



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN**  
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN  
COORDINACIÓN DE CONSERVACIÓN Y SERVICIOS GENERALES  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE SERVICIOS GENERALES  
**DIVISIÓN DE VIÁTICOS, CORRESPONDENCIA Y SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**  
**INFORME DE LA COMISIÓN**

**NÚMERO DE PLIEGO**

**12619**

Ciudad de México, a 10 de octubre de 2022

**Nombre del Coordinador Normativo: GABRIELA BORRAYO SANCHEZ**

**Nombre de la Coordinación Normativa: COORDINACIÓN DE INNOVACIÓN EN SALUD**

**ADSCRIPCIÓN: DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLINICA**

**LUGAR DE LA COMISIÓN: HERMOSILLO, SON.**

**DEL: 04/10/2022**

**AL: 05/10/2022**

**OBJETO DE LA COMISIÓN: APOYO DELEGACIONAL**

**1. PROPÓSITO DE LA COMISIÓN**

Realizar intervención en unidades médicas hospitalarias para realizar un diagnóstico de situación de los procesos prioritarios para el Secretario de Salud (Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, Muerte Materna y Perinatal, Farmacovigilancia, Resiliencia Hospitalaria y Resistencias antimicrobianas) para con ello establecer acciones de mejora en la calidad y oportunidad de la atención.

**2. ACTIVIDADES REALIZADAS**

Se visitaron las unidades médicas definidas, en el caso del IMSS correspondió al Hospital General de Zona No, 14, en donde se evaluaron los procesos mencionados en el propósito de la comisión, obteniendo el diagnóstico y la evaluación del proceso, para presentar resultados ante el Comando Interinstitucional del Sector salud al día siguiente en conjunto con las autoridades locales en Salud.

Se realizó un plan de mejora por medio de una minuta de acuerdos y compromisos, generando 22 compromisos para las unidades médicas del IMSS y del sector salud con fechas de cumplimiento.

**3. CONCLUSIONES**

Actualización permanente de la Red IRAG en congruencia con la infraestructura actual de la Unidad médica hospitalaria  
Garantizar la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud de manera multidisciplinaria

Implementar acciones de limpieza y desinfección acorde a las necesidades del espacio hospitalario por el personal con las competencias necesarias

Garantizar la funcionalidad del comité CODECIN

Definir las guías locales de profilaxis y tratamiento antimicrobiano

Establecer, consolidar y mantener la funcionalidad del comité de farmacovigilancia

Garantizar la realización de simulacros de ERI Obstétrico en todos los turnos hospitalarios

Fortalecer la vigilancia en el puerperio en apego a la NOM 007

Garantizar la constitución y funcionalidad del Comité Hospitalario de Muerte Materna

Realizar diagnóstico de situación de la incidencia de enfermedades psiquiátricas en el estado y la capacidad de atención hospitalaria por el mismo diagnóstico

Generar un plan de mejora en el proceso de Prevención y Control de IAAS, para cada unidad médica hospitalaria en el estado y en cada Institución

Iniciar el funcionamiento del Resonador en el Nuevo Hospital General del Estado

Definir estrategia de intervención para solventar la problemática de los autoclaves en el Nuevo Hospital General Estatal para contar con infraestructura que atienda las características del hospital y sus necesidades

**4. RESULTADOS OBTENIDOS**

PROCESO: IAAS

No existe concordancia entre el resultado de la evaluación local contra la evaluación del comando; los resultados obtenidos, sobrestiman cada uno de los ítems, debido a: 1) Escaso conocimiento de los procesos de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS, por parte del evaluador local; 2) Poca vinculación con las áreas para la requisición conjunta del instrumento, 3) Personal poco sensibilizado en la métrica de las cédulas.

Búsqueda activa de casos, pero sin análisis de información que lleve a la toma de decisiones que impacten en el panorama epidemiológico de las IAAS, así como un deficiente monitoreo de factores de riesgo por parte del personal de la UVEH y del resto de los servicios que conforman el CODECIN; los brotes identificados y notificados por el nivel local y enviados a nivel estatal no se encuentran capturados en NOTINMED

No existe una vinculación entre los integrantes del CODECIN ni se tiene la participación de todos los que intervienen en la vigilancia epidemiológica de casos ni de factores de riesgo para las IAAS; asimismo, no se cuenta con la evidencia documentada del cumplimiento de los acuerdos adquiridos en las reuniones del comité que demuestren la participación

7-Red

activa en los procesos que intervienen en la prevención y control de las infecciones durante el 2022.

A pesar de que se tienen los instrumentos para la verificación y supervisión de la implementación de paquetes preventivos para las cuatro infecciones trazadoras, no se realiza por parte de los líderes de los servicios clínicos para cada uno de dichos paquetes, mismos que han sido nombrados por el CODECIN, por lo que el resultado de la evaluación se encuentra muy por debajo de lo que se reportó por parte de la unidad.

No se llevan a cabo la vigilancia de los procesos transversales (higiene de manos, calidad del agua, política de antisépticos, precauciones estándar y basadas en el mecanismo de transmisión, limpieza y desinfección ambiental), por lo cual, la implementación de los paquetes es dudosa.

#### MUERTE MATERNA

Cuentan con área de Triage, señalizada y con personal sin embargo no se realiza conforme al lineamiento, ya que la recepción y registro inicial es por vigilante-asistente médica y posteriormente personal de enfermería quien realiza la clasificación.

No existe alarma sonora y/o voceo para la activación de ERI, no hay evidencia de conformación de equipos de respuesta inmediata, capacitación ni simulacros. Los ERI se activa a través de TIC'S sin que se cuente con análisis de la activación de los casos ni resultados de los mismos.

No existe señalamiento para el ingreso de la paciente obstétrica, desde la calle al área de admisión, ni cuentan con apoyo para el ingreso de la mujer en condiciones graves (silla de ruedas) en la caseta de vigilancia. Los vigilantes refieren que las pacientes requieren carnet para su ingreso a la unidad

El HGZ 14 presento 1 MM indirecta el 24 de junio, muestra comité con acta constitutiva actualizada, con firmas y calendario de sesiones. Se está sesionando morbilidad extrema, se generan acuerdos y compromisos de mejora con un cumplimiento del 40%

#### RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS

Aún no existe un despliegue efectivo del Lineamiento técnico PCI y PROA a nivel hospitalario.

Se presenta el Lineamiento Técnico PCI y PROA, las acciones comprometidas a través de la firma de los formatos de delegación de responsabilidades. Se presenta a responsable del abasto relación de fármacos del grupo acceso que deben encontrarse disponibles para uso en cada una de las unidades de segundo nivel.

Se entregan a CPEI las diapositivas de la sesión 3 de empoderamiento a los equipos delegacionales y los apoyos a los ponentes delegacionales, guión pedagógico de las sesiones 1-2-3 difundidas a través de videoconferencia por la División de Áreas Médicas a los OOAD con compromiso de replicarse al interior de las unidades

Se presenta la sesión 3 que trató a cerca de la elaboración de planes locales de mejora, estandarización de su ejecución, libro de texto sugerido para el análisis de las unidades de segundo nivel y formato de presentación gráfica de la intervención a CPI.

#### RESILIENCIA COVID

La unidad hospitalaria cuenta con un plan de reconversión inicial así como sus actualizaciones, sin embargo la ultima data de junio de 2021

La unidad hospitalaria refiere intercambio de prestación de servicios con SEDENA, sin embargo, no existe documento oficial que justifique dicho intercambio de colaboración entre instituciones.

La unidad hospitalaria cuenta con evidencia de capacitaciones al personal para la atención de COVID-19, sin embargo, no cuentan con una capacitación encaminada al concepto de resiliencia hospitalaria.

La unidad hospitalaria cuenta con bitácoras de limpieza exhaustiva por área hospitalaria, sin embargo, no se observa bitacora específica del área COVID.

La unidad hospitalaria mantiene señalizadas las áreas que fueron utilizadas para la atención de COVID-19, sin embargo, actualmente las áreas se encuentran sin ser utilizadas para su función original y no existe documento que sustente la recuperación de servicios.

#### FARMACOVIGILANCIA

Evaluación de Farmacovigilancia 60% de avance.

El hospital cuenta con actividades de Farmacovigilancia en proceso de implementación

Cuenta con responsable de Farmacovigilancia pero no esta debidamente acreditado

La unidad de Farmacovigilancia tiene un espacio físico y sistema de cómputo.

Cuenta con evidencia de reportes de Sospecha de Reacciones Adversas= 3

Se cuenta con acta de instalación del comité de Farmacovigilancia y evidencia de las reuniones, pero no de las acciones derivadas del mismo.

Se cuentan con Procedimientos Normalizados de Operación (PNOs). Pero no están actualizados con base a la Norma de Farmacovigilancia.

Se cuenta con diagrama de flujo de la notificación pero el personal lo desconoce.

No se cuenta con evidencia de capacitación.

Las notificaciones no cuentan con fecha de recepción ni con la codificación correspondiente.

No se cuenta con acervo bibliográfico para realizar la evaluación de la causalidad de las reacciones adversas.

El personal no conoce que existe un responsable de Farmacovigilancia dentro del hospital

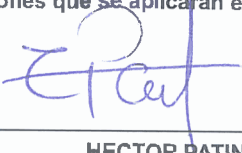
El personal no conoce donde se encuentra la unidad de Farmacovigilancia.

El personal no conoce las vías de notificación de reacciones adversas

## 5. CONTRIBUCIONES PARA LA DEPENDENCIA

EL analisis de las causas del diagnóstico manifestado en resultados obtenidos, para su mejora en vinculación con las autoridades locales en salud.

"Declaro bajo protesta de decir verdad, que los datos contenidos en este informe son verídicos, y manifiesto tener conocimiento de las sanciones que se aplicarán en caso contrario"



---

**HECTOR PATINO RUBIO**

Nombre y Firma del servidor público comisionado

1270-009-032

