



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

**FORTALECIENDO EL SERVICIO DE CENTRAL DE
ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL LA CALETA
CHIMBOTE 2017.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENER EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD.**

AUTOR:

LIC. ENF. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES

ASESORA:

DRA. ENF. SONIA AVELINA GIRÓN LUCIANO

**CHIMBOTE – PERÚ
2017**

JURADO EVALUADOR

**Dra. Enf. María Elena Urquiaga Alva.
Presidenta**

**Mgtr. Leda María Guillen Salazar
Secretaria**

**Mgtr. Nilda Margot Marcelo Álvarez
Miembro**

AGRADECIMIENTO

A Dios, por el regalo de la vida día
a día.

A mis padres por su voluntad y
estímulo.

A todas las personas que
contribuyeron a lo largo de toda
mi existencia a que desarrollará
esta pasión por el
CONOCIMIENTO

A la Dra Sonia Girón por su
dedicación y paciencia.

DEDICATORIA

A todos los que creen en mí y me estimulan
para que logre mis objetivos.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACION	01
II. HOJA RESUMEN	03
2.1.Título del Proyecto	03
2.2.Localización	03
2.3.Población Beneficiaria	03
2.4.Institución que lo Presenta	03
2.5.Duración del Proyecto	03
2.6.Costo Total	04
2.7.Resumen	04
III. JUSTIFICACION	06
IV. OBJETIVOS	106
V. METAS	107
VI. METODOLOGIA	108
6.1.Líneas de acción y/o estrategias de intervención	108
6.2.Sostenibilidad del proyecto	112
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION	113
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	119
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACCIONES	123
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	126
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	127
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	128
ANEXOS	132

I. PRESENTACIÓN

Cada año, el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en todo el mundo se complica a causa de infecciones contraídas durante la asistencia médica. Como consecuencia de ésta situación algunas personas se enferman más gravemente que si no se hubieran infectado. Algunas deben permanecer más tiempo en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante para los sistemas de salud (1).

Las Infecciones intrahospitalarias (IIH) son un problema actual y en constante evolución en todo el mundo. Bajo esta denominación se agrupa un conjunto heterogéneo de enfermedades infecciosas cuyo denominador común es el haber sido adquiridas en un hospital (2). Esta infección no estuvo presente ni en periodo de incubación en el momento de la admisión hospitalaria o aquella infección que comenzó entre las 72 horas después del egreso hospitalario del paciente excepto la infección de sitio quirúrgico. Actualmente existe preocupación en todos los países por las infecciones nosocomiales, pues constituyen un riesgo permanente de la asistencia sanitaria, con notable repercusión en morbilidad, mortalidad, estancias y costos (3).

Estas infecciones se hallan asociadas a múltiples factores: Incremento de edad de la población hospitalizada, aumento de la población susceptible por procesos inmunosupresivos, sobre ocupación de hospitales públicos, tratamientos y procedimientos médico quirúrgicos; más prácticas de instrumentación y procedimientos asistenciales de mayor complejidad; la

continua aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos, malas prácticas de asepsia tanto en los procedimientos realizados por el personal de salud como en el proceso de esterilización y desinfección del material quirúrgico siendo en este aspecto de vital importancia la Central de Esterilización (3).

Dentro de este contexto en el presente trabajo académico titulado: **FORTALECIENDO EL SERVICIO DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL LA CALETA CHIMBOTE 2017**, se encontrará toda la metodología de cómo abordamos el problema, el planteamiento de objetivos y plan de trabajo, se utilizó el modelo de proyectos de Inversión del SNIP y del autor Bobadilla. Espero que este proyecto sea de gran utilidad para los gestores en salud y para todos los profesionales de salud que queremos mejorar la problemática de nuestras instituciones.

Está especialmente dirigido a todos los enfermeros que gerencian las centrales de esterilización de los diferentes establecimientos de salud de la provincia, esperando que contribuya a mejorar la calidad del producto estéril lo cual logrará disminuir las infecciones nosocomiales y por ende mejorará la calidad de atención.

II. HOJA RESUMEN

2.1. TITULO DEL PROYECTO:

FORTALECIENDO EL SERVICIO DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN EN
EL HOSPITAL LA CALETA CHIMBOTE – 2017.

2.2. LOCALIZACION:

Distrito : Chimbote

Provincia : Santa

Departamento : Ancash

Región : Ancash

2.3. POBLACION BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos:** Población usuaria de los diferentes servicios del Hospital “La Caleta” Chimbote – MINSA.
- **Beneficiarios Indirectos:** Los profesionales de salud que laboramos en el Hospital “La Caleta” de Chimbote lograremos disminuir las infecciones intrahospitalarias.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

Hospital La Caleta de Chimbote – Ministerio de Salud.

2.5. DURACION DEL PROYECTO:

2 años.

Fecha Inicio : Enero 2017.

Fecha Término : Enero 2019.

2.6.COSTO TOTAL: S/. 1 060,410.00

2.7. RESUMEN:

El presente proyecto de intervención nace a raíz de la problemática de la central de Esterilización del Hospital la Caleta enmarcada en el principio de calidad y seguridad en la atención del usuario y sustentada en el proceso de desinfección y esterilización de material, equipo e insumos utilizados en todos los procedimientos en los servicios del hospital.

Por ello, el presente proyecto, busca la mejora de los procesos de esterilización y desinfección del servicio de central de esterilización del hospital la caleta y por ende incrementar la calidad de la atención del usuario. Por lo cual se establecen como líneas de acción la gestión, sensibilización y capacitación y se proponen planes de acción como: Gestión, sensibilización y capacitación. Elaboración del cuadro de necesidades de equipos para su implementación, elaboración de sustento técnico para el requerimiento de personal de salud, elaboración de documentos de gestión y de registro, elaboración del plan de sensibilización, capacitación y mejora de los procesos de desinfección y esterilización.

También incluye la elaboración del plan de sensibilización y capacitación a los trabajadores de salud del servicio y capacitación para acercarlos a las necesidades de incrementar la calidad de la atención de acuerdo a las políticas de salud del MINSA.

Como profesional de enfermería, espero contribuir con la mejora de la calidad en la atención del usuario que acude al hospital Caleta de Chimbote.

III. JUSTIFICACIÓN

La central de esterilización, es el servicio que recibe, acondiciona, procesa, controla y distribuye textiles (ropa, gasas, apósitos), equipamiento biomédico e instrumental estéril a todos los sectores del hospital, con el fin de proveer un insumo seguro para ser usado con el paciente. Este servicio es fundamental en la prevención de las infecciones adquiridas en la atención de salud, porque éstas han sido relacionadas con proceso de esterilización y desinfección inapropiada de objetos reusables y material no reusable. En la actualidad hay mucha discusión con el reprocesamiento de dispositivos médicos calificados como de “uso único” por lo cual si la institución de salud decide volver a utilizar el dispositivo considerado como descartable, tiene que evidenciar la seguridad, efectividad e integridad del producto, la cual no debió comprometerse con el proceso.

Todo sistema de centralización que involucre todos los procesos de esterilización y desinfección ofrece ventajas como la eficiencia en la normalización, uniformidad y coordinación de los procedimientos que son supervisados constantemente, también se caracteriza por ser económico ya que evita la multiplicidad de equipos caros como autoclaves de vapor de agua, pupineles de calor seco, selladoras, equipos de esterilización de baja temperatura, lavadoras descontaminadoras y desinfectoras, pistolas de aire comprimido).

Además es seguro ya que la centralización permite un sistema único protocolizado, monitorizado, automatizado, supervisado y retroalimentado mejorando y asegurando la calidad del producto estéril y la esterilidad de los

instrumentos se amplía debido a un eficaz manejo (limpieza, acondicionamiento y esterilización) bajo la responsabilidad de un personal capacitado del servicio de central de esterilización del hospital la caleta de Chimbote.

En todo momento, más de 1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital, entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones, en los países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%. En los EE.UU., uno de cada 136 pacientes hospitalarios se enferman gravemente a causa de una infección contraída en el hospital; esto equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80.000 muertes al año. En Inglaterra, más de 100.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria provocan cada año más de 5.000 muertes directamente relacionadas con la infección (1).

En México, se calcula que 450.000 casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100.000 habitantes por año. Se calcula que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Inglaterra generan un costo de 1,000 millones de libras por año. En los Estados Unidos, la cifra es de entre 4,500 millones y 5,700 millones de US\$. En México, el costo anual se aproxima a los 1,500 millones (1).

En el Perú en el periodo 2012-2013, se han reportado al sistema de notificación de infecciones intrahospitalarias(IIH) 247 establecimientos de

salud (EESS) con internamiento, procedentes de las 33 DISA/DIRESA/GERESA del país; de los cuales 195 (79%) pertenecen al Ministerio de salud (MINSA) y Gobiernos Regionales (GR), 16 (7%) a Es salud; 11 (4%) a las Fuerzas Armadas y Policía Nacional; 23 (9%) a Clínicas Privadas y 2 (1%) a otros (gobiernos locales). La distribución de la notificación de los EESS según categoría fue: para establecimientos I-4, 68 (28%); establecimientos II-1, 88 (33%); establecimientos II-2, 47 (19%), establecimientos II-E, 4 (2%); III-1, 30 (12%); III-2, 9 (4%) y sin categoría S/C 6 (2%) (2).

Las IIH que se vigilaron en los servicios de hospitalización fueron: neonatología, las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central (o umbilical) y periférico, y las neumonías asociadas a ventilación mecánica. En las unidades de cuidados intensivos, las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central, las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario y neumonías asociadas a ventilación mecánica. En obstetricia, la endometritis puerperal por parto vaginal y cesárea, y la infección de herida operatoria por parto cesárea. En medicina y cirugía, las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario y las infecciones de herida operatoria (infecciones del sitio quirúrgico) por colecistectomía y hernio plastia inguinal en el servicio de cirugía (2).

En el periodo 2012-2013 se registraron 9812 IIH, de las cuales 4314 corresponden al 2012 y 5498 al 2013. La distribución por servicios fue: 4455 IIH en los servicios de Gineco-obstetricia, seguido de 2704 en la UCI de

adultos, 1248 en neonatología, 819 en medicina; 553 en cirugía y 33 IIH en la UCI Pediátrica (2).

En cuanto al tipo de infección según exposición a factores de riesgo se registraron 2859 endometritis puerperal por parto vaginal y cesárea; 1841 infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario, 1830 infecciones de herida operatoria por parto cesárea, colecistectomía y hernio plastia inguinal; 1825 neumonías asociadas a ventilación mecánica y 1457 infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central (o umbilical). En el año 2013, como parte de la vigilancia epidemiológica de IIH, 11 hospitales e institutos reportaron 17 (100%) probables brotes de IIH, luego de la investigación epidemiológica realizada se confirmaron 16 (94,1%) y se descartó 1 (5,9%): el rango de brotes reportados estuvo entre 1 a 3 por hospital (2).

Entre los servicios afectados tenemos: 7 de ellos (43,8%) se presentaron en el servicio de neonatología; 6 (37,5%) en unidades de cuidados intensivos de adultos y 4 (25%) en otros servicios. Otro de los hallazgos del año 2013, fue la notificación del primer caso de *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenems (KPC) y *Enterobacter* resistentes a carbapenems, agentes patógenos de gran impacto a nivel hospitalario, por la morbilidad y mortalidad que genera; sin embargo debemos tener en cuenta que la identificación de este y otros agentes patógenos resistentes dependerá en gran medida de la capacidad resolutive de los laboratorios para identificación precoz y precisa de los pacientes portadores de estas entero bacterias(2).

En el Hospital la Caleta, la central de esterilización no es prioridad para el equipo de gestión, a pesar de que es el eje primordial en la disminución de las infecciones asociadas a la atención de salud, problemática que revierte en falta de sensibilización del equipo que gestiona este servicio, procesos de desinfección y esterilización que no aseguran la calidad del material estéril ya que no se cuenta con documento normativos, protocolos, estándares e indicadores. Asimismo el personal no tiene una capacitación continua que impacte en la eficiencia y eficacia de los procedimientos y recursos materiales.

El trabajo “Fortaleciendo el servicio de central de esterilización del Hospital la caleta” es fundamental en el control de las infecciones asociadas a la atención de salud ya que tiene la responsabilidad de procesar, almacenar y distribuir el material, instrumental y ropa estéril que se utiliza en la atención del paciente. El presente proyecto pretende contribuir a mejorar la calidad del producto estéril que suministra la central de esterilización del Hospital La Caleta a través de la mejora de sus procesos de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización, infraestructura, recursos humanos y materiales de acuerdo a la normatividad establecida. Además cabe resaltar que este proyecto contribuirá a la disminución de la incidencia de las infecciones a la atención de salud a mejorar la calidad del producto estéril y por ende mejorar la calidad de atención de las personas que acuden al hospital la Caleta.

La infección hospitalaria (IH) o nosocomial es la que se adquiere en el hospital u otro servicio de salud, es decir que no estaba presente ni en período de incubación cuando el paciente ingresó a dicho centro. Generalmente se

establece un plazo de 48-72 horas luego del ingreso hospitalario para determinar que la infección ha sido adquirida en ese centro de salud; este plazo considera el período de incubación de las IH más frecuentes, pero existen infecciones, como por ejemplo las transmisibles por sangre (hepatitis B, VIH, etc.) que pueden haberse adquirido en el hospital y aparecer luego del alta hospitalaria, y que deben ser consideradas sin embargo como IH. Por ello, es importante conocer el período de incubación del agente en causa para reconocer si la infección fue adquirida en el hospital o en la comunidad (4).

También se consideran infecciones intrahospitalarias las adquiridas por los trabajadores de la institución o la comunidad en general como consecuencia de contagio con otros pacientes o con los desechos patógenos de instituciones hospitalarias (4).

Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Son una pesada carga para el paciente y para el sistema de salud pública. Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países representativos de 4 Regiones de la OMS (Europa, el Mediterráneo Oriental, el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental) mostró que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaba infecciones nosocomiales. En un momento dado, más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital (4).

Los costos económicos son enormes (6,7). Una estadía prolongada de los pacientes infectados es el mayor factor contribuyente al costo. El aumento general del período de hospitalización de los pacientes con ISO fue de 8,2 días y osciló entre 3 días en casos de una intervención quirúrgica ginecológica, 9,9, una general y 19,8, una ortopédica. Una estadía prolongada aumenta no solo los costos directos para los pacientes o los pagadores, sino también los indirectos por causa del trabajo perdido. El mayor uso de medicamentos, la necesidad de aislamiento y el uso de más estudios de laboratorio y otros con fines de diagnóstico también elevan los costos, agravan el desequilibrio existente entre la asignación de recursos para atención primaria y secundaria al desviar escasos fondos hacia el tratamiento de afecciones potencialmente prevenibles (4)

La edad avanzada de los pacientes internados en establecimientos de atención de salud, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas en pacientes internados y el mayor uso de procedimientos terapéuticos y de diagnóstico que afectan las defensas del huésped constituirán una presión constante en las infecciones nosocomiales en el futuro. Los microorganismos causantes de infecciones nosocomiales pueden ser transmitidos a la comunidad por los pacientes después del alta hospitalaria, el personal de atención de salud y los visitantes. Si dichos microorganismos son multirresistentes, pueden causar enfermedad grave en la comunidad y son una de las principales causas de defunción (5).

El paciente está expuesto a una gran variedad de microorganismos durante la hospitalización. El contacto entre el paciente y un microorganismo,

en sí, no produce necesariamente una enfermedad clínica, puesto que hay otros factores que influyen en la naturaleza y frecuencia de las infecciones nosocomiales. La posibilidad de exposición conducente a infección depende, en parte, de las características de los microorganismos, incluso la resistencia a los antimicrobianos, la virulencia intrínseca y la cantidad de material infeccioso (inóculo) (5).

Una gran cantidad de bacterias, virus, hongos y parásitos diferentes pueden causar infecciones nosocomiales. Las infecciones pueden ser causadas por un microorganismo contraído de otra persona en el hospital (infección cruzada) o por la propia flora del paciente (infección endógena). La infección por algunos microorganismos puede ser transmitida por un objeto inanimado o por sustancias recién contaminadas provenientes de otro foco humano de infección (infección ambiental) (5).

Antes de la introducción de las prácticas básicas de higiene y de los antibióticos al ejercicio de la medicina, las infecciones nosocomiales, en su mayoría, se debían a agentes patógenos de origen externo (enfermedades transmitidas por los alimentos y el aire, gangrena gaseosa, tétanos, etc.) o eran causadas por Mo externos a la flora normal de los pacientes (difteria, TBC). El progreso alcanzado en el tratamiento de las infecciones bacterianas con antibióticos ha reducido considerablemente la mortalidad por muchas enfermedades infecciosas. Hoy en día, casi todas las infecciones nosocomiales son causadas por Mo comunes en la población en general, que es inmune o que sufre una enfermedad más débil que la causada a los pacientes

hospitalizados (*S. aureus*, *S. negativos* a la coagulasa, enterococos y Enterobacteriaceae)(5).

Los factores de importancia para los pacientes que influyen en la posibilidad de contraer una infección comprenden la edad, el estado de inmunidad, cualquier enfermedad subyacente y las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. En las épocas extremas de la vida la infancia y la vejez suele disminuir la resistencia a la infección. Los pacientes con enfermedad crónica, como tumores malignos, leucemia, diabetes mellitus, insuficiencia renal o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) tienen una mayor vulnerabilidad a las infecciones por agentes patógenos oportunistas.(5)

Estos últimos son infecciones por microorganismos normalmente inocuos, por ejemplo, que forman parte de la flora bacteriana normal del ser humano, pero pueden llegar a ser patógenos cuando se ven comprometidas las defensas inmunitarias del organismo. Los agentes inmunodepresores o la irradiación pueden reducir la resistencia a la infección. Las lesiones de la piel o de las membranas mucosas se producen sin pasar por los mecanismos naturales de defensa. (5).

La malnutrición también presenta un riesgo. Muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos modernos, como biopsias, exámenes endoscópicos, cateterización, intubación/respiración mecánica y procedimientos quirúrgicos y de succión aumentan el riesgo de infección. Ciertos objetos o sustancias contaminados pueden introducirse directamente

a los tejidos o a los sitios normalmente estériles, como las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores.(5).

Los establecimientos de atención de salud son un entorno donde se congregan las personas infectadas y las expuestas a un mayor riesgo de infección. Los pacientes hospitalizados que tienen infección o son portadores de microorganismos patógenos son focos potenciales de infección para los demás pacientes y para el personal de salud. Los pacientes que se infectan en el hospital constituyen otro foco de infección. Las condiciones de hacinamiento dentro del hospital, el traslado frecuente de pacientes de una unidad a otra y la concentración de pacientes muy vulnerables a infección en un pabellón (por ejemplo, de recién nacidos, pacientes quemados, cuidados intensivos) contribuyen a la manifestación de infecciones nosocomiales (5).

La flora microbiana puede contaminar objetos, dispositivos y materiales que ulteriormente entran en contacto con sitios vulnerables del cuerpo de los pacientes. Además, se siguen diagnosticando nuevas infecciones bacterianas, por ejemplo, por bacterias transmitidas por el agua (mico bacterias atípicas), además de infecciones víricas y parasitarias.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En el estudio de la OMS y en otros se ha demostrado también que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas. Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor

vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia (5).

Muchos pacientes reciben antimicrobianos. Por medio de selección e intercambio de elementos de resistencia genéticos, los antibióticos promueven el surgimiento de cepas de bacterias polifarmacorresistentes; se reduce la proliferación de microorganismos en la flora humana normal sensibles al medicamento administrado, pero las cepas resistentes persisten y pueden llegar a ser endémicas en el hospital.

El uso generalizado de antimicrobianos para tratamiento o profilaxis (incluso de aplicación tópica) es el principal factor determinante de resistencia. En algunos casos, dichos productos son menos eficaces por causa de resistencia. Con la mayor intensificación del uso de un agente antimicrobiano, a la larga surgirán bacterias resistentes a ese producto, que pueden propagarse en el establecimiento de atención de salud(5).

Hoy en día, muchas cepas de neumococos, estafilococos, enterococos y bacilos de la tuberculosis son resistentes a la mayor parte o la totalidad de los antimicrobianos que alguna vez fueron eficaces para combatirlos. En muchos hospitales son prevalentes *Klebsiella* y *Pseudomonas aeruginosa* polifarmacorresistentes. Este problema reviste importancia crítica particular en los países en desarrollo, donde quizá no se dispone de antibióticos de segunda línea más costosos o, si los hay, su precio es inasequible (5).

La Central de esterilización es fundamental para disminuir infecciones nosocomiales ya que es responsable de producir el material, insumo, equipo e instrumental estéril para ser utilizado en la atención y cuidado del paciente en

la institución de salud. Generalmente las infecciones nosocomiales se han relacionado con una desinfección e esterilización inadecuada de equipo y material que se reúsan, abarcando el equipo endoscópico, equipo de terapia ventilatoria y otros. Actualmente se discute el reprocesamiento de dispositivos médicos de alto costos considerados por el productor como de “uso único”. Al determinarse elegir un material descartable, la organización tiene que evidenciar que la seguridad, efectividad e integridad del material no ha sido expuesto en el procedimiento (6).

La historia de la creación y del desarrollo de la Central de esterilización está directamente aliada al desarrollo de las técnicas quirúrgicas a lo largo del tiempo (inicialmente, las intervenciones quirúrgicas no despertaban interés de los prácticos de la Medicina, debido a la división jerárquica que había entre el saber y el hacer. Los pioneros en la realización de procedimientos quirúrgicos, considerados de categoría inferior, eran los “cirujanos barberos” y los curanderos. Con el surgimiento de las guerras tanto mundial como las guerras civiles en diferentes países, la cirugía va teniendo un enfoque diferente por el hecho de que los médicos tienen como pacientes soldados heridos en las batallas a los cuales se le tenían que amputar miembros y contener hemorragias masivas para salvarlos de la muerte(6).

Ante esta situación la cirugía se implantaba como una innegable demanda en el desarrollo de la cirugía y por ende de la medicina, los profesionales se veían obligados a inventar técnicas quirúrgicas que les permitiesen acceder a las diversas estructuras del cuerpo humano y, para que eso fuese posible, era preciso crear instrumentales que hiciesen viable la ejecución de los

procedimientos. De esta forma, fueron creados diversos tipos de instrumentales que atendían a las más diversas técnicas quirúrgicas sin que recibieran un tratamiento adecuado en cuanto a su limpieza y conservación, ya que entonces la tecnología era escasa (6).

Además, lo más importante para los cirujanos era evitar que aquellos instrumentales pudiesen servir de fuente de contaminación para los pacientes ya que los estudios de Pasteur y Kock en la época demostraron que los microbios eran responsables de la transmisión de dolencias a los seres humanos. El descubrimiento de microbios patogénicos hizo que surgiese la necesidad de adopción de ciertas medidas preventivas, tales como: la asepsia en los procedimientos quirúrgicos, el lavado de manos (instituida por Semmelweis); la separación de los pacientes heridos e infectados de los demás y el cuidado con las ropas y los artículos de uso directo en los pacientes, realizado por Florence Nightingale durante la Guerra de Crimea, en 1862 (6).

Como consecuencia de las precarias condiciones en que las cirugías eran realizadas, los índices de infección eran altísimos, tornando urgente la creación de un local propio para preparar y procesar los instrumentales utilizados en los diversos procedimientos.

Así, la preocupación con el material utilizado en procedimientos de alta complejidad y con el ambiente surgió aproximadamente en la mitad del siglo XIX, llamada Era Bacteriológica. En ese contexto, Joseph Lister alcanzó, a través del tratamiento de los hilos de sutura y compresas usados en los pacientes con solución de fenol, reducir la mortalidad post - quirúrgica; hecho que impulsó la evolución de las técnicas de esterilización de materiales médico-

hospitalarios Ante esto, surgió la necesidad de instalar en las instituciones hospitalarias locales apropiados para el tratamiento de esos materiales (6).

Las primeras centrales de esterilización eran de estructura logística muy simple, carentes de una sistematización técnico-administrativa. Con el desarrollo de las técnicas quirúrgicas y, principalmente, con la evolución tecnológica en las décadas de los 60 y 70, acontecieron importantes cambios en la organización de la CME, en lo que respecta a los métodos de esterilización y a su gerencia. Inicialmente, la Central no tenía funcionamiento centralizado; muchos materiales eran preparados en las propias unidades de internación y solamente eran esterilizados en aquel sector, pues entonces la central de esterilización y el centro quirúrgico funcionaban en el mismo local (6).

Con el aumento de la complejidad de la tecnología de los materiales y equipamientos quirúrgicos, fue creciendo la demanda de implementación de nuevas formas de prepararlos y procesarlos que, consecuentemente, exigieron que los profesionales de enfermería se especializasen para atender la complejidad del proceso de Trabajo (6).

La Central de Esterilización contribuye al proceso general de asepsia y antisepsia del material del hospital. Generalmente es responsable de la limpieza y descontaminación del material y el procesamiento del mismo para ser esterilizado (instrumental y textil), bien de una forma centralizada o gestionando las distintas áreas donde se puede desarrollar este proceso, así mismo almacena, mantiene y dispensa el material a todas las áreas del hospital y centros dependientes. Este servicio tiene un rol fundamental en la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud. Una vez distribuido, son los

receptores del material quienes son responsables del mantenimiento de las condiciones de esterilidad de dicho material (7).

Hoy por hoy, los necesarios controles de calidad, exigibles a un proceso de esterilización hacen que la central de Esterilización deba ser un Servicio dotado con un elevado nivel tecnológico en cuanto a su equipamiento, y contar con capacitación rigurosa del personal adscrito a la misma (7).

La misión de una Unidad de Esterilización, entendida como su "razón de ser", es obtener material estéril en tiempo y costes adecuados, sin deterioro del material procesado, consiguiendo la satisfacción de las necesidades/expectativas del cliente interno y externo a través de un proceso, definido como un conjunto de actuaciones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada, llevadas a cabo por personas y en los que se consumen recursos. Sus objetivos son: garantizar que el proceso de esterilización se realice cumpliendo los requisitos de eficiencia, seguridad y calidad, estabilizar o mantener el proceso de la esterilización bajo control, evitando que se produzca una variabilidad excesiva en los mismos (7).

Para alcanzar este objetivo, se determinará: la calidad científico-técnica: Buenas prácticas en el proceso de esterilización, la efectividad del proceso: Comprobar que se consigue la esterilización, la eficiencia-esterilización al menor coste: Eligiendo los procesos de esterilización efectivos y más económicos, la seguridad: disminuyendo riesgos inherentes a los procedimientos de esterilización y escogiendo los más seguros para clientes internos y externos y la satisfacción del cliente interno y externo, como consecuencia de realizar una esterilización a tiempo y segura (7).

La Central de Esterilización debe de ser asequible a todos los servicios sobre todo próxima a los quirófanos. Teniendo como primer concepto el de la transmisión de las infecciones intrahospitalarias, los espacios deberán ser lo más amplios, cómodos e iluminados posibles. Con flujos unidireccionales (de lo contaminado a lo limpio y no a la inversa) pues el proceso de esterilización es lineal. Comienza en la ventanilla de recibo y termina en la ventanilla de despacho. Por tanto, estas ventanillas deben estar alejadas una de la otra (8).

La Central de Esterilización consta de tres zonas perfectamente definidas donde se realizan actividades específicas: Un área roja o zona contaminada (o zona sucia). Un área azul o zona limpia. Y un área verde o zona restringida. Debe existir una separación total entre el área roja y el área azul y cada zona debe disponer de un intercomunicador con el exterior para evitar el tránsito inoportuno (8).

El personal que labora en el área roja, no debe tener acceso directo al área verde. Cuando este sea necesario deberá hacerlo a través del vestidor. La zona de vestuarios y servicios debe estar instalada fuera del área azul, llevándose a cabo la entrada y salida del personal por un pasadizo de dirección única (9).

El área roja, zona sucia o contaminada, se ejecutan las actividades de recepción, clasificación, descontaminación y lavado del material sucio. En el área azul o limpia, se lleva a cabo la recepción, preparación, embalaje y carga según el método de esterilización y sus equipos correspondiente y en el área verde, zona restringida o zona estéril se descarga, almacena, distribuye y despacha el material esterilizado a través de una ventanilla de paso (9).

El personal que labora en la Central de Esterilización es de vital importancia para realizar actividades ya que determinan la calidad del producto estéril, estos deben de ser profesionales calificados y entrenados (9).

Las funciones del jefe del servicio: Profesional responsable, un(a) enfermero(a) competente con conocimiento técnico - administrativo de la dinámica del sector. Con capacidad de liderazgo, que priorice las necesidades del servicio, que observe y ejecute técnicas adecuadas permitiendo el trabajo en equipo para alcanzar así una mayor producción con el menor gasto de energía, tiempo y material posibles. Aprovechando al máximo el potencial humano y el rendimiento de los equipos. La importancia de planificar el uso y la distribución de los recursos humanos y materiales de la unidad, resulta imprescindible para que las tareas a realizar resulten eficaces y rentables.

Dentro del proceso de esterilización y desinfección, tenemos la Descontaminación y limpieza: La limpieza es la remoción mecánica de toda materia extraña en el ambiente, en superficies y en objetos, utilizando para ello el lavado manual o mecánico. El propósito de la limpieza es disminuir la biocarga (número de microorganismos) a través del arrastre mecánico. Usualmente se utiliza agua y detergente para este proceso. Se recomienda sin embargo, emplear algún detergente enzimático, pues de esa manera se garantiza la eficacia del proceso de limpieza. (11)

La limpieza generalmente comprende 3 tipos de acción: La acción mecánica, como frotar, cepillar o lavar con agua a presión, la acción química donde se usa los detergentes, detergentes enzimáticos y agua, necesarios para inhibir y disminuir la biocarga y las partículas de polvo. Hay que remarcar

que el agua tibia mejora las propiedades de disolución del detergente y las enzimas y la acción térmica que está referida al uso del calor (agua caliente) de las lavadoras mecanizadas(11).

Los objetivos de la descontaminación y limpieza son: Disminuir la biocarga y partículas de polvo visibles del material para hacer segura su manipulación, asegurar las condiciones adecuadas de limpieza necesarias, evitando las incrustaciones de residuos en el material, garantizar las condiciones de limpieza necesarios, para el rehúso de artículos no críticos que son sometidos solo a limpieza (11).

Los principios generales de la limpieza se basan en que la suciedad actúa protegiendo a los Mo del contacto con agentes letales (desinfectantes o esterilizantes) e inactiva los agentes limpiadores, las correctas y buenas prácticas del lavado son importantes para el cuidado de los materiales e instrumental y para reducir la carga de Mo de las superficies y los equipos e instrumentos deben ser desarmados en partes y piezas para favorecer una adecuada limpieza. Los principios químicos de la limpieza se basan en que ningún tipo de agente remueve todo tipo de suciedad, la suciedad incluye varios componentes: Algunos son inorgánicos como azúcares, sodio, cloruro, sales solubles en agua y los orgánicos que son insolubles, como proteínas y grasas. Además los productos para el lavado tienen diferentes propiedades químicas que condicionan su eficiencia (11).

Existen tres tipos de lavado: manual, mecánico y mixtos. El Lavado Manual (directo), es un procedimiento realizado por un operador, que procura la remoción de la suciedad por fricción aplicada sobre la superficie del material.

Se lleva a cabo utilizando una solución detergente o detergente enzimático, de preferencia con cepillo y agua. En países como el nuestro es lo más frecuente, por lo que se tendrá en cuenta prevenir accidentes con materiales corto punzante. Para ello se seleccionará este y el operador hará uso de las barreras de protección adecuadas como son un mandil impermeable, lentes, guantes y mascarilla (11).

El objetivo fundamental de la central de esterilización es estandarizar las prácticas de lavado, que permitan y hagan posible los procesos de desinfección y esterilización en relación a los elementos de protección personal como: Mascarilla, lentes, delantal impermeable y guantes. El material con el cual se va a realizar el procedimiento: Cepillo y escobillas con cerdas de diferentes tamaños y formas, bandejas perforadas o fenestradas, detergente enzimático, recipientes o bandejas de diferentes tamaños, recipiente para lubricantes (11).

El lavado mecánico es un procedimiento automatizado para lograr la remoción de la suciedad por medio de lavadoras de acción física, química y térmica. En estos procesos de lavado mecánico o automático, el resultado depende de la eficiencia del equipo y de su manejo. La evaluación y certificación de este proceso estarán centradas en estos parámetros. Los equipos más utilizados para realizar el lavado mecánico son lavadoras descontaminadoras, lavadoras esterilizadoras y las lavadoras ultrasónicas (9).

Las ventajas del sistema automatizado de limpieza consiste en que evitan la exposición del personal a accidentes con material corto punzante, permite la estandarización y control del proceso de esterilización, reduce los costos

operacionales, disminuye la oxidación y corrosión evitando la interferencia con los procesos de desinfección o esterilización. Para elegir un equipo ideal que se adecue a las características del Hospital, se deberá evaluar algunos requisitos de acuerdo a especificaciones técnicas tales como fuentes de energía, agua y tipo de solución a usarse, incluyendo temperatura de lavado, tiempo de exposición, tiempo de secado y tiempo total del ciclo (11).

Los insumos para el lavado como los detergentes son agentes químicos utilizados para la eliminación de suciedad que es insoluble en el agua. El principio activo de los detergentes son las sustancias producidas por células vivas llamadas enzimas. Además, estos productos contienen necesariamente en su formulación tenso activos que tienen el poder de acelerar reacciones químicas en bajas concentraciones y limpiar por medio de la tensión superficial del agua, se recomiendan en la actualidad para la limpieza de los materiales hospitalarios (11, 12).

Los detergentes enzimáticos se clasifican de acuerdo al tipo de biocarga (suciedad) que se quiere dañar, poseen diferente composición química y enzimática, siendo las más importantes las proteasas que atacan las proteínas, las amilasas que atacan el almidón, las lipasas que atacan las grasas y las carbohidrasas que atacan carbohidratos. Existen detergentes con pH ácido (0-5), pH neutro (6 – 7,5) y pH alcalino (8 - 13) (11, 12). Los detergentes enzimáticos neutros evitan el daño y la corrosión del material; los de pH ácidos sirven para remover incrustaciones calcáreas, sarro y óxido; mientras los de pH alcalinos solo remueven grasas y aceites. Para seleccionar adecuadamente un detergente se debe tener en cuenta el tipo de suciedad para el que el detergente

es efectivo, las recomendaciones de los instrumentos, equipos y las máquinas lavadoras y el grado de vigor y calidad del agua (12).

Los lubricantes son soluciones utilizadas para la protección del instrumental. No debe ser aceitoso, pegajoso, ni tóxico, sino soluble en el agua. Se debe realizar después de la limpieza ya que el instrumental puede presentar rigidez y dificultad en el manejo, presentar manchas y otros problemas antes de la esterilización. Hay lubricantes que contienen un inhibidor de óxido útil. La elección del tipo de agua es fundamental para decidir el tipo de lavado. Por ejemplo en el lavado mecánico los conductos de las máquinas se llenarían de sarro y sales y los filtros se obstruirían de no utilizar el agua blanda y el mantenimiento de estos equipos sería muy caro (11,12).

En el procedimiento de la limpieza de los materiales, la recepción se hace en la zona roja. Por medio de una puerta con ventana de paso, se recibirán los materiales e instrumentales que deben ser verificados en número, estado, procedencia y que deberán anotarse en el registro respectivo. El traslado del material entre los diferentes servicios o áreas, debe llevarse a cabo teniendo en cuenta las normas de Bioseguridad necesarias sin dejar de lado el hecho que al utilizar el coche de transporte, el compartimiento inferior deberá utilizarse solo para el transporte de material sucio o contaminado. Después de realizar la recepción del material, este será clasificado de acuerdo al tipo de material, que puede ser: Metálico (acero inoxidable), polietileno, goma, plástico o vidrio (11,13).

El proceso de validación de la limpieza se realiza por la prueba de la Bioluminiscencia o método cuantitativo que es un método instantáneo que

permite verificar los niveles de residuos orgánicos, células vivas y muertas, plantas y vegetales, bacterias, levaduras y mohos, alimentos, etc. ya que en todos ellos está presente el ATP. El aumento de la carga microbiana, residuo de productos, etc. aumenta el nivel de luz, por lo tanto el ATP será un parámetro de la contaminación. El instrumento utilizado para medir la luz emitida se denomina Luminómetro y la unidad de medida para la luz emitida es RLU (unidades relativas de luz), también existen otras pruebas como Soil test, el test TOSI, test de proteínas y pruebas basadas en la detección de materia inorgánica. Este proceso se evalúa en forma indirecta ya depende del desempeño, responsabilidad y capacitación del operador (13,14).

La inspección visual después del lavado es fundamental para validar la limpieza, el operador debe de observar minuciosamente la presencia de cualquier signo de suciedad específicamente en las cremalleras, caja de traba, mandíbulas ranuradas. Se debe considerar lupa. Además es necesario para la validación de la limpieza, que la zona roja esté implementada con sistemas de irrigación de agua para los artículos con lúmenes a través de dispositivos a presión (11).

En las centrales de esterilización se debe contar con hisopos y pistola de agua o jeringas, para el lavado de los lúmenes. Existen en el mercado hisopos de diferentes largos y diámetros. Muchos de ellos no son intercambiables, por ejemplo tenemos los usados en los endoscopios que son finos y muy largos, los usados en el instrumental de laparoscopia que tiene aproximadamente 50 centímetros de largo y bastante finos. Este tipo de hisopos debe adquirirlo por lo general directamente del representante del instrumental o equipo. Para la

limpieza de los lúmenes de aspiraciones, trocares y otros de cirugía general, existen diferentes tipos en el mercado. La pistola de agua hace que el agua salga a presión y de esta forma limpia los lúmenes con mucha eficiencia. También tiene diferentes adaptadores para los diferentes lúmenes (9).

Para limpiar los lúmenes siga los siguientes pasos: asegurar que en el pabellón mantienen destapadas las aspiraciones durante la intervención quirúrgica, aspirando un líquido estéril después de cada uso, pasar un chorro de agua, introduzca el hisopo por una punta, hasta que aparezca por el otro extremo, repita el procedimiento, use la pistola de agua para retirar toda la materia orgánica que se ha desprendido con el hisopo. En caso de no contar con pistola de agua, use jeringa para este propósito (60cc) (9).

El último enjuague debe ser con agua destilada. Existen hoy día muchas intervenciones quirúrgicas en las que dentro de la técnica quirúrgica se incluye el uso de motores, los cuales pueden ser bastante simples (taladro) hasta llegar a motores muy sofisticados con gran cantidad de accesorios y variado material de fabricación. Debido a esto se debe tener como regla básica que al adquirir un motor se deben pedir indicaciones precisas al distribuidor acerca de sus cuidados, ya que no existe una regla común acerca de la mantención y sistema de esterilización, pero hay algunas normas que rigen para la mayoría (9).

Los motores actualmente en uso tienen varias posibilidades como fuente de energía: Manual: Trépanos de mano, eléctricos: con enchufe o batería, neumáticos: con aire comprimido o nitrógeno, indicaciones generales de limpieza. Durante el uso del motor, en el acto quirúrgico, se debe ir limpiando de restos de sangre con una compresa húmeda con agua destilada, ya que al

igual que el resto del instrumental, la permanencia de materia orgánica sobre la superficie provoca deterioro, después de terminada la cirugía, deben desmontarse todas las piezas desmontables. Se lavan con detergente, si es necesario se escobillan. Se enjuagan con abundante agua y se secan con aire comprimido. Los motores y piezas de mano se limpian externamente, sin sumergirlos en el agua (9).

En caso de caída accidental al agua, esta debe ser eliminada inmediatamente, secar con aire comprimido y lubricar, revisar de los accesorios para comprobar si han sufrido algún deterioro, en caso necesario, reemplazar. Los motores una vez limpios se proceden a secar por paño suave. La lubricación de cada motor y sus piezas de mano debe ser de acuerdo a las indicaciones del fabricante. Las mangueras de doble conducción deben limpiarse acoplando ambos extremos para impedir la entrada del agua. Se lavan exteriormente con agua jabonosa, se enjuaga y se seca. Se desacoplan y se lubrican las partes móviles, según instrucciones del fabricante. Luego se preparan para ser esterilizadas en autoclave. La parte metálica de la manguera de doble conducción debe protegerse para evitar el contacto con la goma durante la esterilización (9).

La desinfección es un proceso físico o químico por el cual se logra eliminar los microorganismos de formas vegetativas en seres inertes, sin garantizar la eliminación de las esporas bacterianas. Cada artículo semicrítico que no se pueda esterilizar, tendrá que ser desinfectado, según protocolo validado (16).

Los niveles de desinfección se basan en el efecto microbicida de los agentes químicos sobre los Mo y pueden ser: desinfección de alto nivel (DAN):

se realiza con agentes químicos líquidos que eliminan a todos los Mo como el orthophthaldehído y el glutaraldehído por ejemplo. La desinfección de nivel intermedio (DNI), donde se usa agentes químicos que eliminan bacterias vegetativas y algunas esporas bacterianas, como los fenoles, el hipoclorito de sodio, la cetrimida y el cloruro de benzalconio, la desinfección de bajo nivel (DBN): donde se utiliza agentes químicos que eliminan bacterias vegetativas, hongos y algunos virus en un período de tiempo corto (menos de 10 minutos), como el grupo de amonios cuaternarios (16),

La desinfección se ve afectada por la cantidad y ubicación del Mo. Al ser mayor la biocarga, mayor será el tiempo que un desinfectante necesita para actuar. De ahí que es primordial ejecutar una eficaz limpieza de las superficies de los instrumentos, más aún, cuando estos tienen componentes múltiples y deben ser desarmados y limpiados pieza por pieza, resistencia de los microorganismos al agente químico. Se refiere principalmente al espectro de acción que tiene el método o agente utilizado, concentración de los agentes. Se relaciona con la potencia de acción de cada uno de los agentes para que produzcan la acción esperada. Las concentraciones varían con respecto a los agentes desinfectantes y en algunos casos pueden relacionarse con un efecto deletéreo sobre el material (corrosión) (16).

Algunos desinfectantes tienen especificadas la temperatura ambiente a la que deben ser utilizados para su efectividad. El pH favorece la actividad de los desinfectantes, cuando hay materia orgánica se pueden inactivar la acción de algunos desinfectantes debilitando su efectividad y duración de la exposición. Cada procedimiento de desinfección y cada desinfectante tienen un tiempo

normado necesario para lograr el nivel esperado e inactivar la presencia de materiales extracelulares o biofilmes. Gran cantidad de Mo producen masas gruesas de células y materiales extracelulares o biofilmes que originan una barrera contra el proceso de desinfección. Debido a esto, los desinfectantes deberán saturar antes a los biofilmes, para poder eliminar a los microorganismos que se encuentran dentro de ellos (16).

Según norma: “El sellado de papel y láminas (filmes) polietileno debe garantizar el cierre empaque”, por lo cual la finalidad del sellado hermético es mantener después de la preparación, esterilización, almacenamiento y distribución, la esterilidad del contenido de los paquetes antes y en el momento de uso. Los materiales y equipos usados en el sellado son: Empaques mixtos o simples de polietileno, cinta adhesiva de control químico externo, control químico interno o integrador, máquina selladora. Se recomienda lo siguiente: observar las condiciones de integridad del paquete en cuanto a arrugas o áreas quemadas. Se regulará la selladora al nivel adecuado de temperatura para el sellado eficaz, realizar el sellado dando al empaque un margen mínimo de 3 cm. de los bordes que permitan una apertura del paquete en forma aséptica, es importante mencionar que existen dos tipos de equipos para sellar material esterilizado: los manuales y los automáticos (9).

Según norma: “Todo paquete debe presentar un control de exposición, una identificación o rotulado del contenido, servicio, lote, caducidad e iniciales del operador”. La rotulación del paquete debe de ser correcta lo que va a permitir la identificación de la carga, almacenamiento, período de caducidad y probabilidad de reconocer los paquetes esterilizados si ocurriera un problema técnico, algún

evento infeccioso atribuido a una deficiencia del proceso de esterilización. Se usarán etiquetas adhesivas, código de barras o una etiquetadora manual. Toda institución de salud debe normar un sistema de registro de almacenamiento y distribución de los artículos y todo el personal debe conocer este sistema de registro. Cada paquete se someterá a una evaluación continua (9).

La esterilización es un proceso por medio del cual se logra la eliminación de todo microorganismo (incluyendo las esporas bacterianas) y puede obtenerse a través de una diversidad de métodos. La esterilización debe ser aplicada a los instrumentos o artículos clasificados como críticos. Los métodos de esterilización utilizados actualmente en el ámbito hospitalario pueden clasificarse en físicos y químicos (8, 9).

Los materiales que se deben esterilizar por autoclave son textiles (algodón, hilo, fibras sintéticas, etc.), la porosidad (el apresto) del tejido, puede dificultar el paso del vapor y la succión por la bomba de vacío. Por ello se recomienda en el caso de ropa nueva llevar a cabo un lavado previo a fin de disminuir este riesgo. Los metales.- (Instrumentales, lavatorios, semilunas, tambores, etc.), deben ser lavados y secados previo a la esterilización. (8,9).

Entre los métodos de esterilización de baja temperatura tenemos los: químicos – líquidos como el glutaraldehído es un desinfectante que puede ser ácido y alcalino se utiliza como un desinfectante de alto nivel. Puede usarse en una concentración del 2 % para fines de esterilización. La duración del tiempo de contacto necesaria para esterilizar es de aproximadamente 10 horas. Tiene un amplio espectro de actividad antimicrobiana, es activo ante la presencia de

materia orgánica e inactiva rápidamente los microorganismos, excepto las esporas. Fáciles de usar son relativamente no corrosivos (9).

La esterilización con métodos químico–gaseosos, deberá realizarse en cámaras con ciclos automatizados que brinden seguridad al usuario. En relación a los métodos químico–gaseosos se utiliza el vapor de peróxido de hidrógeno, el cual es un procedimiento que consiste en crear un vacío profundo para extraer un 30% de solución acuosa de peróxido de hidrógeno en un vaporizador, utilizando temperaturas de 50° a 60°C. Es un método que tiene un bajo nivel de residuos, porque que el peróxido de hidrógeno se descompone en agua y oxígeno por lo que no hay emisión de sustancias tóxicas al medio ambiente (8,9).

Hay factores que inciden en la eficacia de los procesos de esterilización como el número de Mo, la materia orgánica, el tiempo, la temperatura, la humedad relativa y la estandarización de la carga. De ahí que la validación del proceso de esterilización es un procedimiento que se documenta y utiliza como una evidencia de la eficacia de los equipos y su operación. “Todos los procesos de esterilización deben ser controlados y monitoreados por medio de monitores físicos, indicadores químicos y biológicos”, para asegurar la calidad del procedimiento y método. Los monitores físicos son elementos de medida incorporados al esterilizador, tales como termómetros, manómetros de presión, sensores de carga, válvulas y sistemas de registro de parámetros, entre otros, permiten visualizar si el equipo ha alcanzado los parámetros exigidos para el proceso (9).

Los indicadores químicos son: de proceso - cinta adhesiva – clase I, son cintas adhesivas impregnadas con tinta termoquímica que cambia de color

cuando es expuesta a una temperatura determinada, su finalidad es demostrar y diferenciar entre artículos procesados y no procesados, los indicadores específicos - test de Bowie Dick - clase II evalúan la eficacia del sistema de vacío del autoclave de pre-vacío, el indicador de parámetro simple – clase III es un indicador de parámetro único, indica que el paquete estuvo expuesto a una determinada temperatura (está en desuso), Indicador integrador - clase V, reaccionan ante todos los parámetros críticos del proceso en autoclave, dentro de un intervalo específico del ciclo de esterilización y los simuladores – clase VI reaccionan a todos los parámetros críticos, dentro de un intervalo específico de ciclos de esterilización :9,10,11).

Indicadores biológicos (IB) son preparados que contienen una carga suficiente de microorganismos de alta resistencia (*Bacillus subtilis*, *Bacillus stearothermophilus*, *Níger* y otros) a la esterilización y cuya destrucción, al ser sometidos a un ciclo determinado, indica que esta se ha desarrollado satisfactoriamente. Los controles biológicos son en la actualidad el único medio disponible para confirmar la esterilización de un artículo o para determinar la efectividad del proceso de esterilización. Están diseñados de tal manera que la lectura e interpretación sea muy fácil y rápida para confirmar la presencia o ausencia de microorganismos viables después del proceso de esterilización (8,9).

Estos indicadores se deben introducir al interior y en el punto medio de los paquetes más grandes y más pesados de la carga. Deben usarse diferentes controles en los distintos ciclos de cada equipo. Generalmente: Una vez por semana como mínimo todos los métodos, (autoclaves, pupineles, EO, esterilizadores de Peróxido de hidrógeno y FO) en cada carga de implantes

y cada vez que se repare un equipo. La desventaja de estos indicadores es el tiempo de espera por los resultados, ya que la lectura se realiza a partir de las primeras 12 horas y con un máximo de 72 horas. En la actualidad, se ha diseñado un nuevo indicador biológico basado en la detección de una enzima asociada a las esporas de los microorganismos. El método permite obtener resultados en tres horas (autoclave) comparado con las 48 horas del control biológico tradicional (8,9).

El material estéril debe ser almacenado en condiciones que aseguren su esterilidad,” de tal forma que se evite los riesgos de contaminación, y favorezca el movimiento e identificación rápida y fácil de los artículos procesados. Las características recomendadas para el área de almacenamiento son: El área de almacenamiento es una zona restringida (de poco tránsito), solo empleada por el personal autorizado., se ubica adyacente al área de esterilización y es exclusiva para el almacenaje de material esterilizado. Debe estar ubicada a continuación de la sala de máquinas de la que será aislada para evitar un ambiente excesivamente húmedo y caluroso, debe ser un ambiente libre del polvo, con superficies lisas y lavables, deberá equiparse con estantes o armarios cerrados, de cómodo acceso y fácil visibilidad de los materiales (7,8,9,10,11).

Estos armarios también servirán para almacenar los artículos que no circulan con frecuencia (de baja rotación) además de canastillas y carros para el transporte del material. La recomendación es que no deben ser de madera, equipada con estantes abiertos para el material de alta rotación. Los paquetes deben colocarse de forma que sea fácil rotar su uso y estar protegidos de las corrientes de aire (7,8,9, 10).

Por lo anteriormente expuesto, dentro de mi práctica profesional, en mi función de gestión en el servicio de la central de esterilización del Hospital la Caleta de Chimbote, cuyo propósito es brindar un producto estéril de excelente calidad que mejorará la calidad de atención al usuario interno y externo ya que disminuirá las infecciones asociadas a la atención de salud, por lo cual el presente trabajo académico se enmarca en la teoría de calidad de Avedis Donabedian.

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite" (18).

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. El componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción

de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. El tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más comfortable (18).

Según H. Palmer las dimensiones que incluye la calidad son: Efectividad, Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos, eficiencia que es la prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada, la accesibilidad que es la facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc. La aceptabilidad es el grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención y la competencia profesional que enmarca la capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios (18).

La calidad máxima constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución y la calidad óptima, es aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad se puede dar para lograr la acreditación de los centros de atención. Los motivos

económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio (18).

Es necesario el establecimiento de prioridades, atendiendo a la limitación de recursos y al encarecimiento progresivo, sin menoscabo de la calidad de la atención. En este contexto los sistemas de atención a las personas se vuelven hacia las empresas industriales para aprovechar su experiencia en el manejo de situaciones de crisis y se empiezan a aplicar enfoques de la calidad provenientes de la industria que aportan un nuevo desarrollo a los conceptos de la calidad sanitaria (18).

Juran, S. sostiene que la calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase previa a las demás. Una vez planificada la mejora de la calidad por medio de la definición de la calidad que le interesa al cliente y diseñando los servicios adecuados a sus necesidades, deben destinarse y organizar los recursos de forma que permitan conseguir estos objetivos, diseñando al mismo tiempo los procesos capaces de producirlos y transfiriéndolos a las actividades habituales. Este concepto es esencial en el desarrollo de la calidad asistencial ya que introduce un matiz de extrema importancia como es el de que si la calidad debe planificarse, su responsabilidad máxima corresponde a las personas que realizan la planificación ósea a la alta dirección (18).

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad se debe cuál es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los

conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación (18).

La mejora de la calidad debe ser continua y por tanto los estándares deben elevarse continuamente. El proceso de mejora de la calidad debe estar centrado en el paciente y que siendo la atención del paciente resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de la calidad debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario. Debe resaltarse que si bien la gestión contempla los objetivos de la misma como su herramienta más importante, los programas de calidad trabajan a base de estándares (18).

En la calidad de la asistencia, si bien todos los profesionales tienen su parte proporcional es responsabilidad compartida con la institución y con la dirección del centro. La evaluación y mejora de la calidad consiste en: establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta, compararla con la que se está realizando, establecer los motivos por los cuales tenemos problemas, aplicar los cambios necesarios para solucionarlos. Y comprobar si estos cambios son eficaces.

Las acciones de mejora constituyen el núcleo de los programas de calidad. Se aplican en función de las causas que se han detectado en los problemas que se evalúan. En general podemos encontrar tres grandes tipos de causas (18):

- Problemas derivados de la falta de conocimientos, es decir, los profesionales no conocen como realizar correctamente un determinado aspecto de su trabajo (Pe.: los cuidados más adecuados o, como informar sobre situaciones que generan ansiedad. Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la formación continuada y la protocolización.
- Problemas derivados de déficits organizativos, los cuales se corrigen lógicamente modificando los circuitos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información, etc.
- Problemas de actitud derivados de situaciones en las cuales los profesionales no están motivados para realizar una atención óptima. Por ejemplo, en los últimos años se ha discutido mucho sobre el síndrome del burn-out (quemado) de algunos profesionales. Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación

MARCO LEGAL. Los lineamientos que sustentan el proyecto son los siguientes: Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud. Ley N° 23536 – Ley de los Profesionales de la Salud. Ley N° 27444 – Ley de Procedimiento Administrativo General. Ley N° 27658 – Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 030-2002-PCM. Decreto Supremo N° 013-2002-SA – Aprueba el Reglamento de la Ley N° 27657 –Ley del Ministerio de Salud. Decreto Supremo N° 007-

2011-PCM – Aprueba la Metodología de Simplificación Administrativa y establece disposiciones para su implementación, para la mejora de los procedimientos administrativos y servicios prestados en exclusividad (1,9).

Decreto Supremo N° 009-2014-SA – Aprueba la Modificación del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM – Aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria. Resolución Ministerial N° 603-2006/MINSA – Aprueba la Directiva N° 007- MINSA/OGPP - V.02: Directiva para la Formulación de Documentos Técnicos Normativos de Gestión Institucional de las Entidades. Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA – Aprueba la NTS N° 021 –MINSA/DGSP – V.03 Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud (1,9).

Yáñez, V. (19), desarrolló la tesis “programa de mejoramiento de la calidad de los procesos de esterilización del hospital Baca Ruiz, Quito, 2011”, cuyo objetivo fue implementar el control de calidad de los procesos de la central de esterilización. Llegó a las siguientes conclusiones: suministro de material estéril con el 100% de verificación del proceso a través de la implementación de indicadores físicos, químicos y biológicos, el 100% de del personal del servicio fue capacitado por lo cual se estandarizaron los procesos y el 100% de los procesos fueron desarrollados e implementados con la descripción de responsabilidades y actividades, diagramas de flujo y caracterización de la misma.

Hechevarria, E. y Vargas, E. (20). Realizaron un estudio de intervención del nivel de conocimiento del personal de enfermería en el departamento de

esterilización, como estrategia para elevar la calidad de la atención a pacientes y familiares en el Policlínico Facultad "Josué País García" en el período comprendido de enero a junio de 1999, Cuba. El universo estuvo constituido por 91 enfermeras que trabajan en el consultorio del médico y enfermera de la familia, la muestra estuvo representada por 61 enfermeras que representan el 51,5 %. Se concluyó que el proceso de esterilización y desinfección es vital para el personal de enfermería, la recepción y clasificación; ocupa el primer lugar en las respuestas correctas, así como su opinión sobre el vencimiento del material estéril a las 72 h. La mayoría del personal mostró dominio en el conocimiento sobre esterilización y clasificación.

Villanueva, M. (21). En su estudio "Nivel de conocimiento sobre procesos de esterilización en autoclave del personal de enfermería, Hospital regional Virgen de Fátima Chachapoya-2014, su objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre los procesos de esterilización en autoclave. Conclusión: En el personal de enfermería predomina un nivel de conocimiento medio sobre los procesos de esterilización.

Es preciso señalar que el trabajo académico que se propone, incrementará la calidad de los procesos que se realizan en la central de esterilización del Hospital la Caleta a través de la sensibilización, capacitación y dotación del recurso humano suficiente y el suministro de recursos materiales para mejorar la calidad del producto estéril por lo cual será de gran impacto en la disminución de las infecciones asociadas a la atención de salud.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Mejora de los procesos de esterilización y desinfección del servicio de central de esterilización del hospital la caleta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Equipo de gestión sensibilizado con el impacto de la central de esterilización
2. Elaboración e implementación de documentos de gestión: manuales, protocolos,
3. Suficiente personal equipos y materiales para realizar los procesos de esterilización centralizados
4. Personal del servicio en el proceso de esterilización capacitado en el proceso de desinfección y esterilización.

V. METAS:

1. Incremento en un 5% de la calidad de atención.
2. Incremento en un 100% en la mejora de los procesos de esterilización y desinfección del servicio de central de esterilización del hospital La Caleta.
3. Sensibilización del todo el equipo de gestión del servicio de la central de esterilización del hospital La Caleta.
4. Elaboración e implementación del 100% de documentos de gestión del servicio de la Central de esterilización del hospital La Caleta.
5. Dotación de recursos humanos y materiales del servicio de la Central de esterilización del hospital La Caleta.
6. Capacitación del 100% del personal del servicio de la Central de esterilización del hospital La Caleta.

7. Elaboración de un plan operativo por año.
8. Elaboración e implementación de un manual de procedimientos.
9. Elaboración e implementación de 20 protocolos.
10. 100% de procesos con calidad.
11. 100% de recursos humanos profesionales y técnicos asignados según la norma.

COLOCAR LAS METAS DEL RUBRO DE METAS QUE SE ENCUENTRA EN SU MARCO LÓGICO.

VI. METODOLOGIA

6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE

INTERVENCIÓN: Las estrategias para el presente proyecto es gestión de los servicios de salud, sensibilización y capacitación, para involucrarlas en las diferentes etapas del proyecto. Para comprender mejor las líneas de acción, se describen a continuación:

A. SENSIBILIZACIÓN:

El proceso de sensibilización representa el marco o pórtico inicial del aprendizaje. Se basa en concienciar a las personas, haciendo que estas voluntariamente se den cuenta de la importancia de algo, es un fenómeno de modificación de respuesta, opuesta a la habituación y diferente al condicionamiento, que provoca una respuesta innata sin necesidad de un estímulo adicional. Está configurado por tres grandes procesos de carácter afectivo-motivacional que son la motivación, la emoción y las actitudes"(23).

MARCO TEORICO DE LA LINEA

La motivación hace referencia al conjunto de procesos de activación, dirección y persistencia de la conducta, mientras que el control emocional se basa en la inteligencia emocional para resistir a los impulsos y auto-controlar las emociones. Las actitudes finalmente, están relacionadas con el esfuerzo, el entusiasmo y la autodisciplina que tienen los miembros de la organización para asumir los nuevos retos y cambios a los que se ven enfrentados (23). El personal del servicio de central de esterilización del Hospital La Caleta no tiene una noción exacta de la importancia de la central de esterilización por lo tanto no está sensibilizado en el impacto que tiene la calidad del suministro de material estéril o desinfectado en la disminución de las infecciones asociadas a la atención de salud y por ende en la calidad de atención del usuario interno y externo. Aspecto que es vital para lograr el objetivo planteado en este proyecto.

Acciones:

A1. Talleres de sensibilización sobre el impacto que tiene la central en la disminución de las infecciones intrahospitalarias

- Elaboración del plan para la ejecución de los talleres de sensibilización.
- Ejecución de los talleres de sensibilización
- Evaluación e informe.

B.- DOCUMENTOS DE GESTIÓN:

El sector de la salud precisa, cada vez más, mejorar el desempeño de sus organizaciones en términos de eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.

Hoy se percibe la introducción gradual de herramientas ampliamente utilizadas en otros entornos empresariales y escasamente difundidas hace unos años en este sector. Los planteamientos de la Gestión por Procesos y, dentro de ella, la mejora continua de procesos, constituyen una propuesta útil para el perfeccionamiento de la gestión hospitalaria.

Es preciso destacar que implantar la gestión por procesos en un sector como el hospitalario puede resultar un camino difícil; existen premisas que de no ser atendidas pueden convertirse en limitaciones para su desarrollo, algunas de ellas son: La existencia de un rumbo estratégico, pilar necesario para la gestión efectiva de los procesos de la organización; el compromiso de la alta dirección, pues sin el liderazgo, decisivo para involucrar y promover la participación activa de los trabajadores, se dificulta la aplicación de cualquier propuesta metodológica; por último la mentalidad de cambio y la formación continua, que contribuyen a emprender este empeño conscientes de la necesidad de asimilar y adaptar métodos, procedimientos y prácticas, desde una óptica diferente a cómo se hace hasta el momento (22).

El servicio de Central de esterilización del Hospital La Caleta no cuenta con documentos de gestión que guíen la ejecución de procesos

administrativos y procedimentales lo que obstaculiza la estandarización de protocolos, guías y normatividad del proceso de desinfección y esterilización así como la ejecución el abastecimiento de material, insumos, soluciones y equipos necesarios y sobre todo la centralización de la desinfección y esterilización de los productos. Este aspecto es imperativo ya que se asegura la calidad del producto estéril suministrado por el servicio.

Acciones:

2. a. Elaboración del plan operativo

- Conformación del equipo responsable para la elaboración del plan operativo
- Elaboración del plan operativo
- Implementación del plan operativo
- Ejecución del plan operativo
- Evaluación del plan operativo

2. b. Elaboración e implementación del manual de procedimientos

- Conformación del equipo responsable para la elaboración del manual de procedimientos
- Elaboración del manual de procedimientos
- Capacitación sobre el manual de procedimientos
- Implementación del manual de procedimientos

2. c. Elaboración e implementación de protocolos

- Conformación del equipo responsable para la elaboración de protocolos
- Elaboración de protocolos
- Capacitación sobre los protocolos
- Implementación de protocolos

2d. Elaboración de registros de estructura, proceso e impacto

- Conformación del equipo responsable para la elaboración de registros
- Elaboración de registro de proceso de estructura:
- Elaboración de registros de proceso de esterilización: recepción, descontaminación, lavado, secado, inspección, lubricado, empaquetado, carga en los esterilizadores, esterilización, descarga, almacenamiento.
- Elaboración del proceso de desinfección
- Elaboración de registros sobre la calidad del material estéril, rendimiento de la central de esterilización.

C. DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

El recurso humano es el principal activo de toda organización. El éxito de las organizaciones modernas en este mundo globalizado se debe a su alto grado de competitividad alcanzado. Este resultado ha sido posible gracias a la integración efectiva y eficiente de su personal, lo que le ha permitido llevar a cabo estrategias y conseguir sus metas. No hay ninguna duda que la piedra angular y esencia del desarrollo organizacional es el factor humano. Sin embargo, para

muchos administradores esta idea, a pesar que la pronuncian muy a menudo (especialmente en seminarios, cursos, conferencias, etc.) no se traduce en la práctica en hechos que demuestren lo que pregonan (24).

Asimismo los recursos humanos, sin lugar a dudas, constituyen, en la actualidad, el activo más valioso con que cuenta una organización. La tecnología, los materiales, hasta el capital financiero, que son recursos organizacionales, no son importantes por sí mismos sin la intervención humana. Es el hombre, quien con sus conocimientos, experiencia, sensibilidad, compromiso, esfuerzo y trabajo, quien hace posible integrar y potenciar estos recursos a fin de lograr el desarrollo de la organización, y por ende, el de su misión, mejorando la calidad, cantidad y oportunidad de los bienes y servicios que produce (24).

En el servicio de central de esterilización del Hospital la Caleta de Chimbote solo se cuenta con un personal técnico que trabaja medios turnos ya que el personal de centro quirúrgico rota por este servicio para cubrir los turnos restantes (mañana, tarde y noche). Una enfermera del servicio de centro quirúrgico gerencia por momentos la central de esterilización, solo si su trabajo se lo permite, sino la resolución de problemas inherentes al servicio se van postergando hasta que la jefa de los dos servicios pueda resolverlos, lo que ocasiona múltiples complicaciones como por ejemplo el mantenimiento de los equipos de esterilización y el abastecimiento

de los insumos, material, equipo y soluciones para los procesos. De acuerdo a la norma se debe contar con un personal técnico para las tres áreas por la mañana, por la tarde dos técnicos y en el turno de noche un técnico, lo cual no se cumple. En este aspecto es muy importante contar con el personal suficiente y competente para asegurar la calidad del producto que suministra la central lo cual será un factor fundamental para disminuir las infecciones intrahospitalarias.

Acciones:

3. a. Gerencia y gestión de procesos

- Elaboración de planes de abastecimiento, mantenimiento y reparación de los equipos de esterilización, lavado, sellado y secado.
- Elaboración de instrumentos como lista de check list para monitorizar, supervisar los proceso de gestión.
- Elaboración de plan de contingencia de abastecimiento, mantenimiento y reparación de los equipos de esterilización.

3. b. Gestión de los recursos de acuerdo a la normatividad de calidad y seguridad del paciente

- Conformación del equipo para la sustentación técnica del recurso humano.
- Elaboración de la sustentación técnica
- Solicitud del recurso humano en las instancias correspondientes.

D. CAPACITACIÓN

La capacitación ubica la salud en el contexto socio-económico, político y cultural dentro de las comunidades, estimulando la producción del conocimiento que permite la transformación de los servicios de salud, basa su desarrollo en la necesidad de repensar los procesos educativos dentro de las instituciones para aproximarnos a los objetivos propuestos con un enfoque humano. Además desarrolla, consolida, genera, y sistematiza los métodos que permiten cualificar la fuerza de trabajo en los servicios de salud que se mediatiza con formas y contenidos flexibles, participativos y horizontales destinados a lograr la transformación de los servicios y se relaciona en forma coherente con la comunidad, generando así, una mayor implementación no solo de acciones puntuales sino, de planificación y evaluación de los servicios (25).

El personal del servicio de central de esterilización del Hospital La Caleta no cuenta con los conocimientos suficientes y práctica correcta para realizar los procesos de desinfección y esterilización, problemática que se evidenció en un estudio de investigación realizado por la autora de este proyecto, además no se cuenta con un plan de capacitación permanente por parte del servicio así como también por la institución a través del desarrollo de recursos humanos de la unidad de personal. Por lo que es fundamental el desarrollo de esta línea de acción para superar la brecha existente y poder alcanzar la meta trazada.

Acciones:

4. a. Capacitación permanente de los recursos humanos

- Conformación del equipo responsable de la capacitación permanente
- Elaboración del plan de capacitación anual
- Ejecución del plan de capacitación permanente en las reuniones mensuales del servicio.
- Supervisión y monitoreo del plan de capacitación.

4. b. Pasantías en centrales de esterilización de hospitales modelos

- Coordinación con los responsables de las centrales de esterilización modelos para realizar las pasantías.
- Realizar el trámite correspondiente para solicitar la pasantía
- Ejecución de la pasantía.
- Evaluación de la pasantía

4. c. Especialidad o maestría en gerencia y gestión de central de esterilización

- Solicitud a dirección para viabilizar los estudios correspondientes
- Ejecución de los estudios correspondientes.

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

La sostenibilidad del proyecto estará a cargo del equipo de salud que trabaja en el Servicio de central de Esterilización del hospital la caleta, la Jefatura de Enfermería tiene el compromiso de interrelacionarse con

el Departamento de Enfermería y la dirección del Hospital, con la finalidad de impulsar y mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y SUPERVISIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
<p>Propósito: Mejora de los procesos de esterilización y desinfección del servicio de central de esterilización del hospital la caleta.</p>	Mejora en un 100% de los procesos de desinfección y esterilización	<p>1. Criterio de verificación de la efectividad del proceso de esterilización. N° de cargas por autoclave con hoja de verificación con los indicadores de esterilización correctos por semana x100 ----- N° total de cargas por autoclave por semana Estándar de calidad: 99%</p> <p>2. Criterio de caducidad de la esterilización N° de productos reesterilizados por superar tiempo de caducidad x 100 ----- N° de cargas de esterilización durante la semana Estándar de calidad: menor 0%</p> <p>3. Indicadores de Incidentes: N° de incidentes ocurridos en el autoclave en un mes 100 ----- N° de cargas autoclave realizados al mes Estándar de calidad: menor 1%</p>	Verificación del proceso de esterilización a través de indicadores físicos químicos y biológicos	<p>2. Registros de las cargas realizadas en el autoclave</p> <p>3. Verificación con los indicadores de esterilización</p> <p>4. Registros de los productos reesterilizados.</p> <p>5. Registro de incidentes ocurridos en el autoclave</p>	Cada 7 días	Lista de chequeo

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
Equipo de gestión sensibilizado con el impacto de la central de esterilización en las infecciones asociadas a la atención de salud.	Sensibilización del todo el equipo de gestión	<p>Porcentaje de equipo de gestión sensibilizado.</p> $\frac{\text{Nº de integrantes del equipo de gestión sensibilizados} \times 100}{\text{Total de integrantes del equipo de gestión}}$	Cambio de actitud para lograr la calidad del producto	Registro de personal sensibilizado por talleres	6 talleres por año	Lista de chequeo
Elaboración e implementación de los documentos de gestión: Manuales, protocolos del Servicio de la Central de Esterilización del Hospital La caleta de Chimbote.	Elaboración e implementación del 100% de documentos de gestión	<p>Elaboración e implementación de protocolos y documentos normativos</p> $\frac{\text{Nº de protocolos elaborados} \times 100}{\text{Total de protocolos}}$ <p>Estándar de calidad : 100%</p> $\frac{\text{Nº de documentos normativos} \times 100}{\text{Total de documentos normativos}}$ <p>Estándar de calidad : 100%</p>	Documentos de gestión que permitan asegurar la calidad de los procesos.	<p>Protocolos elaborados con resolución directoral</p> <p>Documentos normativos con resolución directoral</p>	3 documentos por año	Lista e chequeo

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
Suficiente personal, equipos y materiales para realizar los procesos de esterilización centralizados en el servicio.	Dotación de personal, material y equipo biomédico	Recursos humanos suficiente de acuerdo a la normatividad para el servicio Recursos materiales suficiente de acuerdo a la normatividad para el servicio Equipos biomédicos suficientes de acuerdo a la normatividad para el servicio	Número de Personal profesional y técnico de acuerdo a la norma para lograr la calidad de los procesos	Rol de turnos Registro de materiales asignados al servicio Registro de compra de materiales: PECOSAS	Una vez por año	Lista de chequeo
Personal del servicio de la Centra de Esterilización de hospital la Caleta de Chimbote en el proceso de esterilización y desinfección	Capacitación del 100% del personal del servicio de la Central de esterilización del hospital La Caleta	Porcentaje de personal capacitado en el proceso de esterilización y desinfección N° de personas capacitadas x 100 ----- Total del personal del servicio	Conocimientos teóricos y prácticos sobre el proceso de desinfección y esterilización	Registros de asistencia a las capacitaciones, informes de pasantías, recibos de pago del curso de especialidad o maestría	3 veces por año	Lista de chequeo

MATRIZ DE MONITOREO

Resultados del marco lógico	Acciones o actividades	Metas por cada actividad	Indicadores de producto o monitoreo por meta	Definición del indicador	Fuente de verificación	Frec.	Instrumento que se utilizará para el recojo de la información
Equipo de gestión sensibilizado con el impacto de la central de esterilización	Talleres de sensibilización sobre el impacto que tiene la central en la disminución de las IHH	Sensibilización del todo el equipo de gestión	<p>Porcentaje de equipo de Gestión sensibilizado.</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de integrantes del equipo de gestión sensibilizados} \times 100}{\text{Total de integrantes del equipo de gestión}}$	Cambio de actitud para lograr la calidad del producto	Registro de personal sensibilizado por talleres	3 por año	Registro de personal sensibilizado
Elaboración e implementación de documentos de gestión:	<p>Elaboración del plan operativo</p> <p>6. Elaboración e implementación del manual de procedimientos</p> <p>7. Elaboración e implementación de protocolos</p>	Elaboración e implementación del 100% de documentos de gestión	<p>Elaboración e implementación de protocolos y documentos normativos</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ de protocolos elaborados} \times 100}{\text{Total de protocolos}}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de documentos normativos} \times 100}{\text{Total de documentos normativos}}$ <p>Plan operativo terminado e implementado para cada año de la ejecución del proyecto</p> <p>Manual de procedimientos terminado e implementado.</p> <p>20 protocolos terminados e implementados por cada año de ejecución del proyecto</p>	Documentos de gestión que permitan asegurar la calidad de los procesos.	<p>Protocolos elaborados con resolución directoral</p> <p>Documentos normativos con resolución directoral</p>	Cada 3 meses	Lista de chequeo

Suficiente personal y materiales, y equipos para realizar los procesos de esterilización centralizados	Gerencia y gestión de procesos Gestión de los recursos de acuerdo a la normatividad de calidad y seguridad del paciente	Dotación de personal, material y equipo biomédico	Recursos humanos: 1 enfermera y 3 técnicos de enfermería de acuerdo a la normatividad para el servicio Recursos materiales suficiente de acuerdo a la normatividad para el servicio Equipos biomédicos suficientes de acuerdo a la normatividad para el servicio	Número de Personal profesional y técnico de acuerdo a la norma para lograr la calidad de los procesos	Rol de turnos Registro de materiales asignados al servicio Registro de compra de materiales: PECOSAS Registros de asistencia a las capacitaciones, informes de pasantías, recibos de pago del curso de especialidad o maestría	1 por año	Lista de chequeo
Capacitación en el proceso de esterilización y desinfección	Capacitación permanente de los recursos humanos Pasantías en centrales de esterilización de hospitales modelos Especialidad o maestría en gerencia y gestión de central de esterilización	Capacitación del 100% del personal del servicio	Porcentaje de personal capacitado en el proceso de esterilización y desinfección $\frac{\text{Nº de personas capacitadas} \times 100}{\text{Total del personal del servicio}}$	Conocimientos teóricos y prácticos sobre el proceso de desinfección y esterilización	Registros de asistencia a las capacitaciones, informes de pasantías, recibos de pago del curso de especialidad o maestría	Cada 2 meses	Lista de chequeo

7.1. Beneficios

➤ Beneficios con proyecto

- ✓ Incremento de la calidad de atención del hospital La Caleta de Chimbote
- ✓ Disminución de las infecciones intrahospitalarias
- ✓ Mejora de los procesos de desinfección y esterilización.
- ✓ Personal sensibilizado y capacitado
- ✓ Documentos de gestión

➤ Beneficios sin proyecto

➤ Disminución de la calidad de atención del hospital La Caleta de Chimbote

- ✓ Aumento de las infecciones intrahospitalarias
- ✓ Mala calidad de los procesos de desinfección y esterilización.
- ✓ Personal no sensibilizado ni capacitado
- ✓ No cuenta con documentos de gestión
- ✓ Aumento de la tasa de morbilidad en la Jurisdicción

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Humanos:

RECURSO HUMANO	HORAS MENSUAL	COSTO X HORAS S/.	COSTO TOTAL EN 2 AÑOS S/.
1 Enfermera	150	10.00	36,000.00
3 Técnico de Enfermería	150	7.00	27,600.00
Costo Total Recurso Humano	300		63,600.00

8.2. Materiales:

CODIGO	MATERIALES	CANTIDAD	COSTO UNT S/.	COSTO TOTAL S/.
2.6.3.2.4.2	Esterilizador a alta temperatura - vapor de 600 litros	01	200,000.00	200,000.00
2.6.3.2.4.2	Esterilizador de baja temperatura	01	520,000.00	520,000.00
2.6.3.2.4.2	Lavadora desinfectadora	01	180,000.00	180,000.00
2.6.3.2.4.2	Cámara para secar lúmenes	01	120,000.00	120,000.00
2.6.32..4.1	Colgadores para papel crepado y manga mixta	02	250.00.00	250.00
2.6.3.2.4.2	Luminómetro	02	10,000.00	20,000.00
2.6.3.2.4.2	Pistola de aire comprimido	02	5,000.00	10,000.00
2.6.32..4.1	Lupas	03	200.00	600.000
2.6.3.2.9.2	Lavaderos de metal	02	7.300.00	7.600.00
70020297	Anaqueles cerrados	03	1,600.00	1,600.00
2 .6.3.2.1.2	Escritorio	01	400.00	400.00
2 .6.3.2.1.2	Sillón ergonómico	01	120.00	120.00
2 .6.3.2.1.2	Mesa grande para preparación de material y doblado de ropa	01	380.00	380.00
2 .6.3.2.1.2	Mesa para el secado de material	01	220.00	220.00
70020212	Sillas ergonómicas	06	80.00	480.00
2.6.3.2.3.1	Laptop	01	2.500.00	2.500.00
060020170	Impresora	01	280.00	280.00
COSTO TOTAL			S/.	944,430.00

8.3. Presupuesto: Aportes solicitados (institución)

CODIGO	DENOMINACION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.
5.3.0	SERVICIOS Honorarios Profesionales	04		63,600.00
	MATERIALES			957,230.00
TOTAL S/.				1'020,830.00

8.4. Materiales para Capacitación

N°	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del hospital	0.00	0	0.00	0.00
2	Servicio de central de esterilización	0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	0.50	2000	0.00	1,000.00
4	Fotocopias	0.10	2000	0.00	200.00
5	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2.00	40	0.00	80.00
6	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	0.00
7	Refrigerio	2.00	1920	0.00	3,840.00
8	Movilidad local	4.00	1920	0.00	7,680.00
	SUBTOTAL				12,800.00
COSTO TOTAL PARA CAPACITACIÓN				S/.	25,600.00

8.5. PRESUPUESTO PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Auditorio del hospital	0.00	0	0.00	0.00
2	Equipo multimedia	0.00	0	0.00	0.00
3	Impresiones	0.50	100	0.00	50.00
4	Fotocopias	0.10	200	0.00	20.00
5	Ponentes	100.00	6	0.00	600.00
6	Refrigerio	2.00	120	0.00	240.00
7	Movilidad local	4.00	120	0.00	420.00
	SUBTOTAL				1,330.00
COSTO TOTAL PARA TALLER DE SENSIBILIZACIÓN S/.					1,330.00

8.6. PRESUPUESTO PARA LA PASANTÍA

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Viáticos x 20 Personas x 2 Pasantías	S180.00 x día x persona	S/.7,200.00	0.00	S/.7,200.00
2	Movilidad Local x 20 Personas x 30 días	S/.20.00 xdíax persona	S/.12,000.00	0.00	S/.12,000.00
3	Pasaje x 20 Personas x 2 veces	S/ 40.00 x persona	S/.1600.00	0.00	S/.1600.00
COSTO TOTAL					S/.20,800.00

8.7. PRESUPUESTO PARA MAESTRÍA O ESPECIALIDAD EN GERENCIA Y GESTIÓN EN ENFERMERÍA

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Inscripción	150.00	1	0.00	150.00
2	Matricula	300.00	3	0.00	900.00
3.	Mensualidad x ciclo	1200.00	3	0.00	3,600.00
COSTO TOTAL				0.00	4,650.00

8.8. RESUMEN DE PRESUPUESTO:

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Recursos Humanos	63,600.00	0.00	63,600.00
Materiales	957230.00	0.00	957230.00
Capacitación	12,800.00	0.00	12,800.00
Pasantía	20,800.00	0.00	20,800.00
Maestría o especialidad	4,650.00	0.00	4,650.00
Taller de sensibilización	1,330.00	0.00	1,330.00
TOTAL			S/. 1 060,410.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA						INDICADOR	
					2016	2016		2017		2018		
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	II semestre	I- semestre	II	I	II	I		
1	Elaboración del trabajo académico “Fortaleciendo la Central de Esterilización del Hospital La Caleta de Chimbote”	1	Informe	200	X							Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la dirección del Hospital La Caleta de Chimbote.	1	Informe	20.00	x							Proyecto Presentado
3	Reunión con la Jefa del departamento de enfermería y personal de Enfermería para formar Comité de mejora continúa para el apoyo en la ejecución del proyecto.	2	Informe	20		X						Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	326,116.8			X					Proyecto ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico.	1	Informe	20					X			Proyecto desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	150.00							X	Proyecto presentado

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO 1: Equipo de gestión sensibilizado con el impacto de la central de esterilización

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2017-2018				
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II	
1	Talleres de sensibilización sobre el impacto que tiene la Central de Esterilización en la disminución de las IIH	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	1,330.00	X				
					X				
					X				
						X		X	X

OBJETIVO 2: Elaboración e implementación de documentos de gestión: manuales, protocolos,

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2017-2018			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II
1	Elaboración del plan operativo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable para la elaboración del plan operativo ➤ Elaboración del plan operativo ➤ Implementación del plan operativo ➤ Ejecución del plan operativo ➤ Evaluación del plan operativo 	Documento	0.00	X			
					X			
					X			
						X	X	
								X
2	Elaboración e implementación del manual de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable para la elaboración del manual de procedimientos ➤ Elaboración del manual de procedimientos 	Documento		X			
					X	X		

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación sobre el manual de procedimientos ➤ Implementación del manual de procedimientos 				X	X		
							X	X	
3	Elaboración e implementación de protocolos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable para la elaboración de protocolos ➤ Elaboración de protocolos ➤ Capacitación sobre los protocolos ➤ Implementación de protocolos 	Documento			X			
						X	X	X	
								X	x
4	Elaboración de registros de estructura, proceso e impacto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable para la elaboración de registros ➤ Elaboración de registro de proceso de estructura: 	Registros			X			
						X			

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración de registros de proceso de esterilización: Recepción, descontaminación, lavado, secado, inspección, lubricado, empaquetado, carga en los esterilizadores, esterilización, descarga, almacenamiento. ➤ Elaboración del proceso de desinfección ➤ Elaboración de registros sobre la calidad del material estéril, rendimiento de la central de esterilización. 				X		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

OBJETIVO 3: Suficiente personal equipos y materiales para realizar los procesos de esterilización centralizados

Nº	ACTIVIDAD	RECURSOS	CRONOGRAMA 2017-2018
----	-----------	----------	----------------------

		SUB ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II
1	Gerencia y gestión de procesos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración de planes de abastecimiento, mantenimiento y reparación de los equipos de esterilización, lavado, sellado y secado. ➤ Elaboración de instrumentos como lista de check lis para monitorizar, supervisar los proceso de gestión. ➤ Elaboración de plan de contingencia de abastecimiento, mantenimiento y reparación de los equipos de esterilización. 	Documento	95,7230 .00	X	X	X	X
2	Gestión de los recursos de acuerdo a la normatividad de calidad y seguridad del	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo para la sustentación técnica del recurso humano. ➤ Elaboración de la sustentación técnica 	Documento		X			
					X			

	paciente	➤ Solicitud del recurso humano en las instancias correspondientes			X			
--	----------	---	--	--	---	--	--	--

OBJETIVO 4: Manejo Adecuado del material estéril

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2017-2018			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	I	II

1	Capacitación permanente de los recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conformación del equipo responsable de la capacitación permanente ➤ Elaboración del plan de capacitación anual ➤ Ejecución del plan de capacitación permanente en las reuniones mensuales del servicio. ➤ Evaluación del plan de capacitación 	Capacitación	12,800.00	X X		X X		X
2	Pasantías en centrales de esterilización de hospitales modelos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordinación con los responsables de las centrales de esterilización modelos para realizar las pasantías. ➤ Realizar el trámite correspondiente para solicitar la pasantía 	Pasantía	20,800.00	X X				

		➤ Ejecución de la pasantía				X	X	X
3	Especialidad o maestría en gerencia y gestión de central de esterilización	➤ Solicitud a dirección para viabilizar los estudios correspondientes ➤ Ejecución de los estudios correspondientes	Especialidad o maestría	4650.00	X			
						X	X	X

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El Proyecto de Intervención “Fortaleciendo la central de esterilización del Hospital la Caleta de Chimbote” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad enfermería, jefatura de servicio y departamento, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto “Fortaleciendo la central de esterilización del Hospital la Caleta de Chimbote”.

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

- Hospital Regional de Lambayeque (pasantía)

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias (página principal). Perú; 2007 (fecha de acceso 21 de diciembre 2016). URL disponible en <http://www.insnsb.gob.pe/docs-web/calidad/sdp-minsa/sdp-minsa-1.pdf>.
2. López Herrera, J. y colb. Infecciones nosocomiales, mortalidad atribuible y sobre estancia hospitalaria. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc 2012; 20 (2): 85-90. México. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim122e.pdf> .
Ultimo acceso 21 de diciembre 2016
3. Organización mundial de la salud (página principal). Ginebra; 2016 (fecha de acceso 15 de junio de 2016). URL disponible en <http://www.who.int/gpsc/background/es/>.
4. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico (página principal). Perú; 2014. (fecha de acceso 21 de diciembre). Volumen 23 – Semana Epidemiológica N° 17. versión electrónica: 1816-8655. URL disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>.
5. Macedo M y Blanco J. Infecciones hospitalarias. Temas de bacteriología y virología médica (documento en línea). Uruguay; 2011 (fecha de acceso 15 de junio 2016). URL disponible en: <http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccioneshospitalarias>.
6. Costa, B, Soares, E., Costa da Silva. Evolución de las centrales de material y esterilización: historia, actualidad y perspectivas de la enfermería. Enfermería global. N° 15 Febrero 2009. Disponible en

file:///C:/Users/USER/Downloads/50391-216981-1-PB%20(1).pdf. Último acceso 21 de diciembre 2016.

7. Acosta-Gnass, S y Andrade V. Manual de esterilización para centros de salud. Estados Unidos. 2008. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadt377.pdf, último acceso 23 de noviembre 2016.
8. Guía Gestión y esterilización okasideta. España. 2004. Disponible en http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/Guia_Gestion%20Esterilizacion%20Osakidetza.pdf. Último acceso 21 de diciembre 2016.
9. MINSA Manual de desinfección y esterilización hospitalaria. Perú. 2002. Disponible en <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1444.pdf>. Último acceso 21 de diciembre 2016.
10. Unidades de central de esterilización. Estándares y recomendaciones. Madrid 2011
11. SOCIENEE. Tratamiento del instrumental. 2009. Perú. Disponible en <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/trabajos/material.pdf>. Último acceso 21 de diciembre 2016.
12. Alfa, M. Automated medical instrument washers are ther cleaning properly. Canadá. Disponible en http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/trabajos/_Chile_Automated_Medical_Instrument_Washers.pdf. Último acceso 21 de diciembre 2016.
13. Vallejos, M. validación de limpieza Perú. 2012. Disponible en http://www.chemicalcenter.com.ar/folletos/Biotrace/Validacion_Limpieza_Bioluminiscencia.pdf. Último acceso 21 de diciembre 2016.

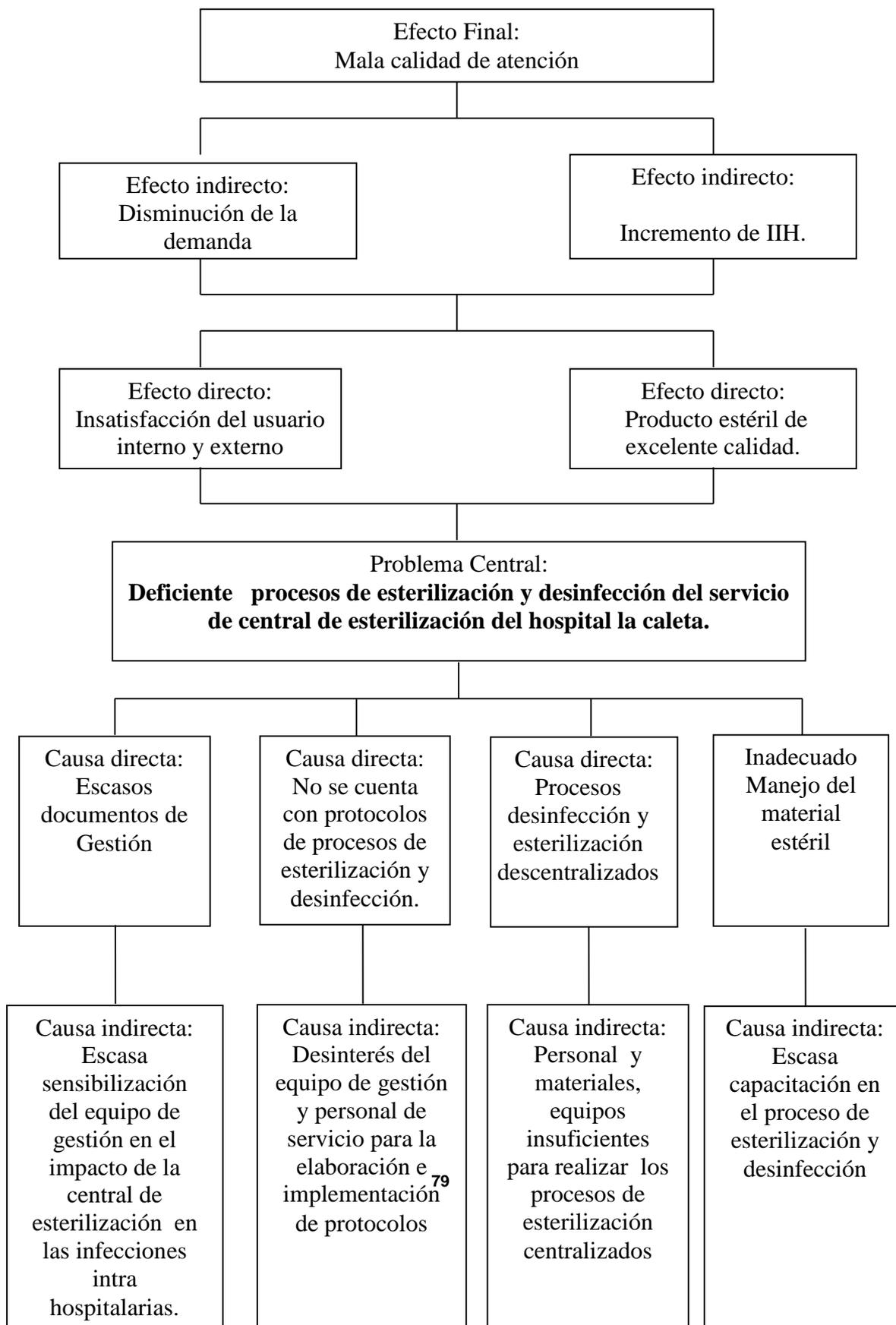
14. Neyra, J. Validación del lavado: test de bioluminiscencia. Disponible en <http://documents.tips/documents/f-validacion-del-lavado-test-de-bioluminiscencia-1.html>. Último acceso 21 de diciembre 2016.
15. Barra, R. Reprocesamiento de implantes. Perú. Disponible en <http://www.enfermeraspabellonyesterilizacion.cl/trabajos/presentacionHMANQUEHUE.pdf>. Ultimo acceso 21 de diciembre 2016.
16. OPS. Manual de esterilización para centros de salud. Perú. 2008. Disponible en http://www1.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/AMR-Manual_Esterilizacion_Centros_Salud_2008.pdf. Último acceso 21 de diciembre 2016.
17. Zohrer J. Empaques de esterilización. Disponible en http://novo.sobecc.org.br/programacao/congresso/material_congresso_5_10.pdf. Ultimo acceso 21 de diciembre.
18. Suñol. R. la calidad de la atención. Disponible en http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf último acceso. 21 de diciembre 2016.
19. Yañez V. Programa de mejoramiento de la calidad de CE. Tesis. Disponible en http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4840/1/TESIS_Violeta%20Yañez.pdf. Ultimo acceso 21 de diciembre 2016.
20. Hechevarria, E y Vargas, E. Nivel de conocimiento del personal de Enfermería sobre esterilización. Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2003 Abr [citado 2016 Dic 13]; 19(1): 282-293. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192003000100008&lng=es. Último acceso 21 de diciembre 2016.

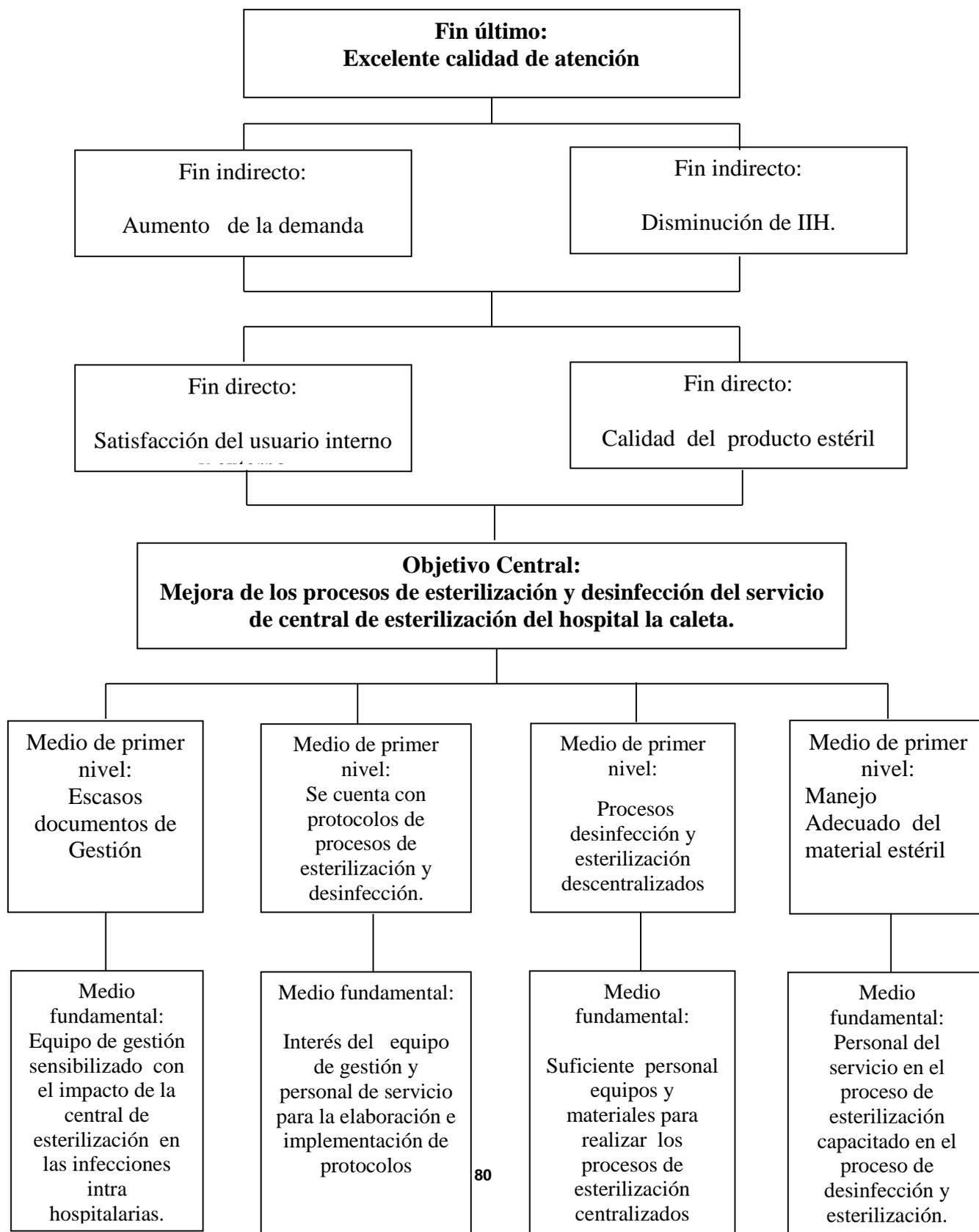
21. Villanueva, M. Nivel de conocimientos sobre los procesos de esterilización en autoclave, personal de enfermería Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas-2014. Disponible en <http://repositorio.untrm.edu.pe/handle/UNTRM/853>. Último acceso 21 de diciembre 2016.
22. Hernández, A. Inserción de la gestión por procesos en instituciones hospitalarias. Concepción metodológica y práctica. Cuba.2011. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rausp/v48n4/09.pdf>. Último acceso 21 de diciembre 2016.
23. Londoño. K. Estrategias de sensibilización que promueva una cultura organizacional de calidad. Disponible en <Vargasfile:///C:/Users/USER/Desktop/proyecto%20de%20intervenci%C3%B3n/sensibilizaci%C3%B3n%20sustentaci%C3%B3n.pdf>. Último acceso 21 de diciembre 2016.
24. MINSA. gestión de recursos humanos. Perú Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/gestion%20recursos%20humanos.pdf>. Último acceso 21 de diciembre 2016.
25. Davini, M. Modelo nacional de educación permanente en salud. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPI DISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=55576&indexSearch=ID>. Último acceso 21 de diciembre 2016.

ANEXOS

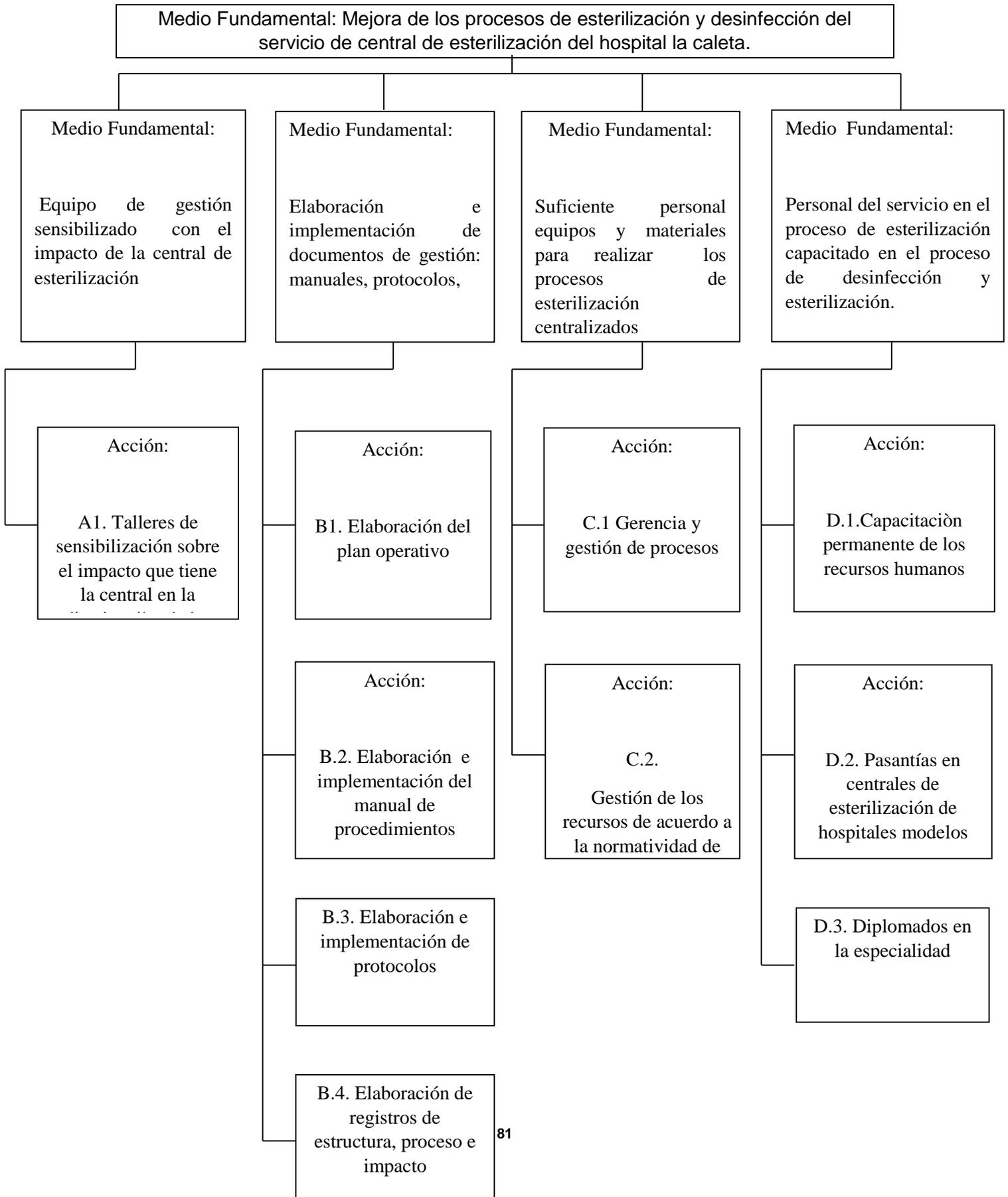
ARBOL DE CAUSA Y EFECTO



ARBOL DE FINES Y MEDIOS



ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

Correspondencia						
		Resumen de objetivos	Metas	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Causa/ Efecto	Fin	Excelente calidad de atención en central de esterilización,				
Causa/ Efecto	Propósito	Mejora de los procesos de esterilización y desinfección del servicio de central de esterilización del hospital la caleta.	Incremento en un 100% en la mejora de los procesos de esterilización y desinfección del servicio de central de esterilización del hospital La Caleta	<p>1. Criterio de verificación de la efectividad del proceso de esterilización $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cargas por autoclave con hoja de verificación con los indicadores de esterilización correctos por semana}}{\text{N}^\circ \text{ total de cargas por autoclave por semana}} \times 100$ Estándar de calidad: 99%</p> <p>2. Criterio de caducidad de la esterilización $\frac{\text{N}^\circ \text{ de productos reesterilizados por superar tiempo de caducidad}}{\text{N}^\circ \text{ de cargas de esterilización durante la semana}} \times 100$ Estándar de calidad: menor 0%</p> <p>3. Indicadores de Incidentes: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de incidentes ocurridos en el autoclave en un mes}}{\text{N}^\circ \text{ de cargas autoclave realizados al mes}} \times 100$ Estándar de calidad: menor 1%</p>	<p>8. Registros de las cargas realizadas en el autoclave</p> <p>9. Verificación con los indicadores de esterilización</p> <p>10. Registros de los productos reesterilizados</p> <p>11. Registro de incidentes ocurridos en el autoclave</p>	<p>12. Los profesionales de salud cuentan con los materiales y/o equipo necesarios para brindar las atenciones en forma satisfactoria.</p> <p>13. Todas las cargas en el autoclave tienen la hoja de verificación con los indicadores de esterilización</p> <p>14. No se re esterilizan productos por caducidad</p> <p>15. No ocurren incidentes en el autoclave</p>

Causa/ Efecto	Componentes					
		1. Equipo de gestión sensibilizado con el impacto de la central de esterilización	Sensibilización del todo el equipo de gestión	4. Porcentaje de equipo de Gestión sensibilizado. Indicadores $\frac{\text{N}^\circ \text{ de integrantes del equipo de gestión sensibilizados}}{\text{Total de integrantes del equipo de gestión}} \times 100$	Registro de personal sensibilizado por talleres	Personal sensibilizado sobre el impacto del proceso de esterilización en las infecciones nosocomiales
		2. Elaboración e implementación de documento de gestión:	Elaboración e implementación del 100% de documentos de gestión	5. Elaboración e implementación de protocolos y documentos normativos $\frac{\text{N}^\circ \text{ de protocolos elaborados} \times 100}{\text{Total de protocolos}}$ Estándar de calidad : 100% $\frac{\text{N}^\circ \text{ de documentos normativos} \times 100}{\text{Total de documentos normativos}}$ Estándar de calidad : 100%	Protocolos elaborados con resolución directoral Documentos normativos con resolución directoral	Documentos normativos y protocolos elaborados Recursos, humanos y materiales suficientes para realizar el proceso de esterilización y desinfección
		3. Suficiente personal y materiales, equipos para realizar los procesos de esterilización centralizados	Dotación de personal, material y equipo biomédico	6. Recursos humanos: 1 enfermera y 3 técnicos de enfermería de acuerdo a la normatividad para el servicio 7. Recursos materiales suficiente de acuerdo a la normatividad para el servicio 8. Equipos biomédicos suficientes de acuerdo a la normatividad para el servicio 9. Porcentaje de personal capacitado en el proceso de esterilización y desinfección $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas capacitadas} \times 100}{\text{Total del personal del servicio}}$	<ul style="list-style-type: none"> • Rol de turnos • Registro de materiales asignados al servicio • Registro de compra de materiales: PECOSAS 	Recursos humanos capacitados y competentes
		4. Capacitación en el proceso de esterilización y desinfección	Capacitación del 100% del personal del servicio.		<ul style="list-style-type: none"> • Registros de asistencia a las capacitaciones, informes de pasantías, recibos de pago del curso de especialidad o maestría 	

Causa/ Efecto	Acciones	1a. Talleres de sensibilización sobre el impacto que tiene la central en la disminución de las IIH	100% de personal sensibilizado con el impacto de la central de esterilización	10. N° de personal sensibilizado del servicio x100 <hr/> Total del personal del servicio	<ul style="list-style-type: none"> Registros de asistencia a los talleres Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de los talleres 	Personal sensibilizado sobre el impacto de la central de esterilización en la disminución de las IIH.
		2.a.Elaboración del plan operativo	Elaboración de un plan operativo por año	11. Plan operativo terminado e implementado para cada año de la ejecución del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> Registro de asistencia del personal a las reuniones de elaboración del plan operativo Resolución de aprobación Facturas y boletas de gastos realizados para la elaboración del plan operativo 	Plan operativo que guíe el proceso de transformación a la excelencia
		2bElaboración e implementación del manual de procedimientos	Elaboración e implementación de un manual de procedimientos	12. Manual de procedimientos terminado e implementado.	<ul style="list-style-type: none"> Registro de asistencia del personal a las reuniones de elaboración de los protocolos. Resolución directoral de aprobación de los protocolos Registro de asistencia del personal a las reuniones de difusión de los protocolos Facturas y boletas de los gastos realizados para la elaboración de los protocolos, 	Manual que estandarice el proceso de desinfección y esterilización
		2c. Elaboración e implementación de protocolos	Elaboración e implementación de 20 protocolos	13. 20 protocolos terminados e implementados por cada año de ejecución del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> Registro de asistencia del personal a las reuniones de elaboración del manual de procedimientos. Resolución directoral de aprobación del manual Registro de asistencia del personal a las reuniones de difusión del manual 	Protocolos que estandarice la gestión de la central de esterilización
		2d. Elaboración de registros de estructura, proceso e impacto	100% de procesos con calidad	14. Centralización del proceso de desinfección y esterilización <hr/> N° de procesos centralizados x 100 Total de procesos	15. Validación del procedimiento de descontaminación y limpieza	

		<p>3a. Gerencia y de gestión de procesos</p>	<p>100% de cumplimiento de procesos de gestión</p>	<p>N de procesos de descontaminación y limpieza validados 100 ----- Total de procedimientos de descontaminación y limpieza</p> <p>Estándar de calidad: 100%</p> <p>16. Validación del procedimiento de empaque: N° de productos empacados de acuerdo a los estándares de calidad x100 ----- Total de productos empacados</p> <p>Estándar de calidad 100%</p> <p>17. Validación del procedimiento de desinfección: N° de procesos de desinfección validados x100 ----- Total de procesos de desinfección realizados</p> <p>Estándar de calidad 100%</p> <p>18. Validación del producto estéril con indicador químico N° de productos estériles validados con indicador químico x100 ----- Total de productos estériles</p> <p>Estándar de calidad: 100%</p> <p>19. Validación del producto estéril con indicador biológico N° de productos estériles validados con indicador biológico x100 ----- Total de productos estériles</p> <p>Estándar de calidad 100%</p> <p>20. Validación del funcionamiento del autoclave N° de pruebas de Bowie Dick positivas realizadasx100 ----- N° de pruebas realizadas</p> <p>Estándar de calidad 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facturas y boletas de los gastos realizados para la elaboración del manual • Documento que autorice la centralización de los procesos • Registros de recepción de materiales de todos los servicios del hospital • Documento que autorice el desplazamiento de equipos de esterilización de los servicios de emergencia y gineco-obstetricia. • Registros del procedimiento realizado con el Luminómetro • Registro de productos empacados • Lista de cotejos de la calidad del empaque • Registros de procesos validados con controles de Ph • Registros de proceso validados con indicadores químicos y biológicos 	<p>Servicio centralizado para asegurar la calidad del producto estéril</p> <p>Proceso validado que asegura la calidad del producto estéril.</p> <p>Proceso validado que asegura la calidad del empaque</p> <p>Proceso de desinfección validado que asegura la calidad del producto desinfectado</p>
--	--	--	--	--	--	---

		3.b. Gestión de los recursos de acuerdo a la normatividad de calidad y seguridad del paciente	100% de recursos humanos profesionales y técnicos asignados según la norma	<p>21. Sustentación para la asignación de recursos a central de esterilización</p> <p>22. Un Técnico de enfermería a dedicación exclusiva trabajando en cada 'área de la central de esterilización</p> <p>23. Una Enfermera (o) a dedicación exclusiva de la jefatura del servicio</p> <p>24. Material y equipo biomédico suficiente para elaborar un producto de calidad: cámara de plasma de peróxido de oxígeno, cámara de secado de artículos con lúmenes , lavadora desinfectadora, pistola de aire comprimido, luminómetro, autoclave, mesas, sillas ergonómicas, escritorios laptop, impresora , lupas, anaqueles cerrados, Software de trazabilidad, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Registros de pruebas de Bowie Dick realizadas Acta de coordinación y sustentación con las instancias respectivas Rol de turnos Documento de asignación de funciones por cada área Rol de turnos Resolución de designación de la jefatura Solicitud de pedido de material. Documento de entrega de material y equipo solicitado Registros de asistencia a las capacitaciones Facturas y boletas de los gastos realizados para ejecución de la capacitación Documentos de gestión para realizar la pasantía en centrales de esterilización. 	<p>Proceso de esterilización validado que asegura la calidad del producto estéril</p> <p>Autoclave funcionando correctamente</p> <p>Personal suficiente trabajando en la central de esterilización</p> <p>Licenciado en enfermería gerenciando la central de esterilización</p> <p>Material y equipo suficiente para elaborar un producto de calidad</p> <p>Personal capacitado mejora la calidad de los procesos</p>
		4a. Capacitación permanente de	N° de capacitaciones realizadas	25. 100% de recursos humanos capacitados en servicio cada 15 días.		

		<p>los recursos humanos</p> <p>4b. Pasantías en centrales de esterilización de hospitales modelos</p> <p>4c. Especialidad o maestría en gerencia y gestión de central de esterilización</p>	<p>N° de pasantías realizadas</p> <p>N° de especialidades realizadas</p>	<p>26. 100% de recursos humanos realizando pasantías en centrales de esterilización modelos</p> <p>27. Jefa del servicio con especialidad y maestría en gerencia y gestión de la central de esterilización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Informe de la pasantía realizada por la institución. Documentos de gestión para realizar la especialidad o maestría Diploma de la especialidad o maestría realizada. 	<p>Personal capacitado mejora la calidad de los procesos</p> <p>Personal capacitado mejora la calidad de los procesos</p>
--	--	---	--	---	--	---



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD : HOSPITAL “LA CALETA”
CATEGORIA DEL EE.SS. : II – 2
FUNDACION : 15 de mayo de 1945
DIRECCION COMPLETA : Av. Malecón Grau S/N
DEPARTAMENTO : Ancash
PROVINCIA : Santa
DISTRITO : Chimbote
TELÉFONO : 043-323631
PAGINA WEB : <http://www.hcaleta.gob.pe>.
SERVICIOS DE PRESTACION :

- Medicina General
- Cardiología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Neurología
- Psicología
- Nefrología
- Traumatología
- Gineco-Obstetricia

- Urología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Cirugía Laparoscópica
- Cirugía General
- Cirugía Plástica
- Cirugía de Cabeza y Cuello
- Medicina Interna
- Farmacia
- Laboratorio
- Radiología

ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD HOSPITAL LA CALETA 2015

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

**FUENTE:
ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA: HIS, SEM,
REGISTROS DE ESTRATEGIAS
SANITARIAS EPIDEMIOLOGÍA: NOTISP,
REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO**

EQUIPOS RESPONSABLES

EQUIPO RESPONSABLE:

DIRECTOR EJECUTIVO HOSPITAL LA CALETA:

Dr. Antonio Arnulfo SOLORZANO PEREZ.

JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

Lic. Maritza J. POZO HUARAZ

JEFE DE LA OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA.

Tec. Estadístico Jacqueline Amalis SEVILLANO ESQUIVEL

JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD:

Lic. Ruth CALDAS SUAREZ

JEFE DE UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

TAP. Julio Esmundo LOPEZ GUZMÁN.

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA

M. V. Nelly Marivel IZQUIERDO SÁNCHEZ.

RESPONSABLE DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS):

Tec. Enf. Elcy Nelly MEDINA RODRÍGUEZ

RESPONSABLE DE SERVICIOS DE SALUD:

TAP. Wilmer CERNA ALTAMIRANO

EQUIPO TECNICO – RESPONSABLES DE TODAS LAS ESTRATEGIAS:

1. ARTICULADO NUTRICIONAL: Lic. Enf. Cecilia Pozo Mendo.
Lic. Lilia Ricardina GUZMAN PALMA
2. SALUD MATERNO NEONATAL: Dr. Humberto PAREDES PAREDES.

RESPONSABLE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:

3. TB- VIH/SIDA.: Lic. Obst. Nelly Amelia Solís Villanueva.
Lic. Obst. Liliana Violeta
DIESTRA PASTOR Lic. Enf.
Elizabeth PÉREZ IGNACIO
Lic. Enf. Anne Lisbeth Nuñuvero Vásquez
4. ENFERMEDADES METAXENICAS Y ZONOSIS:
M.V. Nelly Marivel IZQUIERDO SÁNCHEZ.
5. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES:
* ESTOMATOLOGIA: C.D. Julio Daniel MÁRQUEZ MAZMELA
* OFTALMOLOGÍA: Dr. Guillermo Alberto GISMONDI CHAUCA
* DIABETES E HIPERTENCION: Lic. Enf. Liliana RODRÍGUEZ ENCINAS
* METALES PESADOS: Ing. Clodoaldo Falconiery JAMANCA CORDERO.

6. CANCER: **Dr. Fernando Camilo ITURRIZAGA HERRERA.**
Lic. Enf. Elmer Edgardo RAMÍREZ ALVARADO.

7. RESPONSABLE DE CENTRO DE PREVENCIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES:
Ing. Clodoaldo JAMANCA CORDERO.
Lic. Enf. Evelin Sally VARGAS VILLA.

8. SALUD MENTAL: **Dr. Jorge Luis CASTAÑEDA DE LA CRUZ**

9. RESPONSABLE DE SALUD OCUPACIONAL: TAP. Julio Esmundo **LÓPEZ GUZMÁN.**

1. JEFE DE DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA:
Lic. TM Guido Roberto SERRANO RAMOS

- RESPONSABLE DE MICROBIOLOGÍA:
Blgo. Ana Victoria GARCÍA PINO

2. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA:
Dr. Carlos Augusto VÍLCHEZ ACEVEDO

- RESPONSABLE DEL CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS Y FÁRMACOVIGILANCIA (CIM):
Q.F. Anthony BERMEJO CABANILLAS

3. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA:
Lic. Enf. Betsabe Rubi MARIÁTEGUI GILES

4. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA:
Dr. Juan De Dios VÉLEZ TEMOCHE

- RESPONSABLE DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA:
Lic. Enf. Marcelina CUSCO LUCANO.

5. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA:
Dr. Jorge LÓPEZ CALDERÓN

- RESPONSABLE DE ENFERMERÍA EN IIIH MEDICINA:
Lic. Enf. Rosa SÁNCHEZ NAZARIO.

6. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA:
Dr. Javier SALDAÑA CASTILLO

- RESPONSABLE DE ENFERMERÍA EN IIIH GINECO-OBSTETRICIA:
Lic. Enf. Virginia BARRIOS LLUMPO.

- JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA:
Lic. Obst. Celinda ZA VALETA PAREDES

- RESPONSABLE DE ENFERMERÍA IIIH EN GINECOBSTRÉTICIA:
Lic. Enf. Milagros POZO HUARAZ.

7. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA:
Dr. Modesto REYES CARRANZA.

- RESPONSABLE DE IIIH- PEDIATRÍA:
Dr. Martín PÉREZ LUJÁN
- RESPONSABLE DE ENFERMERÍA IIIH EN PEDIATRÍA:
Lic. Francisca MILLIAN JIMÉNEZ.
- JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA EN PEDIATRÍA:
Lic. Enf. Hilda OBESO DÍAZ.
- 8. JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA:
Dr. Carlos ARÉSTEGUI RAMOS
- JEFE DE ENFERMERÍA DE NEONATOLOGÍA:
Lic. Enf. Cecilia POZO MENDO.
- RESPONSABLE DE ENFERMERÍA IIIH DE NEONATOLOGÍA;
Lic. Enf. Ela DESPOSORIO MENDO
- 9. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA:
Dr. Ricardo Zenón AGUIRRE FLORES.
- JEFE DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE CIRUGÍA:
Lic. Enf. Anita ORDOÑEZ FLORES
- RESPONSABLE DE ENFERMERÍA EN IIIH CIRUGÍA:
Lic. Enf. Maura Justina LOZANO MEJÍA
- 10. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA:
Dr. Carlos GONZALES BAMBERGER
- RESPONSABLE DE ENFERMERÍA CRENTO QUIRÚRGICO:
Lic. Enf. Olga Octavia LÓPEZ DEL PINO
- 11. JEFE DE CONSULTORIOS EXTERNOS:
Lic. Enf. Elmer Edgardo RAMÍREZ ALVARADO.
- 12. JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN:
Dra. Elisabeth LLERENA TORRRES
- 13. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE IMÁGENES Y TERAPIA RADIANTE
Dr. Luis Alejandro Félix Jarrín VERA ESPEJO
- RESPONSABLE DE RAYOS X:
Téc. Elsa ALDAVE PAREDES.
- 14. RESPONSABLE DE LA DATA DE ESTADÍSTICA:
Ing. Carmen Kelly HUAMÁN ROLDAN

PRESENTACIÓN

El Análisis de Situación de Salud del Hospital La Caleta (ASIS - 2015), es una herramienta básica para la planificación y la gestión de la salud Institucional, e involucra la priorización de los problemas.

El enfoque integral del análisis de la Situación, facilita el conocimiento y análisis del perfil epidemiológico, los factores que lo determina y la oferta de salud que intenta controlar a los problemas de salud en una determinada población.

El Ministerio de Salud, a través de sus oficinas de Epidemiología a nivel Regional y local vienen elaborando el ASIS, que debe ser socializado y estar al alcance del sector, para lograr un mejor estado de salud de la población, a través de una gestión más eficiente y participativa.

Este documento consta de **condicionantes y determinantes de la salud** que corresponden al componente demográfico y socioeconómico, en donde se hizo una recopilación y análisis de los principales indicadores. Así mismo se analiza la demanda a través de la morbilidad y mortalidad hospitalaria, incluyendo información de las atenciones realizadas en consulta externa, Emergencia y Hospitalización; teniendo como la única fuente los Sistemas Informáticos: HIS, NOTIPS, EGRESOS y EMERGENCIAS. Por otro lado viene la oferta, respuesta social y se incluye información de **las Estrategias Sanitarias**

Todo ello permite saber de qué manera está funcionando el Hospital La Caleta, su Organización y Recursos humanos, nivel de capacitación, especialidades, sus equipamientos, y que problemática existe.

El manejo de los servicios de salud, requiere disponer de información verídica y crítica para tomar decisiones acordes a las necesidades de atención y los recursos disponibles, esto es hacer un balance entre la demanda y la oferta de los servicios de salud, considerando las limitaciones de interculturalidad de la población y las potencialidades Institucionales. Esperando sirva este documento para la Gestión del Hospital la Caleta, para tomar decisiones oportunas.

M.V. NELLY MARIBEL IZQUIERDO SANCHEZ

ÍNDICE

➤ Carátula	01
➤ Equipos Representantes	02-04
➤ Presentación	05
➤ Índice	06-07
➤ Introducción	08
➤ Antecedentes Históricos de la Institución	09-11
➤ El Análisis de los Factores Determinantes	12
➤ Gráfico N° 1 Distribución por Grupos de Edad	13
➤ Densidad Poblacional Dinámica Poblacional Crecimiento Poblacional, Natalidad, Fecundidad	14-15
➤ Mortalidad Infantil, Esperanza de Vida al Nacer	16
➤ Socioeconómicas, Acceso a Servicios Básicos, Empleo, Razón de Dependencia, Actividades Económicas.	17
➤ Entorno Geográfico (Superficie Territorial). Fenómenos y Desastres Naturales	18
➤ Educación (analfabetismo)	19
➤ Departamento de Ancash	20
➤ Grafico Población de 3 y más Años de Edad, por Condición de Alfabetismo y Sexo	20
➤ Análisis del proceso salud – Enfermedad	21
➤ Primeras Causas de Morbilidad General Hospital La Caleta Tendencia 2014-2015	21
➤ Primeras Causas de Morbilidad servicio de consultorio externo – 2015	22
➤ Morbilidad Servicio de Emergencia 2011 – 2015.	23
➤ Mortalidad Bruta 2011 - 2015	24
➤ Primera Causa de Mortalidad HLC 2011 -2015	25
➤ Tasa de mortalidad materna HLC 2011 -2015	26
➤ Infantil- Servicio de Pediatría Hospital La Caleta 2011 – 2015	27
➤ Tasa de mortalidad infantil 2011-2015	28
➤ Mortalidad Materna 2011 – 2015	29-30
➤ Enfermedades Sujetas a Vigilancia Epidemiológica	31
➤ Cuadro Comparativo I.I.H. por Servicio 2014 -2015	32
➤ Cuadro Comparativo IIH Servicio Gineco-Obstetricia año 2011 – 2015	33
➤ VIH / SIDA	34 - 35
➤ Tuberculosis	36
➤ Infecciones Respiratoria Aguda	37
➤ Comportamiento Casos de Ira Niños <5ª Hospital La Caleta Año 2011	37
➤ Iras Complicada en niños < 5 a Neumonía + SOB – Asma	38

➤ Tendencia de Infecciones Respiratorias Aguda 2015	38
➤ Enfermedades Diarreicas Agudas. – 2013 – 2015.	39
➤ Cuadro Comparativo – Comportamiento de E.D.A. del H. La Caleta – 2011- 2015.	39
➤ Enfermedades Diarreicas Agudas en Niños <5 ^a por año 2011 – 2015	40
➤ Tendencia de Enfermedad de Diarrea Aguda.	40
➤ Cuadro de Gestantes Controladas comparativo 2011-2015.	41
➤ Cuadro Comparativo de Partos Eutócicos y Distócico 2011 – 2015.	42
➤ Cuadro de Gestantes Adolescentes 2011 – 2015.	43
➤ Cuadro de Cáncer en el Perú, Ancash y en el Hospital La Caleta	44
➤ Cuadro de mortalidad de cáncer 2014 – 2015	45
➤ Morbilidad de cáncer en consulta externa 2014 – 2015	46
➤ Zoonosis Cuadro Comparativo de Accidentes 2011 – 2015	47
➤ Cuadro de complicación por animal Ponzoñoso.	48
➤ Análisis de la Respuesta Social a los Problemas de Salud	49
➤ Distribución de las afiliaciones activas al AUS	50
➤ La descripción y evaluación de la oferta	51
➤ Equipos, Medios de Comunicaciones ,Medicamentos, Insumos, servicios	52
➤ Servicios : Medicina, Gineco-Obstetricia y Cirugía	53-54
➤ Oferta de Servicios Y Horario de Atención	55
➤ Indicadores de Consulta Externa Hospital La Caleta años 2011 – 2015	56
➤ Indicadores de Emergencia Hospital La Caleta años 2011 – 2015	57
➤ Indicadores de Hospitalizacion Hospital La Caleta años 2011 – 2015	57
➤ Indicadores de Calidad años 2011 – 2015	58-59
➤ Determinar la diferencia entre la necesidad y rendimiento de los recursos proyectados desde la demanda y las necesidades de salud (Resolutividad).	60
➤ Consulta Externa Producción de Actividades Servicios Básicos 2011 – 2015	61
➤ Egreso Hospitalarios por Servicios Según años 2011 – 2015	61
➤ Hospitalización Cuadro Comparativo Intervalo de Sustitución años 2011 – 2015	62
➤ Hospitalización Cuadro Comparativo % de Ocupación años 2011 – 2015	63
➤ Hospitalización Cuadro Comparativo Rendimiento Cama años 2011 – 2015	64
➤ Pacientes en Sala de Reposo de Emergencia HLC años 2011 – 2015	65
➤ Cobertura de Vacunación 2011 - 2015	66-67
➤ Crecimiento y Desarrollo	68
➤ Niños con 6 Controles - Niños con Lactancia Materna Exclusiva 2012 – 2015	69
➤ Evaluación del Estado Nutricional año 2011 – 2015	70
➤ Cuadro y Grafico de Emergencia y Desastres 2015	71
➤ Casos notificados de intoxicación por Sustancias Químicas 2014-2015	72
➤ Diagnóstico de Salud en el Ámbito del H. Referencia H. La Caleta	73-74

INTRODUCCIÓN

La situación de Salud es el resultado de la interacción de múltiples factores de gran dinamismo que modifican el perfil epidemiológico de un territorio

El Análisis de Situación de Salud - ASIS del Hospital la Caleta Chimbote 2015, es un documento técnico, en el que se establece un proceso analítico - sistémico que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de Epidemiológico (salud-enfermedad) de la población que acude a nuestra institución, incluyendo sus determinantes, con el fin de identificar necesidades y prioridades en salud, los cuales son de utilidad para la definición de intervenciones y estrategias.

Esta publicación se organiza en tres capítulos, los que se detallan a continuación.

El primer capítulo trata sobre los determinantes de la salud. Se analizan temas como los determinantes demográficos en los aspectos de su estructura y dinámica poblacional. También se abordan los determinantes ambientales como el saneamiento básico, la contaminación ambiental y los eventos ocasionados por los desastres naturales. Finalmente se analizan los determinantes relacionados a la oferta del sistema de salud, mostrando información sobre la organización y estructura de la institución, los recursos humanos y físicos y el uso de los servicios de salud.

El capítulo segundo corresponde al estudio del estado de salud. En un primer momento se analiza la mortalidad de manera general y específica según género y etapas de vida; luego se realiza lo mismo para la morbilidad por consulta externa. Posteriormente se analiza la situación de las enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica y de las principales enfermedades crónicas no transmisibles.

El tercer capítulo, denominado determinación de prioridades, define en primer lugar los servicios considerados vulnerables, según un índice construido en base a indicadores sanitarios seleccionados. Posteriormente se menciona el listado de problemas de salud y determinantes que deben priorizarse.

Finalmente se presentan las conclusiones, resaltando los hallazgos más relevantes identificados durante la elaboración del presente documento.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INSTITUCIÓN

El Dr. Carlos Quirós, primer director del Hospital, En el acto inaugural. Se dirige a Manuel Prado Ugarteche, Presidente Constitucional de la República, y demás autoridades. El Presidente es el de la pose más distinguida entre los Personajes sentados (Chimbote, 15 de mayo de 1945).

Hospital La Caleta de Chimbote en el día inaugural.

Se inauguró el Hospital La Caleta el 15 de mayo de 1945. A la ceremonia concurrió Manuel Prado Ugarteche, Presidente de la República. El 1er Director Dr. Carlos Quiroz y su esposa, que era enfermera graduada, se convirtió en la Enfermera Jefe, con un grupo de auxiliares de enfermería y funcionando las 32 camas disponibles. Este grupo estaba conformado por 10 trabajadoras, al que se sumó dos auxiliares masculinos, posteriormente llegaron de Lima 3 enfermeras graduadas y un médico más, el Dr. Justo Romero Valenzuela.

Cuando inició sus actividades carecía de servicios básicos: Sala de Operaciones, Rayos X y Lavandería. Por tal razón, la atención era limitada. Al término de la II Guerra Mundial, el gobierno americano -que había contribuido en su inicio con dos millones de dólares para el Servicio Cooperativo de Salud- ya no tuvo interés en aportar más dinero para continuar las obras de saneamiento y equipar al Hospital de los elementos indispensables; a pesar de que el Servicio siguió trabajando dentro del Ministerio de Salud varios años más, pero con muy pocos recursos. Pasó más de un año, antes que la sala de operaciones, tuviera lo indispensable para su funcionamiento y se pudiera disponer de un pequeño aparato portátil de rayos X y un consultorio dental; pero nunca se contó con un adecuado equipo para lavandería, por lo menos, hasta el año 1948.

La población había crecido a unos 10,000 habitantes, ocasionando un déficit de vivienda y la consiguiente aparición de los barrios marginales.

Pero, como suele suceder en nuestro país, no se respetaron los planes realizados por

un grupo de arquitectos americanos y peruanos para la delimitación de las zonas de la ciudad; empezando por el Hospital de La Caleta que fue construido en plena zona industrial. Y se siguió la ejecución de otras obras en lugares inapropiados, deviniendo en el caos que hoy podemos observar. El Hospital fue edificado en una de los lugares más bellos, en esa época, la tranquila Caleta, cerca al nuevo muelle, frente a la Isla Blanca y con unas playas de fina y limpia arena.

Las actividades no se limitaron a la labor asistencial, sino, también a programas de prevención, mediante el establecimiento -dentro del Hospital- de los consultorios: materno infantiles, escolar, enfermedades de transmisión sexual, etc.; otra de las actividades fue la de saneamiento. El Municipio cedió unos ambientes en su local para el trabajo de los Inspectores sanitarios y tres auxiliares de enfermería, a las que se les preparó para el trabajo de visitas domiciliarias, programa que posteriormente, se reforzó con la llegada de una Enfermera de Salud Pública y una Educadora para la salud.

Luego de la llegada de dos cirujanos se amplió la labor asistencial, cubriendo una necesidad apremiante; los accidentes ocurrían con cierta frecuencia, debido al incremento de las obras del puerto, de la siderúrgica, así como del tráfico de la carretera Panamericana

El 1ero. De enero de 1879; Chimbote adquiere la categoría de Puerto Mayor, gracias al Decreto Supremo del presidente José Balta el 9 de Diciembre de 1871, con el tiempo se fue realizando lo que es ahora la actual construcción con nuevos ambientes construidos pero que en algunos mantienen la antigua construcción. Así mismo La población ha crecido y va en aumento incrementándose la falta de vivienda, el desempleo, la desnutrición y la presencia de enfermedades.

En el año 2015, nuestro Hospital ha incrementado sus atendidos y atenciones en un 70%, así mismo el servicio de emergencia cuenta con nuevo equipos, los diferentes servicios, también se realizó la infraestructura del Servicio de Neonatología, Consultorio de Gineco Obstetricia del Servicio de Emergencia asimismo se realizó una rampa de acceso directo al Servicio de Emergencia (Paciente – Ambulancia), habiéndose ejecutado un 90%

Actualmente contamos con un total de 475 Trabajadores en el HLC, distribuidos en diferentes grupos ocupacionales; Nombrados y Contratados PPR:

RELACION DE TRABAJADORES UNIDAD EJECUTORA 404 SALUD LA CALETA

DENOMINACIÓN DEL CARGO	NOMBRADOS	PERSONAL CAS						TOTAL
		SIS	PPR	RO	RDR	DESTACADOS	OTROS / TERCEROS	
MEDICOS	4			3				7
MEDICOS CON ESPECIALIDAD	37			1		6		44
CIRUJANO DENTISTA	2					1		3
QUIMICO FARMACÉUTICO	3				3			6
OBSTETRIZ	17			6	1	1		25
ENFERMERA	53			25	3	1		82
OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD	26			12	4			42
PROFESIONALES ADMINISTRATIVOS	7			1	1			9
TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS	54			10	9			73
TECNICOS ASISTENCIALES	128			17	10	8		163
AUXILIARES	10			6	4	1		21
TOTAL GENERAL	341	0	0	81	35	18	0	475

Fuente: Información Unidad de Personal

Asimismo el Hospital La Caleta cuenta con 110 camas operativas, distribuidas en los diferentes servicios, el mayor número de camas 32 se encuentran en los Servicios de Ginecología, el Servicio de Cirugía cuenta con 22 camas, 22 en Medicina, 16 en Emergencia y 14 en el Servicio de Pediatría 4 incubadoras en Neonatología y un ventilador mecánico en UCIN .

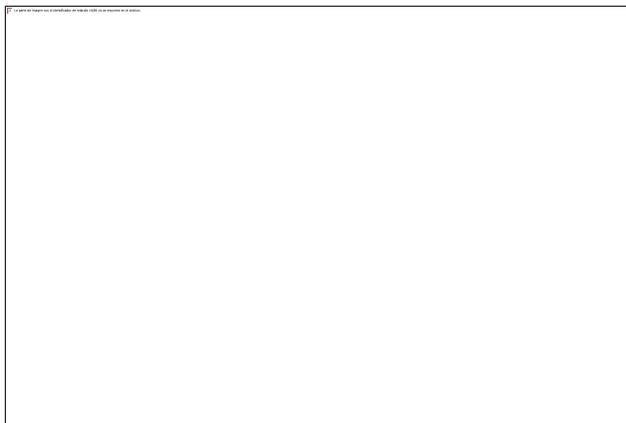
En Consultorios Externos se atiende las diferentes especialidades en los turnos de Mañana y Tarde.

El Hospital la Caleta se rige por la política del Ministerio de Salud y del Gobierno Regional de Salud Ancash, para brindar salud a la población asegurada y no asegurada, desarrollando actividades de recuperación de la salud.

BASE LEGAL:

- Ley N° 27657, "Ley del Ministerio de Salud", en el literal I del artículo 8°, señala que el Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de expedir resoluciones ministeriales en asuntos de su competencia.
- RM NO 826-2005/MINSA, que aprueba directiva administrativa Normas para la Elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud, en el numeral 6.1~2., señala las disposiciones específicas para la Directiva.

- RM 861-2003-SAIDM, que aprueba el reglamento de organización y funciones de la Dirección de Salud V Lima Ciudad, en el artículo 2 y 5, señala que ejerce autoridad sanitaria por delegación de la Alta Dirección del Ministerio de Salud y establece su jurisdicción sobre las zonas del Departamento de Lima establecidas por el Ministerio de Salud y sobre todas las personas jurídicas y naturales que prestan atención de salud.
- RM NO861-2003-SAIDM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de la DISA V Lima Ciudad, en el artículo 15, señala que la Oficina de Epidemiología tiene como función Desarrollar las capacidades técnicas y metodológicas de Análisis de Situación de Salud en la jurisdicción.
- RM NO663-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Metodología para el Análisis de Situación de Salud Regional".
- Manual de indicadores hospitalarios PERU/MINSAIOGE-01/004 Serie de Herramientas Metodológicas en Epidemiología y Salud Pública.
- RM 142-2007/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Estándares e Indicadores de la Calidad de la Atención Materna y Perinatal en los establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales".



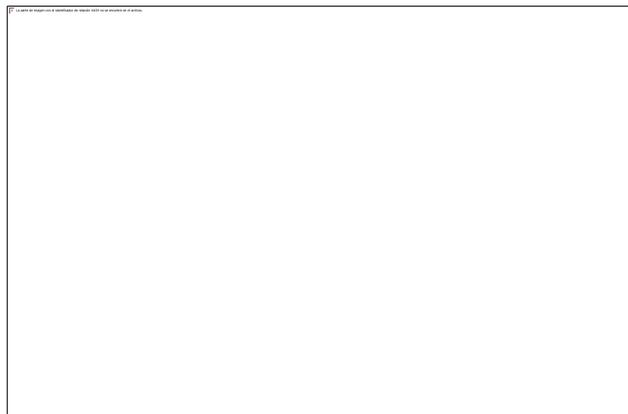
I.- EL ANÁLISIS DE LOS FACTORES DETERMINANTES



1. POBLACIÓN:

1.1. ESTRUCTURA (población total, grupos de edad, grupos especiales como gestantes y adolescentes, sexo):

El Hospital la Caleta, **NO se cuenta con población asignada directa** (según la constitución de las ejecutoras, pero si población por jurisdicción de referencia 312,000 hab. (Fuente INEI), constituyendo el 26 % de la población regional. El crecimiento poblacional y urbano marginal desordenado sin planes de expansión urbana en nuestra ciudad y en los distritos del ámbito referencial ha ocasionado un déficit en las condiciones de vida de los habitantes. El subempleo y desempleo disminuyen la accesibilidad a los servicios de salud de calidad, por lo que el usuario llega a la consulta en la etapa crónica de la enfermedad o emergencia en la etapa crítica donde poco o nada se puede hacer para su recuperación en el mejor de los casos quedan con secuelas teniendo un impacto negativo en la economía familiar.



Composición de la Población:

Según los Datos Estadísticos del INEI -2015, Ancash es la décima región más poblada del país, con 1 148 634 habitantes. Asimismo, se observa una alta concentración en la provincia de Santa, al albergar al 38.16 por ciento de la población departamental.

Composición por Sexo:

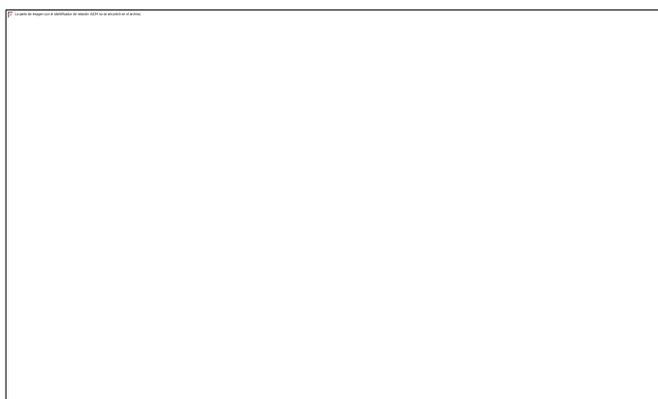
Según censo 2015, del total de la población censada en la provincia de Santa y Pallasca (468,860). Representan el 50.8% son varones y el 49.2% al grupo de mujeres A pesar de esta pequeña diferencia mantiene casi un equilibrio en la distribución de la población por sexo.

Composición Por Edad:

El crecimiento de la población está asociado con la distribución de edades, debido a que el comportamiento de los componentes demográficos varía según la edad de las personas. A su vez, es importante conocer la estructura de la población por edad, ya que muchas de las actividades que realizan las personas, sus potencialidades y sus necesidades están en función a la edad.

A continuación se representa el Gráficos, de la Evolución Poblacional a nivel del Hospital.

GRAFICO Nº 1 DISTRIBUCION POBLACIONAL

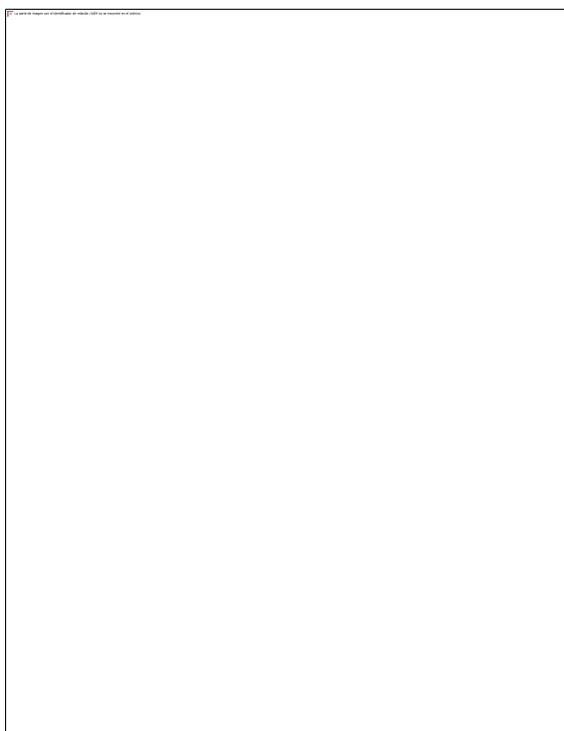




DENSIDAD POBLACIONAL.

La densidad poblacional es un indicador del grado de concentración de la población que se obtiene interrelacionando el número de habitantes con la superficie territorial.

A nivel provincial Santa y Pallasca la densidad poblacional es diferencial, observándose un mayor volumen de población en la provincia de Santa de 107 HB./km² y Provincia Pallasca 15hb./ km².



1.2. DINÁMICA POBLACIONAL: (crecimiento poblacional, fecundidad, natalidad, mortalidad, migración, esperanza de vida al nacer).

CRECIMIENTO POBLACIONAL:

Ancash presenta como última tasa de crecimiento inter censal del 0,8 por ciento anual, Chimbote como ciudad 1.2 por ciento anual.

Tenemos que la densidad poblacional en el Perú es 22,0 y en Ancash es 31.62 hab/km². El crecimiento de la población se da como resultado del efecto combinado de tres hechos demográficos: natalidad, mortalidad y migraciones principalmente.

NATALIDAD:

La tasa Bruta de Natalidad (TBN) en el Perú, durante el quinquenio 2005 – 2010 es de 20.7 hijos x 1,000 HB., en el año 2009 fue 19.38 en Ancash 21.0 x 1,000 HB.

La tendencia de este indicador en la Red Pacífico Norte “Caleta” se muestra invariable, representando el promedio en los últimos años es 16.5 hijos x 1,000 HB.

FECUNDIDAD:

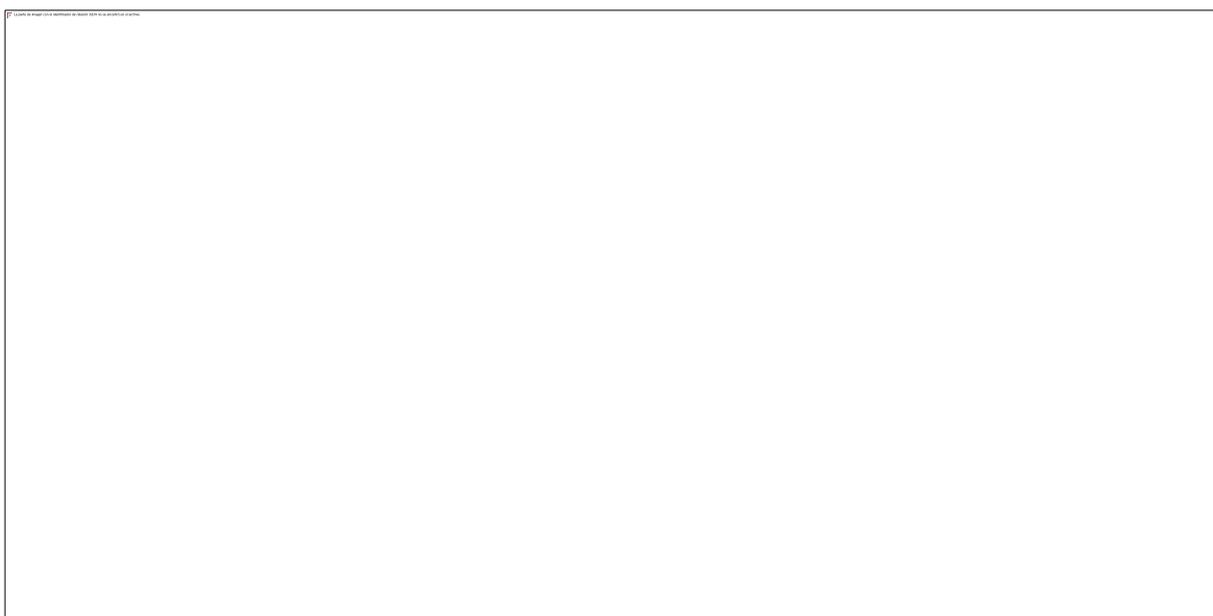
La fecundidad es una de las variables demográficas más importantes para evaluar la tendencia del crecimiento de la población.

La Tasa Global de Fecundidad en el Perú, según proyecciones para la próxima década 2010 – 2015 se espera que la TGF se mantenga en 2.38. Se proyecta que en ANCASH 2010-2015, el promedio de hijos por mujer a nivel nacional es de 2.63.

MORTALIDAD INFANTIL:

En el País la tasa de mortalidad infantil (número de muertes en niños menores de un año de edad por cada mil nacidos vivos) disminuyó progresivamente a nivel nacional. Durante el periodo 2010 – 2015, se estima que habrá una reducción relativa de la tasa promedio de mortalidad infantil de 18.0% y estará acompañada de iguales reducciones en las tasa promedio femenina y masculina.

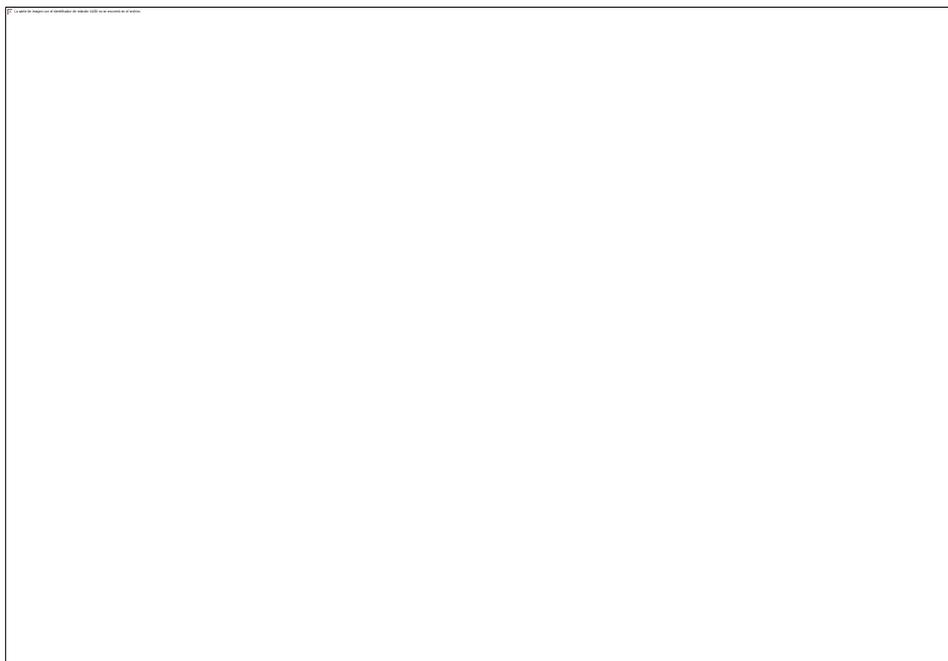
La tasa de mortalidad infantil en el Hospital “La Caleta” en el año 2015 fue de 15.63 muertes x 1000 NV, mortalidad que se ha incrementado en 1.20 en comparación al año 2014 y en comparación al 2013 se incrementó en 1.79



ESPERANZA DE VIDA AL NACER:

La esperanza de vida al nacer, es uno de los indicadores que resume mejor el nivel de vida de la población. En el país, la duración media de vida está experimentando una apreciable ganancia, principalmente por la expansión de los servicios de salud y la tecnología. En el quinquenio 2010 - 2015 la esperanza de vida a nivel Perú 74.6, mientras en Ancash es de 74.9 años. Así mismo se observa una sobrevivencia mayor en las mujeres que en promedio sobrevivirán 75.5 años, cinco años más que los hombres, quienes tienen una esperanza de vida de 70.1 años.

La Pirámide de Población 2013 y 2021 muestra una tendencia al envejecimiento relativo de la población, aunque en términos absolutos la población joven y en edad de trabajar seguirá siendo la más numerosa, comportamiento observado en el gráfico. Asimismo, se advierte un aumento en la proporción de personas mayores, el cual crece más rápidamente que el conjunto de la población, creciendo a un ritmo continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades. Por ello, cada vez es mayor la proporción de las personas de cada generación que superan el umbral de los 60 años.



2. SOCIOECONOMICAS: pobreza, acceso a servicios básicos, trabajo, etnia, razón de dependencia.

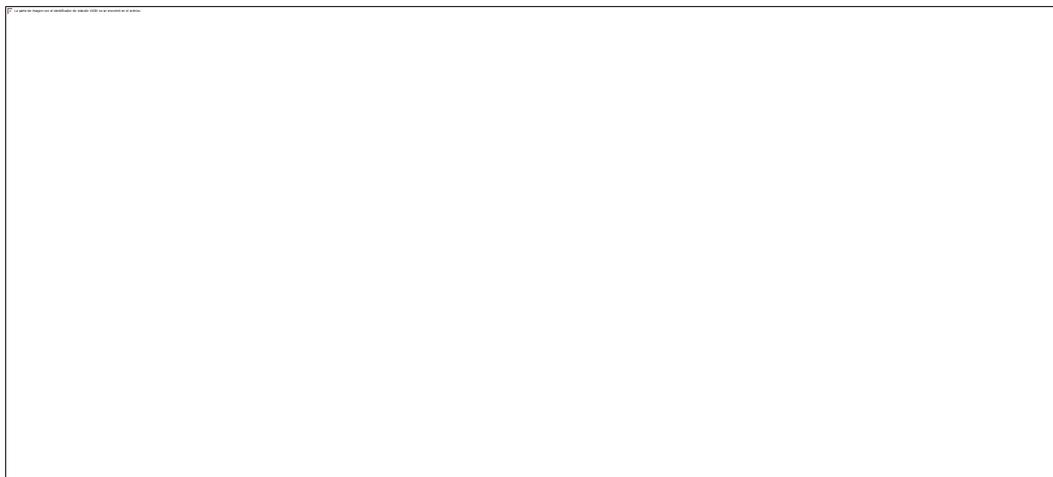
2.1. ACCESO A SERVICIOS BÁSICOS:

En Ancash, durante el año 2015, el 93.4% de los hogares de viviendas particulares cuenta con Alumbrado eléctrico, en tanto el 6.6% utilizan vela y mechero/lamparín para Alumbrarse.

En el año 2015 en el ámbito del departamento de Ancash observa que el acceso a los servicios básicos. Tal es así que el 90.7% de viviendas cuentan con abastecimiento de agua, y el 66.3% con servicios higiénicos en toda la región.

2.2. EMPLEO

El principal problema en el que convergen los procesos económicos y sociales es la falta de empleo adecuado. Es cada vez mayor el subempleo que no permite un sueldo proporcional al trabajo realizado, disminuyendo las posibilidades de satisfacción de las necesidades básicas en la población. Población en Situación de Pobreza, según departamento, 2001 -2015

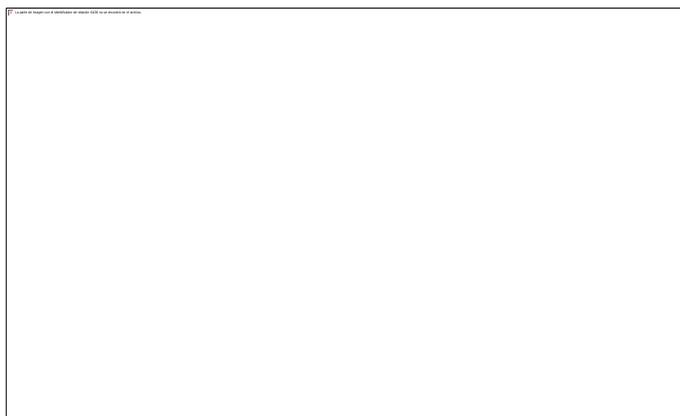


2.3. RAZON DE DEPENDENCIA

En Ancash la razón de dependencia general es de 64.4. Relacionando los grupos de edad comentados anteriormente, en el año 2007, por cada 100 personas que están en edad de desarrollar una actividad económicamente productiva (15 a 64 años) hay 64 personas en edad inactiva (menores de 15 años y de 65 y más años). Esta relación en el año 1993 fue 78.8 personas dependientes, lo que indica la tendencia de la población de reducir la carga potencial de dependientes.

2.4. ACTIVIDADES ECONÓMICAS

El departamento de Ancash, según información del INEI (2015), es la quinta economía del país, al aportar al Valor Agregado Bruto (VAB) nacional un 3,5 por ciento. La importancia relativa de la región en el país, es mayor en el caso de algunos sectores como minería (15,9 por ciento), pesca (10,8 por ciento), electricidad y agua (5,2 por ciento), construcción (4,8 por ciento) y servicios gubernamentales (3,4 por ciento). En la estructura productiva de Ancash predominan la minería, manufactura y otros servicios, que contribuyen de manera conjunta, con el 55,5 por ciento en el VAB departamental. Según la Encuesta Nacional de Hogares de 2010, aplicada por el INEI, el 47,8 por ciento de la población empleada labora en el sector terciario, seguido del sector primario (37 por ciento) y, el 15,2 por ciento restante en el sector Secundario.



Manifestar que del cuadro anterior de las que se desarrollan en la Provincia del Santa es la Pesca, la construcción, entre otros. Mientras que en la Provincia de Pallasca una de las principales actividades es la Agricultura.

3. ENTORNO GEOGRÁFICO: Superficie territorial, ubicación, clima, Urbanidad/ruralidad, etc.

3.1. SUPERFICIE TERRITORIAL

SUPERFICIE: Debemos hacer referencia al departamento de Ancash, situado en la región central – occidental del país, cubre una superficie de 35 914.8 Km², que representa el 2,8 por ciento del territorio nacional.

El territorio engloba espacios geográficos de costa y sierra; sin embargo, aproximadamente el 72,0 por ciento de su territorio es esencialmente andino.

De ello la provincia del Santa tiene 4004.99 km² y Provincia de Pallasca 2101.21 km² representando el 17% de la superficie de Dpto. Ancash La provincia del Santa presenta una altura que oscila entre los 4 m.s.n.m. (distrito Chimbote - provincia Santa) y Pallasca que presenta altitudes desde los 1 000 m.s.n.m., hasta los 3 800 m.s.n.m.

El relieve es abrupto y heterogéneo, con valles estrechos, laderas muy empinadas y escasas planicies. Presenta cañones profundos como consecuencia del paso de los ríos a través de los marcados desniveles que hay en este eco-región. Los suelos son pedregosos y con abundantes rocas (características Litosólicas).

CAPITAL: Chimbote es la capital del distrito de Chimbote, Provincia del Santa su capital Santa y Pallasca capital de la provincia de su mismo nombre. Siendo 2 de las 20 provincias y 166 distritos que conforman ANCASH siendo la ciudad de Huaraz su capital.

ENTORNO GEOGRAFICO:

UBICACION DE LA SEDE DEL HOSPITAL “LA CALETA”

Departamento : Ancash
Provincia : Santa
Distrito : Chimbote
Zona : Malecón Grau s /n.
Telefax : 322281 – 323631

La Sede del Hospital limita con:

Por el Norte : Capitanía de Puerto
Por el Este : Urb. La Caleta
Por el Sur : Manuel Seoane - Nueva Caleta
Por el Oeste : Océano Pacífico

3.2. FENOMENOS Y DESASTRES NATURALES

Registramos como antecedente el terremoto del año 70 que afecto a la zona costa y sierra del dpto., el incendio del Barrio El Acero, las lluvias torrenciales del año 83 entre las de mayor impacto. Pero no olvidar los desbordes del Rio Lacra marca.

Siendo nuestra zona sísmica, con un riesgo latente de **UN TSUNAMI**. La ciudad de Chimbote se ha establecido sobre una zona de suelo pantanoso por lo que no es recomendable construcciones muy altas, y el ambiente marino ocasiona corrosión y salitre en el metal.

Además hay que indicar que uno de los factores a ser considerados también serían los accidentes de tránsito, que se están incrementando en nuestra región; siendo las principales causas atropello, choque, choque, volcadura, etc.

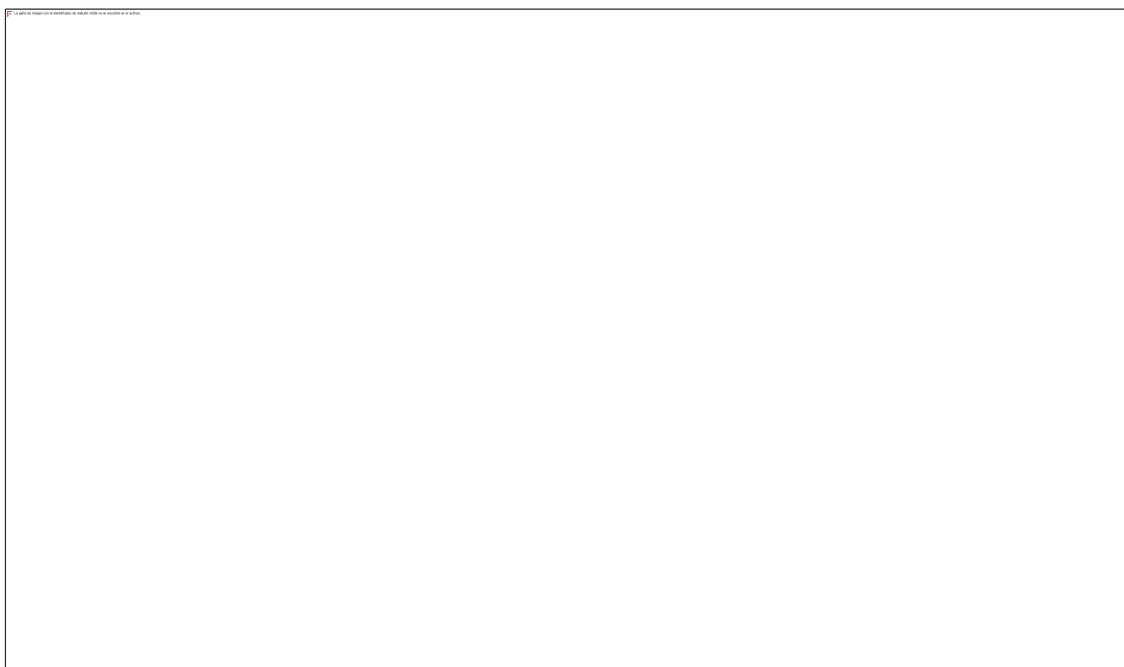
4. EDUCACION:

4.1. ANALFABETISMO

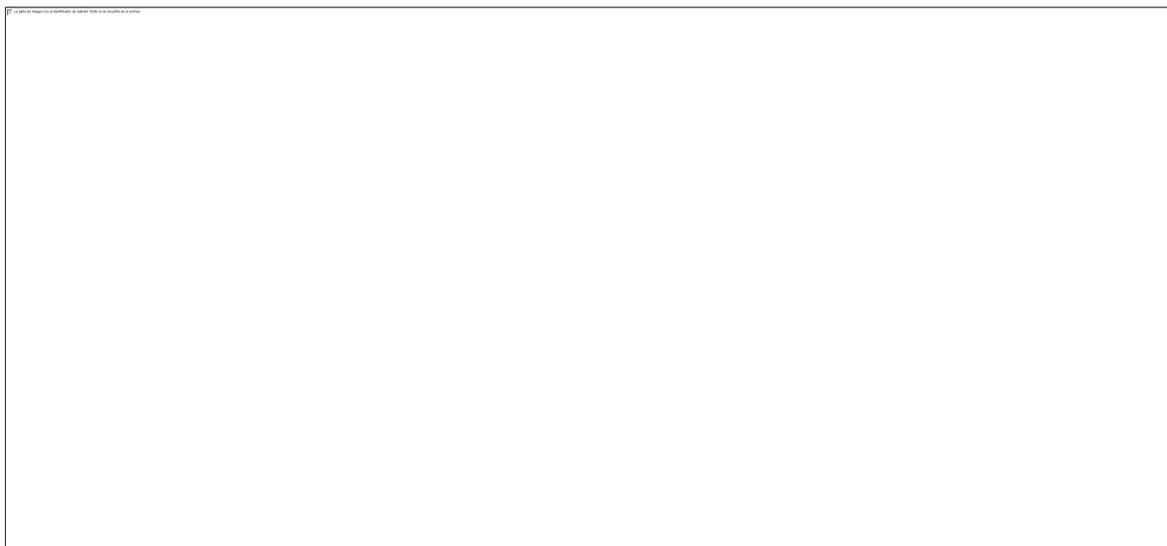
En Ancash la tasa de analfabetismo es de 9.0%. En el ámbito de referencia del Hospital "La Caleta" la tasa de analfabetismo en población de 15 y mas años es mayor en la provincia de Pallasca (10.4) que la provincia de santa (3.7%), así mismo el porcentaje de la población con primaria completa o menos predomina en la provincia de Pallasca (39.5%) que en la provincia de Santa (20.3%).

GRAFICO POBLACIÓN DE 3 Y MÁS AÑOS DE EDAD, POR CONDICIÓN DE ALFABETISMO Y SEXO,

SEGÚN Departamento: ANCASH Provincia: SANTA



**GRAFICO N° : POBLACIÓN DE 3 Y MÁS AÑOS DE EDAD, POR CONDICIÓN DE ALFABETISMO Y SEXO,
SEGÚN**



5. CULTURAL:

En Chimbote se celebra la Fiesta Patronal de San Pedrito, paseo en lancha a la Isla Blanca y el Ferrol, el Vía Crucis al Cerro de la Paz.

La población habla el Castellano en su mayoría, profesa la religión católica pero es evidente la presencia de diferentes creencias religiosas como la cristiana y evangélica.

6. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y ACCESIBILIDAD.-

La ruta de Chimbote a Pallasca para acceder al Hospital, ha mejorado considerablemente en relación a años anteriores; siendo los medios de transporte más fluidos entre las provincias y distritos de santa y Pallasca.

En la actualidad siguen siendo las agencias La Perla, Andía, Alas Peruanas, Angellitus, Las minivan y autos, por contar con carretera asfaltada hasta Conchucos, hace que el viaje sea más accesible y cómodo; uno de los lugares con mejores medios de transporte.

Aun así siguen siendo difícil la accesibilidad a localidades como Mayas, Chalan, Mongón, Uchupampa que son colindantes con la zona del Marañón; donde el medio de transporte es la acémila.

ANÁLISIS DEL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

1. MORBILIDAD

Para entender el proceso salud enfermedad de nuestra población de atención se ve reflejada en los siguientes indicadores.

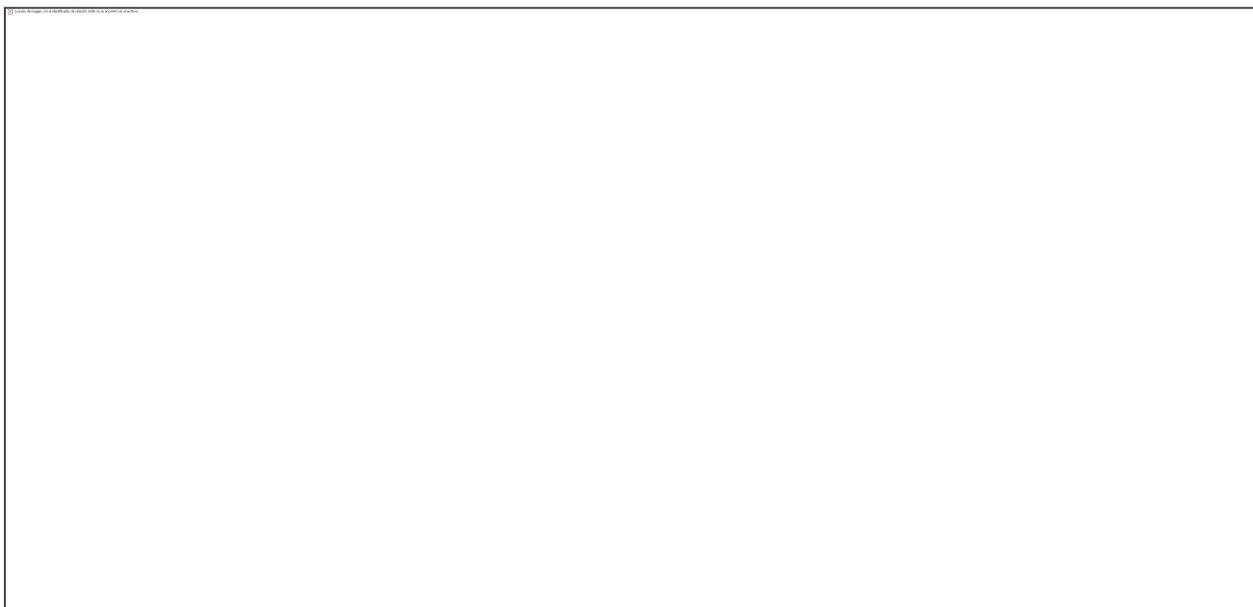
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL 2014 – 2015 HOSPITAL LA CALETA

AÑO 2014			AÑO 2015	
DAÑO	TOT	%	TOT	%
ENF.DEL APARATO RESPIRATORIO	9,019	13.83	11,107	12.48
SIG.SINT. Y EST.MORB. MAL DEFINIDOS	7,324	11.23	9,732	10.94
TRAUMATISMOS Y ENVENAMAMIENTOS	6,784	10.41	9,452	10.62
COMPLIC.EMB.PARTO Y PUERPERIO	5,086	7.80	7,950	8.94
ENF. SIST. NERVIOSO Y DE LOS SENT.	4,707	7.22	5,851	6.58
ENF.DEL APARATO GENITO URINARIO	3,868	5.93	5,834	6.56
ENF.OTRAS PARTES APARATO DIGESTIVO	3,467	5.32	5,208	5.85
ABORTOS Y HEMORRG. EMB.PARTO Y P.	3,260	5.00	3,998	4.49
ENF. CAVIDAD BUCAL GLAND SALIV.MAX.	3,104	4.76	3,620	4.07
DISENTRIA Y GASTROENT.	3,051	4.68	3,354	3.77
OTROS	15,526	23.81	22,867	25.70
T O T A L	65,196	100.00	88,973	100.00

Fuente: HIS

Durante el 2015 las Enfermedades del Aparato Respiratorio siguen siendo la Primera Causa de Morbilidad General con un 12.48% en comparación al 2014 con un 13.83%. Presentando una disminución de 1.35%.

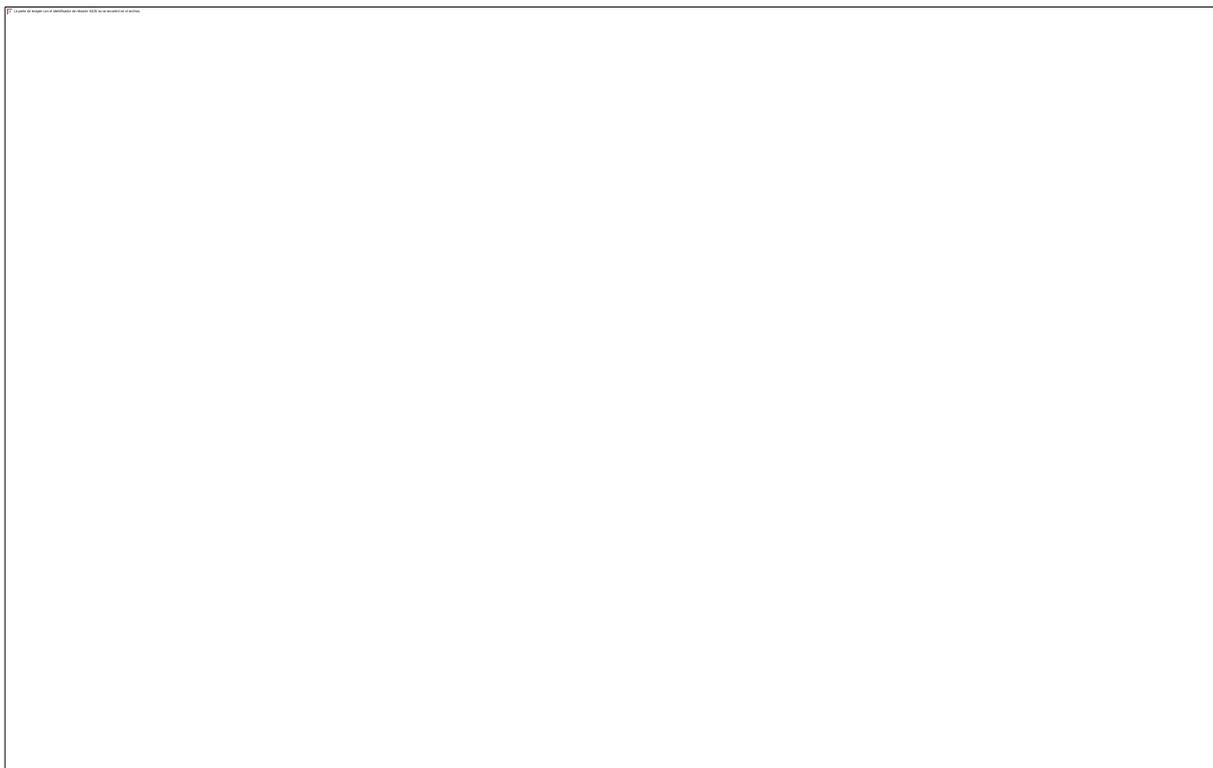
MORBILIDAD SERVICIO DE CONSULTORIO EXTERNO



DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD CONSULTA EXTERNA HOSPITAL LA CALETA

DESCRIPCION DAÑO	AÑO 2014		AÑO 2015	
	TOTAL	%	TOTAL	%
ENF. SIST. NERVIOSO. Y DE LOS SENT.	4,009	15.86	8,620	19.87
ENF. CAVIDAD BUCAL GLAND SALIV.MAX.	3,061	12.11	3,965	9.14
ENF.DEL APARATO RESPIRATORIO	2,286	9.05	3,924	9.04
ENF.DEL APARATO GENITO URINARIO	2,009	7.95	3,568	8.22
ENF.OTRAS PARTES APARATO DIGEST	1,792	7.09	3,089	7.12
ENF. GLAD.ENDOC.METAB. E INMU	1,765	6.98	2,445	5.63
ENF.SIST.OSTEOMUSCULAR Y T.CONJ.	1,641	6.49	2,207	5.09
TRASTORNOS MENTALES	1,094	4.33	1,676	3.86
TRAUMATISMOS Y ENVENEMAMIENTOS	1,045	4.14	1,624	3.74
SIG.SINT. Y EST.MORB. MAL DEFINIDOS	871	3.45	1,527	3.52
OTROS	5,699	22.55	10,746	24.77
TOTAL	25,272	100.00	43,391	100.00

Durante el 2015 las Enfermedades Sistema Nervioso y de los Sentidos, siguen siendo la Primera Causa de Morbilidad en Consulta Externa con un 19.87% en comparación al 2014 con un 15.86%. Presentando un incremento de 4.01%.



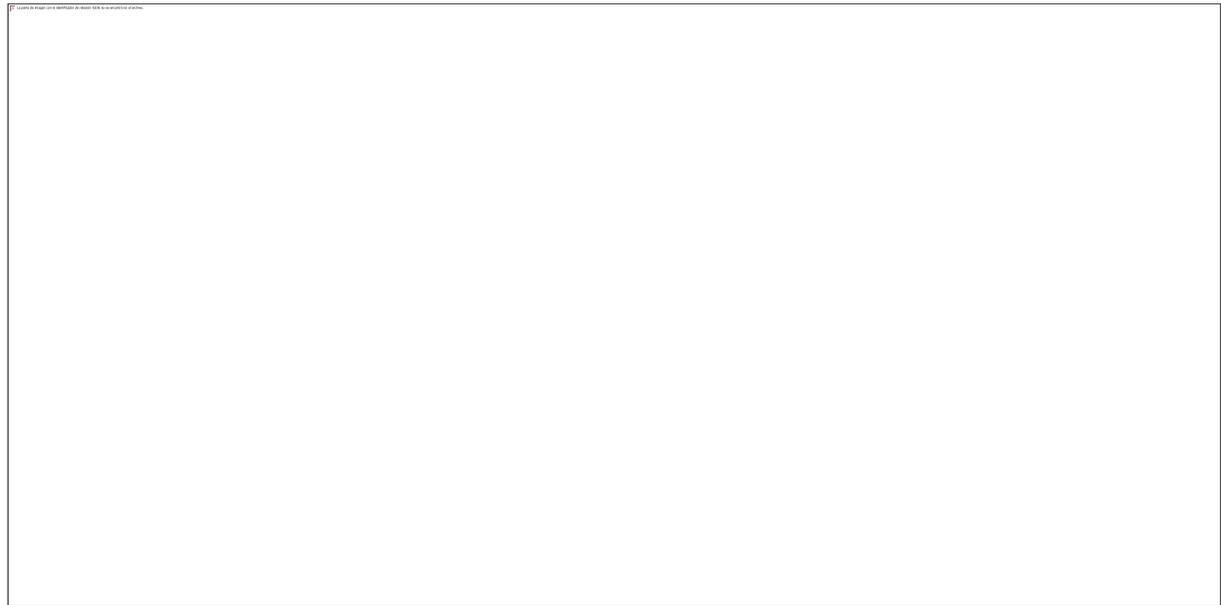
Fuente: HIS

MORBILIDAD SERVICIO DE EMERGENCIA DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD DE EMERGENCIA HOSPITAL LA CALETA

DESCRIPCION	AÑO 2014		AÑO 2015		
	DAÑO	TOTAL	%	TOTAL	%
ENF.DEL APARATO RESPIRATORIO		6,441	18.95	8,212	21.07
TRAUMATISMOS Y ENVENAMAMIENTOS		5,596	16.46	7,213	18.51
SIG.SINT. Y EST.MORB. MAL DEFINIDOS		6,455	18.99	6,084	15.61
COMPLIC.EMB.PARTO Y PUERPERIO		3,948	11.61	4,511	11.57
DISENTRIA Y GASTROENT.		2,317	6.82	2,537	6.51
ABORTOS Y HEMORRG. EMB.PARTO Y P.		1,900	5.59	1,966	5.04
ENF.DEL APARATO GENITO URINARIO		1,624	4.78	1,487	3.82
ENF.OTRAS PARTES APARATO DIGESTIVO		1,081	3.18	1,210	3.10
OTRAS ENF.DEL APARATO CIRCULAT.		782	2.30	1,129	2.90
ENF.PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUT.		771	2.27	1,039	2.67
OTROS		3,080	9.06	3,587	9.20
T O T A L		33,995	100.00	38,975	100.00

Fuente: HIS

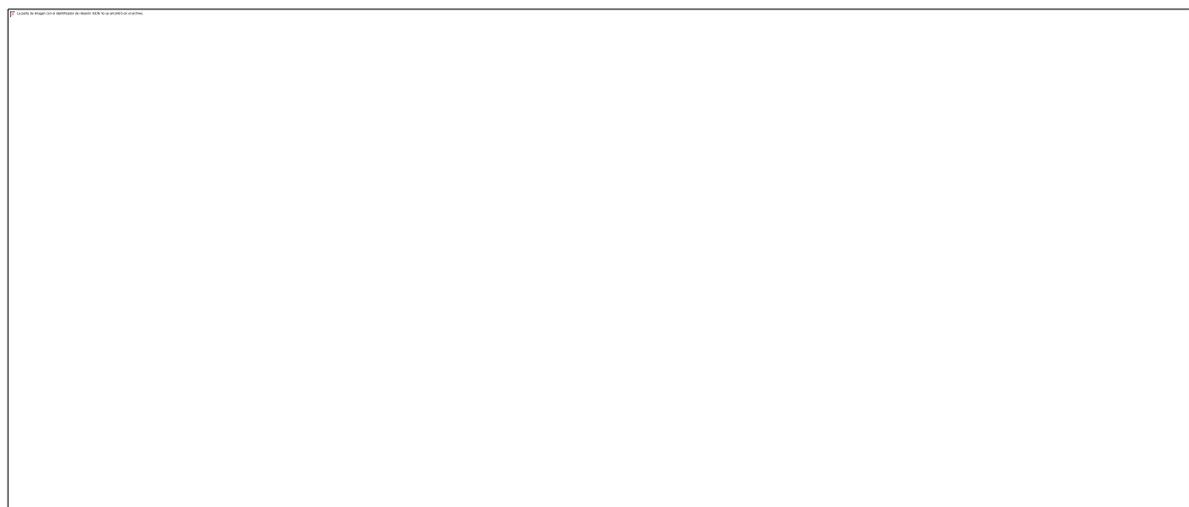
Durante el 2015 las Enfermedades del Aparato Respiratorio, siguen siendo la Primera Causa de Morbilidad en el Servicio de Emergencia con un 21.07% en comparación al 2014 con un 18.95%. Presentando un incremento de 2.12%.



2. MORTALIDAD:

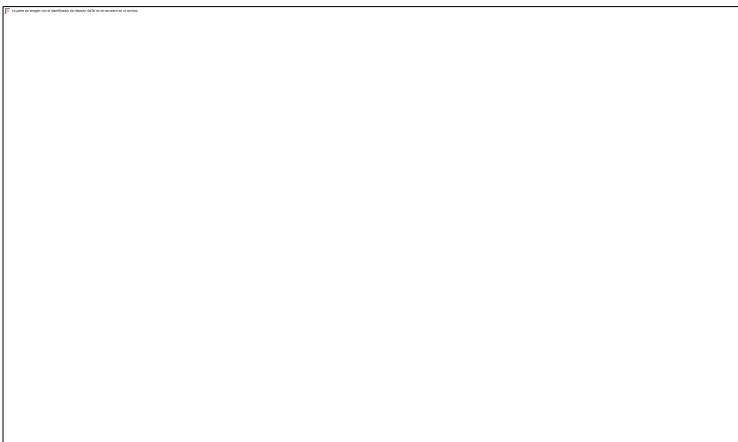
MORTALIDAD BRUTA HOSPITALARIA HOSPITAL LA CALETA AÑOS 2011 - 2015

INDICADOR		AÑOS				
		2011	2012	2013	2014	2015
MBH	TOTAL FALLEC	102	114	118	129	171
	TOTAL DE EGRESOS	6,145	6,570	6,630	5,929	6,600
	X 100	1.66	1.74	1.78	2.18	2.59

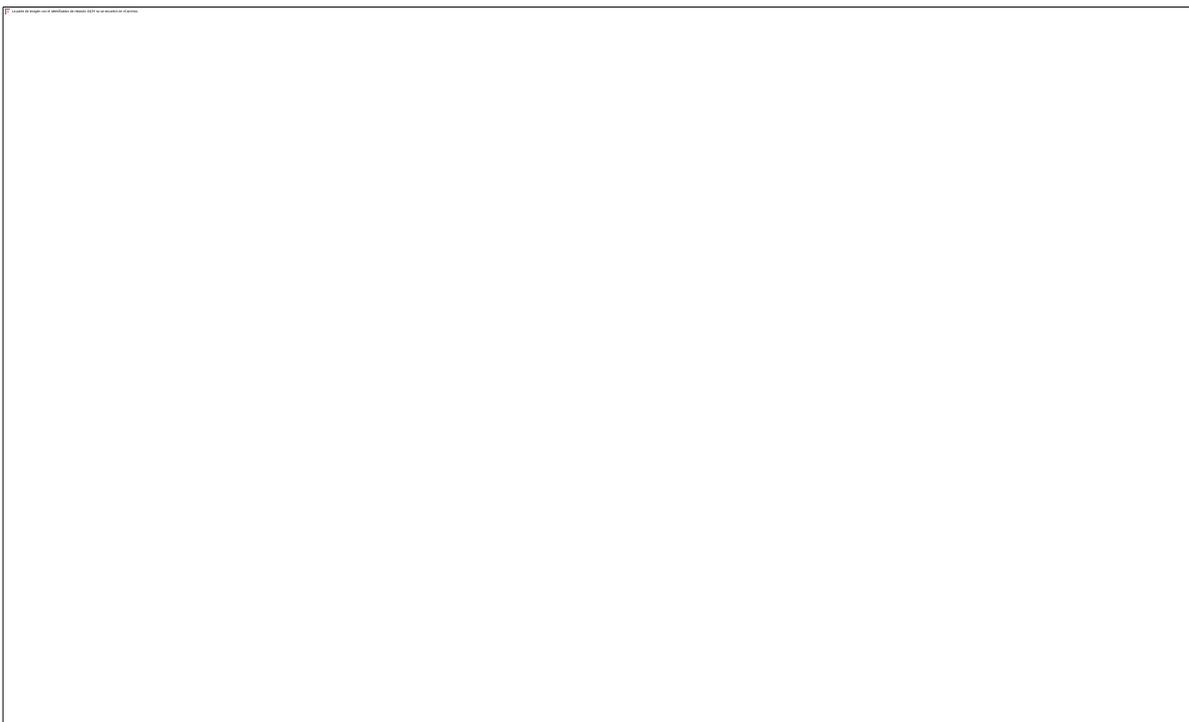


FUENTE:OF.ESTADIS.E INFORMAT.COMUNIC-HOSPITAL

Durante el 2015 la Mortalidad Bruta Hospitalaria, fue en 2.59% con relación al 2014 que fue de 2.18% incrementándose en un 0.41% del total de fallecidos y egreso.



Para el 2015 se registraron 171 fallecidos en el año 2014 de los cuales el 46%, corresponden al sexo Femenino y el 54% al sexo masculino.

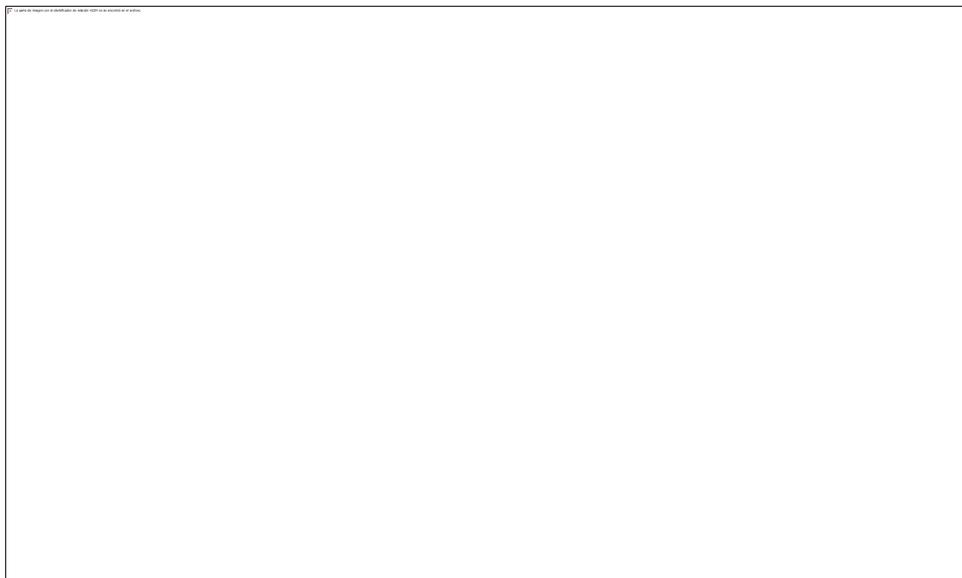


En este cuadro se observa que para el año 2015 las primeras causas de mortalidad son las enfermedades del aparato respiratorio, representando un 20.93% un 30% menos que las registradas en 2014; seguido de enfermedades del aparato circulatorio con un 16.28%, con una disminución de 1.03% en comparación al 2013.



FUENTE: OEI-HOSPITAL

El Grafico representa las tendencias en los distintos años durante el periodo del 2011 al 2015.



En relación al grafico que se muestra a continuación, se tiene que el número de muertes Neonatales se da en 28 casos en el 2015.

También en el siguiente grafico se evaluó las Muertes Fetales durante el 2015, las mismas que se han mantenido en 21 casos.

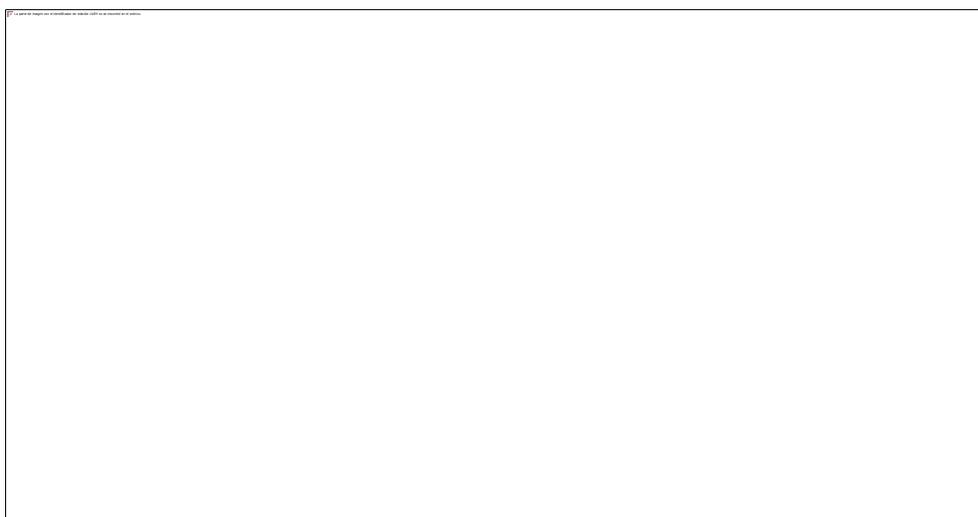
**MORTALIDAD INFANTIL- SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL LA
 CALETA 2014 - 2015**

Por qué siempre se
 están Aferrando a
 una Oportunidad de
 la Vida



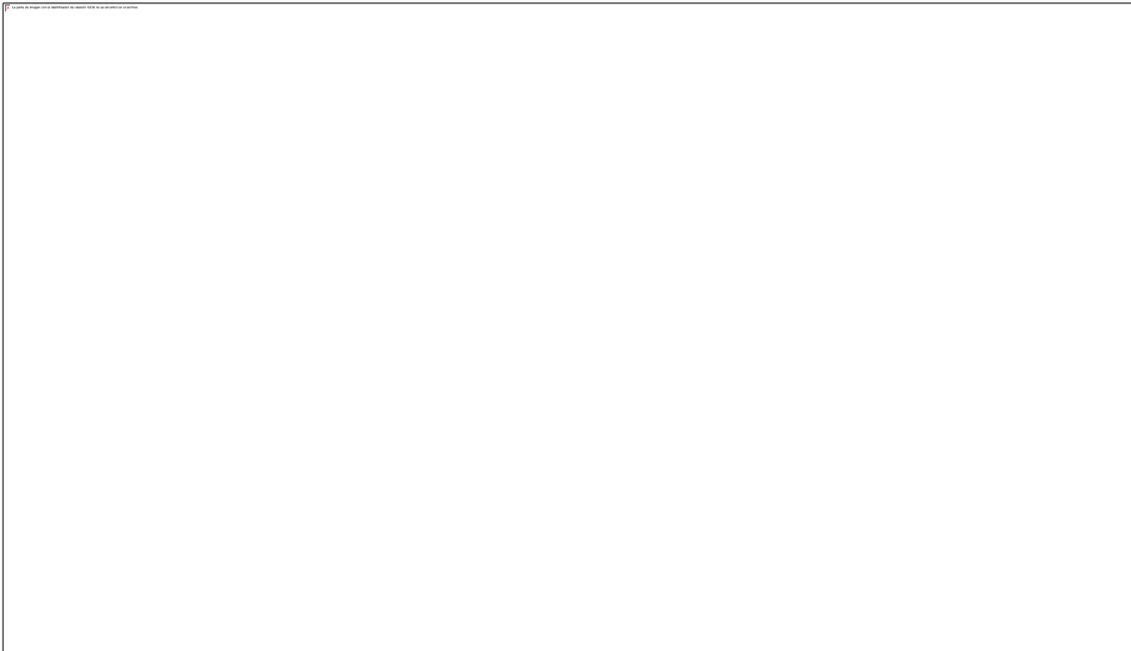
DESCRIPCION DAÑO	AÑO 2014		AÑO 2015	
	Nº	%	Nº	%
Inmaturidad	7	24.14	9	27.27
Asfixia del nacimiento, no especificada	4	13.79	6	18.18
Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada	3	10.79	5	15.15
Malformación congénita, no especificada	2	6.90	2	6.06
Neumonía congénita, organismo no especificado	2	6.90	2	6.06
Depresión cerebral neonatal	2	6.90	2	6.06
Bronconeumonía, no especificada	1	3.45	2	6.06
Insuficiencia respiratoria, no especificada	1	3.45	1	3.03
Septicemia no especificada	1	3.45	1	3.03
Trastorno metabólico transitorio del recién nacido, no especificado	1	3.45	1	3.03
Otros	5	17.24	2	6.06
TOTAL	29	100.00	33	100.00

Mencionar que la siguiente tabla representa la comparación de los últimos dos años, habiéndose incrementado de manera alarmante las causas de Inmaturidad de 7 casos en el 2014 a 9 casos en el 2015. La segunda causa presentada en el 2014 es la Asfixia de nacimiento que presenta 4 casos en el 2015, presentándose 6 casos en el 2015.



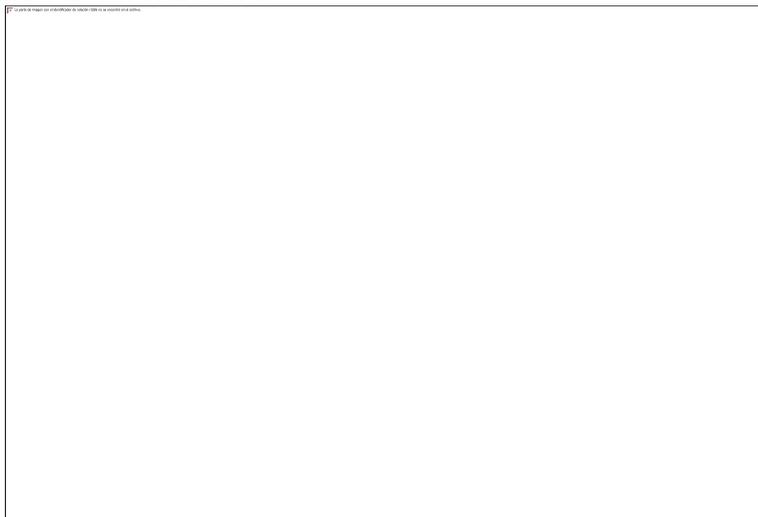
MORTALIDAD INFANTIL HOSPITALARIA
HOSPITAL LA CALETA AÑOS 2011 - 2015

INDICADOR		AÑOS				
		2011	2012	2013	2014	2015
TMI	DEFUNC.< 1 AÑO	24	29	27	29	33
	Nº NACIDOS VIVOS	2,303	2,337	2,286	2,008	2,111
	X 1000	10.42	12.41	11.81	14.44	15.63



En el siguiente gráfico observamos que la tasa de mortalidad infantil se incrementó en el 2015 con un 15.64 a comparación del 2014 con 14.44%. Este indicador demográfico señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida.

MORTALIDAD MATERNA:



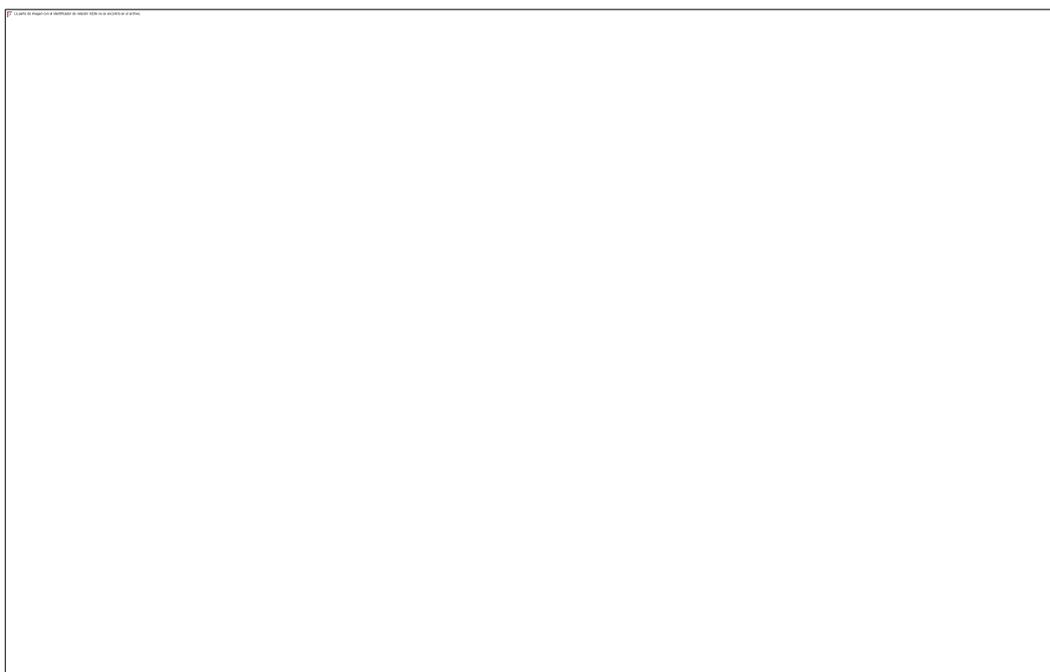
No Solo es un Numero Estadístico, representa la integración de una familia.

La mortalidad materna causa un impacto social Económico porque ocasiona la desintegración familiar, orfandad, etc. representando un grave problema para el Perú. Las condiciones de desigualdad aún existentes en nuestra sociedad y sumado a la pobreza no permite el acceso a la salud y a la educación.

**CUADRO COMPARATIVO MUERTES MATERNAS HOSPITAL LA CALETA
 AÑOS 2011 - 2015**

DAÑOS	AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
MUERTES MATERNAS	0	2	1	1	1
R.N.VIVOS	2,303	2,337	2,286	2,008	2,111
TASA X 10,000	0.00	8.56	4.37	4.98	4.74

En el siguiente cuadro se evidencia que en el año 2011 no se registró muerte alguna. Para el año 2012 se registraron 2 muertes maternas de la cual una de ellas fue indirecta con Dx de Edema cerebral, durante el 2013 se registró una muerte materna indirecta, y para el 2014 y 2015 también fue reportado 01 caso de muerte indirecta (VIH).



En el siguiente cuadro se evidencia el porcentaje progresivo de las muertes maternas en los diferentes años respectivamente, en el 2015 con un 4.74 a comparación con el 2014 con un 4.98.

ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Actualmente el hospital La Caleta es unidad notificante de la DIRES ANCASH. Dentro del hospital se realiza la vigilancia de febriles y enfermedades de notificación inmediata, asimismo se vigila el índice de infecciones intrahospitalarias. Que son procesos infecciosos adquiridos por un paciente luego de 48 horas de permanecer en el hospital y que no portaba a su ingreso

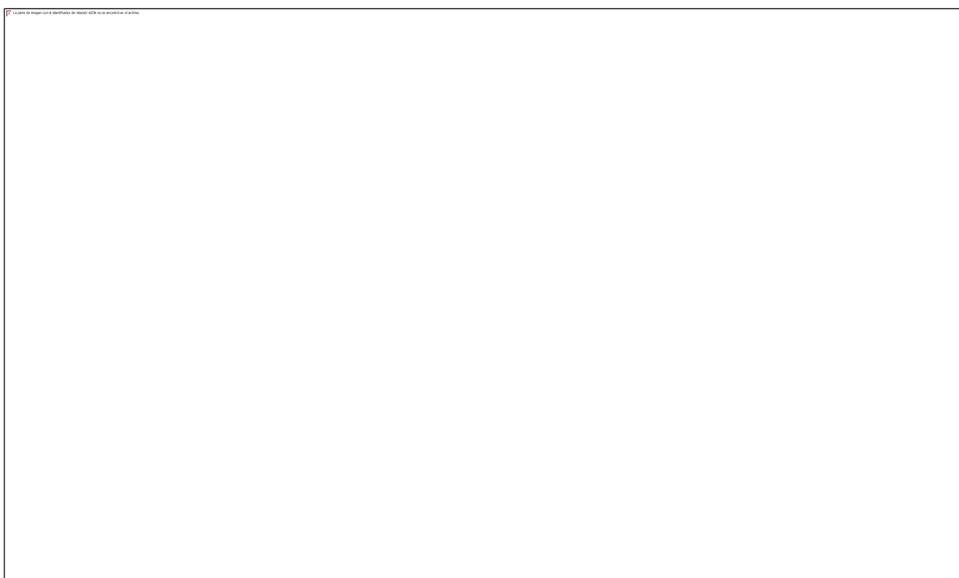
ENFERMEDADES SUJETAS A VIGILANCIA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA - HOSPITAL LA CALETA

DX	ENFERMEDADES	2014	2015
		Acumulado	Acumulado
A18	tuberculosis extra pulmonar	0	4
A23	brucelosis	0	3
A37	Tos ferina	7	0
	TBC	39	0
	influenza	6	4
A39	meningitis meningococica	0	1
A97.0	dengue sin señal de alarma	11	23
A97.1	dengue con señal de alarma	7	9
B06	rubeola	0	1
B55	leishmaniosis cutánea	1	1
B55.1	leishmaniosis mucocutanea	0	2
J12	Insuficiencia Res. Aguda	0	3
J18.0	Insuficiencia Res. Aguda	0	2
J18.9	Insuficiencia Res. Aguda	0	12
O95	muerte fetal	31	1
	muerte neonatal	16	0
O96	Muerte materna indirecta	1	0
T60.0	Insecticidas órganos fosforados	0	28
T60.1	insecticidas halógenas	0	4
X20	ofidismo (Araña)	2	1
X21	loxocelismo (Araña)	28	13

Del total de las enfermedades sujetas a vigilancia hay que considerar que: el Dengue sin señales de alarma aumento de 11 a 23 , mientras que el dengue con señales de alarma aumento de 7 a 9 ; la tosferina tambien se redujo de 7 casos en el 2014 a 0 casos en el 2015, el lexocelismo tambien se redujo de 23 casos en el 2014 a 13 en el 2015.

Así mismo indicar que se han presentado 04 presuntos casos de Influenza, descartados por el INS, y en relación a las muertes fetales disminuyeron de 31 casos en el 2014 a 1 casos en el 2015.

INFECCIONES INTRA HOSPITALARIAS HOSPITAL LA CALETA 2014 -2015

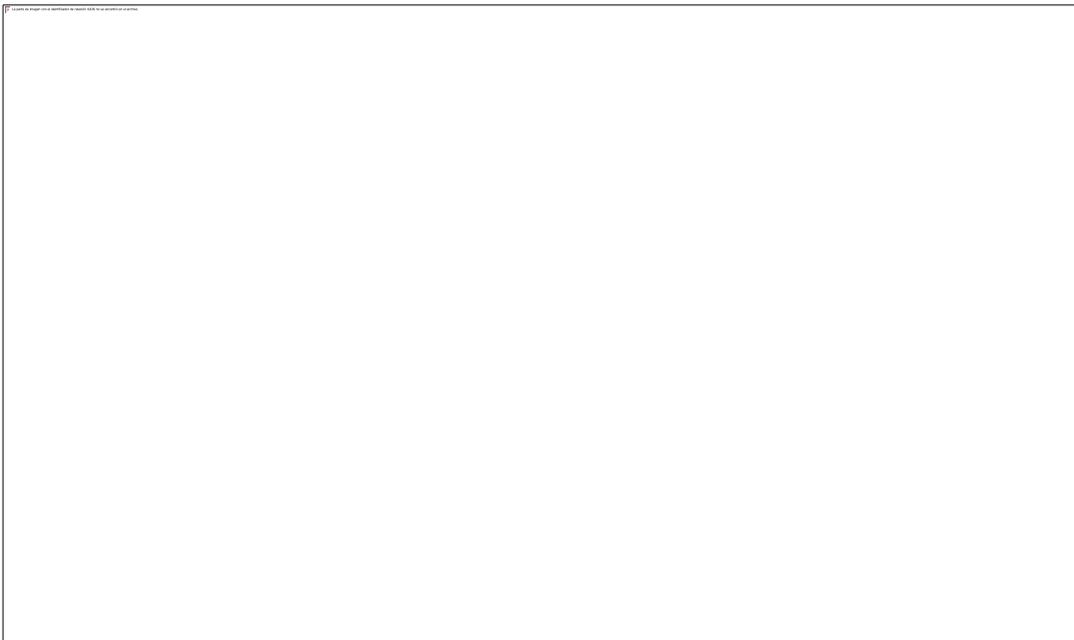


En este cuadro se observa las infecciones intrahospitalarias por servicios, y la de mayor casos son los del servicio de Neonatología.

AÑO	PARTO VAGINAL		PARTO CESARIA			TASA	
	Nº PARTOS	ENDOMETRITIS	Nº CESARIA	ENDOMETRITIS	Nº IHO	ENDOMETRIT CESAREA X 100	T: IHO X100
2013	1360	1	945	2	14	0.21	1.48
2014	1090	1	927	1	11	0.11	1.19
2015	1162	0	950	0	7	0	8.51
TOTAL	3612	2	2822	3	32	0.32	11.18

Al analizar el presente cuadro donde refleja las IHO por servicios, se observa que la tasa de IHO en Gineco Obstetricia se ha reducido en 0.4, pero eso también se podría argumentar que aumento el Nº de cesáreas de 927 en el 2014 a 950 en el 2015. En cuanto al número de endometritis por parto normal se ha reducido en 0 en el 2015. Pero se tendría que manifestar además que el número de partos aumento a 1162 en el 2015 en comparación con el año 2014.

CUADRO COMPARATIVO IIH SERVICIO GINECO-OBSTETRICIA AÑO 2015
Hospital la Caleta



Fuente: Reporte de IIH-Epidemiología

En el siguiente cuadro nos muestra la tasa de incidencia durante el año 2015, donde los índices más altos se dan en el mes de marzo en comparación al 2014 que se presentó en agosto cabe mencionar que las IIH fueron y continúan siendo un problema relevante. Han llamado la atención al grupo multidisciplinario que presta atención en salud ya que incrementan la estancia hospitalaria, el uso de antibióticos, aumentan la morbi-mortalidad y con ello los costos de hospitalización.

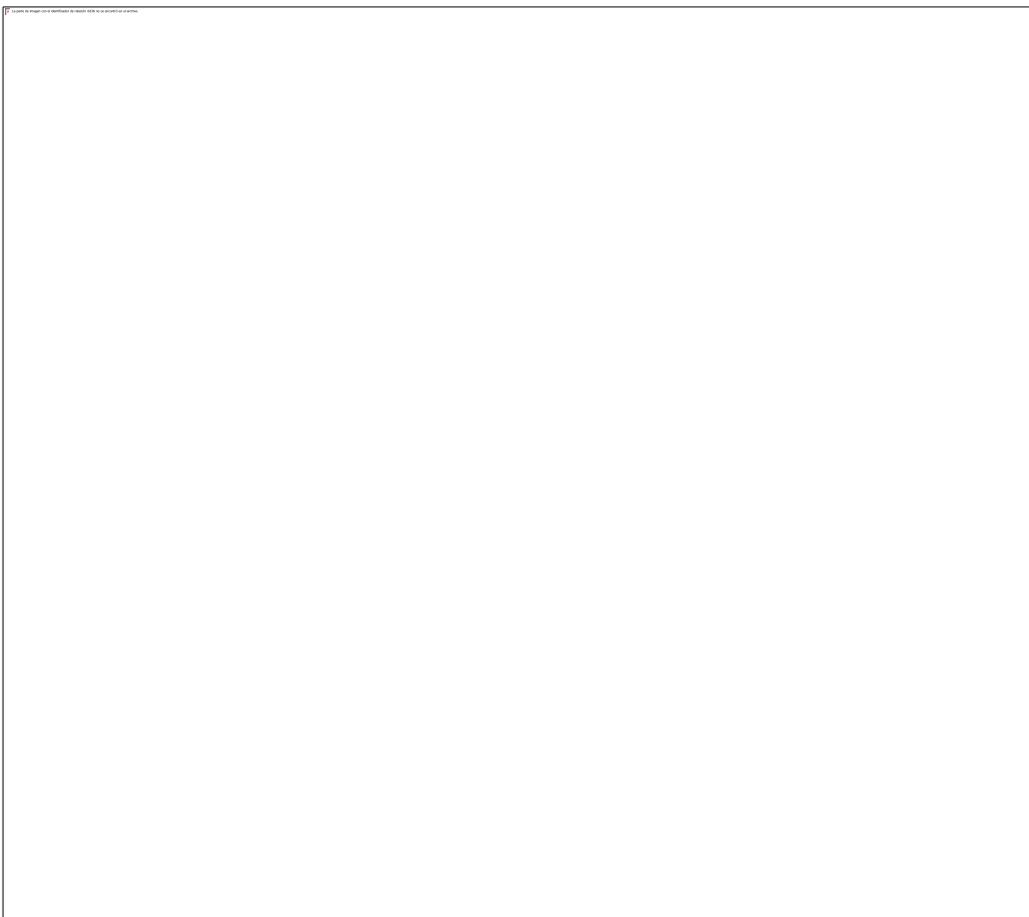
VIH / SIDA:

CASOS DE VIH-MAPA DE VIGILANCIA A NIVEL DE ANCASH VIH



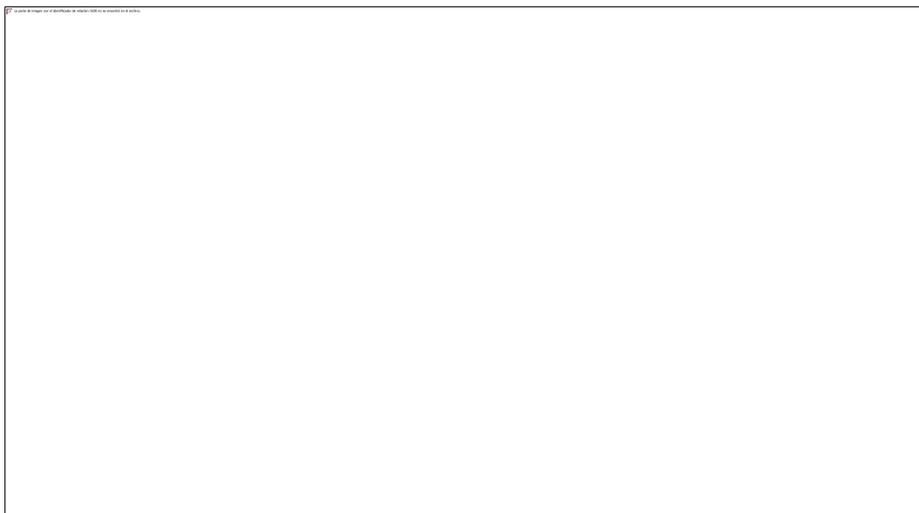
Fuente: Noti Web

**CASOS DE VIH-MAPA DE VIGILANCIA A NIVEL DE ANCASH
SIDA**

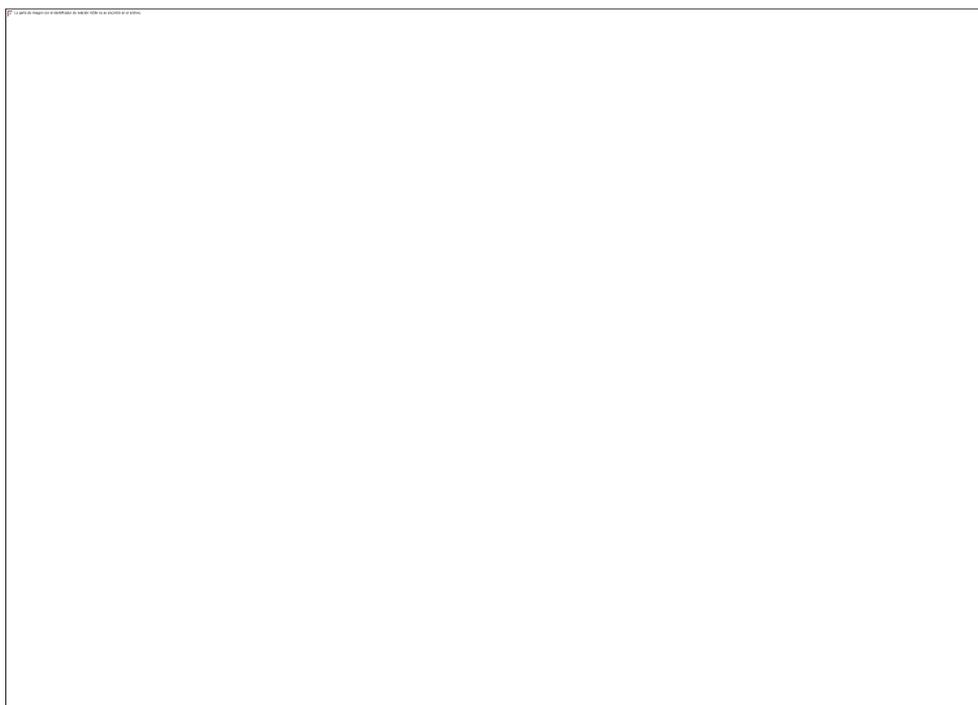


**CASOS DE VIH-SIDA SEGÚN SEXO CERITS HOSPITAL LA CALETA AÑOS
2011 – 2015**

	AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
VIH	62	44	61	80	82
SIDA	31	35	18	33	29



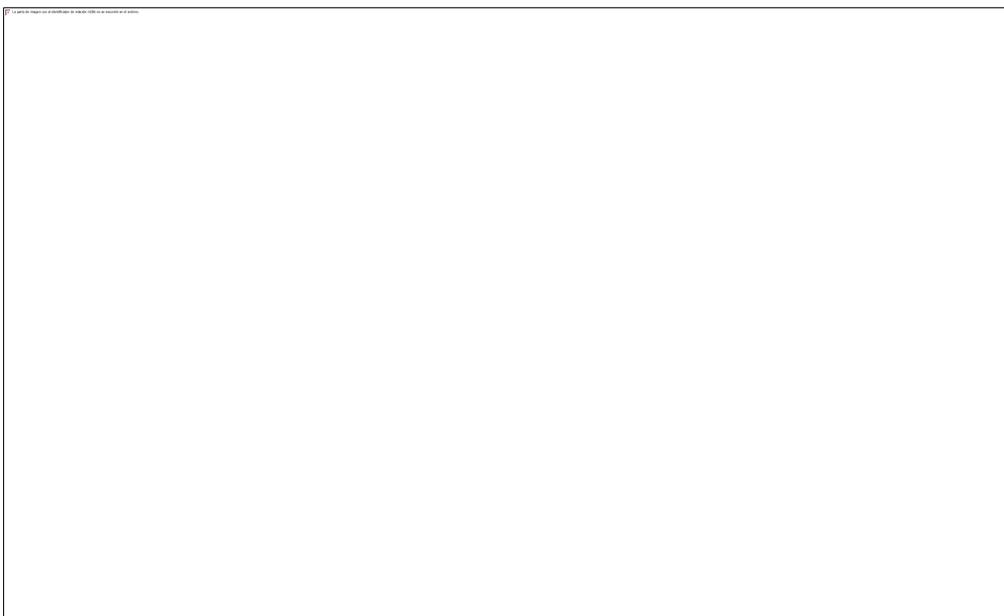
El Grafico Muestra la incidencia de casos tanto en VIH como SIDA respectivamente, evidenciando que en el periodo 2015 se incrementaron 2 casos de VIH a comparación del periodos 2014; mientras que en SIDA, disminuyo a 4 casos en el periodo 2015 a comparación del 2014



Fuente: Reporte HIS

**CUADRO COMPARATIVO S.R.I/S.R. ESPERADOS
 HOSPITAL LA CALETA 2011-2015**

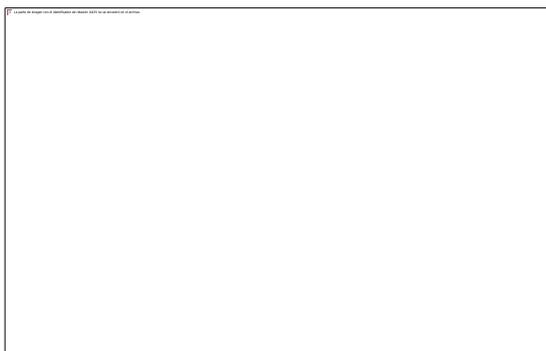
CASOS	AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
S.R.IDENTIFICADOS	3558	4276	3050	2077	2664
S.R.ESPERADOS	2162	4276	3050	2077	2664
PORCENTAJE %	164.57	100.00	100.00	100.00	100.00



FUENTE:Of. De Estadística e Informática.

Según el Grafico se observa que los sintomáticos respiratorios, en el periodo 2015 se mantienen en el mismo porcentaje que el ya registrado en el 2012 y el 2013. Ya que dicho programa está siendo monitoreado por personal pago con PPR.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS



COMPORTAMIENTO CASOS DE IRA NIÑOS <5ª HOSPITAL LA CALETA AÑO 2014 - 2015

ACTIVIDADES	2014					2015				
	<29 días	29 d a 59 d	2 - 11 M	1-4 A	TOTAL	<29 días	29 d a 59 d	2 - 11 M	1-4 A	TOTAL
Total de Casos de IRA	156	215	1,473	2,596	4,440	165	212	1780	2845	5,002
I.- CASOS DE NEUMONIA	20	32	342	606	1,000	24	43	427	656	1,150
a. Neumonía complicada	0	0	3	0	3	0	0	3	3	6
b. Neumonía no complicada	0	0	8	2	10	1	1	10	14	26
c. SOBA o ASMA	20	32	331	604	987	23	42	414	639	1,118
II.- CASOS NO NEUMONIA	136	183	1,131	1,990	3,440	141	169	1353	2189	3,852
a. Faringo amigdalitis purulenta aguda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
b. Otitis media aguda	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2
c. Resfrió, faringitis viral, bronquitis,etc	136	183	1,131	1,989	3,439	141	169	1353	2187	3,850

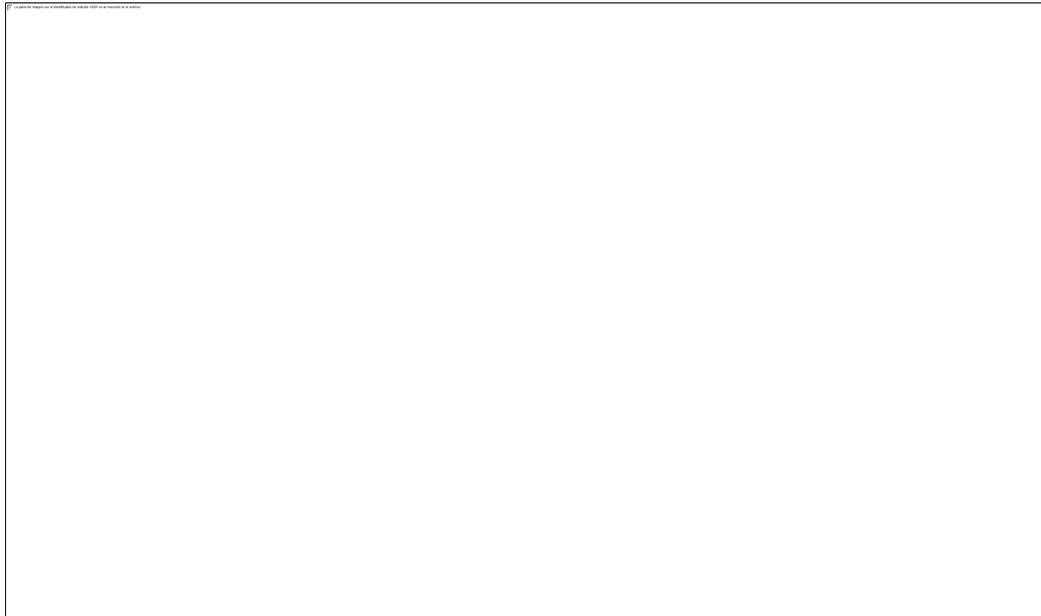
Al analizar el presente cuadro se evidencia un incremento de 562 casos de IRAS comparando el 2015 y el 2014, de manera general.

Mientras que casos de **NEUMONIA** durante el 2015 se incrementó en 150 casos en comparación del 2014. El mayor número de casos de NEUMONIA presentado durante el 2015 se han dado entre los niños de 1 a 4 años con un total de 656 casos (57.04%).

Mientras que en el caso **NO NEUMONIA** durante el 2015 se ha incrementado en 412 casos en comparación al 2014, siendo la edad más vulnerable la de 1 a 4 años con un total de 2189 casos (56.82%)

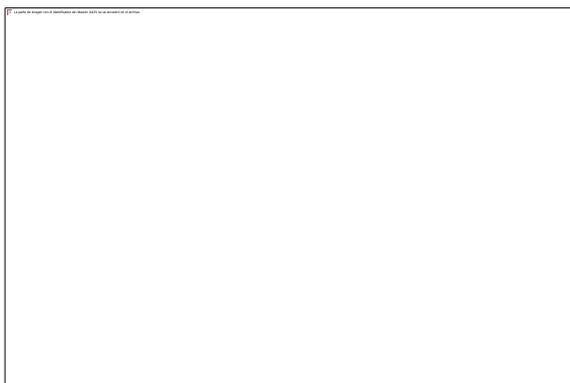
**IRAS COMPLICADAS EN NIÑOS < 5ª (NEUMONIAS + SOB-ASMA) HOSPITAL
LA CALETA 2014- 2015**

NEUMONIAS COMP	AÑOS	
	2014	2015
EJECUTADA	1000	1150
META	925	910
%	108.11	126



Al analizar el Grafico, se evidencia la variabilidad del porcentaje en que se ha llegado en distintos años; indicar que se ha aumentado en un 18%% los casos en iras y neumonías en el 2015 a comparación del 2014.

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS



Las EDAS son un problema de salud en la población que se va incrementado en las épocas de verano pero por ello no dejan de presentarse durante todo el año. La población más afectada son los menores de 1-4 años registrándose cerca del 62.61% del total de 2,985 casos registrados durante los últimos tres años

CUADRO COMPARATIVO – COMPORTAMIENTO DE E.D.A. HOSPITAL LA CALETA 2013 - 2015

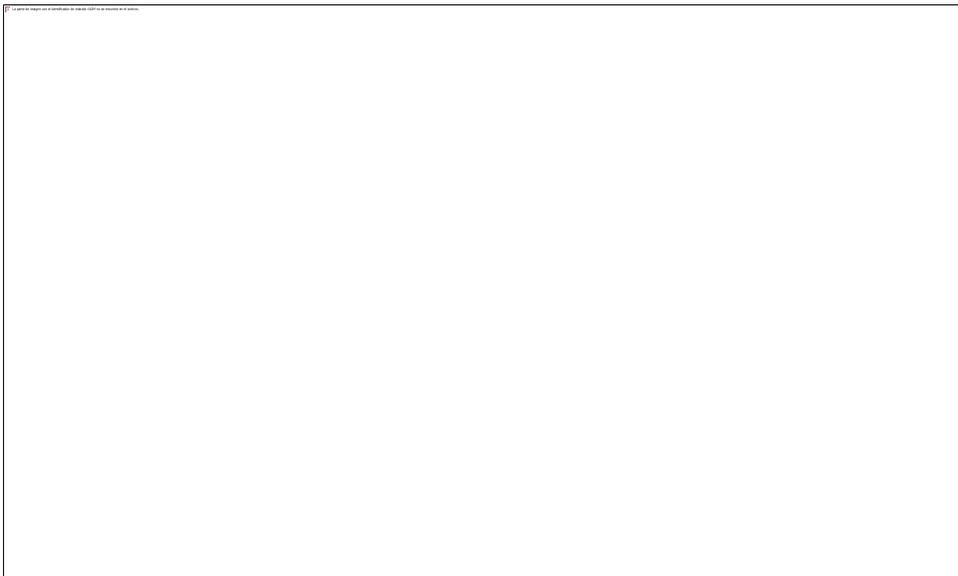
MORBILIDAD POR TIPO DE DIARREA	2013			2014			2015		
	<1A	1-4 A	TOTAL	<1ª	1-4A	TOTAL	<1A	1-4 A	TOTAL
a. EDA Acuosa Aguda s/deshidratación	255	414	669	319	508	827	392	554	946
b. Sospechoso de cólera s/deshidratación	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c. Disentería s/deshidratación	7	7	14	13	6	19	5	5	10
d. Diarrea persistente	1	0	1	0	1	1	0	0	0
SUBTOTAL	263	421	684	332	515	847	397	559	956
a. Acuosa Aguda c/deshidratación	52	145	197	29	96	125	43	131	174
b. Sospechoso de cólera c/deshidratación	0	0	0	0	0	0	0	0	0
c. Disentería c/deshidratación	0	1	1	0	0	0	0	1	1
SUBTOTAL	52	146	198	29	96	125	43	132	175
d. EDA Acuosa Aguda c/deshidratación c/shock	0	0	0	0	0	0	0	0	0
e. Sospechoso de cólera c/deshidratación c/shock	0	0	0	0	0	0	0	0	0
f. Disentería c/deshidratación c/shock	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	0								
TOTAL	315	567	882	361	611	972	440	691	1131

Del cuadro se puede observar que las EDAS en general se han incrementado en 159 casos comparando el 2015 con el periodo 2014. Así mismo indicar que durante el 2015 los casos más frecuentes de EDAD se han dado en las edades de 1 a 4 años con 691 casos (61.10%).

El caso de EDAS AGUDAS SIN DESHIDRATACION, se han reportado 946 casos en el 2015 y también el mayor número de casos de han registrado en los niños de 1 a 4 años.

EDAS EN NIÑOS < 5 AÑOS POR AÑOS

AÑOS	TOTAL EDA
2012	893
2013	882
2014	972
2015	1131

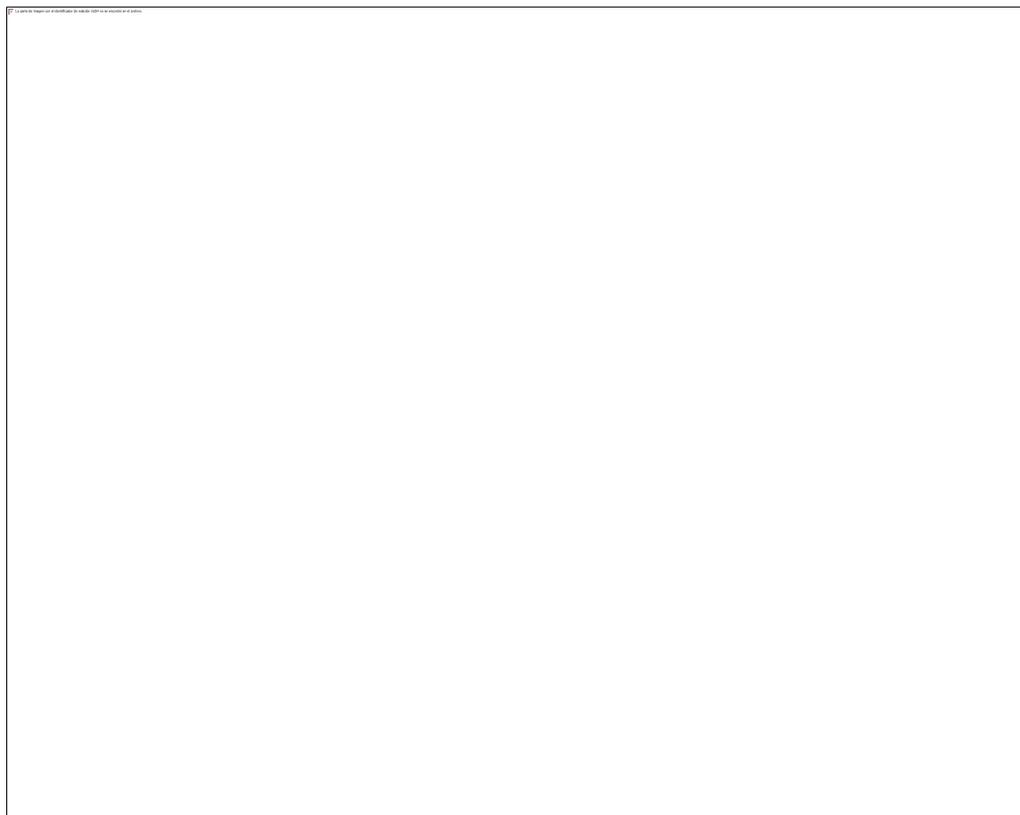


Fuente: HIS – Noti SP

En el grafico se observa la tendencia de la EDAS en niños < 5 a, en el año 2013 hay una ligera reducción de casos. Para el año 2015 en comparación al 2014, se ha incrementado en 159 casos de EDAS en niños menores de 5 años, siendo las causas: malos hábitos de higiene y la falta de salubridad en los pueblos jóvenes o el manejo de los residuos sólidos.

GESTANTES CONTROLADAS HOSPITAL LA CALETA AÑO 2011-2015

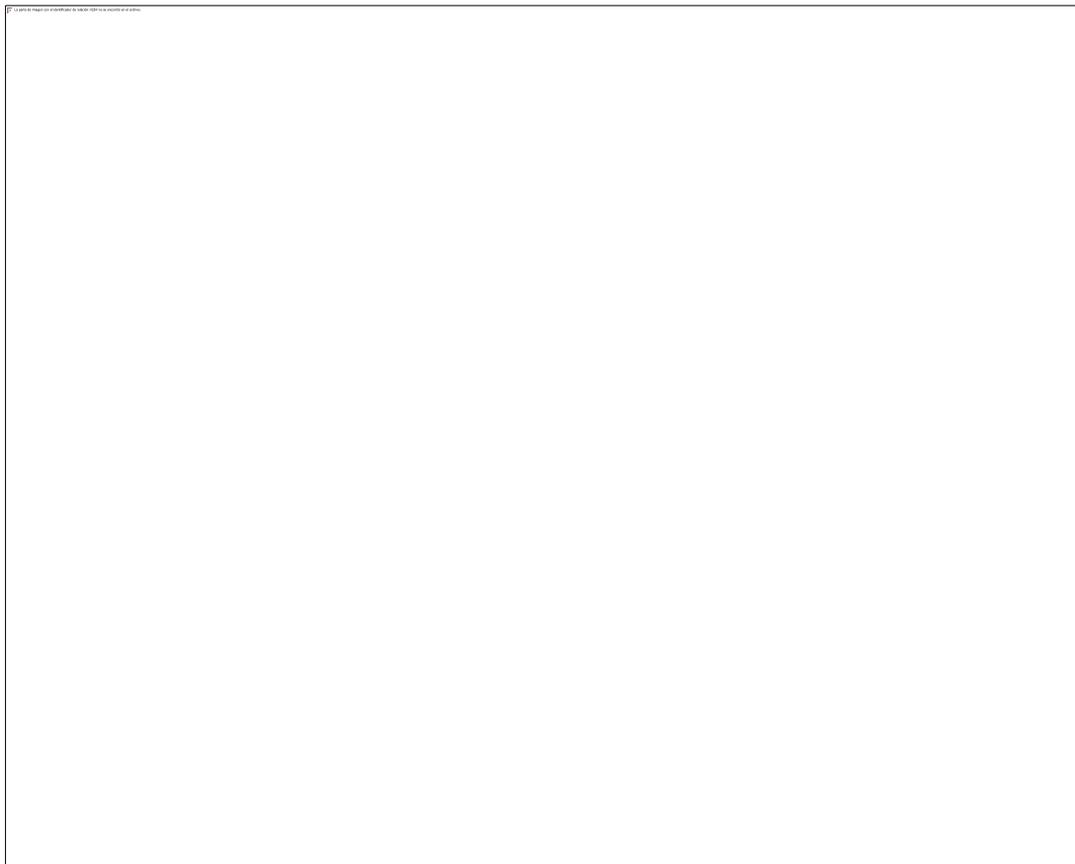
ACTIVIDADES	A Ñ O S				
	2011	2012	2013	2014	2015
GESTA. CONTROLADAS	510	384	408	203	299
NUEVAS GESTANTES	1,355	1,259	1,275	756	47



El Grafico representa el aumento de 96 gestantes controladas (6 controles) en el 2015 en proporción al año anterior. Así mismo en el grafico se refleja una disminución 709 nuevas gestantes (93.7 %) de nuevas gestantes, comparando los periodos 2015 y 2014.

**NUMERO DE PARTOS EUTOCICOS Y DISTOCICOS HOSPITAL LA
 CALETA AÑO 2011 – 2015**

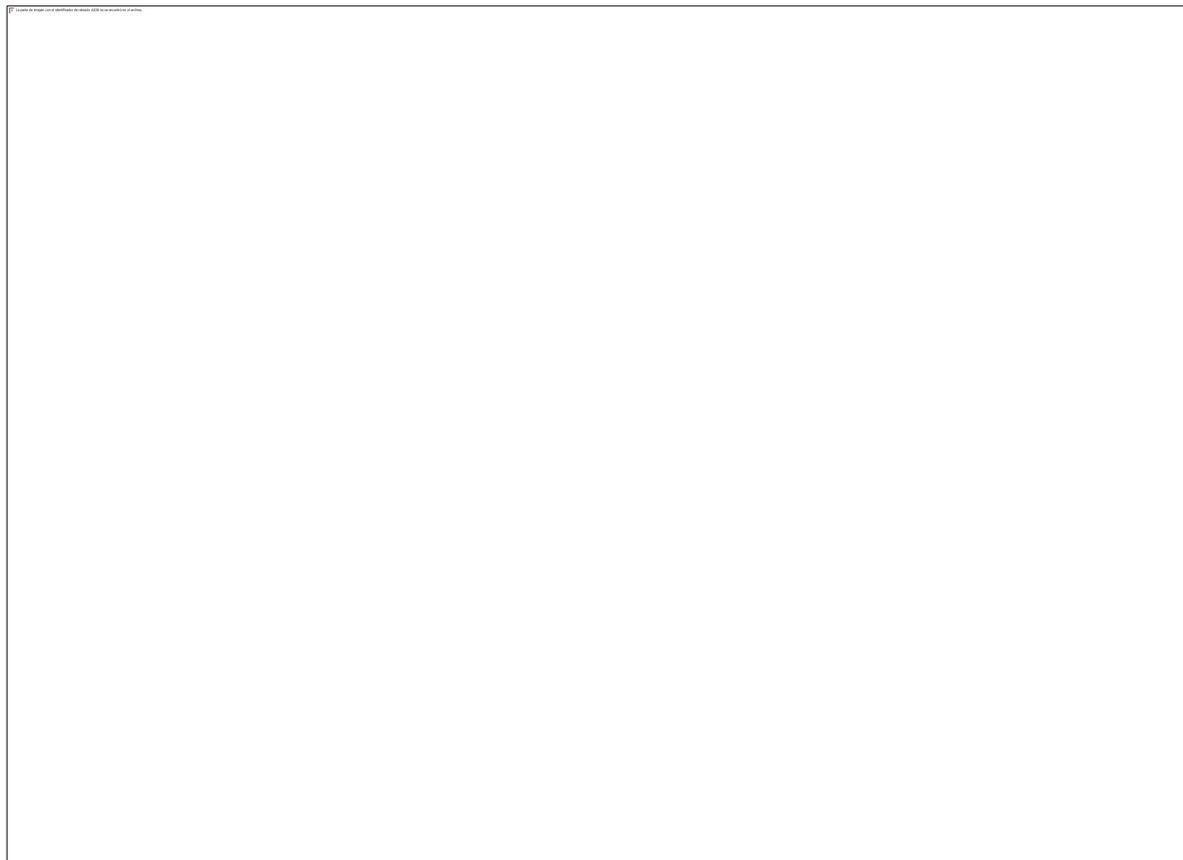
PRESTACIONES DE SERVICIOS	A Ñ O S				
	2011	2012	2013	2014	2015
Nº PARTOS	2,309	2,337	2,298	2,017	2,104
*PARTOS EUTOCIC.	1,512	1,413	1,353	1,092	1,156
*PARTOS DISTOCIC.	797	924	945	925	948



El Grafico se muestra el aumento de 64 partos Eutócicos (Línea color azul) en un número en relación del 2015 al 2014 mientras los partos Distócicos “Cesáreas – Línea color Lila”, también reflejan un aumento en el 2015 de 23 cesáreas en comparación al 2014.

**NUMERO DE GESTANTES ADOLESCENTES HOSPITAL LA CALETA AÑO
2011 – 2015**

ACTIVIDADES	AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
GESTANTES	186	162	356	137	5
ABORTO	20	14	26	26	19
PARTOS	278	208	190	177	165



Según el Grafico se representa una disminución de partos en gestantes adolescentes, habiéndose disminuido en 12 (6%) casos durante el 2015 en comparación al 2014.

En cuando a abortos en gestantes adolescentes ha disminuido la cifra de 7 abortos en el 2015.

Así mismo se observa que el año 2015 se ha disminuido a 5 casos de gestantes adolescentes en comparación del 2014.

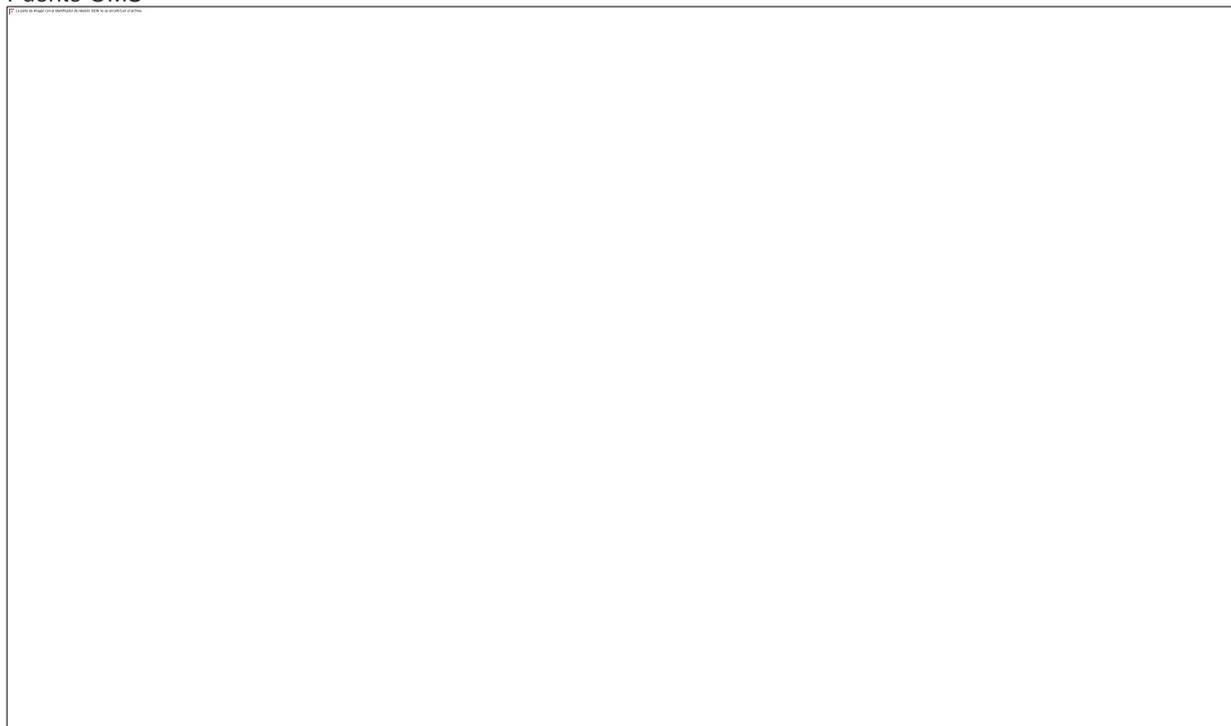
CANCER EN EL PERU DISTRIBUCION DE CASOS DE CANCER SEGÚN LOCALIZACION TOPOGRAFICA

El cáncer afecta a todos -jóvenes y viejos, ricos y pobres, hombres, mujeres y niños- y representa una carga enorme para los pacientes, las familias y la sociedad. Es una de las principales causas de defunción en el mundo, sobre todo en los países en desarrollo.

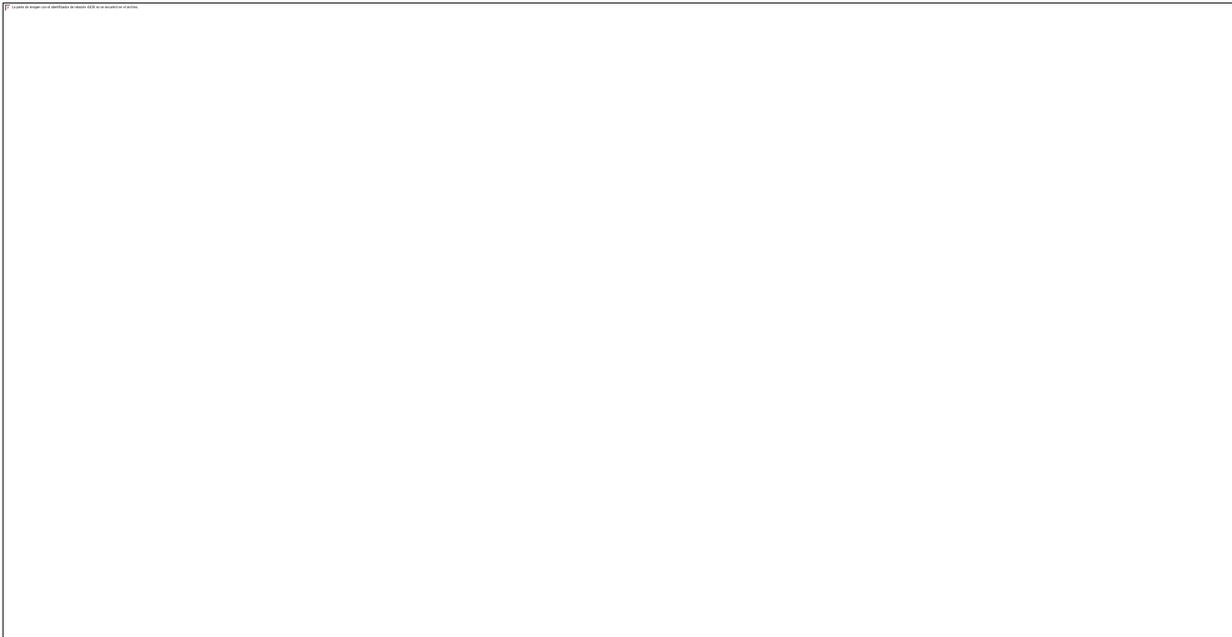
Sin embargo, muchas de esas muertes se pueden evitar. Más del 30% de los cánceres se pueden prevenir con un modo de vida sano o mediante inmunización contra las infecciones que los causan (VHB, PVH). Otros pueden ser detectados tempranamente, tratados y curados. Incluso cuando el cáncer se encuentra en fase terminal, es posible aliviar el sufrimiento del paciente con unos buenos cuidados paliativos.

- En 2012 murieron de cáncer 8,2 millones de personas.
- Más del 70% de las muertes por cáncer se producen en África, Asia, América Central y Sudamérica.
- A nivel mundial, los cinco tipos de cáncer más comunes en el hombre son, por orden de frecuencia, los de pulmón, hígado, estómago, colon/recto y esófago.

Fuente OMS



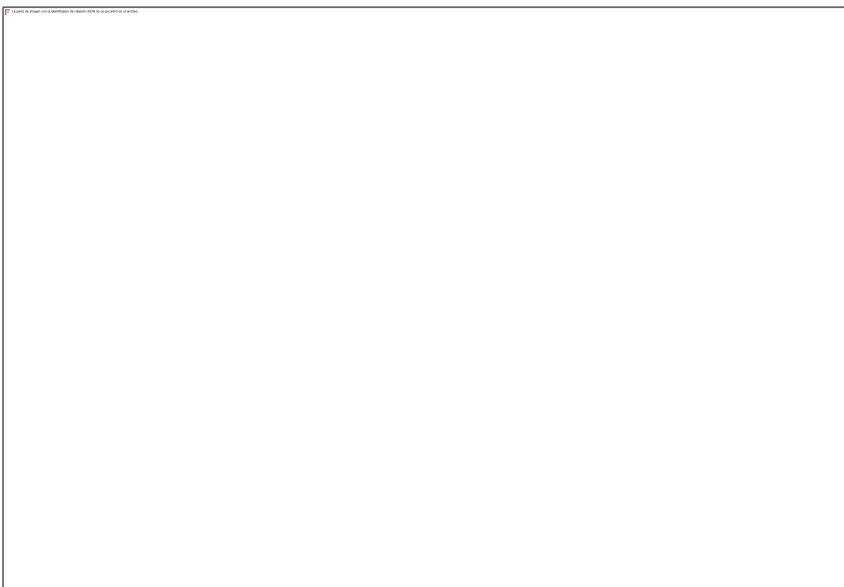
Fuente:
Epidemiología
MINSa



Fuente: Epidemiologia MINSA

**MORTALIDAD
 DE CANCER
 Hospital La
 Caleta 2014 -
 2015**

		AÑO 2014				AÑO 2015				
	DAÑO	M	F	Nº	%	DAÑO	M	F	Nº	%
1	T. M. DE ESTOMAGO	0	2	2	40.00	T. M. DE ESTOMAGO	0	1	1	25.00
2	T. M. DE UTERO	0	1	1	20.00	T. M. DEL ENDOMETRIO	0	1	1	25.00
3	T. M. DE SITIOS MULTIPLES INDEPENDIENTES	0	1	1	20.00	T. M. DEL VENTRICULO CEREBRAL	1	0	1	25.00
4	T. M. DEL CEREBRO	1	0	1	20.00	T. M. DE LA MAMA	0	1	1	25.00
	TOTAL	1	4	5	100.00	TOTAL	1	3	4	100.00



Como se evidencia en el grafico el CA de estomago se encuentra aun en la primera fila de muerte en cancer con un 25% en el 2015 a compracion del 2014 con 40% . tanto en hombres como mujeres.

Morbilidad de CANCER en Consulta Externa 2014-2015

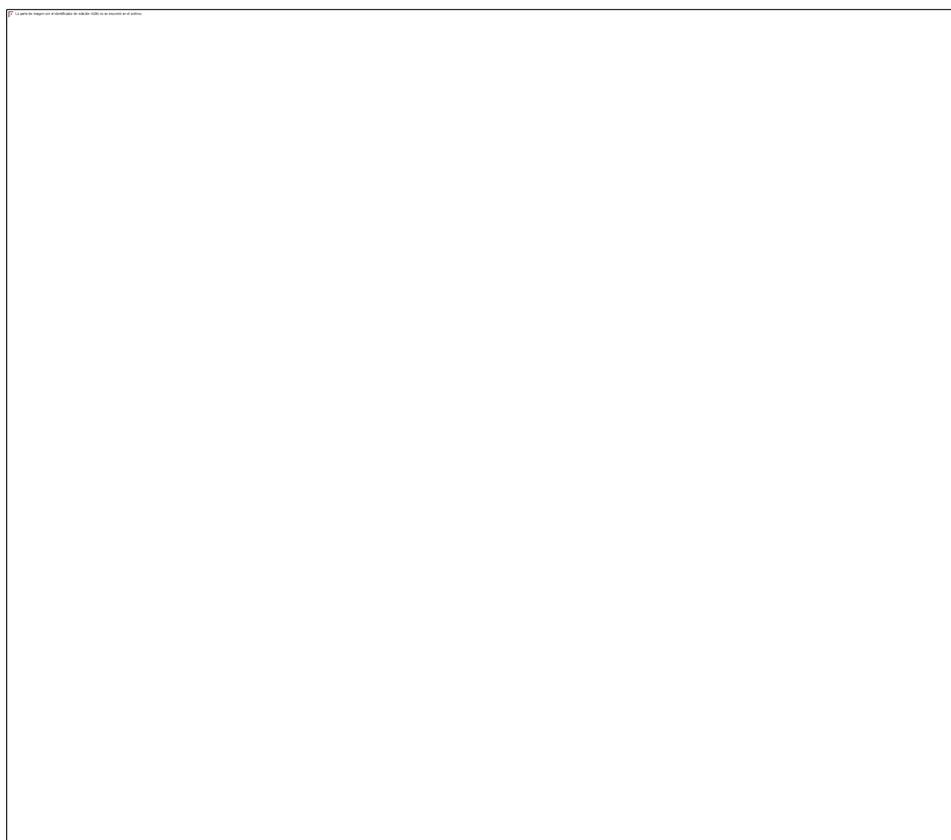
	AÑO 2014				AÑO 2015					
	DAÑO	M	F	Nº	%	DAÑO	M	F	Nº	%
1	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	7	10	17	18.48	TUMOR MALIGNO DEL ENDOCERVIX (ADENOCARCINOMA)	0	36	36	20.34
2	TUMOR MALIGNO DEL ENDOCERVIX (ADENOCARCINOMA)	0	16	16	17.39	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	32	0	32	18.08
3	TUMOR MALIGNO DEL PEZON Y AREOLA MAMARIA	0	8	8	8.70	TUMOR MALIGNO DEL BRONQUIO PRINCIPAL	6	10	16	9.04
4	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	8	0	8	8.70	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	4	11	15	8.47
5	CARCINOMA DE CELULAS HEPATICAS	3	4	7	7.61	TUMOR MALIGNO DEL PEZON Y AREOLA MAMARIA	0	14	14	7.91
6	TUMOR MALIGNO DEL BRONQUIO PRINCIPAL	3	2	5	5.43	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	2	6	8	4.52
7	TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	1	3	4	4.35	CARCINOMA DE CELULAS HEPATICAS	4	3	7	3.95
8	TUMOR MALIGNO DEL CIEGO	2	1	3	3.26	TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL	6	1	7	3.95
9	TUMOR MALIGNO SECUNDARIO DEL INTESTINO GRUESO Y DEL RECTO	0	3	3	3.26	TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS	0	5	5	2.82
10	TUMOR MALIGNO DE SITIOS MAL DEFINIDOS DE LOS ORGANOS DIGESTIVOS	1	1	2	2.17	TUMOR MALIGNO DEL OVARIO	0	4	4	2.26
	OTROS CANCER	6	13	19	20.65	OTROS CANCER	16	17	33	18.64
	TOTAL	31	61	92	100.00	TOTAL	70	107	177	100.00

Del cuadro anterior se observa que el número de casos de CANCER por consulta externa ha aumentado a 85 casos a comparando el 2015 versus el 2014, habiendo aumentado en un 48%. Además para el 2015, los tumores maligno del endocervix ha pasado de ser la segunda causa en el 2014 a la primera durante el periodo 2015; aun el número de casos aumento de 16 a 36 casos.

La vigilancia de cáncer a partir del 2015 se ha repotenciado con personal para el tamizaje y la notificación es solo de casos confirmados mas no los sospechosos.

**ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS HOSPITAL LA CALETA
AÑO 2015**

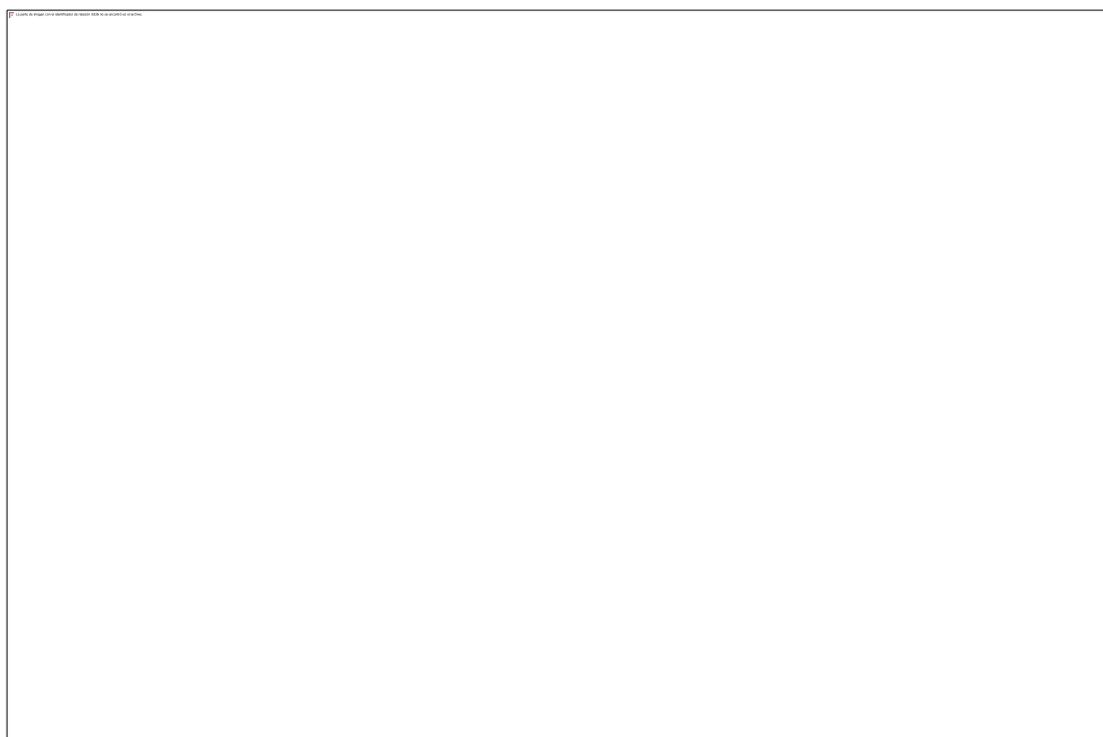
PERSONAS MORDIDAS	AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
OFIDICO	2	2	3	1	3
ARACNIDOS	42	60	42	33	21
OTRAS ESPECIES	688	669	241	200	174



Del cuadro se observa que en cuanto a los accidentes por animales ponzoñosos, se ha presentado 03 casos de OFIDICOS durante el periodo 2015, siendo mayor a lo reportado en el 2014, de igual manera también los accidentes por ARACNIDOS han disminuido en 12 casos los reportados en el 2014.

**COMPLICACIONES POR ACCIDENTES ANIMAL PONZOÑOSOS
 HOSPITAL LA CALETA AÑO 2015.**

PERSONAS MORDIDAS	AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
COMPLICACIONES POR OFIDICO	0	1	2	1	3
COMPLICACIONES POR ARACNIDOS	0	7	2	6	21
TOTAL DOSIS (OFIDICO)	0	3	0	2	3
TOTAL DOSIS (ARACNIDO)	0	17	6	9	5



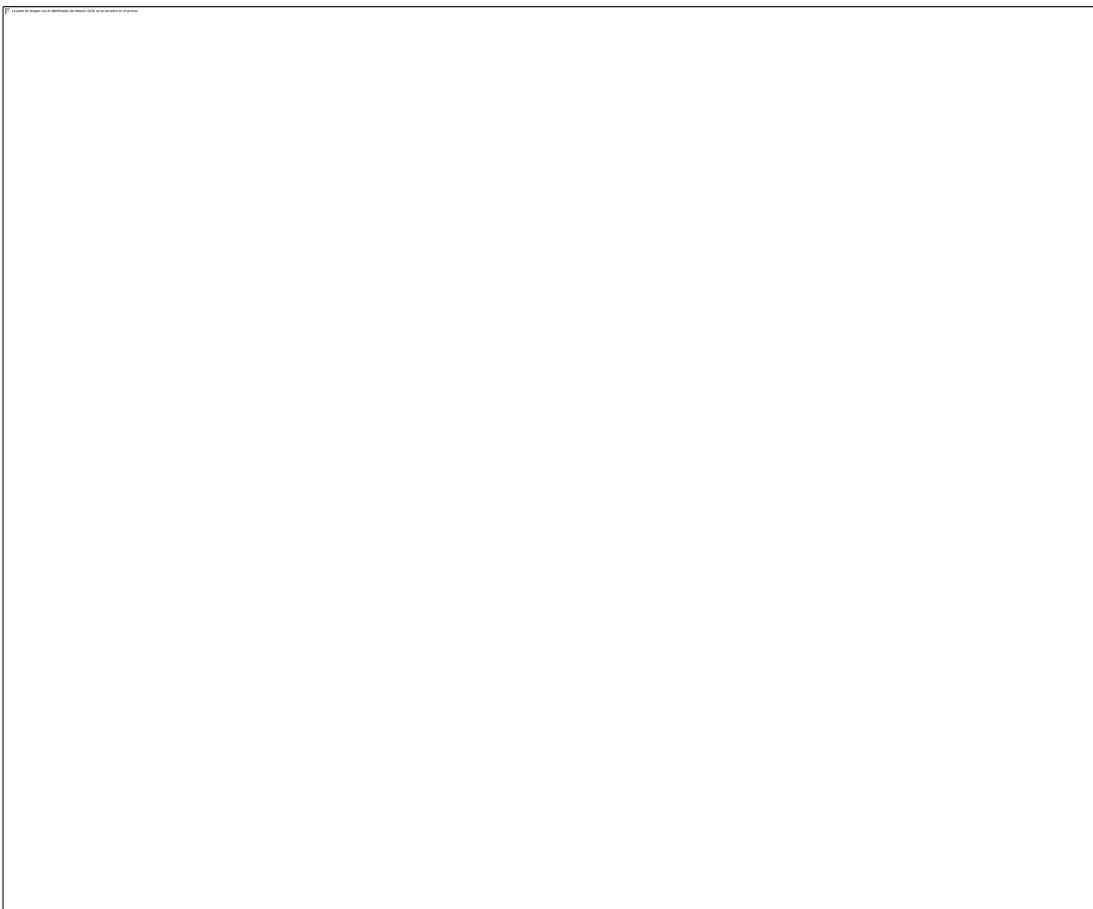
Del cuadro se observa que las complicaciones por OFIDICOS se han reportado 03 caso en el 2015 y se ha notificado 03 dosis; mientras que las complicaciones por ARACNIDOS se han reportado 21 casos en el 2015, cantidad superior a la reportada en el 2014 (6 casos).

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA SOCIAL A LOS PROBLEMAS DE SALUD



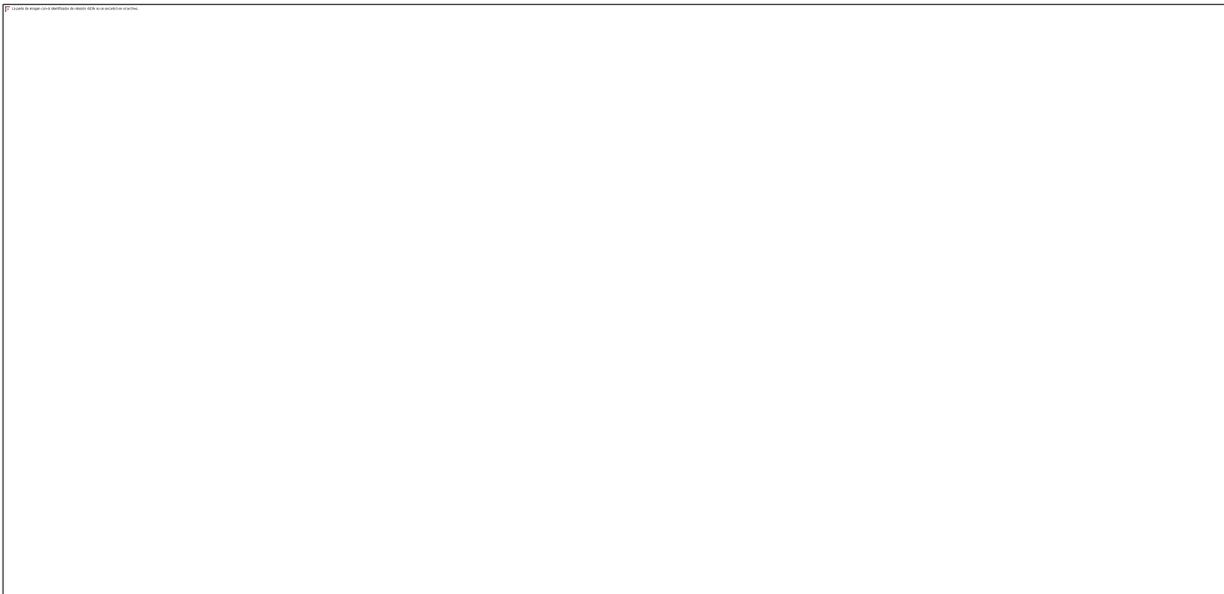
1. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD: son brindados por el MINSA, ESSALUD, FFAA y Policiales, privados, parroquiales y municipales, ONGS, además de farmacias, boticas y personas que ejercen Medicina Tradicional.

Al tercer trimestre del 2014 se cuenta con un total de 23 868 805 afiliados activos a las IAFAS, según el registro de afiliados y el sistema electrónico de transferencia de información de EPS (SETIEPS). Cabe señalar que si un asegurado tiene afiliaciones en distintas IAFAS serán contadas en cada una de ellas, como es el caso de de los asegurados de la EPS que también figuran en ESSALUD



Si Hablamos de Servicios de Salud, es inevitable poder manifestar el Aseguramiento Universal en Salud, Sistema que al Tercer Trimestre 2014 muestra el siguiente grafico por regiones.

**DISTRIBUCIÓN DE LAS AFILIACIONES ACTIVAS AL AUS, POR REGIÓN. CUARTO TRIMESTRE
DEL 2014, EN MILES DE AFILIACIONES**

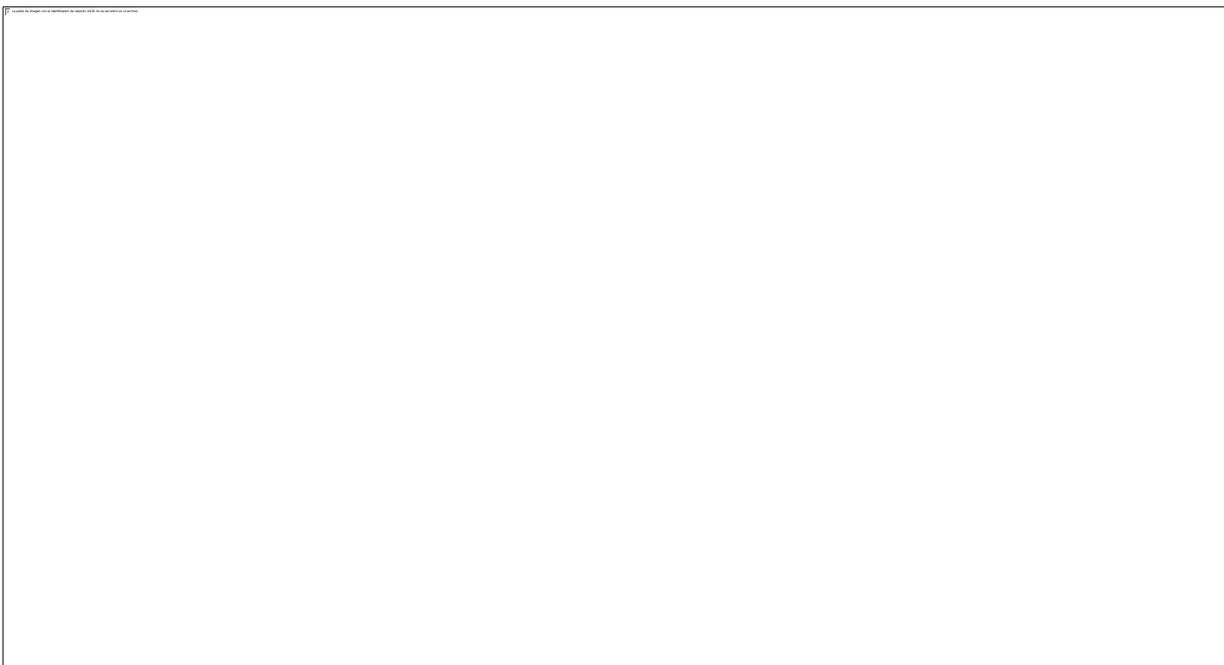


Con respecto al Seguro de Salud Publico (SIS), según la región de residencia del afiliado, se puede apreciar que en Lima (incluido el Callao) se encuentra la mayor cantidad de afiliados 8 531 712 (34,5%), le sigue Piura con 1 533 493 (6,2%) y La Libertad con 1 433 937 (5,8%), muy similar a la participación en el trimestre pasado.

Además se ha tenido a nivel nacional la cantidad de 15'925,300 afiliados; de los cuales

Ancash representa el 4.59% (731,322 Afiliados)

A nivel de la Provincia del Santa y Pallasca (Población de la Red Pacifico Norte), se tiene usuarios con Afiliación vigente 224,803 asegurados, representando a nivel regional el 30.73%.



LA DESCRIPCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA OFERTA:

1 Recursos (Humanos, Físicos, Equipamiento, Medios de Comunicación, Medicamentos, Insumos, etc.).

El Hospital La Caleta pertenece a la Región de Salud Ancash, se rige por las políticas y directivas emanadas por estas que son originadas en el Ministerio de Salud.

Como Ejecutora de referencia garantiza la atención integral de salud de todos los Centros y Puesto de Salud del ámbito referencial, proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y actores sociales involucrados que conlleven a mejorar las condiciones de salud de la población.

El personal de salud participa de capacitaciones organizadas por la sede central y regional; a su vez que individualmente y con sus propios medios económicos el personal accede a cursos de especialización y posgrado.

FISICO.- Es conocida la necesidad de construir el Hospital para que alcance los estándares sanitarios de establecimientos de salud actuales que requiere la demanda de atención de nuestra población de influencia.

Actualmente en las épocas de lluvia se puede observar las consecuencias en la estructura del Hospital, encontrándose aniegos en diferentes oficinas con el consiguiente daño a los materiales y archivos. Así se ha podido evidenciar la proliferación de insectos en las diferentes áreas sobre todo las más antiguas, control que esta a cargo del área de saneamiento ambiental y USERGEM que vienen ejecutando las medidas sanitarias necesarias

La infraestructura en más del 90% corresponde al primer piso, solo existe segundo piso sobre consultorios externos ubicándose las oficinas administrativas.

El material del techo es variable hay sectores de material noble, otras son contra placadas, eternit y draywooll. Las paredes son de material noble, piso de cemento con acabado de losetas en algunos servicios, existen zonas de áreas verdes en regular estado de mantenimiento.

Se cuenta con Agua, Desagüe, Luz; Internet y Teléfono, en caso de falla de energía eléctrica se tiene el apoyo del grupo electrógeno.

EQUIPOS:

En los servicios de hospitalización no se cuenta con mayor equipo médico, los básicos son oxímetro de pulso, aspiradora, esfigmomanómetro, manómetros de oxígeno (no todos operativos) no hay monitores vitales.

El servicio de emergencia cuenta con un ventilador adulto, 2 ventiladores de transporte, aspiradoras, monitor de 5 parámetros vitales, bomba de infusión,

coche de paro, laringoscopio adulto y pediátrico, esfigmomanómetro, manómetro de alto y bajo flujo(no todos operativos), otoscopio, nebulizadores portátil, desfibrilador entre los más resaltantes. El problema es falta de capacitación en el manejo de algunos equipos.

Se cuenta con equipos de rayos X fijo y portátil para pacientes críticos, ecógrafo, de laboratorio para exámenes básicos (no se tiene análisis de gases necesario en el manejo de ventilación invasiva)

MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

Los procesos administrativos de pagos y de registros en admisión son realizados con sistema informativo, disminuyendo el tiempo de los procesos.

Se cuenta con línea telefónica externa y sistema interna de anexos, sistema de perifoneo que solo funciona en horario de oficina por encontrarse en el área de Dirección Administrativa. Servicio de Internet para facilitar el envío y recibimiento de información entre áreas y la sede regional.

Se ha destinado personal en una nueva área de información al usuario, donde se le orienta en los procesos para su atención que era un gran problema porque muchos venían por primera vez y demoraban por su desconocimiento en el flujo hospitalario.

Se realizan paneles de información sanitaria y charlas a los pacientes en algunas áreas.

Es necesario que el sistema de perifoneo se ubique en otra área posibilitando su uso las 24 horas del día. La radio no garantiza la frecuencia deseada para una Emergencia.

MEDICAMENTOS:

El Hospital La Caleta como parte del Ministerio de Salud tiene en su petitorio medicamentos genéricos, parte de los cuales pertenecen al fondo del SIS, actualmente la compra de estos medicamentos se hace en forma conjunta con SISMED.

Existe la provisión según programación de los kits de enfermedades de notificación y programas especiales

INSUMOS:

La provisión de insumos a los servicios está atravesando por un problema evidenciado en la falta de algunos de ellos o su existencia es en mínima cantidad, teniendo que restringir su uso para no desabastecerse. Se hace necesario que los insumos de bioseguridad sean prioridad en las compras que se realizan.

2. **SERVICIOS (tipos de servicios, horario de atención, costos, accesibilidad geográfica, económica, cultural, administrativa; producción, coberturas, etc.)**

Se cuenta con atención en EMERGENCIA, CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION

AREAS DE HOSPITALIZACION

Se divide las áreas de atención en:

SERVICIO DE EMERGENCIA: Funciona con médicos programados de los otros servicios que cubren a su vez el área de hospitalización correspondiente, no tiene personal médico de especialidad (Emergenciólogo), déficit de personal de enfermería y técnicos.

La infraestructura y equipos son insuficientes para la demanda de la población atendida. Actualmente se viene ejecutando el mantenimiento y mejora del servicio. Cuenta con 2 ambientes de reposo: 1 ambiente dividido en área de mujeres(4 camas) y área de pediatría(4 camas); el 2 ambiente de varones(6 camas) que funciona a la vez como zona de aislamiento para pacientes con enfermedades infectocontagiosas hasta su hospitalización.

El área de TRAUMA SHOCK de emergencia cuenta con 1 cama pero ante la demanda se hace uso de camillas con barandales para un 2do paciente.

Cuenta con insumos y materiales básicos, pero no es suficiente para el nivel de atención que se tiene; actualmente se evidencia déficit de material de bioseguridad siendo un riesgo para el usuario interno y externo.

SERVICIO DE MEDICINA: Cuenta con 22 camas divididos en Sala de mujeres (6), Sala de varones (6), Neumología mujeres (3) y varones (3), Aislados (2) y Neurología (2).

Área de hospitalización de pacientes con diagnósticos infectocontagiosos en forma frecuente (TBC, VIH, etc.) cuyos ambientes de aislamiento son insuficientes para recepcionar a este tipo de usuario ocasionando un riesgo potencial de infecciones cruzadas al permanecer en ambientes comunes con otros pacientes de otras patologías en el área de emergencia.

SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA: Se cuenta con 32 camas de hospitalización (Alto riesgo, ginecología, aislados, puerperio normal y 2 salas mixtas) y 5 en centro obstétrico. La gran demanda de atención existente en esta área representa en el año 2011 el 53.62% del total de egresos hospitalarios. En el servicio de Medicina por la gran demanda no se cuenta con un área de aislados específica para los casos (TBC pulmonar, heridas infectadas, etc.).

(Eclampsia, Síndrome de Hellp, Shock hipovolémico, sepsis, etc.) algunas de las cuales se han recuperado y permanecen hasta su alta pero otras son referidas a un centro de mayor complejidad.

Se evidencia un déficit de personal médico, enfermería y obstetricia.

SERVICIO DE CIRUGÍA: Se atiende al paciente quirúrgico, se cuenta con la una unidad individual para el paciente quemado con poco tiempo de haber sido remodelada y mejorada. Anteriormente se tenía ingresos por pacientes con fracturas para inmovilización y tratamiento quirúrgico pero la falta de equipos han disminuido su ingreso con su derivación a otros centros asistenciales.

SERVICIO DE PEDIATRÍA: Se divide en 2 áreas Neonatología y Pediatría. Resaltando aquí la UCIN donde se ha atendido a menores de muy bajo peso y extremo bajo peso al nacer quienes han presentado por su prematuridad, sistema inmunológico inmaduro y exposición a procedimientos invasivos algún tipo de infección intrahospitalarias pero muchos de ellos se han recuperado y dados de alta resultado del trabajo en equipo del personal médico, enfermeras y técnicos del servicio.

CENTRO QUIRÚRGICO: Se cuenta con Centro Quirúrgico con 3 quirófanos, no cuenta con sala de recuperación; y fusionado con un área que funciona como Unidad de Esterilización que atiende la necesidad de todo el hospital con material estéril.

Las áreas de apoyo diagnóstico existentes son:

- Área de estudios ultrasonográficos.- La que no cuenta con un ambiente definitivo; el actual es un ambiente pequeño.
- Laboratorio Central y de emergencia.- El laboratorio de emergencia atiende a todo el hospital, con personal insuficiente, demorando los resultados de los análisis y evolución del paciente.
- Unidad de Banco de Sangre.- Los tamizajes de los posibles donantes se realiza en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, no se cuenta con todos los componentes hemoderivados, por ejemplo la unidad de plaquetas se debe traer de Trujillo.
- Rayos X.- Brinda servicio las 24 horas del día y cuenta con un equipo portátil para la atención de pacientes críticos.
- Ecografías Obstétricas.- se cuenta con un ecógrafos para estudios obstétricos con (médico exclusivo, y con ambiente definido), Asimismo contamos con equipo para realizar exámenes especializados de alta complejidad.

En este objetivo el hospital actualmente cuenta con atención en diferentes especialidades:

- * Medicina General
- * Endocrinología
- * Medicina Interna
- * Neumología
- * Cirugía general
- * Otorrinolaringología
- * Traumatología
- * Neonatología
- * Odontología
- * Urología
- * Oftalmología
- * Neurología
- * Cardiología
- * Gastroenterología
- * Medicina física y rehab.
- * Cirugía de cabeza y cuello
- * Cirugía plástica
- * Pediatría
- * Ginecología
- * Atención Obstétrica
- * Psicología
- * Odontoestomatología

HORARIO DE ATENCIÓN:

Área de Emergencia y hospitalización brinda atención las 24 horas del día.

Área de Consultorio externo: Según la programación de las diferentes especialidades de lunes a sábado en horario de mañana y tarde.

MAÑANA Y TARDE (algunos consultorios)

Percepción de los usuarios: El usuario exige más especialidades, ampliar el tipo de análisis que se realizan en el establecimiento, mayor número de personal para mejorar la atención de los pacientes. Mejorar las condiciones de hospitalización.

La optimización de la oferta: Actualmente se ha dividido la atención en consultorios externos en las diferentes etapas del ciclo de vida como lo exige la directiva de ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD POR ETAPAS DE VIDA.

1. Etapa Niño (triaje, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo, consulta de pediatría, nutrición, programa de asma, etc.).
2. Etapa Adolescente (triaje, psicología, atención médica, CRED del adolescente, nutrición, etc.
3. Etapa Adulto (triaje, tamizaje de hipertensión, consultas médicas según especialidad, nutrición, etc.)
4. Etapa Adulto-Mujer (triaje, obstetricia, nutrición, ginecología, etc.)
5. Etapa Adulto Mayor (triaje, consulta según especialidad, tamizaje de hipertensión, etc.

Determinar la diferencia entre el rendimiento actual y el rendimiento óptimo (brecha de eficiencia).

HOSPITALARIOS:

INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA
 HOSPITAL LA CALETA AÑOS 2011 – 2015

INDICADORES		AÑOS				
		2011	2012	2013	2014	2015
REND.MEDICO HORA EFECTIVO	NRO.CONSULTA					
	R.M.H.E = EXTERNA	53,148 = 2.88	49,415 = 2.85	51,401 = 2.92	34,696 = 3.11	62,822 = 3.12
	NRO.HRS.MEDICAS EFFECTIVAS	18,476	17,324	17,604	11,172	20,148
(CONCENT.MED.) INTENS. USO DE CONSULTA	C.C. = NRO.ATENCIONES	53,148 = 2.16	49,415 = 2.01	51,401 = 2.23	34,696 = 2.18	62,822 = 2.38
	NRO.ATENDIDOS	24,646	24,530	23,033	15,923	26,383
RECETAS POR CONSULTA	NRO.RECETAS DE					
	R.C. = C.EXTERNOS	60,756 = 1.14	67,787 = 1.37	20,819 = 0.41	24,986 = 0.72	26,472 = 0.42
	NRO.DE CONSULTAS	53,148	49,415	51,401	34,696	62,822
EX..DE LABOR. POR CONSULT.	NRO.EXAM.DE					
	E.L.C. = LABOR.C.EXTER	87,039 = 1.64	109,738 = 2.22	72,768 = 1.42	70,444 = 2.03	96,543 = 1.54
	NRO.DE CONSULTA	53,148	49,415	51,401	34,696	62,822
EX.RADIOLOG. POR CONSULTA	EXAMEN					
	E.R.C. = RADIOLOGICOS	6,564 = 0.12	7,492 = 0.15	6,199 = 0.12	6,031 = 0.17	6,683 = 0.11
	NRO.CONSULTAS EXTERNAS	53,148	49,415	51,401	34,696	62,822
EX.ECOGRAFIC POR CONSULTA	E.R.C. = EXAMEN ECOGRAFICOS	1,005 = 0.02	1,726 = 0.03	2,793 = 0.05	1,539 = 0.04	1,214 = 0.02
	NRO.CONSULTAS EXTERNAS	53,148	49,415	51,401	34,696	62,822
CONCENTRA ODONTOLOG	C.C. = NRO.ATENCIONES	1,449 = 1.16	3,009 = 1.18	2,767 = 1.54	2,511 = 1.46	4,143 = 2.46
	NRO.ATENDIDOS	1,246	2,557	1,798	1,716	1,684
RENDIMIENTO	NRO.CONSULTA					
HORA ODONTOLOG	R.O. = ODONTOLOG.	1,449 = 1.38	3,009 = 1.67	2,767 = 1.64	2,511 = 1.10	4,143 = 1.44
	NRO.HRS.ODONTOLOGI.	1,048	1,800	1,692	2,284	2,868
(CONCENT.MED.Y NO MED) INTENS. USO DE CONSULTA	C.C. = NRO.ATENCIONES	112,489 = 2.19	136,490 = 2.14	164,118 = 2.77	138,955 = 2.79	190,021 = 2.62
	NRO.ATENDIDOS	51,398	63,820	59,221	49,753	72,532

Fuente: Datos HIS

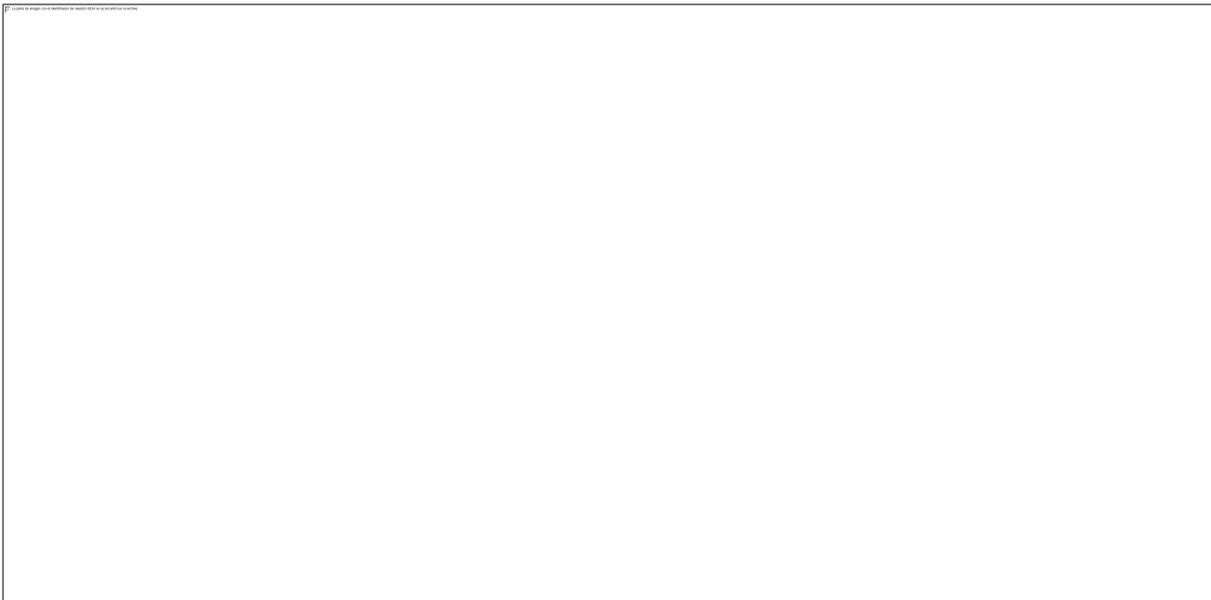
Análisis de 03 Indicadores más resaltantes:

Rendimiento Medico Hora Efectivo: Se incrementó el rendimiento del Médico en **0.01** consultas por hora. Indicar que el estándar promedio de efectividad es de **4** consultas por hora.

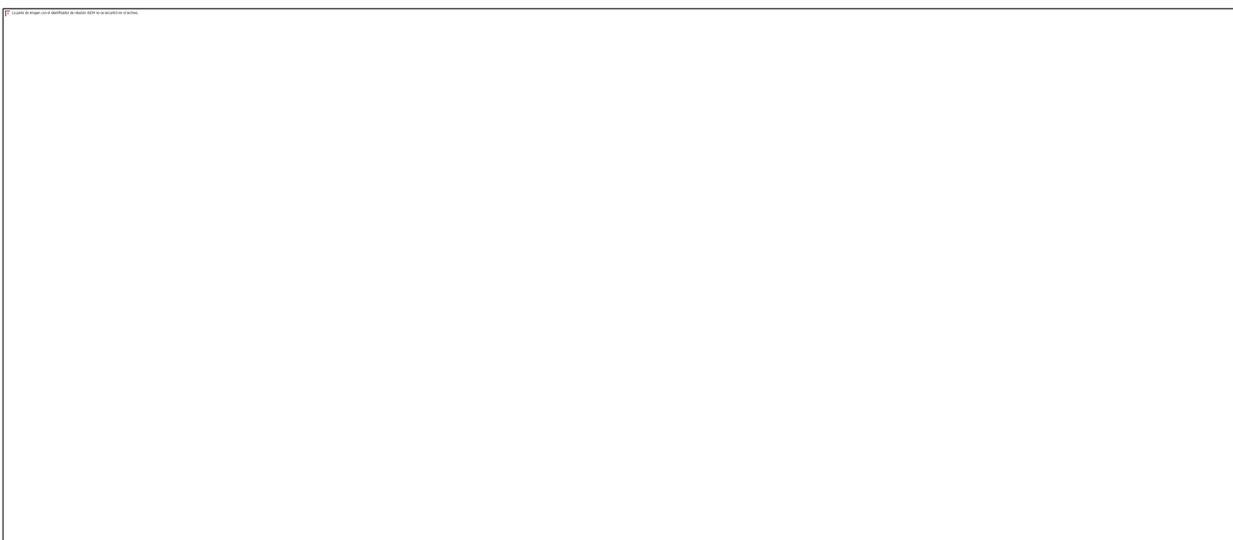
Intensidad de Uso: Lo cual representa el número de veces que el usuario acudió al hospital, habiendo reflejado una ligera disminución de **0.20**. Comparando los periodos 2015 -2014

Receta por Consulta: Muestra un disminución de **0.30** en el 2015 con respecto al 2014.

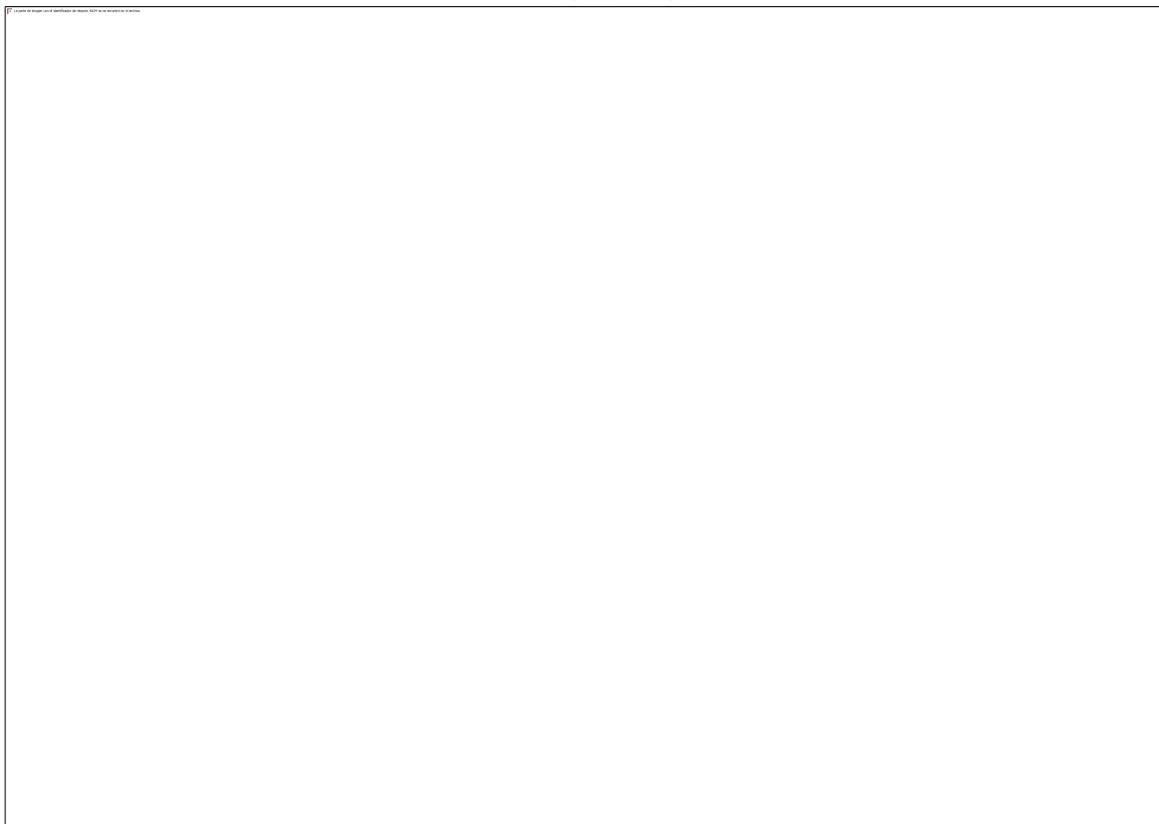
AÑOS 2011 – 2015



**INDICADORES DE HOSPITALIZACION HOSPITAL LA CALETA AÑOS
2011 – 2015**



INDICADORES DE CALIDAD HOSPITAL LA CALETA AÑOS 2011 – 2015



Fuente: Datos HIS

Análisis de 04 Indicadores más resaltantes:

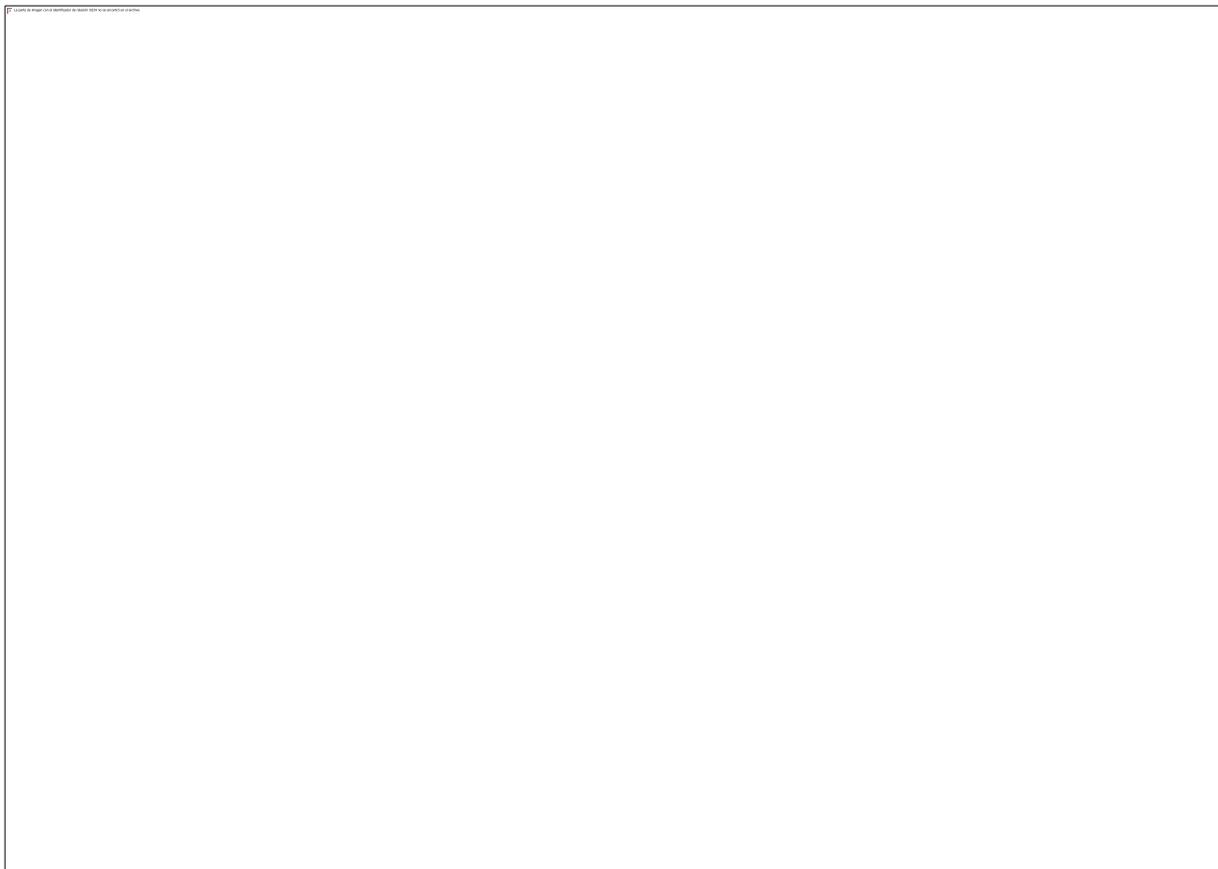
Operaciones por Cirujano: Ha aumentado el número de Horas médico cirujano en 37.62 comparando el 2015 con el 2014.

Mortalidad Bruta. La mortalidad en el Hospital se incrementado en un 0.41 comparando 2015 con el 2014 y en un 0.4 en relacion al 2013.

Mortalidad Hospitalaria. Se ha incrementado en un 0.48 en el 2015 en comparacion al 2014.

Tasa de Mortalidad Infantil.El Cuadro Evidencia un aumento del 1.19 en el 2015 con respecto al 2014.

INDICADORES DE CALIDAD HOSPITAL LA CALETA AÑOS 2011 – 2015



Fuente: Datos HIS

Análisis de 01 Indicador más resaltantes:

Tasa de Mortalidad Neonatal Tardía: Que se considera a los RN de 8 a 28 días, lo cual se refleja un incremento del 1.83 comparando el periodo 2015 versus el 2014.

INDICADORES DE CALIDAD AÑOS 2011 – 2015

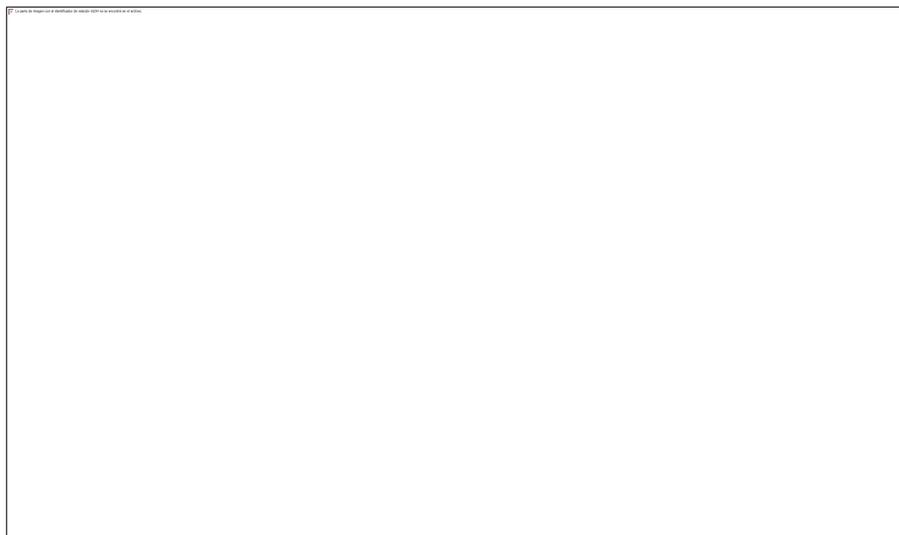
Determinar la diferencia entre la necesidad y rendimiento de los recursos proyectados desde la demanda y las necesidades de salud (Resolutividad).

Las políticas actuales de salud enfatizan la promoción y prevención en los primeros niveles de atención, y especialización de los centros de referencia para la solución de los problemas de salud de alta complejidad.

Actualmente tiene la categoría II-2, pero en el actual proceso de acreditación corre el riesgo de descender a II-1 por no contar con la UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS que le correspondería tener según el nivel actual y es de suma necesidad por la demanda de atención de nuestra población; ingresan cada vez más casos de mayor complejidad que nos exigen un nivel de capacidad resolutiva mayor que al no tenerlo deben ser referidos con la consiguiente demora en su tratamiento que afecta su posterior recuperación.

Es evidente que para atender a una población de 312,000 hab. (Fuente INEI), que comprende ambas provincias del Santa y Pallasca la construcción de una nueva infraestructura con mejores condiciones sanitarias y número de camas permitirá responder adecuadamente a las exigencias de salud de la población; a esto agreguemos la propuesta del seguro universal que se está ejecutando en otras regiones como piloto.

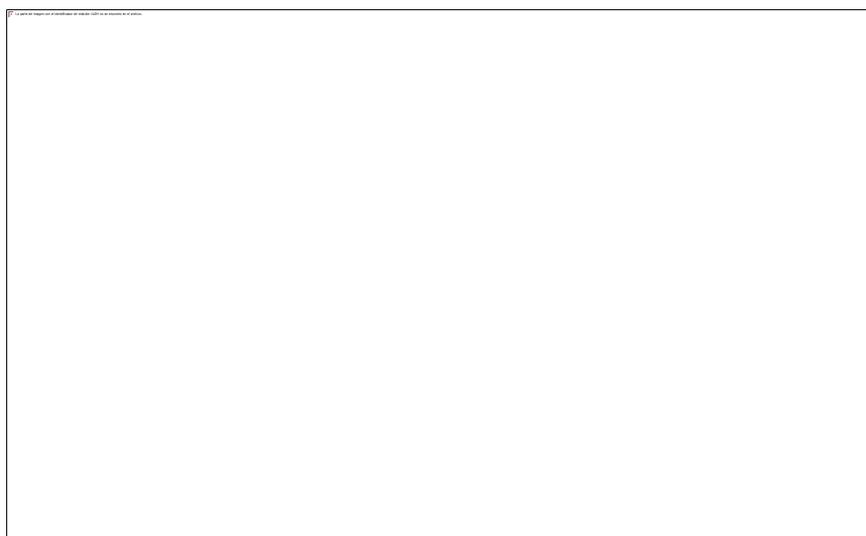
CONSULTA EXTERNA PRODUCCION DE ACTIVIDADES SERVICIOS BASICOS 2011 – 2015



Fuente: Datos HIS

En el grafico se Observa el incremento de 16.340 Atenciones en el 2015 en comparación al 2014. Así mismo indicar que se ha tenido un incremento del intensidad de uso del 0.72% haciendo un comparativo entre el 2014 y el periodo 2013. Cabe Mencionar que este es un indicador muy importante que determina el número de veces que cada usuario hace uso del servicio en el periodo de un año. El valor Óptimo es un valor de mayor a 4 atenciones.

EGRESOS HOSPITALARIOS POR SERVICIOS SEGÚN AÑOS 2011 – 2015

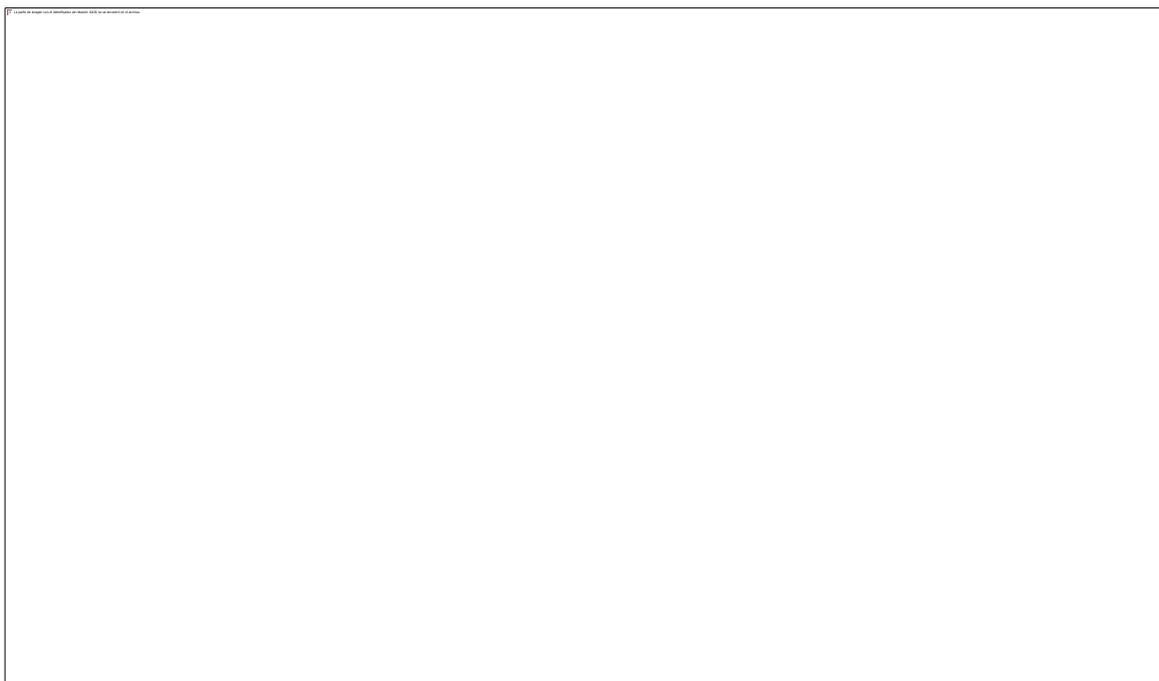


Fuente: SEM

En el siguiente grafico se puede evidenciar que el mayor porcentaje de Egresos se evidencia en Gineco Obstetricia en comparación al 2014 con un incremento de 353 egresos.

**HOSPITALIZACION CUADRO COMPARATIVO DE INTERVALO DE
 SUSTITUCION 2011-2015**

INDICADOR		AÑOS				
		2011	2012	2013	2014	2015
INTERVALO DE SUSTITUCION	DIAS CAMAS DISP-PCTE DIAS	18,336	16,248	14,619	16,395	13,996
	Nº DE EGRESOS	6,145	6,570	6,630	5,929	6,600
	%	2.98	2.47	2.20	2.77	2.12



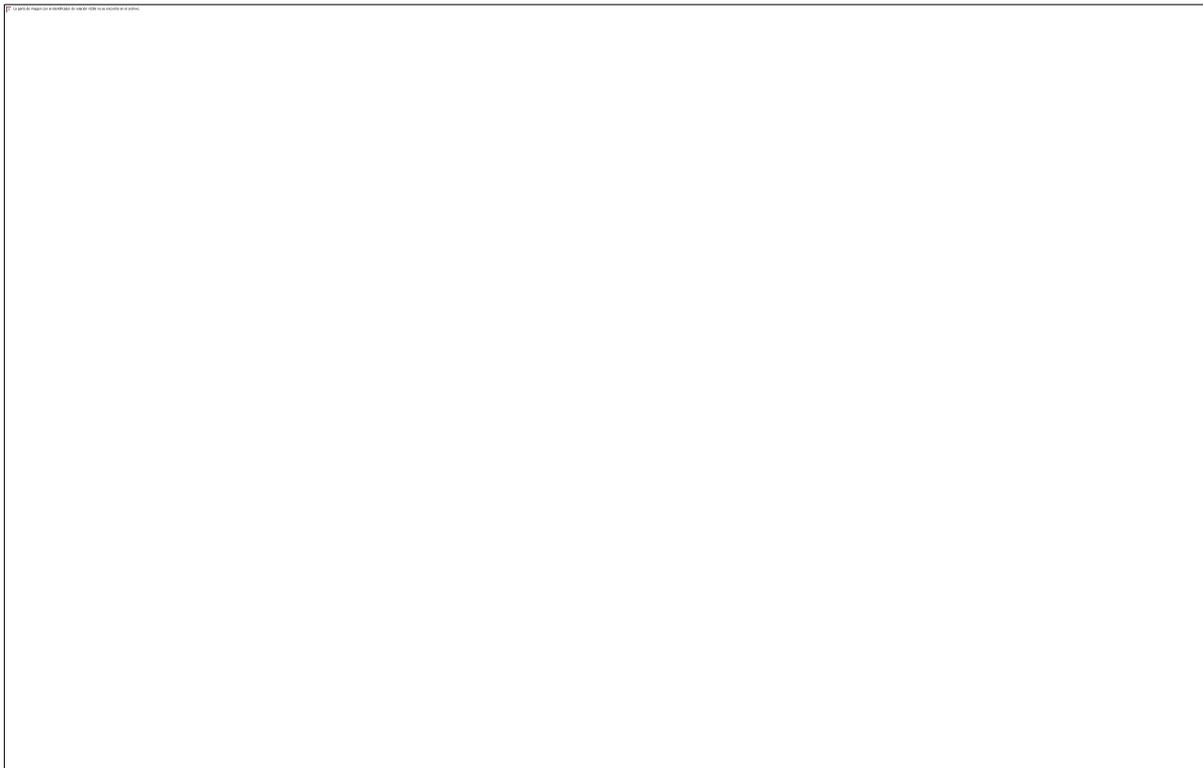
Fuente: Datos HIS - SEM

El cuadro evidencia una disminución del 0.65 en el intervalo de sustitución, comparando los años 2015 y 2014. **Este indicador mide el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama**

Indicar que el Hospital cuenta con 105 camas distribuidas en los servicios de Medicina, Pediatría, Cirugía, Gineco Obstetricia.

**HOSPITALIZACION CUADRO COMPARATIVO DE PORCENTAJE DE
 OCUPACION 2011-2015**

INDICADOR		AÑOS				
		2011	2012	2013	2014	2015
% DE OCUPACION	PACIENTE DIA X 100	19,989	22,182	23,706	21,930	24,329
	DIAS CAMAS DISPON	38,325	38,430	38,325	38,325	38,325
	%	52.16	57.72	61.86	57.22	63.48



Fuente: Datos HIS

Según el Grafico se aprecia que el Porcentaje de ocupación del área de hospitalización es del 63.5% en el 2015, habiéndose incrementado en un 6.3% con respecto al año 2014

**HOSPITALIZACION CUADRO COMPARATIVO DE RENDIMIENTO CAMA
 2011-2015**

INDICADOR		AÑOS				
		2011	2012	2013	2014	2015
RENDIMIENTO CAMA	Nº EGRESOS	6,145	6,570	6,630	5,929	6,600
	Nº CAMAS	105	105	105	105	105
	%	58.52	62.57	63.14	56.47	62.86



Fuente: Datos SEM

El grafico nos muestra el rendimiento de cama correspondiente al año 2015 que aumento en a 6.39% en relación al 2014, **Esto nos muestra el número de enfermos tratados en cada cama hospitalaria, es decir, los egresos que dicha cama ha producido.**

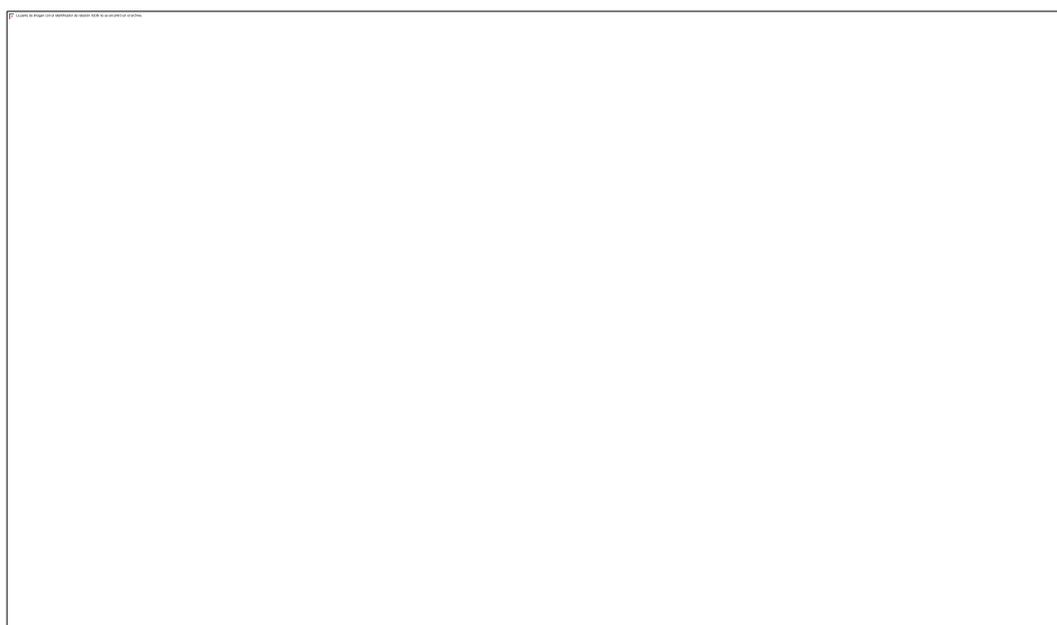
PACIENTES EN SALA DE REPOSO DE EMERGENCIA HOSPITAL LA CALETA CHIMBOTE AÑOS 2011-2015

AÑOS	TOTAL EMERG	TOTAL REPOSO	%
2011	28,106	2,263	8.05
2012	32,444	2,590	7.98
2013	34,239	2,612	7.63
2014	33,995	2,285	6.72
2015	38,975	2,339	6.00

El Cuadro y el Grafico nos muestran la relación de pacientes atendidos y los que se quedan en reposo; la cual indica que aumento las emergencias en 498 atenciones en el 2015 a comparación del 2014; solo el 6 % ha necesitado quedarse en el hospital en el área de reposo.

COBERTURA DE VACUNACION

PROTECCION	AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
N°RN PROTEG.BCG	2,365	2,588	2,509	2,182	2313
N° DE RN VIVOS	2303	2337	2286	2286	2631
%	102.69	110.74	109.76	95.45	87.91

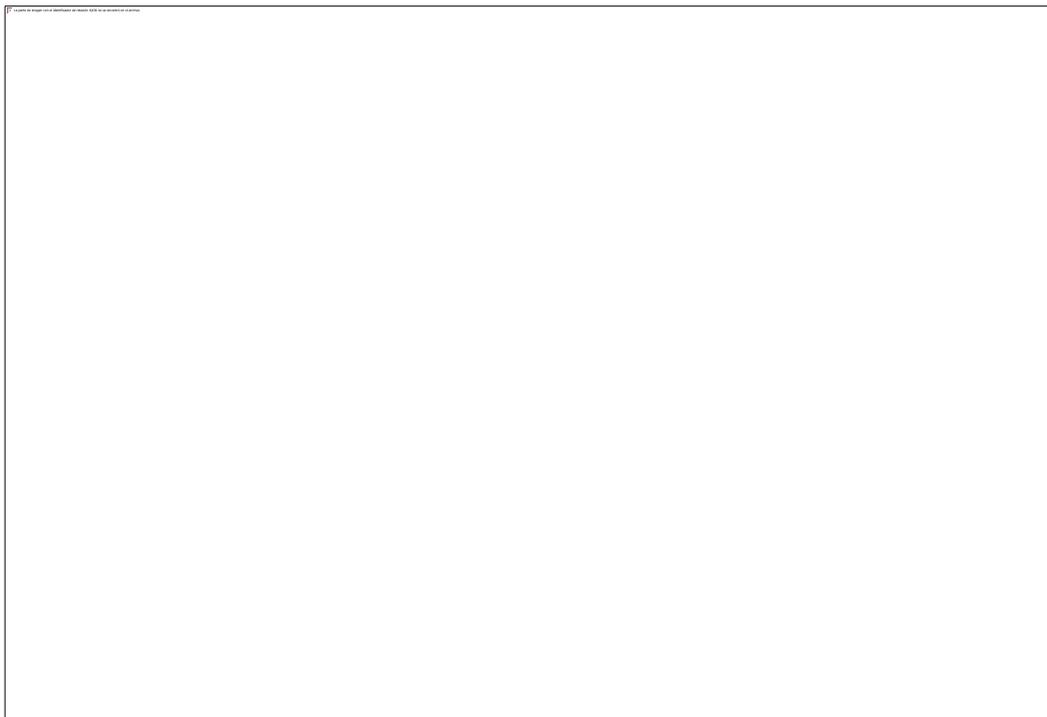


Fuente: Reportes Coodinadora de Estrategia

El Grafico nos muestra el aumento en cuanto al comportamiento de los recién nacidos protegidos, aumento que es del 7.54% en el año 2015, mientras que en el 2014 hubo una disminución de 14.31%.

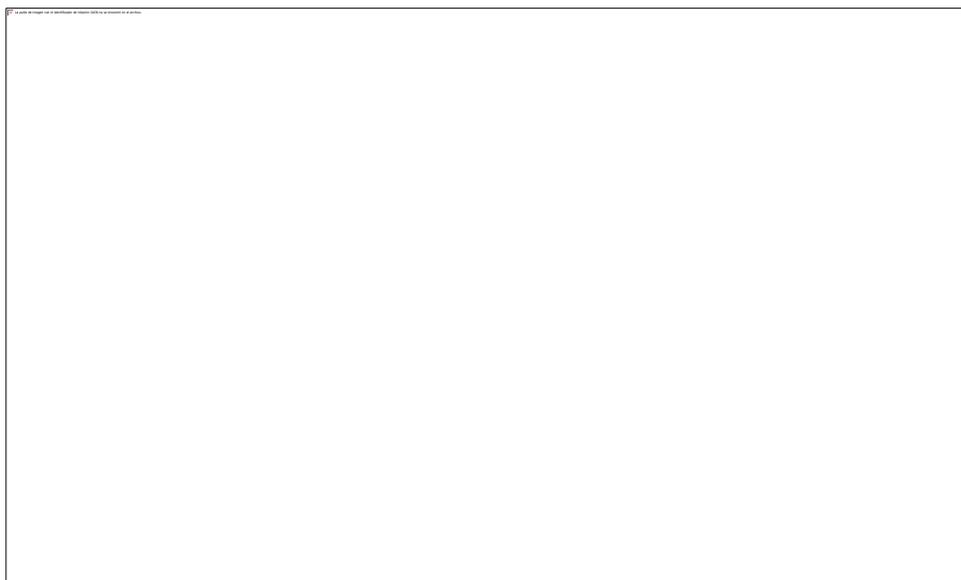
PROTEGIDOS	AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
B.C.G	2365	2588	2509	2182	2378
HvB	2248	2332	2384	2137	2348
POLIO	155	192	176	157	139
PENTA	166	200	173	204	145

Fuente: Reportes Coordinadora de Estrategia - OEI



En cuanto al comportamiento de los niños protegidos, el grafico nos muestra una disminución de la POLIO en 20 pacientes y la PENTA en 59 pacientes en el 2015 versus el 2014 y las demás vacunas se han incrementado. En cuanto a BCG 196 pacientes, HvB disminuyo en 211 pacientes; haciendo el comparativo 2015 y 2014.

PROTEGIDOS	AÑOS				
	2011	2012	2013	2014	2015
NEUMOCOCO	220	271	247	249	178
ROTAVIRUS	182	264	221	211	168
INFLUENZA	95	102	89	79	83



Fuente: Reportes Coodinadora de Estrategia - OEI

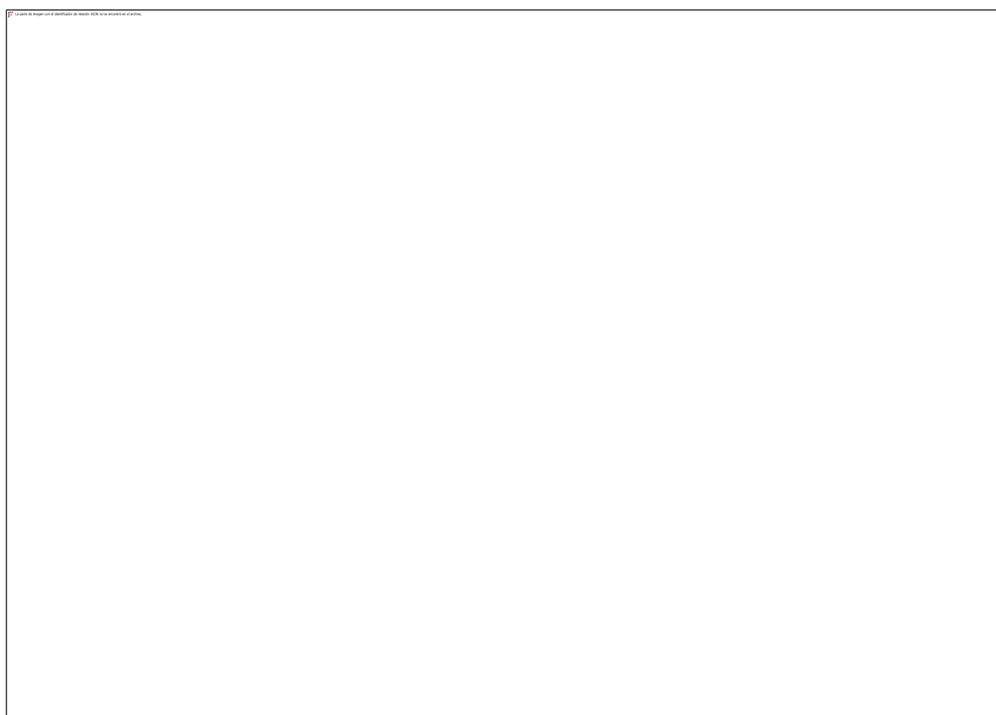
CRECIMIENTO Y DESARROLLO

No se tiene población directa para programación pero si a la demanda y se programa con todos los niños RN nacidos en nuestro establecimiento para sus primeros controles y otros de alto riesgo que se mantienen en el hospital y luego son derivados a sus centros y puestos de salud.

NIÑOS CONTROLADOS HOSPITAL LA CALETA AÑO 2012 - 2015

AÑOS	ATENCIONES				TOTAL
	<1	1	2 -- 4	5-- 11	
2012	6459	395	216	24	7094
2013	6483	482	213	19	7197
2014	7547	628	317	21	8513
2015	4404	449	249	23	5125

Fuente: Reportes Coodinadora de Estrategia - OEI

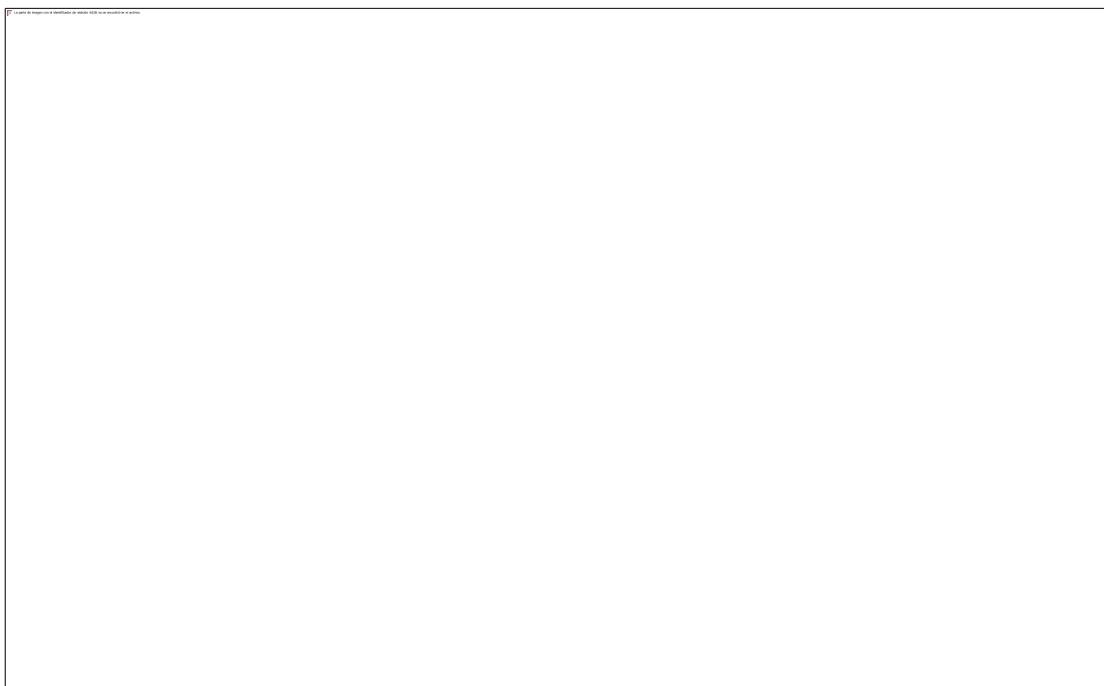


En el grafico se puede observar una disminución en cuanto a las atenciones de CRED, dicha disminución es de 3388 atenciones comparando el 2015 versus el 2014. Así mismo indicar que la mayor concentración de atenciones se ha registrado en los niños menores de 1años con 4404 (85%) pacientes en el 2015

**NIÑOS QUE RECIBEN LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA SU 6TO
 CONTROL HOSPITAL LA CALETA AÑO 2012 – 2015**

NIÑOS C/6 CONTROLES	AÑOS			
	2012	2013	2014	2015
NIÑOS C/LME	184	138	109	66
NIÑOS C/6 CTROLES	200	148	184	136
%	92.00	93.24	59.24	48.53

Fuente: Reportes Coordinadora de Estrategia – OEI



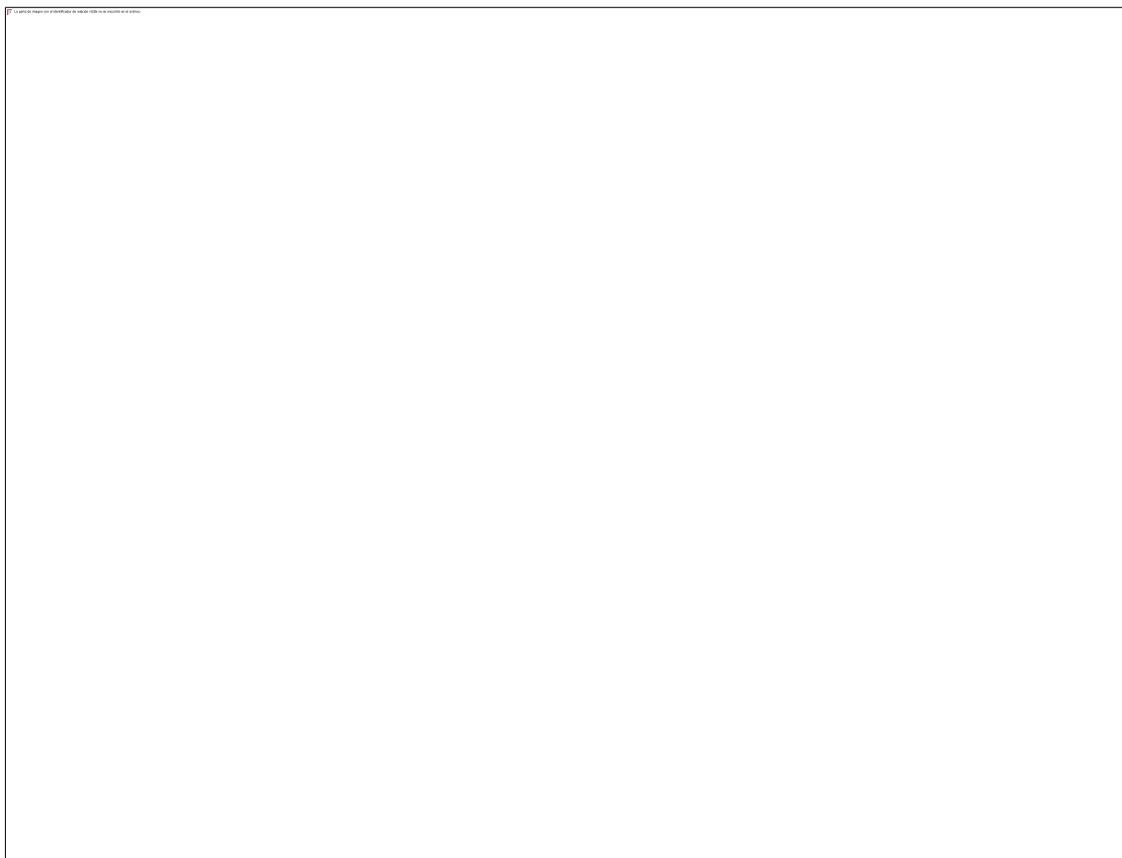
Fuente: Reportes Coordinadora de Estrategia

El Grafico muestra una disminución de 43 niños con LME durante el 2015 a comparación del 2014. Llegando a tener un porcentaje de 48.53% de niños que han recibido LME durante sus primeros 6 meses de vida.

**EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL HOSPITAL LA CALETA
 AÑO 2011 – 2015**

AÑOS	DX NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS					
	D.AGUDO	REC	D.CRONICO	REC.	OBESO	REC.
2011	12	1	27	0	2	0
2012	33	6	27	0	3	0
2013	5	3	2	0	2	0
2014	0	1	1	0	8	1
2015	4	1	9	2	5	0

Fuente: Reportes Coordinadora de Estrategia – OEI



En los siguientes graficos podemos observar que en el 2015 se diagnosticaron 4 niños con D.A ,9 Desn.C de las cuales se incrementaron a compracion del 2014 , mientras que los casos de obesidad disminuyeron a 5 niños.

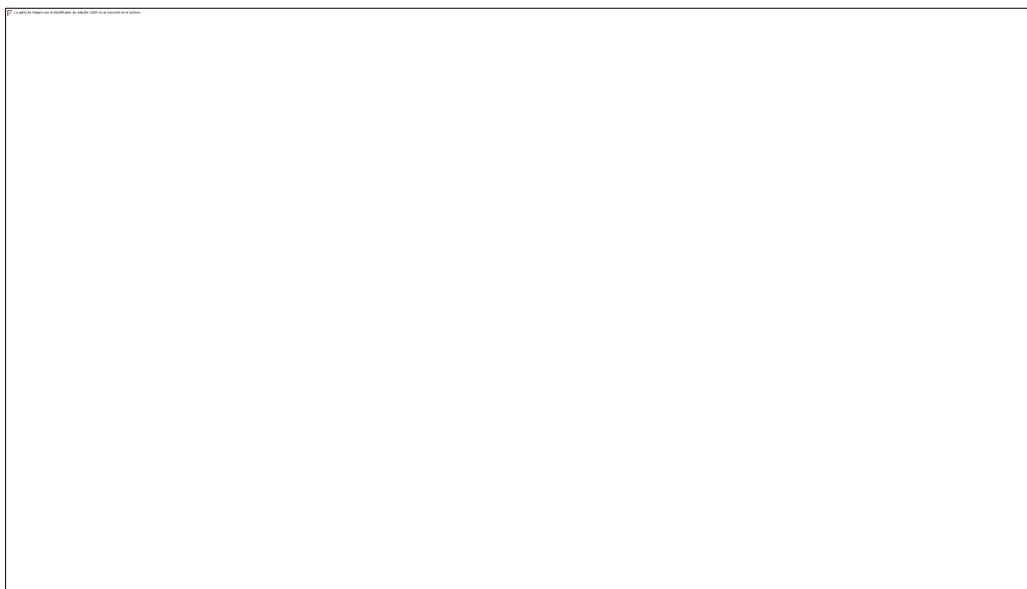
Sin dejar de lado a los niños que se recuperaron con los diferentes Dx. Demuestra un gran logro con la recuperacion de 3 niños.

EMERGENCIAS Y DESASTRES HOSPITAL LA CALETA

**HOSPITAL LA CALETA INCIDENCIA DE EVENTOS NATURALES O ANTROPICOS
 ENERO A DICIEMBRE 2015**

DESCRIPCION	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
LLUVIAS	1								0	0	0	2
SISMO	1	1	2	3	1	1	3	3	0	2	3	1
VIENTOS FUERTES					1		1	1	2	1	1	1
OLEAJE			2		2	2		2	2	3	1	2

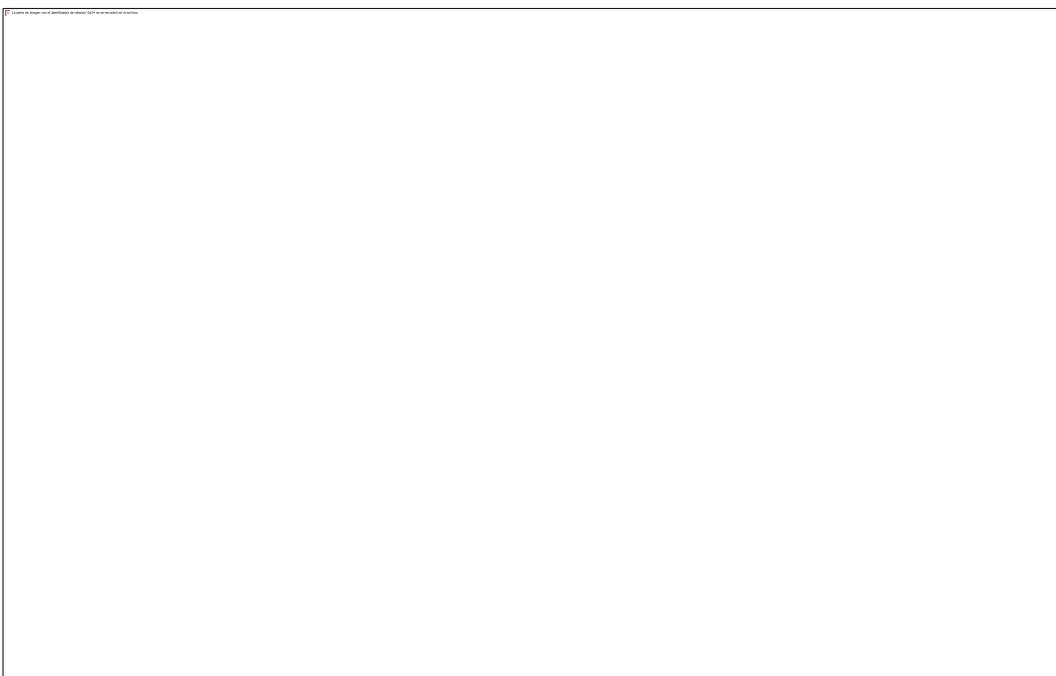
Fuente: Reportes Coordinadora de Emergencias y Desastres



La incidencia de los eventos adversos naturales con Riesgo a daños hacia el hospital la caleta en el año 2015 se tiene con mayor porcentaje a los sismos presentados 3 desde 4 a 5° de intensidad que si de alguna manera no hubo daños materiales nos ponen en alto riesgo a repercusiones en lo posterior, así tenemos; a las viento y oleajes en el segundo lugar con un total de 1 episodios los cuales no causaron ni se reportaron daños en los servicios del hospital I caleta.

**CASOS NOTIFICADOS DE INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS QUÍMICAS
 DEL HOSPITAL LA CALETA - COMPARATIVO ANUAL 2014 – 2015**

INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS QUIMICAS		
INTOXICACIONES	2014	2015
Álcalis Caustico y sustancias alcalinas similares	25	17
sustancias toxicas no especificadas		27
² sustancias toxicas especificadas	0	1
Insecticidas organofosforados y Carbamatos		88
² Rodenticidas	2	0
Acido corrosivos y sustancias acidas similares		5
TOTAL	147	88



Respecto a las casos de morbilidad notificadas por intoxicaciones por sustancias químicas durante los años 2014, y 2015, se observa que para ambos los Insecticidas organofosforados y Carbamatos representan más del 50% del total de eventos; seguido Álcalis Caustico y sustancias alcalinas similares con un 20%, de los cuales en su mayor proporción están asociados principalmente a intoxicaciones de tipo intencional suicida por plaguicidas y por otras sustancias químicas.

Asimismo se puede observar que para el año 2015, se presentaron 88 casos (100%) intoxicaciones por sustancias químicas, mientras que para el año 2014 se registró 147 casos (100%), por lo que se disminuyó 40% en comparación de año 2014.

DIAGNOSTICO DE SALUD EN EL AMBITO DEL HOSPITAL DE REFERENCIA HOSPITAL DE APOYO LA CALETA

1. Agenda pendiente

Mejoramiento urgente de la infraestructura general del hospital, por consiguiente ampliación y apertura de nuevos servicios.

Evaluar el incremento de personal asistencial de atención directa e indirecta con especialización enfocado a un hospital de mayor capacidad resolutive (médicos, enfermeras, obstetrices, técnicos, personal de laboratorio, etc.)

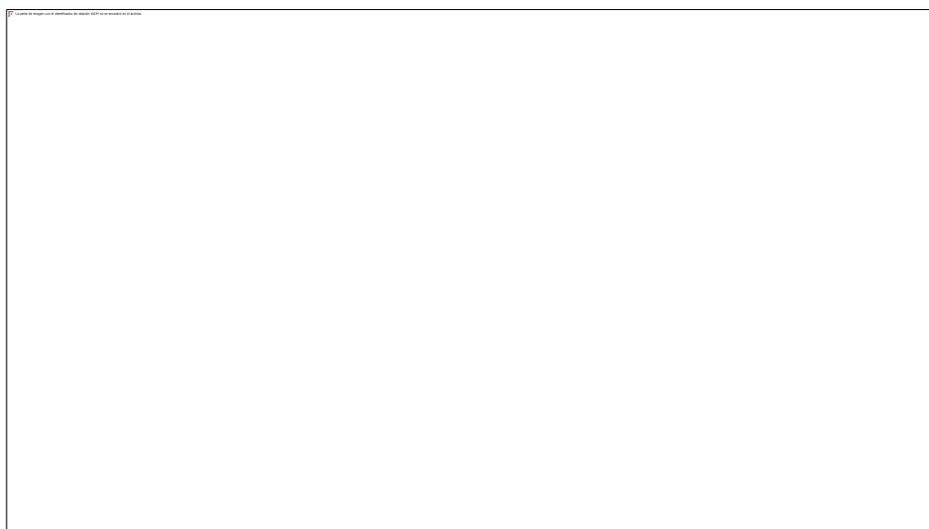
Capacitación Continua del personal a través de los convenios con otras instituciones educativas y de salud y/o pasantías.

2. Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios

El manejo de los residuos sólidos Hospitalarios, en la actualidad dentro de nuestra institución representa un peligro de salud pública (Sanitaria y Ambiental), para los trabajadores, pacientes y vecinos; ya que en la actualidad se está implementando medidas para mejorar la generación, segregación y el transporte interno de los residuos hospitalarios; pero no existe un lugar de almacenamiento y un equipo de autoclave para el respectivo tratamiento interno

Cabe mencionar que los residuos sólidos, **son almacenados sin ningún tipo de prevención y precaución**, hasta que el servicio de la municipalidad llegue a recogerlos para llevarlos al relleno sanitario

El hospital no dispone de un equipo de **INCINERADOR U AUTOCLAVE**, para el tratamiento interno, que pueda permitir el manejo y tratamiento de los residuos Hospitalarios, para convertirlos en residuos comunes y disminuir los riesgos en la salud de los trabajadores y la comunidad



3. **Necesidad de mantener los logros.**

Logros específicos.-

El hospital recibió el reconocimiento como centro de nivel FONE en la atención de las Emergencias Ginecoobstetricia pero deben aplicarse medidas administrativas para su sostenibilidad.

La atención de RN de muy bajo y de bajo peso al nacer en la UCIN del servicio de Neonatología con RN con complicaciones como cardiopatía que han logrado salir con el esfuerzo del equipo multidisciplinario del servicio.

La implementación de nuevos paquetes de atención en consulta externa que brindan un enfoque integral en la atención del usuario en las diferentes etapas de vida.

Logros generales:

Control de la rabia Humana Urbana. Eliminación de la Poliomieltis Aguda en 1991. Eliminación del Sarampión en el 2001.

Tétanos Neonatal ya no es un problema de salud Pública. Reducción de la malaria en la costa norte.

Reducción de la Mortalidad Infantil y la Mortalidad Materna. Reducción de la TBC drogo sensible mediante el DOTS.

Acceso a tratamiento antirretroviral para las personas viviendo con el VIH Cobertura de atención a población de menores recursos a través del SIS

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica – Análisis de Situación de Salud con Base del Planeamiento Estratégico.

