

PLAN Y PROGRAMA DE TRABAJO 2019

Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria del Comité de Infecciones
Asociadas a la Atención de la Salud

Departamento Infectología
Unidad de Vigilancia Epidemiología Hospitalaria
Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Elaboración:	Revisión:	Aprobación:
Diciembre 2018	Enero 2019	Enero 2019

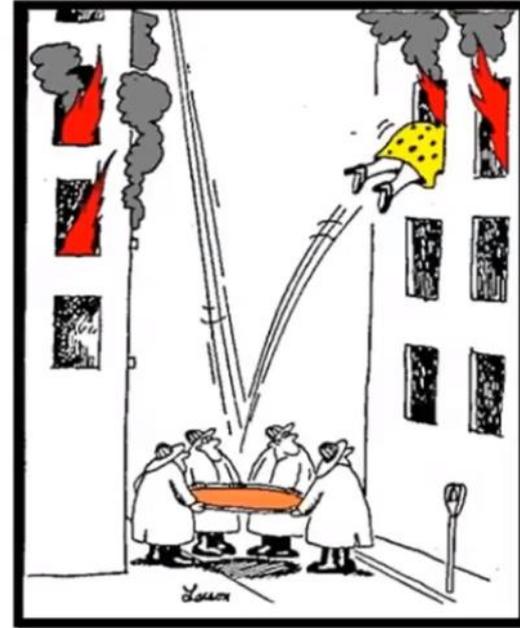
¿Qué ha pasado con los avances?



Firefighting Mode

Does your process improvement methodology look like this?

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



Finding cures. Saving children.

Estrategias y metodología adecuada
No se han llegado a objetivos deseados

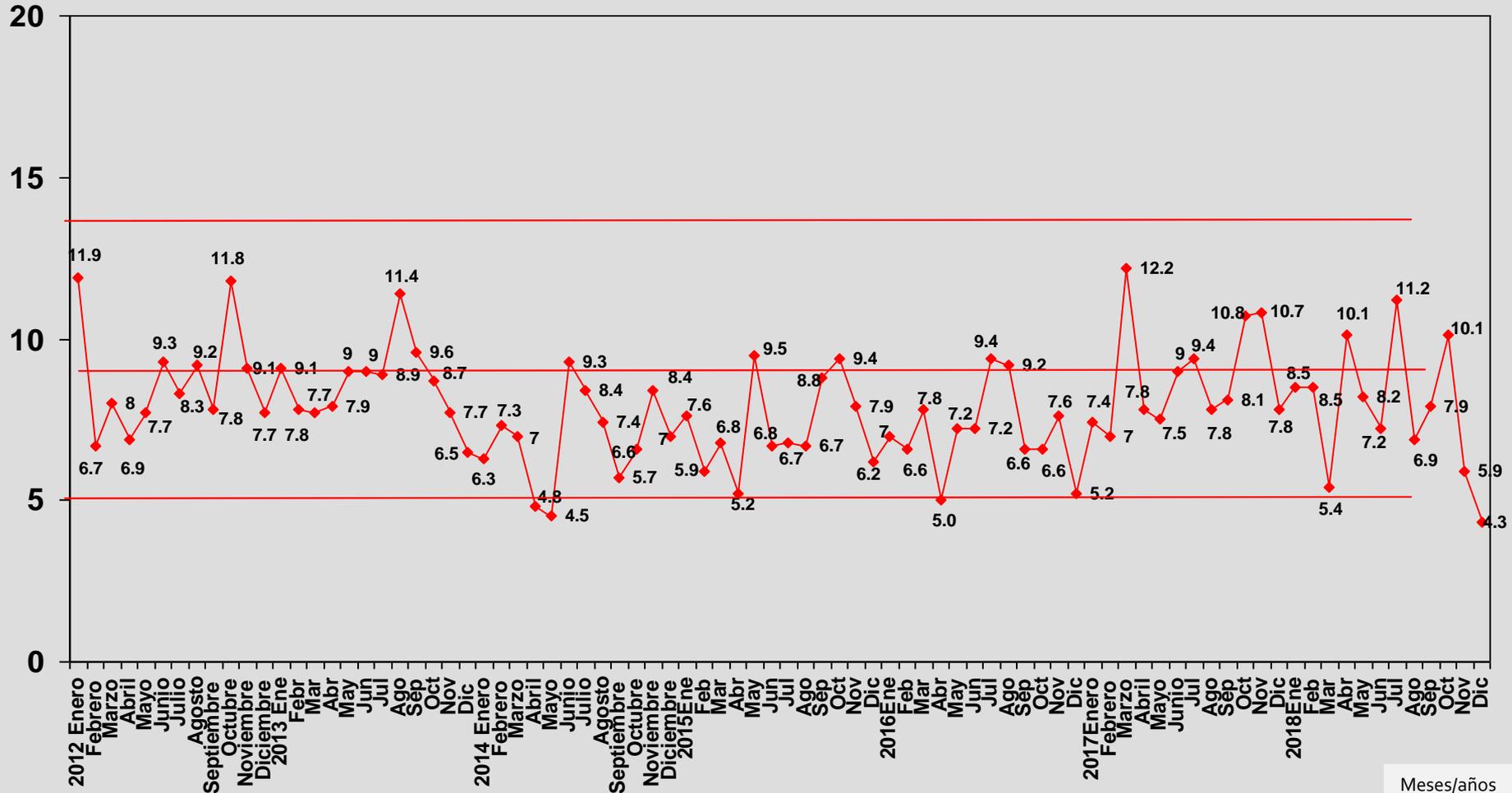
Instituto Nacional de Pediatría

Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

Tasas de Infecciones Asociadas a la atención de la Salud 2012-2018

(Tasas de IAAS por 1000 días paciente)

Tasas por
1,000 días
paciente

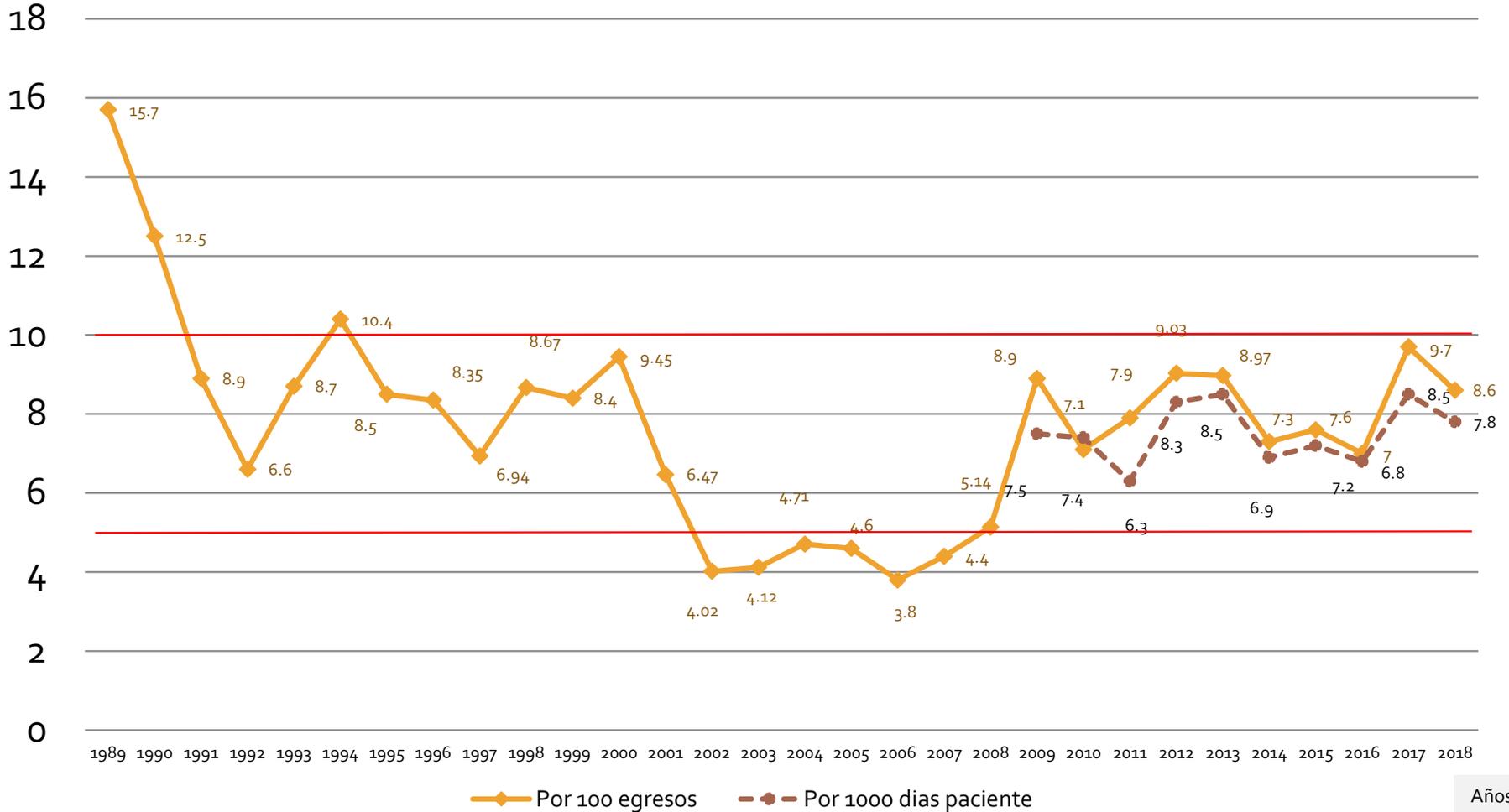


Meses/años

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 1989-2018

Tasas



Meta 2018 disminuir 10% se logro disminución 8 %

Años

Vigilancia epidemiológica

Gráfica de Pareto. Frecuencia por tipo de infección asociada a la atención de la salud (IAAS) en el Instituto Nacional de Pediatría 2018

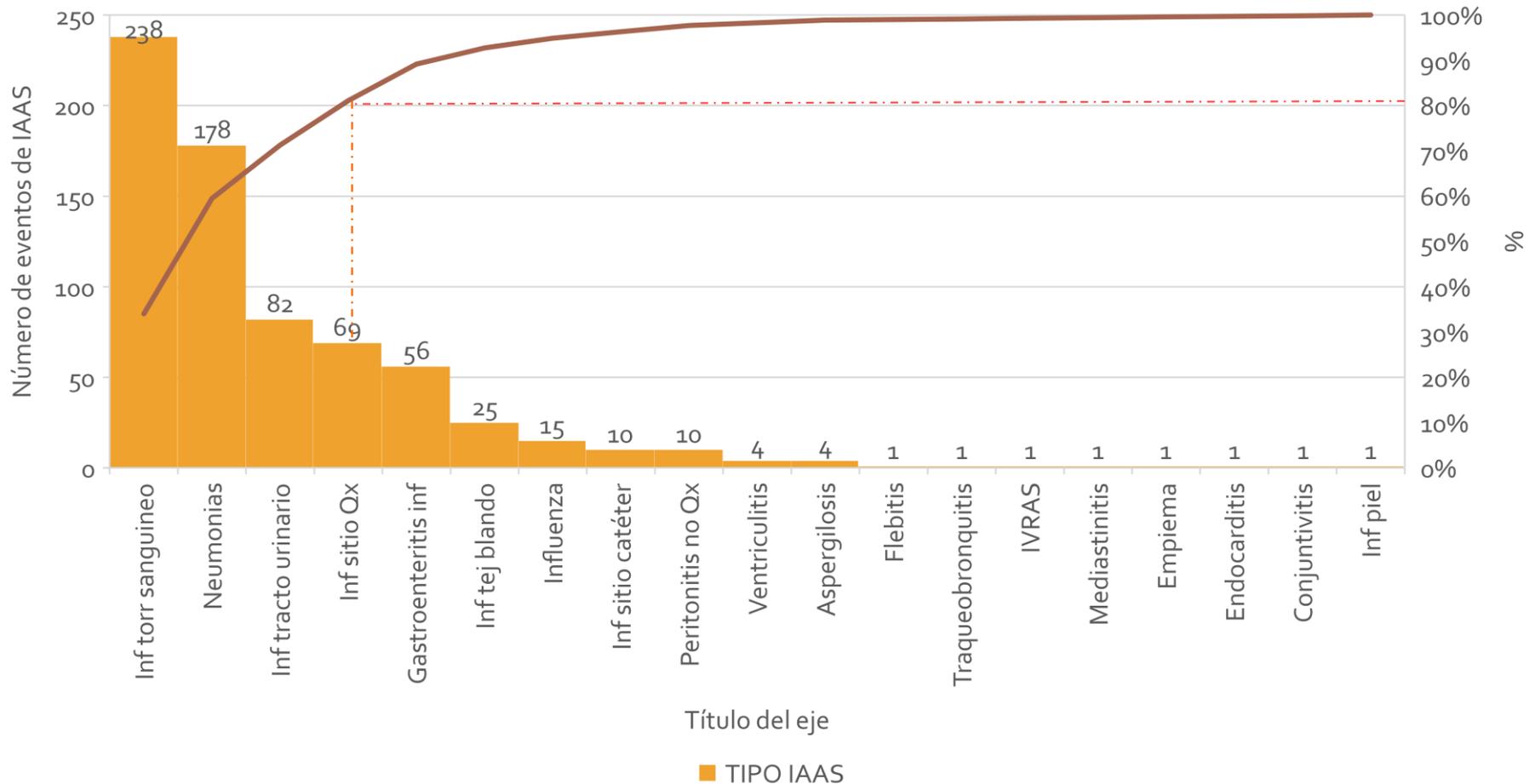
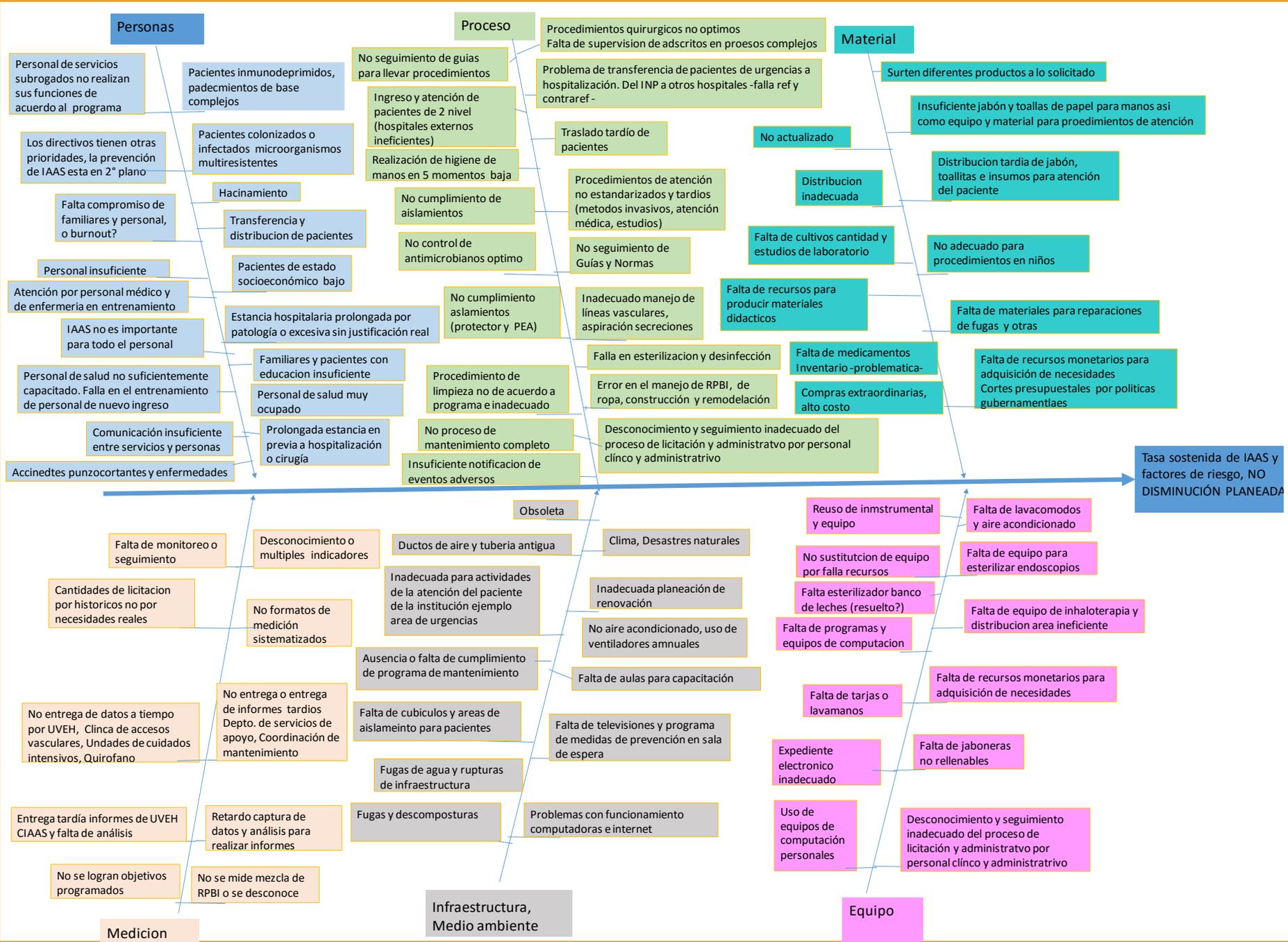


Diagrama causa-efecto, Ishikawa, Espina, Espina de pescado: Tasas de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud Sostenida, no disminución



Objetivos

- Establecer, implementar y dar seguimiento a las actividades estratégicas para reducir los riesgos de generación de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)
- Mejorar los procesos de prevención de infecciones

Alcance

- Todas las áreas de la organización de acuerdo a la legislación aplicable vigente relacionada con la prevención y el control de las infecciones
- Todos los procesos clínicos y no clínicos relacionados con la prevención y el control de las infecciones

Priorizar Líneas de Acción

- Vigilancia Epidemiológica
- Capacitación
- Estrategias de acción

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
 Integante: 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				

Priorizar Líneas de Acción

- Vigilancia Epidemiológica

- Detección, confirmación y análisis IAAS- Estandarización definiciones-discusión de casos con servicios y en la UVEH
 1. Análisis de defunciones asociadas e Informe mensual
 2. Informe trimestral indicadores MMR
 3. Informe anual
- Monitoreo de factores de riesgo
 1. Informe de desviaciones por personal de enfermería
 2. Reportes a servicios y autoridades para justificar informe anual
- Monitoreo de microorganismos y resistencias
 1. Informe mensual de bacterias multirresistentes-no se ha realizado-
 2. Informe trimestral indicadores de multirresistentes MMR
 3. Informe diario de laboratorio bacteriología- 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 entregado por enfermeras de la UVEH acuden a laboratorio

Priorizar Líneas de Acción

- Vigilancia Epidemiológica

- Detección, confirmación y análisis de medidas de aislamiento

- 1. Informe mensual

- 2. Informe a calidad Indicador QPS cuando se solicita

- Detección de cumplimiento de higiene de manos en Unidad de Terapia Intensiva

- 1. Informe mensual

- 2. Informe a calidad Indicador MISP 5 cuando se solicita

- Detección de cumplimiento de paquete de verificación para prevención de NAV

- 1. Informe mensual

- 2. Informe a calidad Indicador QPS cuando se solicita

Priorizar Líneas de Acción

- Vigilancia Epidemiológica

- Monitoreo de medio ambiente y alimentos
 1. Informe de monitoreo a preparadores y manejadores de alimentos semestral – estudios- exudado faríngeo, **coprocultivo**, coproparasitoscópico-, resultados seguimiento de positivos
 2. Acciones de acuerdo a resultados de muestreo de formulas
 3. Informe de cultivos de banco de leches mensual (bacteriología)
 4. Informe de desviaciones y medidas implementadas

Priorizar Líneas de Acción

- Vigilancia Epidemiológica

- Monitoreo de medio ambiente

1. Informe mensual de calidad del agua- medición de cloro residual, cultivos de *Vibrio cholerae*, mesófilos
2. Reporte de falla de agua y medidas a seguir
3. Informe mensual calidad del aire –cambio de filtros, limpieza de rejillas
4. Informe mensual de limpieza- Calidad limpieza por servicio, respuesta por servicio, desviaciones recibidas
5. Informe mensual de fumigación de áreas, Informe de acciones extraordinarias de fumigación
6. Informe de actividades de remodelación y construcción, colocación de barreras, movilidad de pacientes, rutas de entrada y salida de trabajadores de la obra, personal de salud, pacientes, ruta de traslado de materiales y desechos

Priorizar Líneas de Acción

- Capacitación

- Personal de salud
- Personal en formación
- Visitantes
- Familiares

- Capacitación en servicio

- 1. Informe mensual de programa de capacitación a Dirección de Enseñanza y en sesión CIAAS

- 1. Informe mensual capacitación en línea curso higiene de manos - retroalimentación en servicio-

- Informe trimestral en sesión del CIAAS
- Talleres de bioseguridad
- Train the trainers
- Capacitación en pares

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar
 - Programa Higiene de Manos
 - Curso en línea de Higiene de Manos
 - Todos los documentos en pagina de internet del INP
 - Monitoreo adherencia de Higiene de Manos
 - 1. Informe mensual de adherencia de higiene de manos a servicios
Indicador meta internacional de seguridad del paciente numero 5
 - 2. Informe de indicador a solicitud de COCASEP
 - Insumos para Higiene de Manos- Departamento de servicios de apoyo, Subdirección de Recursos Materiales, Subdirección de enfermería
 - Calidad del agua – Coordinación de mantenimiento
 - Monitoreo adherencia de Higiene de Manos

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar
 - Pacientes
 - Familiares
 - Proyecto de mejora programa específico

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- Paquetes de verificación “Adiós bacteriemia” “Adiós Neumonía” protocolo enfermería de cuidado de sonda vesical
- Reportes diarios de paquetes de verificación de instalación de catéteres venosos centrales en quirófano, UTIP, UCIN, TCICV
- Reportes diarios de paquete de verificación de medidas de prevención de NAV
- Reporte de Subdirección de enfermería de avances de mejora técnica aspiración secreciones
- 1. Informe mensual a servicios participantes y a CLICS
- 2. Informe de avances en sesión de COCASEP Subdirección de enfermería

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- Indicador de precauciones específicas de aislamiento

El indicador de adherencia a medidas de aislamiento en infectología por médicos

- Informe de indicador a solicitud de COCASEP
- Informe mensual a Jefe de Departamento de Infectología
- Reporte de desviaciones a los servicios

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

Problemática

- Espacio insuficiente y cercanía de camas
- No se llevan medidas
- En urgencias necesidad de aislamiento por cohorte
- En urgencias pacientes de patronato pasan por zona aislado por baño no funcional

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- Clínica accesos vasculares entregara información de denominador de indicadores
 - Informe mensual de días catéter
 - Informe de actividades de días catéter semestral y anual
 - Informes de Unidades de Cuidados Intensivos de días catéter
- Control de antibióticos
- Informes de laboratorio mensuales- reforzado por informes de residentes de infectología y laboratorio de investigación de biología molecular

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- Se lleva a cabo por Subdirección de Cirugía y 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 UVEH CIAAS investiga los probables casos de infección asociada a la atención de la salud, eventos extraordinarios y realiza visita a quirófano acompañada de Dr. Eduardo Arias
- Se realizó la guía de antimicrobianos profilácticos por Departamento de Infectología coordinado por Dr. De Colsa y Subdirección de Cirugía, el cual no ha podido implementarse por estar en revisión por el coordinador
- Se solicita a Clínica de Estomas los casos probables de infección de sitio quirúrgico

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

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

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- Se lleva a cabo por Jefatura de Departamento o Servicio 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
- UVEH CIAAS solicita cultivos de agua de ambos servicios y acciones según reportes de desviaciones

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- 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-
 - Monitorización de personal –cultivos y seguimiento cada 6 meses-
 - Monitorización de alimentos mensual- cultivos de agua y alimentos- NO SE REALIZA POR NO TENER RECURSOS
- Control de 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

Priorizar Líneas de Acción

- Estrategias a aplicar

- Reforzar investigaciones y publicaciones
- 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
- Dirección de Administración y otras instancias implicadas
 - Recursos necesarios para el programa de prevención y control de infecciones

Selección del equipo:

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

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

Integrante: Dr. José Nicolás Reynes Manzur Lograr el cumplimiento de las estrategias de prevención dando indicaciones a residentes y enfermeras en formación. Participar en las actividades educativas de prevención de infecciones de todas las personas en el Instituto Nacional de Pediatría.

Integrante: Lic. Agustín Arvizu Álvarez Respaldar 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. 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 autoridades y del personal de la subdirección de medicina. 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 adquiridas por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de áreas críticas.

Integrante: Dr. Fernando Rueda Franco Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención de infecciones sanitarias adquiridas por el Comité, gestionando el cumplimiento por parte de las autoridades y del personal de quirófano y cirugías. 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 adquiridas 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 adquiridas 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 estrategias de prevención..

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 con otras áreas para resolver problemas de sus áreas Apoyo en la obtención de recursos para desarrollar estrategias de prevención.

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 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 administrativos, adquisiciones).

Integrante Ing. Arq. Ricardo Castro Días/Ing. Ángel Antonio Hernández Martínez 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 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 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 Desiré 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 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.

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 de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria del CIAAS

Selección del equipo:

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 UVEH 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 accesos 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.

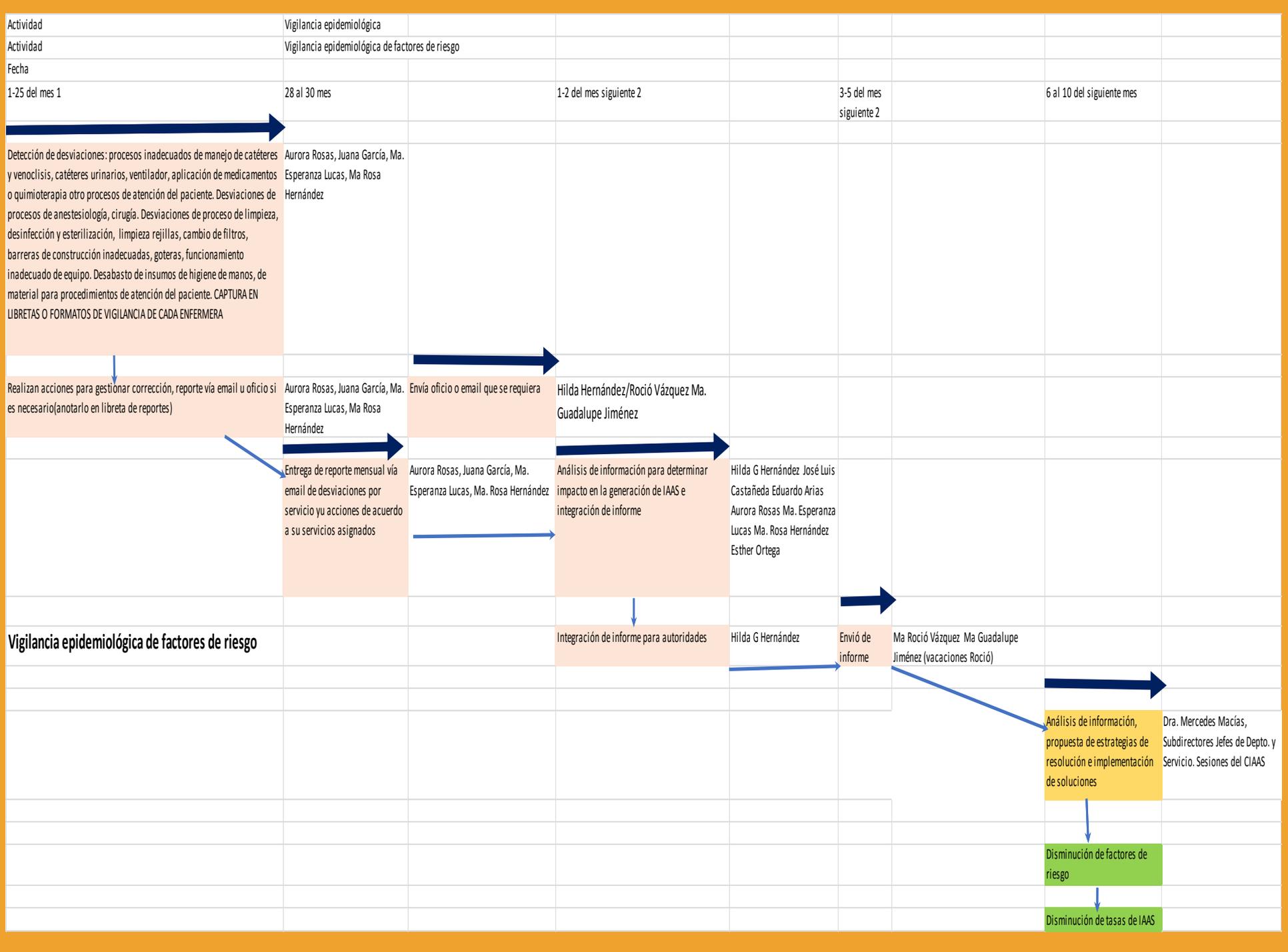
Integrante: Lic. Enf María Rosa Hernández García Realiza actividades de vigilancia, capacitación y estrategias de prevención en Infectología, Gastronomía, Medicina Interna, Nefrología, Servicio de Endoscopia 4 piso, Hemodinamia, CEyE, Banco de leches. Apoyar el cumplimiento de las estrategias de prevención 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.

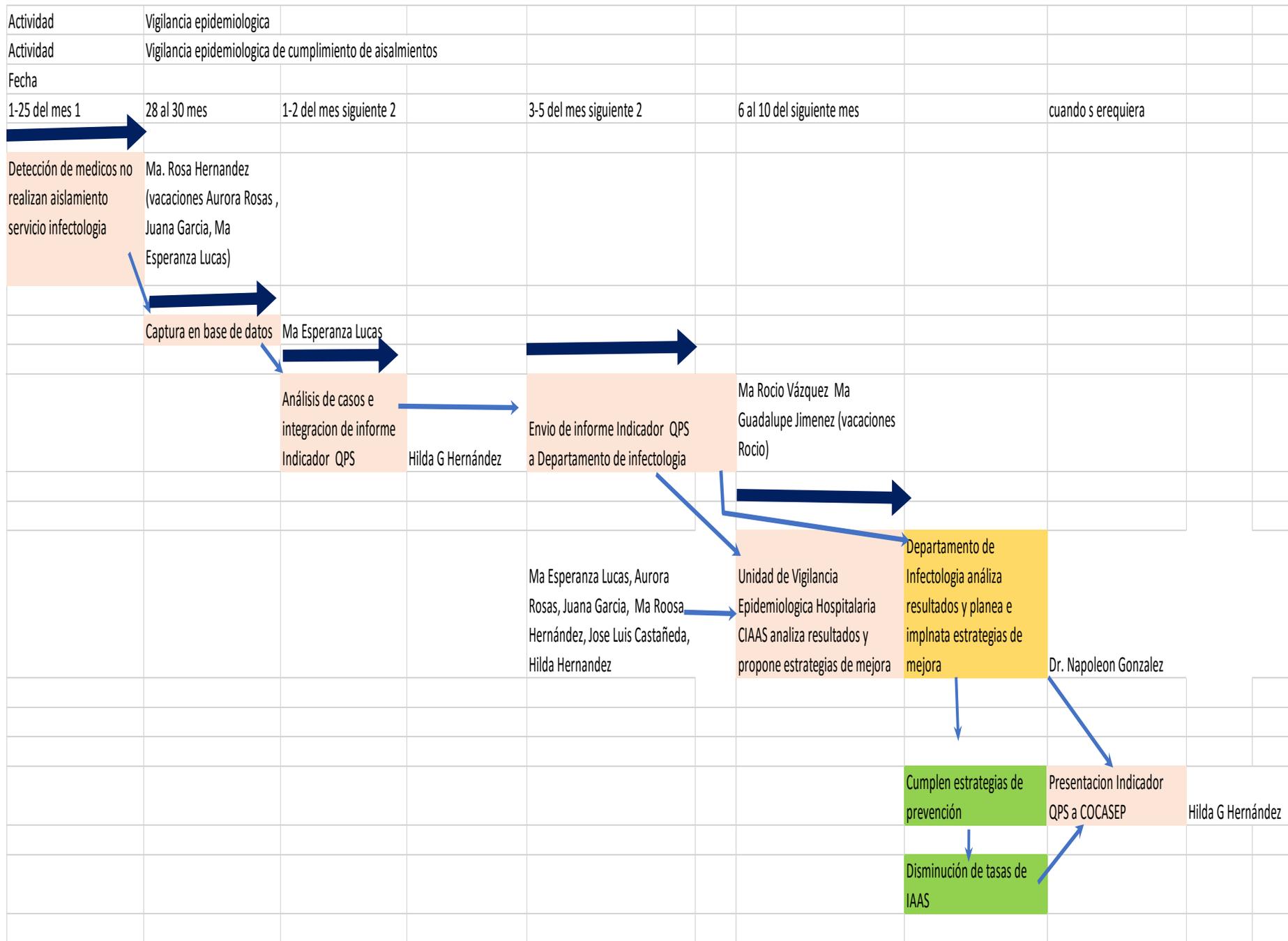
Integrante: Lic. Pedagogía Esther Ortega Martínez: Realiza actividades de capacitación a familiares, visitantes, personal administrativo y no clínico. Coordina y lleva a cabo el programa de capacitación para familiares y pacientes. Realiza material didáctico y coordina su reproducción. Apoyar el cumplimiento 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.

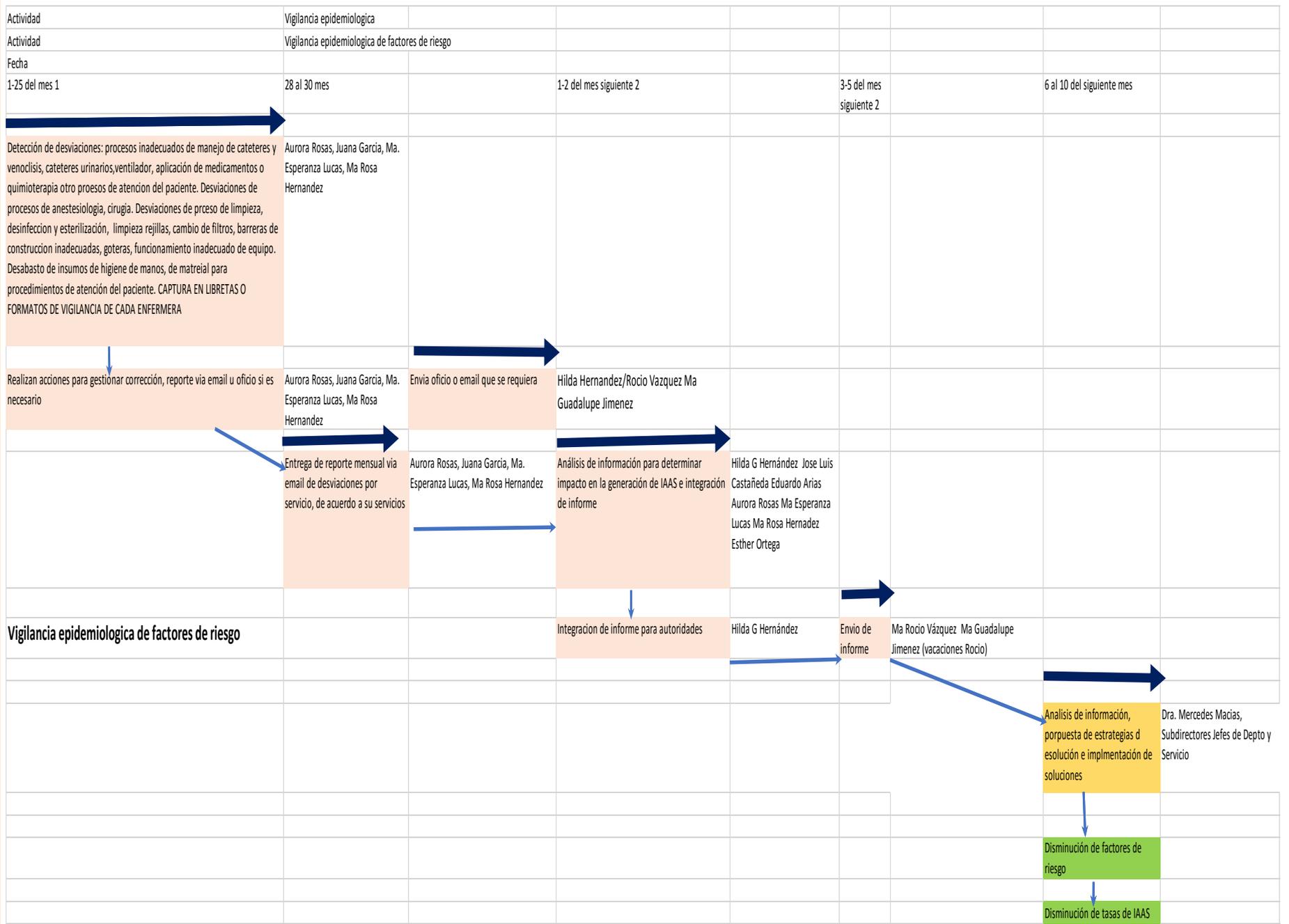
Búsqueda de espacio para UVEH CIAAS

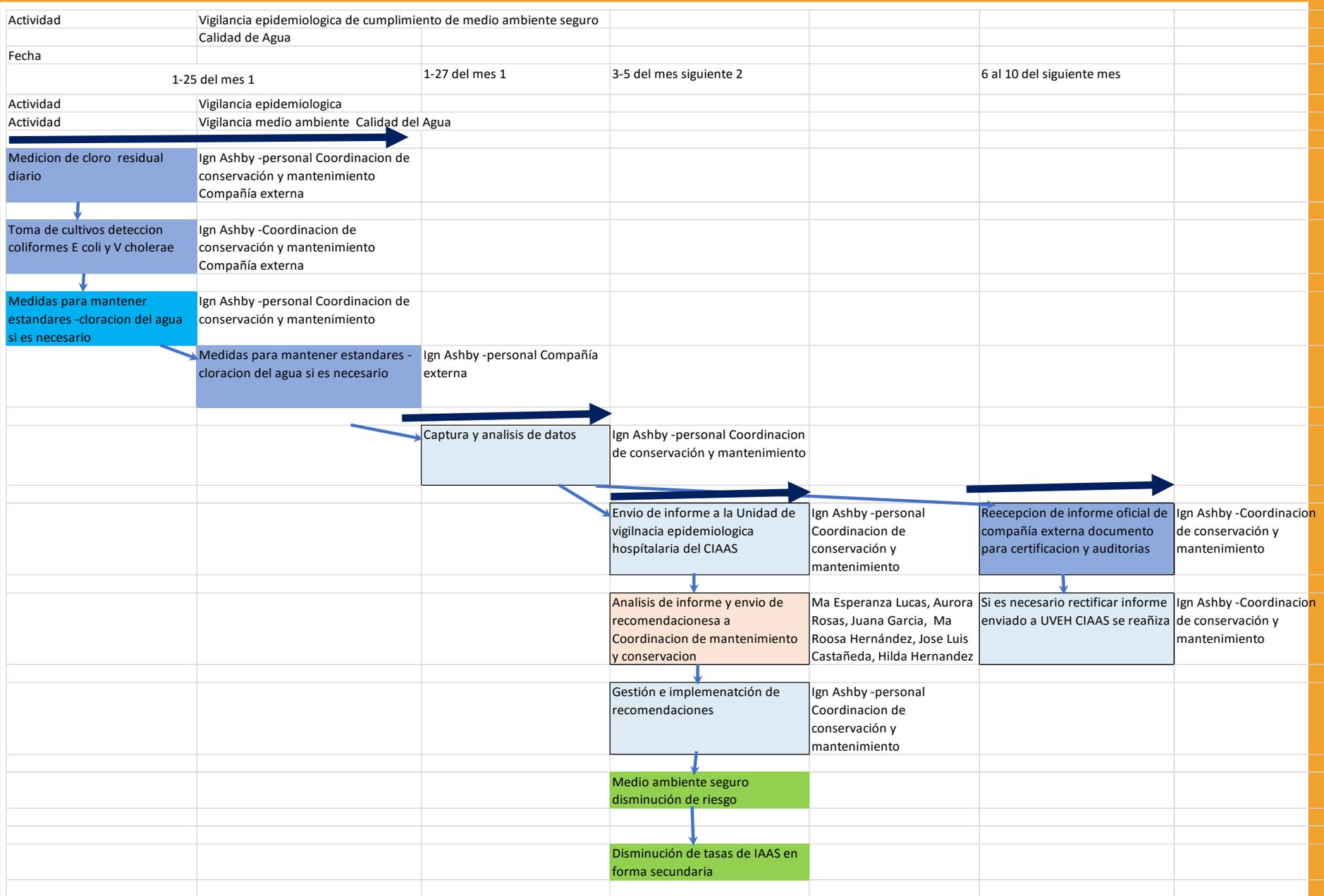
Espacio en 4° piso para enfermeras

- La Mtra. Adriana Romero consiguió una oficina para las enfermeras de la UVEH CIAAS en 4° piso- evitar hacinamiento-
- La MSP. Esperanza Lucas comunica la ocuparan Lic. Enf. Ma. Rosa Hernández y Enf. Aurora Rosas
- La MSP. Ma. Esperanza Lucas y Lic. Enf. Juana García continúan en PP
- En reunión del 9/01/2017 para revisión de ideas de estrategias de prevención se informo la comunicación será oficial por whats App, email y en caso de no tener respuesta voceo.
- Se solicitan respondan a este tipo de llamados
- Le solicito a la Mtra. Adriana nos comunique actividades de las enfermeras de manera oficial



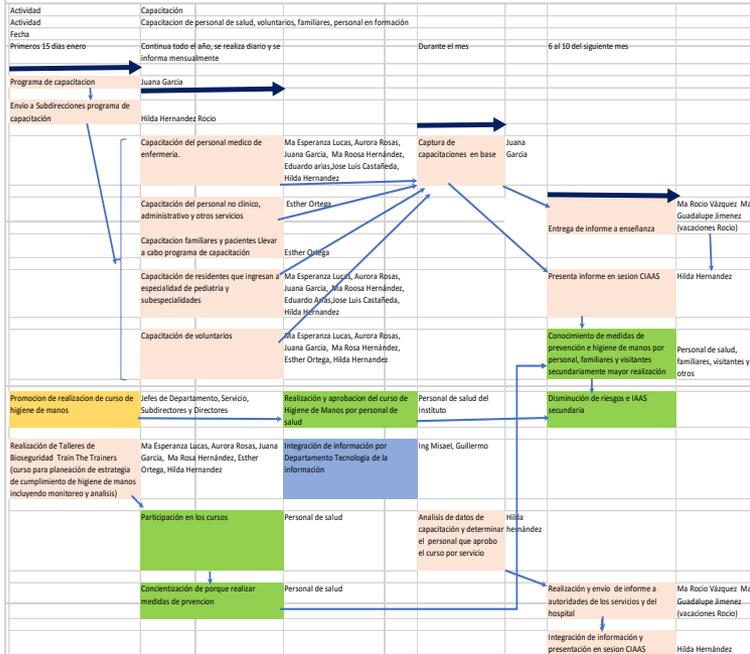






Actividad	Vigilancia epidemiologica de cumplimiento de medio ambiente seguro			
	Calidad del Aire			
Fecha	1-25 del mes 1	1-27 del mes 1	3-5 del mes siguiente 2	6 al 10 del siguiente mes
Cambio de filtros por manejadora filtros de alta eficiencia y otros filtros (carton, guata, bolsa) de acuerdo a programa	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	Envio de informe a la Unidad de vigilnacia epidemiologica hospitalaria del CIAAS	IgnMauro -	Reecpcion de informe oficial de compañia externa
Dirección de Administración y autoridades gestionaran los recursos para adquisicion e instalacion aire acondicioando	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		

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

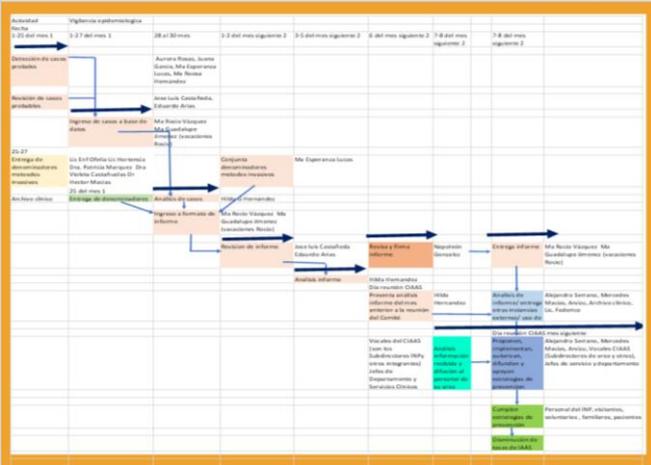
Se alerta no entrega a Esther Ortega, Juana Garcia, si no hay respuesta se envía un email con copia Dr Napoleon, Mtra Adriana

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

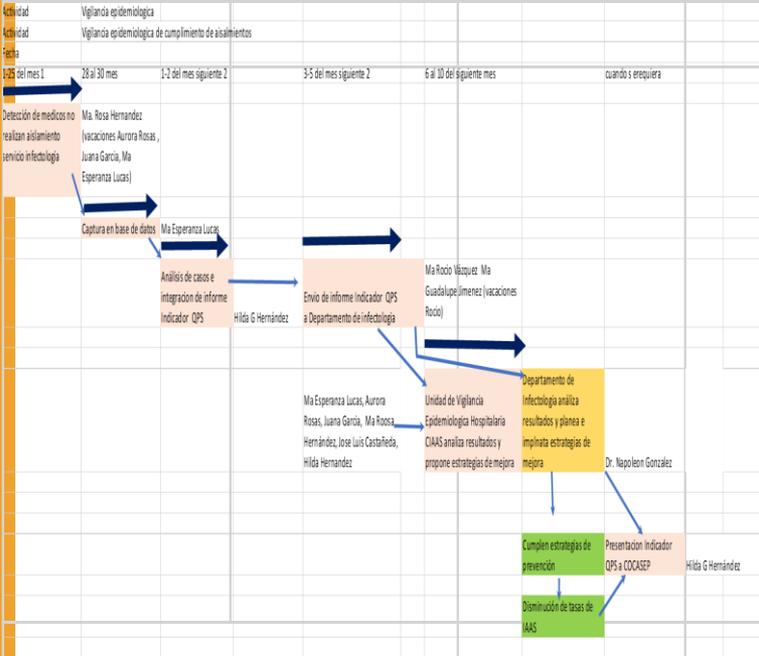
Firma Dr Napoleo

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

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

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

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= numero de personal capacitado entre total de personas de la institución por 100
- Cumplimiento capacitación de higiene de manos= numero de personas aprobaron el curso de higiene de manos entre numero 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

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

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 catéteres, 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

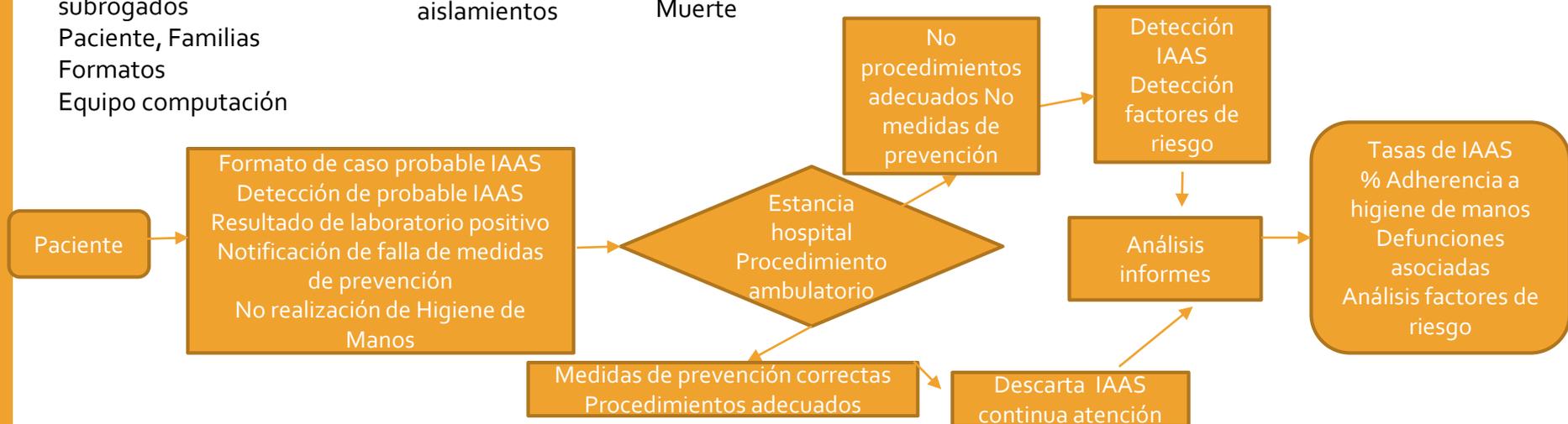
PROYECTO: Implementar programa de trabajo prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

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 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

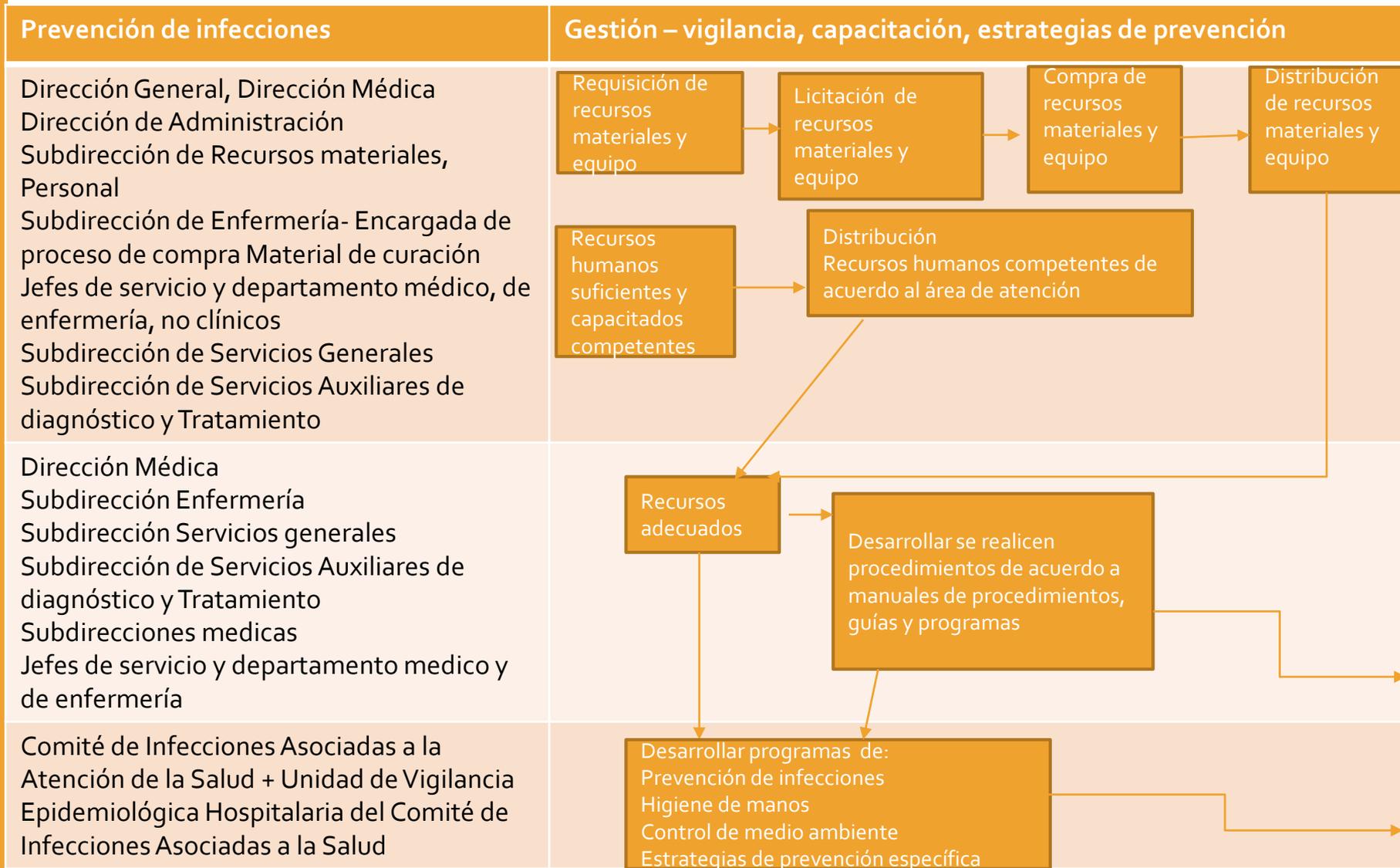


Inicio: ingreso paciente

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

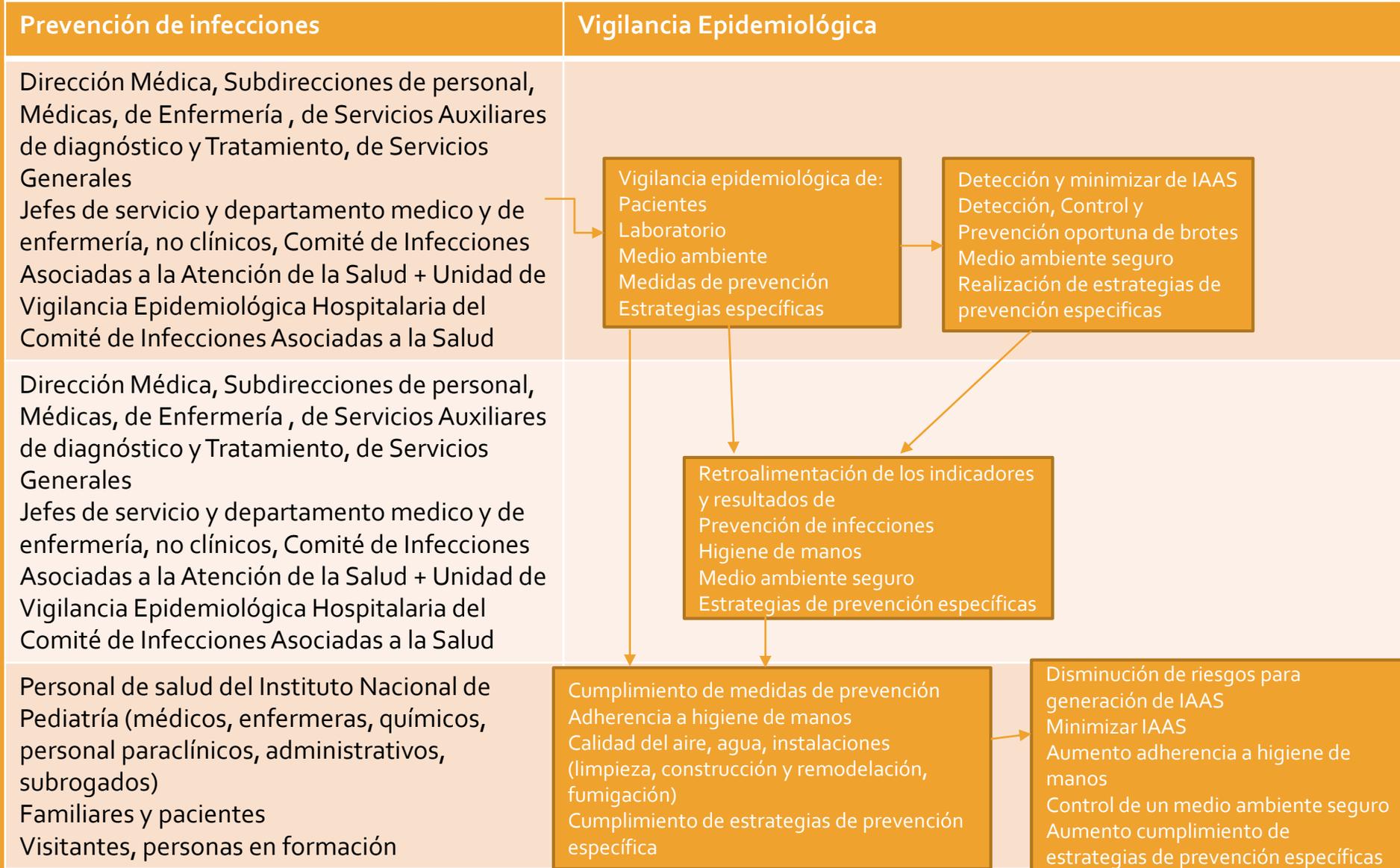
Análisis de Prevención de infecciones

Diagrama de flujo



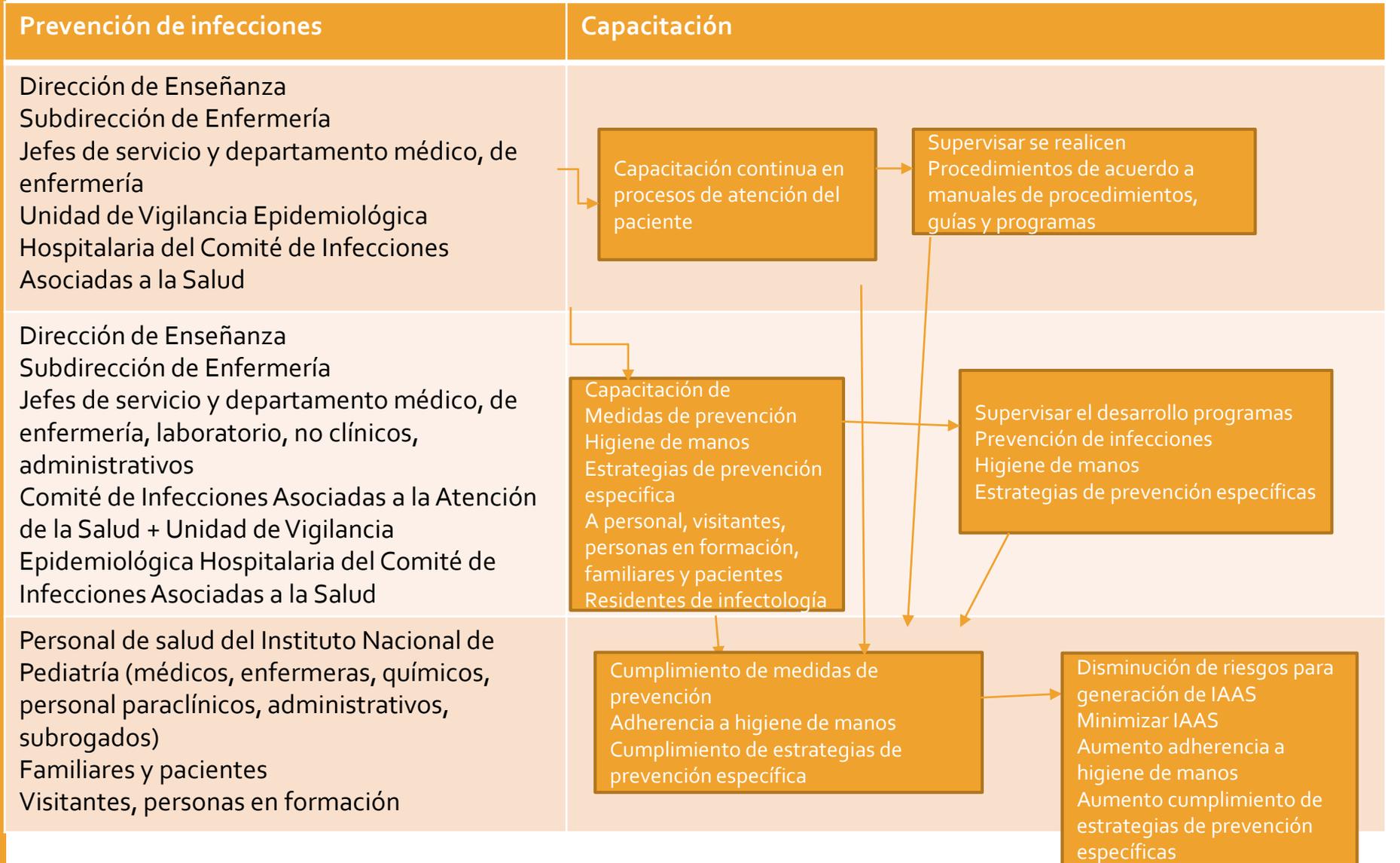
Análisis de Prevención de infecciones

Diagrama de flujo

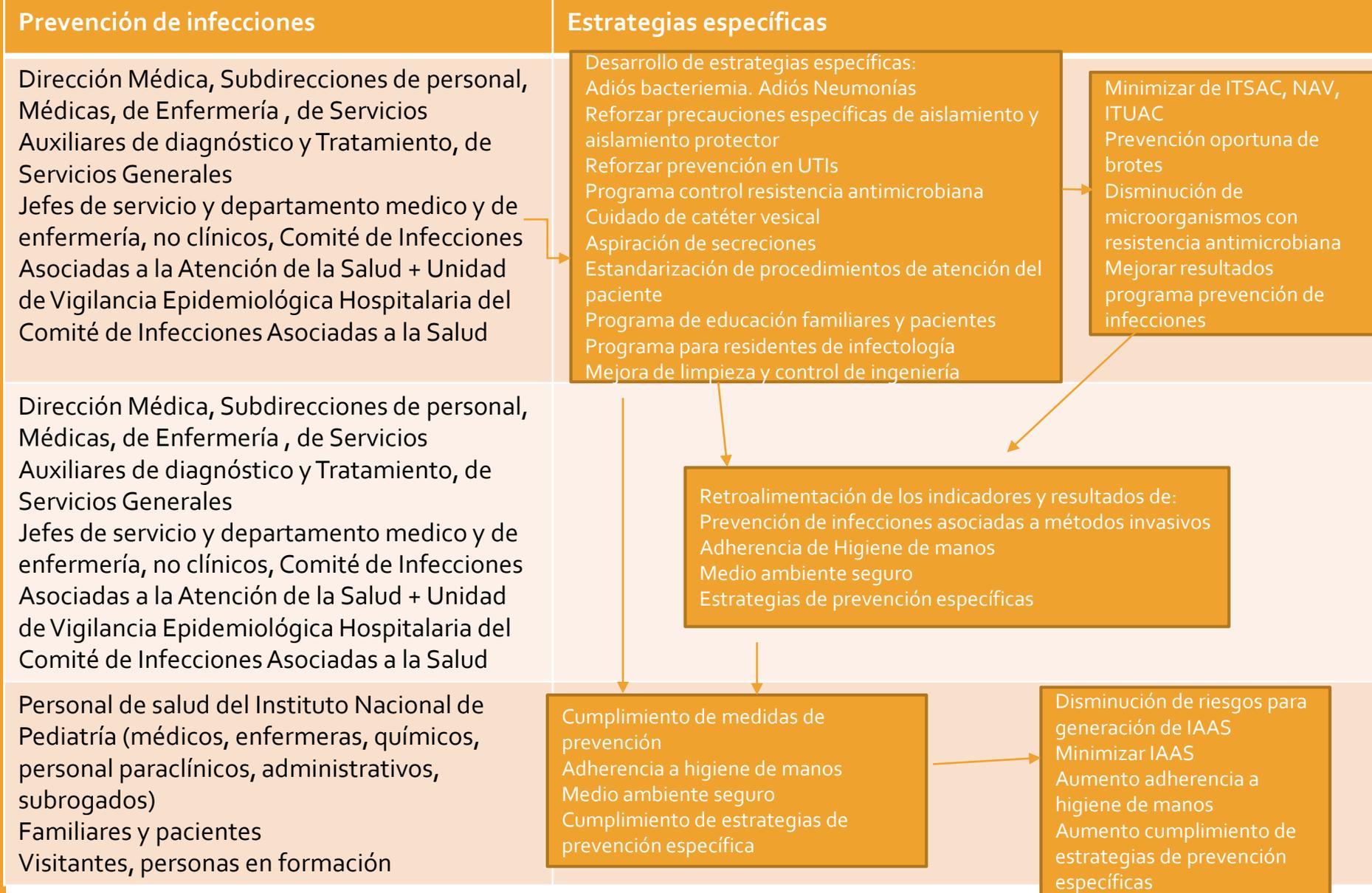


Análisis de Prevención de infecciones

Diagrama de flujo



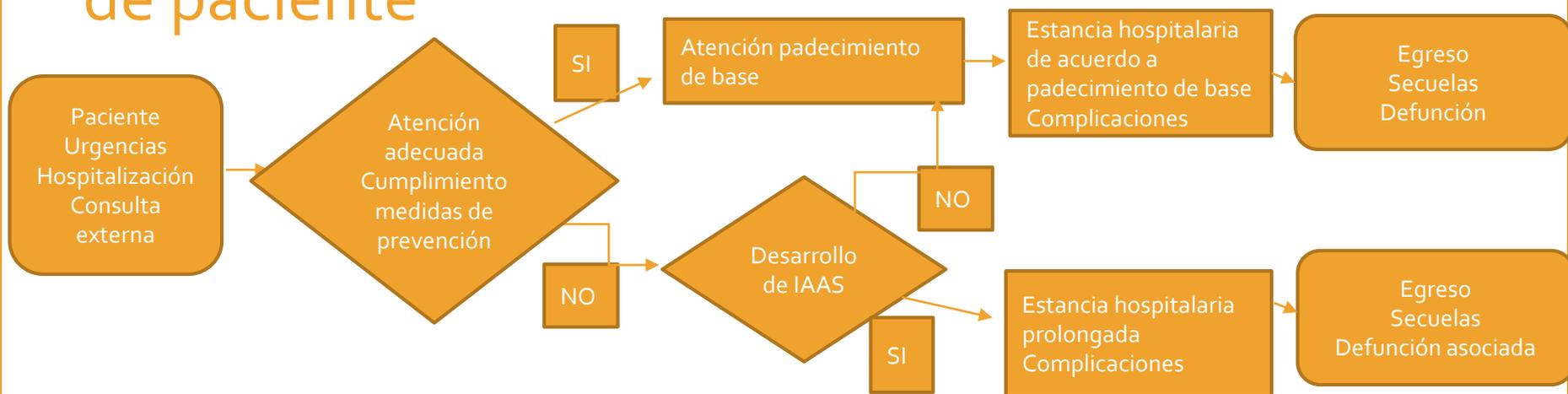
Análisis de Prevención de infecciones Diagrama de flujo



Análisis de Prevención de infecciones Flujo de información

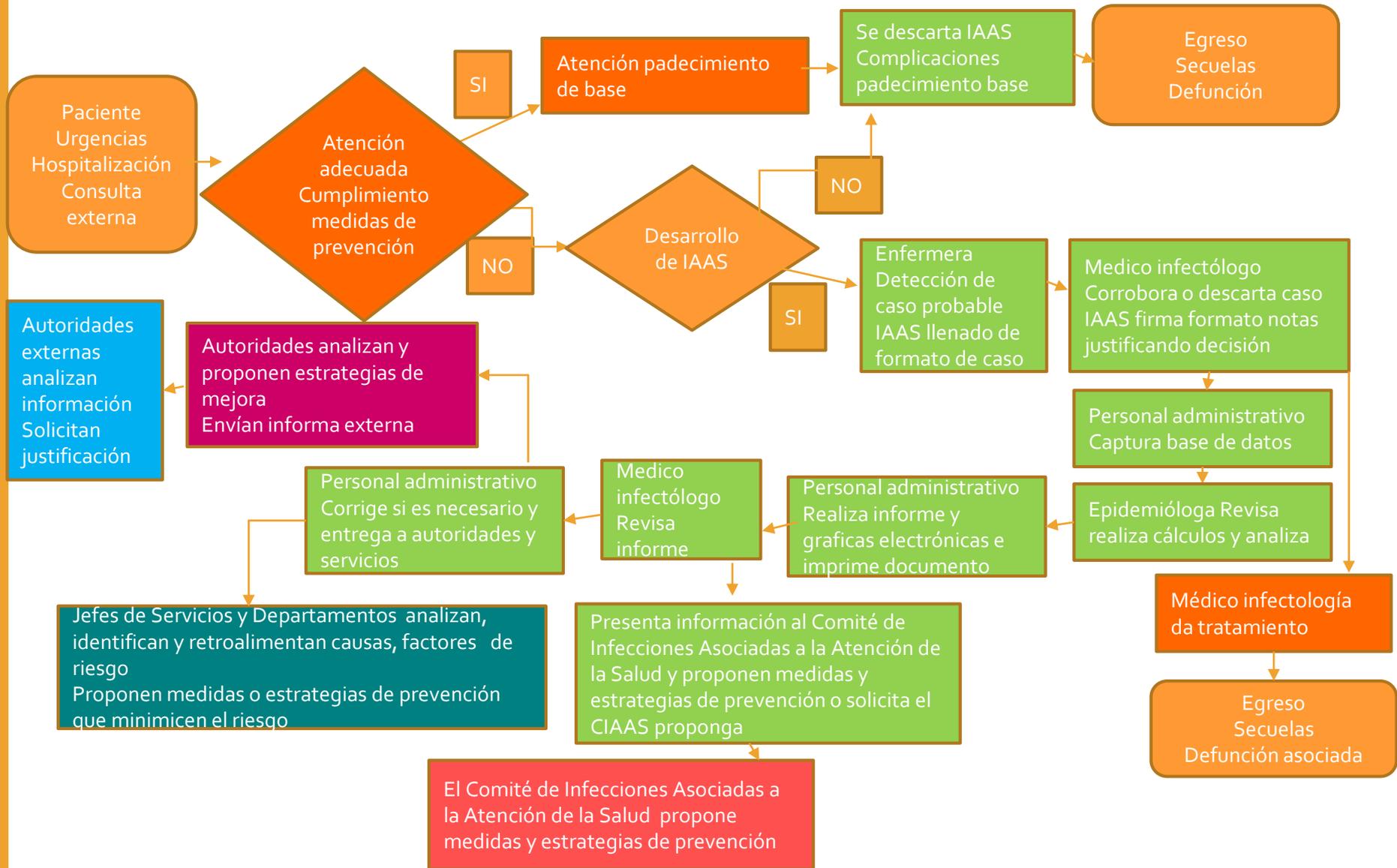


Análisis de Prevención de infecciones Flujo de paciente

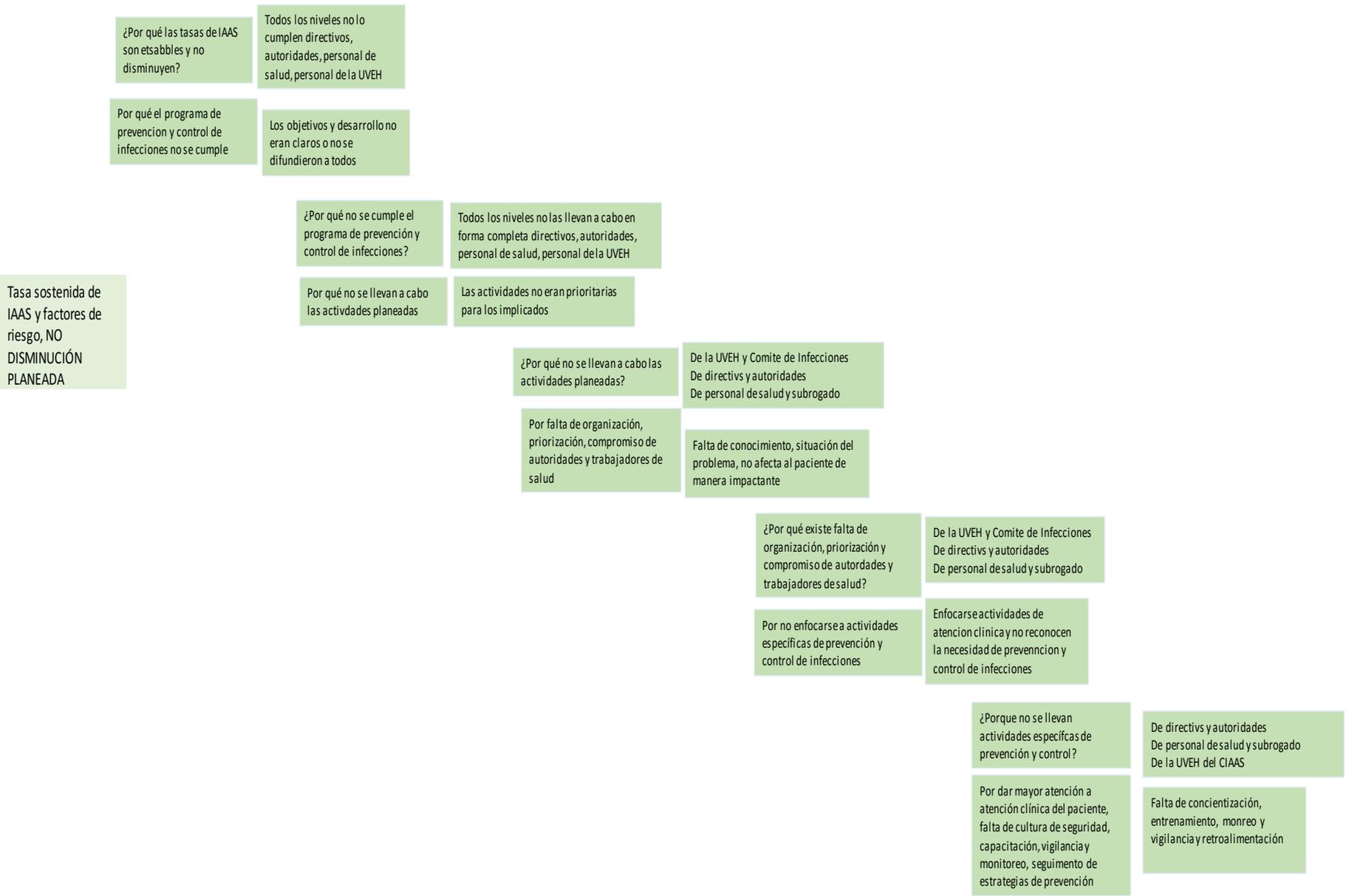


Análisis de Prevención de infecciones

Flujo de vigilancia epidemiológica



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



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

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

¿Por qué no se cumplen actividades de capacitación ?

Por falta de tiempo

Por falta de personal

Por falla administrativa de contratación y distribución de personal

Por recorte presupuestal y políticas nacionales

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

Avances y Resultados

Precisión de vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS)

Se descartaron 28.6% de casos probables (261 de 911), el promedio de casos probables entregados por enfermería y descartados por médicos infectólogos son 28.6% con rangos de 20.2 a 39.6%, siendo los servicios con mayor problemática para detectar casos confirmados los listados abajo, uno de las problemáticas que influye en esto es el reingreso de pacientes.

Servicio	% casos descartados	Nº casos descartados/totales
Servicios externos (Clínica de líneas intravasculares, ICE) y Oftalmología	100	4/4
Otorrinolaringología	66	2/3
Inmunología	50	8/16
Hematología	40	14/35
Urgencias	39	42/107
Infectología	36	39/109
Neumología y cirugía de tórax	36	5/14

Avances y Resultados

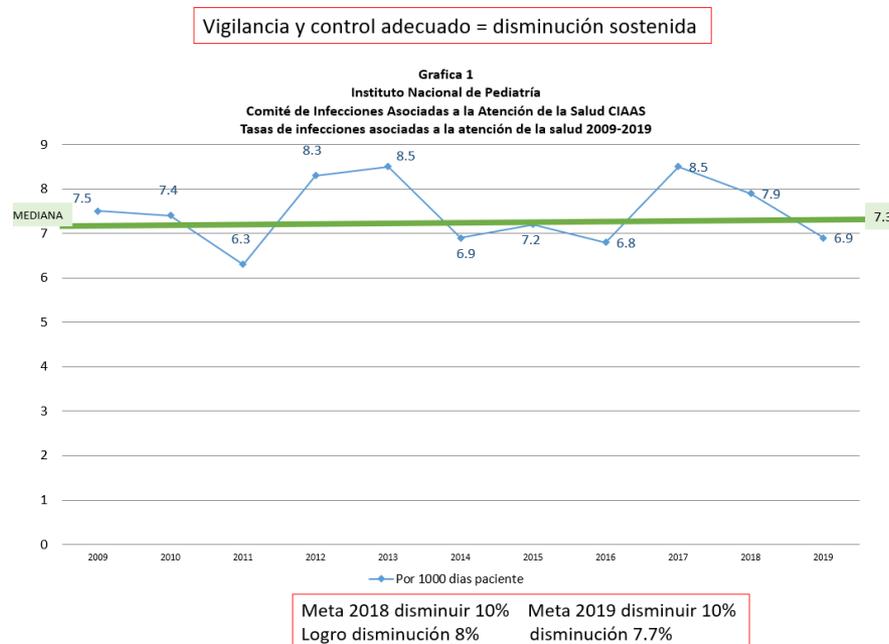
- **Acción a llevar a cabo:** debe reforzarse el utilizar las definiciones epidemiológicas para la detección de casos probables y los puntos esenciales siguientes:
- Si los datos de infección están presentes antes de la hospitalización o los dos primeros días de hospitalización se considerará una infección al momento de la admisión (no IAAS)
- La infección asociada a la atención de la salud es aquella donde los datos de infección se presentan al tercer día de ingreso al hospital.
- Si el paciente es egresado se considera infección asociada a la atención de la salud si el reingreso del paciente y la presentación de signos y síntomas ocurre un día posterior a su ingreso
- Si el paciente es trasladado a otro servicio se considerará del servicio anterior (de donde fue trasladado) si la sintomatología se presenta en el primer día del traslado.
- Cuando un paciente es sometido a un procedimiento y se presenta sintomatología posterior a este, descartando que el paciente tenía signos o síntomas previos se considerara infección asociado a la atención de la salud
- Se deben cumplir todos los criterios de las definiciones de caso de acuerdo al tipo de infección.
- Importante recordar que las definiciones son epidemiológicas y en ocasiones son controvertidas para los médicos infectólogos que consideran el paciente presenta una infección, sin embargo, si no cumple los criterios de definición esta no será reportada en los indicadores de resultado. Por supuesto que el paciente recibirá el tratamiento indicado por el infectólogo quien dará el seguimiento establecido.
- Se requiere que el personal de salud continúe reportando probables casos de IAAS, pacientes que presentes signos y síntomas de alarma como fiebre, diarrea, cultivos positivos o eventos extraordinarios para disminuir el subregistro que pueda existir.
- Se requiere que el personal médico y de enfermería entregue a tiempo su información así como los servicios que entregan denominadores Clínica de líneas intravasculares, Inhaloterapia, Unidad de terapia intensiva pediátrica, Unidad de Cuidados Cardiovasculares, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Indicadores de resultado

El plan fue la reducción del 10% de la tasa de IAAS del INP por 1,000 días paciente en comparación con el anual 2018 (9.1), solo se logró la reducción del 7.7% con una tasa de 8.4 por lo que no se cumplió la meta, uno de los factores fue el aumento de las tasas de terapias intensivas exceptuando urgencias y unidad de cuidados intensivos neonatales que disminuyeron 9% y 51%, sin embargo al analizar independientemente el histórico se observa que las tasas son fluctuantes y no han logrado una tendencia a la disminución.

Año	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2019	2019
Área	Días paciente	Días paciente	N° eventos	N° eventos	Tasa x 1,000 días paciente	Tasa x 100 días paciente	Reducción	Aumento
Instituto Nacional de Pediatría todos los servicios	76718	76984	699	643	9.1	8.4	7.7%	
U. terapia intensiva pediátrica	4251	4523	73	88	17.2	19.5		13.4%
U cuidados intensivos cardiovasculares	1576	1869	20	32	12.7	17.1		34.6%
Urgencias	4670	4652	72	65	15.4	14.0	9%	
U cuidados intensivos neonatales	4250	3824		18	9.2	4.7	51%	
INP camas no censables	66221	65940	39	453	7.9	6.9	12.7	
			524					

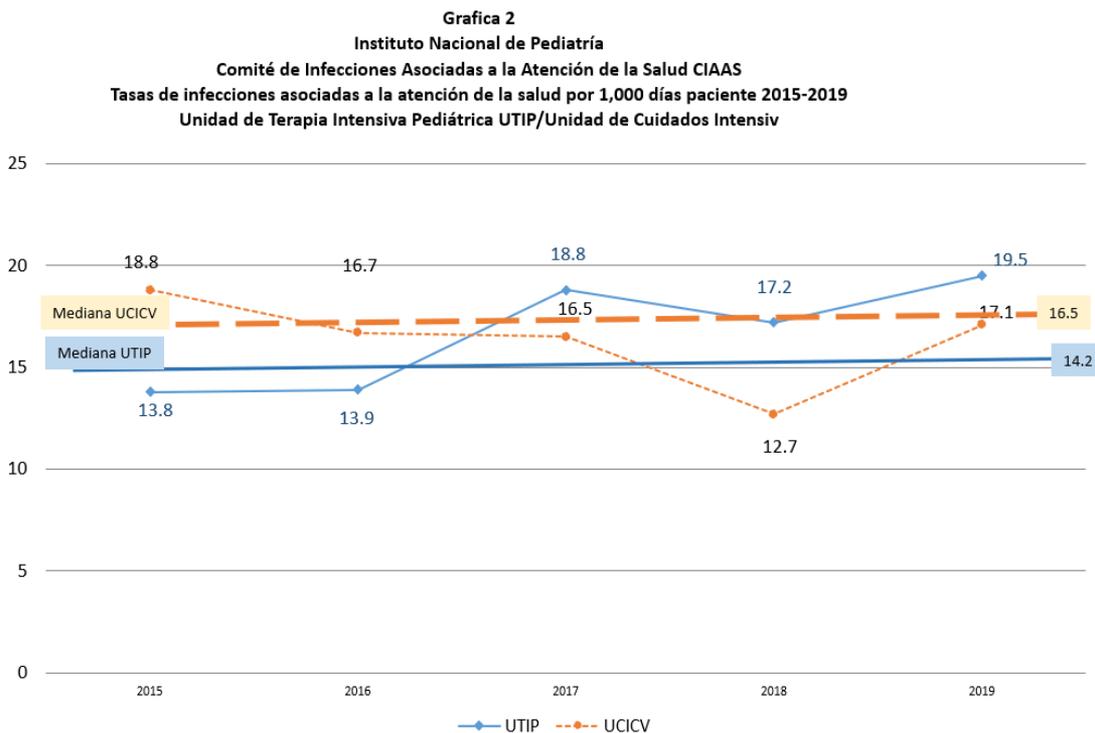
En la gráfica 1 se analizan las tasas de IAAS por 1,000 días paciente de camas censables como lo solicitan las autoridades de salud. Para determinar que tenemos un adecuado control de las IAAS tendríamos que tener una disminución sostenida por 5 años consecutivos por debajo de la mediana (7.3 IAAS por 1,000 días paciente) y realmente a excepción entre 2014 y 2016 cuando se inició una disminución por 3 años consecutivos no se ha mantenido este cambio. En 2019 realizamos un plan de trabajo utilizando la metodología de si sigma (DMAIC) realizando una gráfica describiendo el proyecto (project chart) por lo que se espera que con las modificaciones pertinentes esto funcione para lograr los objetivos de disminuir las tasas de IAAS en un futuro cercano.



Inicialmente diríamos que se obtuvo una disminución en la medición de 2019 sin embargo existieron muchos factores como la inhabilitación de servicios por remodelación del hospital, no se llevaron a cabo las medidas de seguridad existiendo hacinamiento y mezcla de pacientes por falta de espacio, procesos implementados en áreas no optimas, falla del cumplimiento de medidas de aislamiento y no se obtuvo aumento en la adherencia a higiene de manos por personal de salud.

Unidades de Terapias Intensivas

En UTIP y UCICV grafica 2 se han implementado múltiples estrategias y existe el compromiso de los jefes de servicio y personal sin embargo no se ha logrado la disminución de los indicadores de resultado, En UCIN se redujo 49% las IAAS este año (4.7 x 1,000 días paciente) en relación a 2018 (9.2 x 1,000 días paciente) como evento extraordinario se llevó a cabo la reparación de tercer piso pero los egresos de UCIN solo disminuyeron en un número de 34 en este año por lo que no se considera un factor contribuyente (2018 N° egresos 283/2019 N° egresos 249).



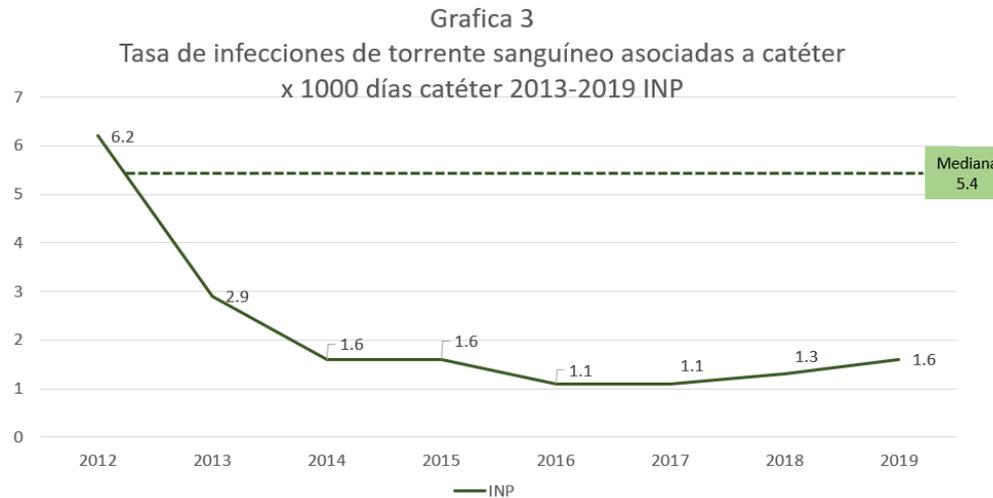
Acción a llevar a cabo: en sesión del CIAAS se solicitó que se revisaran las estrategias llevadas a cabo y se propusieran cambios sin embargo las propuestas expuestas por los miembros del CIAAS se refiere a procesos hospitalarios y se concluyó que las actividades de la unidad operativa del CIAAS eran adecuadas.

- 1) Se requiere el compromiso y acción de la Dirección General y Dirección de Administración para resolver la problemática de prevención de riesgos de IAAS.
- 2) Mejorar la infraestructura y recursos del hospital.
- 3) Estandarizar los procesos de atención médicos y de enfermería.
- 4) Actualizar los manuales de procedimientos y llevarlos a la práctica.
- 5) Mejorar los procesos de adquisición y distribución de recursos.
- 6) Cambiar de compañía de limpieza externa.
- 7) Mejorar los procesos de control y envío de información de medio ambiente seguro.
- 8) Continuar con la vigilancia epidemiológica de IAAS y factores de riesgo.
- 9) Mejorar las actividades de prevención de infecciones mediante el cumplimiento de todo el personal de salud de las medidas básicas de prevención.
- 10) Continuar con la vigilancia específica por paquetes de verificación como “Adiós bacteriemia”, “Adiós Neumonía” “Cuidado de pacientes con catéter urinario”
- 11) Búsqueda de estrategias para mejorar adherencia a higiene de manos, capacitación de personal de salud y lograr se lleven a cabo las medidas de prevención.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Adiós bacteriemia

El uso de la estrategia de paquetes de verificación se inició en 2013 con la acción de los servicios de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidad de Cuidados Cardiovasculares, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Servicio de Cirugía, Quirófano, Servicio de Hemodinamia, Urgencias lo que logro la disminución de las infecciones de torrente sanguíneo asociadas a catéter en el INP por debajo de su mediana por 7 años consecutivos. Grafica 3.

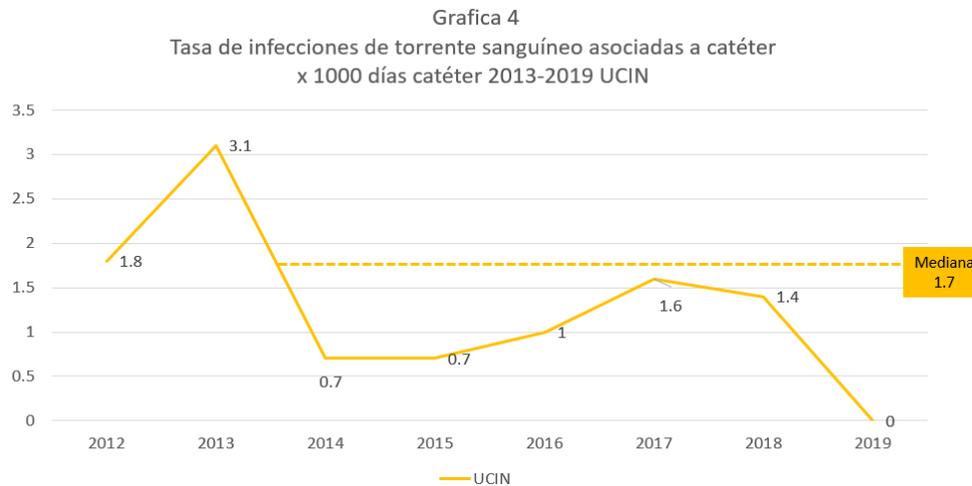


ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

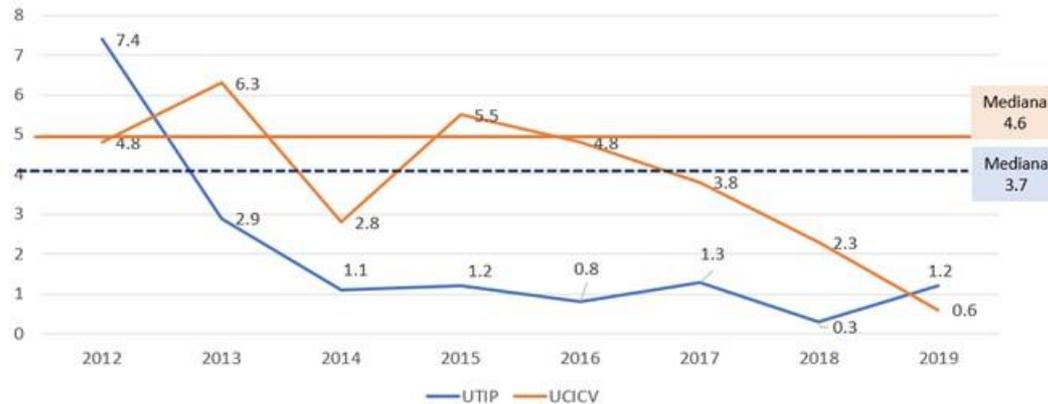
Adiós bacteriemia

El servicio de UCIN y en UTIP grafica 4 y 5 también han presentado disminución por debajo de la mediana por 6 y 7 años respectivamente.

En UCICV grafica 5 la disminución inicio en 2017 y continua el decremento estos últimos tres años.



Grafica 5
Tasa de infecciones de torrente sanguíneo asociadas a catéter
x 1000 días catéter 2013-2019 UTIP/UCICV



Acción a llevar a cabo: La estrategia de paquete de verificación de catéter venoso central se integró a las actividades ordinarias por los servicios de terapias intensivas, quirófano y cirugía.

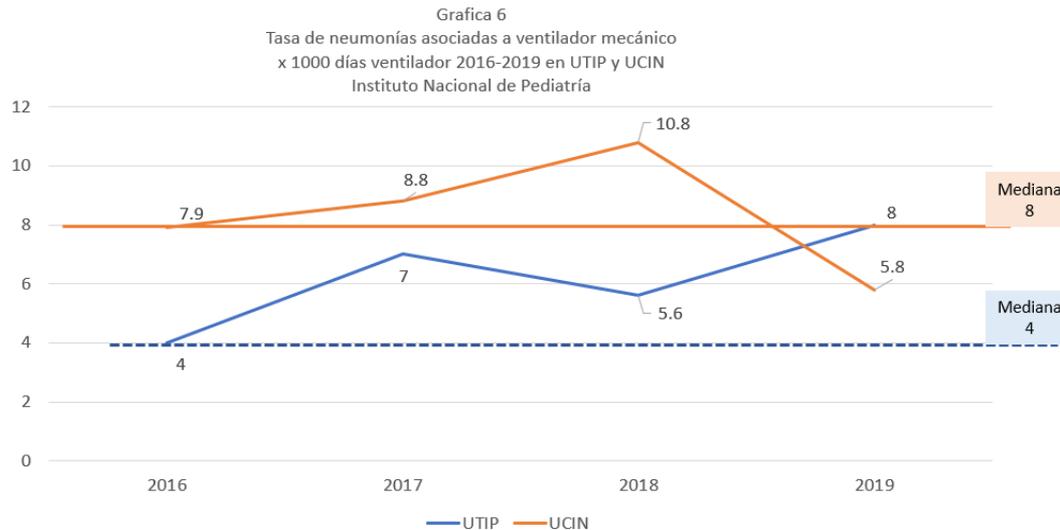
En UTIP se observó una disminución en el cumplimiento de las medidas del paquete de verificación a 63% anteriormente se mantenía por arriba de 96%. Esta desviación se correlaciona con el aumento de tasa a 1.6 x 1,000 días catéter por lo que se debe reforzar la verificación de los puntos básicos durante la instalación y mantenimiento de catéter.

En UCICV se ha mantenido el cumplimiento de medidas del paquete de verificación por arriba de 88% lo que se correlaciona con la disminución de la tasa de infecciones del torrente sanguínea asociada a catéter. Estandarizar los procesos de atención médicos y de enfermería.

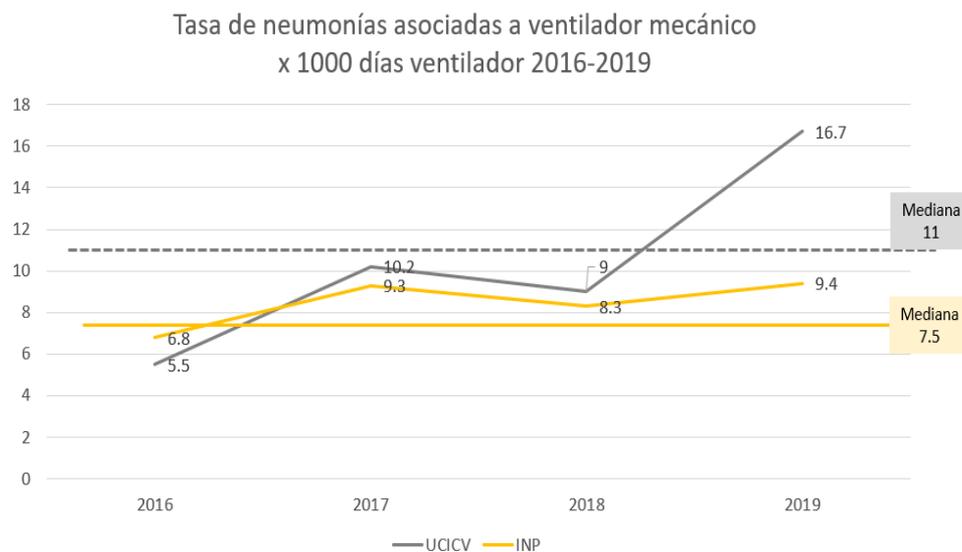
La Subdirección de Enfermería y Servicios Médicos deben actualizar los manuales de procedimientos y llevarlos a la práctica.

Adiós neumonía

El uso de la estrategia de paquetes de verificación se inició en 2016 con la acción de los servicios de Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidad de Cuidados Cardiovasculares, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Inhaloterapia sin embargo no se dio seguimiento estrecho por estar en fase de consolidación el programa “Adiós Bacteriemia”, en 2018 se reinicia con el hallazgo de que no estaba estandarizado la técnica de aspiración de secreciones por lo que Subdirección de enfermería la estandariza en su personal en el año 2018-2019 y se revisa de nuevo esta estrategia con una visita al Hospital Infantil de México realizando una serie de observaciones para mejorarla las que se están llevando a cabo por lo anterior reiniciaríamos esta estrategia en 2020 tomando como basal los años anteriores. Las tasas de neumonías asociadas a ventilador se encuentran por arriba de su mediana en todos los servicios de terapias intensivas al igual que en la institución. (grafica 6 y 7)



El cumplimiento del paquete de verificación en 2016 era de 81.4% en UTIP, 96.4% en urgencias, 77.8% en UCIN y 94.8% en UCICV aumentando por arriba de 90% en el siguiente año y disminuyendo a 82% en UTIP, aumentando al 100% en UCIN y 98% en UCICV, no se realizó vigilancia en Urgencias en 2018 y 2019. Sin embargo, este cumplimiento alto no se ve reflejado en las tasas de neumonía secundario posiblemente a la no estandarización de procesos como aspiración de secreciones.



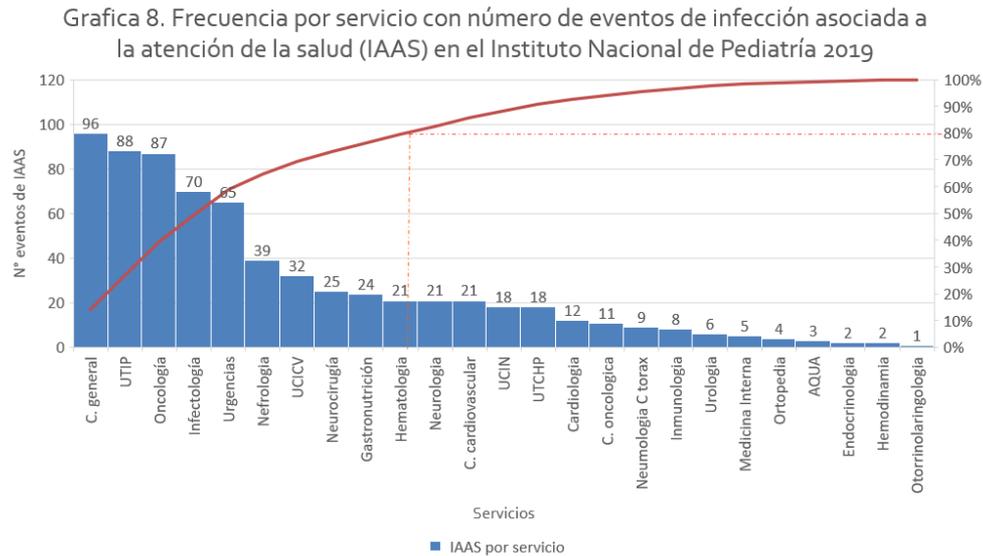
Acción a llevar a cabo: Continuar con los cambios que mejoren la estrategia de paquete de verificación de neumonía se planea la disminución de 30% de la tasa de neumonías o mantenerlas por debajo de la mediana.

- 1) Remodelación del área de Inhaloterapia para mejorar funcionalidad -Departamento de conservación y mantenimiento, Dirección Administración y Dirección General
- 2) Todos los participantes darán seguimiento a sus acuerdos para mejorar la estrategia de prevención de neumonías.
- 3) Se capacitará nuevamente en las estrategias adiós neumonía a los servicios de prevención de neumonías asociadas a ventilador.
- 4) Los servicios gestionaran los insumos necesarios para llevar a cabo la estrategia.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Problemática de IAAS por servicio

Utilizando una gráfica de Pareto-80/20 encontramos que a 12 servicios se les tiene que dar atención prioritaria por ocupar el 80% del problema de IAAS, en forma descendente se presentan en la gráfica 8.

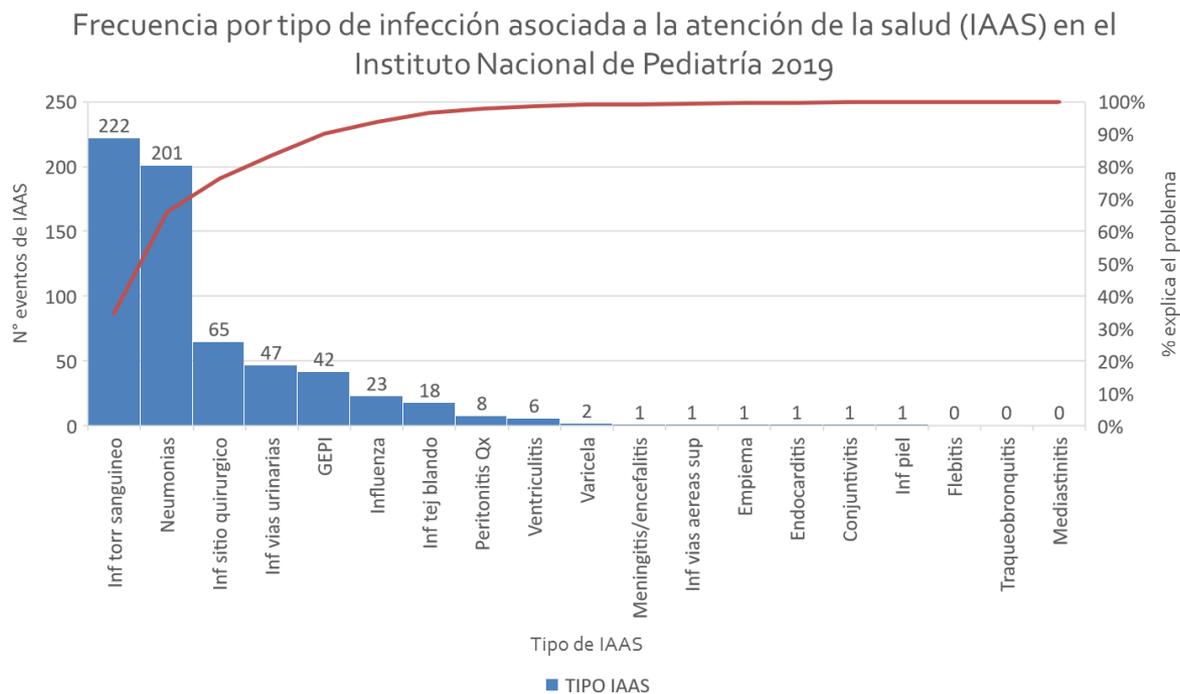


Acción a llevar a cabo: las enfermeras designadas a los diferentes pisos deberán dar mayor atención a estos servicios.

- 1) La enfermera asignada a planta baja deberá reforzar la vigilancia y acciones de prevención en Urgencias
- 2) La enfermera [asignada a primer piso deberá reforzar la vigilancia y acciones de prevención en Neurocirugía, Nefrología y Neurología](#)
- 3) La enfermera asignada a segundo piso deberá reforzar la vigilancia y acciones de prevención en C. general, UTIP, UCICV, C. cardiovascular
- 4) La enfermera asignada a tercer piso deberá reforzar la vigilancia y acciones de prevención en Oncología, Hematología
- 5) La enfermera asignada a cuarto piso deberá reforzar la vigilancia y acciones de prevención en Infectología, Gastronomía
- 6) Los jefes de servicio médicos y de enfermería de todos los servicios deberán reforzar la vigilancia e indicar a su personal lleve a cabo las medidas de prevención de infecciones y procedimientos de atención del paciente de acuerdo a los manuales y guías de procedimiento.
- 7) Los jefes de servicio médicos y de enfermería de todos los servicios deberán fomentar se reporte cualquier factor de riesgo que pueda generar una IAAS a las enfermeras que realizan la vigilancia epidemiológica de los servicios, a la extensión 1511 o mediante email al correo comité.deinfecciones@yahoo.com.mx
- 8) Los jefes de servicio médicos y de enfermería de todos los servicios deberán coordinar con otros servicios las acciones para mejorar sus procesos, infraestructura y problemática presentada que pueda influir en la presentación de eventos adversos en el paciente

Problemática de IAAS por tipo de infección

Utilizando nuevamente una gráfica de Pareto para determinar el problema de acuerdo al tipo de infección las tres infecciones que ocasionan el 80% son infección del torrente sanguíneo, neumonías e infecciones de sitio quirúrgico. Grafica 9. La disminución de infecciones de vías urinarias se atribuye a la revisión de definiciones específicas en donde para tener diagnóstico de IAAS por infección de vías urinarias se requiere la identificación del agente causal y anteriormente se consideraban infecciones con examen general de orina positivo o la presencia de levaduras en orina, existía un sobre registro de infecciones que no cumplían con la definición de caso.



Acción a llevar a cabo: se deben buscar estrategias para un manejo adecuado de líneas intravasculares y catéteres, la estandarización de las técnicas y su cumplimiento.

- 1) Capacitación y estandarización de manejo de líneas vasculares incluyendo catéteres por personal de enfermería y médico.
- 2) Reforzar la clínica de accesos vasculares, evitando la salida de personal de esta para cubrir otros servicios clínicos.
- 3) Manual de procedimientos de la Clínica de líneas intravasculares.
- 4) Continuar con la remodelación del área de Inhaloterapia para que se lleven a cabo adecuadamente los procesos.
- 5) Modificar los procesos de aspiración de secreciones y medidas preventivas de neumonías asociadas a ventilador.
- 6) Reforzar el seguimiento de precauciones específicas de aislamiento, evitar el hacinamiento y sobrepoblación en las áreas.
- 7) Los jefes de servicio médicos y de enfermería de todos los servicios deberán reforzar los procesos adecuados de atención de vías aéreas y el que el personal a su cargo estandarice procesos y siga las medidas de precauciones específicas de aislamiento.

ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Mejorando la vigilancia de infecciones de sitio quirúrgico

Se realiza un estudio piloto de una nueva estrategia del trabajo conjunto de Clínica de estomas y la enfermera de la unidad operativa del CIAAS asignada a la vigilancia de segundo piso lo que determina la detección de 29.7% más casos de infección de sitio quirúrgico captado por enfermeras de Clínica de Estomas y confirmados por médicos infectólogos lo que disminuye el subregistro de este tipo de infección asociada a la atención de la salud así como la detección de una infección del torrente sanguíneo clasificada como bacteriemia no demostrada que no se había detectado anteriormente.

Acción a llevar a cabo: se implementará como una estrategia permanente.

La participación de Clínica de Estomas debe continuar en la detección de casos de infección de sitio quirúrgico como apoyo a la vigilancia epidemiológica como estrategia permanente.

La unidad operativa debe realizar el análisis de la información de clínica de estomas para detectar casos de infecciones asociadas a la atención de la salud posterior al egreso del paciente.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Problemática de defunciones asociadas a IAAS

La tasa de defunciones asociada a las infecciones asociadas a la atención de la salud del Instituto es de 1.7 por 100 eventos.

Las defunciones asociadas a las IAAS se presentaron en cuatro servicios siendo mayor en Infectología 4 defunciones con una tasa de letalidad de 5.7 por 100 eventos de infección seguido por Urgencias 3 defunciones con una tasa de letalidad de 4.6 pacientes por 100 eventos infectados, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos 2 defunciones con una tasa de letalidad de 2.3 por 100 eventos infectados, Hematología 1 defunción con una tasa de letalidad de 4.8 por 100 eventos infectados y Gastronomía 1 defunción con una tasa de letalidad de 4.6 por 100 eventos infectados.

Servicio	Tasa de letalidad	Defunción asociada a IAAS	Eventos de IAAS
Infectología	5.7	4	70
Hematología	4.8	1	21
Urgencias	4.6	3	65
Gastronomía	4.6	1	24
UTIP	2.3	2	88
Global INP	1.7	11	643

Acción a llevar a cabo: se analizan los casos en el Comité de Mortalidad.

- 1) El Comité de Mortalidad después de analizar los casos emite las recomendaciones de acuerdo análisis efectuado.

Detección de probables brotes intrahospitalarios

Durante el año se estudiaron 4 probables brotes realizando una detección oportuna y acciones de prevención y control.

Se descarta un brote de gastroenteritis por rotavirus en infectología en marzo

Se detecta un brote de 4 neumonías y una infección de torrente sanguíneo por *Ac baumannii* multidrogorresistente corroborado por biología molecular en UTIP fuente probable trasmisión cruzada.

Se descarta en noviembre brote por *Acinetobacter* en cultivos de secreción en UCICV.

Se descarta un brote por *Serratia marcescens* y *Achromobacter xylosoxidans* en Banco de Sangre por considerarse solo colonización de pacientes sin cuadro clínico sin embargo se detecta una fuente común jabón prequirúrgico contaminado y se reporta como evento adverso a tecnovigilancia que realicen el seguimiento.

Acción a llevar a cabo: continuar con la detección, prevención y control de brotes para evitar los efectos adversos secundarios.

- 1) Los laboratorios deben alertar acerca de microorganismos inusuales o cambios del patrón de microorganismos-presencia de clúster- o resistencia antimicrobiana de microorganismos a la unidad operativa del CIAAS.
- 2) La vigilancia epidemiológica acuciosa detectara cualquier sospecha de brote intrahospitalario.
- 3) El personal de servicios clínicos debe notificar cualquier evento inusual para detectar brotes de manera temprana.
- 4) El C de tecnovigilancia debe llevar a cabo el seguimiento con el fabricante y el reporte a nivel central del material contaminado que pudo generar un brote.

Indicadores MIR/IAMAE

Se realiza la notificación de indicadores de solicitados por Dirección de Planeación y Servicio de Archivo Clínico. Se duplica indicador ya que el MIR 14 e IAMAE 38 es el mismo.

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA						
INDICADORES DE ATENCIÓN MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD						
ANUAL 2019						
VI. CONTROL DE INFECCIONES			Anual 2018		Anual 2019	
38	NÚMERO DE EVENTOS CON INFECCION ASOCIADA A LA ATENCION DE LA SALUD	X1000 DIAS DE ESTANCIA	521	8.2	453	7.2
	TOTAL DE DIAS ESTANCIA EN EL PERIODO		63,495		63,037	
39	NÚMERO DE EVENTOS CON INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE LA SALUD EN TERAPIA INTENSIVA	X1000 DIAS DE ESTANCIA	73	17.6	88	19.8
	TOTAL DE DIAS ESTANCIA EN EL PERIODO		4,144		4,445	
40	NÚMERO DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTER VENOSO CENTRAL	X1000	36	1.3	43	1.6
	NÚMERO DE DIAS CATÉTER VENOSO CENTRAL		27,717		27,342	
41	NÚMERO DE INFECCIONES URINARIAS ASOCIADAS A CATÉTER URINARIO	X1000	36	6.1	22	3.5
	NÚMERO DE DIAS CATÉTER URINARIO		5,887		6,233	
42	NÚMERO DE NEUMONIAS ASOCIADAS A VENTILADOR MECÁNICO	X1000	54	8.3	62	9.4
	NÚMERO DE DIAS VENTILADOR MECÁNICO		6,495		6,601	
43	NÚMERO DE BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINA RESISTENTE	X10000	3	6.2	1	1.9
	NÚMERO DE HEMOCULTIVOS TOMADOS		4,813		5,397	
44	NÚMERO DE INFECCIONES POR BACILOS GRAMNEGATIVOS MULTIDROGORESISTENTES	X1000	26	37.2	16	24.9
	NÚMERO DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS		699		643	
45	NÚMERO DE INFECCIONES POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE	X100	38	30.9	14	13.2
	NÚMERO CASOS DE DIARREA INTRAHOSPITALARIA		165		106	

Vigilancia de IAAS por C. difficile

Las infecciones asociadas a la atención de la salud por C. difficile están por arriba de lo reportado en el anual de 2018 y son un 22% menos de lo reportado en el hospital pediátrico de Italia.

CIAAS Tasas de C. difficile por 1,000 días paciente			
Institución	Numero de C. difficile	Dias paciente	Tasa x 1,000 días paciente
NHSN 2018 USA	3699	144,370,561	0.03
INP 2019	14	76,984	0.18
Hospital Pediatrico c/enseñanza R. Ragusa			0.23

La tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud por *Staphylococcus aureus* meticilinoresistentes es de 48 por 1,000 días paciente cabe mencionar que solo existió una infección del torrente sanguíneo por este microorganismo en el año.

CIAAS Tasas de IAAS por <i>S. aureus</i> meticilinoresistente (SAMR) por 1,000 días paciente			
Institución	Numero de IAAS <i>S. aureus</i> (SAMR)	Días paciente	Tasa x 1,000 días paciente
NHSN 2018 USA	3670	36801464	0.01
INP	1	76984	48.05

Acción a llevar a cabo: Mejorar infraestructura y procesos.

- 1) La subdirección de servicios generales tiene que continuar gestionando la adquisición de lavacómodos de acuerdo a la normatividad ya que actualmente son disfuncionales y no realizan la función de desinfección ya que no usan vapor por lo que se tiene que realizar limpieza y desinfección manual de ellos. (Disminuir indicadores de c. difficile)
- 2) La subdirección de servicios generales debe corroborar la compañía de limpieza externa realice el lavado y desinfección de cómodos de acuerdo a las indicaciones. (Disminuir indicadores de c. difficile)
- 3) Sin importar la tasa que se presentó en el indicador de MRSA no se considera un problema en la institución por el momento siempre que continuemos con la baja presentación de infecciones.
- 4) Se debe continuar la vigilancia epidemiológica por parte de laboratorios para conocer el tipo de microorganismos que son causa de las infecciones asociadas a la atención de la salud y sobre todo la multidrogorresistencia de estos.

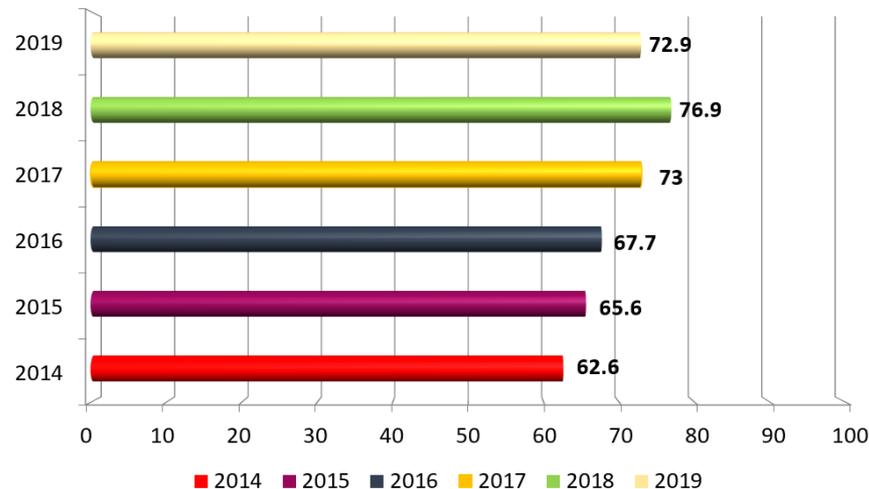
ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Programa de Higiene de Manos

Adherencia a Higiene de Manos Instituto Nacional de Pediatría

El objetivo era que la adherencia a higiene de manos institucional fuera de 80% y que el personal de enfermería alcanzara una adherencia de 90% y el personal médico una adherencia de 70% sin embargo no se lograron los objetivos. No se logra el objetivo de adherencia a higiene de manos institucional y lamentablemente se disminuye en relación con el año pasado 4%. Grafica 10.

Grafica 10
Cumplimiento de la Adherencia de Higiene de Manos
Instituto Nacional de Pediatría 2014-2019

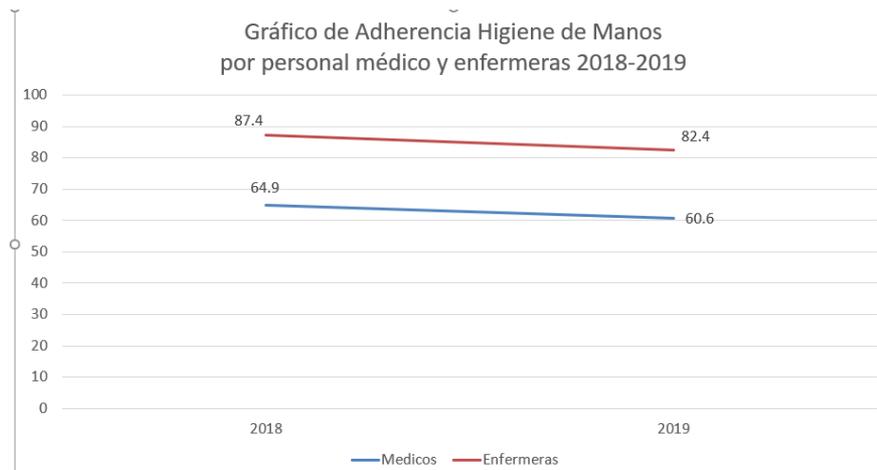


ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Programa de Higiene de Manos

Adherencia a Higiene de Manos por personal médico y de enfermería, Instituto Nacional de Pediatría

La adherencia a higiene de manos de enfermería y médicos no alcanza la meta, debido al aumento anual de 2018 se visualizo podía aumentar la adherencia de higiene de manos de médicos a 70% y de enfermeras a 90%, sin embargo, fue lo contrario disminuyo la adherencia 5% en enfermeras y un 4% en personal médico.

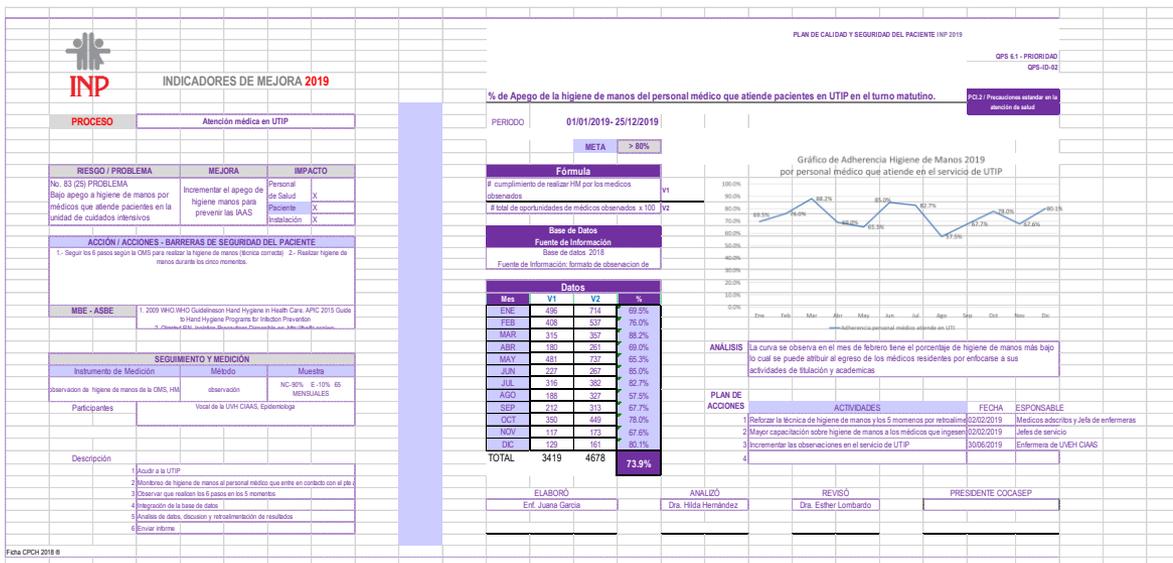


Uno de los problemas detectado es que no se logró mantener los insumos para higiene de manos de manera uniforme en las áreas de atención lo que pudo influir en la adherencia a higiene de manos o ser una justificación real para el personal.

Acción a llevar a cabo: Mejorar la adherencia de higiene de manos en personal de salud.

- 1) Se revisará en la reunión de enero con los miembros del comité estrategias para aumentar la adherencia de higiene de manos en los servicios hospitalarios.
- 2) Se pondrán en práctica las estrategias propuestas.
- 3) Las enfermeras de la unidad operativa del CIAAS deben entregar al menos 200 observaciones mensuales de higiene de manos cuidando el realizar observaciones en todos sus servicios para que se complemente en el trimestre suficientes observaciones de los servicios que vigilan para evaluar la adherencia de higiene de manos.
- 4) Las enfermeras y médicos del comité deben realizar la retroalimentación al personal que no realiza la higiene de manos para concientizar de la importancia de esto.
- 5) Todos los jefes de departamento o servicio médicos y de enfermería, subdirectores y directores deben promover la realización de higiene de manos de todo el que acude a la institución y primordialmente de los trabajadores de la institución.

Indicador QPS 6.1 Adherencia de a Higiene de Manos por personal médico que atiende Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica UTIP



La adherencia a higiene de manos de médicos que atienden UTI no alcanzo la meta de 80% sin embargo analizando cuando se inició el monitoreo de este indicador hay un cambio sustancial ya que en 2018 estaba por debajo de la mediana la adherencia de higiene de manos y en 2019 se mantuvo un aumento sostenido por arriba de la mediana con un mínimo de 57.5% de adherencia a higiene de manos. Por lo que se propone cálculo de mediana nuevamente con los resultados de 2019 en donde se tendría que estar por arriba de la mediana de 73%.

Gráfico de Adherencia Higiene de Manos 2018 por personal médico que atiende en el servicio de UTIP

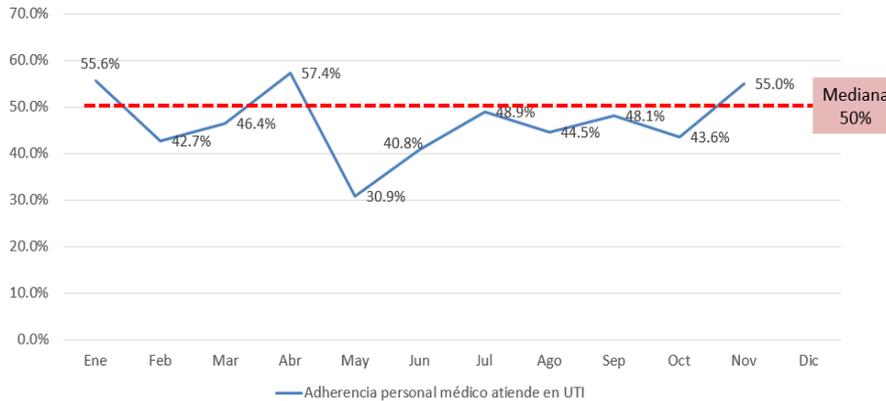
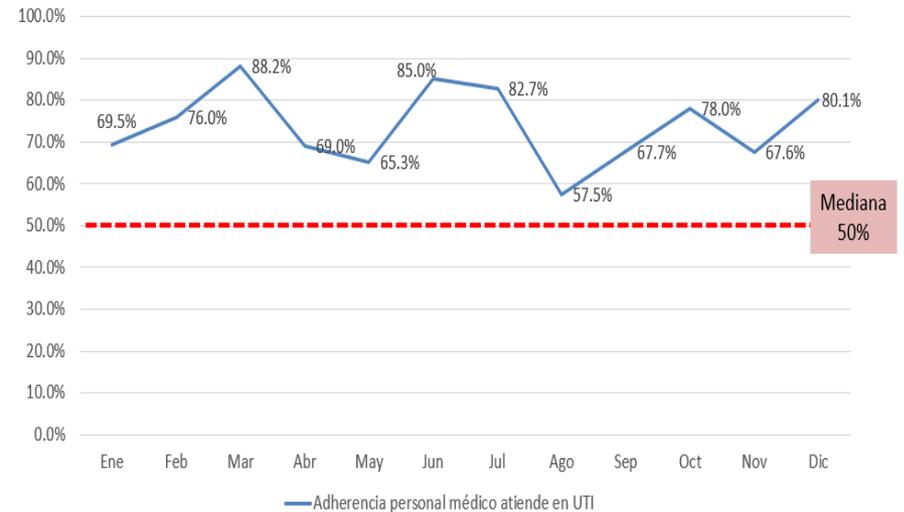


Gráfico de Adherencia Higiene de Manos 2019 por personal médico que atiende en el servicio de UTIP

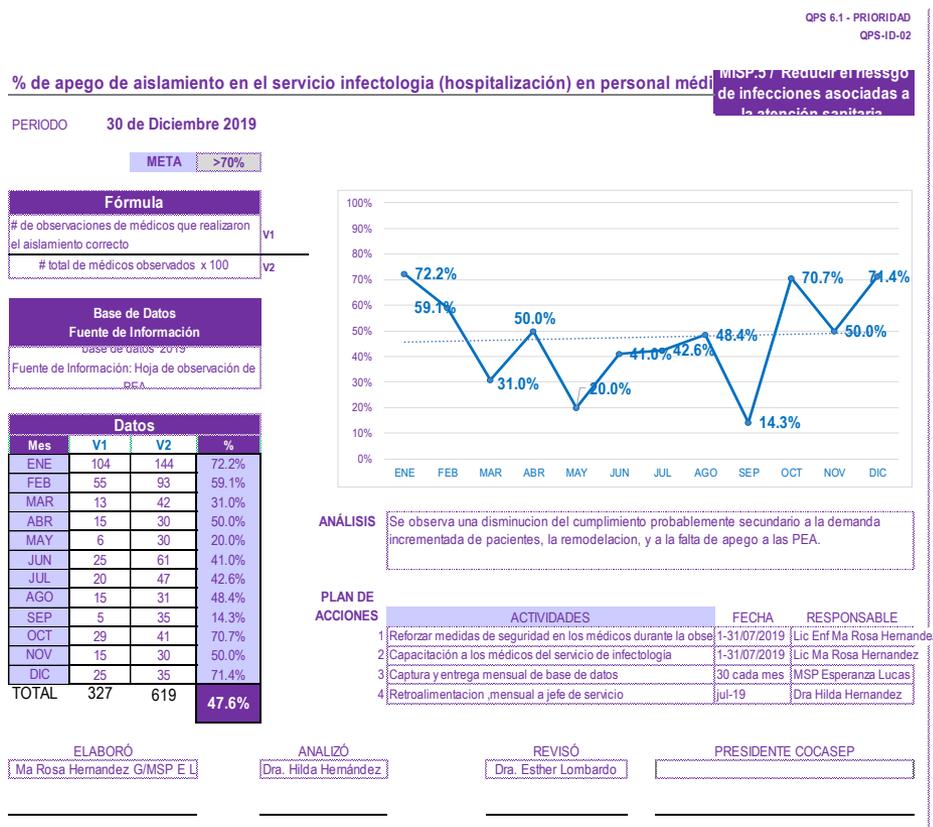


Acción a llevar a cabo:

- Mejorar la adherencia de higiene de manos en médicos que atienden pacientes en UTIP.
- Se cambiará la mediana del indicador y se espera con el compromiso del personal médico del servicio se logre que la adherencia a higiene de manos se mantenga por arriba de 73% de forma continua.
- El jefe de servicio de terapia intensiva médico y de enfermería deben continuar promoviendo y vigilando se lleve a cabo la higiene de manos en su servicio por personal del servicio e interconsultantes.
- Los servicios médicos que realizan interconsulta en UTIP deben promover y realizar la higiene de manos de acuerdo a los 5 momentos.

Indicador QPS 6.1/ ID 02 Adherencia al cumplimiento de precauciones específicas de aislamiento por médicos de infectología.

La adherencia a las medidas de aislamiento ha variado durante este año, el problema es que no se ha podido mantener su ascenso de forma permanente lo que indica que no se ha logrado que los médicos que atienden a pacientes en el servicio de infectología lleven a cabo las medidas de aislamiento cuando están indicadas lo que puede aumentar el riesgo de transmisión cruzada. En el último mes aumento nuevamente el cumplimiento de aislamientos, pero tendríamos que tener esa tendencia por 5 meses más para determinar se llevan a cabo las medidas de aislamiento adecuadamente.



Acción a llevar a cabo:

- Mejorar la adherencia de aislamiento por personal médico en servicio de infectología
- Se debe continuar promoviendo y monitoreando la realización de medidas de aislamiento por personal médico que atiende pacientes en infectología por la enfermera asignada a la vigilancia de este piso.
- Los jefes de servicio médico y de enfermería. De los servicios que atienden o interconsultan pacientes en infectología deben garantizar la realización de higiene de manos en 5 momentos.

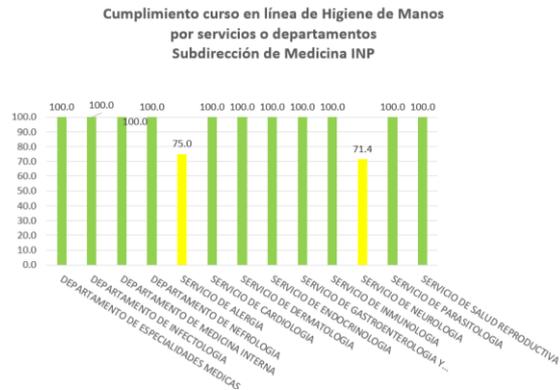
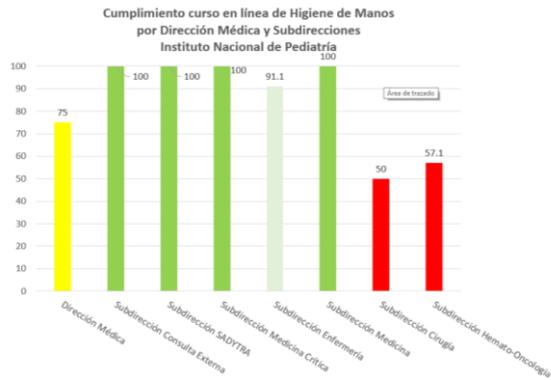
CAPACITACIÓN

Una de las actividades prioritarias que debe realizarse es la capacitación del personal de salud y del cuidador primario por lo cual se llevó a cabo el programa anual de capacitación en donde se capacito a 614 trabajadores de salud 45.7% fue personal médico y 36.5% personal de enfermería. También se capacitaron 656 personal en formación, 200 voluntarios y 534 cuidadores primarios.

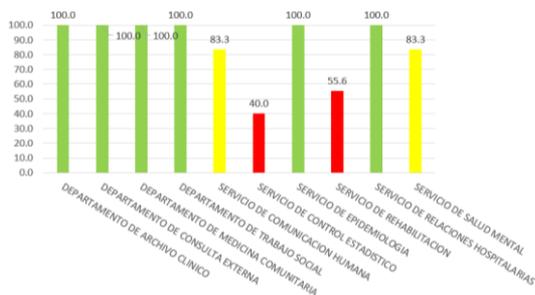
Al no existir cumplimiento del programa de capacitación ya que las enfermeras refirieron se cancelaban las capacitaciones por personal de enfermería por no tener tiempo para ello debido a ocupaciones sus actividades en área clínica se utiliza el curso en línea de higiene de manos para capacitar al personal de salud de la institución. El cumplimiento global de la institución fue la capacitación de 79.5% de 3065 trabajadores activos de la institución de acuerdo a listas entregada por departamento de Personal en las diferentes etapas.

Las Subdirecciones con menor cumplimiento son Hemato-Oncología y Cirugía. Así mismo los servicios con menor cumplimiento son Salud Mental, Control Estadístico, Patología, Hematología, Servicios de cirugía; oftalmología, otorrinolaringología, c. oncológica, ortopedia, estomatología, neurocirugía.

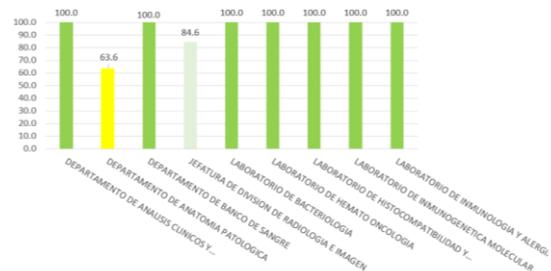
Algunos servicios de investigación, Servicios de Dirección de Enseñanza, Departamentos administrativos, Subdirección de servicios Generales y sus Departamentos y Servicios.



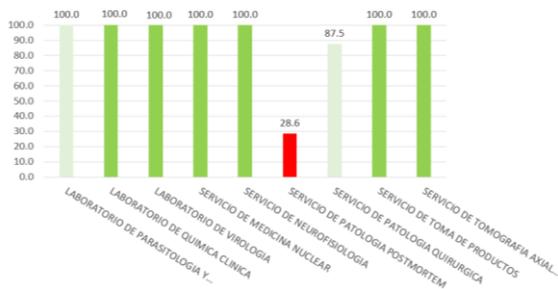
Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos por servicios o departamentos Subdirección de Consulta Externa INP



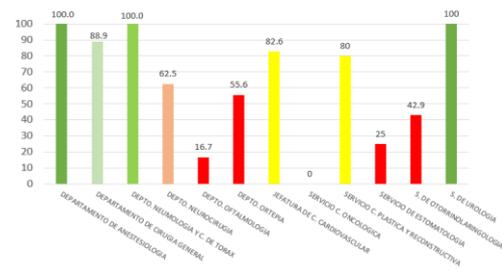
Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos por servicios o departamentos o laboratorio Subdirección de SADYTRA INP



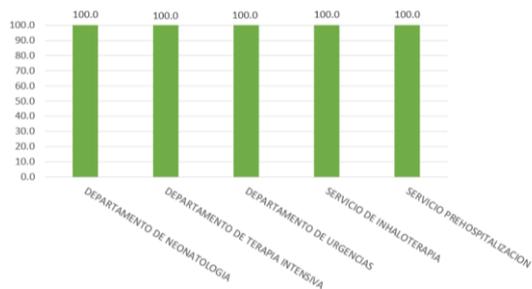
Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos por servicios o departamentos o laboratorio Subdirección de SADYTRA INP



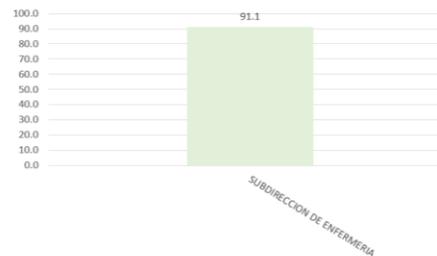
Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos por servicios o departamentos Subdirección de Cirugía INP



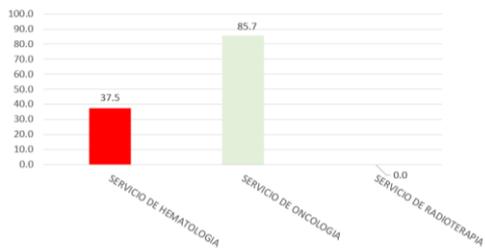
Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos por servicios o departamentos
Subdirección de Medicina Crítica INP



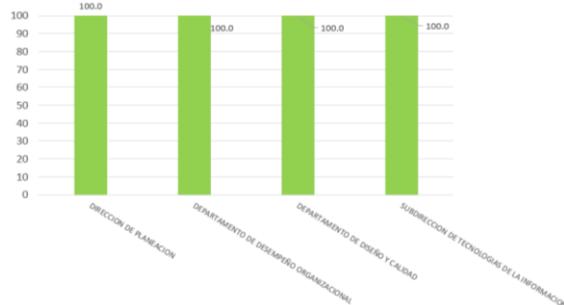
Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos por servicios o departamentos
Subdirección de Enfermería INP



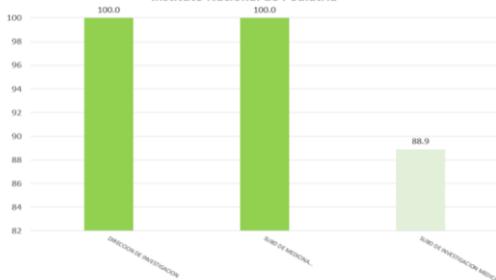
Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos por servicios o departamentos
Subdirección de Hematología-Oncología INP



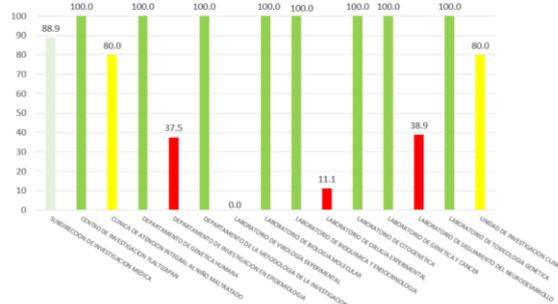
Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos Dirección de Planeación
Subdirección y Departamentos INP

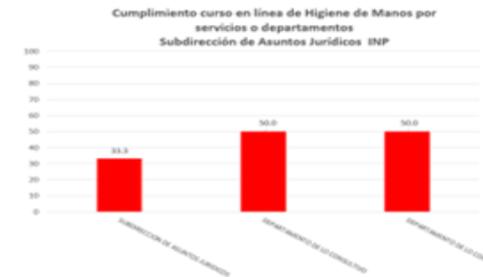
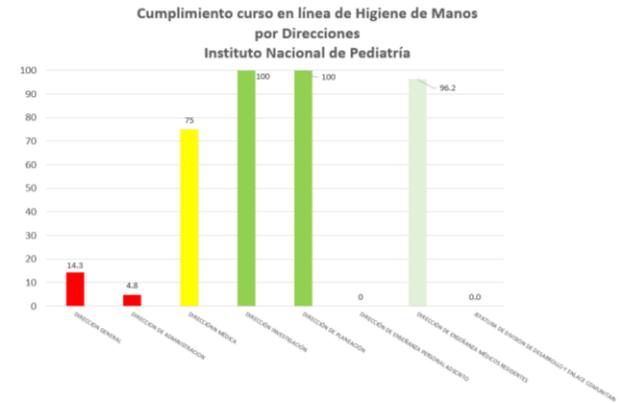


Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos por Dirección Investigación y Subdirecciones
Instituto Nacional de Pediatría



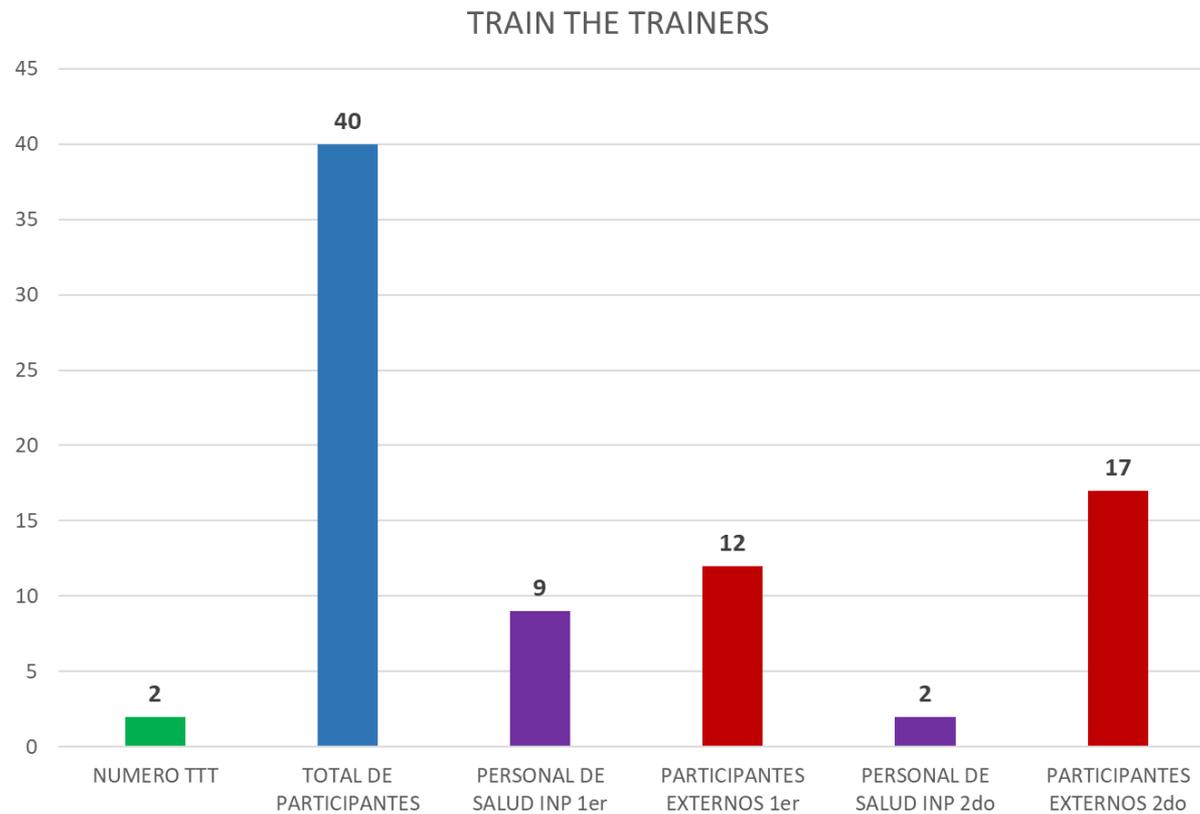
Cumplimiento curso en línea de Higiene de Manos por Subdirección de Investigación Médica
Instituto Nacional de Pediatría



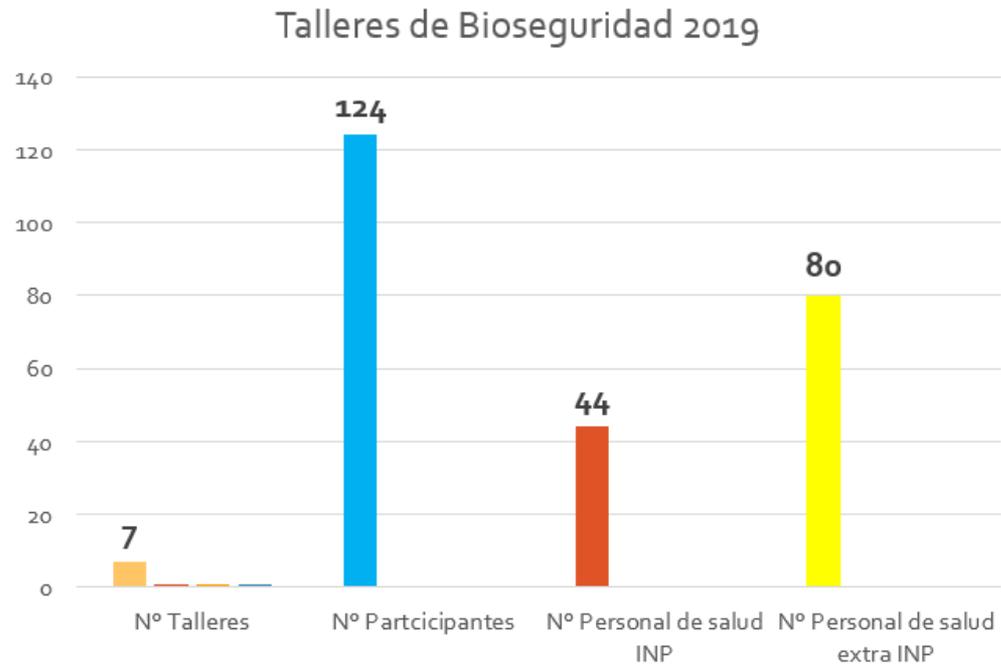


Taller para entrenadores de Higiene de Manos TTT-

Se realizaron dos en el año 2019 describiendo los asistentes en la gráfica mostrando que, aunque fueron planeados para entrenar el personal del instituto participaron personal de salud externo a la institución.



Taller de bioseguridad-se llevan acabo 9 talleres de bioseguridad en la institución
Ocurriendo el mismo fenómeno anterior la mayoría de participantes en estos talleres son externos a la institución.



ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Se inicia planea y desarrolla el programa de capacitación del cuidador primario y se inicia su implementación en el mes de noviembre. Es muy pronto para tener resultados sin embargo se observo un aumento en el conocimiento de higiene de manos de 27% a 50% y la adherencia a higiene de manos de 21% a 41%

Acción a llevar a cabo: Mejorar las estrategias de capacitación.

- 1) Se continuará buscando estrategias que logren el cumplimiento de la capacitación del personal de salud.
- 2) Se continuará utilizando la capacitación en línea.
- 3) Se realizará la capacitación con ejemplos de problemática de infecciones asociadas a la atención de la salud para médicos.
- 4) Se continuará el programa de capacitación del cuidador primario por la educadora médica del CIAAS y se manejará como un proyecto de mejora de calidad.
- 5) La Subdirección de Enfermería propone que se le proporcionen los temas de capacitación en prevención de infecciones para que se integre a los módulos de capacitación de su Departamento de Enseñanza y se capacite por módulos en conjunto con personal operativo del CIAAS para lograr el cumplimiento de capacitación por lo que se llevara a cabo esta estrategia y la capacitación se realizara a través de personal del CIAAS y las supervisoras de la Subdirección de Enfermería-
- 6) La coordinación de capacitación se realizará por personal de enfermería de la unidad operativa del CIAAS quien se encargará de monitorizar la información del personal capacitado por temas y se entregará informe mensual.
- 7) Se realizarán capacitaciones de temas específicos en sesión de criterios de residentes.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Informe de vigilancia epidemiológica de otros servicios

Servicio de Dietética

- 1) En conjunto con el servicio de Dietética se detectó el riesgo de una probable presencia de fauna nociva secundario a una inadecuada fumigación en servicio externo sin embargo se investigó y se realiza la fumigación con el mismo calendario.
- 2) Se detecto la presencia de cultivos positivos en productos de banco de leche previos a la esterilización por lo que se revisó el proceso y se dieron indicaciones de mejora. Cabe mencionar que esto fue una acción preventiva ya que no afectaba la seguridad de las fórmulas por ocurrir antes de la esterilización de estas.
- 3) El servicio de Dietética realiza las acciones de prevención en su servicio y recibe su capacitación anual.
- 4) El personal de Dietética sólo cumple con un 44 a 62 % de la capacitación en línea de higiene de manos en sus diferentes áreas por lo que debe continuar hasta alcanzar el 100%.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ESTRATEGIAS DE ACCIÓN

Informe de vigilancia epidemiológica de otros servicios

Medio ambiente

AGUA: Se reciben los informes de cloro residual en forma retrasada y no se realizan los cultivos de agua de acuerdo a normatividad.

Los cultivos de agua realizados muestran resultados dentro de límites normales

AIRE: Existe problemática de la entrega de informes en tiempo de limpieza de rejillas y cambio de filtros sin embargo el servicio asegura se llevan a cabo las actividades.

BARRERAS FISICAS: No se logra que la Coordinación de Mantenimiento instale y vigile la integridad de barreras físicas, ni envíe la información de nuevas obras con antelación – en ocasiones llega el aviso el día o un día después que iniciaron las obras-

LIMPIEZA: El servicio de limpieza externa mejora mínimamente sin ser palpables los cambios por lo que es un factor de riesgo permanente presente en 2019 para la generación de infecciones asociadas a la atención de la salud. Las desviaciones de limpieza son constantes, no se tiene la distribución de insumos – jabón para higiene de manos, toallas para secado de manos, jaboneras no rellenables.

No se realiza la limpieza hospitalaria de acuerdo al manual de procedimientos.

No existen insumos en sépticos para llevar a cabo la limpieza y desinfección de cómodos por lo que existe el riesgo de la presencia de un nuevo brote por *C. difficile* como el que se presentó anteriormente.

Se revisa licitación con Departamento de Servicios de Apoyo y se realizan las observaciones para el contrato de nueva compañía-

ROPERIA El servicio de ropería da seguimiento a garantizar el servicio de acuerdo al manual y asegura las estrategias que garanticen la calidad de la entrega de ropa de compañía externa

AMBULANCIAS El servicio de ambulancias se encarga de cumplir con las medidas de prevención de riesgos de acuerdo a lo establecido.

AMBIENTE SEGURO: La Subdirección de Servicios Generales es responsable de una adecuada vigilancia de la calidad del agua, aire y seguridad durante la reparación, remodelación y construcción, limpieza y desinfección hospitalaria por lo que este año no se controló como factor de riesgo el medio ambiente.

Acción a llevar a cabo: Mejorar el cumplimiento de medidas para garantizar un ambiente seguro.

- 1) La Subdirección de Servicios Generales y los servicios implicados deben mejorar sus procesos para llevar a cabo las actividades que minimicen los riesgos.
- 2) Los diferentes servicios de Subdirección de Servicios Generales deben enviar informes ejecutivos al CIAAS y no lo que entrega los proveedores externos.
- 3) Los diferentes de servicios de Subdirección de Servicios Generales deben documentar las acciones llevadas a cabo en caso de ocurrir desviaciones en las actividades realizadas y avisar al CIAAS.

Servicio Médicos, de laboratorio y de Enfermería

- 1) Autoridades de la institución gestionan los recursos necesarios para llevar a cabo el programa de prevención de infecciones y los procedimientos de atención del paciente
- 2) Subdirección de enfermería realiza revisión de uso de guantes y define el uso óptimo de estos – Cartel de uso de guantes-
- 3) Los servicios de terapia intensiva revisan y estandarizan la técnica de aspiración de secreciones
- 4) La Subdirección de enfermería realiza la estandarización de la técnica de aspiración de secreciones para todo el personal de enfermería y da capacitación. Monitoreando su adecuada implementación.
- 5) Se cambia personal en clínica de líneas vasculares y se tiene comunicación con la clínica para mejorar proceso de entrega de denominadores – días catéter-
- 6) Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares se reúne con unidad operativa del CIAAS para revisión de nuevas estrategias que controlen los riesgos de infección y disminuyan sus tasas.
- 7) Continúa sin definición específica el control de resistencias antimicrobianas y quimioprofilaxis de sitio quirúrgico.
- 8) El servicio de CEyE es el encargado de garantizar la limpieza y desinfección de equipo por lo que monitorea sus procesos.
- 9) La Subdirección de Enfermería coordina el adecuado manejo de medicamentos con todos los servicios implicados
- 10) Servicio de hemodiálisis vigila sus procedimientos de acuerdo a normatividad
- 11) Servicio de epidemiología coordina y lleva a cabo el programa de vacunación para personal de salud y pacientes y la prevención de accidentes punzocortantes e influenza
- 12) La Comisión de Seguridad e Higiene se encarga de las actividades de prevención para trabajadores

Servicio Médicos y de Enfermería

En una reunión del CIAAS se realiza un taller para conocer los factores y estrategias para mejorar la prevención de infecciones a lo cual los integrantes del comité mencionan fuera del ámbito de este por lo que son enviadas a las autoridades y COCASEP para que se actúe en ellas según lo consideren. Estas observaciones se resumen a continuación.

- 1) Falta de compromiso de Dirección General, Dirección de administración y otras autoridades con la problemática y acciones de prevención de infecciones por tener otras prioridades y no considerar una problemática prioritaria la generación de infecciones.
- 2) Se deben estandarizar y mejorar los procedimientos de atención de pacientes por personal médico y de enfermería; ejemplo aspiración de secreciones, manejo de líneas vasculares, uso de antimicrobianos, uso de quimioprofilaxis quirúrgica, diagnóstico temprano y certero, estancia hospitalaria prolongada por razones administrativas o espera de estudios y tratamientos debido a falla de programación, hacinamiento, no movilización de pacientes de urgencias a servicios correspondientes, referencia y contrarreferencia de pacientes no adecuada.
- 3) Falta de capacitación del personal en la actualización de procesos de atención del paciente y supervisión por jefes o encargados inmediatos de estos.
- 4) Falta de personal médico y de enfermería lo que ocasiona personal no capacitado o con poca experiencia atiende servicios críticos o especializaos de manera no optima.
- 5) Falta de insumos y recursos para realizar adecuadamente la atención del paciente.
- 6) Los recursos adquiridos son de calidad inadecuada y falta de reporte de este factor detectado.
- 7) Los procesos administrativos no son claros y ocasionan problemas de la adquisición, distribución o almacenamiento de insumos.
- 8) El servicio de farmacia no tiene un sistema adecuado de insumos y distribución.
- 9) Falta de compromiso de algunos jefes de servicio
- 10) Servicios subrogados ineficientes

GRACIAS

**A TODO EL PERSONAL DEL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA**

**POR SU PARTICIPACION PROACTIVA EN LA PREVENCION DE
INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE LA SALUD**

**PARA EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES Y DAR UNA ATENCIÓN
DE CALIDAD LOGRANDO LA**

**SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES Y DE LOS
TRABAJADORES DE SALUD**