuevos casos, brotes, corroboración de etiología de casos probables

Componente esencial 4 Vigilancia Epidemiológica

1. Análisis de resultados
2. Difusión de los resultados
 - Sesiones mensuales del comité
 - Informes de gobierno de la Institución
 - Graficas específicas de indicadores de resultado – tasas de infecciones por servicio y adherencia de higiene de manos
3. Atención, control y prevención de brotes de manera oportuna
 - Acciones y reuniones específicas en servicio donde ocurren
 - Acciones con todos los servicios implicados y autoridades
 - Incluye, detección oportuna, notificación, desarrollo de investigación, implementación de medidas, mejoras

Componente esencial 4 Vigilancia Epidemiológica

- Dirección de Administración y otras instancias implicadas
- Recursos necesarios para el programa de prevención y control de infecciones
- Cada servicio debe asignar presupuesto para realizar las estrategias de prevención por ejemplo las unidades de terapia intensiva solicita material y equipo para cumplir medidas de paquetes de verificación
- Subdirección de enfermería gestiona material de curación y dentro de este se encuentra material para realización adecuada de procedimientos de atención del paciente y específicamente solución alcoholada para higiene de manos
- Clínica de terapia de infusión/Cirugía gestionan los insumos como catéteres vasculares
- Todo esto se debe coordinar con el área administrativa y seguir los mecanismos establecidos
- La problemática es el cambio de procesos administrativos, el desconocimiento de estos y falta de comunicación para coordinarse con áreas administrativas que son los expertos en el tema de licitaciones y solicitud de insumos y equipo
- Retraso o falla en la obtención de insumos, equipo por diferentes circunstancias incluso licitaciones desiertas o falta de producción por fabricantes

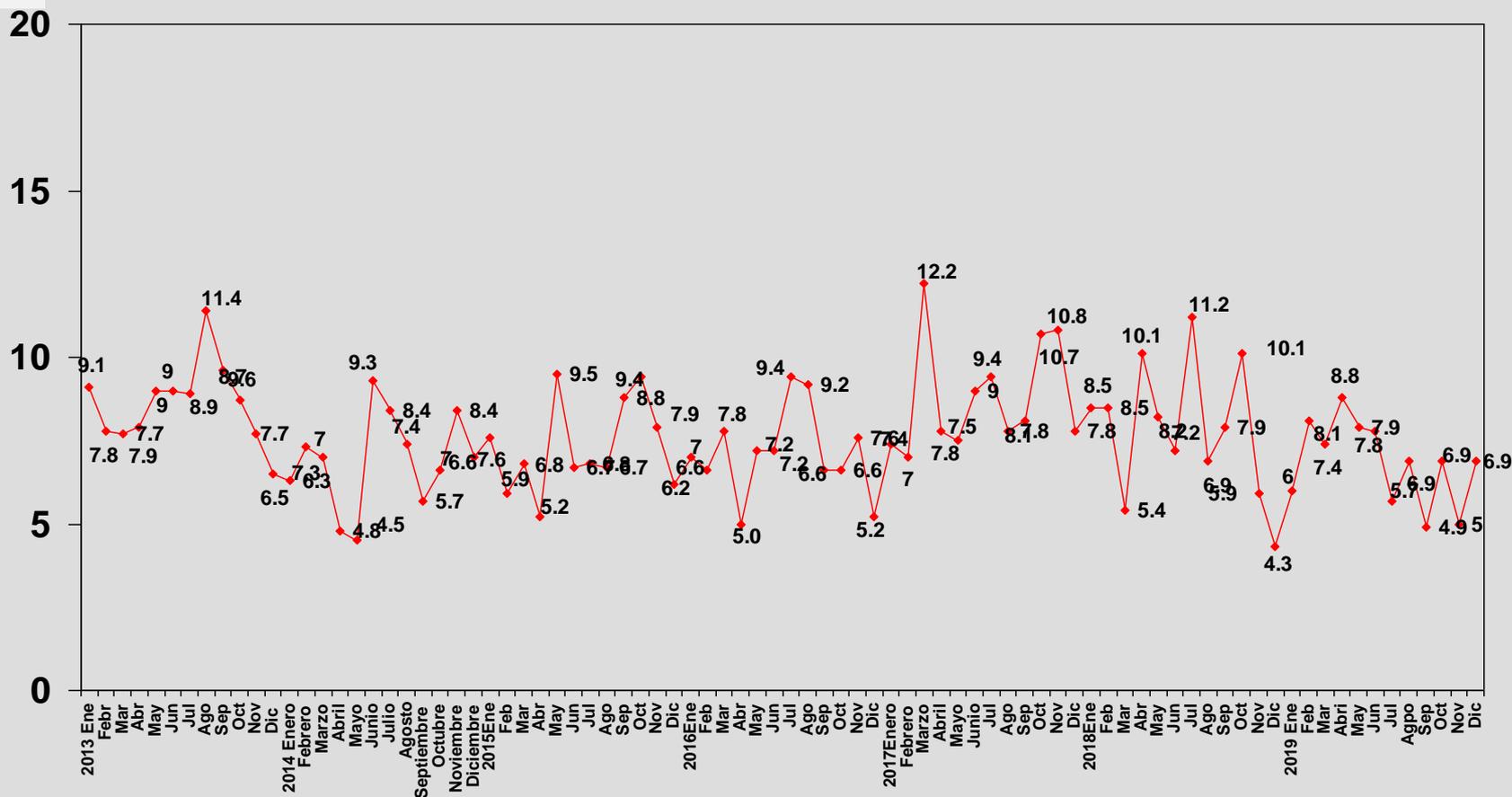
Instituto Nacional de Pediatría

Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Tasas de Infecciones Asociadas a la atención de la Salud 2013-2019

Tasas por
1,000 días
paciente

(Tasas de IAAS por 1000 días paciente)

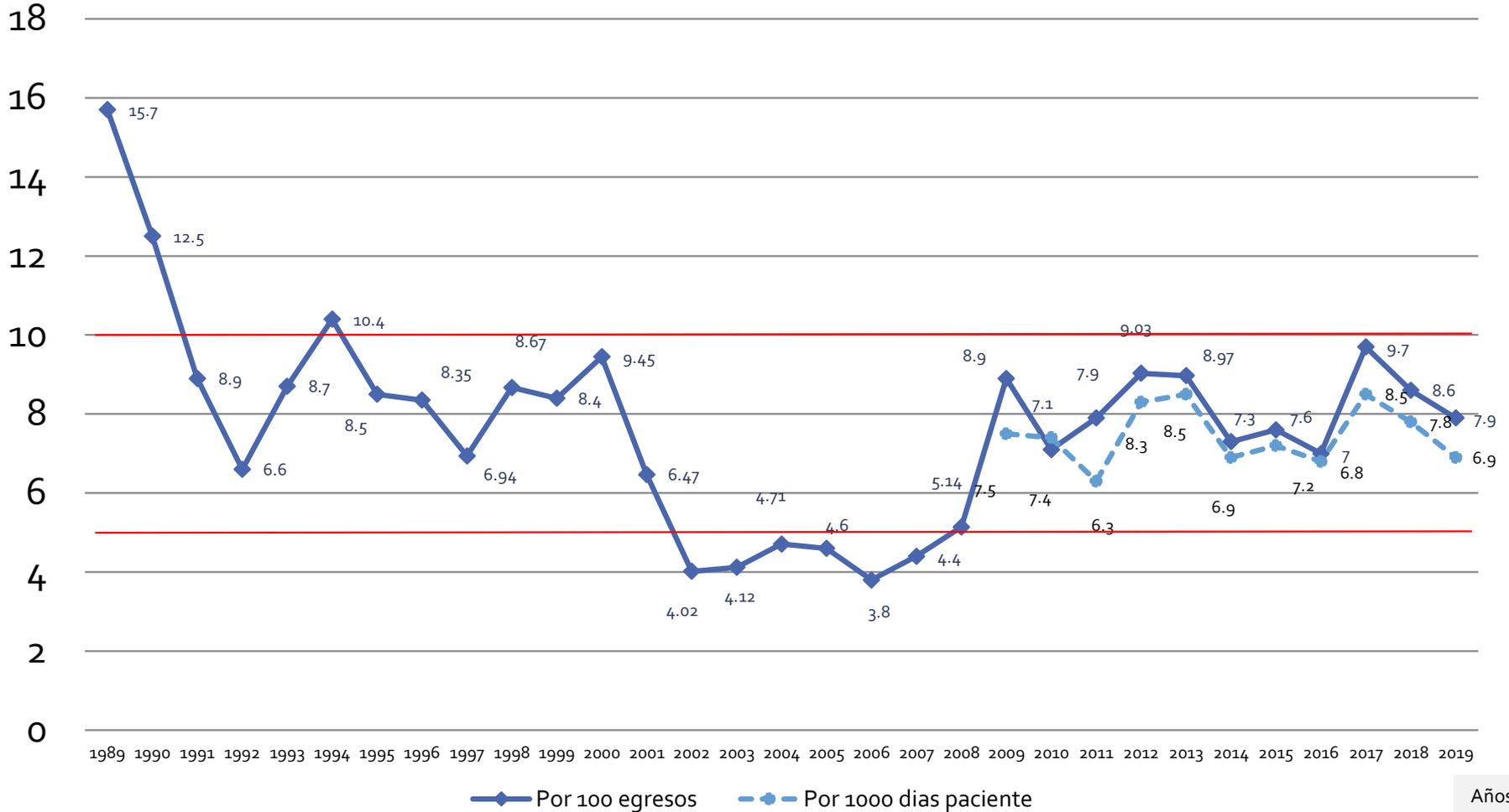


Meses/años

Vigilancia y control adecuado = disminución sostenida

Instituto Nacional de Pediatría Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud CIAAS Tasas de infecciones asociadas a la atención de la salud 1989-2019

Tasas

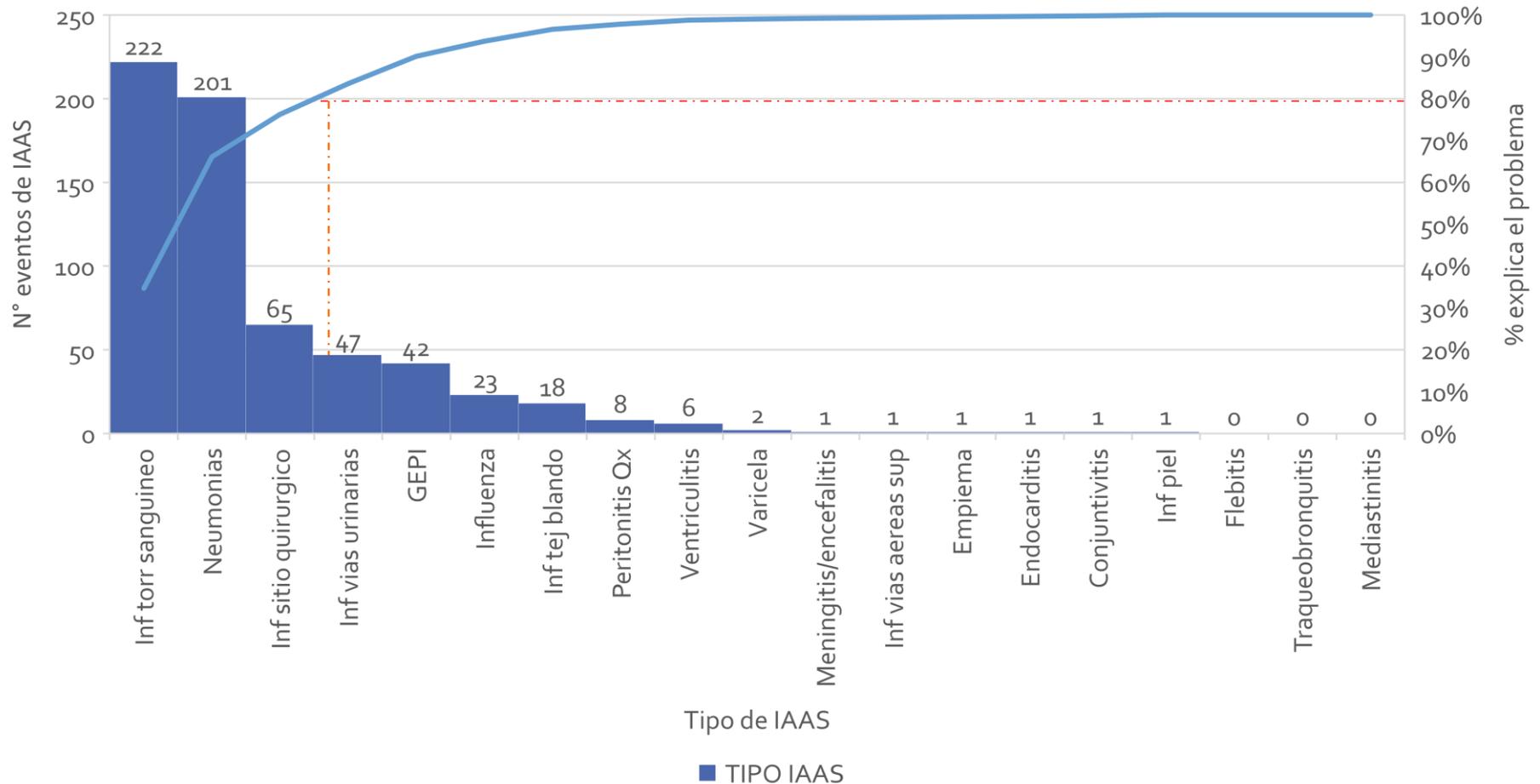


Meta 2018 disminuir 10% se logro disminución 8 %

Años

Vigilancia epidemiológica

Frecuencia por tipo de infección asociada a la atención de la salud (IAAS) en el Instituto Nacional de Pediatría 2019



Meta estrategia "Adiós bacteriemia":

Se logro la meta de reducción de incidencia de infecciones de torrente sanguíneo asociadas a catéter de 50% de la basal

Descripción de estrategia: Uso de paquete de verificación en unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP), unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), unidad de cuidados intensivos cardiovasculares (UCICV), quirófano, hemodinamia

Tasas de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter (ITSAC) 2012-2019

	BASAL	CAMBIO EN EL TIEMPO						
Servicio	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UTIP	7.4	2.9	1.1	1.2	0.8	1.3	0.3	1.2
UCIN	1.8	3.1	0.7	0.7	1	1.6	1.4	0
UCICV	4.8	6.3	2.8	5.5	4.8	3.8	2.3	0.6
INP	6.2	2.9	1.6	1.6	1.1	1.1	1.3	1.6
Servicio	BASAL	% disminución	% disminución	% disminución	% disminución	% disminución	% disminución	% disminución
UTIP	100	60.8	85.1	83.8	89.2	82.4	95.9	83.8
UCIN	100	Aumento 72.2	61.1	61.1	44.4	11.1	22.2	100
UCICV	100	Aumento 31.3	41.7	Aumento 14.6	No Disminución 0.0	20.8	52.1	61
INP	100	53.2	74.2	74.2	82.3	82.3	79.0	74.2

Meta estrategia "Adiós Neumonía": Reducir incidencia de Neumonías Asociadas a Ventilador 30%

Descripción de estrategia: Uso de paquete de verificación en unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP), unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), unidad de cuidados intensivos cardiovasculares (UCICV)

Tasas de neumonías asociadas a ventilador (NAV) 2017-2019			
	BASAL	Cambio en el tiempo	
Servicio	2017	2018	2019
UTIP	7	5.6	8
UCIN	8.8	10.8	5.8
UCICV	10.2	9	16.7
INP	9.3	8.3	9.4
Servicio	BASAL	%disminución	%disminución
UTIP	100	20.0	Aumento 14,3
UCIN	100	Aumento 22.7	65.9
UCICV	100	11.8	Aumento 63.72
INP	100	10.8	Aumento 1.1

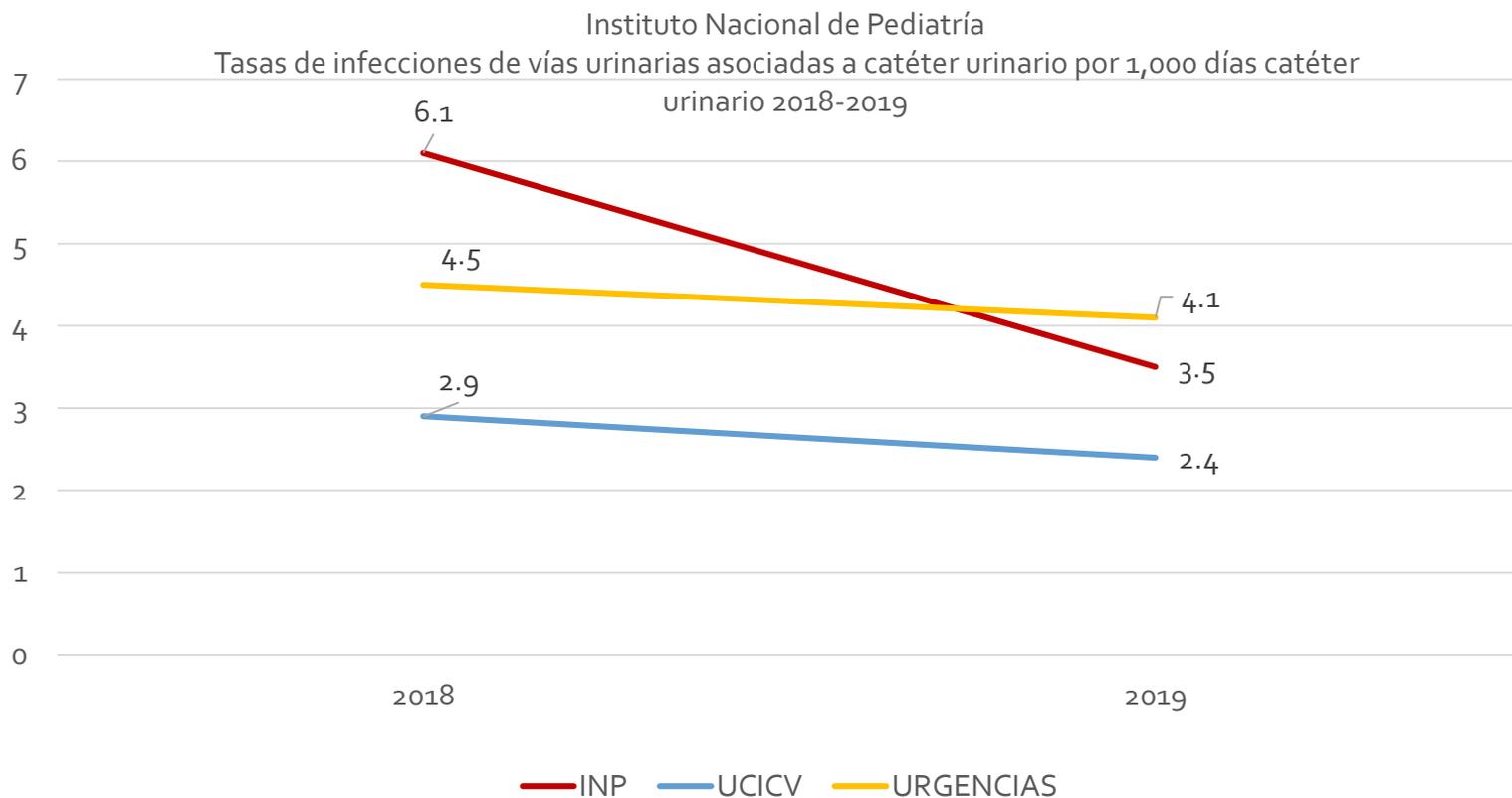
Solo se logra la meta de reducción en UCIN siendo mayor a lo programado para 2019 65.9%. Actualmente se revisa la estrategia y se planean modificaciones de infraestructura en inhaloterapia e implementación de medidas

Tasas de Infecciones de tracto urinario asociado a catéter urinario (ITUAC)

Reducción de incidencia

Descripción de estrategia: Subdirección de enfermería implementa protocolo de cuidado de catéter urinario

Comité de Infecciones Asociadas a la Salud cambia definición incluyendo solo las infecciones con identificación del microorganismo mediante cultivo positivo

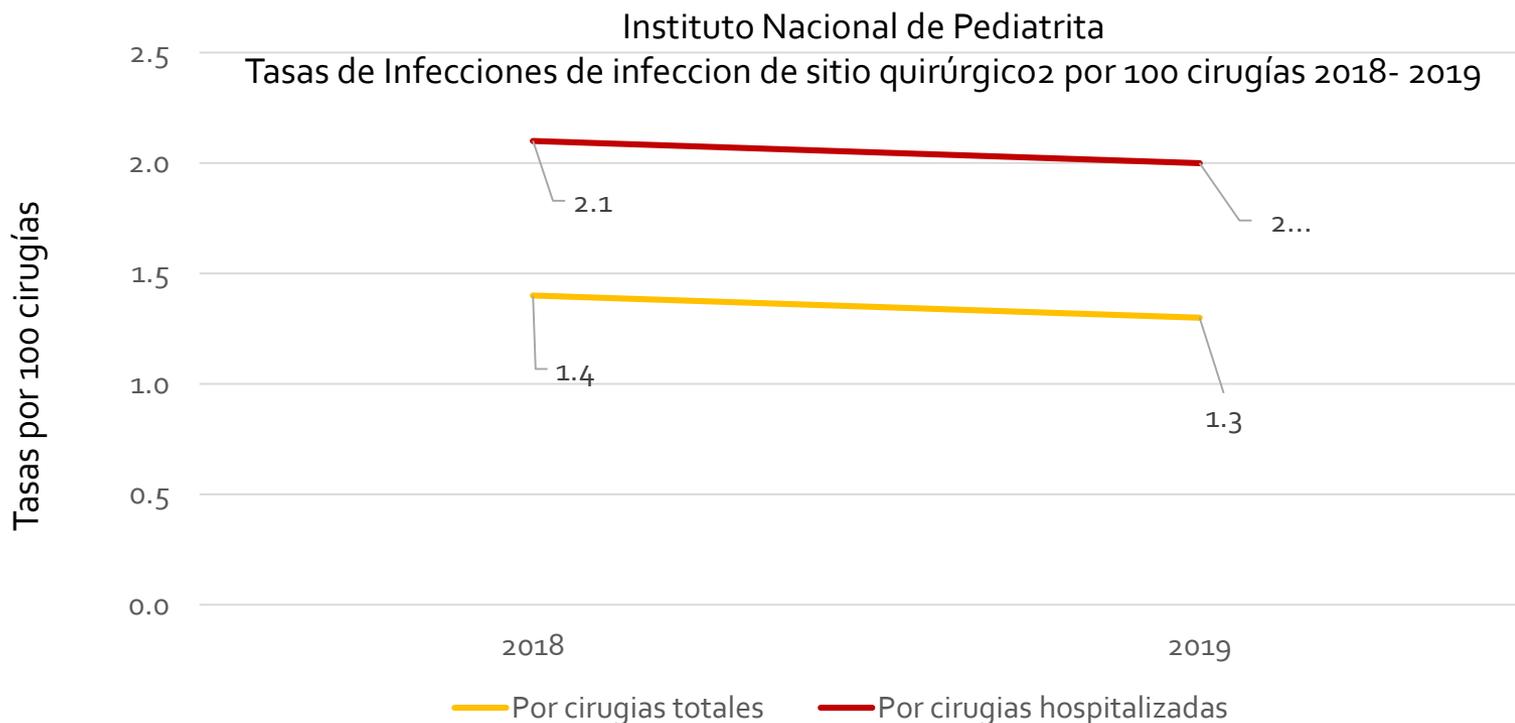


La tasa global de ITUAC del instituto y de los servicio de UCICV y Urgencias disminuyen

Tasas de Infecciones de infección de sitio quirúrgico

Descripción de estrategia: Se solicita participación de clínica de estomas en la vigilancia epidemiológica

Subregistro porque solo se incluía las infecciones graves que requerían hospitalización o se detectaban antes del egreso del paciente



La tasa se calcula por cirugías totales realizadas (ambulatorias y hospitalizadas) y cirugías hospitalizadas

Componente esencial 5 Estrategia multimodal

Planes de Acción

1. Infection Prevention and Control (IPC) programme		
Question	Answer	Score
1. Do you have an IPC programme? ¹	<input type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes, without clearly defined objectives	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, with clearly defined objectives and annual activity plan	10
2. Is the IPC programme supported by an IPC team comprising of IPC professionals? ²	<input type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Not a team, only an IPC focal person	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
3. Does the IPC team have at least one full-time IPC professional or equivalent (nurse or doctor working 100% in IPC) available?	<input type="checkbox"/> No IPC professional available	0
	<input type="checkbox"/> No, only a part-time IPC professional available	2.5
	<input type="checkbox"/> Yes, one per > 250 beds	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, one per ≤ 250 beds	10
4. Does the IPC team or focal person have dedicated time for IPC activities?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
5. Does the IPC team include both doctors and nurses?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
6. Do you have an IPC committee ³ actively supporting the IPC team?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
7. Are any of the following professional groups represented/included in the IPC committee?		
Senior facility leadership (for example, administrative director, chief executive officer [CEO], medical director)	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
Senior clinical staff (for example, physician, nurse)	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Facility management (for example, biosafety, waste, and those tasked with addressing water, sanitation, and hygiene [WASH])	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
8. Do you have clearly defined IPC objectives (that is, in specific critical areas)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes, IPC objectives only	2.5
	<input type="checkbox"/> Yes, IPC objectives and measurable outcome indicators (that is, adequate measures for improvement)	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, IPC objectives, measurable outcome indicators and set future targets	10
9. Does the senior facility leadership show clear commitment and support for the IPC programme:		
By an allocated budget specifically for the IPC programme (that is, covering IPC activities, including salaries)?	<input checked="" type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes	5
By demonstrable support for IPC objectives and indicators within the facility (for example, at executive level meetings, executive rounds, participation in morbidity and mortality meetings)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
10. Does your facility have microbiological laboratory support	<input type="checkbox"/> No	0

2. Infection Prevention and Control (IPC) guidelines		
Question	Answer	Score
1. Does your facility have the expertise (in IPC and/or infectious diseases) for developing or adapting guidelines?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	7.5
2. Does your facility have guidelines available for:		
Standard precautions?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Hand hygiene?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Transmission-based precautions ⁴	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Outbreak management and preparedness?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Prevention of surgical site infection? ⁵	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Prevention of vascular catheter-associated bloodstream infections?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Prevention of hospital-acquired pneumonia (HAP); all types of HAP, including (but not exclusively) ventilator-associated pneumonia)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Prevention of catheter-associated urinary tract infections?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes	2.5
Prevention of transmission of multidrug-resistant (MDR) pathogens?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Disinfection and sterilization?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Health care worker protection and safety ⁶	<input checked="" type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes	2.5
Injection safety?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Waste management?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Antibiotic stewardship?	<input checked="" type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes	2.5
3. Are the guidelines in your facility consistent with national/international guidelines (if they exist)?		
	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
4. Is implementation of the guidelines adapted ¹⁰ according to the local needs and resources while maintaining key IPC standards?		
	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
5. Are frontline health care workers involved in both planning and executing the implementation of IPC guidelines in addition to IPC personnel?		
	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
6. Are relevant stakeholders (for example, lead doctors and nurses, hospital managers, quality management) involved in the development and adaptation of the IPC guidelines in addition to IPC personnel?		
	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	7.5
7. Do health care workers receive specific training related to new or updated IPC guidelines introduced in the facility?		
	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
8. Do you regularly monitor the implementation of at least some of the IPC guidelines in your facility?		
	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
Subtotals		92.5 / 100

Componente esencial 5 Estrategia multimodal

Planes de Acción

3. Infection Prevention and Control (IPC) education and training		
Question	Answer	Score
1. Are there personnel with the IPC expertise (in IPC and/or infectious diseases) to lead IPC training?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
2. Are there additional non-IPC personnel with adequate skills to serve as trainers and mentors (for example, link nurses or doctors, champions)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
3. How frequently do health care workers receive training regarding IPC in your facility?	<input type="checkbox"/> Never or rarely	0
	<input type="checkbox"/> New employee orientation only for health care workers	5
	<input checked="" type="checkbox"/> New employee orientation and regular (at least annually) IPC training for health care workers offered but not mandatory	10
	<input type="checkbox"/> New employee orientation and regular (at least annually) mandatory IPC training for all health care workers	15
4. How frequently do cleaners and other personnel directly involved in patient care receive training regarding IPC in your facility?	<input type="checkbox"/> Never or rarely	0
	<input type="checkbox"/> New employee orientation only for other personnel	5
	<input checked="" type="checkbox"/> New employee orientation and regular (at least annually) training for other personnel offered but not mandatory	10
	<input type="checkbox"/> New employee orientation and regular (at least annually) mandatory IPC training for other personnel	15
5. Does administrative and managerial staff receive general training regarding IPC in your facility?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
6. How are health care workers and other personnel trained?	<input type="checkbox"/> No training available	0
	<input type="checkbox"/> Using written information and/or oral instruction and/or e-learning only	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Includes additional interactive training sessions (for example, simulation and/or bedside training)	10
7. Are there periodic evaluations of the effectiveness of training programmes (for example, hand hygiene audits, other checks on knowledge)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, but not regularly	5
	<input type="checkbox"/> Yes, regularly (at least annually)	10
8. Is IPC training integrated in the clinical practice and training of other specialties (for example, training of surgeons involves aspects of IPC)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, in some disciplines	5
	<input type="checkbox"/> Yes, in all disciplines	10
9. Is there specific IPC training for patients or family members to minimize the potential for health care-associated infections (for example, immunosuppressed patients, patients with invasive devices, patients with multidrug-resistant infections)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
10. Is ongoing development/education offered for IPC staff (for example, by regularly attending conferences, courses)?	<input checked="" type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes	10
Subtotals		70 / 100

4. Health care-associated infection (HAI) surveillance		
Question	Answer	Score
Organization of surveillance		
1. Is surveillance a defined component of your IPC programme?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
2. Do you have personnel responsible for surveillance activities?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
3. Have the professionals responsible for surveillance activities been trained in basic epidemiology, surveillance and IPC (that is, capacity to oversee surveillance methods, data management and interpretation)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
4. Do you have informatics/IT support to conduct your surveillance (for example, equipment, mobile technologies, electronic health records)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
Priorities for surveillance - defined according to the scope of care		
5. Do you go through a prioritization exercise to determine the HAIs to be targeted for surveillance according to the local context (that is, identifying infections that are major causes of morbidity and mortality in the facility)? ²¹	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
6. In your facility is surveillance conducted for: Surgical site infections? ²²	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Device-associated infections (for example, catheter-associated urinary tract infections, central line-associated bloodstream infections, peripheral line associated bloodstream infections, ventilator-associated pneumonia)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Clinically-defined infections (for example, definitions based only on clinical signs or symptoms in the absence of microbiological testing)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Colonization or infections caused by multidrug-resistant ²³ pathogens according to your local epidemiological situation?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Local priority epidemic-prone infections (for example, norovirus, influenza, tuberculosis [TB], severe acute respiratory syndrome [SARS], Ebola, Lassa fever)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Infections in vulnerable populations (for example, neonates, intensive care unit, immunocompromised, burn patients)? ²⁴	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Infections that may affect health care workers in clinical, laboratory, or other settings (for example, hepatitis B or C, human immunodeficiency virus [HIV], influenza)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
7. Do you regularly evaluate if your surveillance is in line with the current needs and priorities of your facility? ²¹	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
Methods of surveillance		
8. Do you use reliable surveillance case definitions (defined numerator and denominator according to International definitions [e.g. CDC NHSN/ECDC] ²⁵ or if adapted, through an evidence-based adaptation process and expert consultation)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
9. Do you use standardized data collection methods (for example, active prospective surveillance) according to international surveillance protocols (for example, CDC NHSN/ECDC) or if adapted, through an evidence-based adaptation process and expert consultation?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
10. Do you have processes in place to regularly review data quality (for example, assessment of case report forms, review of microbiology results, denominator determination, etc.)? ⁷	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
11. Do you have adequate microbiology and laboratory capacity to support surveillance?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes, can differentiate gram-positive/negative strains but cannot identify pathogens	2.5
	<input type="checkbox"/> Yes, can reliably identify pathogens (for example, isolate identification) in a timely manner	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, can reliably identify pathogens and antimicrobial drug resistance patterns (that is, susceptibilities) in a timely manner	10

Componente esencial 5 Estrategia multimodal

12. Are surveillance data used to make tailored unit/facility-based plans for the improvement of IPC practices?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
13. Do you analyze antimicrobial drug resistance on a regular basis (for example, quarterly/half-yearly/annually)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
14. Do you regularly (for example, quarterly/half-yearly/annually) feedback up-to-date surveillance information to:		
Frontline health care workers (doctors/nurses)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Clinical leaders/heads of department?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
IPC committee?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
Non-clinical management/administration (chief executive officer/chief financial officer)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	2.5
15. How do you feedback up-to-date surveillance information? (at least annually)	<input type="checkbox"/> No feedback	0
	<input type="checkbox"/> By written/oral information only	2.5
	<input checked="" type="checkbox"/> By presentation and interactive problem-orientated solution finding	7.5
Subtotals		100 / 100

5. Multimodal strategies ¹⁸ for implementation of infection prevention and control (IPC) interventions		
Question	Answer	Score
1. Do you use multimodal strategies ¹⁸ to implement IPC interventions?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	15
2. Do your multimodal strategies include any or all of the following elements:		
System change	<input type="checkbox"/> Element not included in multimodal strategies	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Interventions to ensure the necessary infrastructure and continuous availability of supplies are in place	5
	<input type="checkbox"/> Interventions to ensure the necessary infrastructure and continuous availability of supplies are in place and addressing ergonomics ¹⁷ and accessibility, such as the best placement of central venous catheter set and tray	10
Education and training	<input type="checkbox"/> Element not included in multimodal strategies	0
	<input type="checkbox"/> Written information and/or oral instruction and/or e-learning only	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Additional interactive training sessions (includes simulation and/or bedside training)	10
Monitoring and feedback	<input type="checkbox"/> Element not included in multimodal strategies	0
	<input type="checkbox"/> Monitoring compliance with process or outcome indicators (for example, audits of hand hygiene or catheter practices)	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Monitoring compliance and providing timely feedback of monitoring results to health care workers and key players	10
Communications and reminders	<input type="checkbox"/> Element not included in multimodal strategies	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Reminders, posters, or other advocacy/awareness-raising tools to promote the intervention	5
	<input type="checkbox"/> Additional methods/initiatives to improve team communication across units and disciplines (for example, by establishing regular case conferences and feedback rounds)	10
Safety climate and culture change	<input type="checkbox"/> Element not included in multimodal strategies	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Managers/leaders show visible support and act as champions and role models, promoting an adaptive approach ¹⁸ and strengthening a culture that supports IPC, patient safety and quality	5
	<input type="checkbox"/> Additionally, teams and individuals are empowered so that they perceive ownership of the intervention (for example, by participatory feedback rounds)	10
3. Is a multidisciplinary team used to implement IPC multimodal strategies?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	15
4. Do you regularly link to colleagues from quality improvement and patient safety to develop and promote IPC multimodal strategies?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
5. Do these strategies include bundles ¹⁸ or checklists?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
Subtotals		85 / 100

Componente esencial 5 Estrategia multimodal

Planes de Acción

6. Monitoring/audit of IPC practices and feedback		
Question	Answer	Score
1. Do you have trained personnel responsible for monitoring/audit of IPC practices and feedback?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
2. Do you have a well-defined monitoring plan with clear goals, targets and activities (including tools to collect data in a systematic way)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	7.5
3. Which processes and indicators do you monitor in your facility?	<input type="checkbox"/> None	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Hand hygiene compliance (using the WHO hand hygiene observation tool ¹⁸ or equivalent)	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Intravascular catheter insertion and/or care	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Wound dressing change	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Transmission-based precautions and isolation to prevent the spread of multidrug resistant organisms (MDRO)	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Cleaning of the ward environment	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Disinfection and sterilization of medical equipment/instruments	5
	<input checked="" type="checkbox"/> Consumption/usage of alcohol-based handrub or soap	5
4. How frequently is the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework Survey ²¹ undertaken?	<input type="checkbox"/> Never	0
	<input type="checkbox"/> Periodically, but no regular schedule	2.5
5. Do you feedback auditing reports (for example, feedback on hand hygiene compliance data or other processes) on the state of the IPC activities/performance?	<input checked="" type="checkbox"/> At least annually	5
	<input type="checkbox"/> No reporting	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, within the IPC team	2.5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, to department leaders and managers in the areas being audited	2.5
6. Is the reporting of monitoring data undertaken regularly (at least annually)?	<input type="checkbox"/> Yes, to frontline health care workers	2.5
	<input type="checkbox"/> No	0
7. Are patients in your facility placed in beds standing in the corridor outside of the room (including beds in the emergency department)?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, to the IPC committee or quality of care committees or equivalent	2.5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, to hospital management and senior administration	2.5
8. Do you assess safety cultural factors in your facility (for example, by using other surveys such as HSOPSC, SAQ, PSCHO, HSC ²²)?	<input type="checkbox"/> Yes, for all departments (including emergency department and pediatrics)	15
	<input type="checkbox"/> No	0
Subtotals		82.5 / 100

7. Workload, staffing and bed occupancy ²³		
Question	Answer	Score
Staffing		
1. Are appropriate staffing levels assessed in your facility according to patient workload using national standards or a standard staffing needs assessment tool such as the WHO Workload Indicators of Staffing Need ²⁴ method?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
2. Is an agreed (that is, WHO or national) ratio of health care workers to patients ²⁵ maintained across your facility?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, for staff in less than 50% of units	5
	<input type="checkbox"/> Yes, for staff in more than 50% of units	10
	<input type="checkbox"/> Yes, for all health care workers in the facility	15
3. Is a system in place in your facility to act on the results of the staffing needs assessments when staffing levels are deemed to be too low?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	10
Bed occupancy		
4. Is the design of wards in your facility in accordance with international standards ²⁶ regarding bed capacity?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, but only in certain departments	5
	<input type="checkbox"/> Yes, for all departments (including emergency department and pediatrics)	15
5. Is bed occupancy in your facility kept to one patient per bed?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, but only in certain departments	5
	<input type="checkbox"/> Yes, for all units (including emergency departments and pediatrics)	15
6. Are patients in your facility placed in beds standing in the corridor outside of the room (including beds in the emergency department)?	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, more frequently than twice a week	0
	<input type="checkbox"/> Yes, less frequently than twice a week	5
	<input type="checkbox"/> No	15
7. Is adequate spacing of > 1 meter between patient beds ensured in your facility?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, but only in certain departments	5
	<input type="checkbox"/> Yes, for all departments (including emergency department and pediatrics)	15
8. Is a system in place in your facility to assess and respond when adequate bed capacity is exceeded?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, this is the responsibility of the head of department	5
Subtotals	<input type="checkbox"/> Yes, this is the responsibility of the hospital administration/management	10
		40 / 100

Componente esencial 5 Estrategia multimodal

Planes de Acción

8. Built environment, materials and equipment for IPC at the facility level ²²		
Question	Answer	Score
Water		
1. Are water services available at all times and of sufficient quantity for all uses (for example, hand washing, drinking, personal hygiene, medical activities, sterilization, decontamination, cleaning and laundry)?	<input type="checkbox"/> No, available on average < 5 days per week <input type="checkbox"/> Yes, available on average ≥ 5 days per week or every day but not of sufficient quantity <input checked="" type="checkbox"/> Yes, every day and of sufficient quantity	0 2.5 7.5
2. Is a reliable safe drinking water station present and accessible for staff, patients and families at all times and in all locations/wards?	<input type="checkbox"/> No, not available <input type="checkbox"/> Sometimes, or only in some places or not available for all users <input checked="" type="checkbox"/> Yes, accessible at all times and for all wards/groups	0 2.5 7.5
Hand hygiene and sanitation facilities		
3. Are functioning hand hygiene stations (that is, alcohol-based handrub solution or soap and water and clean single-use towels) available at all points of care?	<input type="checkbox"/> No, not present <input checked="" type="checkbox"/> Yes, stations present, but supplies are not reliably available <input type="checkbox"/> Yes, with reliably available supplies	0 2.5 7.5
4. In your facility, are ≥ 4 toilets or improved latrines ²³ available for outpatient settings or ≥ 1 per 20 users for inpatient settings?	<input checked="" type="checkbox"/> Less than required number of toilets or latrines available and functioning <input type="checkbox"/> Sufficient number present but not all functioning <input type="checkbox"/> Sufficient number present and functioning	0 2.5 7.5
Power supply, ventilation and cleaning		
5. In your health care facility, is sufficient energy/power supply available at day and night for all uses (for example, pumping and boiling water, sterilization and decontamination, incineration or alternative treatment technologies, electronic medical devices, general lighting of areas where health care procedures are performed to ensure safe provision of health care and lighting of toilet facilities and showers)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, sometimes or only in some of the mentioned areas <input checked="" type="checkbox"/> Yes, always and in all mentioned areas	0 2.5 5
6. Is functioning environmental ventilation (natural or mechanical ²⁴) available in patient care areas?	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	0 5
7. For floors and horizontal work surfaces, is there an accessible record of cleaning, signed by the cleaners each day?	<input type="checkbox"/> No record of floors and surfaces being cleaned <input checked="" type="checkbox"/> Record exists, but is not completed and signed daily or is outdated	0 2.5

<input type="checkbox"/> Yes, record completed and signed daily	5
8. Are appropriate and well-maintained materials for cleaning (for example, detergent, mops, buckets, etc.) available?	
<input type="checkbox"/> No materials available	0
<input checked="" type="checkbox"/> Yes, available but not well-maintained	2.5
<input type="checkbox"/> Yes, available and well-maintained	5
Patient placement and personal protective equipment (PPE) in health care settings	
9. Do you have single patient rooms or rooms for cohorting²⁵ patients with similar pathogens if the number of isolation rooms is insufficient (for example, TB, measles, cholera, Ebola, SARS)?²¹	
<input type="checkbox"/> No	0
<input type="checkbox"/> No single rooms but rather rooms suitable for patient cohorting available	2.5
<input checked="" type="checkbox"/> Yes, single rooms are available	7.5
10. Is PPE²² available at all times and in sufficient quantity for all uses for all health care workers?	
<input type="checkbox"/> No	0
<input type="checkbox"/> Yes, but not continuously available in sufficient quantities	2.5
<input checked="" type="checkbox"/> Yes, continuously available in sufficient quantities	7.5
Medical waste management and sewage	
11. Do you have functional waste collection containers for noninfectious (general) waste, infectious waste and, sharps waste in close proximity to all waste generation points?	
<input type="checkbox"/> No bins or separate sharps disposal	0
<input type="checkbox"/> Separate bins present but lids missing or more than 3/4 full; only two bins (instead of three); or bins at some but not all waste generation points.	2.5
<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
12. Is a functional burial pit/fenced waste dump or municipal pickup available for disposal of non-infectious (non-hazardous/general waste)?	
<input type="checkbox"/> No pit or other disposal method used	0
<input type="checkbox"/> Pit in facility but insufficient dimensions; pits/dumps overflowed or not fenced/fenced; or irregular municipal waste pick up	2.5
<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
13. Is an incinerator or alternative treatment technology for the treatment of infectious and sharp waste (for example, an autoclave) functional and of a sufficient capacity?	
<input type="checkbox"/> No, none present	0
<input type="checkbox"/> Present, but not functional	2.5
<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
14. Is a wastewater treatment system (for example, septic tank followed by drainage pit) present (either on or off site) and functioning reliably?	
<input type="checkbox"/> No, not present	0
<input type="checkbox"/> Present, but not functioning reliably	2.5
<input checked="" type="checkbox"/> Yes and functioning reliably	5
Decontamination and sterilization	
15. Does your health care facility provide a dedicated decontamination area and/or sterile supply department for the decontamination and sterilization of medical devices and other items/equipment?	
<input type="checkbox"/> No, not present	0
<input type="checkbox"/> Present, but not functioning	2.5
<input checked="" type="checkbox"/> Yes	5
16. Do you reliably have sterile and disinfected equipment ready for use?	
<input type="checkbox"/> No, available on average < five days per week	0
<input type="checkbox"/> Yes, available on average ≥ five days per week or every day, but not of sufficient quantity	2.5
<input checked="" type="checkbox"/> Yes, available every day and of sufficient quantity	5
17. Are disposable items available when necessary? (for example, injection safety devices, examination gloves)	
<input type="checkbox"/> No, not available	0
<input type="checkbox"/> Yes, but only sometimes available	2.5
<input checked="" type="checkbox"/> Yes, continuously available	5
Subtotals	77.5 / 100

Componente esencial 5 Estrategia multimodal

Planes de Acción

8. Built environment, materials and equipment for IPC at the facility level ²⁷		
Question	Answer	Score
Water		
1. Are water services available at all times and of sufficient quantity for all uses (for example, hand washing, drinking, personal hygiene, medical activities, sterilization, decontamination, cleaning and laundry)?	<input type="checkbox"/> No, available on average < 5 days per week	0
	<input type="checkbox"/> Yes, available on average ≥ 5 days per week or every day but not of sufficient quantity	2.5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, every day and of sufficient quantity	7.5
2. Is a reliable safe drinking water station present and accessible for staff, patients and families at all times and in all locations/wards?	<input type="checkbox"/> No, not available	0
	<input type="checkbox"/> Sometimes, or only in some places or not available for all users	2.5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, accessible at all times and for all wards/groups	7.5
Hand hygiene and sanitation facilities		
3. Are functioning hand hygiene stations (that is, alcohol-based handrub solution or soap and water and clean single-use towels) available at all points of care?	<input type="checkbox"/> No, not present	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, stations present, but supplies are not reliably available	2.5
	<input type="checkbox"/> Yes, with reliably available supplies	7.5
4. In your facility, are ≥ 4 toilets or improved latrines ²⁸ available for outpatient settings or ≥ 1 per 20 users for inpatient settings?	<input checked="" type="checkbox"/> Less than required number of toilets or latrines available and functioning	0
	<input type="checkbox"/> Sufficient number present but not all functioning	2.5
	<input type="checkbox"/> Sufficient number present and functioning	7.5
Power supply, ventilation and cleaning		
5. In your health care facility, is sufficient energy/power supply available at day and night for all uses (for example, pumping and boiling water, sterilization and decontamination, incineration or alternative treatment technologies, electronic medical devices, general lighting of areas where health care procedures are performed to ensure safe provision of health care and lighting of toilet facilities and showers)?	<input type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes, sometimes or only in some of the mentioned areas	2.5
	<input checked="" type="checkbox"/> Yes, always and in all mentioned areas	5
6. Is functioning environmental ventilation (natural or mechanical ²⁹) available in patient care areas?	<input checked="" type="checkbox"/> No	0
	<input type="checkbox"/> Yes	5
7. For floors and horizontal work surfaces, is there an accessible record of cleaning, signed by the cleaners each day?	<input type="checkbox"/> No record of floors and surfaces being cleaned	0
	<input checked="" type="checkbox"/> Record exists, but is not completed and signed daily or is outdated	2.5

1. Sum up your points	
Section (Core component)	Subtotals
1. Infection Prevention and Control (IPC) programme	95 / 100
2. Infection Prevention and Control (IPC) guidelines	92.5 / 100
3. Infection Prevention and Control (IPC) education and training	70 / 100
4. Health care-associated infection (HAI) surveillance	100 / 100
5. Multimodal strategies ²⁴ for implementation of infection prevention and control (IPC) interventions	85 / 100
6. Monitoring/audit of IPC practices and feedback	82.5 / 100
7. Workload, staffing and bed occupancy ²³	40 / 100
8. Built environment, materials and equipment for IPC at the facility level ²⁷	77.5 / 100
Total	642.5 / 800

2. Determine the assigned 'IPC level' in your facility using the total score from Step 1	
Total score	IPC Level
Inadequate	0 - 200
Basic	201 - 400
Intermediate	401 - 600
Advanced	601 - 800

La evaluación nos coloca con un Programa de Prevención y Control de Infecciones Avanzado

Componente esencial 5 Estrategia multimodal



“Burbuja de la Vida”

Programa Integral de Higiene de Manos en el Instituto Nacional de Pediatría

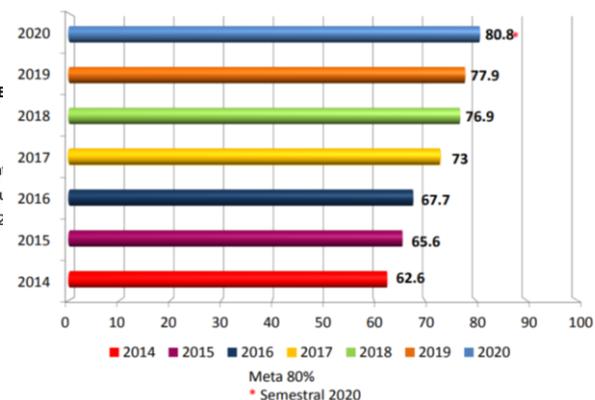
2019-2020

Planes de Acción

EVALUACIÓN ANUAL ESTRATEGIA MULTIMODAL/5 COMPONENTE

También se realizó la evaluación del programa utilizando la herramienta multimodal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) obteniendo 380 puntos, esta estrategia consta de cinco componentes con 2 continuación, describiremos los resultados.

Cumplimiento de la Adherencia de Higiene de Manos
Instituto Nacional de Pediatría 2014-2020



1.- CAMBIO DE SISTEMA

El puntaje obtenido fue de 50 de 100, uno de los puntos faltantes es que no se ha probado la tolerabilidad de la solución alcoholada utilizada para higiene de manos, la relación lavabo: cama es de 1:10, tenemos agua corriente, lavabos, jabón, toallas, existe un presupuesto para material de curación en donde se incluye la compra de solución alcoholada. Se evalúa la infraestructura y se gestiona la adquisición de necesidades que como actualmente por recursos a veces no pueden ser solucionadas de forma inmediata

Componente esencial 5 Estrategia multimodal Retroalimentación



Semáforos en pantallas de la Institución

- Adherencia a Higiene de Manos, trimestral por servicio en personal médico y de enfermería

Escala de cumplimiento

- Rojo 50%
- Amarillo 61 a 79%
- Verde \geq 80%

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **2020** LEONA VICARIO INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA COMITÉ DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD CIAAS **INP**

Ciudad de México, a 7 de Enero de 2020
REF.: CIAAS-030-2020

Asunto: Informe mensual tasa de IAAS
Dr. Víctor Manuel Hernández Bautista
Jefe del Servicio de Inmunología
Presente

Por medio de la presente enviamos a usted el informe de los eventos de infecciones asociadas a la atención en salud presentados en el mes de Diciembre

EVENTOS	No.	AGENTE
GPEI	1	Virus norovirus
TOTAL	1	
DIAS PACIENTE	274	
PAC. INFECTADOS	1	
No. DE EVENTOS	1	
TASA	3.6	
DEFUNCIÓN	0	

Sin más por el momento le enviamos un cordial saludo

Atentamente

Dra. Hilda Hernández Orozco
Secretaria Técnica del CIAAS

C.C.P. Dr. Luis Xochihua Díaz, Subdirector de Medicina.
Enf. Norma Zavala Cabrera, Jefa de enfermeras del servicio de Inmunología.
Consecutivo CIAAS.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD **2020** LEONA VICARIO INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA COMITÉ DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD CIAAS **INP**

Ciudad de México, a 7 de Enero de 2020
REF.: CIAAS-030-2020

Asunto: Informe mensual tasa de IAAS

**TASA MENSUAL DE IAAS X 1000 DIAS
PACIENTE DE INMUNOLOGÍA ENERO 2020**

■ TASA DE IAAS

ENERO FEB. MARZO ABRIL MAYO JUNIO JULIO AGOSTO SEPT. OCT. NOV. DIC.

Cumplimiento de adherencia a higiene de manos en el mes de Enero 2020 79.6% con 162 observaciones.

79.6%

**M. 65 %
E. 95.5 %**

Informe mensual enviado a los servicios

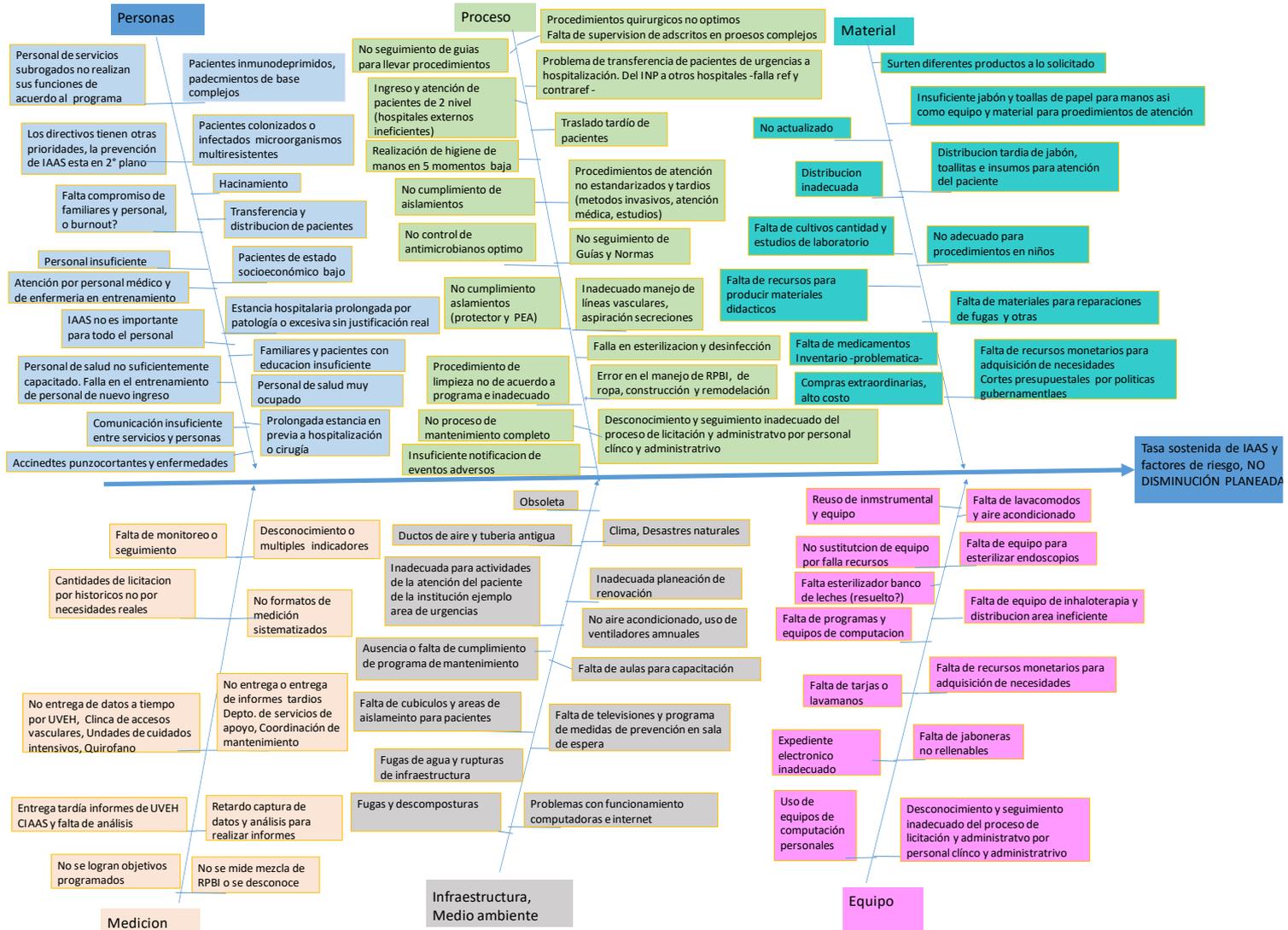
- Tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud por 1,000 días paciente
- Tipo de infección y agente etiológico
- Adherencia a Higiene de Manos global del servicio

Componente esencial 6

Análisis, retroalimentación y nuevos cambios

Planes de Acción

Diagrama causa-efecto, Ishikawa, Espina de pescado: Tasas de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud Sostenida, no disminución



El programa

Proyecto

Implementar un programa de trabajo para disminuir 10% IAAS

Proposito del proyecto:
 Resultado Disminuir 10% las tasas de infecciones asociadas a la atencion de la salud (IAAS).
 Disminuir los riesgos de generacion de IAAS.
 No se utilizara presupuesto del hospital para tratar IAAS y se destinaran recursos para lo que se planeo.
 Proceso Aumentar la adherencia de higiene de manos del personal del INP a 80% (adherencia especifica en medicos 70% y enfermeras 90%)

Descripcion del problema:
 Las tasas de IAAS en el Instituto Nacional de Pediatria de 2012 a 2018 se han mantenido estables y con variaciones de 4.5 a 12.2 por 1,000 dias paciente mensual y de 3.8 a 9.7 por 1,000 dias paciente. No se ha logrado la disminucion de 10% anual. En 2017 aumento despues de hacer una revision de definiciones.

Meta:
 Disminuir 10% las IAAS mediante un programa de trabajo objetivo y con cumplimiento completo por el comite de infecciones asociados a la atencion de la salud (CIAAS) en un año (2019). Se necesita el compromiso y trabajo de todo el CIAAS, apoyo de las autoridades y destinar recursos para llevarlo a cabo. Se debe vencer la apatia y aumentar la cultura de seguridad de la poblacion del INP. Esto permitira disminuir los riesgos de generacion de IAAS. Aumento adherencia a higiene de manos de los trabajadores del INP a 80% (/medicos 70% y enfermeras 90%)

Alcance del proyecto:
 En alcance: Todas las areas del Instituto Nacional de Pediatria
 Fuera de alcance: No existen recursos asignados para programas de prevencion de infecciones. Existen politicas de salud con diferentes prioridades y recortes presupuestales del sector salud nacional.

Plan de cumplimiento del proyecto: Vigilancia epidemiológica, capacitación realización estrategias de prevención específicas

Selección del equipo:
 Integrante: Dr Alejandro Serrano Sierra -Gestion de recursos, enlace con autoridades para cumplimiento estrategias
 Member: Dra Mercedes Macias Parra - -Gestion de recursos, enlace con autoridades para cumplimiento estrategias. Dar indicaciones cumplimiento de otros miembros
 Integarnnte: Dr. Jose Nicolas Reynes Manzur Lograr el cumplimiento de las estrategias de prevención dando indicaciones a residentes y enfermeras en formación. Participar en las actividades educativas de todas las personas en el Instituto Nacional de Pediatria referente a la prevención de infecciones de salud adquiridas
 Integrante: Lic. Agustin Arvizu Alvarez Respaldar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atencion de la salud del Comité, gestionar el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal del instituto. Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

Definirlo	Medirlo	Analisis	Implementa	Control
12/01/2019	Mensual Enero a diciembre 2019 (día 12 siguiente de cada mes) Trimestral 2019 (día 12 del mes siguiente al trimestre) Semestral 2019 día 12 de juliom2018 Anual Enero 2020	Mensual 2019 Anual Enero 2020	Trimestral, Semestral y Anual	Trimestral, Semestral y Anual
Difícil de medir				

Componente esencial 7

Carga de trabajo, dotación de personal y ocupación de camas

- Carga de trabajo a aumentado a través del tiempo y por la demanda
- La referencia y contrareferencia no funciona adecuadamente por la deficiencia de servicios en hospitales de segundo nivel
- La dotación de personal no es adecuada , no se contrata nuevo personal que sustituya al que se jubila
- Se gestiona contratación de personal eventual sin embargo este no tiene la capacitación y experiencia requerida para un hospital de tercer nivel
- La ocupación de camas em 2019 fue de 97.4% en global, 72% en camas censables
- Actividades de reparación en el hospital ha disminuido los espacios de atención por lo que existe hacinamiento que es un factor de riesgo para la generación de infecciones

Componente esencial 8

Construir un ambiente seguro (materiales y equipo para PCI)

- Programa Higiene de Manos
 - Insumos para Higiene de Manos- Departamento de servicios de apoyo, Subdirección de Recursos Materiales, Subdirección de enfermería
 - Se tiene la problemática de insumos suficientes de forma continua
 - - Falta de jaboneras de un solo uso
 - Falta de abasto de jabón y toallas de secado en fines de semana y turnos vespertino y nocturno así como en baños
 - No se ha logrado exista solución alcoholada en la zona del paciente de forma continua
 - La calidad de los productos depende de las normativas nacionales y la disminución de recursos

- Calidad del agua – Coordinación de mantenimiento
- No se ha logrado se entregue de manera oportuna los informes mensuales que aseguran las actividades realizadas y son comprobante de la calidad del agua

Componente esencial 8

Construir un ambiente seguro (materiales y equipo para PCI)

- Control de acciones para un medio ambiente seguro
- Limpieza hospitalaria inadecuada para la infraestructura del hospital
- Se realizan estrategias de mejora por Subdirección de Servicios Generales y Departamento de Servicios de apoyo para que la Compañía Externa mejore su desempeño pero aun no es optimo
- La limpieza hospitalaria es uno de los factores que afecta la generación de infecciones
- No se cuenta con infraestructura de lavado de cómodos adecuada, no existe aire acondicionado en área de hospital y no se tiene presupuesto para esta necesidad
- No se reporta en forma oportuna los avances o desviaciones de limpieza hospitalaria, calidad del agua y calidad del aire se insiste con los servicios para que mejore su actuación

Componente esencial 8

Construir un ambiente seguro (materiales y equipo para PCI)

- Control de acciones para un medio ambiente seguro
- El servicio de fumigación funciona sin embargo las actividades de reparación y los usuarios externos han ocasionado la presencia de fauna nociva en forma extraordinaria
- La compañía externa de manejo y eliminación de RPBI esta contratada existe problema de capacitación de todo el personal para la eliminación de residuos
- Manejo de ropa hospitalaria adecuada sin embargo falta infraestructura y equipo por falta de espacio del hospital, recursos
- Proceso de prevención en ambulancias se realizan actividades de capacitación y se esta realizando un nuevo programa para incrementar eficiencia de este servicio

Anexos

Desarrollo de actividades

Control de calidad

Definiciones operacionales

Plan de colección de datos

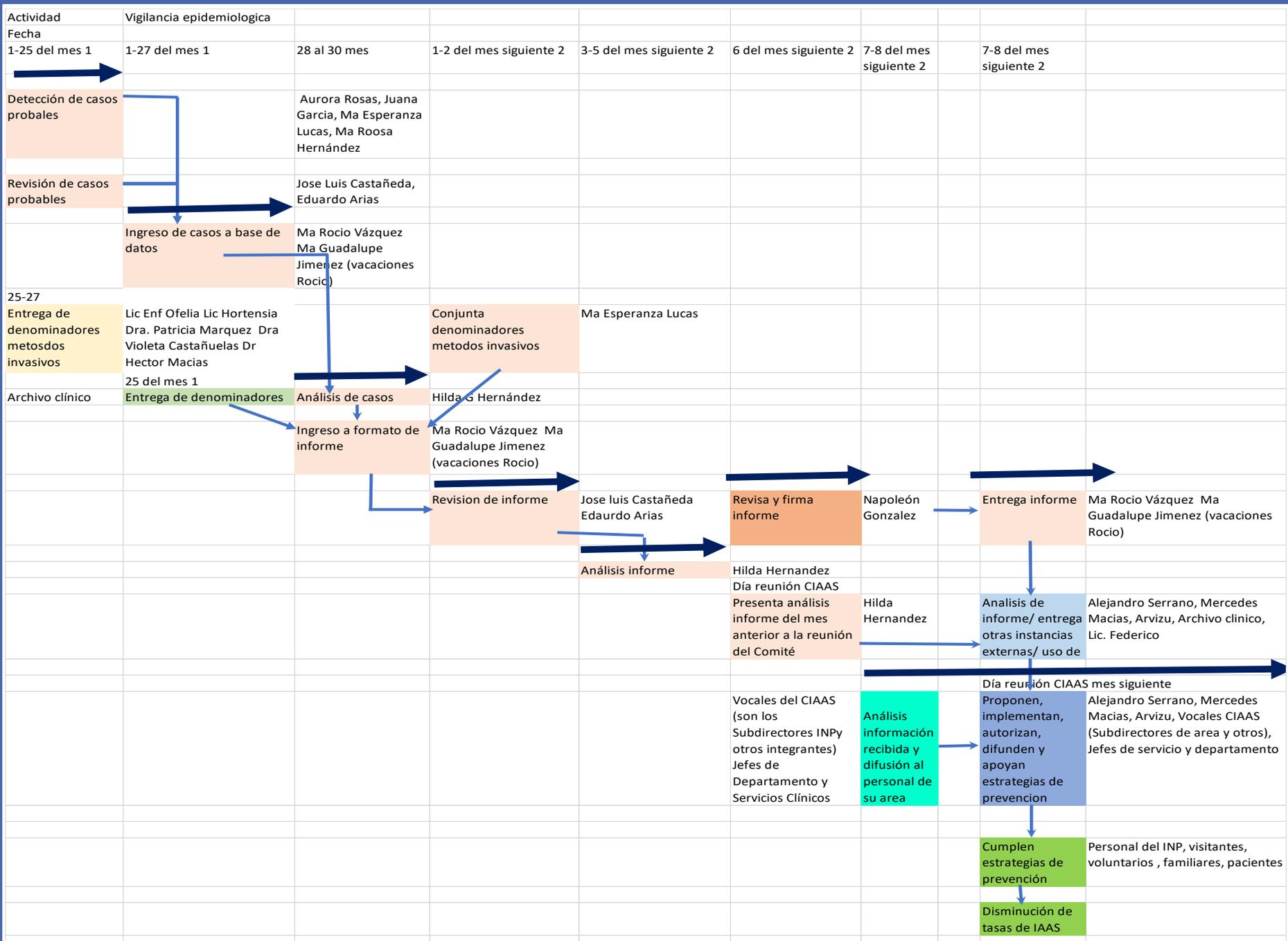
Análisis de problemas

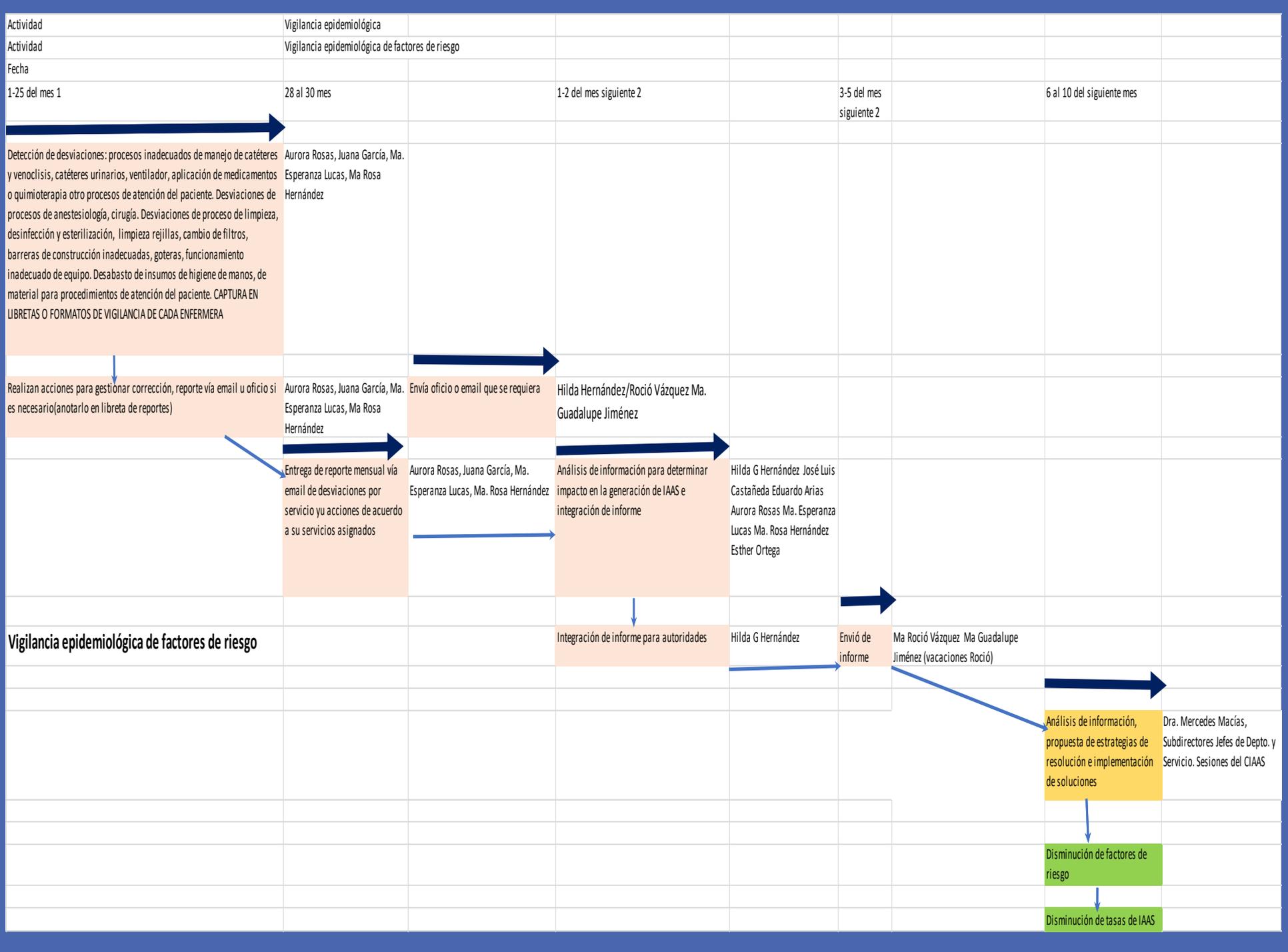
- Diagrama causa efecto Ishikawa, espino de pescado

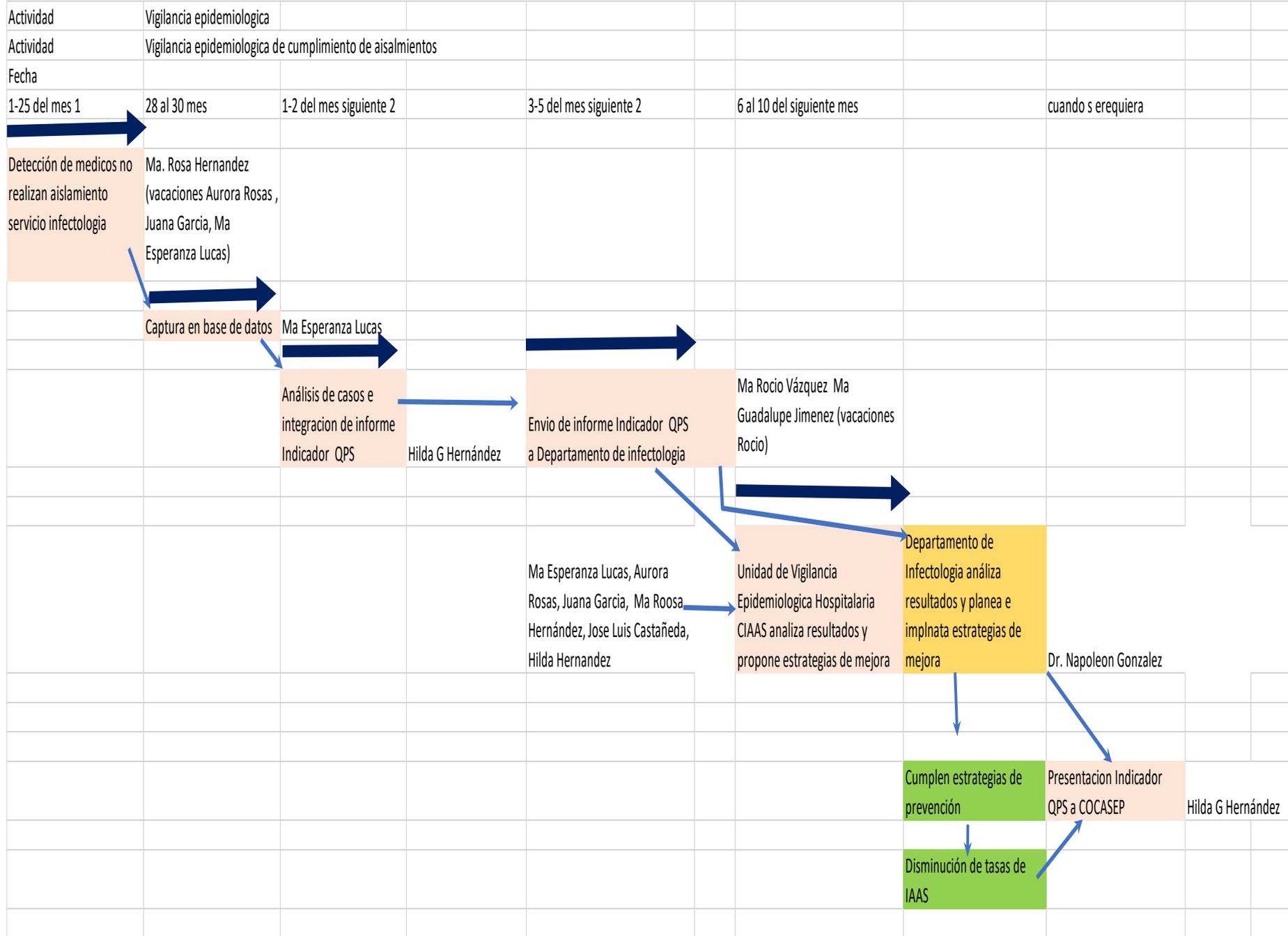
- Diagrama de flujo

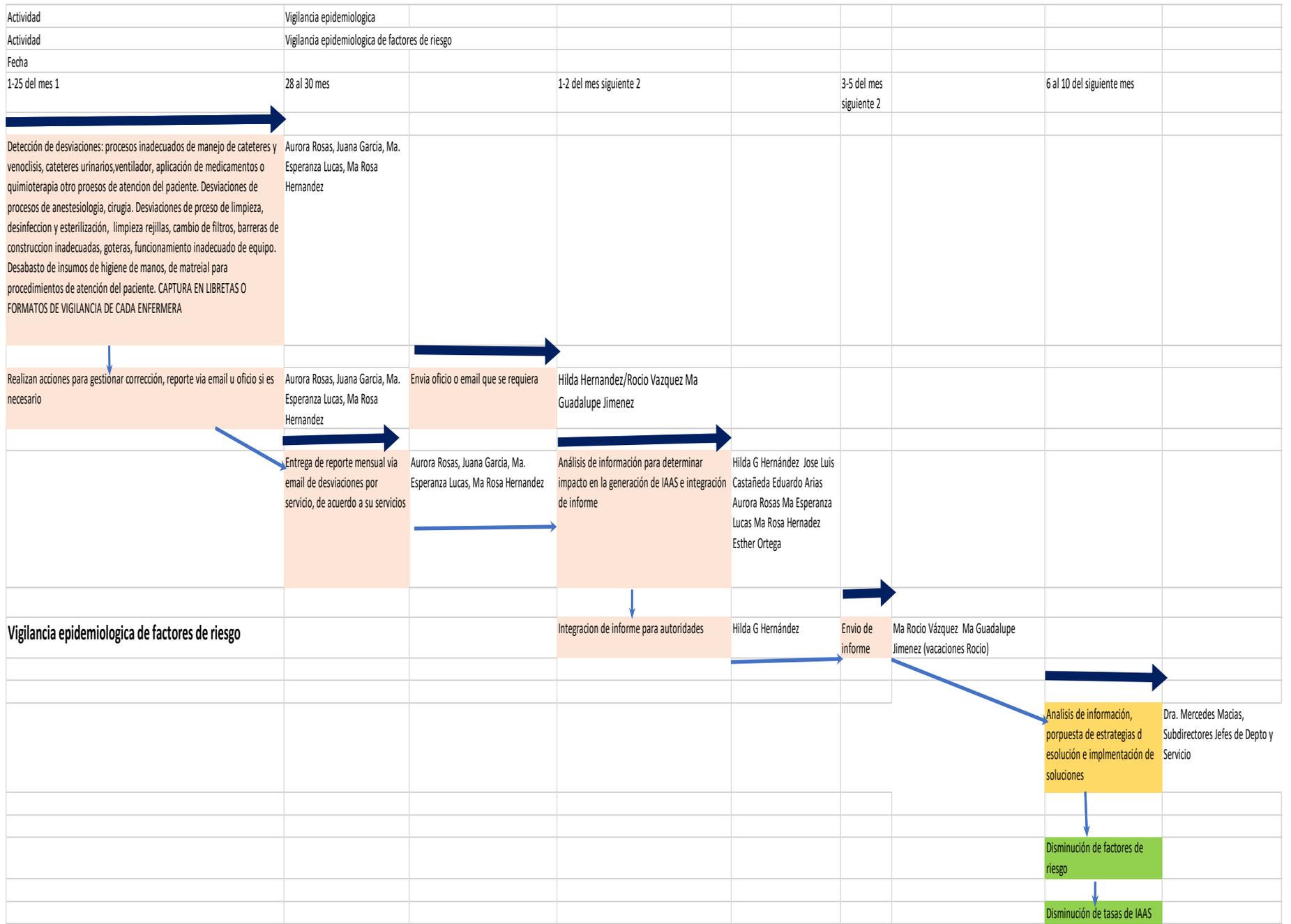
- 5 porqués

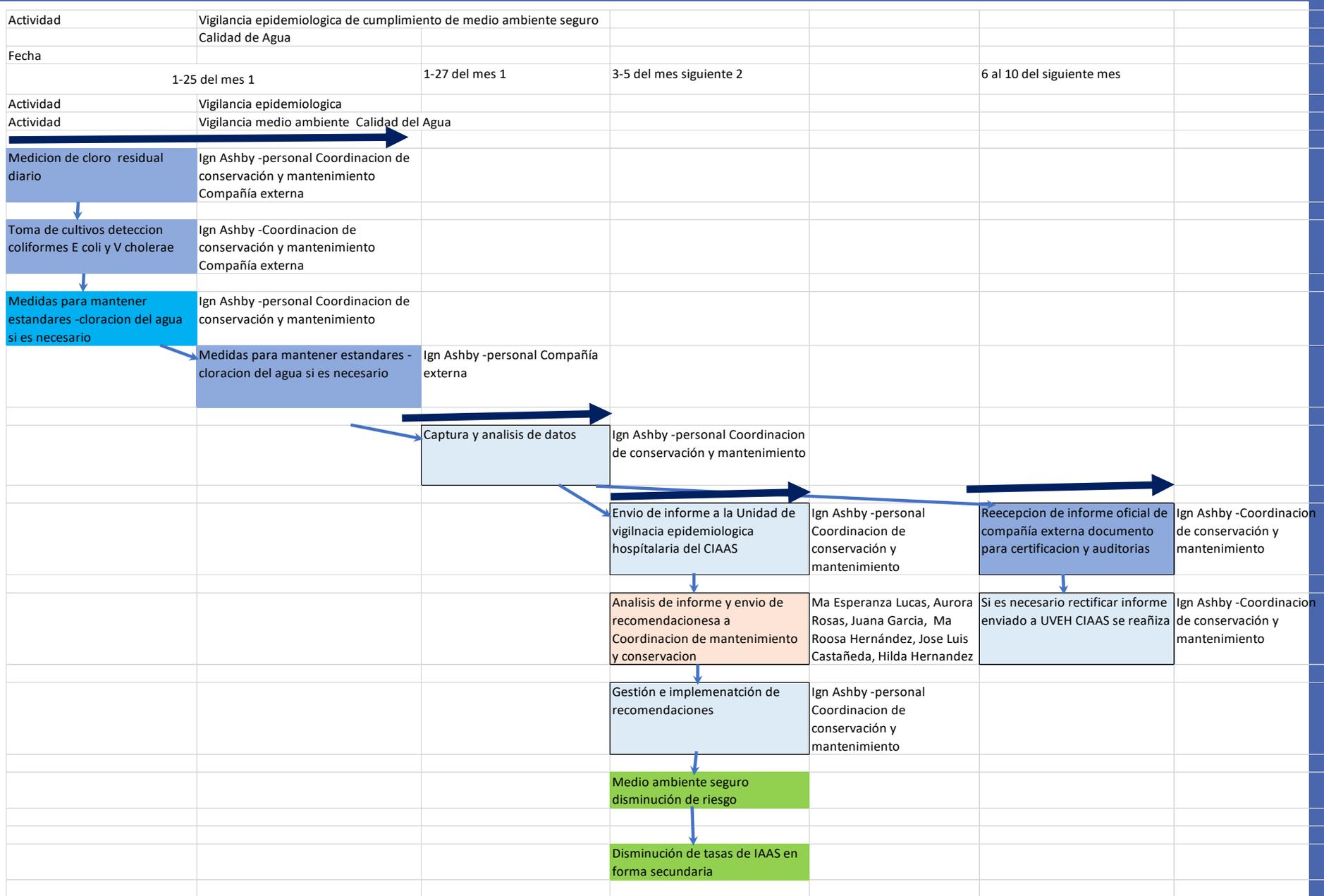
SIPOC suppliers, inputs, process, outputs, customers



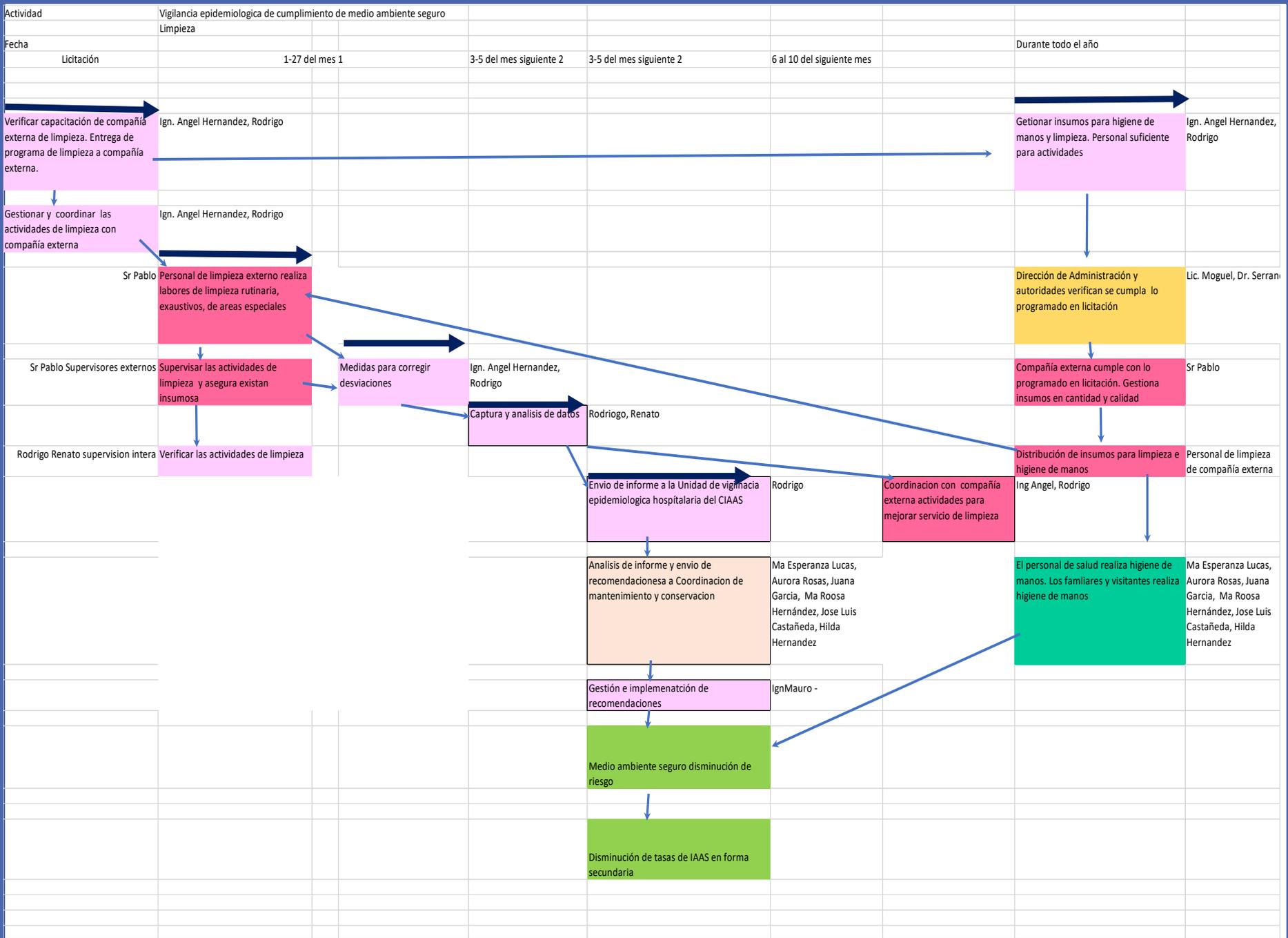






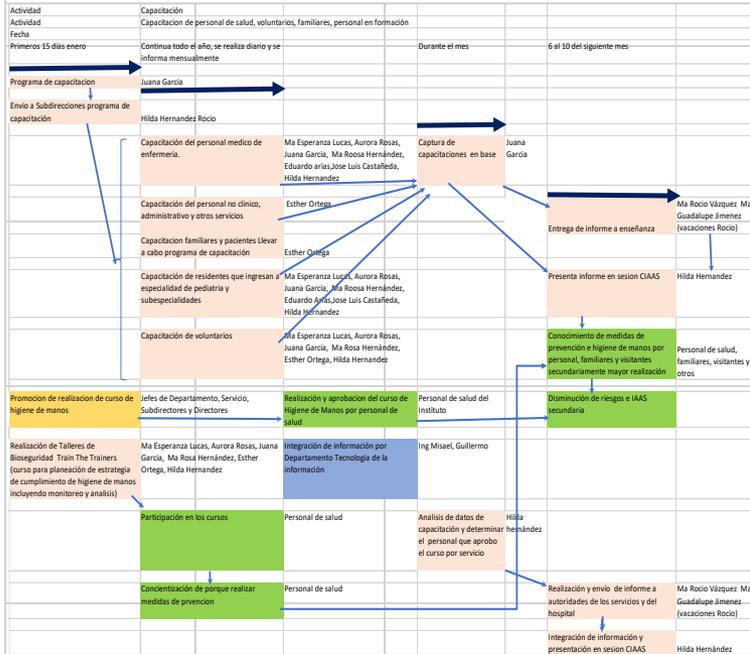


Actividad	Vigilancia epidemiologica de cumplimiento de medio ambiente seguro			
Fecha	1-25 del mes 1	1-27 del mes 1	3-5 del mes siguiente 2	6 al 10 del siguiente mes
Cambio de filtros por manejadora filtros de alta eficiencia y otros filtros (carton, guata, bolsa) de acuerdo a programa	IgnMauro -personal Coordinación de conservación y mantenimiento Compañía externa			
Limpieza de rejillas por servicio norma cada tres meses pero puede ser mas frecuente por las actividades de construcción y remodelación	IgnMauro -personal Coordinación de conservación y mantenimiento Compañía externa			
Medidas para corregir desviaciones si es necesario	IgnMauro -personal Coordinación de conservación y mantenimiento			
Medidas para mantener estandares - decalidad del aires es necesario	IgnMauro -personal Coordinación de conservación y mantenimiento Compañía externa			
Captura y analisis de datos		IgnMauro -		
Dar seguimiento a la gestion de aire acondicionado	Ing Mauro Ing Ashby Coordinación de conservación y mantenimiento	Envío de informe a la Unidad de vigilancia epidemiologica hospitalaria del CIAAS	IgnMauro -	Recepcion de informe oficial de compañia externa
Dirección de Administración y autoridades gestionaran los recursos para adquisicion e instalacion aire acondicionando	Lic. Moguel, Dr. Serrano	Analisis de informe y envio de recomendaciones a Coordinacion de mantenimiento y conservacion	Ma Esperanza Lucas, Aurora Rosas, Juana Garcia, Ma Roosa Hernández, Jose Luis Castañeda, Hilda Hernandez	Si es necesario rectificar informe enviado a UVEH CIAAS se realiza
Coordinar la instalación de aire acondicionado con compañia externa	Ing Mauro Ing Ashby Coordinación de conservación y mantenimiento	Gestión e implemenatción de recomendaciones	IgnMauro -	
		Medio ambiente seguro disminución de riesgo		
		Disminución de tasas de IAAS en forma secundaria		



Actividad	Capacitación				
Actividad	Capacitación de personal de salud, voluntarios, familiares, personal en formación				
Fecha					
Primeros 15 días enero	Continua todo el año, se realiza diario y se informa mensualmente		Durante el mes		6 al 10 del siguiente mes
Programa de capacitación	Juana Garcia				
Envío a Subdirecciones programa de capacitación	Hilda Hernandez Rocio				
	Capacitación del personal medico de enfermería.	Ma Esperanza Lucas, Aurora Rosas, Juana Garcia, Ma Roosa Hernández, Eduardo arias, Jose Luis Castañeda, Hilda Hernandez	Captura de capacitaciones en base	Juana Garcia	
	Capacitación del personal no clinico, administrativo y otros servicios	Esther Ortega			
	Capacitacion familiares y pacientes Llevar a cabo programa de capacitación	Esther Ortega			
	Capacitación de residentes que ingresan a especialidad de pediatria y subespecialidades	Ma Esperanza Lucas, Aurora Rosas, Juana Garcia, Ma Roosa Hernández, Eduardo Arias, Jose Luis Castañeda, Hilda Hernandez			
	Capacitación de voluntarios	Ma Esperanza Lucas, Aurora Rosas, Juana Garcia, Ma Rosa Hernández, Esther Ortega, Hilda Hernandez			
Promocion de realizacion de curso de higiene de manos	Jefes de Departamento, Servicio, Subdirectores y Directores	Realización y aprobación del curso de Higiene de Manos por personal de salud	Personal de salud del Instituto		
Realización de Talleres de Bioseguridad Train The Trainers (curso para planeación de estrategia de cumplimiento de higiene de manos incluyendo monitoreo y analisis)	Ma Esperanza Lucas, Aurora Rosas, Juana Garcia, Ma Rosa Hernández, Esther Ortega, Hilda Hernandez	Integración de información por Departamento Tecnologia de la información	Ing Misael, Guillermo		
	Participación en los cursos	Personal de salud	Analisis de datos de capacitación y determinar el personal que aprobo el curso por servicio	Hilda hernández	
	Concientización de porque realizar medidas de prvnecion	Personal de salud			
				Entrega de informe a enseñanza	Ma Rocio Vázquez Ma Guadalupe Jimenez (vacaciones Rocio)
				Presenta informe en sesion CIAAS	Hilda Hernandez
				Conocimiento de medidas de prevención e higiene de manos por personal, familiares y visitantes secundariamente mayor realización	Personal de salud, familiares, visitantes y otros
				Disminución de riesgos e IAAS secundaria	
				Realización y envío de informe a autoridades de los servicios y del hospital	Ma Rocio Vázquez Ma Guadalupe Jimenez (vacaciones Rocio)
				Integración de información y presentación en sesion CIAAS	Hilda Hernández

QC Control de calidad de proceso



Capacitación

Indicadores

Entrega programa de capacitacion

Se envia programa a Dr Napoleon Mtra Adriana

Personal de enfermeria, medicos y pedagoga realizan capacitacion de acuerdo a programa

Entrega informe de capacitación mensual del programa

Entrega informe de capacitación mensual de familiares y pacientes de acuerdo a programa

Realiza y entrega el informe de capacitación mensual para Dirección de enseñanza

Personal de enfermeria, medicos y pedagoga realizan capacitacion de acuerdo a programa

Correcciones

Se alerta de entrega a Esther Ortega Martinez Juana Garcia si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon y Mtra Adriana

Se alerta no entrega a Hilda hernandez /Rocio Vazquez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon

Se alerta no entrega a Aurora Rosas, Esther Ortega, Juana Garcia, Ma. Esperanza Lucas, Ma. Rosa Hernandez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon, Mtra Adriana

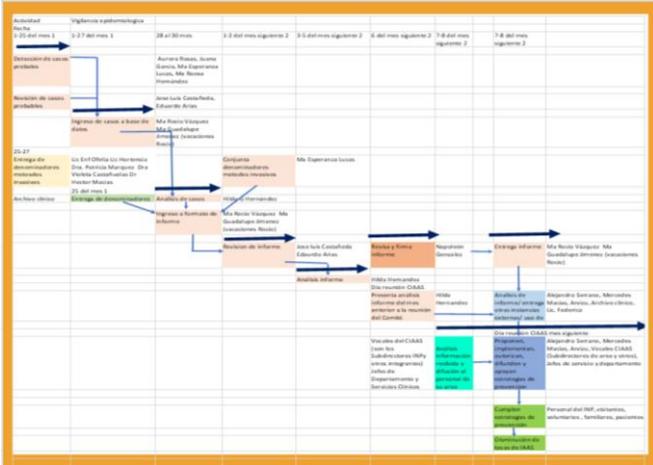
Se alerta no entrega a Esther Ortega, Juana Garcia, si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon, Mtra Adriana

Se alerta no entrega a Esther Ortega, si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon

Se alerta no entrega a Rocio Vazquez, si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon

Se alerta no entrega a Aurora Rosas, Esther Ortega, Juana Garcia, Ma. Esperanza Lucas, Ma. Rosa Hernandez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon, Mtra Adriana

QC Control de calidad de proceso



Indicadores

Si no entregan casos probables y confirmados en la semana enfermeras y médicos

Correcciones

Se alerta de entrega a Aurora, Juanita, Ma Esperanza, Ma Rosa, Jose Luis, Eduardo si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon y Mtra Adriana

Revisión semanal de base de datos

Se comunica a Rocio falla de captura a Hilda la no revision semanal

Casos incompletos

Se regresan a quien corresponda para su llenado si no es completado se descarta

La entrega de casos termina el dia 27 del mes

Casos entregados después se descartan

Si no se entregan denominadores

Se envia comunicado a jefe de servicio o superior solicitandolo

Vigilancia epidemiológica de casos de IAAS

El analisis se realiza al entregarse completa la base

Se alerta entrega y en caso de no respuesta se envia email a Dr Napoleon si no lo entrega Hilda

Captura e impresión

Se comunica a Rocio falla de captura si no hay respuesta se envia email con copia a Dr Napoleons

Revision de informe el dia en que se le entrega

Se alerta entrega y en caso de no respuesta se envia Dr Napoleon si no lo entrega Jose Luis

Se capturan cambios y se imprime correccion, se sube a firma

Se comunica a Rocio falla de captura si no hay respuesta se envia email con copia a Dr Napoleons

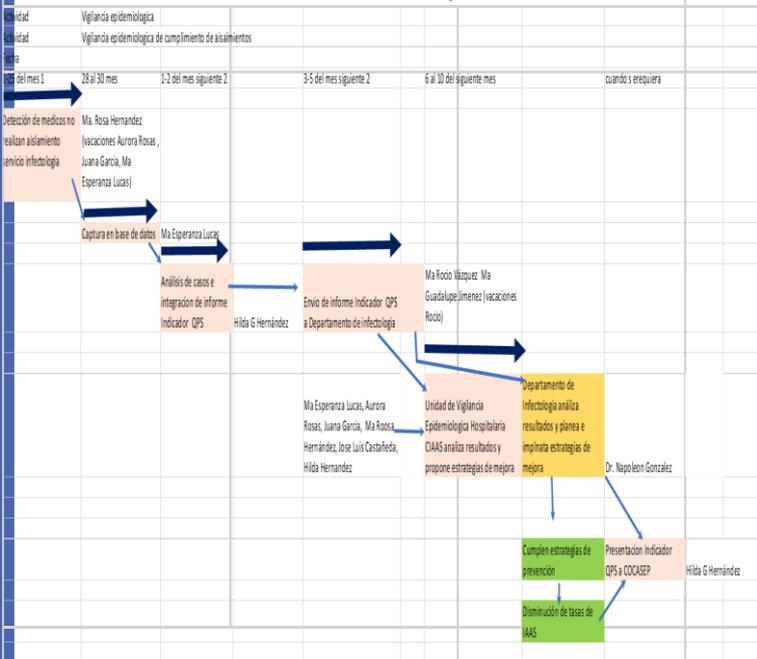
Firma Dr Napoleo

Se solicita vía telefonica o personalmente firma

Se recoge informe firmado y se entrega

Se alerta a Rocio actividad si no hay respuesta se envia email con copia a Dr Napoleon

QC Control de calidad de proceso



Vigilancia epidemiologica de aislamiento

Indicadores

Entrega de detección de medidas de aislamientos en medicos que acuden al servicio de infectologia

Correcciones

Se alerta de entrega a Maria Rosa si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon y Mtra Adriana

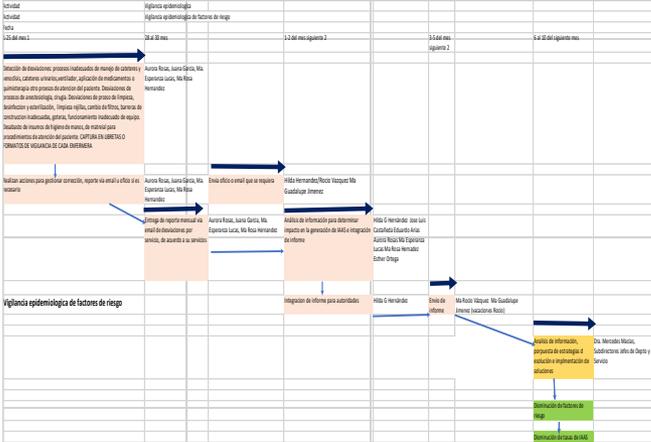
Se entrega base de datos para analisis en tiempo y forma

Se alerta no entrega a Ma Esperanza si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon y Mtra Adriana

Se envia analisis a Dr Napoleon y COCASEP

Se alerta no entrega a Hilda Hernandez/Rocio Vazquez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon

QC Control de calidad de proceso



Indicadores

Correcciones

Vigilancia de factores de riesgo

Se alerta de entrega a Aurora Rosas, Juana Garcia, Ma Esperanza Lucas, Ma Rosa Hernandez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon y Mtra Adriana

Se realizan acciones de corrección, redacción de desviación para envío email u oficio

Se alerta de entrega a Aurora Rosas, Juana Garcia, Ma Esperanza Lucas, Ma Rosa Hernandez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon y Mtra Adriana

Se envía email u oficio en caso necesario

Se alerta no entrega a Hilda Hernandez/Rocio Vazquez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon

Vigilancia epidemiológica factores de riesgo

Entrega reporte de desviaciones mensual el día 25 del mes

Se alerta de entrega a Aurora Rosas, Juana Garcia, Ma Esperanza Lucas, Ma Rosa Hernandez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon y Mtra Adriana

Analisis ultimos dias del mes

Se alerta de entrega a Aurora Rosas, Juana Garcia, Ma Esperanza Lucas, Ma Rosa Hernandez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon y Mtra Adriana

Integracion de Analisis primeros dias del mes siguiente

Se alerta no entrega a Hilda Hernandez/Rocio Vazquez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon

Envio infomre

Se alerta no entrega a Hilda Hernandez/Rocio Vazquez si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon

Plan de colección de datos

PROYECTO: Implementar programa de trabajo prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Medida	Definición operacional	Fuente de datos y localización	Tamaño muestra	Quien colecta datos	Cuando se colectan los datos	Como se colectan los datos	Otros datos al mismo tiempo
IAAS (Discretas) IAAS asociada a métodos invasivos	Numero de eventos de IAAS del mes	Hojas de caso todos los servicios clínicos	Todos	Aurora Rosas , Juana García, Ma. Esperanza Lucas, Ma Rosa Hernández José Luis Castañeda, Eduardo Arias	Del 1 al 25 del mes	Detección de IAAS confirmadas Base de datos Roció Vázquez	
Días paciente (Discretas) Días método invasivo	Numero de días paciente del mes N° días método invasivo	Informe de archivo clínico Servicios críticos y enfermeras de la UVEH, de Clínica de terapia de infusión, servicio de inhaloterapia	Todos	Personal archivo clínico Aurora Rosas , Juana García, Ma. Esperanza Lucas, Ma Rosa Hernández, Ofelia, Hortensia, Martha P Márquez, Héctor Macías, Violeta L Castañuelas	Del 1 al 25 del mes	Servicios envían días paciente a archivo clínico	Número de cirugías en el mes
Higiene de manos	Número de personas realizan higiene de manos en el mes	Hojas de observación de monitoreo HM base de datos computadora Lupita	Todos	Aurora Rosas , Juana García, Ma. Esperanza Lucas, Ma Rosa Hernández José Luis Castañeda, Eduardo Arias, Residentes infectología Teresa Flores	Del 1 al 25 del mes	Monitoreo de realización de higiene de manos en el hospital base datos Ma Guadalupe Jiménez	
Número de oportunidades de higiene de manos	Número de observaciones de oportunidades de higiene de manos en el mes	Hojas de observación de monitoreo HM base de datos computadora Lupita	566 trimestra 12263 anual	Aurora Rosas , Juana García, Ma. Esperanza Lucas, Ma Rosa Hernández José Luis Castañeda, Eduardo Arias, Residentes infectología Teresa Flores	Del 1 al 25 del mes	Monitoreo oportunidades de higiene de manos en los servicios base de datos Ma Guadalupe	

Plan de colección de datos

PROYECTO: Implementar programa de trabajo prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Medida	Definición operacional	Fuente de datos y localización	Tamaño muestra	Quien colecta datos	Cuando se colectan los datos	Como se colectan los datos	Otros datos al mismo tiempo
Cumplimiento de aislamientos	Numero de personas cumplen aislamiento del mes	Base de datos	Todos	Ma. Esperanza Lucas Reséndiz Ma. Rosa Hernández	Del 1 al 25 del mes	Detección diaria .informe mensual Base de datos Ma. Esperanza Lucas	

Plan de colección de datos

PROYECTO: Implementar programa de trabajo prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Medida	Definición operacional	Fuente de datos y localización	Tamaño muestra	Quien colecta datos	Cuando se colectan los datos	Como se colectan los datos	Otros datos al mismo tiempo
Capacitación en línea higiene de manos	Numero de personas aprobaron curso en línea	Base de datos tecnologías de información	Todos	Guillermo Misael Hilda Hernández	Mensual	Personas que aprobaron el examen del curso en línea	
Capacitación curso en línea higiene de manos	Numero de personas trabajan en el INP	Base de datos de personal	Todos	Lic. Fernando Ma Guadalupe Jiménez Hilda Hernández	Mensual	El personal del INP por servicio	
Capacitación medidas de prevención por servicio	Numero de personas reciben capacitación	Informe de enfermera que lleva programa de capacitación	Todos	Juana García,, Ma Rosa Hernández, Ma del Roció Vázquez	Del 1 al 25 del mes	Aurora Rosas, Juana García, Ma. Esperanza Lucas, Ma Rosa Hernández entregan N° capacitaciones en el mes	Informes por tipo de personal de salud
Talleres de bioseguridad	Numero de personas acuden al talles	Listas de asistencia	Todos	Ma del Roció Vázquez, Lic. Ped Esther Ortega	Cada taller mensual	Se integra el N° de participantes al taller por mes	
Curso Train the trainers Higiene de Manos	N° de personas acuden al curso	Lista asistencia	Todos	Ma del Roció Vázquez, Lic. Ped Esther Ortega	Cada curso semestral	Se integra el N° de participantes por curso semestral	
Curso St Jude Childrens Research Hospital practica	N° de personas acuden al curso	Lista asistencia	Todos	Ma del Roció Vázquez,	Curso anual	N° de participación internacionales y nacionales	

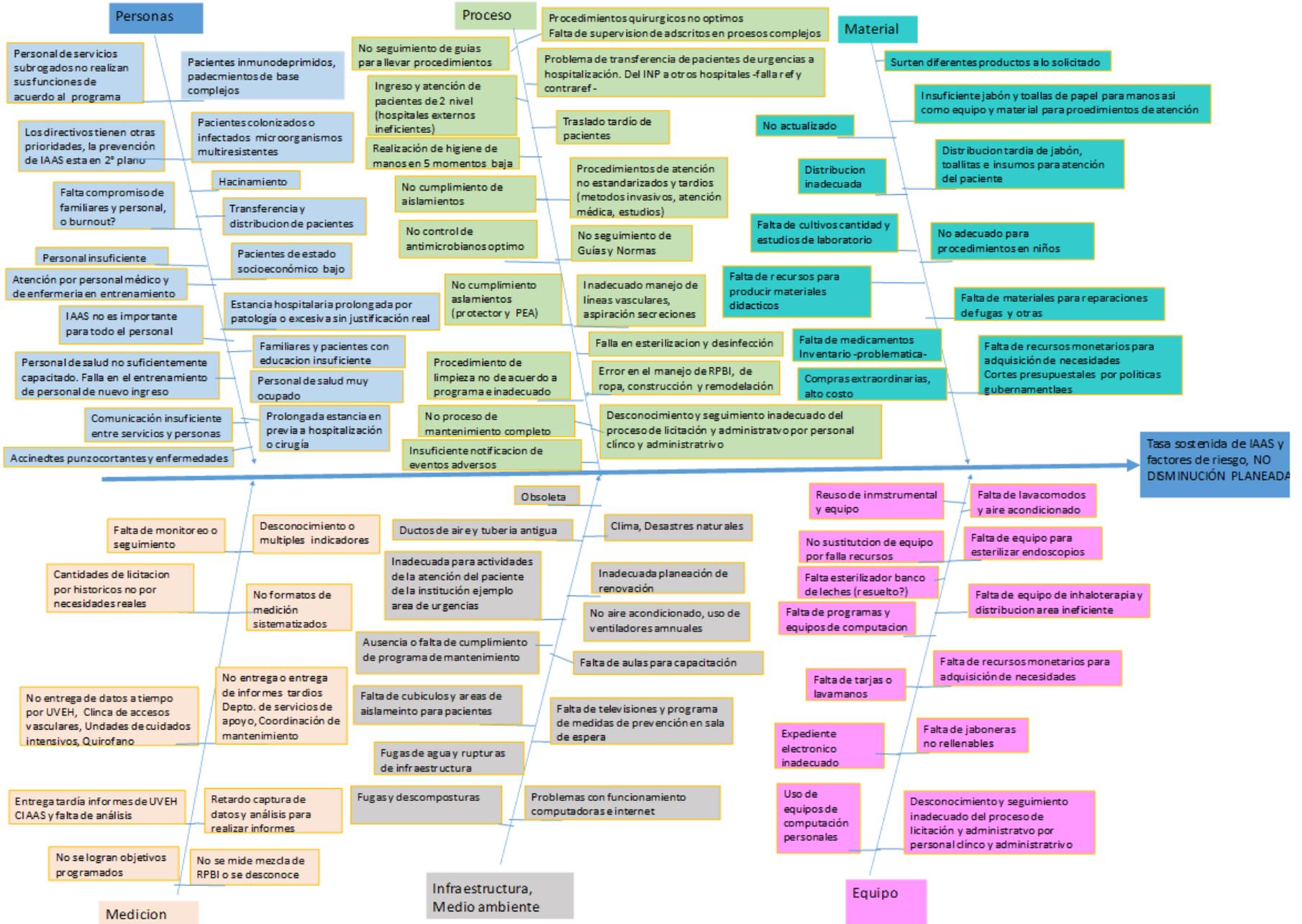
Plan de colección de datos

PROYECTO: Implementar programa de trabajo prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Medida	Definición operacional	Fuente de datos y localización	Tamaño muestra	Quien colecta datos	Cuando se colectan los datos	Como se colectan los datos	Otros datos al mismo tiempo
Calidad del agua	Agua con cloro dentro de los rangos de norma	Bitácora de coordinación de mantenimiento	Alterno diario	Personal de coordinación de mantenimiento y compañía externa Coordina Ing. Ashby	Diario	El personal lo recolecta diario y el Ing. Ashby lo informa mensualmente	
Calidad del agua	Realización de cultivos coliformes, V. cholerae. E coli	coordinación de mantenimiento	De acuerdo a norma mínimo mensual	Personal de coordinación de mantenimiento es encargado de obtener los resultados de compañía externa Coordina Ing. Ashby	Mensual	El personal lo recolecta y el Ing. Ashby lo informa mensualmente	
Calidad del aire	Cambio de filtros	Bitácora de coordinación de mantenimiento Bitácoras de jefas de servicio de enfermería	Cada 4 y 6 meses	Personal de coordinación de mantenimiento Coordina Ing. Mauro	Mensual	El Ing. Mauro informa mensualmente realización	
Calidad del aire	Limpieza de rejillas	Bitácora de coordinación de mantenimiento Bitácoras de jefas de servicio de enfermería	Todas	Personal de coordinación de mantenimiento Coordina Ing. Mauro	Mensual	El Ing. Mauro informa mensualmente realización	
Limpieza hospitalaria	Realizar limpieza adecuada en áreas	Informes mensuales y reportes diarios	Todos	Personal Departamento Servicios de Apoyo Coordina Rodrigo	Mensual	Se integra el informe de supervisión de limpieza	
Limpieza hospitalaria	Insumos para limpieza e higiene de manos	Reportes diarios	Todos	Personal Departamento Servicios de Apoyo Coordina Rodrigo	Mensual	Se integra medidas realizadas para modificar desabasto	

Análisis de problema y posible solución

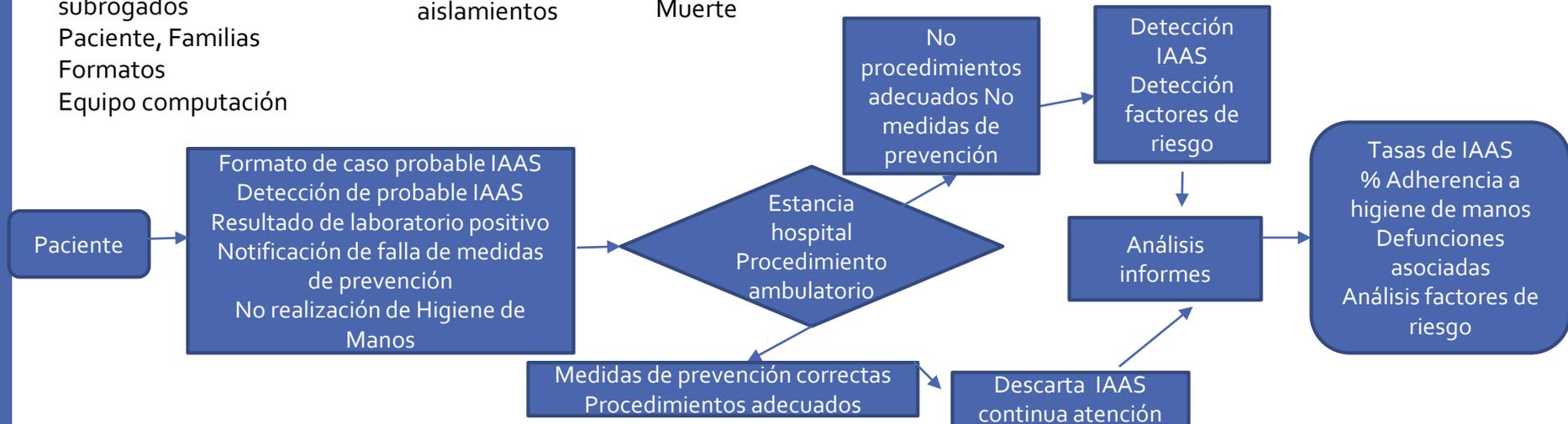
Diagrama causa-efecto, Ishikawa, Espina de pescado: Tasas de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud Sostenida, no disminución



Análisis de Prevención de infecciones SIPOC

suppliers, inputs, process, outputs, customers

Personas y equipo	Entrada	Proceso	Salida	Clientes
Coordinador UVEH CIAAS, Médico infectólogo UVEH CIAAS Enfermera UVEH CIAAS Médicos residentes infectología Médico, Enfermera Laboratorios Otro personal de salud Directivos, Servicios subrogados Paciente, Familias Formatos Equipo computación	Formato de caso probable Vigilancia diaria Notificaciones Desviaciones Formato monitoreo HM Formato monitoreo aislamientos	Detección de IAAS Detección de riesgos Personal no cumple medidas de prevención aislamientos Familiares no cumplen medidas de prevención Falta de educación Adquisición de infección Estancia prolongada Muerte	IAAS Estancia prolongada Defunción asociada en el paciente No cumplimiento medidas de prevención	Pacientes Médicos Enfermeras Laboratorios Personal de salud Autoridades Familias Autoridades externas Servicios subrogados

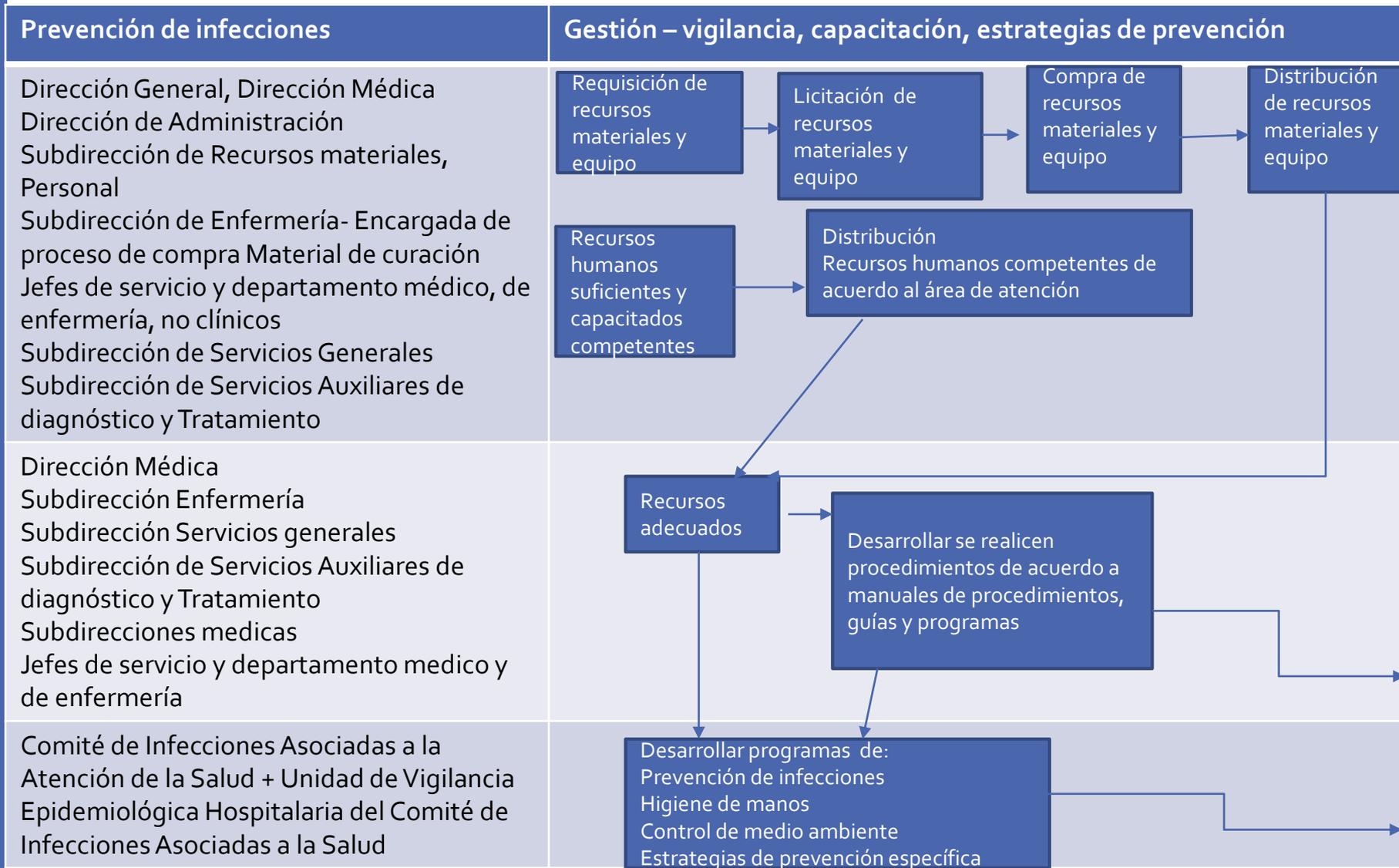


Inicio: ingreso paciente

Final: IAAS, egreso del paciente, muerte, defunción asociada

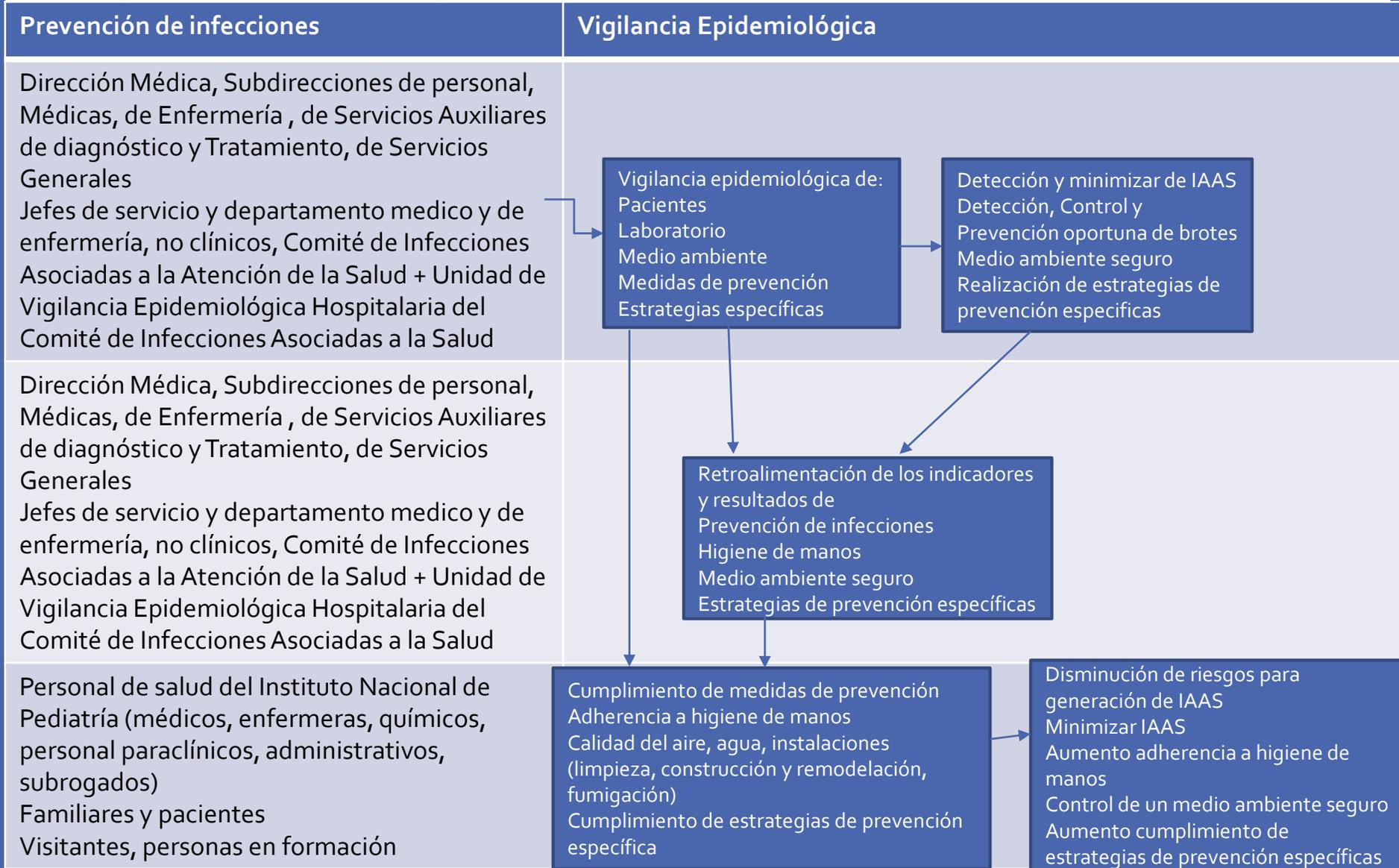
Análisis de Prevención de infecciones

Diagrama de flujo



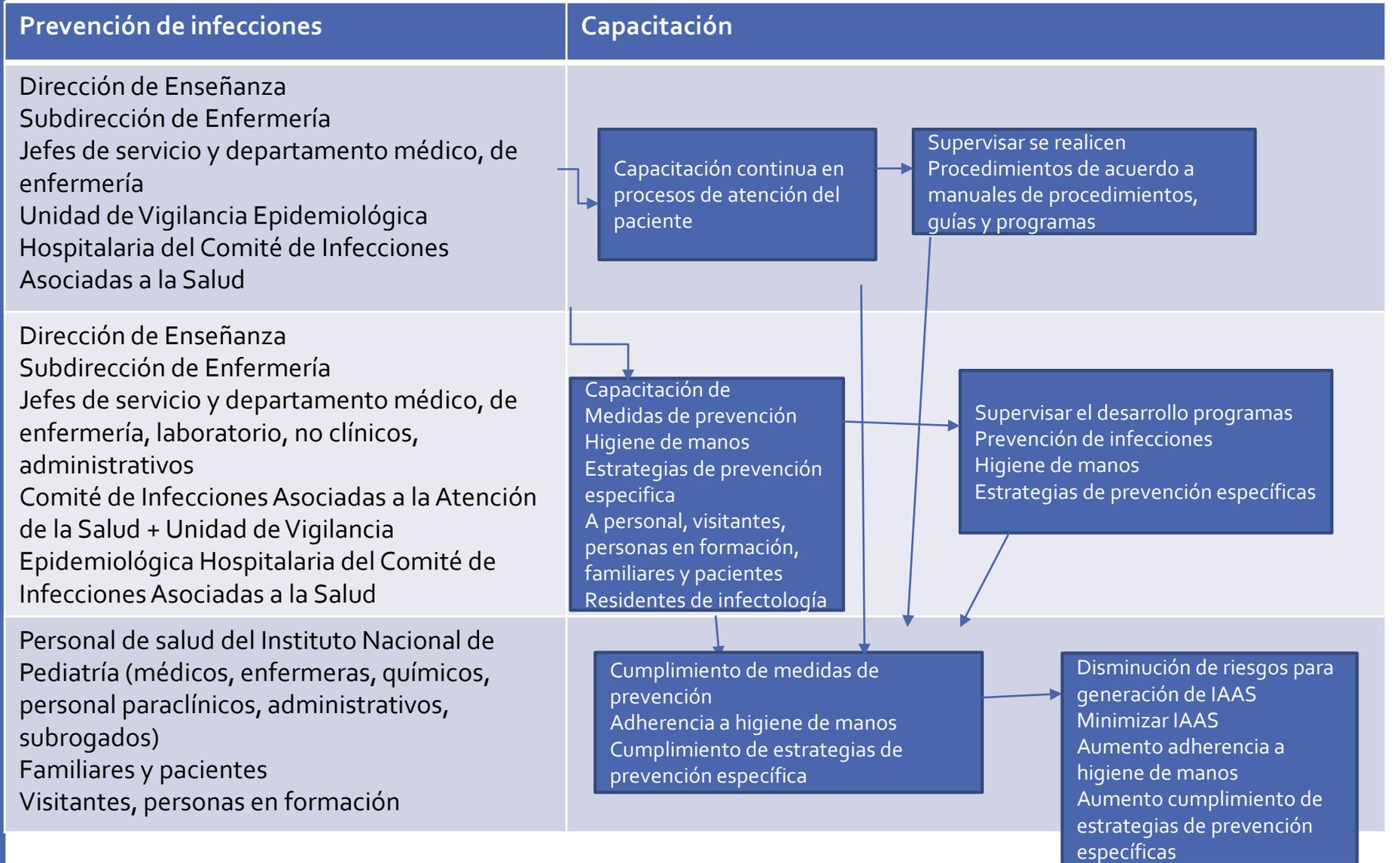
Análisis de Prevención de infecciones

Diagrama de flujo

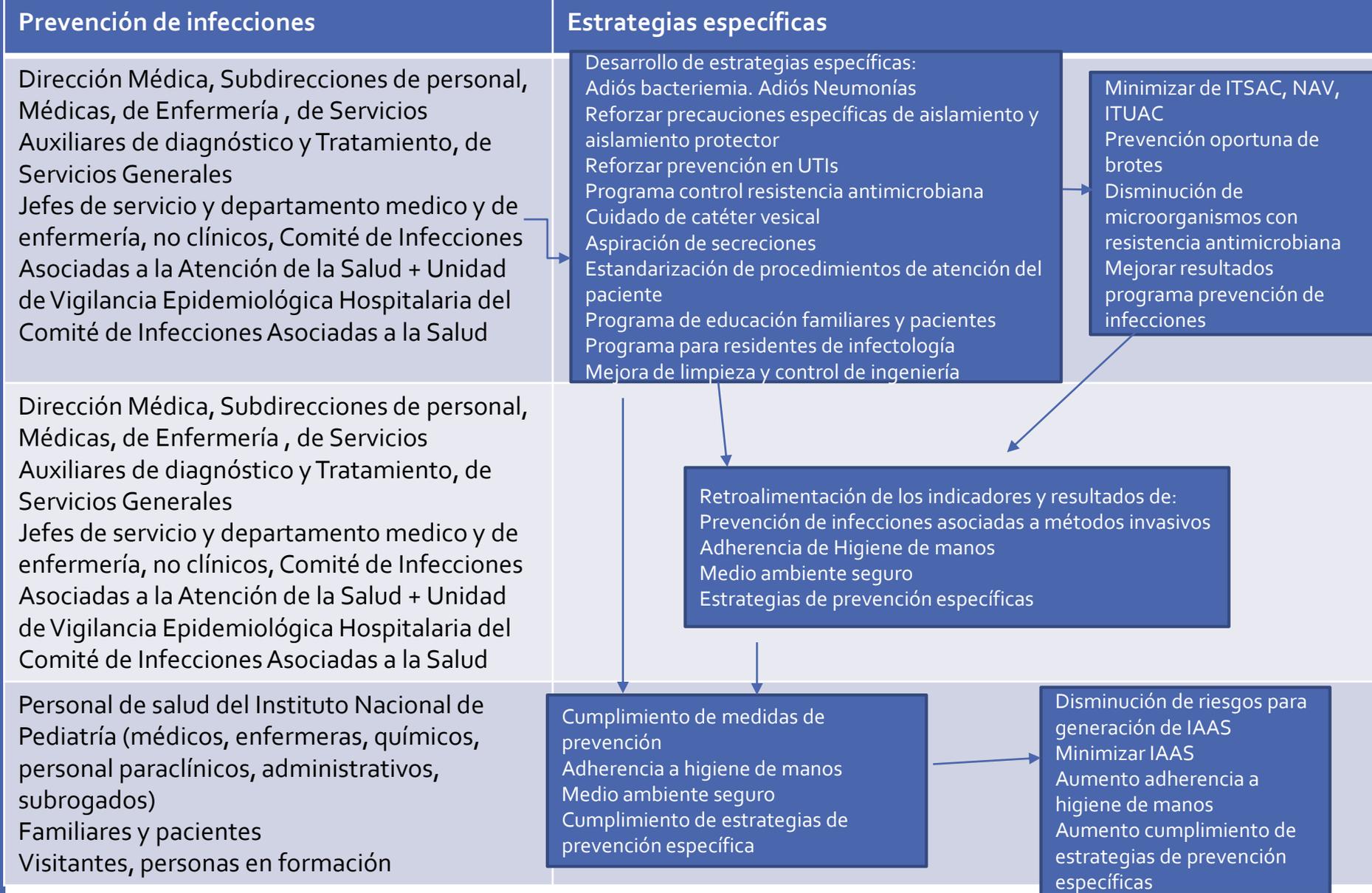


Análisis de Prevención de infecciones

Diagrama de flujo



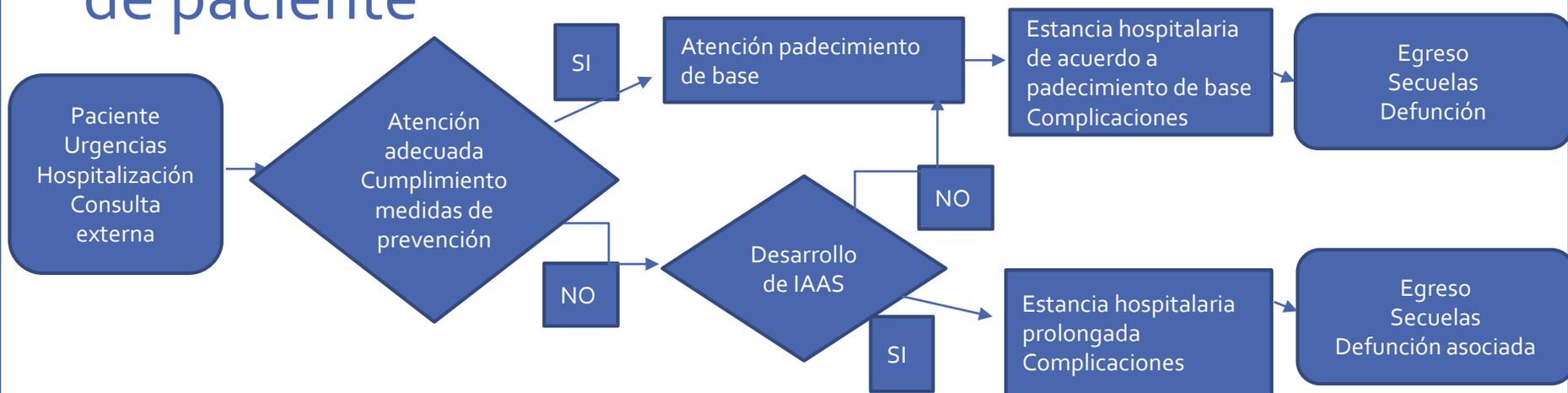
Análisis de Prevención de infecciones Diagrama de flujo



Análisis de Prevención de infecciones Flujo de información

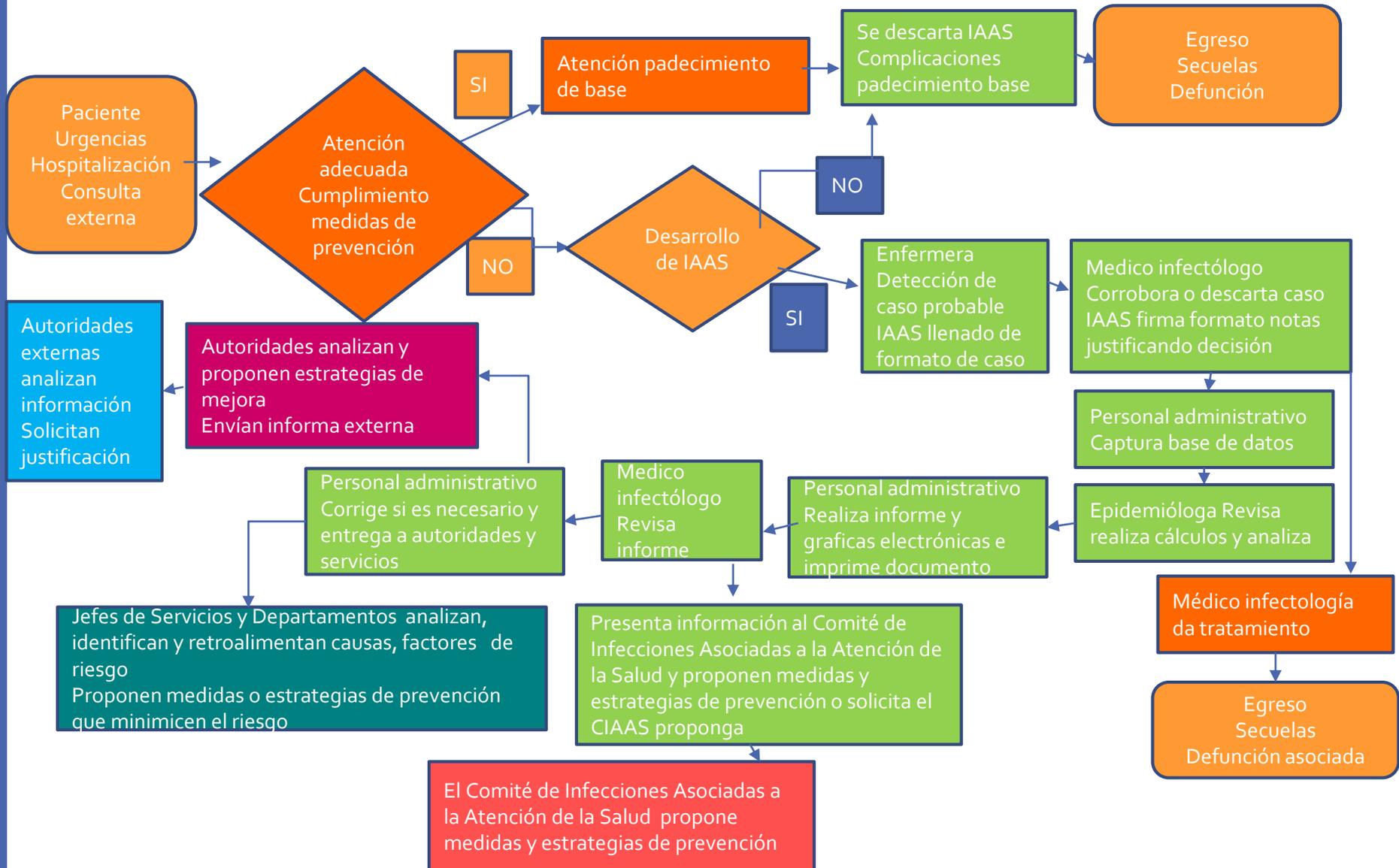


Análisis de Prevención de infecciones Flujo de paciente

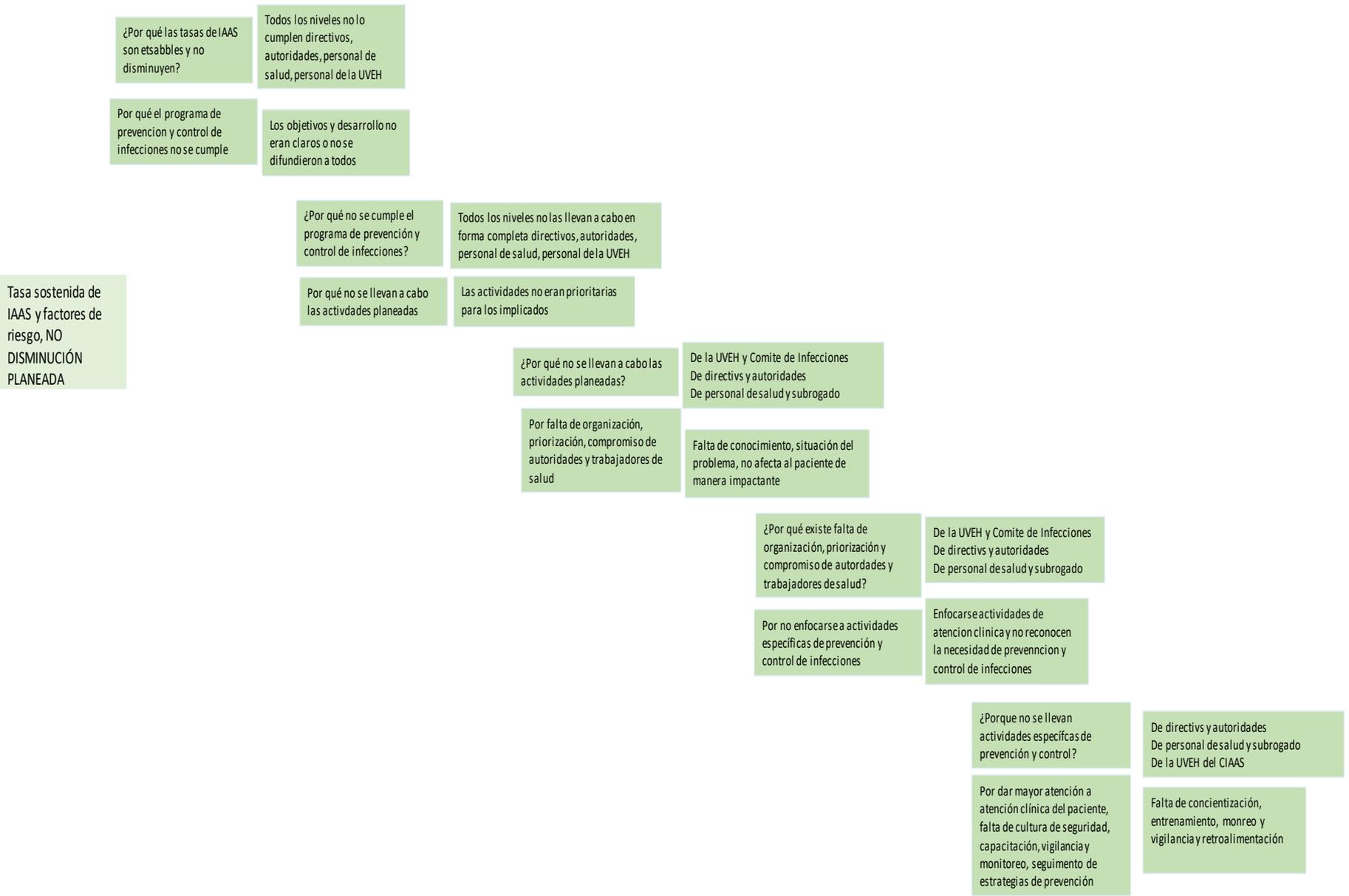


Análisis de Prevención de infecciones

Flujo de vigilancia epidemiológica



Los 5 ¿Por qué? = Diagrama de arbol de fallas



¿Por qué las tasas de IAAS son estables y no disminuyen?

Todos los niveles no lo cumplen directivos, autoridades, personal de salud, personal de la UVEH

Por qué el programa de prevención y control de infecciones no se cumple

Los objetivos y desarrollo no eran claros o no se difundieron a todos

¿Por qué no se cumple el programa de prevención y control de infecciones?

Todos los niveles no las llevan a cabo en forma completa directivos, autoridades, personal de salud, personal de la UVEH

Por qué no se llevan a cabo las actividades planeadas

Las actividades no eran prioritarias para los implicados

¿Por qué no se llevan a cabo las actividades planeadas?

De la UVEH y Comité de Infecciones
De directivos y autoridades
De personal de salud y subrogado

Por falta de organización, priorización, compromiso de autoridades y trabajadores de salud

Falta de conocimiento, situación del problema, no afecta al paciente de manera impactante

¿Por qué existe falta de organización, priorización y compromiso de autoridades y trabajadores de salud?

De la UVEH y Comité de Infecciones
De directivos y autoridades
De personal de salud y subrogado

Por no enfocarse a actividades específicas de prevención y control de infecciones

Enfocarse actividades de atención clínica y no reconocen la necesidad de prevención y control de infecciones

¿Por qué no se llevan actividades específicas de prevención y control?

De directivos y autoridades
De personal de salud y subrogado
De la UVEH del CIAAS

Por dar mayor atención a atención clínica del paciente, falta de cultura de seguridad, capacitación, vigilancia y monitoreo, seguimiento de estrategias de prevención

Falta de concientización, entrenamiento, monitoreo y retroalimentación

Tasa sostenida de IAAS y factores de riesgo, NO DISMINUCIÓN PLANEADA

Los 5 ¿Por qué? = Diagrama de arbol de fallas

¿Porque?

¿Porque?

¿Porque?

¿Porque?

¿Porque?

¿Por qué no se cumplen actividades de vigilancia ?

Por falta de planeación

Por apoyo insuficiente de autoridades

Por dar prioridad a otras actividades

Por realizar trabajo diario y actividades operativas

Por no tener herramientas para ello

Por falta capacitación y liderazgo

Por no empoderamiento, falta de implementación por otros de las recomendaciones. falta de UVEH del CIAAS

Por falta de seguimiento

Por falta de personal e instrumentos

Por no cumplir con recolección de datos

Por no realizar analisis de resultados

Por demasiadas actividades

Por no entregar informes a tiempo

Por no dar retroalimentación adecuada

Por falta de retroalimentación

Por no difusión de información al personal de salud

Por envío a jefes los informes y desconocimiento de que se encuentran en el servicio

Por no interes en conocer resultados

Por falta de comunicación efectiva

Por que el analisis no cumple su objetivo

Por no buscar otras estrategias de comunicación

Por falta de tiempo

Por falta de personal

Por falla administrativa de contratación y distribución de personal

Por recorte presupuestal y políticas nacionales

¿Por qué no se cumplen actividades de capacitación ?

Por priorizar actividades de atención

Por falla de interes y compromiso

Por no crear el interes de enfoque de prevención

Por falta de infraestructura y material

Por no existir un aula

Por realizar capacitación en donde se puede

Por ambiente y tiempo inadecuado

Por falta de material didactico de impacto

Por falla de conocimiento de capacitación

Por tecnicas de enseñanza no optimas

Por falta de interes

Por no reconocer necesidad de prevenir infecciones

Por falta de cultura de seguridad

Por no difusión de autoridades y directivos de la importancia de cultura de seguridad

Por no estandarización de procedimientos de atención del paciente

Por no seguir normas y guias

Por falta de capacitación y difusión de procedimientos estandarizados

Por falta de seguimiento de procedimientos de atención medica

¿Por qué no se cumplen estrategias de prevención?

Por actividades clínicas

Por que el personal olvida actividades de prevención

Por no estar conciente de importancia de estas actividades de prevención

Por falla de capacitación en prevención y cultura de seguridad

Por falta de recursos

Por falla en licitar, proveer y distribuir los recursos necesarios

Por falla procedimientos administrativos y recortes presupuestales

Por desconocimiento de procesos y políticas nacionales

Tasa sostenida de IAAS y factores de riesgo, NO DISMINUCIÓN PLANEADA