

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------|
|  | GESTIÓN DE RECURSOS Y SERVICIOS BIBLIOTECARIOS | | Código | FO-GS-15 |
| | | | VERSIÓN | 02 |
| | ESQUEMA HOJA DE RESUMEN | | | |
| | | | FECHA | 03/04/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 1 | |
| ELABORÓ | | REVISÓ | | APROBÓ |
| Jefe División de Biblioteca | | Equipo Operativo de Calidad | | Líder de Calidad |

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES):

NOMBRE(S): VIVIANA DEL PILAR APELLIDOS: MUÑOZ TORRES

NOMBRE(S): _____ APELLIDOS: _____

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): DALIA IMA APELLIDOS: PEREZ VILLAMIZAR

CO-DIRECTOR:

NOMBRE(S): _____ APELLIDOS: _____

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): FOMENTO DEL TRANSPORTE SEGURO DE MATERIAL ESTÉRIL DESDE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HACÍA LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y URGENCIAS DE LA CLÍNICA SANTA ANA EN BUSCA DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

RESUMEN

El objetivo del proyecto fue implementar el protocolo del proceso de transporte del material estéril desde la Central de Esterilización hacia los servicios de cirugía, UCI, urgencias y hospitalización por parte del personal asistencial de la clínica Santa Ana S.A., Sede Principal y Sede Norte. Es por esto, que nos enfocaremos en las medidas de precaución y protección que deben ser tenidas en cuenta en el momento inmediatamente anterior a la apertura y uso de dicho material. El transporte en este caso se evidencia como la adaptación e implementación del protocolo de transporte de instrumental quirúrgico por parte del personal asistencial de una clínica de la ciudad de Cúcuta en el primer semestre del año 2022.

PALABRAS CLAVE: esterilización, material estéril, transporte de material estéril, central de esterilización, cirugía.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 105 PLANOS: ILUSTRACIONES: CD ROOM: 1

Copia No Controlada

FOMENTO DEL TRANSPORTE SEGURO DE MATERIAL ESTERIL DESDE LA CENTRAL
DE ESTERILIZACIÓN HACÍA LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y URGENCIAS DE LA
CLÍNICA SANTA ANA EN BUSCA DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA
ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

VIVIANA DEL PILAR MUÑOZ TORRES

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2022

FOMENTO DEL TRANSPORTE SEGURO DE MATERIAL ESTERIL DESDE LA CENTRAL
DE ESTERILIZACIÓN HACÍA LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y URGENCIAS DE LA
CLÍNICA SANTA ANA EN BUSCA DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA
ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

VIVIANA DEL PILAR MUÑOZ TORRES

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:

Enfermera

Directora:

DALIA IMA PEREZ VILLAMIZAR

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS DE ENFERMERÍA

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2022



UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

ACTA DE SUSTENTACION No. 021

PROYECTO DE GRADO

FECHA: SAN JOSE DE CUCUTA, 11 DE JULIO DE 2022 HORA: 05:00 P.M.

LUGAR: FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD-

PROGRAMA DE: ENFERMERIA

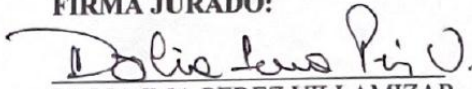
TITULO DE LA PROYECTO: PASANTIA "FOMENTO DEL TRANSPORTE SEGURO DE MATERIAL ESTÉRIL DESDE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HACIA LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y URGENCIAS DE LA CLÍNICA SANTA ANA EN BUSCA DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO"

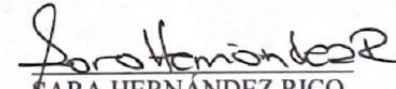
JURADOS: DALIA IMA PEREZ VILLAMIZAR
SARA HERNÁNDEZ
MYRIAM GARCÍA GÓMEZ

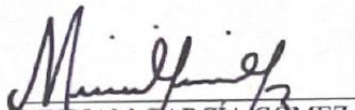
DIRECTOR: DALIA IMA PEREZ VILLAMIZAR

| NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES: | CODIGO | NOTA | CALIFICACION | | |
|---------------------------------------|----------------|------------|--------------|-----|----------|
| | | | (A) | (M) | (L) |
| <u>VIVIANA DEL PILAR MUÑOZ TORRES</u> | <u>1800979</u> | <u>4.3</u> | | | <u>X</u> |

FIRMA JURADO:


DALIA IMA PEREZ VILLAMIZAR


SARA HERNÁNDEZ RICO


MYRIAM GARCÍA GÓMEZ


Vo.Bo DIANNE SOFIA GONZALEZ ESCOBAR
Directora Programa Enfermería

Contenido

| | pág. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Introducción | 12 |
| 1. Problema | 13 |
| 1.1 Título | 13 |
| 1.2 Situación Problemática | 13 |
| 1.3 Justificación | 15 |
| 1.4 Resultados Esperados y Potenciales a Desarrollar | 16 |
| 1.5 Objetivos | 16 |
| 1.5.1 Objetivo general | 16 |
| 1.5.2 Objetivos específicos | 16 |
| 2. Marco Referencial | 18 |
| 2.1 Antecedentes | 18 |
| 2.2 Marco Conceptual | 19 |
| 2.3 Marco Contextual | 21 |
| 2.3.1 Nombre de la IPS – naturaleza y nivel de complejidad | 21 |
| 2.3.2 Reseña histórica de la entidad | 21 |
| 2.3.3 Datos de ubicación de la IPS | 23 |
| 2.3.4 Direccionamiento estratégico: misión-visión- políticas de la entidad – valores y principios corporativos | 24 |
| 2.3.5 Responsabilidad social | 26 |
| 2.3.6 Gobierno corporativo: organigrama- junta directiva – gerencia o alta dirección de la entidad, presentar como está integrado en la IPS | 30 |
| 2.3.7 Portafolio de servicios de la IPS | 35 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.3.8 Imagen corporativa de la entidad | 43 |
| 2.3.9 Población que atiende usuarios de los servicios | 43 |
| 2.4 Marco Legal | 44 |
| 3. Marco del Diseño del Proyecto | 46 |
| 3.1 Descripción del Programa o Proyecto a Desarrollar | 46 |
| 3.2 Plan Operativo | 48 |
| 3.3 Cronograma de Actividades | 50 |
| 3.4 Presupuesto | 52 |
| 4. Desarrollo del Proyecto | 53 |
| 4.1 Análisis de Indicadores | 53 |
| 4.2 Protocolo “Transporte de Material Estéril desde la Central de Esterilización hacia los Servicios Solicitantes” | 68 |
| 4.3 Matriz de Educación | 69 |
| 4.4 Cronograma de Actividades de Educación | 71 |
| 4.5 Plan de Mejora | 72 |
| 4.5.1 Planeación de la mejora | 72 |
| 4.5.2 Ejecución | 73 |
| 4.5.2.1 Actividad N°1 de gestión | 73 |
| 4.5.2.2 Actividad N°2 de gestión | 74 |
| 4.5.2.3 Actividad N°3 de investigación | 75 |
| 5. Conclusiones | 85 |
| 6. Recomendaciones | 86 |
| Referencias Bibliográficas | 87 |
| Anexos | 90 |

Lista de Figuras

| | pág. |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Figura 1. Datos de ubicación de la IPS | 24 |
| Figura 2. Organigrama | 30 |
| Figura 3. Mapa de procesos de la institución | 31 |
| Figura 4. Imagen corporativa de la entidad | 43 |
| Figura 5. Cronograma de actividades | 51 |
| Figura 6. Indicadores de infección Clínica Santa Ana S.A. 2021 | 54 |
| Figura 7. Índice global cirugía general sede PPL 2021 | 55 |
| Figura 8. Índice global ortopedia 2021 | 56 |
| Figura 9. Índice global CX pediátrica | 57 |
| Figura 10. Índice maxilofacial 2021 | 58 |
| Figura 11. Índice infecciones urología 2021 | 58 |
| Figura 12. Índice infecciones ginecología 2021 | 59 |
| Figura 13. Incide infecciones urología y CX vascular 2021 | 59 |
| Figura 14. Indicadores de infección de sitio operatorio sede principal 2021 | 60 |
| Figura 15. Índice global UCI 1 2021 | 61 |
| Figura 16. Indicadores de infección UCI 2 2021 | 62 |
| Figura 17. Índice de infecciones UCI 2021 | 63 |
| Figura 18. Índice global UCI 3 2021 | 64 |
| Figura 19. Resumen índices de infección en UCI 3 2021 | 65 |
| Figura 20. Información consolidada UCI 1 + UCI 2 + UCI 3 Clínica Santa Ana 2021 | 66 |
| Figura 21. Índice global de infecciones unidades de cuidado intensivo 2021 | 67 |
| Figura 22. Comportamiento infecciones asociadas a la atención en salud 2015-2021 | 68 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 23. Matriz de educación | 70 |
| Figura 24. Actividad N°1 de gestión | 73 |
| Figura 25. Actividad N°2 de gestión | 74 |
| Figura 26. Asepsia de manos | 76 |
| Figura 27. Uso correcto y completo de los EPP | 76 |
| Figura 28. Verificar la integridad del paquete | 77 |
| Figura 29. Verifica que la etiqueta del paquete o elemento estéril cuente con la fecha de esterilización y fecha de vencimiento | 77 |
| Figura 30. El contenedor de transporte es del material apropiado | 78 |
| Figura 31. El contenedor de transporte es del tamaño apropiado de acuerdo al material a transportar | 78 |
| Figura 32. El contenedor de transporte esta rotulado como material estéril | 79 |
| Figura 33. El contenedor de transporte cuenta con tapa | 79 |
| Figura 34. El contenedor de transporte se encuentra en buenas condiciones (sin enmendaduras) | 80 |
| Figura 35. El contenedor se encuentra limpio | 80 |
| Figura 36. El material es transportado en las manos o en bolsas plásticas | 81 |
| Figura 37. El material es transportado dentro del contenedor y/o carro de transporte | 81 |
| Figura 38. El material supera la calidad máxima o permitida del contenedor | 82 |
| Figura 39. El material frágil y/o delicado es ubicado en la parte superior del contenedor | 82 |
| Figura 40. El material es trasladado directamente al servicio solicitante | 83 |
| Figura 41. El material es transportado en contenedores de transporte o deposito de material sucio/contaminado o no estéril | 83 |
| Figura 42. Durante el traslado del material al servicio el contenedor es depositado en el piso | 84 |

Lista de Tablas

| | pág. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Tabla 1. Plan operativo | 48 |
| Tabla 2. Fuente de financiación | 52 |
| Tabla 3. Egresos del proyecto | 52 |
| Tabla 4. Cronograma de actividades de educación | 71 |
| Tabla 5. Planeación de la mejora | 72 |
| Tabla 6. Lista de chequeo de transporte de material estéril desde la ce hacía los servicios | 75 |

Lista de Anexos

| | pág. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Anexo 1. Protocolo “Transporte de material estéril desde la Central de Esterilización hacia los servicios solicitantes” | 91 |
| Anexo 2. Desarrollo de la matriz de educación | 94 |
| Anexo 3. Infografía | 98 |
| Anexo 4. Registro fotográfico | 99 |
| Anexo 5. Listas de asistencia | 102 |

Resumen

La garantía de la esterilización del material estéril está relacionada con el lavado, secado, empaque, esterilización, almacenamiento y transporte desde la central de esterilización hacia los servicios solicitantes. El objetivo del proyecto fue implementar el protocolo del proceso de transporte del material estéril desde la Central de Esterilización hacia los servicios de cirugía, UCI, urgencias y hospitalización por parte del personal asistencial de la clínica Santa Ana S.A., Sede Principal y Sede Norte. Es por esto, que nos enfocaremos en las medidas de precaución y protección que deben ser tenidas en cuenta en el momento inmediatamente anterior a la apertura y uso de dicho material. El transporte en este caso se evidencia como la adaptación e implementación del protocolo de transporte de instrumental quirúrgico por parte del personal asistencial de una clínica de la ciudad de Cúcuta en el primer semestre del año 2022. Se concluyó que continua sistematización de los procesos asistenciales garantiza y promueve la cultura de seguridad del paciente, de la institución y la calidad de los servicios prestados.

Introducción

El transporte de material estéril debe ser un tema rigurosamente tratado e implementado por el personal asistencial o encargado del mismo, ya que hace parte del proceso de esterilización y se debe garantizar la esterilización del mismo, ya que esto prevendrá las infecciones nosocomiales o adquiridas en la estancia hospitalaria asociadas al tratamiento médico.

La integridad de la esterilización del material estéril desde la salida de la central de esterilización hacía los servicios y previo uso en intervenciones médicas en dirección al agente de cuidados se debe mantener en todo momento para evitar las infecciones asociadas a atención en salud, uso de material y a la estancia hospitalaria, esto disminuirá el uso de antibiótico terapia, resistencia a antimicrobianos, aumento de la estancia en la institución y costos en la atención en salud.

Correspondiendo a lo anterior la presente pasantía busca que la clínica Santa Ana S.A. fomente el uso de protocolos en el transporte del material estéril cuidando y protegiendo la integridad del mismo previo su uso en los pacientes.

1. Problema

1.1 Título

“FOMENTO DEL TRANSPORTE SEGURO DE MATERIAL ESTERIL DESDE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HACÍA LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y URGENCIAS DE LA CLÍNICA SANTA ANA EN BUSCA DE GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO”.

1.2 Situación Problemática

La Central de Esterilización (CE), por definición, es el servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles (ropa, gasas, apósitos), equipamiento biomédico e instrumental a todos los sectores del hospital, con el fin de proveer un insumo seguro para ser usado con el paciente (1).

Todos los instrumentos que se utilizan durante un procedimiento específico en un paciente requieren ser esterilizados o desinfectados; por ello es conveniente identificar los diferentes tipos de instrumentos según su uso y establecer el manejo para los diferentes grupos (1).

La desinfección es el proceso físico o químico por medio del cual se logra eliminar los microorganismos de formas vegetativas en objetos inanimados, sin que se asegure la eliminación de esporas bacterianas. Todo artículo semicrítico que no pueda ser esterilizado, debe ser sometido a desinfección de acuerdo al criterio de indicación, según el protocolo validado (2).

Ya que la desinfección de alto nivel se suele practicar fuera de la CE (Servicios de Endoscopía, Odontología y áreas quirúrgicas), es fundamental que el profesional responsable de la CE participe en conjunto con el Servicio Control de Infecciones de la institución en la

implementación de los procesos de desinfección de alto nivel y sea el responsable de su supervisión (2).

Justifica esta afirmación el hecho de que la eficacia y seguridad de la desinfección requiere del monitoreo estricto de parámetros y de procedimientos escritos con la operatoria de trabajo detallada; debiéndose registrar los controles químicos (control de concentración con tiras químicas reactivas) y controles físicos (temperatura y tiempo de exposición) efectuados sobre la solución desinfectante (3).

Estos controles deben tener igual grado de rigor que los aplicables para los procesos de esterilización efectuados dentro de la central. Así mismo, para hacer un trabajo de desinfección exitoso es fundamental verificar la compatibilidad física y funcional del instrumento con el producto desinfectante de acuerdo a indicaciones de los fabricantes. Para de esta manera garantizar la tendencia internacional de considerar a la desinfección de alto nivel como parte de un conjunto de operaciones destinadas a garantizar el correcto ciclo de reintegrar el procesamiento de los productos médicos. Por lo tanto, debe entenderse el tratamiento completo en su conjunto como desinfección de alto nivel, incluyendo las etapas previas y posteriores a la desinfección propiamente dicha (4).

Y estas etapas son:

- Lavado.
- Enjuague.
- Secado.
- Desinfección propiamente dicha.

- Enjuague del agente desinfectante.
- Secado (4).

1.3 Justificación

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), los microorganismos del ambiente no representan riesgo para el paciente a menos de que entre en contacto directo con un huésped susceptible, estas infecciones se presentan por el uso de materiales inanimados en procedimientos invasivos. Para prevenir las infecciones se debe garantizar que el equipo (artículos e instrumentos) estén libres de contaminación, es la esterilización el único proceso que puede garantizarlo y que proporciona la seguridad para las intervenciones en salud.

La principal función de la central de esterilización es proporcionar y garantizar el material estéril y los equipos para las acciones de atención en salud, pueden ocurrir fallas en la limpieza y preparación, esterilización ineficaz, almacenamiento inseguro, manipulación inadecuada y empaques inapropiados o insuficientes.

Para evitar las infecciones, el reingreso de los pacientes a las instituciones de salud, el aumento de los costos en salud por atención prolongada en la institución, la propagación de infecciones y la resistencia bacteriana de los pacientes a los antibióticos es de vital importancia y responsabilidad de la central de esterilización garantizar la esterilización del material instrumental quirúrgico desde el momento en que se entrega el material hasta su destino final, teniendo en cuenta que este será en la intervención médica o procedimiento en salud.

1.4 Resultados Esperados y Potenciales a Desarrollar

Análisis e interpretación de los indicadores de calidad de infecciones de la Clínica Santa Ana.

Creación del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias y cirugía en la Clínica Santa Ana.

Socialización del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios con el personal del área de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización.

Adherencia del personal asistencial del área de UCI, Urgencias, Cirugía y Hospitalización encargado del transporte de material estéril al nuevo protocolo creado para dicho fin en la institución.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general. Implementar el protocolo del proceso de transporte del material estéril desde la Central de Esterilización hacía los servicios de cirugía, UCI, urgencias y hospitalización por parte del personal asistencial de la clínica Santa Ana S.A., Sede Principal y Sede Norte.

1.5.2 Objetivos específicos. Los objetivos específicos se evidencian de la siguiente manera:

Analizar las cifras de los indicadores de calidad de infecciones de la Clínica Santa Ana.

Crear el protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la Clínica Santa Ana.

Socializar el protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la Clínica Santa Ana.

Fomentar la adherencia al protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización en el personal asistencial de la clínica Santa Ana.

Establecer un plan de mejora que corresponda a los resultados obtenidos en el análisis de la situación institucional.

2. Marco Referencial

2.1 Antecedentes

El autor Astagneau (7), refiere en su investigación que para prevenir y luchar contra las infecciones asociadas al tratamiento los medios disponibles son “desinfección y esterilización de los instrumentos, los cuales deben adaptarse a una cronología de esterilización exacta que disminuya la proliferación de los microorganismos presentes en las superficies” (p.1).

En 2014 Suberviola (8), en su investigación de infecciones nosocomiales en pacientes críticos dicen que “La adopción de medidas de barrera de máxima esterilidad en la inserción de catéter venoso central reduce significativamente la incidencia en comparación con las precauciones generales” (p.4).

Hernández (9), en su investigación que lleva por título Fundamentos de antisepsia, desinfección y esterilización; en el apartado de desinfección sobre material, superficies y ambiente dicen que:

Una limpieza incorrecta o defectuosa repercutirá de forma negativa en las sucesivas etapas del proceso de antisepsia/desinfección o esterilización. El proceso de desinfección, a diferencia de la esterilización, solo es capaz de eliminar la mayor parte de los gérmenes patógenos (pero no todos). Además, por las características del procedimiento, el material desinfectado pierde rápidamente esta propiedad por carecer del factor de empaquetado que lo proteja de contaminaciones. (p.3)

2.2 Marco Conceptual

Biocarga (o carga microbiana). Es el número y tipo de microorganismos viables que contaminan un objeto (5).

Buenas prácticas de esterilización. Son las normas a seguir durante el proceso de esterilización para garantizar una esterilización uniforme y controlada, conforme a las condiciones exigidas para un Prestador de Servicio de Salud (5).

Bioseguridad. Conjunto de normas y procedimientos que garantizan el control de los factores de riesgo, la prevención de impactos nocivos y el respeto de los límites permisibles sin atentar contra la salud de las personas que laboran y/o manipulan elementos biológicos, técnicos, bioquímicos, genéticos y garantizando que el producto o insumo de estas investigaciones y/o procesos, no atentan contra la salud y el bienestar del consumidor final ni contra el ambiente (5).

Central de esterilización. Es el servicio destinado a la limpieza, preparación, desinfección, almacenamiento, control, distribución de ropas, instrumental y material médico quirúrgico que requiere desinfección o esterilización. Se relaciona fundamentalmente con todos los servicios administrativos y asistenciales de la institución (5).

Descontaminación. Proceso físico o químico mediante el cual los objetos contaminados se dejan seguros para ser manipulados por el personal, al bajar la carga microbiana (5).

Desinfección. Proceso mediante el cual se eliminan muchos de los micro organismos patógenos de una superficie inanimada, excepto las formas esporuladas (5).

Estéril. Condición libre de microorganismos viables (5).

Esterilización. Proceso químico o físico mediante el cual se eliminan todas las formas vivas de microorganismos incluyendo las formas esporuladas, hasta un nivel aceptable de garantía de esterilidad. (10-6 para dispositivos médicos) (5).

Fecha de expiración o caducidad. Es la que indica el tiempo máximo dentro del cual se garantizan las especificaciones de calidad de un producto establecidas para su utilización (5).

Infecciones. Invasión del organismo por gérmenes patógenos, que se establecen y se multiplican. Dependiendo de la virulencia del germen, de su concentración y de las defensas del huésped, se desarrolla una enfermedad infecciosa (causada por una lesión celular local, secreción de toxinas o por la reacción antígeno anticuerpo), una enfermedad subclínica o una convivencia inocua (10).

Microorganismos. Animales, plantas u otros organismos de tamaño microscópico. De acuerdo con su uso en el campo de la asistencia médica, el término por lo general se refiere a bacterias, hongos, virus y parásitos (5).

Proceso de esterilización. Todos los tratamientos requeridos para lograr la esterilización, incluyendo el pre acondicionamiento (si se usa), el ciclo de esterilización y la aireación (5).

Protocolo del proceso. Documentación que se realiza para definir cada uno de los procesos de esterilización, basados en el patrón del empaque, carga, producto, y/o las limitaciones del equipo (5).

Técnica aséptica. Son todas las medidas de prevención de contacto con microorganismos que puedan contaminar un área (5).

Transporte. Medio por el cual se da el traslado de objetos de un área a otra (11).

Transporte interno. Corresponde al transporte de material que realiza el personal de instrumentación- enfermería al área de prelavado de la central de esterilización exclusivamente del área quirúrgica o de las diferentes unidades funcionales a la central (11).

Transporte externo. Corresponde al traslado que realizan funcionarios externos desde su unidad de origen hasta la central de Esterilización (11).

Validación. Procedimiento documentado para la obtención, registro e interpretación de los resultados necesarios para demostrar que un proceso arrojará sistemáticamente un producto que cumple con las especificaciones predeterminadas. Proceso total que consta de calificación de la instalación operacional y de desempeño (5).

2.3 Marco Contextual

2.3.1 Nombre de la IPS – naturaleza y nivel de complejidad. La Clínica Santa Ana S.A. es una IPS privada que presta servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad al régimen subsidiado y contributivo.

2.3.2 Reseña histórica de la entidad. Hace más de medio siglo, un grupo selecto de médicos visionarios: Alirio Sánchez Mendoza, Mario Mejía Díaz y Jorge Enrique Pérez, concibieron la idea de crear una clínica privada, debido a la necesidad que presentaban los cucuteños y las personas que llegaban a la ciudad para obtener tratamientos a sus dolencias y una atención de calidad. Para esa época la atención en Salud, la prestaba el Hospital San Juan de Dios, el cual contaba con un área destinada para pacientes privados, llamadas pensión primera y pensión segunda; la cual era insuficiente para las necesidades de la época.

La Clínica Santa Ana fue la primera institución privada que se fundó en el Departamento, comenzó sus labores en enero de 1956, en una casa situada en la calle 16 entre avenidas 3 y 4, al lado de la Lonchería Cúcuta; a esta casa se le realizaron las adecuaciones necesarias para prestar los servicios de hospitalización, maternidad y Cirugía.

Los socios fundadores de este gran proyecto fueron los doctores: Carlos E. Ardila Ordoñez, Luís Humberto Duplat, Luís Febres Cordero, Lucio Figueredo Corrales, Gustavo Villamizar, Sergio Lamus Guerrero, Joaquín Abello Peñaranda, Hernando Villamizar Florez, Jorge Enrique Pérez, Alirio Sánchez Mendoza, Alfonso Sanjuan, Ernesto Buitrago, José Maria Rodríguez, Alfredo Landinez, Salvador Cristancho González, Pedro H. Fuentes Hernández, Homero Niño, Humberto Faillace, Carlos Celis Carrillo y Alberto Duarte Contreras. Debido al incremento en la demanda de servicios y del progresivo desarrollo de la ciudad, el Dr. Alfredo Landinez gestionó la compra de los terrenos donde funciona actualmente la Clínica, los cuales fueron comparados a la Colombiano Petroleum Company.

El 20 de abril de 1959, se dio inició a la construcción de la nueva sede, colocándose una piedra simbólica para conmemorar este importante hecho histórico. Durante la construcción se presentaron muchos imprevistos, debido a que, al excavar en los terrenos para hacer los cimientos, se encontró agua, por la cercanía al río Pamplonita. Esto hizo que los recursos destinados a la construcción se agotaran, pues se necesitó hacer obras civiles adicionales con la consecuente paralización de la construcción por un buen tiempo. Pero con la perseverancia de los fundadores, con el liderazgo del Dr. Landinez quien gestionó un préstamo ante el Banco Comercial Antioqueño y con el apoyo de otros colegas que se sumaron al proyecto, se logró terminar la obra.

En 1973 se abrieron las puertas de la nueva Clínica Santa Ana en el Barrio Colsag, siendo la primera institución privada construida con un diseño exclusivo para la prestación de servicios de salud. Ante la llegada de nuevas generaciones de médicos y la apremiante necesidad de instalar nuevos servicios, la Clínica cambió su figura jurídica a sociedad anónima el 28 de julio de 1993. En 1978 se conformó el condominio del Centro de Especialistas, conformado por 16 modernos y cómodos consultorios.

En la actualidad:

La Clínica Santa ANA S.A está presente en la ciudad de San José de Cúcuta hace más de cincuenta (50) años como entidad prestadora de servicios de salud privada; en el momento se asimila a una IPS, dentro de la reglamentación y ordenamiento que creó el país mediante la Ley 100/93 para la de pólizas clásicas de hospitalización y cirugía de las Compañías Aseguradoras y las de las Entidades del sector oficial y público.

2.3.3 Datos de ubicación de la IPS. La Clínica Santa Ana se encuentra ubicada en la Av 11e # 8-41 del barrio Colsag en Cúcuta, Norte de Santander.



Figura 1. Datos de ubicación de la IPS

Fuente: Clínica Santa ANA S.A (2021).

2.3.4 Direccionamiento estratégico: misión-visión- políticas de la entidad – valores y principios corporativos. A continuación, se presenta el direccionamiento estratégico:

Misión. Somos una IPS de alta complejidad, que, con el mejor talento humano de la región, trabaja por prestar una atención cálida, humana, y con los más altos estándares de servicio para contribuir con nuestro trabajo en La construcción de una mejor sociedad para las futuras generaciones.

Visión. En el 2025 la Clínica Santa Ana de Cúcuta será reconocida en la región por ser la primera IPS que ofrece a clientes y usuarios todas las especialidades y subespecialidades medicas de manera integral, consolida el programa de trasplantes, sobresale por la investigación científica

y mantiene un alto nivel de reconocimiento y prestigio en todos los grupos de interés.

Política de calidad. La Clínica Santa Ana S.A mediante la política de calidad permitirá su sostenibilidad financiera basada en sistemas de información y nuevas formas de negocio, incentivando la investigación que permita el fortalecimiento de las competencias del talento humano para garantizar accesibilidad a una atención integral, segura, con trato humanizado basado en la comunicación asertiva entre el equipo de salud, usuarios, familiares y visitantes, en un ambiente cómodo; como fin de su responsabilidad social.

Valores:

- **Respeto.** Consiste en el reconocimiento de los intereses y sentimientos del otro.
- **Responsabilidad en todos los actos.** La responsabilidad implica hacernos cargo de las consecuencias de nuestras acciones.
- **Ética y moral en todos los actos.** Rectitud dentro de los principios morales y con respeto a la dignidad humana de los usuarios.
- **Lealtad personal e institucional.** Lealtad institucional es un concepto jurídico y ético y hace referencia a la obligatoriedad de cooperar en red de procesos con el fin de mantener el bienestar de los usuarios.
- **Compromiso de todos.** El grado de responsabilidad con la institución con el paciente y con la sociedad.

Principios:

- Fortalecer el clima y la cultura organizacional.

- Desarrollar y fortalecer el talento humano.
- Desarrollar y mantener la investigación, el mejoramiento y el aprendizaje continuo.
- Certificar los procesos.
- Desarrollar la infraestructura física y tecnológica que permita el crecimiento y la cobertura de las operaciones propias de la clínica.
- Fortalecer la gestión institucional.
- Maximizar la satisfacción de los clientes.
- Retener y conseguir nuevos clientes.
- Mejorar la productividad.

2.3.5 Responsabilidad social. El mismo que hacer de la medicina y los servicios de salud en general, son una alternativa de vida orientada al servicio de los demás; sin embargo, no es sólo ésta nuestra razón de ser y es por esto que todas nuestras actividades llevan consigo la responsabilidad con el medio ambiente, con nuestros colaboradores y su salud en el trabajo, con la calidad de nuestros servicios como compromiso con el paciente de hacer cada vez mejor nuestra tarea, la responsabilidad con el sistema de salud buscando cada día ser más eficientes y aportar al equilibrio, adicionalmente buscando la sostenibilidad financiera de largo plazo y poder seguir siendo una alternativa de trabajo para miles de personas.

La Clínica Santa Ana consciente de la responsabilidad que tiene como institución de salud, ha estructurado su Responsabilidad Social de la siguiente forma:

1. Calidad, seguridad y accesibilidad a los servicios de la salud. El equipo humano de la Clínica Santa Ana, se compromete con usted a cuidar su vida y salud. Nuestra razón de ser son los pacientes, con quienes estamos comprometidos de manera entusiasta. Reconocemos en usted a un ser único, merecedor de respeto. Aportamos lo mejor de nosotros para su recuperación y bienestar a través de un servicio oportuno, competente y con altos estándares técnico-científicos. Suministramos una información clara, respetuosa, suficiente y veraz.

La filosofía de la institución radica en el respeto por la vida y la dignidad humana. Nuestro principal compromiso es con el paciente, por esto nos preocupamos constantemente por mejorar la calidad de nuestros servicios, mediante investigaciones y capacitación permanente. De igual manera somos muy exigentes tanto en la selección de nuestro recurso humano, como en el seguimiento de sus actividades cotidianas.

Promesa del Servicio: En nuestro actuar tenemos en cuenta a su familia, a sus allegados y a la comunidad. Utilizamos la tecnología adecuada para su beneficio, en armonía con el medio ambiente. Procuramos los mejores resultados, con el mínimo riesgo y a un costo razonable.

Nos comprometemos a proporcionar la información oportuna, necesaria y certera que facilite la continuidad de la atención y la gestión de nuestros intereses comunes. Propiciamos el trabajo en equipo, facilitamos la comunicación, el diálogo constructivo y la toma oportuna de decisiones justas. Construimos un ambiente de confianza con horizonte de largo plazo, para beneficio de todos.

2. Compromiso con los colaboradores y sus familias. La Clínica trabaja en el desarrollo humano, la integridad, la participación, la seguridad, la salud y el bienestar de sus colaboradores. Utilizando estrategias que comienzan por el cumplimiento de las obligaciones legales, pero son

trascendidas por la convicción de que somos una familia dispuesta a darlo todo por nuestros usuarios.

3. Gestión con los proveedores de bienes y servicios. A través de la gestión de compras, se establecen negociaciones y prácticas transparentes, en lo posible de largo plazo y que beneficien al paciente, al proveedor y a la Clínica. En el proceso de Selección, Evaluación y Reevaluación, se busca incentivar la responsabilidad de proveedores comprometidos con la sociedad y el medio ambiente.

4. Cuidado y compromiso con el medio ambiente. Todas las actividades de la Clínica tienen un estrecho vínculo con el medio ambiente, debido al constante intercambio con los recursos tales como el agua, los productos químicos, los medicamentos y la energía, los cuales, al ser utilizados, producen diferentes tipos de residuos que pueden afectar nuestro entorno, generando agua contaminada, emisiones atmosféricas, residuos peligrosos y no peligrosos.

En la Clínica se desarrolla programas ambientales para controlar, prevenir y mitigar los impactos ambientales generados por el servicio de salud que prestamos a todas las personas; para fortalecer la cultura ambiental en la Clínica lo hacemos a través de diferentes medios internos de comunicación, entre los cuales tenemos:

1. Sensibilización y capacitación a grupos de colaboradores de la Clínica.
2. Plegables Ambientales.
3. Comité Ambiental.
4. Sistema Interno de Televisión.

5. Campañas Ambientales.

6. Publicación de Artículos en el Informativo Institucional “Salud y Encuentros”.

5. Relaciones con la comunidad. La Clínica Santa Ana es una institución comprometida con la sociedad que coopera en el desarrollo económico y social de Cúcuta y Norte de Santander mediante la generación de valores que garanticen unas condiciones de empleo sostenibles.

El compromiso de la Clínica se refleja en el desarrollo de actividades de impacto en la sociedad orientadas hacia la generación de valor social, el cuidado del medio ambiente y el cumplimiento de las normas administrativas. Es por esto que todas nuestras actividades desarrolladas se rigen bajo los siguientes lineamientos:

1. Accesibilidad al derecho a la salud

2. Atención médica y social

3. Educación en salud

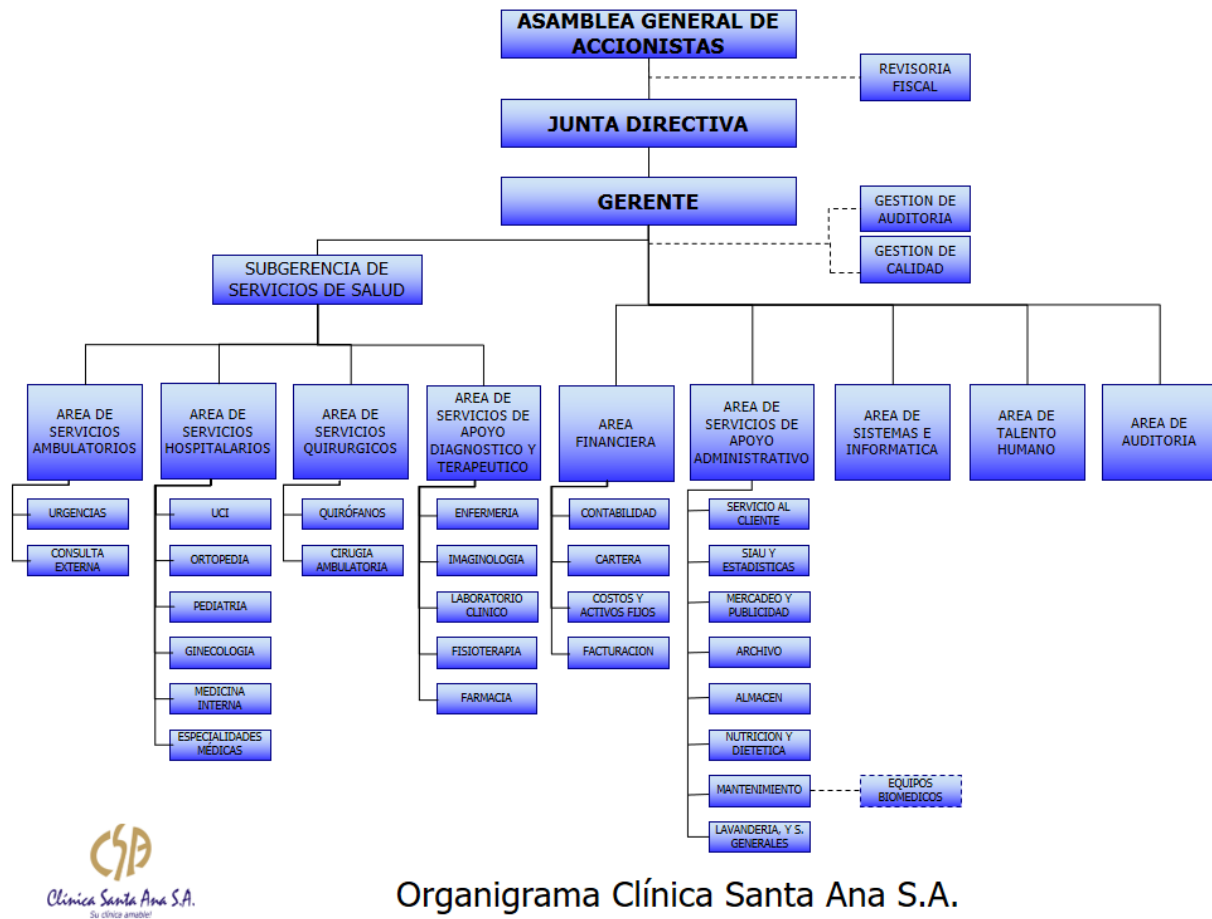
4. Gestión ambiental

5. Bienestar social o laboral

6. Cooperación y donaciones

7. A morir con dignidad, agotando los recursos disponibles, permitiendo que el proceso de muerte siga su curso natural.

2.3.6 Gobierno corporativo: organigrama- junta directiva – gerencia o alta dirección de la entidad, presentar como está integrado en la IPS. La alta gerencia de la clínica Santa Ana S.A esta encabezada por la doctora Yoise Marlyse Rangel Contreras. El organigrama se presenta en la figura 2.



Organigrama Clínica Santa Ana S.A.

Figura 2. Organigrama

Fuente: Clínica Santa ANA S.A (2021).



Figura 3. Mapa de procesos de la institución

Fuente: Clínica Santa ANA S.A (2021).

En el mapa de procesos de la institución enfermería se encuentran ubicados los procesos misionales, específicamente en la gestión de apoyo terapéutico, junto con otras disciplinas como fisioterapia, epidemiología, servicio farmacéutico servicio transfusional.

Mecanismos de control comités. La Clínica Santa Ana cuenta con 17 comités institucionales organizados para el cumplimiento de diversos objetivos; entre los que se encuentran los siguientes:

Comité de compras. El comité de compras se reúne mensualmente, a este asiste: el gerente, el jefe de contabilidad, el coordinador de laboratorio, el coordinador de servicios farmacéuticos, el coordinador de nutrición, el coordinador de almacén y el coordinador de costos y presupuestos.

Comité de convivencia laboral. Este comité se reúne cuatro veces al año, y está conformado por: la/el jefe de talento humano, el representante de los trabajadores y el representante del empleador.

Comité de docencia-servicio. Este comité se reúne seis veces al año, y está conformado por: el auditor de calidad, (la) el jefe de talento humano, la coordinadora de enfermería, el representante de los estudiantes y el coordinador de docencia-servicio de las IES.

Comité de ética. Se reúne mensualmente, y está conformado por: el subgerente médico, el asesor jurídico, la coordinadora de enfermería, el coordinador de SIAU y servicio al cliente, el representante de los usuarios y el representante del equipo médico.

Comité de farmacia y terapéutica – tecnicocientífico. Se reúne mensualmente, y está conformado por: el subgerente médico, la coordinadora de enfermería, el coordinador de servicio farmacéutico, representante del equipo médico, y representante del área financiera.

Comité de gestión de calidad. Se reúne mensualmente, y está conformado por: el gerente, el subgerente médico, todos los jefes y coordinadores de las áreas, y el auditor de calidad.

Comité de gestión de enfermería. Se reúne mensualmente, y está conformado por: la coordinadora de enfermería, el coordinador de consulta externa y el equipo de enfermería.

Comité de gestión de residuos hospitalarios. Se reúne mensualmente y está conformado por: el subgerente médico, el auditor de calidad, el jefe de talento humano, el coordinador de urgencias, la coordinadora de enfermería, el coordinador de vigilancia epidemiológica, el coordinador de servicios generales, el coordinador de esterilización, coordinador de laboratorio, coordinador de mantenimiento, coordinador de cirugía, coordinador de nutrición, coordinador de almacén, coordinador de consulta externa y representante de los trabajadores.

Comité de historias clínicas. Se reúne mensualmente, y está conformado por: el subgerente médico, el auditor médico, el auditor de calidad, coordinador de urgencias, coordinador de enfermería, coordinador de uci, coordinador de vigilancia epidemiológica, coordinador de gestión documental, coordinador de laboratorio, coordinador de cirugía, coordinador de sistemas, coordinador de consulta externa.

Comité de infecciones, profilaxis y política antibiótica. Se reúne mensualmente, y está conformado por: el subgerente médico, el auditor de calidad, el infectólogo, el coordinador de urgencias, coordinador de enfermería, coordinador de uci, coordinador de servicios generales, coordinador de vigilancia epidemiológica, coordinador de esterilización, coordinador de laboratorio, coordinador de servicios farmacéuticos, coordinador de cirugía, coordinador de almacén, coordinador de consulta externa, y coordinador de equipo médico.

Comité de seguridad del paciente. Se reúne mensualmente, está conformado por: el subgerente médico, el auditor de calidad, coordinador de urgencias, coordinador de enfermería, coordinador de vigilancia epidemiológica, coordinador de gestión documental, coordinadores de

SIAU y servicio al cliente, referente de seguridad del paciente, y representante del equipo médico.

Comité de seguridad y salud en el trabajo. Se reúne mensualmente, y está conformado por: jefe de talento humano, representante de los trabajadores y representante del empleador.

Comité transfuncional. Se reúne mensualmente, y está conformado por: el subgerente médico, el auditor médico, coordinador de urgencias, coordinador de enfermería, coordinador de uci, coordinador de vigilancia epidemiológica, coordinador de laboratorio, coordinador de cirugía, y representante del equipo médico.

Comité de transplante. Se reúne cinco veces al año, y está conformado por: el gerente, el subgerente médico, coordinador de urgencias, coordinador de uci, coordinador de cirugía, y representante del equipo médico.

Comité de urgencias. Se reúne mensualmente, y está conformado por: el subgerente médico, el auditor médico, coordinador de urgencias, coordinador de enfermería, coordinador de vigilancia epidemiológica, y representante del equipo médico.

Comité de uso y rehúso de equipos médicos. Se reúne cuatro veces al año, y está conformado por: el gerente, el subgerente médico, el auditor de calidad, coordinador de enfermería, coordinador de vigilancia epidemiológica, coordinador de esterilización, coordinador de servicio farmacéutico, coordinador de almacén, representante de seguridad del paciente, representante del equipo médico y representante del área financiera.

Comité de vigilancia epidemiológica. Se reúne mensualmente, y está conformado por: el subgerente médico, el auditor médico, el auditor de calidad, coordinador de urgencias,

coordinador de enfermería, coordinador de vigilancia epidemiológica, coordinador de laboratorio, y coordinador de consulta externa.

2.3.7 Portafolio de servicios de la IPS. La clínica santa Ana S.A. ofrece diferentes servicios a sus usuarios, dentro de los que se encuentran: hospitalización, cirugía ambulatoria y hospitalaria, unidad de cuidados intensivos, imagenología, laboratorio inmunoclínico, urgencias, chequeo médico conjunto, programa de cirugía bariátrica, servicios complementarios

Hospitalización. El servicio de hospitalización de la Clínica Santa Ana está diseñado para prestar una excelente atención a los pacientes durante su permanencia en la Institución, gracias a que cuenta con los recursos tecnológicos y de apoyo necesarios.

Nuestros usuarios son atendidos por personal idóneo, altamente calificado y comprometido en el cuidado directo e integral del paciente, con principios éticos de respeto por la dignidad humana. La infraestructura hospitalaria permite brindar comodidad y un ambiente acogedor durante la estancia.

Contamos con diversos tipos de habitaciones: Suite, Semisuite, individuales y bipersonal, las cuales se asignan acorde al plan de salud que tenga el paciente.

Los pacientes cuentan con:

Alimentación dirigida por nutricionista dietista.

- Vigilancia epidemiológica.
- Servicio de limpieza y desinfección.
- Acceso a señal satelital de televisión.

- Bellas y confortables zonas comunes.

Cirugía ambulatoria y hospitalaria. El principal objetivo frente a la atención de los pacientes es el poder brindar una atención integral, con un máximo de calidad y eficiencia, con los más altos conceptos científicos, tecnológicos y académicos, para que siempre sienta el respaldo absoluto y la confianza suficiente de estar recibiendo lo mejor de la ciencia médica a nuestro alcance.

El área de cirugía está conformada por:

- 5 Salas de cirugía.
- 1 Central de esterilización.
- 1 Sala de recuperación con 6 camas.
- 1 Sala de admisión con 6 camas.
- 1 Área de facturación.
- 1 Área administrativa.
- 1 Sala de estar médico.
- 1 Sala de estar de enfermería.

Nuestros especialistas son profesionales preparados con vocación de servicio; ofreciendo un trato amable al paciente, pensando siempre en mejorar su salud y bienestar.

- Cirugía general.
- Cirugía ortopédica.

- Cirugía neurológica.
- Cirugía plástica y estética.
- Cirugía pediátrica.
- Cirugía maxilofacial.
- Cirugía vascular y angiología.
- Cirugía de mama y tumores tejidos blandos.
- Cirugía dermatológica.
- Cirugía gastrointestinal.
- Cirugía oftalmológica.
- Cirugía ginecológica.
- Cirugía otorrinolaringología.
- Cirugía urológica.

Unidad de cuidados intensivos. Cuenta con modernas salas con capacidad y distribución adecuada brindando un servicio de alta complejidad, atendidas por un gran equipo de profesionales entrenado en cuidados intermedios e intensivos que garantizan un manejo multidisciplinario acorde a las exigencias actuales, además de contar con tecnología de punta.

- Unidad de cuidado intermedio.
- Unidad de cuidado intensivo.

Imagenología. Cuenta con una amplia y moderna unidad de imagenología que brinda apoyo a todos los servicios de la institución para atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Dispone de equipos de última tecnología para la realización de exámenes como:

- Resonancia magnética.
- Tomografía multicorte.
- Rayos x digitalizado.
- Densitometría ósea.
- Ecografía 4d.
- Mamografía digital.

Laboratorio inmunoclínico. Cuenta con equipos automatizados del más alto nivel, sistemas de cuidado crítico como gases arteriales, electrolitos, entre otros.

Contamos con software especializado de resultados con base de datos para el procesamiento, análisis clínico, perfil histórico del paciente, identificación de muestras con código de barras y reporte de resultados; muy importante en usuarios con enfermedades de carácter crónico como diabetes, falla renal o cardíaca.

- Toma de muestras y procesamiento 24 horas.
- Exámenes de laboratorio de rutina y especializados.
- Microbiología automatizada.
- Transfusión sanguínea.
- Servicio de Urgencias las 24 horas.

Urgencias. El servicio de Urgencias trabaja las 24 horas con un equipo de profesionales altamente calificados, cuenta con el apoyo permanente de áreas como: Laboratorio Clínico, Rayos X, Tomografía, Resonancia, Ecografía, Cirugía, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos entre otros, para brindarle una atención integral con gran calidad médica. Cumple con los estándares de habilitación para la atención de urgencias de alta complejidad.

Cuenta con: Consultorio TRIAGE, Consultorios de Medicina General, Sala ERA (Enfermedades Respiratorias Agudas), Sala de Inyectología y toma de muestras, Sala de Procedimientos para la atención de trauma, Sala de Reanimación, Sala de Yesos, Salas de Observación, Consultorio Medicina Especializada.

Chequeo medico conjunto. El Chequeo Ejecutivo es un programa preventivo, diseñado para responder las inquietudes y necesidades de las personas sanas, en especial de aquellas que quieren conservar un buen estado de salud.

Consiste en una valoración médica realizada a un paciente, con el propósito de evaluar su estado real de salud, para identificar los factores de riesgo y diseñar las estrategias de control que le permitan una mejor calidad de vida.

El Chequeo Ejecutivo les permite a las personas conocer su estado de salud y su condición física, emocional y nutricional, así como adquirir y mantener buenos hábitos que redunden en su bienestar personal, familiar y laboral.

En la Clínica Santa Ana S.A se combina la ciencia y la tecnología con la calidad humana y profesional para contribuir al cuidado de la salud de las personas. Este programa está destinado a profesionales y ejecutivos, hombres y mujeres mayores de 35 años, dedicados a realizar

actividades con altos niveles de responsabilidad y con limitaciones de tiempo para dedicarse al cuidado y control de su salud.

El Chequeo Ejecutivo es la mejor opción para obtener un diagnóstico oportuno de diferentes enfermedades, y prevenir aquellas a las cuales se es propenso.

Clases de chequeo:

Personal. Consideración previa por parte del grupo asistencial que dirige el programa, de la información que sobre su salud usted nos entregue, aprovechando pruebas, exámenes y análisis recientes que usted se haya realizado, para de esa forma optimizar el diseño de su "propio" chequeo médico, orientándolo correctamente y racionalizando el costo donde sea posible utilizando la información válida entregada por el paciente.

Familiar. Programa de chequeo médico para dos o más miembros de una misma familia, donde igualmente se consideran las condiciones personales de cada paciente, pero además se tienen muy en cuenta condiciones adicionales del grupo familiar; costumbres, alimentación, forma de vida, se integrarán a los análisis de los profesionales de la salud de la Clínica de la Mujer.

Empresarial. Programa de chequeo médico preventivo orientado a grupos empresariales, Directivos, Ejecutivos y funcionarios, en el cual el análisis médico se complementa con las consideraciones especiales de trabajo del grupo de pacientes en estudio.

Mujer sana. Este programa de chequeo médico preventivo está orientado exclusivamente a las mujeres y al análisis de sus "factores de riesgo ginecológico, cáncer (cervix y mama), planificación y menopausia", con evaluaciones médicas, pruebas radiográficas y de laboratorio

específicamente definidas para evaluar su condición en estos aspectos.

Programa de cirugía bariátrica. El principal objetivo de este programa es el ordenamiento de la alimentación, esto significa combatir directamente las causas de la obesidad, o sea los desórdenes en la alimentación, lo cual puede lograrse asesorando adecuadamente al/la paciente para lograr un control y equilibrio entre la calidad y la frecuencia de los alimentos ingeridos. La cantidad de los mismos estará regulada por la cirugía.

Este ordenamiento se estimula bajo el nuevo concepto de "comer con conciencia", es decir, la persona debe comer conscientemente, sabiendo escoger tanto la calidad como la frecuencia de las comidas. Normalmente el paciente con obesidad come inconscientemente, por "instinto" y hay que lograr que la inteligencia domine al instinto, dándose cuenta de qué se come y con qué frecuencia.

Otro objetivo es crear el hábito del ejercicio, ya que con éste se mejora la condición cardiopulmonar, se consume energía y se reafirman los tejidos del cuerpo.

La banda gástrica. Es un procedimiento restrictivo que significa que crea un pequeño estómago y funciona al desencadenar plenitud o saciedad en el paciente. Limita la cantidad de alimento que usted puede ingerir en una comida. Esto se logra mediante la colocación vía laparoscópica de una banda ajustable en el estómago (Lap-Band).

Esta banda se coloca alrededor de la parte superior del estómago dividiéndolo en dos, creando así un saco estomacal pequeño. Una de sus ventajas es que es ajustable, eso significa que su diámetro puede variarse mediante la manipulación de un dispositivo percutáneo diseñado para este propósito. Esto se logra con un procedimiento quirúrgico único, ya que no precisa de una

nueva intervención para su regulación.

El By-Pass Gástrico. Es una cirugía que además de restrictiva, ya que se crea un pequeño estómago con grapas, es mal absorbida (impide la absorción completa de alimento) ya que une este pequeño estómago al yeyuno que es una porción más distal del intestino evitando la parte proximal la cual es importante en la absorción de alimentos.

Gastrectomía vertical en manga. La Gastrectomía Vertical en Manga por Video laparoscopia es un procedimiento quirúrgico reciente que se agrega al By pass gástrico, a la Manga gástrica y otros para el manejo de la obesidad severa.

La cirugía consiste en hacer un corte con grapas del estómago sobre un tubo de aproximadamente 3 a 5 cm de diámetro que actúa como guía. Esto crea un estómago en forma de manga o tubo con una capacidad reducida de aproximadamente 100cc. La línea de grapas se refuerza con sutura y el resto del estómago es removido.

Esta cirugía funciona por dos mecanismos, restricción de la cantidad de alimento ingerido con sensación de plenitud temprana y teóricamente, al remover la gran porción de estómago que produce la ghrelina u hormona del apetito, por inapetencia. Esta última característica la hemos observado y contrasta con otras cirugías que no tienen este efecto.

Servicios complementarios. Unidad renal, Nutrición y dietética, Farmacia las 24 horas, Departamento de servicio al cliente, Central de citas, Facturación sistematizada las 24 horas, Auditoria médica, Asesoría jurídica, Capilla, Asistencia religiosa-

Servicio al cliente. Pensando en satisfacer todas sus necesidades y expectativas, el Departamento de Servicio al Cliente se encuentra a su disposición para cualquier comentario,

solicitud, queja o sugerencia. La Clínica cuenta, en todas las áreas, con un formato de encuesta, mediante el cual se puede dar a conocer su opinión sobre los diferentes servicios recibidos.

2.3.8 Imagen corporativa de la entidad. A continuación, la imagen corporativa de la entidad:



Figura 4. Imagen corporativa de la entidad

2.3.9 Población que atiende usuarios de los servicios. La clínica Santa Ana, por ser una clínica privada presta sus servicios a las IPS que requieran de ellos, mediante contratos laborales; la institución tiene convenios con las siguientes Entidades, aseguradoras, EPS, entre otras:

- Sanitas.
- Ecopetrol.
- Ecoopsos.
- ARL Positiva.
- Comparta.
- La previsor.
- IDS.
- Sura EPS.

- Nueva EPS.
- Seguros del estado.
- Comfaorient.
- AXA Colpatria.
- Fundación Medico Preventiva.
- Coosalud.

2.4 Marco Legal

A nivel nacional en la resolución 2183 de 2004 define que el transporte del material estéril para su distribución segura debe diseñarse de tal manera que se mantenga la integridad estéril de los elementos, así evitando los factores externos que afecten la esterilidad y el personal a cargo debe cumplir la técnica aséptica (5)

A nivel internacional el Gobierno de Chile en el ministerio de salud y este a su vez en el subdepartamento de salud Valdivia de esterilización y a través del comité de infecciones intrahospitalarias declara en la norma 13 como debe ser el manejo del material estéril específicamente el transporte de la siguiente manera: “Para evitar la contaminación del material y mantener la indemnidad de los empaques durante la recepción y transporte, e integridad de esterilización hasta ser usados se deben tomar las siguientes medidas:

1. El funcionario a cargo de esta labor debe tener la Orientación al Programa de Infecciones Intrahospitalarias.
2. El funcionario posterior a la entrega del material sucio, debe realizar lavado clínico de manos con jabón antiséptico, lo mismo debe hacer antes de recibir el material estéril. El

material estéril será depositado en una bolsa de polietileno limpia y nueva cuando es poca cantidad (10 equipos).

3. El transporte del material estéril debe hacerse en carro cerrado que sea utilizado sólo para ese fin (logo azul), en horario y como procedimiento separado de la entrega de material preparado o para canje.
4. Los Subdepartamentos que transportan material quirúrgico como: partos, ginecología, dental, policlínicos y otros, deberán tener especial precaución en dicho transporte y sólo llevar material dentro del carro.
5. El material estéril debe transportarse de inmediato al Subdepartamento de destino. Toda diligencia solicitada deberá realizarse posterior a la entrega del material en el Subdepartamento.
6. La entrega del material debe hacerse a la auxiliar de clínica correspondiente, la cual debe lavarse las manos previamente a la manipulación de éste y debe ser retirado de inmediato de los lugares de circulación de personas (6).

3. Marco del Diseño del Proyecto

3.1 Descripción del Programa o Proyecto a Desarrollar

El proyecto tendrá como finalidad la adaptación y adopción del personal asistencial del transporte seguro del material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización, desarrollando el protocolo según normativa vigente a nivel nacional y capacitación del personal asistencial para de esta manera garantizar la efectividad de la técnica aséptica a implementar durante el procedimiento médico para de esta manera disminuir las infecciones, el aumento de la estancia hospitalaria, la resistencia a los antibióticos y el aumento de los costos en salud.

Se realizará de acuerdo a las siguientes etapas:

Valoración. En la cual se hará la solicitud, revisión y análisis de los indicadores de calidad del área de infecciones.

Diagnostica. Identificar y determinar los factores que influyen de manera directa y causan efecto en el aumento y propagación de las infecciones nosocomiales.

Planeación. Proponer actividades de mejora en pro del mejoramiento interno de la institución en un periodo de tiempo que contribuya a la disminución de las infecciones asociadas a la atención en salud.

Ejecución. Llevar a cabo las actividades propuestas y planeadas en el tiempo establecido buscando satisfacer las necesidades encontradas en pro de calidad interna de la Clínica.

Evaluación. Evaluar de manera objetiva el cumplimiento de las actividades ejecutadas en relación con el tiempo establecido.

3.2 Plan Operativo

Tabla 1. Plan operativo

| Objetivo | Actividades | Metas | Indicadores | Recursos | Tiempo |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Analizar las cifras de los indicadores de calidad de infecciones de la Clínica Santa Ana. | Solicitud de los indicadores de calidad de infecciones de la Clínica Santa Ana. | Conocer los estándares de calidad de la clínica | # de indicadores revisados | HUMANOS: estudiante que realiza la pasantía, docente supervisor. MATERIALES: impresiones. EQUIPOS: computador. | 1 semana |
| | Análisis de los indicadores de calidad de infecciones de la Clínica Santa Ana. | Desarrollar estrategias que busquen promover y aumentar la calidad de la clínica | # de conclusiones realizadas por el número de indicadores analizados | | 2 semana |
| Crear el protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias y cirugía. | Revisión de la literatura acerca de protocolos de transporte de material estéril para dar validez científica | Conocer las leyes y normas sanitarias vigentes en el transporte del material de transporte estéril | # de requerimientos mínimos de acuerdo a las leyes en la estructura del protocolo de transporte de material estéril | | 3 semana |
| | Diseño del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias y cirugía. | Construir un documento que plasme las instrucciones y/o recomendaciones para el transporte de material estéril | # de protocolos realizados / # de protocolos propuestos | | 4 semana |
| | Validación del protocolo de transporte de material estéril por el comité de calidad de la Clínica | Ingreso y registro institucional del protocolo de transporte de material estéril | # de ajustes realizados en la validación del documento | | 5 semana |

| Objetivo | Actividades | Metas | Indicadores | Recursos | Tiempo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|
| | Santa Ana. Socialización del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias y cirugía | 80% del personal asistencial de los servicios de urgencias, UCI cirugía y hospitalización | # de personas capacitadas / # de personas que laboran en los servicios de urgencias, UCI cirugía y hospitalización | | 6 semana |
| | Crear cronograma de actividades educativas en el que periódicamente se retroalimenten los protocolos al personal antiguo y nuevo. | Programación de actividades en pro de la adopción y adaptación institucional del protocolo de transporte de material estéril | # de actividades elaboradas en el cronograma / # de actividades propuestas en el cronograma | | 6 semana |
| Establecer un plan de mejora que corresponda a los resultados obtenidos en el análisis de la situación institucional. | Elaborar un plan de mejoramiento integral teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el análisis de la situación institucional. | Identificar falencias y fallas en la adopción del protocolo de transporte de material estéril | # de problemas intervenidos / # de problemas identificados | | 7 semana |
| | Ejecución del plan de mejoramiento planteado. | 80% de las actividades propuestas | # de actividades realizadas / # de actividades propuestas | | 8-9 semana |
| | Evaluación del plan de mejoramiento implementado. | Conclusiones del desempeño del personal asistencial en la adaptación de nuevas directrices para procedimientos clínicos | Nivel de cumplimiento obtenido / Nivel de cumplimiento esperado | | 10 semana |

| N° | Actividad | Fechas | | | | | | | | | |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| | | Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | Semana 4 | Semana 5 | Semana 6 | Semana 7 | Semana 8 | Semana 9 | Semana 10 |
| | estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias y cirugía. | | | | | | | | | | |
| 7 | Crear cronograma de actividades educativas en el que periódicamente se retroalimenten los protocolos al personal antiguo y nuevo. | | | | | | | | | | |
| 8 | Elaborar un plan de mejoramiento integral teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el análisis de la situación institucional. | | | | | | | | | | |
| 9 | Ejecución del plan de mejoramiento planteado. | | | | | | | | | | |
| 10 | Evaluación del plan de mejoramiento implementado. | | | | | | | | | | |

Figura 5. Cronograma de actividades

3.4 Presupuesto

Tabla 2. Fuente de financiación

| Tipo de recurso | Fuente de financiación | Total |
|------------------------|------------------------------------------|--------------|
| Recurso humano | Universidad Francisco de Paula Santander | 5'500.000 |
| Recursos materiales | Estudiante VIII semestre UFPS | 376.000 |

Tabla 3. Egresos del proyecto

| Tipo de recursos | Cantidad | Valor unitario | Valor total |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------|
| Recurso humano | | | |
| Estudiante VIII semestre UFPS (1) | 300 HORAS | 15.000 | 4'500.000 |
| Docente de práctica (1) | 50 HORAS | 20.000 | 1'000.000 |
| Total | | | 5'500.000 |
| Recursos materiales | | | |
| | 130 copias | 200 | 260.000 |
| Papelería | 2 lapiceros | 500 | 1.000 |
| | 1 tabla | 15.000 | 15.000 |
| Incentivos | 100 dulces | 100 | 100.000 |
| Total | | | 376.000 |

4. Desarrollo del Proyecto

4.1 Análisis de Indicadores

Respectivamente como se planeó se realizó la solicitud de los indicadores de infecciones referentes al año inmediatamente anterior al cursante; 2021, se procedió al análisis el cual arrojó los siguientes índices de infecciones en las diferentes áreas de cirugía como (cirugía general, ortopedia, cirugía pediátrica, otorrino, neurocirugía, cirugía maxilofacial, urología, ginecología, cirugía plástica, cirugía de torax y cirugía vascular) de la sede principal de la Clínica Santa Ana S.A.

INDICADORES DE INFECCION CLINICA SANTA ANA 2021

| INDICE GLOBAL DE INFECCIONES CSA PRINCIPAL 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|----------|---------|-----------|-----------|-------|
| MES | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMB | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | total |
| INFECCIONES | 13 | 12 | 10 | 11 | 11 | 13 | 16 | 8 | 5 | 8 | 6 | 9 | 122 |
| PACIENTES HOSPITALIZADOS - UCI | 769 | 723 | 815 | 724 | 745 | 731 | 763 | 754 | 781 | 885 | 802 | 757 | 9249 |
| INDICE DE INFECCIONES | 1,7 | 1,7 | 1,2 | 1,5 | 1,5 | 1,8 | 2,1 | 1,1 | 0,6 | 0,9 | 0,7 | 1,2 | 1,3 |

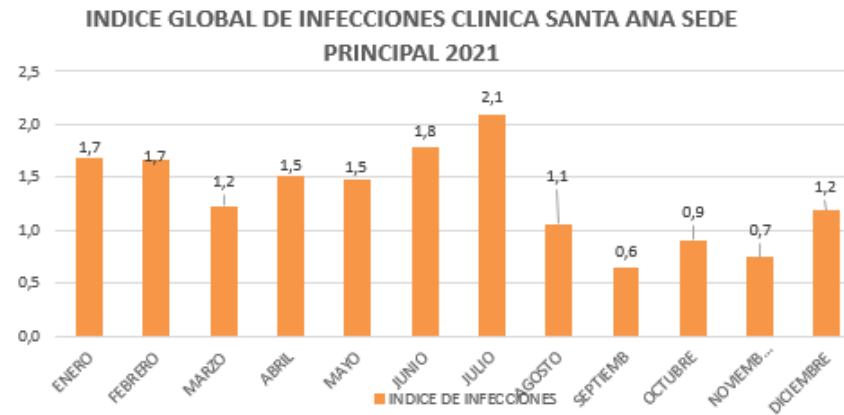


Figura 6. Indicadores de infección Clínica Santa Ana S.A. 2021

El índice de infecciones de la Clínica Santa Ana S.A. en el año 2021 refleja que de cada 100 pacientes un 1,3 tuvieron infecciones por la atención en salud.

| INDICE GLOBAL CIRUGIA GRAL SEDE PPL 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| MES | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 17 |
| EGRESOS | 132 | 131 | 119 | 140 | 131 | 115 | 118 | 886 | 128 | 141 | 132 | 83 | 2256 |
| INDICE DE INFECCIONES | 0,0 | 2,3 | 1,7 | 0,7 | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 0,0 | 0,8 | 1,4 | 2,3 | 2,4 | 0,8 |

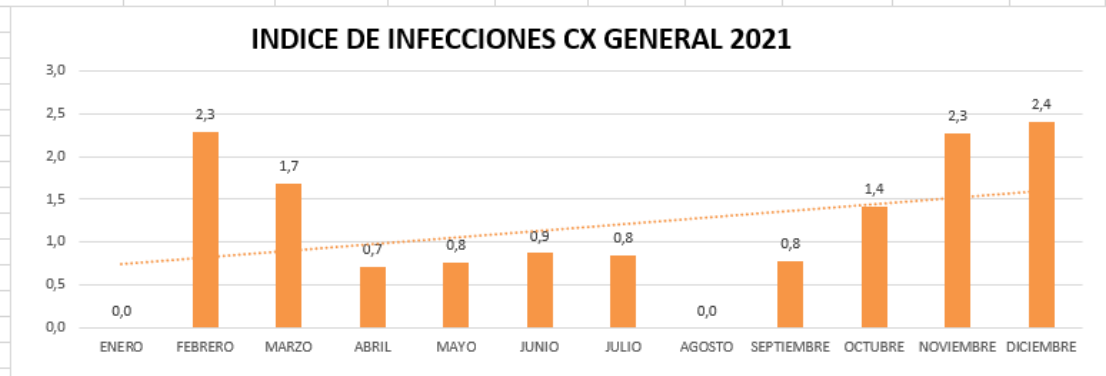


Figura 7. Índice global cirugía general sede PPL 2021

Según los resultados arrojados en los índices de infecciones en cirugía general los meses en los que mayormente se presentaron infecciones asociadas a la atención en salud fueron febrero, noviembre y diciembre con un porcentaje de 2.3% y 2.4%.

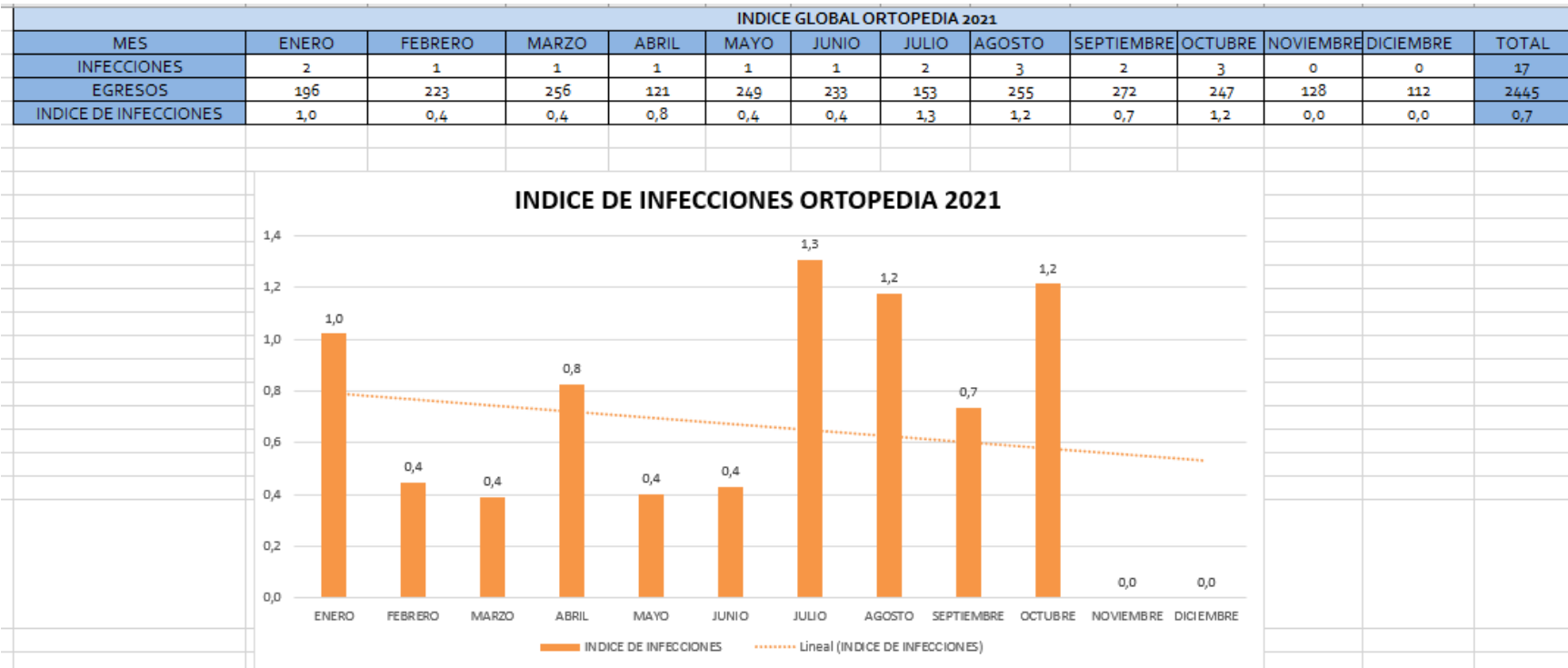


Figura 8. Índice global ortopedia 2021

En promedio de cada 100 pacientes 0,7% tienen riesgo de adquirir una infección asociada a la atención en salud.

| INDICE GLOBAL CX PEDIATRICA 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| MES | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EGRESOS | 9 | 37 | 19 | 29 | 22 | 18 | 17 | 9 | 17 | 11 | 10 | 9 | 198 |
| INDICE DE INFECCIONES | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| INDICE OTORRINO 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EGRESOS | 9 | 30 | 28 | 13 | 23 | 18 | 21 | 25 | 25 | 16 | 16 | 14 | 224 |
| INDICE DE INFECCIONES | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| INDICE GLOBAL NEUROCIROLOGIA 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| EGRESOS | 4 | 28 | 15 | 15 | 15 | 10 | 12 | 16 | 13 | 11 | 13 | 12 | 152 |
| INDICE DE INFECCIONES | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Figura 9. Índice global CX pediátrica



Figura 10. Índice maxilofacial 2021

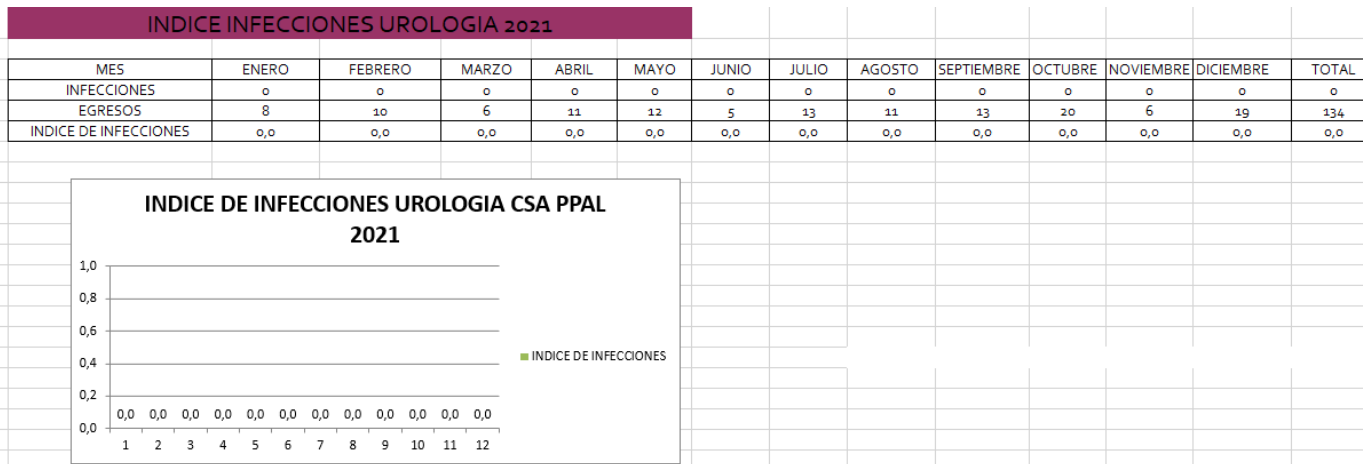


Figura 11. Índice infecciones urología 2021

| INDICE DE INFECCIONES GINECOLOGIA 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-------|
| MES | ENERO | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DICIEMBRE | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EGRESOS | 22 | 25 | 25 | 14 | 11 | 23 | 15 | 14 | 17 | 16 | 13 | 20 | 215 |
| INDICE DE INFECCIONES | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

| INDICE DE INFECCIONES CIRUGIA PLASTICA 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-------|
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DICIEMBRE | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EGRESOS | 6 | 30 | 26 | 39 | 20 | 50 | 31 | 59 | 68 | 59 | 54 | 50 | 492 |
| INDICE DE INFECCIONES | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 |

| INDICE DE INFECCIONES CIRUGIA DE TORAX 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-------|
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DICIEMBRE | TOTAL |
| INFECCIONES | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| EGRESOS | 7 | 6 | 13 | 13 | 12 | 11 | 9 | 7 | 6 | 7 | 6 | 5 | 102 |
| INDICE DE INFECCIONES | 14,3 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,0 |

Figura 12. Índice infecciones ginecología 2021

| INDICE DE INFECCION CX VASCULAR 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|
| MES | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EGRESOS | 3 | 9 | 5 | 7 | 9 | 7 | 10 | 4 | 11 | 9 | 16 | 9 | 99 |
| INDICE DE INFECCIONES | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Figura 13. Incide infecciones urología y CX vascular 2021

En las cirugías de pediatría, otorrino, maxilofacial, urología, ginecología, plástica y neurocirugía hay un 0% de posibilidades de obtener una infección asociada a la atención en salud. En cirugía de torax se encontró que hay un 1% más de posibilidades de adquirir infecciones con relación a las especialidades antes mencionadas.

Así mismo también se analizó las infecciones asociadas al sitio operatorio, en las cuales se observó que de cada 100 pacientes el 0,4% tienen riesgo de obtener infección en el sitio operatorio.

| INDICE DE INFECCION DE SITIO OPERATORIO SEDE PRINCIPAL 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----------|-------|
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DICIEMBRE | TOTAL |
| ISO | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 2 | 35 |
| PACIENTES QUIRURGICOS | 466 | 646 | 643 | 659 | 678 | 640 | 674 | 726 | 747 | 757 | 661 | 630 | 7927 |
| INDICE DE ISO | 0,64 | 0,62 | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,7 | 0,5 | 0,3 | 0,4 |
| | 13,0 | 12,0 | 10,0 | 11,0 | 11,0 | 13,0 | 16,0 | 8,0 | 5,0 | 8,0 | 6,0 | 9,0 | |
| | 10 | 8 | 7 | 9 | 9 | 11 | 13 | 5 | 2 | 3 | 3 | 7 | |



Figura 14. Indicadores de infección de sitio operatorio sede principal 2021

Y del área de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) 1, 2 y 3 se hallaron los siguientes datos:

| INDICE GLOBAL UCI 1 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------|-----|-----------|-----------|-------|
| MES | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPT | OCT | NOVIEMBRE | DICIEMBRE | TOTAL |
| INFECCIONES | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 7 | 3 | 2 | 2 | 1 | 4 | 38 |
| pacientes hospitalizados | 17 | 39 | 34 | 40 | 48 | 41 | 32 | 31 | 29 | 30 | 25 | 26 | 392 |
| INDICE DE INFECCIONES | 17,6 | 5,1 | 8,8 | 7,5 | 8,3 | 9,8 | 21,9 | 9,7 | 6,9 | 6,7 | 4,0 | 15,4 | 9,7 |

| INDICADOR DE USO VENTILADOR MECANICO UCI 1 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 24 |
| DIAS VENTILADOR | 300 | 198 | 187 | 301 | 320 | 324 | 285 | 84 | 130 | 205 | 235 | 232 | 2801 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 301 | 227 | 272 | 312 | 325 | 330 | 325 | 256 | 192 | 224 | 255 | 239 | 3258 |
| % USO | 99,7 | 87,2 | 68,8 | 96,5 | 98,5 | 98,2 | 87,7 | 32,8 | 67,7 | 91,5 | 92,2 | 97,1 | 86,0 |
| INDICE DE INFECCION | 6,7 | 10,1 | 16,0 | 3,3 | 6,3 | 3,1 | 14,0 | 23,8 | 15,4 | 9,8 | 4,3 | 8,6 | 8,6 |

| INDICADOR DE USO CATETER CENTRAL UCI 1 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| DIAS CVC | 275 | 178 | 264 | 297 | 302 | 313 | 211 | 183 | 171 | 132 | 196 | 177 | 2699 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 301 | 227 | 272 | 312 | 325 | 330 | 325 | 256 | 192 | 224 | 255 | 239 | 3258 |
| % USO | 91,4 | 78,4 | 97,1 | 95,2 | 92,9 | 94,8 | 64,9 | 71,5 | 89,1 | 58,9 | 76,9 | 74,1 | 82,8 |
| INDICE DE INFECCION | 3,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3,3 | 3,2 | 9,5 | 5,5 | 0,0 | 7,6 | 0,0 | 0,0 | 2,6 |

| INDICADOR DE USO SONDA VESICAL UCI 1 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 8 |
| DIAS SONDA VESICAL | 294 | 220 | 222 | 307 | 310 | 323 | 250 | 177 | 105 | 151 | 187 | 202 | 2748 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 301 | 227 | 272 | 312 | 325 | 330 | 325 | 256 | 192 | 224 | 255 | 239 | 3258 |
| % USO | 97,7 | 96,9 | 81,6 | 98,4 | 95,4 | 97,9 | 76,9 | 69,1 | 54,7 | 67,4 | 73,3 | 84,5 | 84,3 |
| INDICE DE INFECCION | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 6,5 | 3,2 | 6,2 | 4,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 9,9 | 2,9 |

Figura 15. Índice global UCI 1 2021

En el 2021, 392 pacientes estuvieron en la UCI #1; de los cuales 38 adquirieron infecciones; asociadas al ventilador mecánico 24, asociadas a uso de catéter venoso central 7 y a uso de sonda vesical 8. Lo cual indica que hay aproximadamente un 10% de probabilidad de adquirir infecciones durante la estancia en UCI.

| INDICADORES DE INFECCION UCI 2 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| INDICADOR DE INFECCION CATETER CENTRAL UCI 2 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| DIAS CVC | 262 | 220 | 273 | 143 | 220 | 223 | 122 | 111 | 32 | 78 | 60 | 52 | 1796 |
| DIAS ESTANCIA UCE | 299 | 250 | 323 | 306 | 318 | 317 | 262 | 230 | 188 | 272 | 235 | 208 | 3208 |
| INDICE DE INFECCION | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 8,2 | 0,0 | 0,0 | 12,8 | 0,0 | 0,0 | 1,1 |
| % USO | 87,6 | 88,0 | 84,5 | 46,7 | 69,2 | 70,3 | 46,6 | 48,3 | 17,0 | 28,7 | 25,5 | 25,0 | 56,0 |
| INDICADOR DE INFECCION SONDA VESICAL UCI 2 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| DIAS SONDA VESICAL | 222 | 176 | 319 | 299 | 307 | 303 | 255 | 96 | 95 | 125 | 89 | 132 | 2418 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 299 | 250 | 323 | 306 | 318 | 317 | 262 | 230 | 188 | 272 | 235 | 208 | 3208 |
| INDICE DE INFECCION | 0,0 | 5,7 | 0,0 | 3,3 | 0,0 | 0,0 | 3,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,2 |
| % USO | 74,2 | 70,4 | 98,8 | 97,7 | 96,5 | 95,6 | 97,3 | 41,7 | 50,5 | 46,0 | 37,9 | 63,5 | 75,4 |
| INDICADOR DE INFECCION VENTILACION MECANICA UCI 2 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| DIAS VENTILACION MECANICA | 298 | 246 | 0 | 0 | 0 | 7 | 162 | 32 | 8 | 35 | 44 | 20 | 852 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 299 | 250 | 323 | 306 | 318 | 317 | 262 | 230 | 188 | 272 | 235 | 208 | 3208 |
| INDICE DE INFECCION | 10,1 | 8,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 5,9 |
| % USO | 99,7 | 98,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,2 | 61,8 | 13,9 | 4,3 | 12,9 | 18,7 | 9,6 | 26,6 |
| INDICE GLOBAL UCI 2 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 10 |
| pacientes hospitalizados | 12 | 22 | 51 | 49 | 53 | 46 | 37 | 22 | 34 | 50 | 42 | 60 | 478 |
| INDICE DE INFECCIONES | 25,0 | 13,6 | 0,0 | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 5,4 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 2,1 |

Figura 16. Indicadores de infección UCI 2 2021

En la UCI #2 el índice de infecciones registradas en total fueron 10 de 478 pacientes hospitalizados, por lo tanto, el índice de adquirir una infección es de 2,1%.

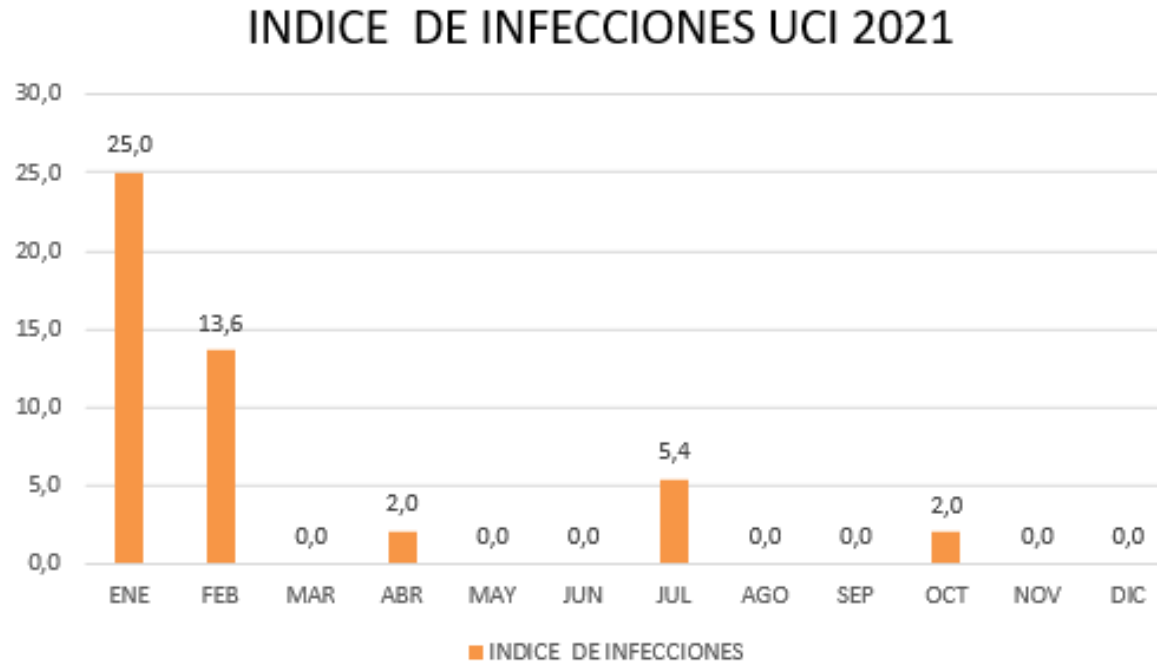


Figura 17. Índice de infecciones UCI 2021

El 50% de las infecciones adquiridas en la UCI #2 son atribuidas a la ventilación mecánica, el 30% al uso de sonda vesical y el 20% restante al uso de catéter venoso central.

| INDICE GLOBAL UCI 3 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|-----|------|------|-------|
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 7 | 4 | 2 | 0 | 0 | 2 | 3 | 39 |
| pacientes hospitalizados | 17 | 20 | 27 | 72 | 80 | 85 | 57 | 32 | 0 | 0 | 32 | 35 | 457 |
| INDICE DE INFECCIONES | 23,5 | 15,0 | 14,8 | 6,9 | 6,3 | 8,2 | 7,0 | 6,3 | 0,0 | 0,0 | 6,3 | 8,6 | 8,5 |
| INDICADOR DE INFECCION VENTILADOR MECANICO UCI 3 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | 3 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 21 |
| DIAS VENTILADOR | 283 | 216 | 211 | 471 | 568 | 638 | 342 | 43 | 0 | 0 | 109 | 162 | 3043 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 295 | 224 | 250 | 528 | 621 | 663 | 682 | 213 | 0 | 0 | 267 | 282 | 4025 |
| INDICE DE INFECCIONES | 10,2 | 8,9 | 8,0 | 1,9 | 1,6 | 6,0 | 4,4 | 4,7 | 0,0 | 0,0 | 3,7 | 10,6 | 5,2 |
| % USO | 95,9 | 96,4 | 84,4 | 89,2 | 91,5 | 96,2 | 50,1 | 20,2 | 0,0 | 0,0 | 40,8 | 57,4 | 75,6 |
| INDICADOR DE INFECCION CATETER CENTRAL UCI 3 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| DIAS CVC | 271 | 210 | 248 | 466 | 601 | 642 | 374 | 175 | 0 | 0 | 238 | 234 | 3459 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 295 | 224 | 250 | 528 | 621 | 663 | 682 | 213 | 0 | 0 | 267 | 282 | 4025 |
| INDICE DE INFECCIONES | 0 | 4,5 | 4,0 | 3,8 | 1,6 | 3,0 | 1,5 | 4,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,2 |
| % USO | 91,9 | 93,8 | 99,2 | 88,3 | 96,8 | 96,8 | 54,8 | 82,2 | 0,0 | 0,0 | 89,1 | 83,0 | 85,9 |
| INDICADOR DE INFECCION SONDA VESICAL UCI 3 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| INFECCIONES | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 9 |
| DIAS SONDA VESICAL | 219 | 164 | 246 | 521 | 617 | 661 | 446 | 194 | 0 | 0 | 248 | 238 | 3554 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 295 | 224 | 250 | 528 | 621 | 663 | 682 | 213 | 0 | 0 | 267 | 282 | 4025 |
| INDICE DE INFECCIONES | 3,4 | 0,0 | 4,0 | 3,8 | 4,8 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 3,7 | 0,0 | 2,2 |
| % USO | 74,2 | 73,2 | 98,4 | 98,7 | 99,4 | 99,7 | 65,4 | 91,1 | 0,0 | 0,0 | 92,9 | 84,4 | 88,3 |

Figura 18. Índice global UCI 3 2021

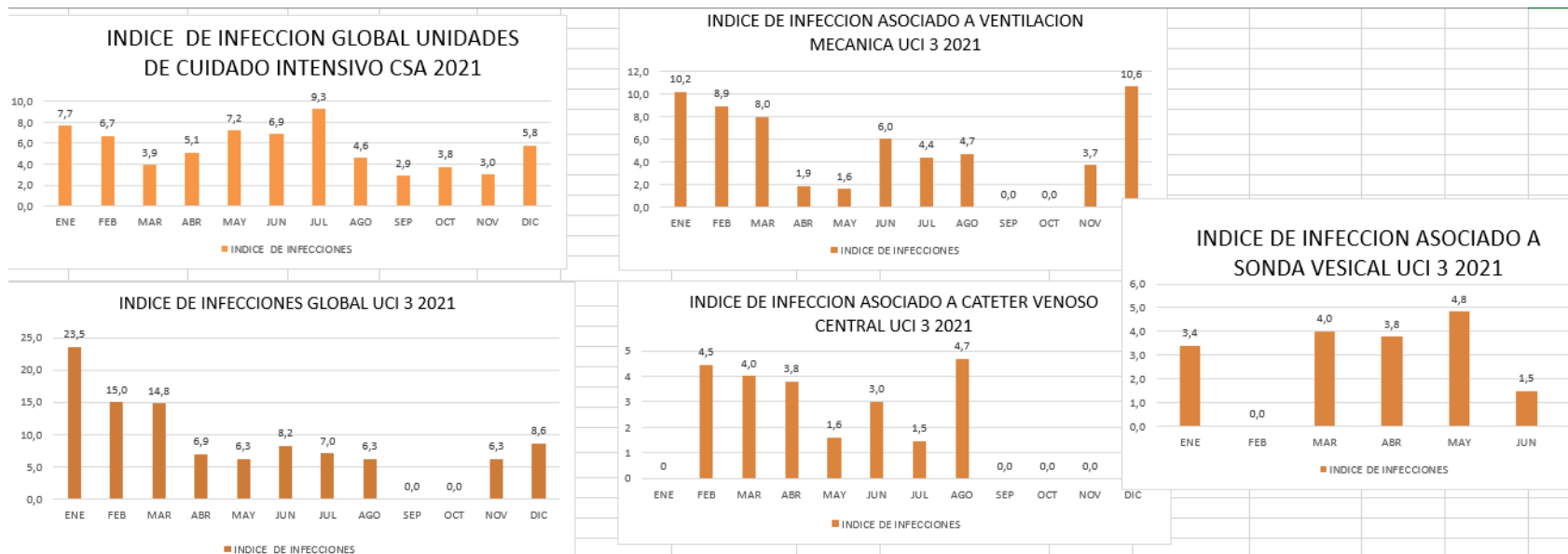


Figura 19. Resumen índices de infección en UCI 3 2021

En la UCI #3 se reportaron 39 infecciones de 457 pacientes hospitalizados, lo cual arroja un índice de 8,5% de probabilidades de adquirir infecciones. El 54% de las infecciones están asociadas al uso de ventilador mecánico y el 23% asociados a uso de catéter venoso central, de igual valor para el uso de sonda vesical.

| INFORMACION CONSOLIDADA UCI 1 + UCI 2+ UCI 3 CLINICA SANTA ANA 2021 | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| INDICADOR DE USO CATETER CENTRAL AREAS DE CUIDADO CRITICO 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| DIAS CVC | 808 | 608 | 785 | 906 | 1123 | 1178 | 707 | 469 | 203 | 210 | 494 | 463 | 7954 |
| INFECCIONES | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 18 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 895 | 701 | 845 | 1146 | 1264 | 1310 | 1269 | 699 | 380 | 496 | 757 | 729 | 10491 |
| INDICE DE INFECCION | 1,2 | 1,6 | 1,3 | 2,2 | 1,8 | 2,5 | 5,7 | 4,3 | 0,0 | 9,5 | 0,0 | 0,0 | 2,3 |
| % USO | 90,3 | 86,7 | 92,9 | 79,1 | 88,8 | 89,9 | 55,7 | 67,1 | 53,4 | 42,3 | 65,3 | 63,5 | 75,8 |
| INDICADOR DE USO SONDA VESICAL AREAS DE CUIDADO CRITICO 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| DIAS SONDA VESICAL | 735 | 560 | 787 | 1127 | 1234 | 1287 | 1098 | 401 | 200 | 276 | 494 | 572 | 8771 |
| INFECCIONES | 1 | 1 | 1 | 5 | 4 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 20 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 895 | 701 | 845 | 1146 | 1264 | 1310 | 1269 | 699 | 380 | 496 | 757 | 729 | 10491 |
| INDICE DE INFECCION | 1,4 | 1,8 | 1,3 | 4,4 | 3,2 | 2,3 | 1,8 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 3,5 | 2,3 |
| % USO | 82,1 | 79,9 | 93,1 | 98,3 | 97,6 | 98,2 | 86,5 | 57,4 | 52,6 | 55,6 | 65,3 | 78,5 | 83,6 |
| INDICADOR DE USO VENTILACION MECANICA AREAS DE CUIDADO CRITICO 2021 | | | | | | | | | | | | | |
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | TOTAL |
| DIAS VENTILACION MECANICA | 881 | 660 | 398 | 772 | 888 | 969 | 854 | 165 | 138 | 240 | 388 | 414 | 6767 |
| INFECCIONES | 8 | 6 | 5 | 2 | 3 | 5 | 7 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 50 |
| DIAS ESTANCIA UCI | 895 | 701 | 845 | 1146 | 1264 | 1310 | 1269 | 699 | 380 | 496 | 757 | 729 | 10491 |
| INDICE DE INFECCION | 9,1 | 9,1 | 12,6 | 2,6 | 3,4 | 5,2 | 8,2 | 18,2 | 14,5 | 8,3 | 5,2 | 12,1 | 7,4 |
| % USO | 98,4 | 94,2 | 47,1 | 67,4 | 70,3 | 74,0 | 67,3 | 23,6 | 36,3 | 48,4 | 51,3 | 56,8 | 64,5 |

Figura 20. Información consolidada UCI 1 + UCI 2 + UCI 3 Clínica Santa Ana 2021

| INDICE GLOBAL DE INFECCIONES UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO 2021 | | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|-----------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC | |
| INFECCIONES | 10 | 8 | 7 | 9 | 9 | 11 | 13 | 5 | 2 | 3 | 3 | 7 | 87 |
| pacientes hospitalizados | 130 | 119 | 178 | 175 | 125 | 160 | 140 | 109 | 69 | 80 | 99 | 121 | 1505 |
| INDICE DE INFECCIONES | 7,7 | 6,7 | 3,9 | 5,1 | 7,2 | 6,9 | 9,3 | 4,6 | 2,9 | 3,8 | 3,0 | 5,8 | 5,8 |

| MES | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|
| ENE | 1,4 | 1,6 | 0,5 | 1,7 | 0,9 | 1,1 | 1,7 |
| FEB | 1,5 | 0,9 | 0,2 | 1,3 | 0,5 | 2 | 1,5 |
| MAR | 0,6 | 1,4 | 0,7 | 1,4 | 0,7 | 0,4 | 1,5 |
| ABR | 1,3 | 0,9 | 1,2 | 1,9 | 0,6 | 2 | 1,5 |
| MAY | 1,2 | 0,7 | 0,4 | 1,3 | 1 | 2,2 | 1,2 |
| JUN | 1,5 | 0,4 | 0,8 | 0,7 | 1,6 | 1,2 | 1,5 |
| JUL | 1,4 | 1,4 | 1 | 1,9 | 1,2 | 1,2 | 2,1 |
| AGO | 2,3 | 0,8 | 0,4 | 1,2 | 0,9 | 1,2 | 1,3 |
| SEP | 1,8 | 0,7 | 0,4 | 1,5 | 1,8 | 2,7 | 0,5 |
| OCT | 1,2 | 0,7 | 1 | 0,9 | 1,3 | 2,4 | 0,9 |
| NOV | 1,4 | 0,7 | 1 | 0,6 | 1 | 2,8 | 0,7 |
| DIC | 1,1 | 0,5 | 0,9 | 0,5 | 1,8 | 2,4 | 1,2 |
| PROMEDIO AÑO | 1,4 | 0,9 | 0,7 | 1,3 | 1,1 | 1,8 | 1,3 |

| AÑO | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|
| PROMEDIO AÑO | 1,4 | 0,9 | 0,7 | 1,3 | 1,1 | 1,8 | 1,3 |

Figura 21. Índice global de infecciones unidades de cuidado intensivo 2021

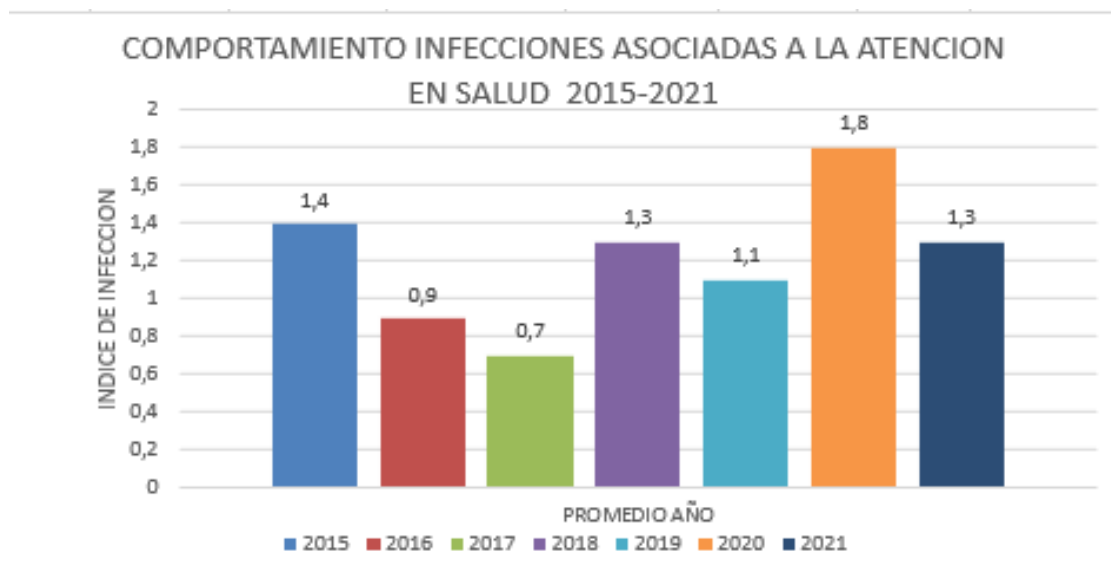


Figura 22. Comportamiento infecciones asociadas a la atención en salud 2015-2021

Las infecciones asociadas a la atención en salud disminuyeron un 0,5% con relación al año anterior y aumentaron un 0,6% respecto al 2017; el cual ha sido el año con menor porcentaje de infecciones.

4.2 Protocolo “Transporte de Material Estéril desde la Central de Esterilización hacia los Servicios Solicitantes”

Se elaboró un protocolo para garantizar la integridad y esterilización del material estéril desde la salida de la central de esterilización hasta su previa abertura en los diferentes servicios: cirugía, UCI, urgencias y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A., Sede principal y Sede Norte (ver anexo 1).

4.3 Matriz de Educación

La matriz de educación se puede observar en la figura 23 y el desarrollo en el anexo 2.

| Matriz de educación | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| Tema: Protocolo de transporte de material estéril FECHA: abril 2022 | | | | | | |
| Lugar: Clínica Santa Ana S.A. TIEMPO: 21 minutos | | | | | | |
| Responsable: Viviana Del Pilar Muñoz Torres | | | | | | |
| Objetivo general: Socializar el protocolo de transporte de material estéril que garantice la integridad y esterilización del mismo desde la salida de la central de esterilización hasta su previa abertura en los diferentes servicios: cirugía, UCI, urgencias y hospitalización de la Clínica Santa Ana. | | | | | | |
| Objetivos específicos | Contenidos | Metodología | Tiempo | Recursos | Ayudas Audiovis. o Tec. Educat. | Evaluación |
| Definir el objetivo general del protocolo de transporte de material estéril | Objetivo general del protocolo de transporte de material estéril | A P R E N D E R A E N S | 2 minutos | Humanos: Estudiante de enfermería UFPS Infraestructura: servicios de hospitalización, UCI, urgencias y cirugía de la clínica Santa Ana S.A. | Infografía | Mencione el objetivo general del protocolo |
| Describir el alcance del protocolo de transporte de material estéril | Alcance del protocolo de transporte de material estéril | | 1 minuto | | | ¿Cuál es el alcance del protocolo? |
| | | | | | | |

| Matriz de educación | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|--|--|------------------------------------------------------------------------|
| Determinar los responsables del cumplimiento del protocolo de transporte de material estéril | Responsables de cumplir el protocolo de transporte de material estéril | E Ñ A R A P R E N D E R A E N S E Ñ A R | 1 minuto | | | | ¿Quiénes son los responsables del cumplimiento efectivo del protocolo? |
| Describir las definiciones del protocolo de transporte de material estéril | Definiciones del protocolo de transporte de material estéril | | 5 minutos | | | | Describa las 3 definiciones que hacen parte del protocolo |
| Determinar la normatividad vigente con la cual se desarrolló el protocolo de transporte de material estéril | Normatividad del protocolo de transporte de material estéril | | 2 minutos | | | | ¿Qué normas conforman el protocolo? |
| Implementar el desarrollo del protocolo de transporte de material estéril | Desarrollo del protocolo de transporte de material estéril | | 10 minutos | | | | ¿Cuáles son las 12 reglas que fundamentan el protocolo? |

Figura 23. Matriz de educación

4.4 Cronograma de Actividades de Educación

Tabla 4. Cronograma de actividades de educación

| Fecha | Servicio | Actividades |
|--------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23 al 31 de Mayo | Hospitalización bloque a – primer piso | |
| 23 al 31 de Mayo | Hospitalización bloque b – primer piso | |
| 23 al 31 de Mayo | Hospitalización segundo piso | |
| 01 al 5 de Junio | urgencias | Socialización del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de UCI, |
| 01 al 5 de Junio | UCI adultos sede principal | urgencias, cirugía y hospitalización |
| 01 al 5 de Junio | UCI adultos sede norte | |
| 01 al 5 de Junio | UCI pediátrica sede norte | |
| 23 de Mayo al 5 de junio | Cirugía sede principal | |
| 01 al 5 de Junio | Cirugía sede norte | |
| 01 al 5 de Junio | Sala de partos sede norte | |
| 01 al 5 de Junio | Central de esterilización sede principal | |
| 01 al 5 de Junio | Central de esterilización sede norte | |

4.5 Plan de Mejora

4.5.1 Planeación de la mejora. A continuación, se evidencia la planeación de la mejora:

Tabla 5. Planeación de la mejora

| Problema identificado | Objetivo | Acción de mejoramiento | Actividad | Fechas | | Recursos | Responsable |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| | | | | Inicio | Fin | | |
| Inadecuada adopción del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A. por parte del personal asistencial encargado de dicho proceso. | Promover la correcta adaptación e inclusión permanente del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A. por parte del personal asistencial encargado de dicho proceso. | Gestión | Diseñar lista de chequeo del protocolo transporte de material estéril desde la central de esterilización hacia los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización | 1 abril 2022 | 16 junio 2022 | Humano: Estudiante pasante de enfermería, personal asistencial de la clínica Santa Ana S.A. Material: Computador, copias, lapiceros | Viviana Muñoz Torres – pasante Enfermería UFPS |
| | | Gestión | Solicitar insumos para los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización | 1 abril 2022 | 16 junio 2022 | | Viviana Muñoz Torres – pasante Enfermería UFPS |
| | | Investigación | Realizar seguimiento y supervisión de la adaptación y cumplimiento del protocolo de transporte de material estéril | 1 abril 2022 | 16 junio 2022 | | Viviana Muñoz Torres – pasante Enfermería UFPS |
| | | Asistencial | Elaborar un informe estadístico con los resultados obtenidos en el diligenciamiento de la lista de chequeo para la adopción del protocolo de transporte de material estéril | 1 abril 2022 | 16 junio 2022 | | Viviana Muñoz Torres – pasante Enfermería UFPS |

4.5.2 Ejecución. La ejecución del plan de la mejora se presenta de la siguiente manera:

4.5.2.1 Actividad N°1 de gestión. Diseñar lista de chequeo del protocolo transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A.

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|
|  | LISTA DE CHEQUEO DE TRANSPORTE DE MATERIAL ESTÉRIL DESDE LA CE HACÍA LOS SERVICIOS | CODIGO | FT-QX-ES027 |
| | | VERSION | 001 |
| | | PAGINA | 1 DE 1 |

| Nº | ITEM | SI | NO |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1 | Asepsia de manos | | |
| 2 | Uso correcto y completo de EPP | | |
| 3 | Verifica la integridad del empaque | | |
| 4 | Verifica que la etiqueta del paquete o elemento estéril cuente con fecha de esterilización y fecha de vencimiento | | |
| 5 | El contenedor de transporte es del material apropiado | | |
| 6. | El contenedor de transporte es del tamaño apropiado de acuerdo al material a transportar | | |
| 7 | El contenedor de transporte está rotulado como "material estéril" | | |
| 8 | El contenedor de transporte cuenta con tapa | | |
| 9 | El contenedor de transporte se encuentra en buenas condiciones (sin enmendaduras) | | |
| 10 | El contenedor se encuentra limpio | | |
| 11 | El material es transportado en las manos o en bolsas de plástico | | |
| 12 | El material es transportado dentro del contenedor y/o carro de transporte | | |
| 1 | El material supera la capacidad máxima o permitida del contenedor | | |
| 14 | El material frágil y/o delicado es ubicado en la parte superior del contenedor | | |
| 15 | El material es trasladado directamente al servicio solicitante | | |
| 16 | El material es transportado en contenedores de transporte o depósito de material sucio/contaminado o no estéril | | |
| 17 | Durante el traslado del material al servicio el contenedor es depositado en el piso | | |

NOTA: Esta lista de chequeo debe ser verificada y diligenciada por el personal a cargo de la supervisión del proceso de transporte.

| | | | |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR | FECHA DE APROBACION |
| ESTUDIANTE DE CONVENIO DOCENCIA SERVICIO | COORD. DE CENTRAL DE ESTERILIZACION | GESTIÓN DE CALIDAD | MAYO DEL 2022 |

Figura 24. Actividad N°1 de gestión

4.5.2.2 Actividad N°2 de gestión. Solicitar insumos para implementar el protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A.

Cúcuta, Norte de Santander. 9 de junio de 2022

Señora
Jennifer Jaimes
Coordinadora de almacén y compras
Clínica Santa Ana S.A.

Cordial saludo,

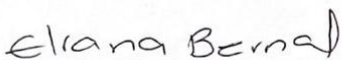
Por medio de la presente hago solicitud de material tipo contenedor plástico con tapa de cierre hermético, con el fin de ser usados para el transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, cirugía, UCI y hospitalización del primer piso: bloque A y bloque B; y segundo piso.

Material solicitado: 12 contenedores plásticos con tapa de cierre hermético con capacidad 10 a 20 litros para sede principal y sede norte.

Dando de esta manera continuidad al protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios, el cual tiene como objetivo garantizar la integridad y esterilización del material estéril desde su salida en la central de esterilización hacía los servicios de UCI, Urgencias, Cirugía y hospitalización.

Agradeciendo de antemano su colaboración.

Atentamente,



Eliana Bernal
Coordinadora Cirugía
Clínica Santa Ana S.A.

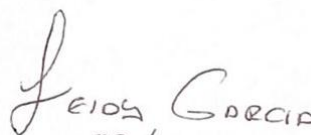

09/06/2022
5:58 PM

Figura 25. Actividad N°2 de gestión

4.5.2.3 Actividad N°3 de investigación. Realizar seguimiento y supervisión de la adaptación y cumplimiento del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la clínica Santa Ana S.A.

Se realizaron de manera periódica 30 rondas de supervisión con lista de chequeo para la adaptación y cumplimiento del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización.

Tabla 6. Lista de chequeo de transporte de material estéril desde la ce hacía los servicios

| N° | Ítem | Si | No |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1 | Asepsia de manos | 21 | 9 |
| 2 | Uso correcto y completo de EPP | 30 | 0 |
| 3 | Verifica la integridad del empaque | 30 | 0 |
| 4 | Verifica que la etiqueta del paquete o elemento estéril cuente con fecha de esterilización y fecha de vencimiento | 30 | 0 |
| 5 | El contenedor de transporte es del material apropiado | 18 | 12 |
| 6. | El contenedor de transporte es del tamaño apropiado de acuerdo al material a transportar | 18 | 12 |
| 7 | El contenedor de transporte está rotulado como “material estéril” | 0 | 30 |
| 8 | El contenedor de transporte cuenta con tapa | 11 | 19 |
| 9 | El contenedor de transporte se encuentra en buenas condiciones (sin enmendaduras) | 18 | 12 |
| 10 | El contenedor se encuentra limpio | 18 | 12 |
| 11 | El material es transportado en las manos o en bolsas de plástico | 12 | 18 |
| 12 | El material es transportado dentro del contenedor y/o carro de transporte | 18 | 12 |
| 13 | El material supera la capacidad máxima o permitida del contenedor | 0 | 30 |
| 14 | El material frágil y/o delicado es ubicado en la parte superior del contenedor | 30 | 0 |
| 15 | El material es trasladado directamente al servicio solicitante | 24 | 6 |
| 16 | El material es transportado en contenedores de transporte o depósito de material sucio/contaminado o no estéril | 0 | 30 |
| 17 | Durante el traslado del material al servicio el contenedor es depositado en el piso | 0 | 30 |

Actividad N°4 asistencial. Elaborar un informe estadístico con los resultados obtenidos en el diligenciamiento de la lista de chequeo para la adopción del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la clínica Santa Ana S.A.



Figura 26. Asepsia de manos

Análisis. El 70% del personal realiza higiene de manos al momento de entregar y transportar equipos estériles de la central de esterilización, también es importante mencionar que a pesar de que en su mayoría el personal realiza este ítem no lo hacen completo siguiendo el paso a paso establecido por la OMS.



Figura 27. Uso correcto y completo de los EPP

Análisis. El 100% del personal hace uso de los EPP, se resalta que se usan pero no de manera completa, no se evidencia uso de guantes.



Figura 28. Verificar la integridad del paquete

Análisis. El 100% del personal verifica la integridad del empaque que protege el material estéril.

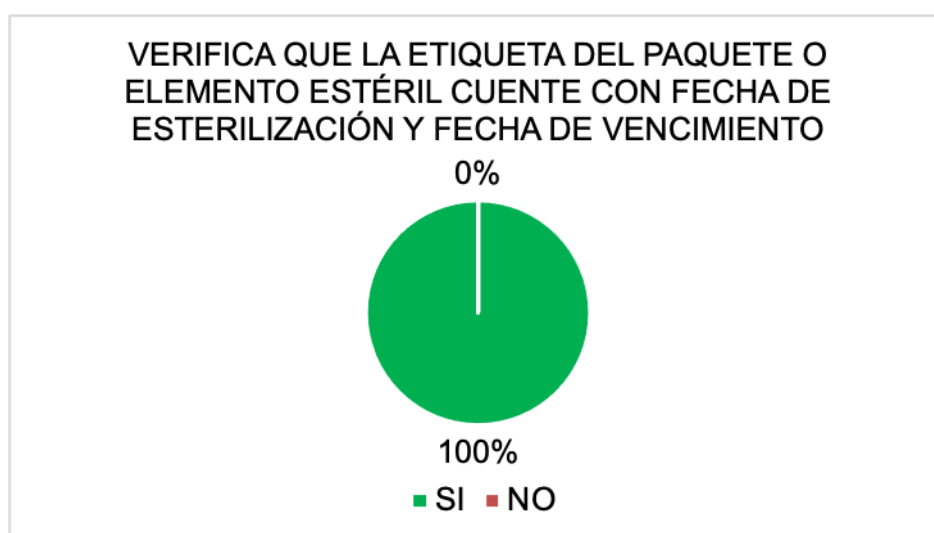


Figura 29. Verifica que la etiqueta del paquete o elemento estéril cuente con la fecha de esterilización y fecha de vencimiento

Análisis: El 100% del personal verifica la fecha consignada en el paquete estéril en el cual se consigna claro, visible y legible la fecha de esterilización y de vencimiento del material.

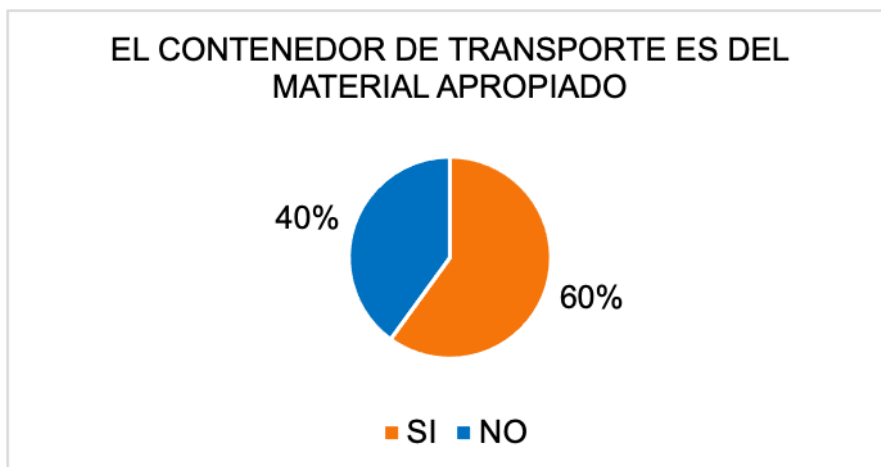


Figura 30. El contenedor de transporte es del material apropiado

Análisis. El 60% de los transportes efectuados fueron realizados en contenedores plásticos y el 40% en bolsas o en las manos.

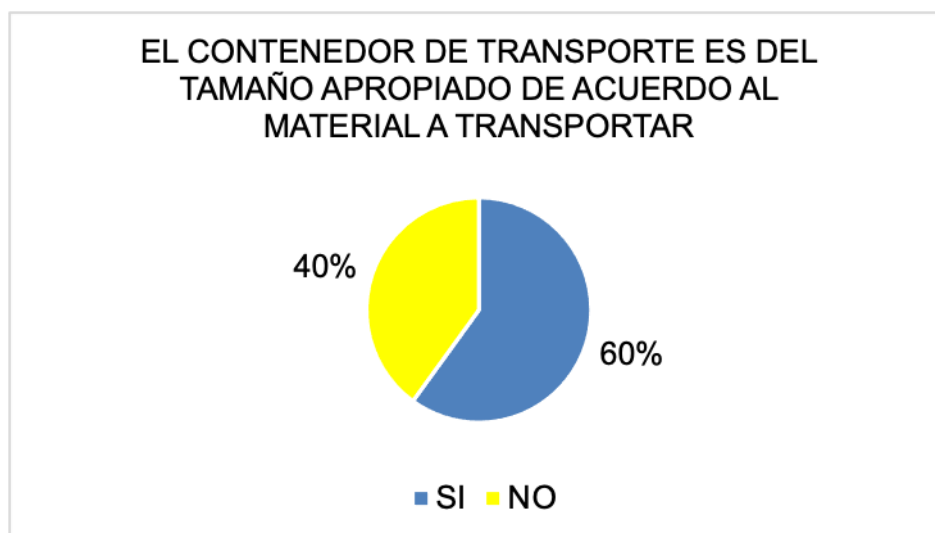


Figura 31. El contenedor de transporte es del tamaño apropiado de acuerdo al material a transportar

Análisis. El 60% de los transportes se realizaron en contenedores apropiados para el tamaño del material estéril, mientras que el 40% restante no se pudo comparar por no contar con el contenedor de transporte.



Figura 32. El contenedor de transporte esta rotulado como material estéril

Análisis. El 100% de los contenedores que fueron usados para el transporte de material no estaban rotulados como “material estéril”.

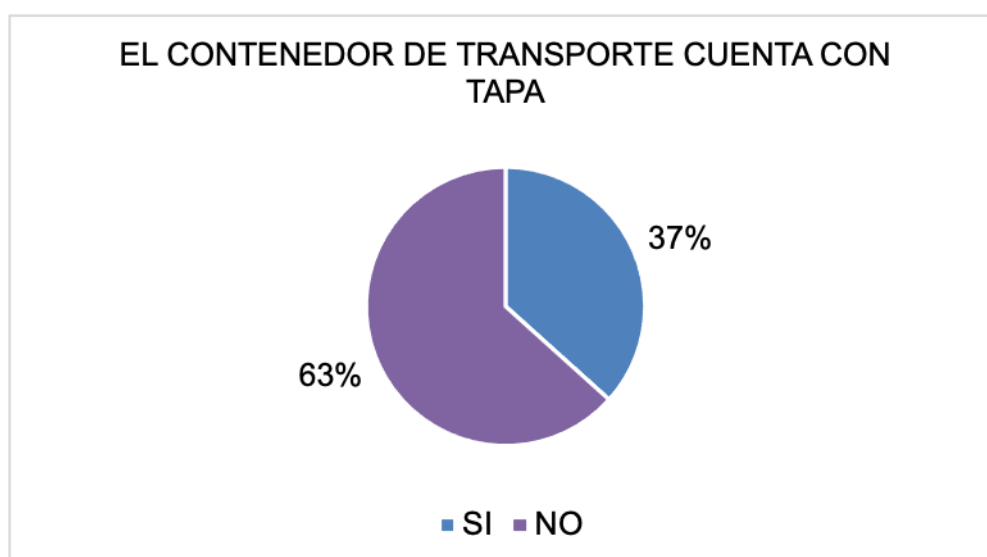


Figura 33. El contenedor de transporte cuenta con tapa

Análisis. Más del 60% de los contenedores usados para el transporte de material estéril contaban con tapa de cierre hermético.

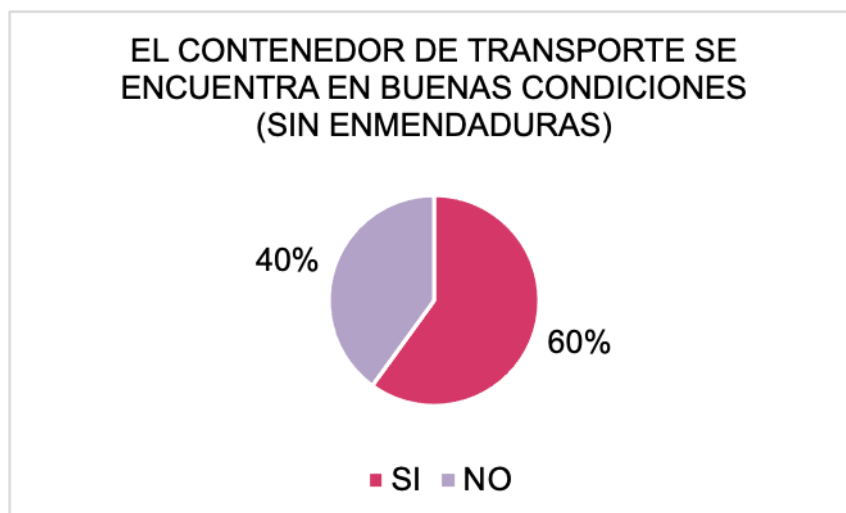


Figura 34. El contenedor de transporte se encuentra en buenas condiciones (sin enmendaduras)

Análisis. El 100% de los contenedores están en buenas condiciones; los cuales corresponden al 60% de los contenedores de transporte que se usaron para transportar material estéril, el 40% restante no hizo uso de contenedor para transporte de material estéril.

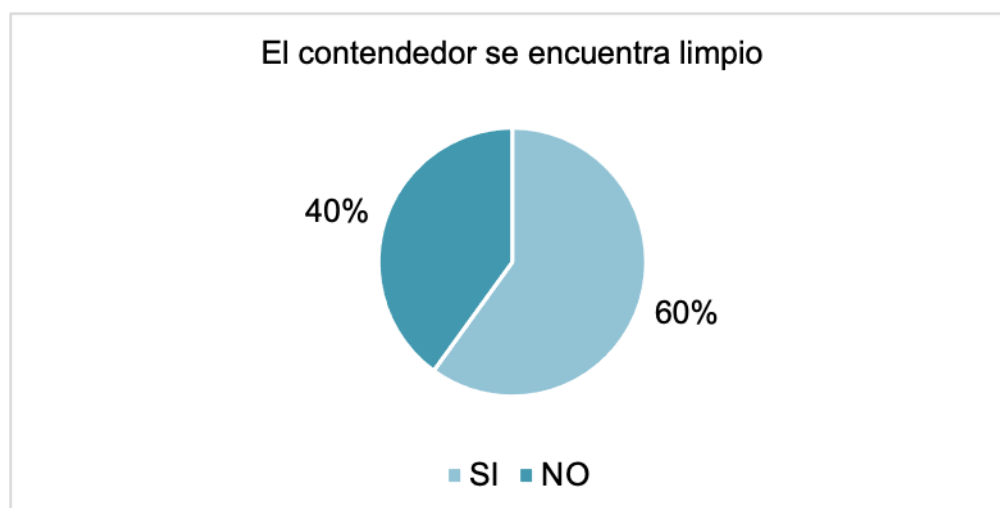


Figura 35. El contenedor se encuentra limpio

Análisis. El 100% de los contenedores se encontraron limpios; los cuales corresponden al 60% de los contenedores de transporte que se usaron para transportar material estéril, el 40%

restante no hizo uso de contenedor para transporte de material estéril.

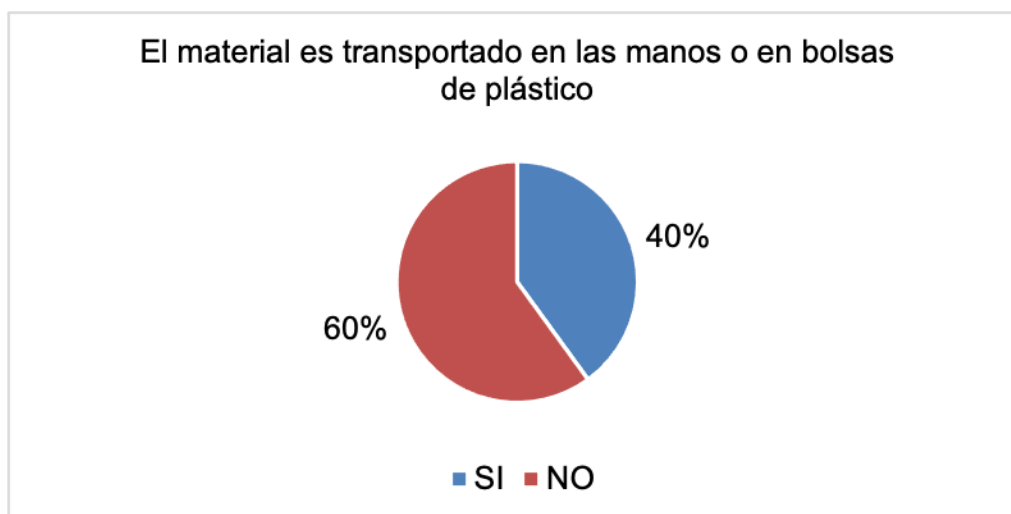


Figura 36. El material es transportado en las manos o en bolsas plásticas

Análisis. El 40% de los transportes de material estéril se realizaron en bolsas o en las manos del transportador.

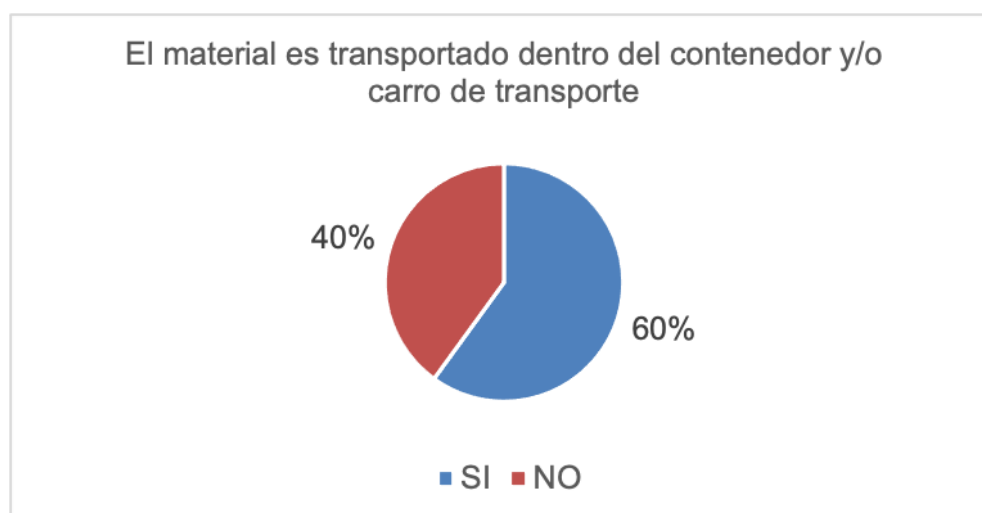


Figura 37. El material es transportado dentro del contenedor y/o carro de transporte

Análisis. El 60% del material fue transportado de manera segura dentro del contenedor de transporte estéril.



Figura 38. El material supera la calidad máxima o permitida del contenedor

Análisis. No se registró ningún transporte de material estéril en el cual los equipos superaran la capacidad del contenedor.



Figura 39. El material frágil y/o delicado es ubicado en la parte superior del contenedor

Análisis. El 100% del material frágil o delicado fue ubicado en la parte superior del contenedor, esto no comprometió la integridad y delicadeza en el cuidado del mismo.



Figura 40. El material es trasladado directamente al servicio solicitante

Análisis. El 80% de los transportes de material estéril fueron llevados directamente al servicio solicitante, el otro 20% deambuló por pasillos y otras dependencias antes de su destino final.



Figura 41. El material es transportado en contenedores de transporte o depósito de material sucio/contaminado o no estéril

Análisis. El 100% de los contenedores usados no correspondían a otro tipo de depósito como material sucio, contaminado o limpio.



Figura 42. Durante el traslado del material al servicio el contenedor es depositado en el piso

Análisis. No se registró que ningún contenedor de transporte de material estéril fuera depositado en el piso.

5. Conclusiones

La continua sistematización de los procesos asistenciales garantiza y promueve la cultura de seguridad del paciente, de la institución y la calidad de los servicios prestados; para llevar a cabo este objetivo es necesario supervisar la técnica y capacitar periódicamente al personal asistencial corrigiendo errores en los métodos y fomentando en el correcto proceder, de esta manera se busca generar conciencia colectiva y de competencia sana en el cumplimiento de los protocolos, guías y manuales de los procedimientos de enfermería.

6. Recomendaciones

Capacitación periódica y programada del personal asistencial en el protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A. Sede Principal y Sede Norte.

Socialización del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A. Sede Principal y Sede Norte al personal de nuevo ingreso.

Supervisión periódica y programada con lista de chequeo del cumplimiento del protocolo de transporte de material estéril desde la central de esterilización hacía los servicios de urgencias, UCI, cirugía y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A. Sede Principal y Sede Norte.

Desarrollo de indicadores de infecciones adquiridas por fallas en los métodos de esterilización.

Referencias Bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Manual de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, Normas y Programa. [Base de datos en línea] Bogotá: MINSAL; 1993, [acceso 25 de junio de 2022].
Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/918f15de4a29106ae04001011e016773.pdf>
2. Ministerio de Salud. Manual de desinfección y esterilización. [Base de datos en línea] Bogotá: MINSAL; 1995, [acceso 20 de julio de 2022]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1444.pdf>
3. División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Departamento Calidad en la Red, Unidad de Infecciones Intrahospitalarias. Norma Técnica sobre Esterilización y desinfección de elementos clínicos y manual para su aplicación. [Base de datos en línea] 2001, [acceso 2 de mayo de 2022]. Disponible en:
<http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/1034/3052.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Association of periOperative Registered Nurses. Standards, Recommended Practices, and Guidelines. Colorado, USA: AORN; 2001.
5. Ministerio de Protección Social. Resolución 2183 de 2004. Por la cual se adopta el manual de buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios de salud. [Base de datos en línea] Bogotá: MINSALUD; 2004, [acceso 20 de julio de 2022]. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202183%20DE%202004.pdf

6. Ministerio de Salud de Chile. Subdepartamento de salud valdivia. Hospital base Valdivia. Subdepartamento de Esterilización Comité de Infecciones Intrahospitalarias. Norma 13 “Manejo de material estéril”. [Base de datos en línea] Santiago, Chile: MINSAL; 2004, [acceso 20 de julio de 2022]. Disponible en:
https://www.ispch.cl/sites/default/files/norma_13_manejo_material_esteril.pdf
7. Astagneau P, Ambrogi V. Infecciones nosocomiales e infecciones asociadas al tratamiento médico. Rev Trat Med [revista en Internet] 2014 [acceso 19 de junio de 2022]; 18(2): 1-17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S163654101467522X>
8. Suberviola B, Castellanos A. Infecciones nosocomiales en pacientes críticos. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España. Rev Enferm Infecc [revista en Internet] 2014 [acceso 19 de junio de 2022]; 9(57): 3374-3382. Disponible en: <https://www.medicineonline.es/es-infecciones-nosocomiales-pacientes-criticos-articulo-S0304541214707863>
9. Hernández M, Celorrio J, Lapresta C, Solano V. Fundamentos de antisepsia, desinfección y esterilización. Enferm Infecc Microbiol Clin [revista en Internet] 2014 [acceso 19 de junio de 2022]; 32(10): 681-688. Disponible en: <https://elautoclave.files.wordpress.com/2017/12/ecmc-esterilizacion.pdf>
10. Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico. Término infecciones. [Base de datos en línea]. 2020 [acceso 15 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico>

11. Clínica Santa Ana S.A. Manual de procesos de central de esterilización. Definiciones transporte y tipos de transporte. [Base de datos en línea]. 2016 [acceso 15 de marzo de 2021].

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-para-asignacion-cupos.pdf>

12. Clínica Santa Ana S.A. Datos de ubicación de la IPS. [Base de datos en línea]. 2021 [acceso 15 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.dateas.com/es/explore/sedes-asociacion-colombiana-hospitales-clinicas/clinica-santa-ana-sa-37363>

Anexos

Anexo 1. Protocolo “Transporte de material estéril desde la Central de Esterilización hacia los servicios solicitantes”

1. Propósito

Garantizar la integridad y esterilización del material estéril desde la salida de la central de esterilización hasta su previa abertura en los diferentes servicios: cirugía, UCI, urgencias y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A., Sede principal y Sede Norte.

2. Alcance

Inicia con la solicitud del material estéril por parte del servicio (UCI, cirugía, urgencias y hospitalización), continua con la preparación del material para la entrega desde la central de esterilización y finaliza con la entrega del material estéril en el servicio solicitante.

3. Normatividad

- Resolución 2183 de 2004. Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.
- Norma técnica de esterilización y desinfección de elementos clínicos.

4. Términos y definiciones

Carro de transporte: Contenedor adaptado para el transporte de material quirúrgico.

Contenedores: se utiliza para depositar elementos dentro, material plástico hecho a base de polímeros resistentes, provisto de enganches para facilitar su manejo y transporte.

Transporte: Corresponde al traslado del material estéril realizado por el personal asistencial desde un área primaria responsable de la esterilización (central de esterilización) hasta el servicio donde será usado dicho material (urgencias, cirugía, UCI y hospitalización).

5. Contenido

- Tanto el personal que entrega (central de esterilización) como el que recibe (personal encargado del transporte hacia los servicios de urgencias, cirugía y hospitalización) deberán haber realizado previamente asepsia de manos y hacer el correcto y completo uso de los EPP.
- El personal que entrega deberá verificar la integridad del empaque y la esterilización del material según fecha de vencimiento en el paquete, SEGÚN EL TIPO DE ENVOLTURA, siempre teniendo en cuenta que debe salir del área de almacenamiento el equipo con mayor tiempo.

Tipos de envolturas:

Papel grado médico y tyveck:

Una envoltura: 6 meses

Doble envoltura: 1 año

Papel crepado:

Doble envoltura: 1 mes

Textil:

Doble envoltura 15 días

- Antes de la entrega de material se deberá verificar que la etiqueta consignada sobre el paquete o elemento estéril sea visible y legible, además de que se encuentre vigente, teniendo en cuenta la fecha en que se realizó la esterilización y el vencimiento de la misma.
- El personal que recibe deberá traer consigo un contenedor de plástico con tapa del mismo material, del tamaño adecuado y correspondiente al tipo de material a transportar, este deberá estar rotulado como “material estéril”.
- El contenedor deberá ser lavable y de cierre hermético.
- El material no deberá ser trasladado en las manos o en bolsas de plástico.
- El material deberá ser transportado exclusivamente dentro del contenedor y/o en el carro de transporte (opcional).
- El material no debe superar la capacidad máxima o permitida que comprometa la integridad del contenedor.
- No se deberá poner material pesado sobre el material frágil o delicado.
- El traslado del material debe ser lo más pronto posible y salir directamente al servicio para su uso, no deberá deambular por otros servicios y/o dependencias de la institución.
- Se debe garantizar que el material estéril no será transportado en el mismo contenedor que el material limpio no estéril o contaminado, ya que aumentan las posibilidades de contaminación y se vería afectada la integridad de este.
- Por ningún motivo se deberá depositar el contenedor en el piso/suelo durante su traslado a la unidad solicitada.
- El servicio de origen deberá limpiar cada contenedor posterior a su utilización y preservar en un lugar de mínima manipulación y exposición a fluidos.

Nota: El tiempo de esterilidad de un elemento no lo da el sistema de esterilización empleado, sino las condiciones de empaque, manipulación, transporte y almacenamiento. Mientras el empaque esté íntegro la esterilidad se mantiene.

6. Metodología de socialización

Se realizará la socialización del protocolo con el personal encargado del proceso 1 vez al año.

7. Mecanismos de adherencia

Se aplicará lista de chequeo semestral para verificar la adherencia al protocolo por parte del personal a cargo de los procesos.

8. Documentos relacionados

- Gobierno de Colombia. Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud. Ministerio de Protección Social. Resolución 2183 de 2004. Colombia.
- Hospital San José del Guaviare. Colombia. Protocolo de Transporte de Instrumental Quirúrgico. 2018.
- Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud. Norma Técnica de esterilización y desinfección de elementos clínicos. 2001. Colombia.

9. Registro de modificaciones

| Versión | Fecha de modificación | Descripción de cambios realizados |
|---------|-----------------------|-----------------------------------|
| 001 | Mayo del 2022 | Creación del documento |

Anexo 2. Desarrollo de la matriz de educación

METODOLOGÍA

“APRENDER A ENSEÑAR”

1. Reflexionemos y compartamos:

Lograr que el personal asistencial de la central de esterilización, hospitalización, urgencias, UCI y cirugía de la clínica Santa Ana S.A. garantice en el transporte la integridad de los paquetes y la esterilización de los mismos hasta el servicio solicitante. La estudiante encargada de la sesión educativa hará su presentación, dando una definición precisa sobre la importancia del adecuado transporte de material estéril a los servicios solicitantes con el fin de informar el tema que se va a tratar, y así consiguiendo participación de los presentes.

2. Consultemos:

Brindar información a través de la charla educativa. Al tener previamente identificado cual es el conocimiento del usuario sobre el tema, el estudiante encargado ampliara los conocimientos de la temática, como los son: objetivo general, alcance, responsables, definiciones, normatividad y desarrollo del protocolo.

3. Debatamos:

Lograr que los participantes brinden sus propias opiniones, basadas en nuevos conocimientos y dudas, estimulando un debate en el cual se evidencie la comprensión del tema.

4. Comprometámonos y decidámonos:

Lograr que el personal asistencial se comprometa a cumplir activamente con el protocolo de transporte de material estéril desde la central a los servicios solicitantes, teniendo en cuenta los aspectos del protocolo.

5. Evaluemos:

Motivar a que los participantes demuestren los conocimientos adquiridos sobre la temática durante la jornada educativa, a través de un juego de preguntas al azar, las cuales si son respondidas correctamente tendrán una recompensa.

Contenido

1. Propósito

Garantizar la integridad y esterilización del material estéril desde la salida de la central de esterilización hasta su previa abertura en los diferentes servicios: cirugía, UCI, urgencias y hospitalización de la Clínica Santa Ana S.A., Sede principal y Sede Norte.

2. Alcance

Inicia con la solicitud del material estéril por parte del servicio (UCI, cirugía, urgencias y hospitalización), continua con la preparación del material para la entrega desde la central de esterilización y finaliza con la entrega del material estéril en el servicio solicitante.

3. Normatividad

- Resolución 2183 de 2004. Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.
- Norma técnica de esterilización y desinfección de elementos clínicos.

4. Términos y definiciones

Carro de transporte: Contenedor adaptado para el transporte de material quirúrgico.

Contenedores: se utiliza para depositar elementos dentro, material plástico hecho a base de polímeros resistentes, provisto de enganches para facilitar su manejo y transporte.

Transporte: Corresponde al traslado del material estéril realizado por el personal asistencial desde un área primaria responsable de la esterilización (central de esterilización) hasta el servicio donde será usado dicho material (urgencias, cirugía, UCI y hospitalización).

5. Contenido

- Tanto el personal que entrega (central de esterilización) como el que recibe (personal encargado del transporte hacia los servicios de urgencias, cirugía y hospitalización) deberán haber realizado previamente asepsia de manos y hacer el correcto y completo uso de los EPP.
- El personal que entrega deberá verificar la integridad del empaque y la esterilización del material según fecha de vencimiento en el paquete, SEGÚN EL TIPO DE ENVOLTURA, siempre teniendo en cuenta que debe salir del área de almacenamiento el equipo con mayor tiempo.

Tipos de envolturas:

Papel grado médico y tyveck:

Una envoltura: 6 meses

Doble envoltura: 1 año

Papel crepado:

Doble envoltura: 1 mes

Textil:

Doble envoltura 15 días

- Antes de la entrega de material se deberá verificar que la etiqueta consignada sobre el paquete o elemento estéril sea visible y legible, además de que se encuentre vigente, teniendo en cuenta la fecha en que se realizó la esterilización y el vencimiento de la misma.
- El personal que recibe deberá traer consigo un contenedor de plástico con tapa del mismo material, del tamaño adecuado y correspondiente al tipo de material a transportar, este deberá estar rotulado como “material estéril”.
- El contenedor deberá ser lavable y de cierre hermético.
- El material no deberá ser trasladado en las manos o en bolsas de plástico.
- El material deberá ser transportado exclusivamente dentro del contenedor y/o en el carro de transporte (opcional).
- El material no debe superar la capacidad máxima o permitida que comprometa la integridad del contenedor.
- No se deberá poner material pesado sobre el material frágil o delicado.
- El traslado del material debe ser lo más pronto posible y salir directamente al servicio para su uso, no deberá deambular por otros servicios y/o dependencias de la institución.
- Se debe garantizar que el material estéril no será transportado en el mismo contenedor que el material limpio no estéril o contaminado, ya que aumentan las posibilidades de contaminación y se vería afectada la integridad de este.
- Por ningún motivo se deberá depositar el contenedor en el piso/suelo durante su traslado a la unidad solicitada.
- El servicio de origen deberá limpiar cada contenedor posterior a su utilización y preservar en un lugar de mínima manipulación y exposición a fluidos.

Nota: El tiempo de esterilidad de un elemento no lo da el sistema de esterilización empleado, sino las condiciones de empaque, manipulación, transporte y almacenamiento. Mientras el empaque esté íntegro la esterilidad se mantiene.

6. Metodología de socialización

Se realizará la socialización del protocolo con el personal encargado del proceso 1 vez al año.

7. Mecanismos de adherencia

Se aplicará lista de chequeo semestral para verificar la adherencia al protocolo por parte del personal a cargo de los procesos.

8. Documentos relacionados

- Gobierno de Colombia. Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para Prestadores de Servicios de Salud. Ministerio de Protección Social. Resolución 2183 de 2004. Colombia.
- Hospital San José del Guaviare. Colombia. Protocolo de Transporte de Instrumental Quirúrgico. 2018.
- Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud. Norma Técnica de esterilización y desinfección de elementos clínicos. 2001. Colombia.

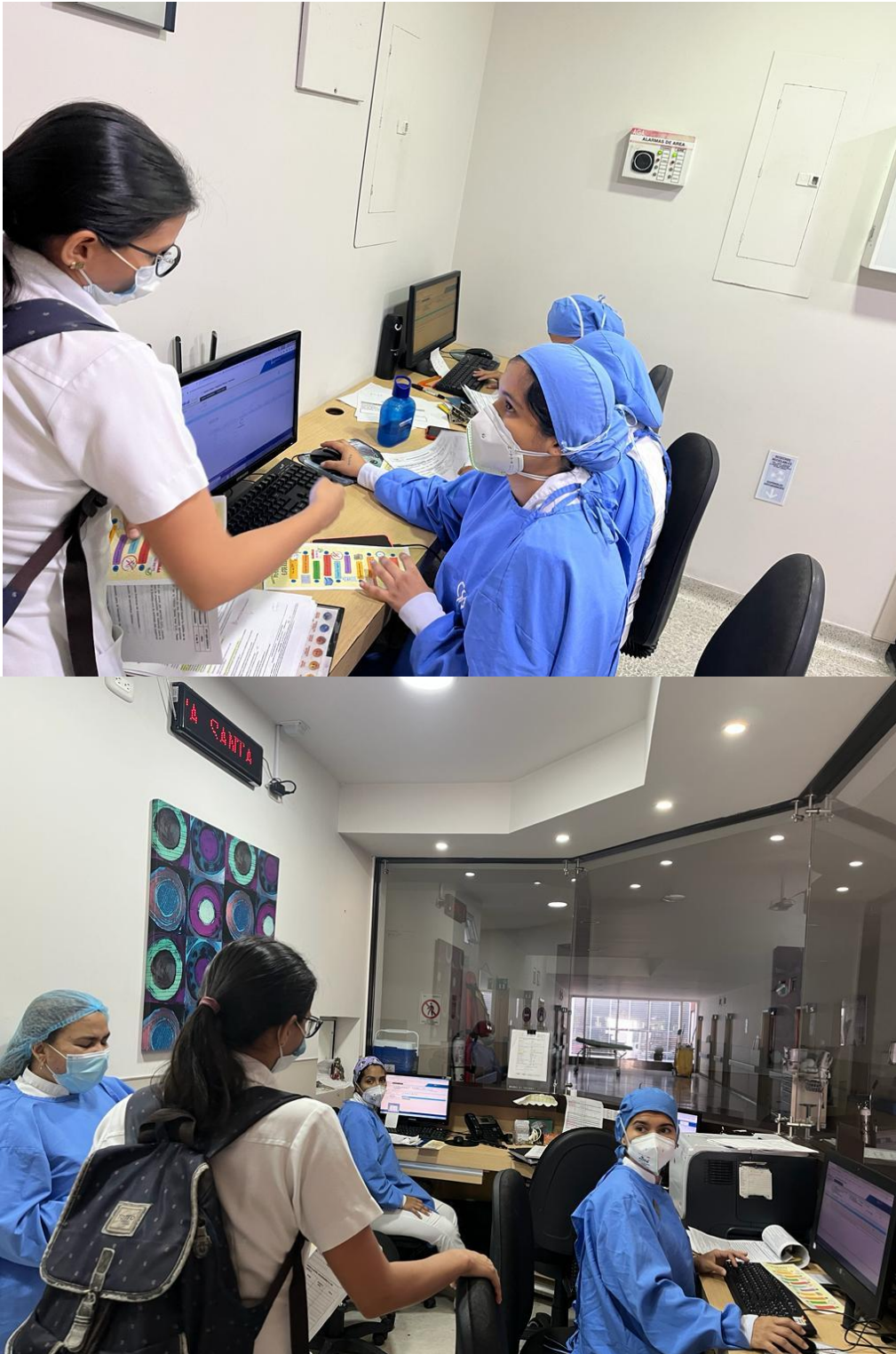
9. Registro de modificaciones

| Versión | Fecha de modificación | Descripción de cambios realizados |
|----------------|------------------------------|------------------------------------------|
| 001 | Mayo del 2022 | Creación del documento |

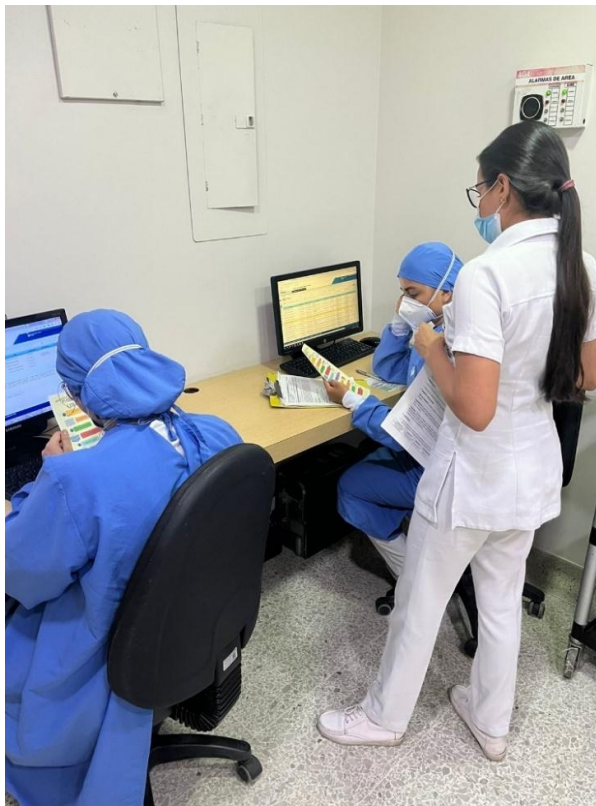
Anexo 3. Infografía




Anexo 4. Registro fotográfico







Anexo 5. Listas de asistencia

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|
|  SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS | CÓDIGO | FT-GCA-MC006 |
| | VERSIÓN | 002 |
| | PAGINA | 1 DE 2 |

"La socialización es el método que garantiza conocer y comprender un documento por los responsables del proceso, favoreciendo un adecuado desempeño"

Nombre del documento/s (escribir de forma clara y precisa):

PROTÓCOLO DE TRANSPORTE DE MATERIAL ESTÉRIL DESDE CE HACIA SERVICIOS

Nombre de quien socializa el documento: Viviana Del Pilar Muñoz T. Cargo: Pasante UFPS -Enfermería

Cargo: _____

Lugar de socialización: Clínica Santa Ana S.A. Sede Principal

Certifico que conozco y comprendo el documento/s arriba mencionado/s y me comprometo a aplicarlo/s.

| Nº | Fecha (DD/MM/AA) | Nombres y Apellidos | Nº. de Identificación (C.C., u otro) | Cargo | Unidad o área | Firma |
|----|------------------|------------------------|--------------------------------------|-------------------|---------------|------------------------|
| 1 | 31-5-22 | Angela Tellez | 1090486887 | Aux Enf | CX SP | Angela tellez. |
| 2 | 31-05-22 | URLEY PARADA | 37394966 | AUX ENFV | CX SP | urley parada |
| 3 | 31-05-22 | Cristian Ferrer | 88243028 | INT. @ CO | CX | Cristian Ferrer |
| 4 | 31-05-22 | Bianca Riquelme | 60378318 | IA | CX | Bianca Riquelme |
| 5 | 31-05-22 | José Antonio Rodríguez | 60375306 | Georgina González | CX | José Antonio Rodríguez |
| 6 | 31-05-22 | ANGIE SEGUEDA | 109167625 | AUX ENFERMERA | CX | Angie Segueda |
| 7 | 31-05-22 | DIAMON HERNANDEZ | 1093742842 | AUX ENF | CX | Diamon Hernandez |
| 8 | 31/05/22 | Mabel Pineda Guillot | 1090462476 | AUX ENF | CX | Mabel Pineda P. |
| 9 | 31/05/22 | Jessica Gomez D. | 109076232 | AUX ENF | CX | Jessica Gomez |
| 10 | 31/5/22 | Laura Argüelles S | 1090986523 | Enfermero | CX | Laura Argüelles |
| 11 | 31/05/22 | Kely yohana Giraldo J | 109066698 | Enfermera | B/B | Kely yohana Giraldo |
| 12 | 31-5-22 | Alejandra Diaz | 1090532910 | AUX enfer | B/B | Alejandra D |
| 13 | 31/5/22 | ANGELY NAVARRA | 1093791676 | AUX ENF | B/B | ANGELY N. |
| 14 | 31/5/22 | Fanis Sepulveda C | 1090452332 | Enfermero | B/B | Fanis Sepulveda |
| 15 | 31/5/22 | Franchesca Niño Lima | 1090516762 | Enfermera | B/A | Franchesca Niño |
| 16 | 31-5-22 | Julietta Pineda | 1093751234 | AUX ENF | B/A | Julietta P. |
| 17 | 31-5-22 | Jacqueline Luna | 1090521104 | AUX ENF | B/A | Jacqueline Luna |
| 18 | 31/5/22 | Angelica Suarez | 27606093 | AUX ENF | B/A | Angelica Suarez |
| 19 | 31-06-22 | Doris Febrer Rico | 60387630 | AUX ENF | CX | Doris Febrer |

| | | | |
|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------------|
| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR | FECHA DE APROBACION |
| ROSA MARIA ANDRADE | COMITÉ DE CALIDAD | GERENCIA | 14/05/2014 |

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|
|  <p>SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS</p> | CÓDIGO | FT-GCA-MC006 |
| | VERSIÓN | 002 |
| | PAGINA | 2 DE 2 |

| | | | | | | |
|----|--------------|---------------------|------------|-------------|--------|------------------|
| 20 | 1 JUNIO 2022 | Gygnis Fontaine | 6348980 | Aux ENF | CX | Gygnis |
| 21 | 1 VI-22 | Thalía Forero | 02312702 | 21 Aux | CX | Thalía |
| 22 | 1/06/22 | Elicene Cuyun | 60447632 | Aux ENF | CX | Elicene |
| 23 | 6/16/22 | Felicitas Hernandez | 1092388662 | Aux ENF | CX | Felicitas |
| 24 | 106-22 | Wey Gaborde | 60364300 | ENF | CX | Wey Gaborde |
| 25 | 1-06-22 | Deisy Geronimo | 1090456528 | Aux ENF | CX | Deisy Geronimo |
| 26 | 1-06-22 | Leidis Contreras | 1121320971 | Ins Quir | CX | Leidis Contreras |
| 27 | 1-6-22 | Sandra Cabrerá | 1000165003 | Aux Enf. | CX | Sandra Cabrerá |
| 28 | 1-6-22 | Eliana Bernal | 27632669 | coord. I CX | I CX | Eliana Bernal |
| 29 | 1-6-22 | Lisbeth Garbida M | 109057357 | AUX. enfer | 2 PISO | Lisbeth Garbida |
| 30 | 1-6-22 | Nataly Valeria G | 1001686705 | Aux. ENF | 2 PISO | Nataly |
| 31 | 01-06-22 | Wendy Gomez B | 109477407 | Jefe enf | 2 PISO | Wendy Gomez B |
| 32 | 01-06-22 | Estepany Oroz S | 1090512007 | Jefe enf | 2 PISO | Estepany O |
| 33 | 01-06-22 | Jhon Naranjo | 1001907410 | Aux enf | 2 PISO | Jhon Naranjo |
| 34 | 02-6-22 | Karen Natalia Gula | 101031031 | ENF | URG | Natalia G |
| 35 | 02-6-22 | Sebastian Arguello | 1090482801 | ENF | URG | Sebastian |
| 36 | 2-6-22 | Diana Perez | 1090409333 | Aux ENF | URG | Diana P. |

Necesidad de actualizar el documento: SI NO

Responsable asignado _____ Cargo _____

Temas del documento para actualizar:

| | | | |
|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------------|
| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR | FECHA DE APROBACION |
| ROSA MARIA ANDRADE | COMITÉ DE CALIDAD | GERENCIA | 14/05/2014 |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------|---------------------|
|  | SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS | CÓDIGO | FT-GCA-MC006 |
| | | VERSIÓN | 002 |
| | | PAGINA | 1 DE 2 |

"La socialización es el método que garantiza conocer y comprender un documento por los responsables del proceso, favoreciendo un adecuado desempeño"

Nombre del documento/s (escribir de forma clara y precisa):
PROTODCO DE TRANSPORTE DE MATERIAL ESTERIL DESDE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION HACIA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, UCI, CIRUGIA Y HOSPITALIZACION

Nombre de quien socializa el documento: Viviana Muñoz Torres Cargo: Estudiante UFRS Presente

Cargo: _____

Lugar de socialización: Clínica Santa Ana Sede Principal

Certifico que conozco y comprendo el documento/s arriba mencionado/s y me comprometo a aplicarlo/s.

| Nº | Fecha (DD/MM/AA) | Nombres y Apellidos | Nº. de Identificación (C.C., u otro) | Cargo | Unidad o área | Firma |
|----|------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------|---------------|-----------------|
| 1 | 2/6/22 | Veronica Mora | 60449800 | AUX ENF | B/A | Veronica Mora |
| 2 | 2/6/22 | Iuz Karen Gelvet | 10093719197 | Aux CNF | B/A | Karen Gelvet |
| 3 | 2-6-22 | Edith Melo | 37294111 | Aux Enf | Transición | Edith Melo |
| 4 | 2-6-22 | Uselh Pina | 109086233 | Enf. | B/A | Uselh Pina |
| 5 | 2-6-22 | Tatiana Leon | 1093162872 | Aux en P | B/B | Tatiana L. |
| 6 | 2-6-22 | Fernanda Santale | 1093189261 | Aux enf | B/B | cello |
| 7 | 2-6-22 | Yurleidy Sanguro | 1090707401 | Aux ENF | B/B | Yurleidy |
| 8 | 2-6-22 | Silvana Bustamante | 37440883 | Aux Enf | 2pu | Silvana |
| 9 | 9/6/22 | Rosa Maria Andrade | 1092355531 | AUX ENF | GE | Rosa Maria |
| 10 | 9-6-22 | Omar Colorado | 1092386575 | Aux ENF | CP | Omar Colorado |
| 11 | 09/06/22 | Elizbeth Flores | 2722152 | Enfermera | UCI | Elizbeth Flores |
| 12 | 09/06/22 | Andres Garcia | 1090732450 | Aux Enf | UGS | Andres Garcia |
| 13 | 09/06/22 | Alejandra Ortega | 1090499298 | Enfermera | UCI | Alejandra |
| 14 | 09/06/22 | Maria Piedad Pineda | 1092341053 | Aux Enf | UCI | Maria Piedad |
| 15 | 09/06/22 | Rasmin Guerrero | 1192811755 | AUX ENF | UCI 2 | Rasmin |
| 16 | 9/6/22 | Produce Vozziz | 109070625 | Aux Enf | UCI | Produce |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
| ELABORADO POR ROSA MARIA ANDRADE | REVISADO POR COMITÉ DE CALIDAD | APROBADO POR GERENCIA | FECHA DE APROBACION 14/05/2014 |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|----------------|---------------------|
| | SOCIALIZACIÓN DE DOCUMENTOS | | CÓDIGO | FT-GCA-MC006 |
| | | | VERSIÓN | 002 |
| | | | PAGINA | 1 DE 2 |

"La socialización es el método que garantiza conocer y comprender un documento por los responsables del proceso, favoreciendo un adecuado desempeño"

Nombre del documento/s (escribir de forma clara y precisa):
PROTOKOLO DE TRANSPORTE DE MATERIAL ESTERIL DESDE LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN HACIA LOS SERVICIOS DE UCI, CIRUGÍA, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Nombre de quien socializa el documento: **VIVIANA DEL PILAR MUÑOZ TORRES** Cargo: **ESTUDIANTE PASANTE ENFERMERIA - UFP**

Lugar de socialización: **CLÍNICA SANTA ANA - SEDE NORTE**

Certifico que conozco y comprendo el documento/s arriba mencionado/s y me comprometo a aplicarlo/s.

| Nº | Fecha (DD/MM/AA) | Nombres y Apellidos | Nº. de Identificación (C.C., u otro) | Cargo | Unidad o área | Firma |
|----|------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------|---------------|-----------------|
| 1 | 10/06/22 | Yan Paola Garcia | 1000107731 | Enfermera | UCI SN | Yan Paola |
| 2 | 10/06/22 | Claydia Cuevas | 10007494 | Aux enfer | UCI SN | Claydia Cuevas |
| 3 | 10/06/22 | Debara Garcia | 1000396 | Aux enf | UCI | Debara |
| 4 | 10/06/22 | Maritza Leal | 27732599 | Aux enf | UCI | Maritza |
| 5 | 10/06/22 | Daisy Gomez | 1000708542 | Aux. Enf. | UCBN | Daisy G. |
| 6 | 10/06/22 | Blanca Coronado | 52184010 | Aux enf | CX | Blanca C |
| 7 | 10/06/22 | Bethlys Romero G. | 1000393715 | Aux enf. | Sabana | Bethlys |
| 8 | 10/06/22 | Day Ulan Citeza | 11940417345 | Enfermera | CX | Day Ulan |
| 9 | 10/06/22 | Denilda Fuentes | 1000085338 | Enfermera | 2 Pisos | Denilda Fuentes |
| 10 | 10/06/22 | Jany Portinet | 100048221 | Aux enfer | CX | Jany Portinet |
| 11 | 10/06/22 | Yolien F. Barro | 1000476331 | Aux enfer | CX | Yolien F. |
| 12 | 10/06/22 | Erika Enriquez | 1005058654 | Aux enfer | Ex | Erika |
| 13 | 10/06/22 | Emily Florez | 1042361974 | Aux Enfer | CX | Emily F. |
| 14 | 10/06/22 | Camila Rodriguez | 1193212635 | AUX ENF. | UCI SN | Camila R. |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |

| | | | |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|
| ELABORADO POR ROSA MARIA ANDRADE | REVISADO POR COMITÉ DE CALIDAD | APROBADO POR GERENCIA | FECHA DE APROBACION 14/05/2014 |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------|