



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
METROPOLITANA
Unidad Xochimilco

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

“Unidad Xochimilco”

División de Ciencias Biológicas y de la Salud

Licenciatura en Enfermería



Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”

Coordinación de Enseñanza de Enfermería

Protocolo de Investigación:

MANEJO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS
INFECCIONES ASOCIADAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PESS. Guadalupe Liliana Agustin Castro

Periodo: Del 1 de Agosto del 2021 al 31 de Julio del 2022

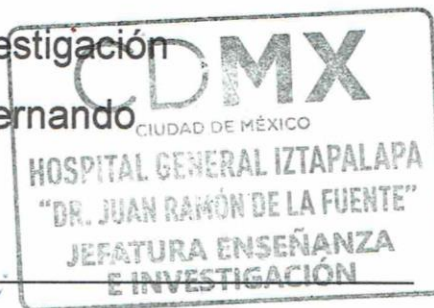
Vo. Bo. Mtra. Lilia Cruz Rojas

Hospital General Iztapalapa
"Dr. Juan Ramón de la Fuente"

AUTORIZO

Jefe de Enseñanza e Investigación
Dr. Fernández Pérez Fernando

Dr. Fernando Fernández Pérez
Jefe de Enseñanza e Investigación
Hospital Gral. Iztapalapa
Ced. Prof. 1277265



Jefe de Enfermería

Mtro. Serrano Plaza Raymundo

Coordinadora de enseñanza de Enfermería

LEO. Ramírez Martínez Emma



Indicé

Introducción.....	4
Marco teórico.....	5
• Definición de IAAS.....	6
• Sitios de las IAAS.....	8
• Microorganismos más frecuentes.....	9
• Mecanismos de transmisión.....	11
• Resistencia bacteriana.....	13
• Factores de riesgo.....	14
• Tipos de aislamiento.....	15
• Medidas de prevención y control NOM045-SSA2-2005.....	17
• Vigilancia epidemiológica.....	20
Planteamiento del problema.....	22
Justificación.....	23
Hipótesis.....	23
Objetivo general.....	24
Objetivos específicos.....	24
Metodología.....	25
• Tipo de estudio.....	25
• Universo.....	25
• Criterios de inclusión.....	25
• Criterios de exclusión.....	25
• Criterios de eliminación.....	26
• Muestra.....	26
• Variables.....	26
Fuente, instrumento de recolección.....	27
Plan de recolección de datos.....	27
• Procesamiento de datos.....	27
• Presentación de datos.....	28
• Análisis de datos.....	28
Aspectos éticos y de bioseguridad.....	29
• Medidas de seguridad para el sujeto en estudio e investigadores.....	29

Aspectos logísticos.....	29
• Recursos humanos.....	29
• Recursos materiales.....	29
• Recursos financieros.....	29
Bibliografía.....	30
Anexos.....	32
• Cronograma de Gantt.....	33
• Instrumento de investigación.....	34
• Consentimiento informado.....	36

INTRODUCCIÓN:

Las Infecciones Asociadas en la Atención de Salud (IAAS), son un problema que cada año con año va tomando mayor relevancia como un factor de riesgo de la práctica asistencial en todos los hospitales a nivel mundial, debido a que su presencia incrementa la morbilidad, mortalidad y costos de atención; las cuales se ven influenciadas por factores como la alta susceptibilidad a las infecciones de pacientes cada vez de mayor edad con más patologías crónicas o niños muy prematuros, así como el aumento en la complejidad de las intervenciones realizadas, o la necesidad de utilizar procedimientos invasivos para el diagnóstico o tratamiento, y la presencia cada vez más frecuente de microorganismos resistentes a los actuales antibióticos, constituyendo así un desafío para las instituciones de salud y el personal responsable de la atención; por ser un evento adverso que se puede prevenir en pacientes hospitalizados.

Actualmente se reconoce la necesidad de consolidar los mecanismos vigentes de vigilancia epidemiológica y ampliar su cobertura mediante el manejo ágil y eficiente de la información necesaria para la prevención y el control de las infecciones nosocomiales, por lo que se considera indispensable homogeneizar los procedimientos y criterios institucionales que orienten y faciliten el trabajo del personal que se encarga de estas actividades dentro de los hospitales.

MARCO TEÓRICO:

Estudios de la OMS y en otros se ha demostrado también que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en unidades de cuidados intensivos, las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, y en recién nacidos por prematurez extrema.

Se estima, además, que en los primeros 28 días de vida, entre 5 y 10 de cada 1 000 recién nacidos vivos contraen una infección y la incidencia entre los pacientes internados en Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) es de 18 a 30 %, solamente superada por las infecciones adquiridas en los servicios del paciente quemado.

Definición de las IAAS:

Las infecciones Asociadas a la atención en Salud son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución y se produce después de las primeras 48 horas de estancia hospitalaria. El impacto mayor de las infecciones nosocomiales se da en los extremos de la vida, es decir, en los pacientes menores de 5 años y en los mayores de 60 a 65 años.

Los datos mundiales de mortalidad infantil muestran que el 40% de los óbitos en niños ocurre en la fase neonatal, y en la región de las Américas este número asciende al 48% de los óbitos, con un número aproximado de 136.000 muertes de bebés menores que 28 días en el año de 2014 a consecuencia de infecciones como sepsis, meningitis y neumonías, están relacionados a la asistencia de salud prestada.

Sitios de IAAS:

-Infecciones urinarias

Esta es la IAAS más común 40% de las infecciones son ocasionadas por el uso de una sonda vesical permanente. Las infecciones urinarias causan menos morbilidad que otras infecciones nosocomiales pero, a veces, pueden ocasionar bacteriemia y la muerte.

Las bacterias causantes provienen de la flora intestinal, ya sea normal como lo es la *Escherichia coli* u bien contraída en el hospital como la *Klebsiella* poli farmacorresistente.

-Infecciones del sitio de una intervención quirúrgica:

Las infecciones del sitio de una intervención quirúrgica también son frecuentes: la incidencia varía de 0,5 a 15% según el tipo de operación y el estado subyacente del paciente. Representan un problema grave que limita los beneficios potenciales de las intervenciones quirúrgicas. Tienen un enorme efecto en los costos de hospitalización y en la duración de la estadía postoperatoria entre 3 y 20 días más.

La definición es principalmente clínica: secreción purulenta alrededor de la herida o del sitio de inserción del tubo de drenaje o celulitis difusa de la herida. Las infecciones de la herida quirúrgica y las infecciones profundas de los órganos o de las cavidades orgánicas se identifican por separado. La infección suele contraerse durante la propia operación, ya sea en forma exógena es decir, del aire, el equipo médico, los cirujanos y otro personal médico, endógena de la flora de la piel o del sitio de la operación o, en raras ocasiones, de la sangre empleada en la intervención quirúrgica.

-Neumonía nosocomial:

La neumonía nosocomial ocurre en diferentes grupos de pacientes. Los más importantes son los pacientes conectados a respiradores en unidades de cuidados intensivos, donde la tasa de incidencia de neumonía es de 3% por día. Hay una alta tasa de letalidad por neumonía relacionada con el uso de respirador, aunque es difícil determinar el riesgo atribuible porque la comorbilidad de los pacientes es tan elevada. Los microorganismos colonizan el estómago, las vías respiratorias superiores y los bronquios y causan infección de los pulmones: con frecuencia son endógenos (aparato digestivo o nariz y garganta), pero pueden ser exógenos, a menudo provenientes del equipo respiratorio contaminado.

La definición de neumonía puede basarse en criterios clínicos y radiológicos disponibles pero inespecíficos: opacidades radiológicas recientes y progresivas del parénquima pulmonar, esputo purulento y fiebre de iniciación reciente. El diagnóstico es más específico cuando se obtienen muestras microbiológicas cuantitativas empleando métodos de broncos copia especializada con protección. Los factores de riesgo de infección conocidos comprenden el tipo y la duración de la respiración mecánica, la calidad de la atención respiratoria, la gravedad del estado del paciente y el uso previo de antibióticos.

-Bacteriemia nosocomial

Estas infecciones representan una pequeña proporción de las infecciones nosocomiales aproximadamente 5%, pero la tasa de letalidad es alta y asciende a más de 50% en el caso de algunos microorganismos. La incidencia aumenta, particularmente en el caso de ciertos microorganismos como *Staphylococcus* negativo a la coagulasa y *Candida* spp. polifarmacorresistentes. La infección puede ocurrir en el sitio de entrada a la piel del dispositivo intravascular o en la vía subcutánea del catéter.

Los microorganismos colonizadores del catéter dentro del vaso pueden producir bacteriemia sin infección externa visible. La flora cutánea permanente o transitoria

es el foco de infección. Los principales factores de riesgo son la duración de la cateterización, el grado de asepsia en el momento de la inserción y el cuidado continuo del catéter.

-Otras infecciones nosocomiales

A continuación se enumeran las cuatro infecciones más frecuentes e importantes, pero hay muchos otros sitios de infección potenciales. Por ejemplo:

- Las infecciones de la piel y los tejidos blandos: las lesiones abiertas (úlceras comunes o por decúbito, quemaduras) fomentan la colonización bacteriana y puede ocasionar infección sistémica.
- La gastroenteritis es la infección nosocomial más común en los niños, cuyo principal agente patógeno es un rotavirus: *Clostridium difficile* es la principal causa de gastroenteritis nosocomial en adultos en los países desarrollados.
- La sinusitis y otras infecciones entéricas, las infecciones de los ojos y de la conjuntiva.
- La endometritis y otras infecciones de los órganos genitales después del parto.

Microorganismos más frecuentes:

Muchos agentes patógenos diferentes pueden causar infecciones nosocomiales. Los microorganismos infecciosos varían de acuerdo a las diferentes poblaciones de pacientes, diversos establecimientos de atención de salud, distintas instalaciones y diferentes países.

De entre cuales destacan las siguientes

-Bacterias comensales:

Encontradas en la flora normal de las personas sanas, tienen una importante función protectora al prevenir la colonización por microorganismos patógenos. Algunas pueden causar infección si el huésped natural está comprometido. Por ejemplo, los estafilococos cutáneos negativos a la coagulasa pueden causar infección del catéter intravascular y *Escherichia coli* intestinal es la causa más común de infección urinaria.

-Bacterias patógenas:

Tienen mayor virulencia y causan infecciones esporádicas o endémicas, independientemente del estado del huésped. Por ejemplo:

Las bacterias gram positivas: *Staphylococcus aureus* que son bacterias cutáneas que colonizan la piel y la nariz del personal de los hospitales y de los pacientes causan una gran variedad de infecciones pulmonares, óseas, cardíacas y sanguíneas y a menudo son resistentes a los antibióticos; los estreptococos beta-hemolíticos también son importantes.

Las bacterias gram negativas: Las bacterias de la familia *Enterobacteriaceae* por ejemplo, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia marcescens* pueden colonizar varios sitios cuando las defensas del huésped están comprometidas inserción de un catéter o de una cánula, sonda vesical y causar

infecciones graves del sitio de una intervención quirúrgica, los pulmones, el peritoneo, bacteriemia. Pueden ser sumamente resistentes

-Virus:

Existe la posibilidad de transmisión nosocomial de muchos virus, incluso los virus de la hepatitis B y C a través de transfusiones, diálisis, inyecciones, endoscopia, el virus sincitial respiratorio (VSR), los rotavirus y los enterovirus transmitidos por contacto de la mano con la boca y por vía fecal-oral.

-Hongos:

Algunos parásitos como Giardia lamblia se transmiten con facilidad entre adultos o niños. Muchos hongos y otros parásitos son microorganismos oportunistas y causan infecciones durante el tratamiento prolongado con antibióticos e inmunodeficiencia grave Candida albicans, Aspergillus spp., Cryptococcus neoformans, Cryptosporidium. Estos son una causa importante de infecciones sistémicas en pacientes con inmunodeficiencia.

Mecanismos de transmisión:

Las bacterias causantes de las IAAS pueden transmitirse de varias formas:

-La flora permanente o transitoria del paciente conocida como infección endógena:

Las bacterias presentes en la flora normal causan infección por transmisión a sitios fuera del hábitat natural (vías urinarias), daño a los tejidos (heridas) o un tratamiento inapropiado con antibióticos que permite la proliferación excesiva (*C. difficile*, levaduras).

Por ejemplo, las bacterias gramnegativas en el aparato digestivo causan a menudo infección en el sitio de una herida después de una intervención quirúrgica abdominal o urinaria en pacientes sometidos a cateterización.

-La flora de otro paciente o miembro del personal conocida como infección cruzada exógena.

Las bacterias se transmiten de un paciente a otro:

- Por medio de contacto directo entre pacientes (manos, gotitas de saliva o de otros humores corporales)
- En el aire (gotitas o polvo contaminado con bacterias de un paciente)
- Por medio de personal contaminado durante la atención del paciente (manos, ropa, nariz y garganta) que se convierte en portador transitorio o permanente y que posteriormente transmite bacterias a otros pacientes mediante contacto directo durante la atención
- Por medio de objetos contaminados por el paciente (incluso el equipo), las manos del personal, los visitantes u otros focos de infección ambientales (por ejemplo, agua, otros líquidos, alimentos).

-La flora del ambiente de atención de salud (infecciones ambientales exógenas endémicas o epidémicas):

Varios tipos de microorganismos sobreviven bien en el ambiente del hospital: En agua, zonas húmedas y, a veces, en productos estériles o desinfectantes como lo pueden ser las Pseudomonas, Acinetobacter, Mycobacterium. En artículos como ropa de cama, equipo y suministros empleados en la atención la limpieza apropiada normalmente limita el riesgo de supervivencia de las bacterias, puesto que la mayoría de los microorganismos necesitan condiciones húmedas o calientes y nutrientes para sobrevivir.

Resistencia Bacteriana:

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 fenómeno es muy preocupante porque las infecciones por microorganismos resistentes pueden causar la muerte del paciente, transmitirse a otras personas y generar grandes costos tanto para los pacientes como para la sociedad.

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. 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 combatirlas. 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 inaccesible.

La resistencia a los antimicrobianos se ve facilitada por el uso inadecuado de los medicamentos, como, por ejemplo, cuando se toman dosis insuficientes o no se finalizan los tratamientos prescritos. Los medicamentos de mala calidad, las prescripciones erróneas y las deficiencias de la prevención y el control de las infecciones son otros factores que facilitan la aparición y la propagación de la farmacorresistencia.

Factores de riesgo:

Las IAAS son un problema creciente y actualmente se perfilan en el mundo como una amenaza para la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en todo el mundo fallecen casi 5 millones de recién nacidos al año y que el 98 % de esas muertes ocurren en países en desarrollo. De 30 a 40 % de las muertes neonatales tienen relación con las infecciones.

Se asocian con varias causas incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos en este caso veremos los factores del neonato que es al se estudiara.

Es conocida la inmadurez del sistema inmune de los neonatos la cual se ve mayormente alterada en aquellos que por alguna razón son objeto de procedimientos invasores y tratamientos clínicos que aumentan la vulnerabilidad a adquirir infecciones tales como sepsis temprana o tardía, la primera de transmisión vertical y la última considerada como fundamentalmente nosocomial, ambas pueden causar incapacidad temporal o permanente e incluso la muerte. Aunque los recién nacidos prematuros son considerados más susceptibles, el 75% de los nacidos a término contraen la sepsis.

Tipos de aislamiento:

Desde el primer contacto con el paciente y en todas las áreas del hospital debe cumplirse con las precauciones estándar y contar con tarjetones en los que se especifiquen los cuidados necesarios para precauciones específicas de acuerdo con los siguientes criterios:

Precauciones estándar: (rojo)

- Lavado de manos
- Elementos barrera (guantes, mascarillas, batas)
- Vacunación VHB
- Eliminación de objetos cortantes y punzantes Esterilización / Desinfección material clínico

Precauciones por contacto: (amarillo)

- El lavado de manos, antes y después, de cualquier contacto con el paciente es la medida más efectiva.
- Se utilizarán guantes y bata adicional cuando se prevea contacto con material infeccioso.
- Si es necesario trasladar al paciente las lesiones infectadas/contaminadas deberán estar protegidas.

Precauciones por gotas: partículas de secreciones respiratorias que se producen al hablar, estornudar o toser y que son iguales o mayores de cinco micras: (verde)

- Se ubicará al paciente en habitación individual.
- Se utilizará mascarilla quirúrgica siempre que se trabaje a distancias inferiores a 1 metro.
- Cuando sea imprescindible el traslado de estos pacientes se les proporcionará una mascarilla.

Precauciones para vía aérea: partículas de secreciones respiratorias que se producen al hablar, estornudar o toser y que son menores de cinco micras: (azul)

- Se ubicará al paciente en una habitación individual, con las ventanas y las puertas cerradas.
- Se utilizarán mascarillas de protección inspiratoria (respiradores) para entrar en la habitación.
- Se limitará el movimiento de estos pacientes. Cuando sea imprescindible se utilizará mascarilla quirúrgica.

Los tarjetones se colocarán en la entrada de la habitación, en un lugar visible en cuartos individuales y en la cabecera del paciente en cuartos compartidos de acuerdo con la NOM-045-SSA2-2005.

Medidas de prevención y control de las IAAS de acuerdo a la NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones asociadas en la atención de salud:

Lavado de manos

Lávese las manos después de tocar cualquier fluido o secreción corporal, independientemente de que se utilice guantes. Lávese las manos después de quitarse los guantes, entre contactos con pacientes y en cualquier otra ocasión que considere apropiada, esta misma norma debe recomendarse a los familiares antes de entrar y salir de las habitaciones.

5 Momentos del lavado de manos

1. Antes del contacto con el paciente.
2. Antes de realizar tarea aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
4. Después del contacto con el paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

Uso de guantes

Use guantes (limpios no estériles) cuando toque secreciones, excreciones, otros líquidos u objetos contaminados. Utilice guantes limpios antes de tocar membranas mucosas y piel no intacta. Retire los guantes después de su uso antes de tocar cualquier superficie u objeto no contaminado y lávese las manos.

Uso de mascarilla

Use estas protecciones durante procedimientos o cuidados que puedan generar salpicaduras.

Uso de bata

Use la bata (limpia no estéril) para proteger la ropa en procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras. Lávese las manos después de quitarse la bata.

Material del cuidado del paciente

Se manipula todo el equipo o material usado en los pacientes, de manera que se eviten exposiciones a la piel o mucosas, contaminación de la ropa y transferencia de microorganismos al ambiente u otros pacientes. El equipo reutilizable no se usa hasta que haya sido adecuadamente limpiado y procesado. El material restante se descarta de la manera adecuada.

Objetos punzocortantes

Es necesario tomar precauciones para evitar lesiones cuando se utilizan agujas, bisturíes, y/u otro objeto cortante, o cuando se manipule este material para limpiarlo o desecharlo. No se deben tocar las agujas con las manos ni re-encapucharlas, sino eliminarlas en contenedores rígidos, colocados en lugares de fácil acceso.

En el caso del recién nacido se deberá utilizar barreras de protección máxima y al igual se tendrá que realizar una técnica aséptica que es la estrategia utilizada en la atención del paciente para lograr y mantener los objetos y las áreas en su máximo posible libre de microorganismos. La técnica estéril comprende lavado meticuloso de las manos con jabón antiséptico, el uso de barreras estériles (campos quirúrgicos, guantes estériles, mascarilla simple (cubre-bocas) y el uso de todo el instrumental estéril) y la utilización de antiséptico para preparación de la piel o mucosas.

Medidas de control:

El personal de salud que está en contacto directo con pacientes debe recibir capacitación sobre el procedimiento de lavado de manos, a su ingreso y cada seis

meses. Las autoridades registrarán las actividades de capacitación del personal mediante bitácoras, listas de capacitación o cualquier otra forma de registro.

La prevención de las IAAS exige un programa integrado y vigilado, que incluya los siguientes elementos clave:

- Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes que reciben atención directa por medio de prácticas apropiadas de lavado de las manos, uso de guantes y asepsia, estrategias de aislamiento, esterilización, desinfección y lavado de la ropa.
- Controlar los riesgos ambientales de infección.
- Proteger a los pacientes con el uso apropiado de antimicrobianos profilácticos, nutrición y vacunación.
- Limitar el riesgo de infecciones endógenas con reducción al mínimo de los procedimientos invasivos y fomento del uso óptimo de antimicrobianos.
- Vigilar las infecciones e identificar y controlar brotes.
- Prevenir la infección de los miembros del personal.
- Mejorar las prácticas de atención de pacientes seguidas por el personal y continuar la educación de este último
- Cada vez que se desocupe una cama o cuna se deberá realizar limpieza y desinfección de ella, de acuerdo a su manual de procedimientos.
- Las cunas de calor radiante, incubadoras y bacinetes de las áreas pediátricas deberán recibir aseo y limpieza cada vez que la ocupe un nuevo paciente. Cada vez que este mobiliario se desocupe, se limpiará y desinfectará, al igual que cuando no sea utilizado en 48 horas. La limpieza y desinfección de este mobiliario se registrará en una bitácora localizada en el área.
- Vigilancia de la calidad de la red de agua corriente hospitalaria.

El control de infecciones es una responsabilidad de todos los profesionales de salud, a saber, médicos, personal de enfermería, terapeutas, farmacéuticos, ingenieros y otros.

Vigilancia epidemiología:

La organización, estructura y funciones para la vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales serán acordes a las características de cada institución y establecerá las bases para garantizar la generación y flujo de información epidemiológica, apoyar la certificación de hospitales y realizar el estudio y seguimiento de los casos y brotes asociados a infección nosocomial, así como las medidas para su prevención y control.

Las UVEH, los CODECIN, los comités estatales de Vigilancia Epidemiológica y el CONAVE, serán los encargados de proporcionar asesoría y capacitación en materia de vigilancia epidemiológica hospitalaria en sus respectivos ámbitos de competencia, a quienes así lo requieran.

En caso de presencia o sospecha de brote deberá efectuarse de inmediato la capacitación a todo el personal de salud de las áreas involucradas hasta que el brote haya sido controlado o descartado; estas actividades se dirigirán a los aspectos básicos de prevención y control, de acuerdo a las hipótesis de cómo se generó y se desarrolló el problema. Los responsables de estas actividades de capacitación serán los integrantes del CODECIN.

La supervisión y evaluación de las actividades de vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, deberán realizarse periódicamente y contar con instrumentos específicos.

El CODECIN será el responsable del establecimiento y aplicación de medidas de vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales, así como de su seguimiento.

La unidad hospitalaria deberá realizar acciones específicas de prevención y control de infecciones nosocomiales, para lo cual deberá contar con programas de capacitación y educación continua para el personal y la población usuaria, enfocados específicamente a disminuir los riesgos en los procedimientos realizados con mayor frecuencia. La instalación y permanencia de cualquier dispositivo o medio invasivo en el paciente deberá ser evaluado por los

médicos tratantes y en su caso por la UVEH, diariamente, limitando su permanencia sólo al tiempo indispensable.

Este protocolo tiene como antecedentes un estudio de prevalencia de IAAS que se ejecutó en Perú 2014 por la Dirección General de Epidemiología el cual nos dice que las IAAS se presentan tanto en países desarrollados como en naciones en desarrollo donde aproximadamente cada día 1,4 millones de pacientes adquieren una infección de este tipo dicho estudio se realizó en neonatos ya que se consideró que existen pocos estudios en el área de cunero patológico y que al ser recién nacidos y muchos de ellos al nacer prematuros aumentaba el riesgo un 27% ya que había una deficiencia en el estado inmune .

Los estudios de prevalencia permiten conocer la sensibilidad de los sistemas de vigilancia y contribuyen a identificar que otros eventos se vienen presentando en el ámbito hospitalario tiene y tiene como propósito la prevención y el control de las mismas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) contribuyen a la mortalidad de los recién nacidos en la Región de las Américas, especialmente de aquellos más vulnerables, los hospitalizados en unidades de cuidados intensivos de neonatología, de bajo peso al nacer. Estos recién nacidos requieren los procedimientos más invasivos, tienen una piel inmadura y sensible que no proporciona una barrera fuerte frente a los microorganismos ambientales y su sistema inmune tiene una capacidad limitada para responder a la infección.

Existen grandes diferencias en la incidencia de IAAS en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatal (UCI NEO). En Estados Unidos, las tasas varían desde el 6% a más altas del 40%. La incidencia de la IAAS en neonatos varía ampliamente entre las UCIN (7-24,5%) dependiendo de factores ambientales y diferencias en las prácticas clínicas. Sin embargo, se estima que esta incidencia es en promedio del 15-20% en los neonatos menores de 1.500 gramos y del 40% aproximadamente en los menores de 1.000 g. Las IAAS a nivel neonatal se han constituido en un importante problema de salud pública al prolongar la estancia hospitalaria y, consecuentemente, el costo en salud.

En el Hospital General Iztapalapa Dr. Juan Ramón de la Fuente” ubicado en Calzada Ermita Iztapalapa 3018 Col. Citlalli, se cuenta con el área de pediatría y cunero patológico se puede recibir hasta un máximo de 16 neonatos, se estudió a la población neonatal del área de cunero patológico en el mes de abril a agosto 2017 en el cual se registraron 110 ingresos de los cuales el 38% presento una IAAS que representa que de un total de 110 neonatos 41 presentaron una IAAS prevaleciendo los siguientes microorganismos: Klebsiella pneumonie 26.6%, Escherichia coli 26%, staphylococcus aureus 16.7, enterobacter cloace 6.7%.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, nos surge el siguiente problema a investigar:

¿El profesional de enfermería realmente aplica las medidas de prevención y control de las infecciones asociadas en la atención de salud?

JUSTIFICACION:

En la actualidad las Infecciones asociadas en la atención de salud constituyen un problema de salud, lo cual hace que sea un problema cada vez más frecuente y trae consigo consecuencias fatales como la muerte, en todos los hospitales existe esta problemática y ninguno esta excepto sin embargo existen medidas con las cuales se puede evitar o prevenir la infección, pero no siempre se aplican y esto afecta más a aquellos pacientes que tienen una estancia hospitalaria prolongada.

La transferencia de microorganismos por las manos del personal hospitalario ha sido identificada como el factor más importante en la transmisión de las infecciones. Las mismas pueden evitarse con un buen lavado de manos, se considera en general el procedimiento aislado más importante para su prevención. Además, los neonatos están expuestos a toda una serie de procedimientos, conductas o terapias durante su estancia en la UCIN que pueden comportarse como una puerta de entrada a los patógenos. Estos incluyen: ventilación mecánica, catéter venoso central, nutrición parenteral, acceso venoso periférico, uso de sonda urinaria, antibióticos previos, entre otras.

Por lo tanto, urge la necesidad de identificar los factores de riesgo así como las medidas de prevención a fin de buscar más soluciones, qué se puedan aplicar desde el personal del hospital hasta la población que día a día visita a sus familiares.

La posibilidad de llevar a cabo dicha investigación es factible, debido a que la situación problema está presente en la actualidad, se busca indagar y profundizar en el tema en base a criterios científicos con el propósito de ver el accionar del profesional de enfermería en el manejo de las medidas de prevención y control de las infecciones asociadas en la atención de salud.

HIPOTESIS:

El profesional de enfermería en el área de cunero patológico y pediatría SI ejecuta las medidas estándar de prevención y control de las IAAS.

OBJETIVO GENERAL:

Describir, desde el punto de vista de la enfermería las medidas de prevención de las infecciones asociadas en la atención de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el conocimiento del personal de enfermería en el manejo de medidas de prevención de las infecciones asociadas en la atención de salud.
- Identificar las acciones o intervenciones del personal de enfermería para la prevención de las infecciones asociadas en la atención de salud.
- De acuerdo a los resultados obtenidos determinar un plan de mejora en el manejo de las IAAS.

METODOLOGÍA:

Tipo de investigación

El tipo de estudio a realizar para el presente protocolo de investigación es descriptivo prospectivo, y de corte transversal.

Descriptivo porque reflejará la realidad tal como es, describiendo las intervenciones que se realizan o no el profesional de enfermería.

Prospectivo porque los hechos serán registrados a medida que van sucediendo, en el periodo que dure el estudio.

Transversal porque los datos serán recogidos haciendo un corte en el tiempo, durante el periodo de tiempo establecido.

Universo:

El universo estará formado por la totalidad del Personal de enfermería del Hospital General Iztapalapa que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- -Personal de enfermería adscrito al servicio
- -Pasante de enfermería
- -Estudiante de enfermería
- -Personal de los tres turnos
- -Que quiera participar en la encuesta
- -Estar presente a la hora de la encuesta

Criterios de exclusión

- No ser personal adscrito al servicio
- Ser de otro servicio
- No ser del personal de enfermería
- Que no quiera participar

Criterios de Eliminación

- Encuesta incompleta
- Irregularidades identificadas por el que aplica el instrumento

Muestra:

Entraran al estudio todos los que cumplan con los Criterios de selección (inclusión y exclusión) propuestas en este protocolo.

Variables:

Variable independiente: IAAS

Variable Dependiente: Intervenciones que ejecuta el profesional de enfermería

Fuente, técnica e instrumento de recolección de datos

- Fuente:

La fuente de información será primaria, es decir que se obtendrá directamente de los sujetos investigados.

- Técnica:

Para la recolección de datos se empleará la entrevista porque nos permitirá obtener información de los sujetos de estudio, la cual será proporcionada por ellos mismos.

Instrumento

Se aplicara la cedula de verificación para la prevención y control de infecciones de infecciones nosocomiales avalada por SICALIDAD que consta de la criterios de verificación: De estructura, limpieza, vestimenta, profilaxis, tiempo, y de vigilancia epidemiológica, que se evalúa de acuerdo al puntaje cumple 2pts, cumple parcialmente 1pto, no cumple 0 pto, No necesario N.

Prueba piloto del instrumento

A los fines de demostrar si el instrumento de recolección de datos cumplía con las premisas de confiabilidad y validez, se realizara una prueba piloto del instrumento aplicada a 10 integrantes del equipo interdisciplinario de la institución. Los mismos no forman parte del universo de estudio.

Plan de recolección de datos

La recolección de datos se realizará con previa autorización de la jefa del servicio de enfermería, solicitada mediante nota escrita.

Previa a la recolección de la información se solicitará el consentimiento informado a los profesionales involucrados en el estudio. Los datos se recolectarán de lunes a viernes de 10 a 12 horas, 17 a 19 horas y de 22 a 24 horas.

Plan de procesamiento de datos

Los resultados obtenidos del instrumento se volcarán en una tabla maestra con el objeto de plasmar si el profesional aplica las intervenciones de enfermería a través de la cual se procesarán los datos.

Plan de presentación de datos

Los resultados obtenidos de los instrumentos se volcarán en tablas de simple y doble entrada, diferenciando de cada unidad las razones por la que el equipo interdisciplinario no cumplimenta con la norma del lavado de manos. Las tablas serán representadas en gráficos de barras con el fin de facilitar la comprensión del análisis, interpretación y comparación.

Plan de análisis de datos

Se aplicará la estadística descriptiva de los datos obtenidos, calculando la media y el modo, también se obtendrán porcentajes, a partir de las frecuencias absolutas obtenidas con el fin de mostrar las intervenciones que se realizan y las que no se llevan a cabo.

Aspectos éticos y de bioseguridad:

El presente protocolo es de riesgo mínimo se realizara un consentimiento informado dirigido hacia la población implicada.

Medidas de seguridad para los sujetos en estudio:

- La suspensión del estudio cuando se encuentren efectos negativos o suficiente evidencia de efectos positivos que no justifiquen continuar con el estudio.
- La libertad que tienen los sujetos de retirarse del estudio en cualquier momento que deseen.

Medidas de seguridad para los investigadores:

- En este caso serán ambientales puesto que el área donde se realizará el estudio es restringido se usara bata gorro y cubre bocas, en caso de ser necesario uniforme quirúrgico.

Aspectos logísticos:

Recursos Humanos:

Personal de enfermería en estudio

- Dr. Fernando Fernández Pérez, Jefe de Enseñanza e Investigación
- LEO. Martínez Ramírez Emma, Coordinadora de enseñanza e investigación en enfermería

Recursos Materiales (Autofinanciado):

- Computadora
- Plumas
- Hojas
- Lápices
- Impresora

Recursos Físicos: Hospital General Iztapalapa “Dr. Juan Ramón de la Fuente”

BIBLIOGRAFÍA:

1. ROSSO V, URQUIZA T. "Orientación, deontología y bioética en el ejercicio de la enfermería (1º parte)". En apunte de cátedra de Deontología y problemática en enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Ciudad de Córdoba. 2016. Pág. 21-33
2. AMARO, M; ALVARÉZ, J. "La responsabilidad moral de los profesionales de la salud en las acciones más sencillas del actuar cotidiano". Universidad Virtual de Cuba, 2016.
3. GARZÓN L, VEGA ROMERO R, URÁN MARTÍNEZ M, MOLINA ACHURY N. "Guía para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de lavado y antisepsia de manos en el personal de salud". Pág. 20. Bogotá 2014
4. Ministerio de Salud NTS N° 021-MINSA/dgsp-v.03 Guía técnica para la categorización de establecimientos de salud. Perú 2014
5. ANAYA FLORES V, ORTÍZ LÓPEZ S, HÉRNANDEZ ZÁRATE V, GARCÍA HÉRNANDEZ A, JIMÉNEZ BRAVO M, ANGELES GARAY U. "Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio de sombra". Revista de enfermería IMSS, México 2007. Vol. 15 (3), 141-146.
6. ANGELES GARAY U, MOLINAR RAMOS F, ANAYA FLORES V, LÓPEZ GUERRERO M. "Efectividad de la aplicación del alcohol en gel en la higiene de manos en enfermeros y médicos". Revista de enfermería IMSS, México 2015. Vol.13 (1), 15- 21.
7. American Society of Anesthesiologists, ASA Physical Status Classification System, visto el 25/1/2014. Disponible <http://www.asahq.org/Home/ForMembers/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System>.
8. Salem Z, Christian, Perez P, Juan Antonio, Henning L, Enrique et al. Heridas: Conceptos generales. Cuad. cir. (Valdivia). [online]. dic. 2000,

vol.14, no.1 [citado 04 Febrero 2014], p.90-99. Disponible en la World Wide Web: . ISSN 0718-2864.

9. Benedetta Allegranzi, Sepideh Bagheri Nejad, Christophe Combescure, Wilco Graafmans, Homa Attar, Liam Donaldson, Didier Pittet. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2015; 377: 228–41.
10. Guías para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias, Vol. 3. Dispositivos Intravasculares, Secretarial Distrital de Salud de Bogotá DC, 1a. Ed. junio de 2014.
11. Garnacho-Montero J, Ortiz-Leyba C, Herrera-Melero I, Aldabo-Pallas T, Cayuela-Domínguez A, MárquezVacaro JA, et al. Mortality and morbidity attributable to inadequate empirical antimicrobial therapy in patients admitted to the ICU with sepsis: A matched cohort study. *J Antimicrob Chemother.* 2008; 61:436-41. <http://dx.doi.org/10.1093/jac/dkm460>
12. Society of Critical Care Medicine. History. Mount Prospect, SCCM; 2012. Fecha de consulta: 1 de julio de 2014. Disponible en: <http://www.sccm.org/About-SCCM/Pages/Governance.aspx>.
13. AIDS/TB Committee of the Society of Health Care Epidemiology of America. Management of health care workers infected with hepatitis B virus, hepatitis C virus, human immunodeficiency virus or other bloodborne pathogens. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 1997, 18:347–363.
14. Gardam M, Lemieux C, Reason P, et. Al, Healthcare Associated Infections as Patient Safety Indicators. *Healthcare Papers*. Vol 9.No 3.
15. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Criterios Diagnósticos de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud a ser utilizados para la notificación al subsistema de vigilancia epidemiológica de IACS en Bogotá D.C 2010.
16. Organización Panamericana de la Salud; “Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud” Washington, D.C.: OPS, 2013

ANEXOS

INSTRUMENTO DE APLICACIÓN:



SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA DE CALIDAD EN SALUD
DIRECCIÓN DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

SICALIDAD

CÉDULA DE VERIFICACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

PIN.001

I. IDENTIFICACIÓN	
ENTIDAD FEDERATIVA:	CIUDAD DE MEXICO
UNIDAD HOSPITALARIA:	HOSPITAL GENERAL IZTAPALAPA
Clave RENIS:	
SERVICIO:	

II. LISTA DE PROCEDIMIENTOS		
Administración de Medicamentos (AM)	Canalización de vena periférica (CP)	Sonda vesical (SV)
Cateterismo central (CC)	Toma de productos (TP)	Ventilación Asistida (VA)

III. TURNO			
Matutino (M)	Vespertino (V)	Nocturno (N)	Especial (E)

IV. PERSONAL OBSERVADO				
Médico de base (MB)	Médico en formación (MF)	Enfermeras de base (EB)	Enfermera en formación (EF)	Auxiliar de diagnóstico (AX)

V. CRITERIOS DE CALIFICACIÓN			
Cumple: 2	Cumple Parcialmente: 1	No cumple: 0	No necesario: N

VI. IDENTIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO																					
	Número de observación																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
CLAVE DEL PROCEDIMIENTO																					
TURNO																					
PERSONAL																					

VII. CRITERIOS DE VERIFICACIÓN

1.0 CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DE ESTRUCTURA																									
	Observación:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SoT	Cal. Abs.	# de N	Cal. Act.
1.1	Lavamanos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2	Jabón líquido											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.3	Toallas desechables											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.4	Bote con tapa para colocar toallas utilizadas											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.5	Alcohol glicerinado											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.6	Sistemas de solución cerrados											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.7	Área de preparación de medicamentos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Subtotal											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CALIFICACIÓN DEL INDICADOR:

2.0 CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DE LIMPIEZA																									
	Observación:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SoT	Cal. Abs.	# de N	Cal. Act.
2.1	Retra de manos y brazos, reloj, anillos, pulseras											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.2	Frota las manos con jabón por lo menos 15 segundos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.3	Limpia las uñas de cada mano con la mano contraria											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.4	Abraza dedo por dedo en forma circular y hacia arriba											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.5	Repite el procedimiento de lavado de manos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.6	Seca cuidadosamente las manos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.7	Cierra llave del agua sin contacto directo de manos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.8	Utiliza alcohol en manos antes del contacto con pacientes											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.9	Mantiene limpia y seca la ropa de cama											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.10	Las curaciones están limpias y sin sangre											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.11	Utiliza área de disposición de desechos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Subtotal											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

3.0 CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DE VESTIMENTA

	Observación:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SoT	Cal. Abs.	# de N	Cal. Act.
3.1	Utiliza bata estenlizada											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.2	Cambia bata visiblemente manchada											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.3	Usa guantes limpios para procedimientos no invasivos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.4	Usa guantes estériles para procedimientos invasivos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.5	En procedimiento invasivo utiliza barrera máxima											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.6	Utiliza gorro para cubrir totalmente el cabello											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.7	Utiliza protección facial en procedimientos invasivos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Subtotal											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CALIFICACIÓN DEL INDICADOR:

0	0
---	---

1.0 CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DE PROFILAXIS

Observación:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SbT	Cal. Abs.	# de N	Cal. Act.
1.1 Utiliza apósito, gasa, parche estéril y vendaje limpio											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2 Reemplaza vendajes y curaciones húmedos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.3 Antisépsia de piel con clorhexidina o yodopovidona											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.4 Limpia vías de inyección con alcohol (sol 70%) o yodo											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.5 Mantiene flujos sin obstrucciones (orina, drenajes)											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.6 Drena periódicamente líquidos (tubo respirador, orina)											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.7 Desinfecta depósitos y tuberías de aspirado de fluidos nebulizadores											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.9 Utiliza solamente fluidos estériles											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.10 Utiliza enjuague bucal con antiséptico para pacientes											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.11 Previene colonización gástrica con bloqueadores H ₂											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.12 Aplica vacuna neumocócica para paciente alto riesgo											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.13 Utiliza los protocolos de antibióticos en el servicio											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CALIFICACIÓN DEL INDICADOR:

0	0
---	---

1.0 CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DE TIEMPO

Observación:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SbT	Cal. Abs.	# de N	Cal. Act.
1.1 Cambio de catéter (catéter)											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2 Cambio de catéter periférico cada 72 horas o menos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.3 Cambio de curación cada 48 hrs. o antes (PRN)											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.4 Utiliza cinta testigo en bulbos - equipo quirúrgico											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.5 Completar la infusión de soluciones 24 hrs. ó menos											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.6 Completar la infusión de lípidos en menos de 12 hrs.											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.7 Completar la infusión de sangre en menos de 4 hrs.											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CALIFICACIÓN DEL INDICADOR:

0	0
---	---

1.0 CRITERIOS DE VERIFICACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Observación:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	SbT	Cal. Abs.	# de N	Cal. Act.
1.1 Comité de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) activo											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.2 El CODECIN realiza informe mensual de las actividades de vigilancia epidemiológica											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.3 El CODECIN establece medidas de control de calidad en la prevención y control de infecciones nosocomiales											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.4 Búsqueda de bacteriemia asintomática a la semana											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.5 Muestreo medioambiental rutinario de quirófano											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.6 Utiliza el Sistema de Inf. Epidemiológica de IN											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.7 Se aplican criterios para el diagnóstico de IN											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.8 Dos veces por semana se efectúa seguimiento de pacientes bajo vigilancia epidemiológica											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal											0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CALIFICACIÓN DEL INDICADOR:

0	0
---	---

CALIFICACIÓN POR PROCEDIMIENTO:

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CALIFICACIÓN DEL INDICE DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

0	0	0
---	---	---

de N: 0

Período del reporte: _____ al _____
 día mes año día mes año

Nombre y Firma del Director de la Unidad

Nombre y Cargo del responsable de llenado de la Cédula

Ciudad de México a _____ del 201__

Personal adscrito al servicio, pasantes y estudiantes de enfermería de Cunero patológico y pediatría:

A través de la presentes, quienes subscriben tiene el grato honor de saludarle; a la vez de solicitarle por su intermedio y ante quién corresponda autorización para realizar en dicha institución un trabajo de investigación a realizarse entre determinado tiempo, denominado "Manejo de las medidas de prevención y control de las Infecciones Asociadas en la Atención de Salud".

Dicha investigación pretende la aplicación del instrumento cedula de verificación de prevención y control de las infecciones nosocomiales a fin de encontrar solución a la problemas tica de las IAAS, dicho instrumento se aplicara al personal de enfermería adscrito al servicio, pasantes y estudiantes de enfermería, no es obligatorio y solo se aplicara a quienes quieran participar.

Desde ya y agradeciendo su colaboración, se despiden muy atentamente.

PE. Agustín Castro Guadalupe

Firma de enterado

Formulario de consentimiento informado para cédula de entrevista

Título:

Manejo de las medidas de prevención y control de las Infecciones Asociadas en la Atención de Salud

Investigadoras:

PE Agustín Castro Guadalupe Liliana

Propósito de la investigación:

Se indagará y profundizará en las intervenciones que aplica o no el profesional de enfermería, para ejercer un cociente accionar con el propósito de controlar y prevenir las infecciones que se generan en la institución.

Beneficios potenciales:

Es lograr descubrir las estrategias para reducir y evitar la estadía del neonato en el hospital, disminuir la morbimortalidad, evitando alterar aún más la calidad de vida del neonato y su familia.

Riesgos potenciales:

El estudio implica que no habrá daños previsibles para el objeto de estudio

Explicación del procedimiento:

El procedimiento incluirá la realización de una cédula de verificación avalada por SICALIDAD con el objeto de descubrir Si el profesional de enfermería las aplica correctamente.

Compromiso temporal:

La participación en el estudio va a ocuparles 15 minutos.

Consentimiento voluntario:

Su participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar.

Posibilidad de abandonar el estudio: tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera, sin verse afectada su relación con la institución.

Garantía de anonimato y confidencialidad: la información será codificada para que no pueda identificarse el personal involucrado. Toda información será recopilada solamente por la investigadora, la misma no serán compartidas con nadie.

He leído el formulario de consentimiento y apruebo la realización del mismo.

Firma del sujeto Fecha

He explicado el estudio al individuo arriba representado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado

Firma de las investigadoras F