



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"

Nº 291 2023-DG-HONADOMANI-SB



Resolución Directoral

Lima, 29 de Diciembre de 2023



Visto, el Expediente Nº 27190-23;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley Nº 26842, Ley General de Salud, dispone que la protección de la Salud, es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Con Nota Informativa Nº 053-2023-UMC-OGC-HONADOMANI-SB, la Coordinadora de Mejora Continua de la Calidad, pone de conocimiento al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad que remite el Perfil de Proyecto de Mejora "Control ISO en cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia" elaborado por el Equipo de Mejora para la implementación de las actividades programadas con el objetivo de asegurar el cumplimiento de las buenas prácticas para la prevención de infecciones asociadas a cesárea, para el control de la Infecciones de Sitio Operatorio asociado a cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia para junio 2024 y contribuir a la disminución de la tasa de infecciones de sitio operatorio en nuestra institución;

Que, con Memorando Nº 299-2023-OGC-2023-HONADOMANI.SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad emite opinión favorable para la respectiva aprobación del Plan de Actividades del "Proyecto de Mejora Continua "Control. ISO en Cesárea del Departamento de Gineco Obstetricia" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" orientado a asegurar el cumplimiento de buenas prácticas para la prevención y disminución de las infecciones del sitio operatorio asociado a cesárea, siendo éste un indicador de desempeño cuyo logro es una tasa de 1.58/100 cesáreas;

Que, mediante Hoja de Ruta, la Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", solicita a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica que proyecte la Resolución Directoral correspondiente;

Que, por los motivos antes expuestos, resulta procedente emitir el acto resolutivo respectivo;

Con la visación de la Dirección Adjunta, y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas a la Directora General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial Nº 862-2023/MINSA, y del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado mediante la Resolución Ministerial Nº 884-2003-SA/DM;





SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico: Plan de Actividades del "Proyecto de Mejora Continua "Control de Infección de Sitio Operatorio (ISO) en Cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el cual consta de veintiún (21) folios, que debidamente firmados forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que el Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia implemente la difusión interna del plan aprobado en el artículo anterior.

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática se encargue de la publicación del citado plan aprobado por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica www.sanbartolome.qob.pe

Regístrese y Comuníquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
"SAN BARTOLOME"
.....
Mc. Rocio De Las Mercedes León Rodríguez
DIRECTORA GENERAL
CMP. 31393 RNE: 14142

RDLMLR/ASL/JCVO
c.c.

- DA
- OGC
- OAJ
- OEI
- Interesados
- Archivo



Hospital Nacional Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

PROYECTO DE MEJORA CONTINUA

**Control de Infección de Sitio Operatorio
(ISO) en Cesáreas del Departamento de
Ginecoobstetricia del Hospital Nacional
Docente Madre Niño "San Bartolomé"**

Lima, 2023

Contenido

Pág.

I.	TÍTULO DE PROYECTO	3
II.	EQUIPO DE MEJORA	3
III.	DEPENDENCIA	3
IV.	POBLACIÓN OBJETIVO	4
V.	LUGAR DE EJECUCIÓN	4
VI.	DURACIÓN	4
VII.	ANTECEDENTES	5
VIII.	JUSTIFICACIÓN	7
IX.	OBJETIVOS	9
X.	METODOLOGÍA	9
XI.	RESULTADOS ESPERADOS	166
XII.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	17
XIII.	PROPUESTA DE FINANCIACIÓN	17

I. Título del Proyecto

Control de Infección de Sitio Operatorio (ISO) en cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

II. Equipo de Mejora

Equipo de Mejora "Control de ISO en cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", se encuentra integrado según el siguiente detalle:

• M.C. Betsy Zapata Díaz	Coordinadora
• M.C. David Cornejo Falcón	Miembro
• M.C. Lucrecia Joselyn Acosta Vargas	Miembro
• Lic. Joel Neseforo Mota Rivera	Miembro
• Lic. Doyla Quiroz Aquino	Miembro
• Lic. Yessenia Sarina Bardales Cruz	Miembro
• Lic. Maribel Dorregaray Llerena	Miembro
• Lic. Socorro Torres Zegarra	Miembro
• M.C. Edson Valdivia Vera	Equipo Técnico Asesor
• Lic. Gloria Elizabeth Asmat Bautista	Equipo Técnico Asesor

Para efectos de seleccionar a los miembros del equipo de mejora se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

- Experticia en Proyectos de Mejora de la Calidad
- Experticia en vigilancia epidemiológica
- Actores del proceso de atención.

III. Dependencia

El Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud (MINSA) y desarrolla sus acciones en el marco estratégico definido para esta entidad.

Mediante Resolución administrativa N° 71-2020-DMGS-DIRIS-LG de fecha 5 de mayo del 2020, se asigna la categoría III-E al Hospital de Atención Especializada HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOMÉ", definiéndonos como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) con internamiento y población referida.

Es un hospital altamente especializado en la atención de la salud sexual y reproductiva de la mujer y la atención integral del neonato, niño y del adolescente. Es un establecimiento de atención recuperativa y de rehabilitación con enfoque integral a los pacientes que proceden de cualquier punto del ámbito nacional.

IV. Población Objetivo

Pacientes obstétricas (gestantes) de las Unidades del Servicio de Medicina Materno Fetal del Departamento de Ginecoobstetricia, con indicación de cesárea de emergencia.

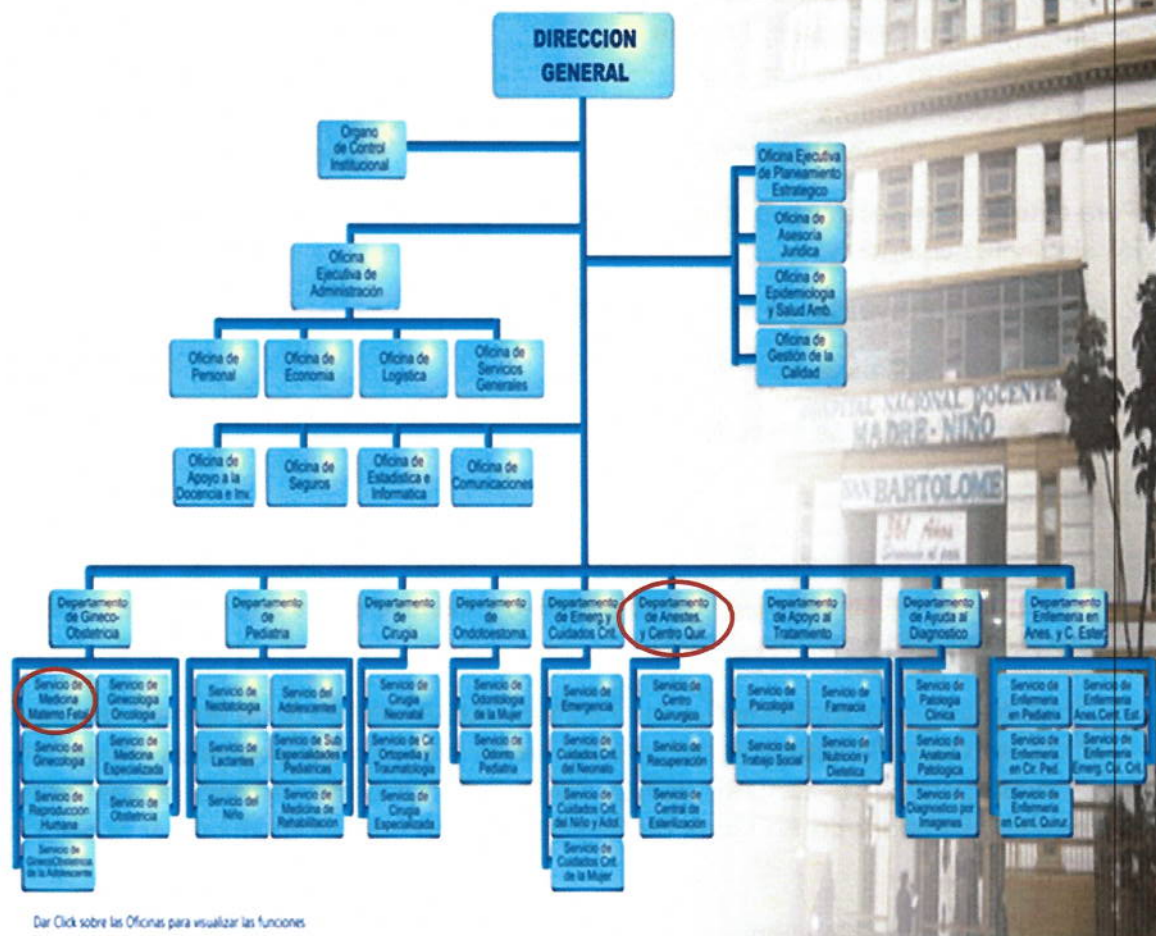
V. Lugar de Ejecución

Servicios de los siguientes Departamentos asistenciales del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", durante el proceso de atención de pacientes obstétricas (gestantes) con indicación de cesárea de emergencia:

- Departamento de Ginecoobstetricia
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico



ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



VI. Duración

El presente Proyecto de Mejora Continua de la Calidad en salud se desarrollará durante el periodo de enero 2022 a Junio del 2024.

VII. Antecedentes

La infección puerperal como expresión de infección asociada a la asistencia sanitaria es una de las principales complicaciones de las pacientes obstétricas, siendo la Infección de Sitio quirúrgico una infección nosocomial del puerperio que se presenta entre el 1,46 % al 10 % de las cesáreas, según el país de que se trate¹, y su incidencia es un indicador directo de la calidad asistencial prestada. Actualmente, la eficiencia de una institución de salud se mide no solo por los indicadores de mortalidad y el aprovechamiento del recurso cama sino, también, por los indicadores de infecciones intrahospitalarias.

La infección de sitio quirúrgico (ISO) afecta significativamente la calidad de vida del paciente mediante el aumento de la morbilidad y mortalidad, ampliación de la estancia hospitalaria (1.0 a 7.9 días), reingresos y los costos hospitalarios^{2, 3, 4, 5}.

La prevención eficaz de la infección del sitio quirúrgico implica el diseño de estrategias para reducir los factores de riesgo y optimizar los procesos basados en evidencia científica. Se considera altamente factible, con la aplicación de las mejores medidas preventivas, una reducción de la frecuencia de las infecciones del sitio quirúrgico hasta en un 60%.

En España, en el año 2017 se inició la implementación global del Proyecto "Infección Quirúrgica Zero del SNS", con el objetivo de reducirla globalmente en los hospitales donde se aplique el protocolo IQZ (Infección Quirúrgica Zero), reducir en un 15% la tasa de ILQ (Infección del lugar quirúrgico) durante el primer año de aplicación del protocolo. El éxito de la intervención preventiva del Proyecto IQZ se basa en dos intervenciones complementarias y que aseguren un cambio efectivo, tanto en los cuidados que recibe el paciente, como en la organización de cuidados y cultura de seguridad de la institución. Las medidas de intervención están referidas a aplicación efectiva de medidas de: uso de clorhexidina al 2% alcohólica tintada, profilaxis quirúrgica antibiótica, cumplimiento de normativas de retirada del vello en la zona a intervenir, aplicación efectiva de medidas de normo termia, medidas de control de la normoglucemia.⁶ El referido proyecto ha demostrado ser factible en los hospitales que ya participaron en la fase piloto durante los años 2014-15; ha resultado ser seguro para las pacientes y presenta indicios de una alta efectividad para prevenir las infecciones quirúrgicas.⁷

Las *Directrices mundiales para la prevención de infecciones quirúrgicas* contienen una lista de 29 recomendaciones concretas hechas por 20 de los principales expertos mundiales a partir de 26 revisiones de las evidencias más recientes. Según la OMS el

¹ Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el Puerperio. 2014. Disponible en : <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-vigilancia-epi-infecciones-modulo-V.pdf>

² Brener F. et al. Costo de las Infecciones intrahospitalarias. Rev. Chil. Infect. 2003; 20 (4): 285-290.

³ Rendón Restrepo L. et.al. Costo de las infecciones de Sitio Operatorio en una institución de alta complejidad. Revista CES Salud Pública. Volumen 2, Número 2, Julio-Diciembre 2011.pp. 169 – 186.

⁴ Manual Latinoamericano de Guías basadas en la evidencia. ESPIAAS. 2009. Bogotá – Colombia.

⁵ OPS/USAID. Infecciones hospitalarias. Legislación en América Latina. Documento Técnico HDM/CD/A/500-07. 2007.

⁶ Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Proyecto Infección Quirúrgica Zero del SNS.

Noviembre 2016. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/2016/seguridad-bronque-quirurgico/Protocolo-Proyecto-IQZ.pdf>

⁷ Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH). Boletín informativo Volumen 1, N° 6. pp. 16. 2015

objetivo de las recomendaciones es hacer frente a la creciente carga de infecciones asociadas a la atención sanitaria tanto para los pacientes como para los sistemas de salud.

"Nadie debería enfermar al buscar o recibir atención", dice la Dra. Marie-Paule Kieny, subdirectora General de la OMS para Sistemas de Salud e Innovación. "La prevención de las infecciones quirúrgicas nunca ha sido más importante, pero es compleja y requiere diversas medidas. Estas directrices son un valioso instrumento para proteger a los pacientes".

Las directrices contienen 13 recomendaciones para el periodo pre quirúrgico y 16 para prevenir las infecciones durante y después de la intervención. Dichas recomendaciones van desde simples precauciones, como bañar o duchar al paciente antes de la intervención o la mejor forma de que el equipo quirúrgico se limpie las manos, hasta orientaciones sobre cuándo utilizar antibióticos para prevenir las infecciones, los desinfectantes que hay que emplear antes de la incisión o las suturas que hay que usar.

Estas recomendaciones complementan la Lista de verificación de la seguridad quirúrgica publicada por la OMS.⁸

En el Perú el control de infecciones se formaliza en el año 1998, cuando el Ministerio de Salud inicia oficialmente las actividades relacionadas a fortalecer las Unidades de Epidemiología hospitalaria⁹.

El HONADOMANI "San Bartolomé" cuenta con 211 camas, donde se registraron 9,587 egresos para el año 2022. Respecto a la Infección de Sitio Operatorio (ISO) asociado a cesárea se vigilaron 2,434 pacientes, encontrándose 49 de ellas con ISO y una tasa de incidencia de Infección de sitio operatorio (ISO) asociada a cesárea en 2.45/ 100 cesáreas en el año 2022, mayor a la tasa actual para el promedio nacional (0.84), a la categoría del establecimiento III-E (0.93) y mayor a la tasa presentada en el año 2021 (2.01).

En los años 2005 a 2009 la institución implementó el Proyecto de Mejora Continua para la Disminución de las Infecciones del Torrente Sanguíneo asociadas al catéter venoso central (CVC), siendo el impacto muy alto de las intervenciones: manejo estandarizado de los catéteres, implementación de un sistema permanente de capacitación y vigilancia activa de las infecciones intrahospitalarias, la tasa de ITS asociadas a CVC disminuyó de un máximo de 29.5 ITS/ 1000 días catéter a un mínimo de 0.0 ITS/ 1000 días CVC. En el año 2012 se implementó durante 12 meses la estrategia multimodal para la disminución de las endometritis puerperales de parto vaginal en Centro obstétrico disminuyendo esta tasa en 31% aunque no se llegó al estándar nacional¹⁰.

⁸ Organización Mundial de la Salud. Global Guidelines for the prevention of surgical site infection. 2016. Disponible en : <https://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1>

⁹ Oficina de Epidemiología y Salud ambiental. INMP. Boletín epidemiológico N° 11.pp. 7. 2018. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletin-epidemiologico/1421335605>

¹⁰ Vera, Edy et al. Estrategia Multimodal en la disminución de las endometritis puerperales de parto vaginal. Revista Peruana de Ginecología Obstetricia. 2013; 59: 195 – 198.

¹¹ Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. HONADOMANI "San Bartolomé". Medidas de Intervención para la reducción de las infecciones intrahospitalarias en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". Lima Perú

VIII. Justificación

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la morbilidad y mortalidad que pueden provocar en los pacientes, el riesgo a la salud del personal sanitario y el incremento de los costos hospitalarios para la atención de la salud.

El Sistema de vigilancia activa y selectiva de infecciones intrahospitalarias de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del HONADOMANI San Bartolomé, reportó que una de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud incrementada en nuestra institución es la de Infecciones del Sitio Operatorio asociada a cesárea de emergencia 95% (Gráfico N° 1) y las tasas de incidencia son mayores a la tasa de incidencia del promedio nacional (0.84) y según categoría de establecimiento III – E (0.93) y que este incremento se objetiva en los últimos 9 años, ver Tabla N° 1.

Tabla N° 1.- Incidencia de Infección de Sitio Operatorio asociado a Cesárea

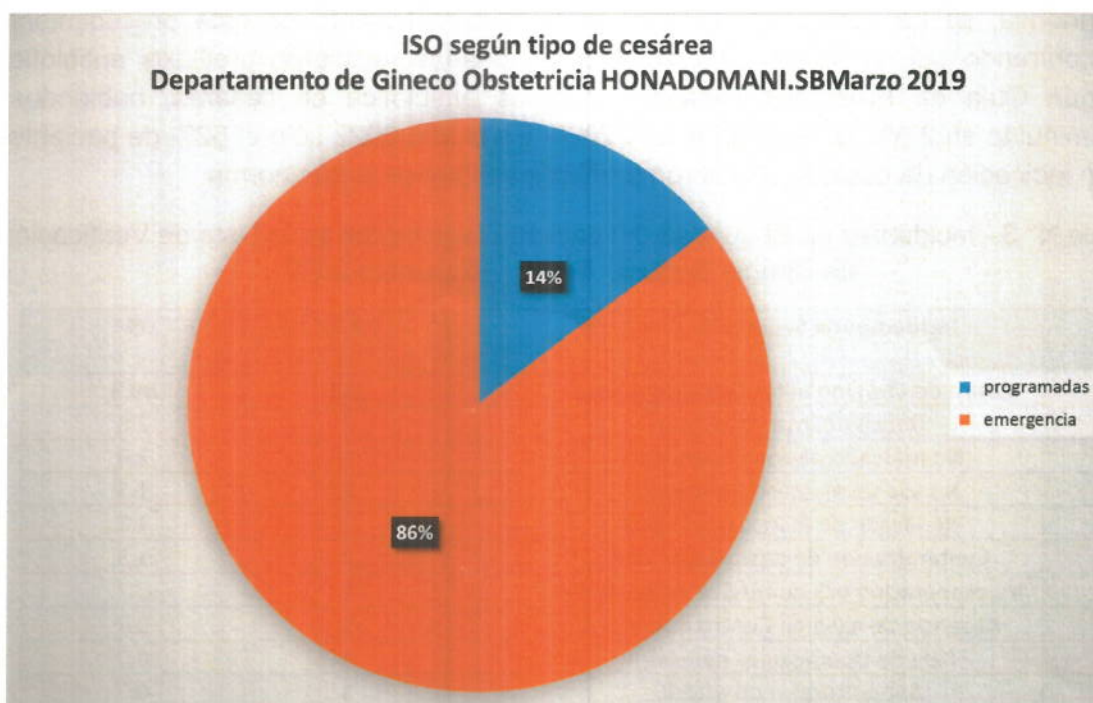
 HONADOMANI "San Bartolomé"

 Años 2014 -2022

Año	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Incidencia Promedio Nacional	Incidencia según categoría de Establecimiento III - E
Tasa	3.2	3.3	2.9	3.0	3.0	2.88	1.90	2.01	2.45	0.79	0.92

Fuente: Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. HONADOMANI.S. B

Gráfico N° 1.- Distribución de Infecciones de Sitio Operatorio según tipo de cesárea



Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad.UMC.HONADOMANI.SB

Las ISO tienen como factores de riesgo: inadecuada preparación de la piel preoperatoria (Baño, recorte de vello y de uñas), inadecuado lavado de manos quirúrgico, quiebre de técnica aséptica durante el procedimiento quirúrgico, inadecuada antisepsia de piel, técnica quirúrgica, duración de la cirugía; así como el incumplimiento de antibiótico profilaxis según normatividad vigente, inadecuada esterilización de instrumentos quirúrgicos⁸.

Considerando que sus factores causales son predominantemente prevenibles y factibles de corregir mediante la intervención de las causas raíces identificadas, las soluciones propuestas pueden contribuir al control de este tipo de infecciones, riesgo de morbilidad por complicaciones y a mejorar la seguridad y calidad de atención del parto por cesárea de nuestras usuarias. Asimismo, contribuir a reducir los costos de la no calidad.

Tabla N° 2.- Preparación preoperatoria de pacientes con indicación de Cesárea de emergencia. HONADOMANI "San Bartolomé"
Noviembre – Diciembre 2019

Preparación Preoperatoria	%
Si	40
No	60
TOTAL	100

Fuente: Registro de pacientes. Centro obstétrico.HONADOMANI.SB

En el estudio realizado por la Oficina de Gestión de la Calidad el año 2019, identificamos que sólo el 54.8% de pacientes cesareadas recibieron profilaxis antibiótica según norma, en el año 2020 esta cifra se elevó a 67.05%. En el año 2021 dentro del contexto de pandemia, se ha continuado monitoreando el cumplimiento de este procedimiento encontrando que el 65.8% de pacientes cesareadas recibieron profilaxis antibiótica según Guía de Práctica Clínica de profilaxis antibiótica en cesárea, habiéndose disminuido en 2.5% en relación al año 2020. En el año 2022 sólo el 52% de pacientes con indicación de cesárea recibieron profilaxis antibiótica según norma.

Tabla N° 3.- Incidentes de Seguridad del paciente registrados en la Lista de Verificación de Cirugía Segura. Enero – diciembre 2022

Incidentes de Seguridad	N°	%
Retiro de Cirujano antes de cierre de piel	133	89.3
Déficit de instrumentista	3	2.0
No marcado de zona operatoria	3	2.0
No uso de mascarilla quirúrgica	2	1.3
No lavado de manos quirúrgico	2	1.3
Contaminación de campo operatorio	2	1.3
No preparación pre quirúrgica del paciente	1	0.7
Ausencia de agua en Centro quirúrgico	1	0.7
Sala de Operaciones no estéril	1	0.7
Set quirúrgico no estéril	1	0.7
	149	100.0

Fuente: Oficina de Gestión de la Calidad-Unidad de Seguridad del Paciente. Informe de Lista de Verificación de Cirugía Segura. Enero – diciembre 2022

En el año 2022 la adherencia a higiene de manos se encontró en sólo 41.7%

Respecto al lavado de manos quirúrgico del personal del equipo quirúrgico se identificó un bajo porcentaje (40%) de adherencia a la técnica correcta, según norma, en el personal médico cirujano y personal en formación (médicos residentes). Asimismo, se identificó bajo porcentaje (40%) de baño pre quirúrgico de gestantes con indicación de cesárea de emergencia (Tabla N° 2). Asimismo, de los Incidentes de seguridad sin daño registrados en la Lista de Verificación de Cirugía Segura se identificaron factores que influyen para la presentación de infecciones de sitio operatorio (Tabla N° 3), siendo el mayor porcentaje (89%) la falta de supervisión del Cirujano principal al personal médico en formación durante el cierre de herida operatoria.

IX. Objetivos

9.1 General

Asegurar el cumplimiento de las buenas prácticas para la prevención de infecciones asociadas a cesárea, para el control de las Infecciones de Sitio Operatorio asociado a cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia para junio 2024.

9.2 Específicos

9.2.1 Protocolizar la limpieza y desinfección de Equipo y Dispositivos médicos en Centro Obstétrico.

9.2.2 Cumplir con las prácticas de baño preoperatorio y recorte de vello en gestantes con indicación de cesárea de emergencia.

9.2.3 Asegurar la antibioticoprofilaxis de las gestantes con indicación de cesáreas de emergencia.

9.2.4 Cumplir con la práctica de higiene de manos clínica y quirúrgica del personal de salud involucrado en el proceso de atención de gestante con indicación de cesárea de emergencia.

9.2.5 Protocolizar las buenas prácticas de Técnica Aséptica durante la atención quirúrgica de la gestante con indicación de cesárea.

9.2.6 Protocolizar las buenas prácticas de cuidados de herida quirúrgica en púerperas post cesárea.

X. Metodología

Según Guía Técnica para la elaboración de Proyectos de Mejora y la aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad aprobada mediante RM N° 095-2012/MINSA.

Según Documento Técnico: Manual Metodológico para el Desarrollo de Proyectos de Mejora de la Calidad en el Hospital nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" aprobado mediante RD 157-2021-DG-HONADOMANI-SB.

10.1 Etapa de Estudios

a) Identificación de la oportunidad de mejora

La Tasa de incidencia de Infección del Sitio Operatorio asociada a cesárea se encuentra incrementada en los últimos 9 años y la tasa de incidencia para el año 2022 es 2.45 /100 cesáreas, mayor al promedio nacional (0.84) y a la categoría de establecimiento III-E (0.93) (Tabla N° 1).

La tasa de ISO asociada a cesárea según tipo: cesárea programada 0.93 / 100 cesáreas y en cesáreas de emergencia 2.81 /100 cesáreas.

Se realizó la revisión de 76 historias de pacientes post cesareadas para la caracterización de la población objetivo, se encontraron los siguientes resultados:

- 38% se encontraron entre 30 y 39 años de edad.
- 95% Cesáreas de emergencia.
- Promedio tiempo operatorio 44 minutos, 20% tiempo operatorio > 60 minutos y 8% igual o < 29 minutos.
- Se realizó selección al azar de una Paciente trazadora y se construyó un mapa geográfico:
 - Obesidad tipo I, anemia moderada
 - Cesárea previa 2 veces, pre eclampsia severa
 - Cultivo: E. Coli Coagulada Negativo
 - Número de actividades según área = 374

b) Planteamiento del problema

En los últimos 9 años la Oficina de Epidemiología de nuestra institución ha reportado altas tasas de Infección de Sitio Operatorio asociada a cesárea, siendo la tasa 2.4 /100 cesáreas en los últimos 9 años, mayor al promedio nacional 0.84 y al promedio para establecimientos III-E 0.93/100 cesáreas (Tabla N° 1).

Este problema genera mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en las usuarias que la presentan, incremento de costos de la no calidad que se refleja en incremento de días de estancia hospitalaria, dehiscencia de herida operatoria, cultivos y reintervenciones; mayor resistencia antimicrobiana, mayor gasto de recursos económicos de la familia, postergación de la incorporación de la madre en el seno familiar, insatisfacción con la atención de las usuarias, entre otros.

c) Determinación de las causas

Para identificar las posibles causas según población objetivo se utilizó las siguientes herramientas de calidad: Lluvia de ideas, Diagrama de Afinidad y Diagrama de Ishikawa.

LLUVIA DE IDEAS
Procedimientos de limpieza y desinfección de equipo y material médico no estandarizado
Bajo porcentaje de cumplimiento de antibióticoprofilaxis, según norma.
Limitado acceso a suministro seguro y continuo de agua y jabón antiséptico
Gestantes acuden al parto sin baño previo.
Bajo porcentaje de cumplimiento de preparación preoperatoria de gestantes con indicación de cesárea de emergencia (baño, recorte de vello, recorte de uñas).
Insuficiente provisión de insumos para lavado de manos, baño de pacientes, desinfección de sitio operatorio.
Bajo cumplimiento de higiene de manos según norma del personal de salud quirúrgico involucrado en el proceso de atención de gestante con indicación de cesárea.
No se realiza supervisión y monitoreo permanente de la higiene de manos del personal quirúrgico.
Inadecuada preparación del sitio quirúrgico.
Quiebre de técnica aséptica cerrada en el momento de la cirugía.
Técnica quirúrgica no estandarizada.
Cuidado de herida operatoria no estandarizada.
Pacientes con bajo conocimiento de cuidados de herida operatoria en su domicilio.
Insuficiente personal de enfermera instrumentista
Escasa orientación e información a púerperas post cesareadas respecto a cuidados de herida quirúrgica.
Procedimiento de cuidado de herida operatoria no estandarizado
Incumplimiento de aforo recomendado para quirófano.
80% de personal de salud en formación acude a capacitación en prevención y control de IAAS
No se realiza supervisión permanente al personal en formación (estudiantes, internos, residentes) respecto al cumplimiento de medidas de prevención de IAAS.
Incumplimiento de medidas específicas para la disminución de incidencia de Infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención de salud.
Incumplimiento de aforo en Centro obstétrico.
Existe personal de salud del equipo quirúrgico que no cumple con la técnica y tiempo para la higiene de manos quirúrgico.
Deficiente trabajo en equipo.

DIAGRAMA DE AFINIDAD

Atención Prequirúrgica

- **ACTIVIDADES/TAREAS**
 - Procedimientos de limpieza y desinfección de equipo y material médico no estandarizado.
 - Bajo porcentaje de cumplimiento de antibioticoprofilaxis, según norma.
 - Bajo porcentaje de cumplimiento de preparación preoperatoria de gestantes con indicación de cesárea de emergencia (baño, recorte de vello, recorte de uñas).
- **FORMACION ENTRENAMIENTO**
 - 80% de personal de salud en formación acude a capacitación en prevención y control de IAAS.
- **CONDICIONES DE TRABAJO**
 - Incumplimiento de aforo en Centro obstétrico.
 - Deficiente trabajo en equipo.
- **PACIENTES**
 - Gestantes acuden al parto sin baño previo

Atención quirúrgica

- **EQUIPAMIENTO Y RECURSOS**
 - Limitado acceso a suministro seguro y continuo de agua y jabón antiséptico.
 - Insuficiente provisión de insumos para lavado de manos, baño de pacientes, desinfección de sitio operatorio.
- **FORMACION ENTRENAMIENTO**
 - Bajo cumplimiento de higiene de manos según norma, de parte del personal de salud quirúrgico en formación involucrado en el proceso de atención de gestante con indicación de cesárea.
 - Inadecuada preparación del sitio quirúrgico.
 - Quiebre de técnica aséptica cerrada en el momento de la cirugía.
 - Técnica quirúrgica no estandarizada.
 - No se realiza supervisión permanente al personal en formación (estudiantes, internos, residentes) respecto al cumplimiento de medidas de prevención de IAAS
- **CONDICIONES DE TRABAJO**
 - Incumplimiento de aforo recomendado para quirófano.
- **ACTIVIDADES/TAREA**
 - Parcial cumplimiento de medidas específicas para la disminución de incidencia de Infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención de salud., de parte del personal de salud quirúrgico.
 - Existe personal de salud del equipo quirúrgico que no cumple con la técnica y tiempo para la higiene de manos quirúrgico.
 - No se realiza supervisión y monitoreo permanente de la higiene de manos del personal quirúrgico.

Atención post quirúrgica

- **ACTIVIDADES/TAREA**
 - Cuidado de herida operatoria no estandarizada.
 - Procedimiento de cuidado de herida operatoria no estandarizado.
 - No se realiza orientación y consejería a púerperas post cesareadas para cuidado de herida operatoria.
- **PACIENTES**
 - Pacientes con bajo conocimiento de cuidados de herida operatoria en su domicilio.

d) Determinación de indicadores para medir los logros.

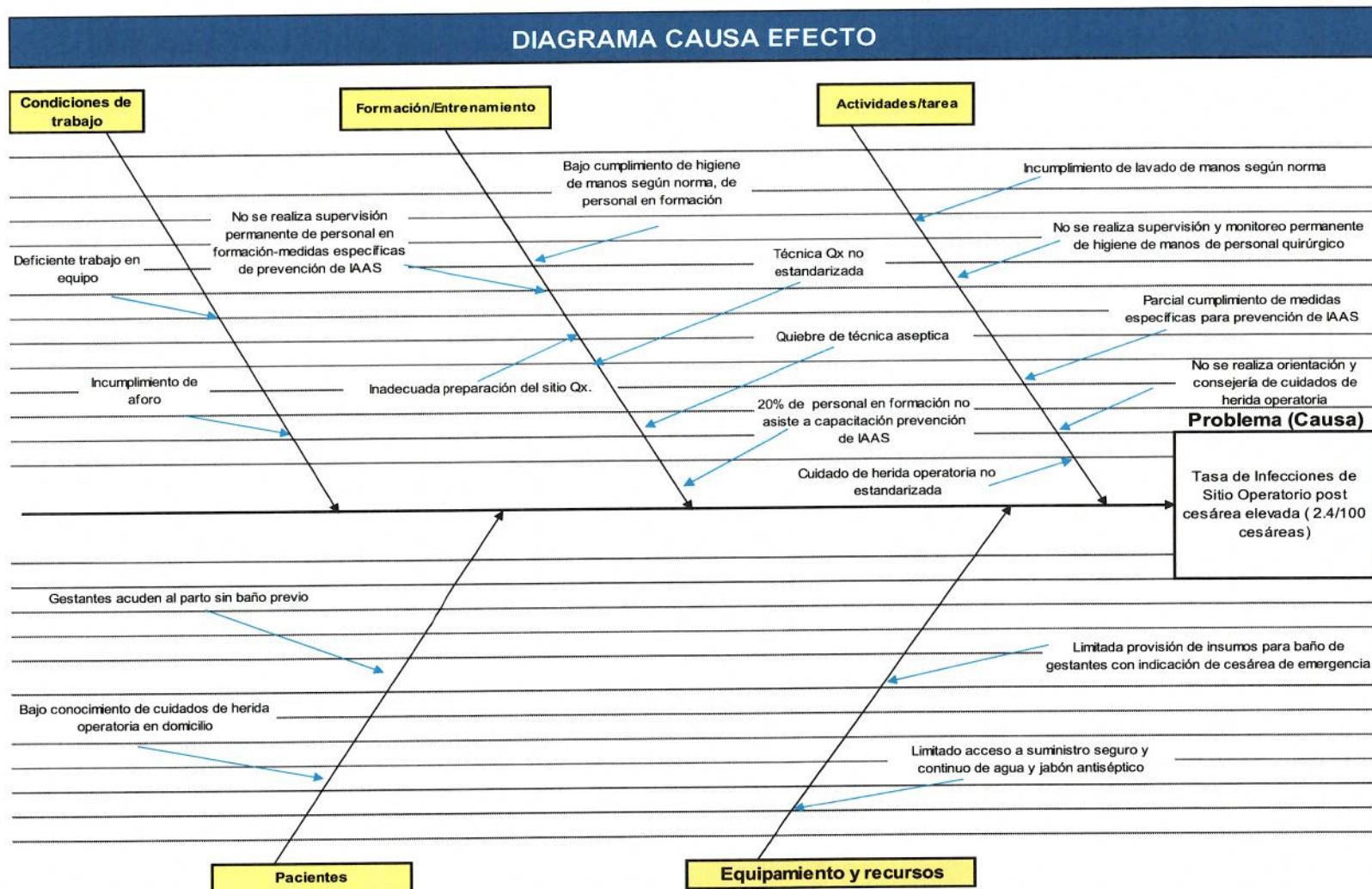
- Tasa de Incidencia de ISO asociada a cesárea de emergencia.
- Porcentaje de personal de salud capacitado en medidas específicas de prevención de ISO asociada a cesárea (médico asistente, enfermera, médico residente e interno de medicina)
- Porcentaje de pacientes gestantes con indicación de cesárea de emergencia con preparación preoperatoria adecuada (baño preoperatorio y recorte de vello).
- Porcentaje de cumplimiento de profilaxis antibiótica según norma en cesáreas de emergencia.
- Porcentaje de cumplimiento de higiene de manos del personal de salud de Centro obstétrico y Centro quirúrgico.
- Porcentaje de puérperas post cesareadas con orientación y educación en Cuidados de herida operatoria.

e) Recopilación de datos basales

Indicadores	Valor base	Estándar
Indicador de Estructura		
Porcentaje de personal de salud capacitado en medidas específicas de prevención de ISO asociada a cesárea (médico asistente, enfermera, médico residente e interno de medicina).	70%	100%
Indicadores de Proceso		
Porcentaje de gestantes con indicación de cesárea de emergencia con preparación preoperatoria adecuada (baño y recorte de vello).	40%	>80%
Porcentaje de gestantes que dan a luz por cesárea de emergencia que recibieron profilaxis antibiótica según norma	52%	100%
Porcentaje de personal quirúrgico que realiza higiene de manos quirúrgica adecuada.	40%	> 60%
Porcentaje de puérperas post cesareadas con orientación y educación en Cuidados de herida operatoria.	No medido	100%
Indicador de Resultado		
Incidencia de ISO en mujeres que dan a luz por cesárea de emergencia	2.4 /100 cesáreas	0.93 /100 (Establecimiento categoría III-E)

Fuente: Registros de Centro Obstétrico-Oficina de Epidemiología y Salud ambiental

f) Priorizar las causas raíces a intervenir



MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

Nº	PROBLEMAS DE INTERES	CRITERIOS DE CALIFICACIÓN				TOTAL
		FRECUENCIA	IMPORTANCIA	FACTIBILIDAD		
1	Bajo porcentaje de cumplimiento de antibióticoprofilaxis, según norma.	40	40	40		120
2	Limitado acceso a suministro seguro y continuo de agua y jabón antiséptico.	39	40	37		116
3	Procedimientos de limpieza y desinfección de equipo y material médico no estandarizado	32	40	40		112
4	Bajo porcentaje de cumplimiento de preparación preoperatoria de gestantes con indicación de cesárea de emergencia (baño, recorte de vello, recorte de uñas).	35	40	37		112
5	Bajo cumplimiento de higiene de manos según norma del personal de salud quirúrgico involucrado en el proceso de atención de gestante con indicación de cesárea.	35	40	35		110
6	Inadecuada preparación del sitio quirúrgico.	35	40	35		110
7	Escasa orientación e información a puérperas post cesareadas respecto a cuidados de herida quirúrgica.	30	40	40		110
8	Cuidado de herida operatoria no estandarizada.	32	40	38		110
9	Pacientes con bajo conocimiento de cuidados de herida operatoria en su domicilio.	30	40	40		110
10	No se realiza supervisión y monitoreo permanente de la higiene de manos del personal quirúrgico.	35	38	35		108
11	Incumplimiento de AFORO para Centro Qx y Centro Obstétrico	38	40	30		108
12	No se realiza supervisión permanente al personal en formación (estudiantes, internos, residentes) respecto al cumplimiento de medidas de prevención de IAAS.	35	40	32		107
13	Quiebre de técnica aséptica cerrada en el momento de la cirugía.	35	40	32		107
14	Deficiente trabajo en equipo	35	40	30		105
15	Incumplimiento de medidas específicas para la disminución de incidencia de Infecciones intrahospitalarias asociadas a la atención de salud.	33	40	30		103
16	Insuficiente provisión de insumos para lavado de manos, baño de pacientes, desinfección de sitio operatorio.	25	40	37		102
17	Técnica quirúrgica no estandarizada.	30	40	32		102
18	Gestantes acuden al parto sin baño previo.	35	40	25		100
19	Existe personal de salud del equipo quirúrgico que no cumple con la técnica y tiempo para la higiene de manos quirúrgico.	25	40	32		97
20	Insuficiente personal de enfermera instrumentista.	30	40	24		94

g) Planteamiento de intervenciones

Del análisis de las causas raíces y su priorización se plantearon objetivos específicos e intervenciones que permitan lograrlos, establecidas en el Plan de Acción.

- Protocolizar la limpieza y desinfección de Equipos y Dispositivos Biomédicos en Centro Obstétrico.
- Elaborar e Implementar de Guía de Procedimiento Asistencial de Antibióticoprofilaxis en cesáreas.
- Implementar Baño preoperatorio obligatorio de gestantes con indicación de cesárea de emergencia en Centro Obstétrico.
- Asegurar el cumplimiento de las buenas prácticas de prevención de IAAS
- Garantizar adecuada provisión de agua y jabón y operatividad del sistema de acondicionamiento en Centro Quirúrgico.

Elaborar e Implementar Guía de Procedimiento Asistencial de Limpieza y Desinfección de Sitio Operatorio en cesáreas.



- Elaborar e Implementar Guía de Procedimiento Asistencial de Cuidado de Herida operatoria.
 - Implementar Plan de Orientación y Consejería de Cuidados de herida operatoria dirigida a puérperas post cesareadas.
 - Desarrollar Taller de Trabajo en Equipo con personal de salud de Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico.
- h) Formulación del Plan de Acción. Ver Anexo N° 1

XI. Resultados esperados

Indicadores	Valor base	Valor esperado
Indicador de Estructura		
Porcentaje de personal de salud capacitado en medidas específicas de prevención de ISO asociada a cesárea (médico asistente, enfermera, médico residente e interno de medicina)	70%	100%
Indicadores de Proceso		
Porcentaje de gestantes con indicación de cesárea de emergencia con preparación preoperatoria adecuada (baño y recorte de vello)	40%	>80%
Porcentaje de gestantes que dan a luz por cesárea de emergencia que recibieron profilaxis antibiótica según norma	52%	>80%
Porcentaje de personal quirúrgico que realiza higiene de manos quirúrgica adecuada.	40%	>80%
Porcentaje de puérperas post cesareadas con orientación y educación en Cuidados de herida operatoria	No medido	100%
Indicador de Resultado		
Incidencia de ISO en mujeres que dan a luz por cesárea de emergencia	2.4 /100 cesáreas	1.5 / 100 cesáreas

XII. Cronograma de actividades

Año 2022

Actividades	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Planificación	X	X	X	X	X	X	X					
Ejecución						X	X	X	X	X	X	X
Seguimiento							X	X	X	X	X	X
Evaluación de resultados												

Año 2023

Actividades	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Planificación												
Ejecución	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seguimiento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación de resultados												

Año 2024

Actividades	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
Planificación							
Ejecución	X	X	X	X	X	X	
Seguimiento	X	X	X	X	X	X	
Evaluación de resultados						X	X

XIII. Propuesta de financiación

El presente proyecto estará financiado con recursos propios de la institución a través del requerimiento de necesidades. La fase de planificación no irrogó gasto adicional porque ha sido desarrollado íntegramente con la participación del equipo de mejora, los cuales son personal de salud del hospital.

**PLAN DE ACCION DE PROYECTO DE MEJORA CONTINUA " CONTROL ISO EN CESAREAS DEL
DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA. HONADOMANI "SAN BARTOLOMÉ"**

ESTRATEGIA / ACTIVIDAD	EQUIPO RESPONSABLE		ENTREGABLES		Días	PLAZO DE IMPLEMENTACIÓN		% AVANCE REAL	% AVANCE PLANIFIC.	% CUMPLIMIENTO	
	Líder de la Actividad	Involucrados	Intermedios	Finales		Fecha Inicio	Fecha Fin				
ESTRATEGIA 1: Validación de la limpieza y desinfección de Equipo y Dispositivos médicos en Centro Obstétrico.								0	100		
1. Elaboración de fichas de limpieza y desinfección de equipo y material médico de Centro Obstétrico	Obst. Responsable de Centro Obstétrico	Personal de Centro Obstétrico	Actas de Reunión	Fichas de Limpieza - Modelo	0			0%	100%	0%	
2. Implementación de fichas de limpieza y desinfección de equipo y material médico en Centro Obstétrico				Copia de Registro de Limpieza y desinfección en Fichas de limpieza	0			0%	100%	0%	
3. Seguimiento y monitoreo			Obst. Responsable de Centro Obstétrico/Oficina Gestión de la Calidad	Coord. Centro Obstétrico/Ofic . Gestión de la Calidad	Ficha de seguimiento y monitoreo		0			0%	100%
ESTRATEGIA 2: Fortalecimiento de la buena práctica de baño preoperatorio y recorte de vello en gestantes con indicación de cesárea de emergencia.								0%	100		
1. Implementación de la buena práctica clínica de baño preoperatorio a Gestantes de Alto riesgo con expectativa quirúrgica de emergencia	Obst. Responsable de Centro Obstétrico	Personal de Centro Obstétrico	Ficha de seguimiento y monitoreo	Registro de actividades	0			40%	80%	50%	
2. Acondicionamiento de ducha en Centro Obstétrico		Obst. Resp. CO/Oficina Gestión de la Calidad		Ficha de Seguimiento / Fotos							
3. Documentar el procedimiento del baño preoperatorio y recorte de vello.				Documento	0			40%	80%	50%	
4. Seguimiento y monitoreo	Jef. Dpto. GO/Oficina	Oficina Gestión de la Calidad			Informe de Seguimiento y Monitoreo	0			0%	100%	0%



Proyecto Control de Infección de Sitio Operatorio (ISO)
en Cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia del
Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Gestión de la Calidad										
ESTRATEGIA 3: Aseguramiento de la antibioticoprofilaxis de las gestantes con indicación de cesáreas de emergencia.								50	100	
1. Elaboración y aprobación de Guía de Procedimiento Asistencial de administración de antibiótico profilaxis en cesáreas	Jefe de Departamento de Anestesiología /Dpto. Gineco Obstetricia	Personal médico y enfermería de Centro Quirúrgico/Personal médico y Obstetra de Centro Obstétrico	Actas de Reunión	Guía de Procedimiento Asistencial aprobada/ Lista de asistencia	0			0%	100%	0%
2. Socialización e Implementación de Guía actualizada					0			0%	100%	0%
3. Seguimiento y monitoreo	Oficina de Epidemiología/ Oficina Gestión de la Calidad	Oficina de Epidemiología/ Oficina Gestión de la Calidad	Ficha de seguimiento	Ficha de seguimiento	0			0%	100%	0%
ESTRATEGIA 4: Fortalecimiento de las prácticas de higiene de manos clínica y quirúrgica del personal de salud involucrado en el proceso de atención de gestante con indicación de cesárea de emergencia.								50	100	
1. Capacitación periódica en prevención de AAS a personal en formación (médicos residentes e internos)	Jefe de Oficina de Epidemiología	Jefe de Oficina de Epidemiología	Documento de reunión	Lista de asistencia	0			70%	100%	70%
2. Supervisión periódica del procedimiento de lavado de manos clínica y quirúrgica del personal involucrado en el proceso de atención.	Jefe de Oficina de Epidemiología/Enf. Jef. De Centro Quirúrgico	Jefe de Oficina de Epidemiología/ Enf. Jef. de Centro Quirúrgico	Check List	Fichas de supervisión	0			0%	100%	0%
3. Aseguramiento de la operatividad de los baños y acondicionadores en centro quirúrgico.			Check List	Fichas de supervisión/Fotos				0%	100%	0%
4. Reuniones de retroalimentación de los resultados de la supervisión	Jefaturas de Dpto. Centro Quirúrgico/ Gineco Obstetricia	Personal de Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico	Documento de reunión	Lista de asistencia	0			20%	20%	100%
5. Implementación de acciones de mejora	Jefaturas de Dpto. Centro Quirúrgico/ Gineco Obstetricia	Personal de Centro Obstétrico y Centro Quirúrgico	Documento de reunión	Documento de reunión	0			20%	20%	100%

Proyecto Control de Infección de Sitio Operatorio (ISO)
en Cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia del
Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

3. Seguimiento y monitoreo	Oficina Gestión de la Calidad	Jefaturas de Dpto. GO y Centro Qx./Oficina de la Gestión de la Calidad	Ficha de seguimiento	Informe de Seguimiento y Monitoreo			0%	100%	0%
ESTRATEGIA 5: Fortalecimiento de las buenas prácticas de la Técnica Aséptica durante la atención quirúrgica de la gestante con indicación de cesárea.							50	100	
1. Elaboración de Guía de Procedimiento Asistencial de preparación de sitio Qx para cesárea	Jefe de Dpto. Gineco Obstetricia	Coordinadora de Responsable de Proyecto	Actas de Reunión	Guía de Procedimiento Asistencia aprobada	0		10%	10%	100%
2. Socialización e Implementación de Guía de Procedimiento Asistencial de preparación de sitio Qx. para cesárea		Jefe de Dpto. Gineco Obstetricia	Documento de Departamento	Lista de personal asistencial	0		20%	20%	100%
3. Documentación de Técnica Quirúrgica y barreras de contención en cesáreas de emergencia y socialización para implementación.		Jefe de Dpto. Gineco Obstetricia	Documento de Departamento	Lista de personal asistencial	0		20%	20%	100%
4. Seguimiento y Monitoreo	Oficina Gestión de la Calidad	Coordinadora responsable del Proyecto/Ofic. Gestión de la Calidad	Ficha de Seguimiento	Informe de Seguimiento y Monitoreo	0		20%	20%	100%
ESTRATEGIA 6: Fortalecimiento de las buenas prácticas de cuidados de herida quirúrgica en puerperas post cesárea.							50	100	
1. Elaboración y aprobación de Guía de Procedimiento Asistencial de Cuidado de herida operatoria post cesárea	Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia	Coordinadora de ... Responsable de Proyecto/Personal médico de Gineco Obstetricia	Documento de elaboración	Guía de Procedimiento Asistencial aprobada	0		0%	100%	0%
2. Socialización e implementación de la Guía de Procedimiento Asistencial de Cuidado de herida operatoria post cesárea		Jefe Dpto. GO/Jef. Enf. Serv. Hospitalización GO	Documento de socialización e implementación	Lista de personal asistencial	0		0%	100%	0%

Proyecto Control de Infección de Sitio Operatorio (ISO)
 en Cesáreas del Departamento de Gineco Obstetricia del
 Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"

Supervisión periódica del cumplimiento del procedimiento de Cuidados de la herida operatoria post cesárea		Jef. Dpto. GO	Check List	Informe de Seguimiento y Monitoreo	0			0%	100%	0%
Elaboración de material educativo de cuidados post operatorio de herida quirúrgica post cesárea.	Jef. Enf. Serv. Hospitalización GO	Personal de Enfermería Serv. Hospitalización	Material educativo en proceso	Material educativo definido	0			0%	100%	0%
Orientación y Consejería a puérperas sobre cuidados post operatorios de herida quirúrgica post cesárea			Registro de pacientes	Informe de actividades	0			0%	100%	0%

