La importancia de la CULTURA en la CALIDAD de la Atención

Lic. . Carolina Giuffré RECI ADECI
Hospital Británico de Buenos Aires

Dr. Rodrigo Poblete Umanzor
Red de Salud UC –CHRISTUS
Santiago de Chile

Cultura

Que haces cuando….

1. Llegas a una esquina con semáforo peatonal en rojo…y no viene ningún vehículo.
2. En la escalera mecánica del subte, te pones a la derecha o a la izquierda de la escalera?
3. Cuando conduces, frenas en los pasos peatonales si no viene nadie?
4. Cuando conduces, ¿revisas los mensajes del teléfono en los semáforos?

Tu conducta es la misma cuando te están mirando?

Valores

- Lo que sabemos
- Lo que creemos
- Lo que vemos en el medio que nos rodea
- La interacción con el medio/ personas

→ CONDUCTA

Hablemos de cultura….

Hablemos de cultura….

- Corresponde a un sinfín de situaciones:
  - Modos de pensar, actuar y sentir,
  - Se relaciona con las creencias,
  - Tiene asociado símbolos,
  - Es transmitible,
  - Hay fuentes estructurales…y otras no estructurales,
  - Se va transformando,
  - Guarda relación con la historia,
  - Estimula, condiciona o inhibe ciertas conductas

Definición consensuada

- La cultura es el conjunto de ***símbolos*** (como valores, normas, actitudes, creencias, idiomas, costumbres, ritos, hábitos, capacidades, educación, moral, arte, etc.) y ***objetos*** (como vestimenta, vivienda, productos, obras de arte, herramientas, etc.) ***que son aprendidos , compartidos y transmitidos*** de una generación a otras por los miembros de una sociedad, y por tanto, es un factor que ***determina, regula y moldea la conducta humana.***

Características de la cultura

- Se deriva de componentes biológicos, ambientales, psicológicos, e históricos de la existencia: " así se hacen las cosas".
- Es estructurada: hay un todo integrado de rasgos, patrones complejos o instituciones.
- Es dinámica: cambia desde dentro por descubrimiento e invención y desde fuera, por transferencia cultural.
- Etnocentrista: considera que la cultura propia es el centro y la base de comparación con otros.

Las culturas tienen valores

- Corresponde a patrones e ideales con los que se definen sus fines
- Seleccionan los actos
- Se juzgan así mismo y a los otros

Simplificando…

Video-análisis

https://www.youtube.com/watch?v=w5o-hESPH1A

El desafío del Institute of Medicine

- De acuerdo al IOM, el mayor desafío para moverse hacia un sistema sanitario **más seguro** es cambiar desde una **cultura castigadora con las personas** por los errores que pueden cometer, a una en que los errores son tratados no como fallos personales, sino como una oportunidad para mejorar el sistema y prevenir el daño.

- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001

Sistemas de Salud

- En los últimos años, nuestros sistemas de salud se han caracterizado por colocar énfasis en:
  - La producción
  - Eficiencia
  - Control de costos

Sistemas de Salud

- Hay introducción de una serie de herramientas para mejorar
  - Medicina Basada en evidencias
  - Guías clínicas
  - Tecnologías de la información
  - Regulación
  - Cambios en la estructura de las organizaciones

Sistemas de Salud

- Sin embargo , todos estos cambios se introducen en la misma cultura:
  - Está basada en que las personas no se equivocan
  - La falla es castigada
  - La falla es ocultada
  - Las personas se niegan a reconocer que hay problemas
  - El sistema tiene dificultades para aprender de los errores, por falta de discusión abierta de los temas

Entonces respecto de mejorar

- El sistema de salud y su cultura se transforma en un impedimento para mejorar.
- Como consecuencia de la "cultura patológica", el propio sistema es considerado riesgoso para los pacientes a los que le provee el cuidado.
- Por tanto, el sistema de salud se transforma en una "industria de riesgo"

Cultura de Seguridad

La cultura de la seguridad de una organización es el producto de los valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y **patrones de comportamiento** que determinan el compromiso, el estilo y dominio de la salud de la organización y la gestión de la seguridad.

Health and Safety Commission (HSC). Organizing for safety: Third report of the human factors study group of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.

Cultura de Seguridad

- Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva **se caracterizan por comunicaciones basadas en la confianza mutua, por percepciones compartidas de la importancia de la seguridad y la confianza en la eficacia de la prevención medidas.**

Health and Safety Commission (HSC). Organizing for safety: Third report of the human factors study group of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.

¿Cómo es una organización con alta cultura de seguridad?

Hay percepción del riesgo de la actividad, el que es conocido y compartido, existe conciencia de que las cosas pueden ir mal y de los malos efectos de eso

La seguridad es inherente a la actividad de manera explícita. La seguridad tiene un valor, el que es compartido por todos

Compromiso con la seguridad articulada en los más altos niveles de la organización y traducido a valores compartidos

¿Cómo es una organización con alta cultura de seguridad?

La seguridad no es relativizada frente a otras necesidades

Los recursos necesarios, los incentivos y las recompensas previstas están alineadas con la seguridad

La comunicación entre los trabajadores y los distintos niveles de la organización es frecuente y sincera.

Los errores se reconocen y se habla de ellos, entendiéndolos como una oportunidad de mejorar.

Existe valoración de las medidas que se adoptan por la seguridad

Organizaciones Altamente Confiables

- Son organizaciones que trabajan con sistemas a gran escala en un extraordinario nivel de seguridad y de productividad en ambientes que **son de alto riesgo** y tienen un gran potencial de dañar, pero cuyo manejo equilibra la efectividad, la eficiencia y la seguridad.

Características

- Se enfocan en el mejoramiento continuo. Están dispuestas a cambiar y son flexibles.
- Se adaptan con facilidad, y los equipos crean con facilidad respuestas creativas a los errores/fallas.
- Tienen personal bien entrenado y lo re-entrenan continuamente, cultivan el trabajo en equipo, realizan auditorías periódicas, y estimulan las iniciativas de mejora.
- Los chequeos, re-chequeos y sistemas redundantes como precaución contra potenciales errores.

Organizaciones Altamente Confiables

- GAP entre salud y otras industrias HRO
  - En salud existe una extrema dependencia en el trabajo manual y la supervisión
  - Benchmark sobre resultados y no sobre procesos también
  - Tolerancia a la autonomía del que provee cuidados
  - Falla en crear sistemas diseñados para alcanzar objetivos confizables

Como cambiar la cultura

- Team Steps
- CUSP
- Rondas ejecutivas de Seguridad del Paciente
- Sistema de Reporte
- Involucrando pacientes
- Simulación de posible eventos adversos
- Campeones de la Seguridad por cada unidad
- Safety Huddles
- Contar historias

Como cambiar la Cultura

- Emoción
- Repetición

¿Preguntas?

INFECCIONES HOSPITALARIAS

1850 Florence Nightingale y William Farr

Investigan y asocian **mortalidad** de pacientes con **internación** en hospitales ingleses militares y civiles

1869 Simpson

La **mortalidad** de los pacientes amputados en **hospitales** era **mayor** a los amputados **fuera de ellos (41% vs 10%)** y mayor en hospitales más grandes

Programas de Prevención y Control de Infecciones

- ✓Pacientes
- ✓Trabajadores de la Salud
- ✓Familias / Visitas

Global Patient Safety Challenges

World Alliance for Patient Safety

FORWARD PROGRAMME 2008-2009

The Global Patient Safety Challenge is a flagship programme of the World Alliance for Patient Safety. Every two years a Challenge is formulated to galvanize global commitment to action on a patient safety issue which addresses a significant area of risk for all WHO Member States. The lifespan of each Challenge is dependent upon the scope of the associated work programme with some Challenges likely to endure beyond their initial two-year timeframe.

The first Challenge, launched in 2005, focused on health care-associated infection with the theme Clean Care is Safer Care. This programme to support the second Challenge, Safe Surgery Saves Lives, commenced in 2007 and was formally launched on 25 June, 2008.

The third Challenge, to be launched in 2010, will focus on the medication-related spread of drug-resistant pathogens and the implications for patient safety. Preparatory work on the third Challenge has already commenced and a full work programme will be developed by September 2008.

The following five solution areas have been selected as the focus of the High 5s initiative:

- Prevention of patient care hand-over errors
- Prevention of wrong site / wrong procedure / wrong person surgical errors
- Prevention of continuity of medication errors
- Prevention of high concentration drug errors
- Promotion of effective hand hygiene practices

http://www.who.int/gpsc/5may/en/

Adherencia a la higiene de manos

Año	Tasa de adherencia	Area del Hospital
1994 (1)	40 %	JCI y General
1995 (2)		General
1996 (3)		JCI
1998 (4)		General
2000 (5)		General

1. Gould D, *J Hosp Infect* 1994;28:15-30.
2. Larson E, *J Hosp Infect* 1995;30:88-106.
3. Slaughter S, *Ann Intern Med* 1996;3:360-365.
4. Watanakunakorn C, *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19:858-860.
5. Pittet D, *Lancet* 2000;356;1307-1312.

Higiene de Manos

- ¿Necesitamos un cambio?

Higiene de Manos

Necesidad de cambio basado en la evidencia

AUTHORS	TITLE	CITATION
Gould DJ, et al	The *cleanyourhands* Campaign: critiquing policy and evidence base.	J Hosp Infect 2007; 65(2): 95–101
Gordin FM, et al	Reduction in nosocomial transmission of drug-resistant bacteria after introduction of an alcohol-based handrub.	Infect Control Hosp Epidemiol 2005; 26: 650–653
Grayson ML, et al	Significant reductions in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* bacteraemia and clinical isolates associated with a multisite, hand hygiene culture-change program and subsequent successful statewide roll-out.	Med J Australia 2008; 188: 633–640
Harbarth S, et al	Interventional study to evaluate the impact of an alcohol-based hand gel in improving hand hygiene compliance.	Pediatr Infect Dis J 2002; 21: 489–495
Hugonnet S, Pittet D	Hand hygiene – beliefs or science?	Clin Microbiol Infect 2000; 6(7): 360–366
Hugonnet S, et al	Staffing level: a determinant of late-onset ventilator-associated pneumonia.	Crit Care 2007; 11: R80
Hugonnet S, et al	The effect of workload on infection risk in critically ill patients.	Crit Care Med 2007; 35(1): 76–81
Hugonnet S, et al	Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units.	Arch Intern Med 2000; 160(18): 1037–1043
Johnson PD, et al	Efficacy of an alcohol/chlorhexidine hand hygiene program in a hospital with high rates of nosocomial methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) infection.	Med J Aust 2005; 183: 9–14
Kampf G, Löffler H	Prevention of irritant contact dermatitis among health-care workers by using evidence-based hand hygiene practices: a review.	Ind Health 2007; 45(5): 645–657.
Kampf G, Kramer A	Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs.	Clin Microbiol Rev 2004; 17: 863–893

AUTHORS	TITLE	CITATION
Aboelela SW, et al	Effectiveness of bundled behavioural interventions to control healthcare-associated infections: a systematic review of the literature.	J Hosp Infect 2007; 66:101–108
Ahmed QA, et al	Muslim health-care workers and alcohol-based handrubs.	Lancet 2006; 367: 1026–1027
Allegranzi B, et al	The first Global Patient Safety Challenge "Clean Care is Safer Care": from launch to current progress and achievements.	J Hosp Infect 2007; 65(Suppl2): 115–23
Allegranzi B, Pittet D	Health care-associated infection in developing countries: simple solutions to meet complex challenges.	Infect Control Hosp Epidemiol 2007; 28(12): 1323–1325
Allegranzi B, et al	Religion and culture: potential undercurrents influencing hand hygiene promotion in health care.	Am J Infect Control 2009; 37: 28–34
Backman C, et al	An integrative review of the current evidence on the relationship between hand hygiene interventions and the incidence of health care-associated infections.	Am J Infect Control 2008; 36: 333–348
Bissett L.	Skin care: an essential component of hand hygiene and infection control.	British J Nurs 2007; 16: 976–981.
Bottone EJ, et al	Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread.	Infect Control Hosp Epidemiol 2004; 25: 262–264
Boyce J, Pittet D	Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force.	Morbidity and Mortality Weekly Report 2002; 51(RR-16): 1–44
Boyce JM, et al	Lack of association between the increased incidence of *Clostridium difficile*-associated disease and the increasing use of alcohol-based hand rubs.	Infect Control Hosp Epidemiol 2006; 27(5): 479–483.
Gould DJ, et al	Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care.	J Hosp Infect 2008; 68(3): 193–202

http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/en/index.html

Cultura Organizacional y los Programas de Prevención y Control de Infecciones

Necesitamos mejorar las prácticas en los centros de salud hasta lograr niveles de seguridad

Búsqueda de mejoras en calidad y efectividad

Cultura organizacional

39

CULTURA DE SEGURIDAD

Valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias, patrones de comportamiento que determinan compromiso y las habilidades de la organización y el manejo de su sistema de Seguridad

Aspectos psicológicos	Aspectos del comportamiento	Aspectos situacionales
Que siente la gente *"Clima de Seguridad"*	Que hace la gente *Actitudes, competencias, habilidades*	Que tiene la organización *Políticas, procedimientos, controles de proceso.*

Factores relacionados con el cambio cultural

Prevención y Control de Infecciones

- Elemento clave en el re-diseño de los sistemas de salud
- Cultura = importante factor asociado a la efectividad
  - ✓ Asociación Grupal
  - ✓ Trabajo en equipo
  - ✓ Coordinación

Mayor aplicación de prácticas de mejora de calidad continuas

SCOTT T. ***Implementing culture change in health care: theory and practice***. International Journal for Quality in Health Care:2003- Vol. 15, N° 2, Pág 111-118

Prevención y Control de Infecciones

- ✓Estructuras formales
- ✓Reglamentos
- ✓Relaciones basadas en reportes

Menor aplicación de prácticas de mejora de calidad continuas

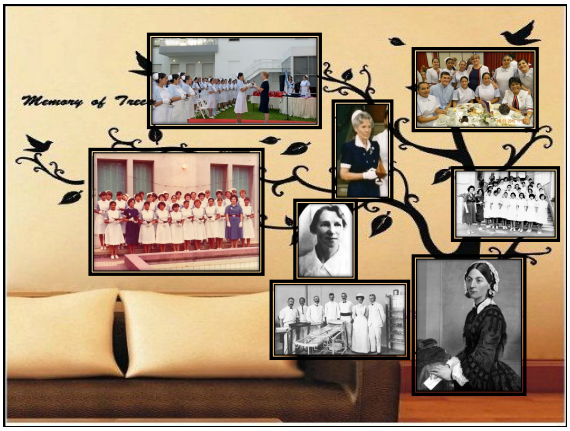
SCOTT T. ***Implementing culture change in health care: theory and practice***. International Journal for Quality in Health Care:2003- Vol. 15, N° 2, Pág 111-118

Prevención y Control de Infecciones

Abordajes de la cultura:

- **Atributos**: algo que la organización "tiene" junto con la estructura y estrategia
- **C**arácter y experiencia de la vida institucional.

SCOTT T. ***Implementing culture change in health care: theory and practice***. International Journal for Quality in Health Care:2003- Vol. 15, N° 2, Pág 111-118



Prevención y Control de Infecciones

Las organizaciones se construyen como culturas existentes en y a través de la interacción de sus participantes

SCOTT T. ***Implementing culture change in health care: theory and practice***. International Journal for Quality in Health Care:2003- Vol. 15, N° 2, Pág 111-118

Prevención y Control de Infecciones

Crecimiento cualitativo

Cultura existente ha comenzado a estancarse y surge la necesidad de una revisión completa

SCOTT T. ***Implementing culture change in health care: theory and practice***. International Journal for Quality in Health Care:2003- Vol. 15, N° 2, Pág 111-118

Prevención y Control de Infecciones

Algunas herramientas

Prevención y Control de Infecciones

Estrategias de cambio cultural

Estrategias alternativas:

1. **Desviar el curso en un momento apropiado (re-encuadre de las estrategias).**
2. **Esperar a que la ola más poderosa desaparezca y luego crear otra nueva (nueva ola de estrategias).**
3. **Observar una nueva ola que va en la dirección deseada y realizar un "autostop" (estrategias oportunistas).**

SCOTT T. ***Implementing culture change in health care: theory and practice***. International Journal for Quality in Health Care:2003- Vol. 15, N° 2, Pág 111-118

Prevención y Control de Infecciones

Cómo hacerlo:

1. ¿Reforma o transformación?
2. Desarrollo de estrategias para el cambio cultural
3. Superar la resistencia al cambio

- Liderazgo inclusivo y trabajo en equipo
- Un frente a la vez
- Tiempos prudentes frente a la necesidad de cambios en múltiples niveles

SCOTT T. ***Implementing culture change in health care: theory and practice***. International Journal for Quality in Health Care:2003- Vol. 15, N° 2, Pág 111-118

Prevención y Control de Infecciones

- Liderazgo y trabajo en equipo
- Un frente a la vez
- Tiempos prudentes frente a la necesidad de cambios en múltiples niveles

✓**Seguir un objetivo por las razones correctas**
✓**Considerar a los demás como más importantes que uno mismo**

✓**Aceptar el desafío de metas poco comunes**
✓ **Generar habilidad para tratar y trabajar con la gente**

> **Pagaría más por la habilidad de tratar con la gente que por cualquier otra habilidad bajo el sol.**
> John D. Rockefeller

Reconocimiento Confianza Ejemplo

Maxwell J. **Actitud de Vencedor**. Editorial Caribe. 2008 Grupo Nelson

Prevención y Control de Infecciones

Algunas historias…..

Planificación de intervenciones HB

Equipo de trabajo formado por:

- Dirección Médica, ECIs, Jefe Servicio de Infectología, Dirección de Enfermería, Asistente de Relaciones Institucionales.

EQUIPOS

UN FRENTE A LA VEZ

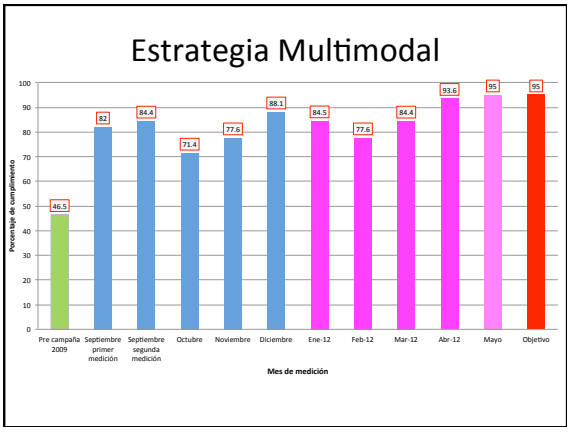
ESTRATEGIA MULTIMODAL

UN FRENTE A LA VEZ

ESTRATEGIA MULTIMODAL

ESTRATEGIA MULTIMODAL

Estrategia Multimodal



UN FRENTE A LA VEZ

¿De qué depende el cuidado?

Conocimiento

Motivación

Habilidades

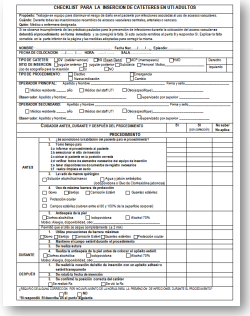
De los pacientes recibe el cuidado recomendado

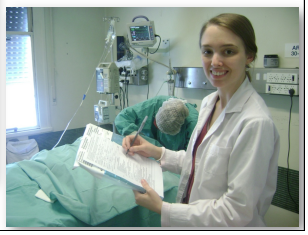
Marwick C., Davey P. ***Care Bundles: the holy grail of infectious risk management in hospital?*** Curr Opin Infec Dis 2009, 22: 364-369

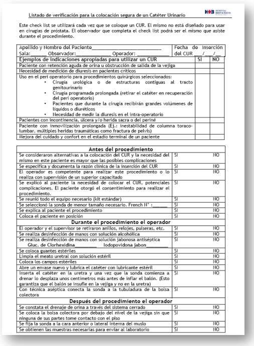
Es el primer paso para hacer un proceso más fiable. Debe apoyarse en la comprensión de los hábitos y los procesos a través de la medición y la prueba del cambio[1]. 80-95 % adherencia ↓las tasas de infección.

1. Marwick C, Davey P. ***Care bundles: the holy grail of infectious risk management in hospital?*** Current Opinion in Infectious Diseases. 2009; 22:364-369

Pero……. Por qué??







Listado de verificación para la colocación segura de un Catéter Urinario

Este check list se utilizará cada vez que se coloque un CUR. El mismo no está diseñado para usar en cirugías de próstata. El observador que completa el check list podrá ser el mismo que asiste durante el procedimiento.

Apellido y Nombre del Paciente_________________________ Sala:______ Observador:_____________ Operador: ____________	Fecha de Inserción del CUR ___/___/__

Ejemplos de indicaciones apropiadas para utilizar un CUR	SI	NO
Paciente con retención aguda de orina u obstrucción de salida de la vejiga		
Necesidad de medición de diuresis en pacientes críticos		
Uso en el peri operatorio para procedimientos quirúrgicos seleccionados: • Cirugía urológica o de estructuras contiguas al tracto genitourinario • Cirugía programada prolongada (retirar el catéter en recuperación del peri operatorio) • Pacientes que durante la cirugía recibirán grandes volúmenes de líquidos o diuréticos • Necesidad de medir la diuresis en el intra-operatorio		
Pacientes con incontinencia, úlcera y/o herida sacra o del periné		
Paciente con inmovilización prolongada (Ej.: inestabilidad de columna toraco-lumbar, múltiples heridas traumáticas como fractura de pelvis)		
Mejora del cuidado y confort en el estadio terminal de un paciente		

Antes del procedimiento		
Se consideraron alternativas a la colocación del CUR y la necesidad del mismo en este paciente es mayor que las posibles complicaciones	SI	NO
Se especifica y documenta la razón clínica de la inserción del CUR	SI	NO
El operador es competente para realizar este procedimiento o lo realiza con supervisión de un superior capacitado	SI	NO
Se explicó al paciente la necesidad de colocar el CUR, potenciales complicaciones. El paciente otorgó el consentimiento para realizar el procedimiento.	SI	NO
Se reunió todo el equipo necesario (kit estándar)	SI	NO
Se seleccionó la sonda de menor tamaño necesario. French N° :______	SI	NO
Se explica al paciente el procedimiento	SI	NO
Coloca el paciente en posición	SI	NO
Durante el procedimiento el operador		
El operador y el supervisor se retiraron anillos, relojes, pulseras, etc.	SI	NO
Se realiza desinfección de manos con solución alcohólica	SI	NO
Se realiza desinfección de manos con solución jabonosa antiséptica Gluc. de Clorhexidina_________ Iodopovidona jabon_________	SI	NO
Se coloca guantes estériles	SI	NO
Limpia el meato uretral con solución estéril	SI	NO
Coloca los campos estériles	SI	NO
Abre un envase nuevo y lubrica el catéter con lubricante estéril	SI	NO
Inserta el catéter en la uretra y una vez que la sonda comienza a drenar lo desplaza unos centímetros más antes de inflar el balón. (Esto garantiza que el balón se insufle en la vejiga y no en la uretra)	SI	NO
Con técnica aséptica conecta la sonda a la tubuladura de la bolsa colectora	SI	NO
Después del procedimiento el operador		
Se constata el drenaje de orina a través del sistema cerrado	SI	NO
Se coloca la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga sin que ninguna de sus partes tome contacto con el piso	SI	NO
Se fija la sonda a la cara anterior o lateral interna del muslo	SI	NO
Se obtienen las muestras necesarias para enviar al laboratorio	SI	NO

Alguien ayuda para que el cuidado sea más seguro

Introducción

- Las infecciones asociadas a dispositivos constituyen un grave problema de salud pública a nivel mundial.
- La aplicación de controles de proceso han demostrado ser utiles para minimizar o evitar las IAD, han demostrado ser excelentes herramientas para su minimización o eliminación.

Introducción

- Hospital Universitario General de Agudos
  - Staff 2500 personas
  - 27 Residencias;
  - 12 Fellowships
- 264 camas
- 1400 cirugías/mes y 6700 dp/mes

- **La UCI de Adultos**:

8 camas (220 dp/mes)

Recuperación quirúrgica: 5 camas

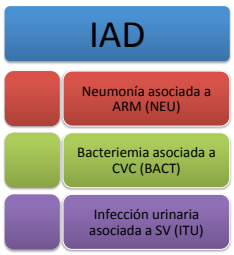
T. Intermedia: 14 camas

UCO: 10 camas

Objetivo

Describir el impacto de la implementación de controles de proceso en las IAD en la UTI de nuestro hospital

Material y métodos



- Estudio cuasi experimental
- Se calculó la media de las tasas de IAD en nuestra UTI (8 camas) mediante la metodología del NHSN (CDC- USA) en dos períodos pre (Pa) y post intervención (Pb)

National Healthcare Safety Network (NHSN) report: Data summary for 2011,Device-Associated Module Appril 1, 2013. http://www.cdc.gov/nhsn

Material y métodos

Neumonía asociada a ARM

- Pa: marzo 2004-enero 2010
- Pb: Febrero 2010-diciembre 2015

Bacteriemia asociada a CVC

- Pa: junio 2005-junio 2010
- Pb: julio 2010- diciembre 2015

Infección urinaria asociada a SV

- Pa: septiembre 2007-octubre 2011
- Pb: noviembre 2011-diciembre 2015

Material y métodos

La implementación de CP mediante paquetes de medidas (bundles) se realizó según la metodología descripta por el Institute for Healthcare Improvement.

Análisis estadístico: para comparar el promedio de tasas en ambos períodos, se utilizó la prueba de Mann-Whitney y sus IC 95% con Test Exacto de Fisher con Open Epi

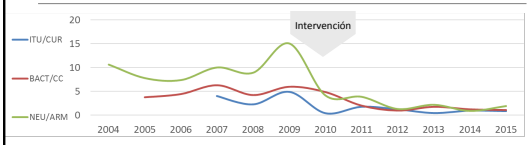
- Se calculó el Incidence Rate Ratio (IRR) incidencia promedio del período b / incidencia promedio del período a
- Se calcularon los casos potencialmente evitados.
- Las tasas ajustadas se calcularon con Epicontrol ®; se expresaron como número de eventos/1000 días factor de riesgo.

- Million Lives Campaign. **Getting Started Kit:** ***Prevent Central Line Infections How-to Guide***. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. (Available at www.ihi.org)
- http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm

Infecciones asociadas a dispositivos (IAD)

TASAS ANUALES DE INFECCION HOSPITALARIA ASOCIADA A DISPOSITIVOS

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ITU/CUR				4,02	2,27	4,90	0,43	1,77	1,24	0,46	0,96	0,86
BACT/CC		3,80	4,47	6,33	4,26	6,01	4,89	2,04	1,00	1,79	1,26	1,11
NEU/ARM	10,61	7,77	7,35	10,00	8,91	15,04	4,12	3,84	1,27	2,16	0,87	1,89



Neumonía asociada a ARM

Disminución de tasa media	9.99 (período a) a 2.34 (período b) p <0.0000001. IRR 0.23 IC 95%: 0.13-0.38; disminución del 76.6%.
Riesgo atribuible	**7.65/**1000 días ARM.
Casos evitados en el período b	**62.1** para 8121 días ARM en 71 meses
Muertes potencialmente evitadas	**24.8 vidas**
exceso de estadía hospitalaria evitada	596.1 días
Ahorro de costos atribuibles evitados	1.420.537,50 USD

Bacteriemia asociada a CVC

Disminución de tasa media	4.90 (período a) a 1.91 (período b) p 0.0000001 IRR 0.39 IC 95% 0.21-0.67 disminución del 61.1%.
Riesgo atribuible	**2.99**/1000 días CC
Casos evitados en el período b	**30** (9929 días CC en 66 meses)
Muertes potencialmente evitadas	**7,5 vidas**
exceso de estadía hospitalaria evitada	360 días
Ahorro de costos atribuibles evitados	552.960 USD

Infección urinaria asociada a SV

Disminución de tasa media	2.52 (periodo a) a 0.64 (período b) p 0.0012 IRR 0.39 disminución del 61%
Riesgo atribuible	**1.87**/1000 días CUR
Casos evitados en el período b	**17.4** (9305 días CUR en 50 meses)

Adherencia a la Higiene de manos (HM)

Adherencia HM: 65.2% (rango 48.9-95)

Adherencia a la higiene ambiental (HA)

Adherencia HA 75.5% (iniciado 2015, rango 53-95%)

Adherencia al cumplimiento de los controles de procesos (PM)

Adherencia promedio a PM:
NEU: 96%; BACT 81.1% e ITU: 65.6%.

Conclusión

- En nuestra unidad la implementación de CP se asoció con descensos estadísticamente significativos de las tasas de IAD.
- La importante cantidad de casos y muertes potencialmente evitadas describe la efectividad de la implementación de estas herramientas.

Muchas gracias!!!