



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**“Monitoreo del cumplimiento de prácticas seguras y su
relación con eventos adversos en pacientes aislados por
infecciones asociadas a la atención de salud en el Hospital
Abel Gilbert Pontón”**

AUTOR (ES):

**Merino Real Gabriela Alexandra
Tama Tambaco María Belén**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MÉDICO GENERAL**

TUTOR:

Vásquez Cedeño Diego Antonio

**Guayaquil, Ecuador
2016**



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Merino Real Gabriela Alexandra y Tama Tambaco María Belén** como requerimiento para la obtención del Título de **médico general**.

TUTOR

f. _____
Mgs. Vásquez Cedeño Diego Antonio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, día 23 del mes de Septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Merino Real Gabriela Alexandra y
Tama Tambaco María Belén**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, “**Monitoreo del cumplimiento de prácticas seguras y su relación con eventos adversos en pacientes aislados por infecciones asociadas a la atención de salud en el Hospital Abel Gilbert Pontón**” previo a la obtención del Título de **Médico General**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, día 23 del mes de Septiembre del año 2016

AUTORAS

f. _____
Merino Real Gabriela Alexandra

f. _____
Tama Tambaco María Belén



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Merino Real Gabriela Alexandra y
Tama Tambaco María Belén**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, “**Monitoreo del cumplimiento de prácticas seguras y su relación con eventos adversos en pacientes aislados por infecciones asociadas a la atención de salud en el Hospital Abel Gilbert Pontón**” cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, día 23 del mes de Septiembre del año 2016

AUTORAS

f. _____
Merino Real Gabriela Alexandra

f. _____
Tama Tambaco María Belén

AGRADECIMIENTO

Durante estos años son muchas las personas que han sido parte de nuestra formación como médicos y a quienes les debemos mucho, queremos expresar nuestra gratitud por el apoyo que nos han prestado y sobre todo por todo el conocimiento impartido. Queremos agradecer a nuestra familia, que han sido siempre nuestro más grande apoyo. Sin ellos, nada de esto fuera posible. No podemos olvidar a nuestros compañeros y amigos con los cuales hemos compartido muchos momentos especiales, ya sean malos o buenos de todos hemos sacado un aprendizaje. Gracias por permitirnos contar con ustedes y ayudarnos. Un sincero agradecimiento a nuestro tutor, Diego Vásquez, por toda la paciencia y el tiempo brindado y al Dr. Daniel Tettamanti por encaminarnos a realizar este trabajo.

Gabriela Alexandra Merino Real

María Belén Tama Tambaco

DEDICATORIA

Quiero dedicar mi trabajo de tesis a mis padres, aunque estén lejos, yo se que siempre serán mi mayor apoyo. Espero que estén orgullosos de mí, tanto como yo lo estoy de ustedes.

Gracias por todo lo que han hecho por mí.

Los amo y los extraño.

Gabriela Alexandra Merino Real

Dedico este trabajo a mi madre, mi ejemplo a seguir en todos los aspectos, tanto personales como profesionales, quien me ha enseñado que con determinación y amor nada es imposible, a mi abuela por ser parte crucial de mi crecimiento, sin usted nada sería lo mismo, a mi hermano por las incontables alegrías que me brindas a diario, haz sido mi alegría en los momentos más duros y a Dios por permitirme vivir y tener la satisfacción de haber logrado una tan difícil pero hermosa experiencia. Esto recién empieza.

María Belén Tama Tambaco



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Mgs. Vásquez Cedeño Diego Antonio
TUTOR

f. _____

Dr. Cley Viteri
TRIBUNAL 1

f. _____

Dra. Luz Abarca
TRIBUNAL 2

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	10
1. GENERALIDADES.....	11
1.1. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	12
1.2 FACTORES PREDISPONENTES PARA LA MANIFESTACIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES	13
2.1 CLASIFICACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN	16
2.1.1 PRECAUCIONES ESTÁNDAR	16
2.1.2 PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN O AISLAMIENTOS	19
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	21
4. RESULTADOS	25
5. DISCUSIÓN.....	27
6. ANEXOS	30
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	36
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

RESUMEN

Las infecciones asociadas a la atención de la salud son el evento adverso más frecuente. Afortunadamente existen estrategias eficaces para la prevención y control de dichas infecciones que han demostrado que al ser implementadas disminuyen considerablemente la diseminación de las mismas. **Objetivo:** Demostrar que mediante la aplicación y el conocimiento técnico de prácticas seguras es posible la prevención, reducción y/o detección temprana de infecciones asociadas a la atención de salud. **Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Reconocer la dinámica de casos infecciosos y su relación con el apego a métodos preventivos por parte del personal de salud. **Resultados:** Con respecto a la relación que existe con el número de infectados y el adecuado cumplimiento de las prácticas seguras podemos observar que en los meses de octubre y noviembre del 2014 estaban hospitalizados 9 y 11 pacientes en aislamiento, mientras que en los meses de julio, agosto y septiembre del 2015 habían 0, 1 y 0 pacientes hospitalizados, respectivamente. Del mismo modo encontramos que cuando los indicadores no son realizados de la forma adecuada el número de pacientes infectados aumenta, como es el caso del área de Especialidades Quirúrgicas que muestra un alto índice de pacientes infectados en los meses de Marzo, Abril, Octubre y Diciembre 2015. **Conclusiones:** El control de Infecciones Asociadas a la Atención en la Salud necesita un monitoreo exhaustivo. Pequeños procedimientos empleados pueden hacer una gran diferencia en el índice de pacientes infectados. El conjunto de estos elementos han demostrado una gran eficacia en el manejo y prevención de pacientes infectados con bacterias multi-resistentes, disminuyen la cantidad de pacientes colonizados, la morbimortalidad y el número de días de hospitalización.

Palabras Claves: Infecciones asociadas a la atención de Salud, Pacientes aislados, Brotes de infecciones, Medidas de prevención y control

ABSTRACT

Health-care associated infections are the most common adverse event within the health service and a really important point regarding patient safety, because of their responsibility for various complications that generates prolonged hospital stays and the significant increase in healthcare costs. Fortunately exist effective prevention and control strategies that have shown significant reduction of nosocomial infections spread. **Objective:**To demonstrate that prevention strategies technical knowledge and application make posible the prevention, reduction and the early detection of healthcare infections. **Methodology:** Observational, retrospective, analytic study. Recognize the infection cases dynamic and their relation with preventive methods adherence by the healthcare personal. **Results:** Regarding the relationship with the number of infected and proper enforcement of Safe Practices can see that in the months of October and November 2014 were hospitalized 9 and 11 isolated patients, while in the months of July, August and September 2015 had 0, 1 and 0 patients hospitalized, respectively. Similarly we find that when the indicators are not carried out properly the number of infected patients increases, as is the case of Surgical Specialties area showing a high rate of infected patients in the months of March, April, October and December 2015. **Conclusions:** The Associated Infection Control in Health Care needs a comprehensive monitoring. Small procedures used can make a big difference in the rate of infected patients. All these elements have proved highly effective in the management and prevention of infection with multi - resistant bacteria patients, decrease the amount of colonized patients, morbidity and mortality and the number of days of hospitalization.

Keywords : Health care associated infections, isolated patients, infectious disease outbreaks, prevention & control

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos sobre las Infecciones asociadas a la atención de la salud, nos referimos aquellas que el paciente adquiere debido a procedimientos diagnósticos terapéuticos que recibe durante su estadía hospitalaria y que en el momento de su ingreso no había incubación de ningún tipo de germen multirresistente ni signos o síntomas de infección (1). Dichas infecciones pueden aparecer incluso después de que el paciente haya recibido el alta y de igual manera se incluyen las infecciones ocupacionales adquiridas por el personal hospitalario (2) (3). Se ha observado que el principal reservorio de agentes patógenos está en los pacientes infectados y que en muchos casos y por distintos mecanismos relacionados generalmente a la atención directa, colonizan o infectan a otros pacientes (3). Estas infecciones son producidas por microorganismos multirresistentes los cuales cumplen al menos dos condiciones: que exista resistencia a más de una familia o grupo de antimicrobianos de uso habitual, y que esa resistencia tenga relevancia clínica y epidemiológica. Son el evento adverso más frecuente durante el servicio de atención sanitaria, más de 1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones en el hospital, en los países en desarrollo como el nuestro el riesgo de infección intrahospitalaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados (4) (1). *Asimismo en varios países europeos estas infecciones afectan a un promedio de 1 de cada 20 pacientes hospitalizados correspondiendo a un total anual de 4,1 millones de pacientes, causando una prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad durante un largo período y aumento de número de casos de muertes (5). Se prevé que cada año en la Unión Europea fallece un aproximado de 37.000 pacientes, 8.000 en Canadá y 98,987 muertes anuales en Estados Unidos (1).* A esto se le suma la gran carga económica que generan para los sistemas de salud, *en América Latina los precios de atención en áreas de cuidados intensivos por cama-día se calcularon en dos hospitales de Argentina \$1.233.751 y \$1.741.872 respectivamente en el 2006; \$1.090.255 en un hospital de Guatemala (2005); y en nuestro país en el 2006 \$40.500, \$51.678 y \$147.600 en tres hospitales diferentes (5).*

CAPÍTULO 1

1. GENERALIDADES

Las Infecciones asociadas a la atención de la Salud es una problemática que ha llamado mucho la atención dentro del grupo de prestadores nacionales del servicio de salud en los últimos años debido a su frecuencia y gran impacto en los resultados finales de la atención en el paciente y por consiguiente en la calidad de servicio que dan las instituciones de salud (6) (7) (8).

Siendo la seguridad del paciente un reto mundial, en el año 2002 la 55° Asamblea Mundial de Salud convocó a los países a prestar mayor atención al tema reforzando sus sistemas de seguridad y control. La real importancia se basa en que las IAAS se encuentran entre las principales causas de muerte e incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Esta Asamblea cuenta con varios programas *“Una Atención Limpia es una Atención más Segura”*, *“Salve Vidas: Límpiense las Manos”* con el objetivo de crear conciencia al personal de salud acerca de medidas de seguridad a practicar, para que contribuyan en la reducción de la propagación de infecciones potencialmente letales en las casas de salud (9).

Se prevé que un 5 a 10% de todos los pacientes que reciben atención hospitalaria como resultado de su ingreso y procedimientos complementarios que surgen de las necesidades diagnósticas y terapéuticas desarrollarán algún tipo de infección, hablando de países desarrollados, mientras que aquellos en desarrollo el porcentaje aumenta a un 25% (10). En EE.UU. adquirirán infección un aproximado de 2 millones de pacientes, 90.000 de ellos morirán a consecuencia de la misma y añadirá costos de 35.700 hasta 45.000 millones de dólares al año (3) (1).

A pesar de que las infecciones nosocomiales causan un gran impacto económico y su relación con el aumento de la morbilidad y mortalidad es directa, en nuestro país la vigilancia de prácticas seguras es un tema en el que aun somos novatos. Pocos son los establecimientos de salud que siguen protocolos de control de infecciones, por esto la importancia de demostrar con datos estadísticos su impacto, de esta manera se incentiva el apego del equipo de salud a métodos de prevención de IAAS.

Antes de saber que prácticas se van a vigilar, debemos comprender más la dinámica de las infecciones asociadas a la atención de salud con el fin de optimizar el desempeño profesional y de esta manera reducir al mínimo los errores cometidos por personal poco capacitado.

1.1. CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

Entre las enfermedades a considerar como infecciones hospitalarias debido a la frecuencia de su localización están:

- **Infección de tracto urinario asociada al uso de catéter:** Estadísticas provenientes de un informe de la Secretaría de Salud de México la ubica en un segundo lugar de frecuencia con un 24.6% después de la NAV con un 33.2 % (11). Se diagnostican usualmente aquellas infecciones sintomáticas, es decir pacientes que presentan fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, tenesmo, polaquiuria y disuria acompañada de un urocultivo positivo $>10^5$ ufc/ml de uno o dos microorganismos. No hay un período mínimo en que el catéter deba estar colocado para que la IVU sea considerada por uso de sonda (12).
- **Neumonía asociada al uso de ventilador:** Principal causa de mortalidad entre las infecciones asociadas a cuidados sanitarios. Para ser considerada asociada a ventilación el paciente debe de estar intubado y ventilado en el momento en que se manifiesta la infección y debe de haber cumplido un tiempo mínimo de 48 horas antes de la aparición de los síntomas. El diagnóstico se basa en una combinación de criterios clínicos, radiológicos y de laboratorio (3) (13).
- **Infección de sitio quirúrgico:** Según la OMS y el Centro de Prevención y Control del Enfermedades clasifican a las infecciones de herida quirúrgica como 1) superficiales y profundas; 2) infecciones de órgano-espacio. La clínica se caracteriza por signos de inflamación y comúnmente por la secreción de exudado a través de la incisión aunque esta podría no presentarse y solo manifestarse como una celulitis difusa de la herida. La fiebre es un signo que se presenta más

en casos de afección órgano-espacio (3) (14) (13). Factores relacionados con el paciente como sus comorbilidades (ej. Diabetes mellitus, defectos de la circulación, edad avanzada) y fallas en aspectos técnicos quirúrgicos aportan al riesgo del desarrollo de infección.

- **Bacteremia asociada al uso de catéter:** Infección que se atribuye al uso de catéter venoso central, tiempo de inserción, medidas de asepsia al momento de la colocación y su cuidado respectivo. El paciente debe ser portador del catéter o haber presentado éste 48 horas antes de la aparición de la infección. Ocasionada por microorganismos propios de la flora de la piel, siendo más frecuente el aislamiento de *Staphylococcus aureus*. La complicación más temida es el shock séptico que produce falla multiorgánica y por consiguiente la muerte, aunque existen otras complicaciones menos letales como las supurativas locales. Se identifica por medio de signos inflamatorios o supuración de exudado a través de la inserción aunque el signo más común es el alza térmica (12) (5).

Debemos tener en cuenta que las infecciones asociadas a los cuidados de la salud son ocasionadas por gérmenes denominados “bacterias multirresistentes”, entre las cuales se conoce con mayor frecuencia las enterobacterias productoras de betalactamasas, la *Pseudomona aeruginosa* resistente a carbapenems, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, *Enterococcus spp.* resistente a glucopéptidos y *Acinetobacter baumannii* multirresistente (15).

1.2 FACTORES PREDISPONENTES PARA LA MANIFESTACIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES

En las bibliografías se comentan de tres factores de riesgo que contribuyen de manera directa en la transmisión de las infecciones nosocomiales, entre ellos se menciona:

- Susceptibilidad del huésped: Debemos saber que existen diferentes tipos de huésped, aquel que cuenta con un sistema inmunitario capaz de luchar o presentar la capacidad de producir anticuerpos a gérmenes y no presentar infección, también está el paciente que presenta el microorganismo en sus cultivos pero aun así no presenta sintomatología alguna y nos encontramos con el paciente que presenta la enfermedad con signos y síntomas. Según la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud hay factores que predisponen al paciente a adquirir infecciones nosocomiales, las cuales pueden ser propias de la persona, como también pueden ser factores de riesgo extrínsecos que lo afectan de forma directa, algunos ejemplos de factores de riesgo propios del paciente o también denominados endógenos se encuentran la edad, sexo, estado de nutrición, patologías de base, estado inmunológico; entre los extrínsecos, aquellos que se derivan de la atención podemos mencionar procedimientos diagnósticos y terapéuticos y el manejo por medio del personal de salud (16) (2) (8).
- Una fuente para el microorganismo causal (microbiota): Dentro de este encontramos diferentes ambientes de reservorio; a) microbiota endógena del paciente, b) microbiota de otro paciente transmitiéndose por contacto directo a otro paciente, a través del personal de salud o por aire y c) ambiente hospitalario (16) (2) (13) (8).
- Rutas de transmisión: Existen tres formas conocidas de transmisión:
 - a) **Transmisión por contacto:** considerada el modo más frecuente de transmisión. Dentro de este grupo se encuentran dos tipos; transmisión directa: cuando un agente infeccioso es transferido de una persona infectada o colonizada a una persona susceptible; transmisión indirecta: consiste en la transmisión de un agente infeccioso a través de un intermediario sea persona u objeto contaminado, ejemplo de esto puede ser el personal de salud que en el momento de la atención no realice la higiene de manos y transmita agentes de un paciente a otro. El impétigo, escabiosis, enfermedades generadas por *Staphylococcus aureus metilino-*

resistente, *Enterococos vancomicina resistente* son enfermedades que se transmiten por contacto.

- b) **Transmisión por gotas:** ejemplo de enfermedades que se transmiten de esta forma: meningitis, faringitis, neumonía. Este tipo de transmisión consiste en el contacto de gotas contaminadas de gran tamaño, mayor a 5 micras que provienen del sistema respiratorio con la mucosa de pacientes inmunocomprometidos o con objetos que después son maniobrados por el mismo.
- c) **Transmisión aérea:** hablamos de transmisión aérea aquella que consta en la diseminación de partículas pequeñas contaminadas con agentes infecciosos, menor de 5 micras que se encuentran suspendidas en el aire que pueden viajar cortas y largas distancias dentro del ambiente hospitalario. En este caso es importante no olvidar el uso de mascarilla siempre, entidades patológicas que se adquieren de ésta forma *M. Tuberculosis, infecciones por virus de varicela zoster e influenza* (16) (2) (3) (13) (8).

CAPÍTULO 2

2. MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE CONTROL

Con ayuda de la vigilancia epidemiológica se es posible tomar medidas preventivas para evitar la propagación de infecciones nosocomiales, pero el

cumplimiento de estas prácticas es necesario ser monitoreadas para asegurarnos de que el personal de salud ejecuta las tareas indispensables para dar una buena calidad de servicio al paciente (12) (5).

Entonces podemos decir que monitoreo consiste en la observación de un parámetro, en este caso “indicador” por un determinado período con el objetivo de detectar alteraciones o avances que se van dando en determinado proyecto.

Dentro del texto hemos usado frecuentemente el término prácticas seguras, refiriéndonos a ellas como las medidas de control y prevención de IAAS. Es importante recalcar que las infecciones son en parte evitables y que es responsabilidad de los proveedores del servicio de salud la prevención de éstas. *La Asamblea Mundial de Salud #55 dicta una resolución sobre la prevención y control de infecciones que en uno de sus puntos menciona claramente que los programas de calidad deben desarrollar normas, estándares y guías para brindar una buena calidad de atención y segura al paciente, deben brindar apoyo en la implementación de sistemas de reporte, de prevención y de control para así reducir el riesgo de propagación de infecciones intrahospitalarias (9).*

2.1 CLASIFICACIÓN DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN

2.1.1 PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Es la primera estrategia usada para minimizar el riesgo de transmisión de infecciones, son aquellas designadas para todos los pacientes sin importar su enfermedad. Comprendida por las siguientes:

- Higiene de manos
- Uso de equipo de protección en áreas de aislamiento
- Desinfección hospitalaria

Aunque se habla de otras medidas estándar como el manejo de objetos cortopunzantes, manipulación y eliminación de residuos, manejo de ropa, vajilla hospitalaria, nuestra investigación se basa en los tres componentes descritos, puesto que el establecimiento en el que se basa el estudio cuenta

con monitoreo detallado de éstas y las consideramos las más relevantes debido a que las transmisiones por contacto son el modo más frecuente de contagio infeccioso (16) (13) (17) (14).

Es importante señalar que las precauciones claramente no son dirigidas solamente al personal sanitario sino también al paciente mismo, siendo indispensable no olvidar que la higiene diaria de éste es un método mismo de prevención (18).

Higiene de Manos

Considerada la práctica segura más importante en el momento de reducir la transmisión de microorganismos multirresistentes, puesto que se cuenta con evidencia de que las manos del personal de salud son la principal vía de diseminación de infecciones y que el apego a ésta medida minimiza la presencia de este evento adverso. La piel cuenta con microorganismos que están presentes la mayor parte del tiempo y que se las denomina flora residente (p. ej: *Staphylococcus coagulasa negativos*, *Acinetobacter calcoaceticus*) y también se encuentran aquellos que se adquieren durante la atención hospitalaria a paciente colonizados o infectados y que se considera flora transitoria (p. ej: *enterococos vancomicina resistentes*, *staphylococcus aureus metilino-resistentes*, *pseudomona aeruginosa*, *klebsiella productora de carbapenemasas*, *candida*).

El lavado de manos está direccionada a la eliminación de la flora transitoria y se consta con 5 momentos en que se aplica ésta práctica desarrollada por la Organización Mundial de la Salud:

1. Antes de tocar al paciente
2. Antes de cualquier procedimiento
3. Después de realizar algún procedimiento o ante la exposición con fluidos corporales
4. Después de tocar al paciente
5. Después de tocar el ambiente en que se desenvuelve el paciente

La higiene de manos puede ser realizada con alcohol o ser lavadas con agua y jabón, aunque se ha demostrado la superioridad de productos alcohólicos,

por su rapidez, facilidad y por ser menos irritantes, el uso de jabón y agua son de elección debido a que hay microorganismos que no se destruyen fácilmente ante su exposición al alcohol (19) (14) (2).

Uso de equipo de protección

Cuando hablamos de equipo de protección personal nos referimos a una variedad de métodos de barrera dirigidos a evitar la contaminación de piel, mucosas (conjuntiva, nasal y oral) y vestimenta al momento de exposición a fluidos corporales o con el entorno de los pacientes. Dentro del equipo de protección tenemos a los guantes, batas, gafas y mascarillas (2).

El tipo de método de barrera a utilizar debe basarse en la posibilidad que existe a la exposición a sangre o fluidos corporales y en el tipo de microorganismo causal de la infección en el paciente y su ruta de transmisión. Todos los equipos de protección deben ser descartados tras el contacto con cada paciente.

- **Guantes:** Evitar la exposición a sangre y líquidos corporales y la protección del paciente a posibles microorganismos existentes en las manos del personal sanitario son justificativos por los cuales está indicado el uso de guantes. El lavado de manos después del uso de guantes es obligatorio puesto que muchas veces éstos pueden dañarse durante el uso, cuentan con defectos no evidentes o al momento de su retiro pueden contaminar las manos del servidor de salud.
- **Mascarillas:** El uso de mascarillas está indicada solo en el caso de preverse el posible contacto de sangre, secreciones, gotas o partículas infectadas con la mucosa oral y nasal del personal. Cuando se sospecha que el paciente que se está atendiendo consta con un microorganismo cuyo tipo de transmisión es por medio de gotas o aire.
- **Batas:** Está propuesto el uso de batas para evitar la contaminación de vestimenta y piel de los trabajadores sanitarios y para evitar la propagación de microorganismos resistentes que se transmiten por contacto.

- **Protectores oculares:** Indicado en procedimientos que producen salpicaduras. Los lentes y lentillas no son considerados equipo de protección (13) (16) (2) (14).

Desinfección Hospitalaria

La desinfección es un proceso físico y químico que destruye microorganismos patógenos y no patógenos de objetos inanimados y superficies, con excepción de endosporas bacterianas, utilizando soluciones antisépticas y desinfectantes. Es utilizada luego de la limpieza de una superficie que estuvo en contacto con materia orgánica (19).

La limpieza consiste en la eliminación de suciedad depositada en superficies inertes, utilizando medios mecánicos, físicos o químicos. Independientemente del área a ser higienizada, es importante la remoción mecánica de la suciedad y no simplemente el uso de paños húmedos que dispersan la suciedad (19).

En el medio hospitalario se realiza dos tipos de desinfección:

- **Desinfección concurrente:** Proceso que consiste en la eliminación de agentes infecciosos en la unidad del paciente de manera frecuente durante la hospitalización del mismo. Este tipo de desinfección debe realizarse mínimo una vez al día.
- **Desinfección general o terminal:** Es aquella desinfección programada que se realiza de manera minuciosa en techos, paredes y mobiliario de la unidad del paciente después que abandona la misma, aunque la periodicidad de este tipo de desinfección también se establece según el riesgo de cada zona hospitalaria (13) (20) (17).

2.1.2 PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN O AISLAMIENTOS

Son precauciones que se suman a las precauciones estándar, cuando se sospecha o está confirmado el caso de infección o colonización por patógenos multirresistentes y altamente transmisibles, con el objetivo de interrumpir la cadena de transmisión. Dentro del texto se describen tres tipos de

transmisión, aquellas por contacto, por gotas y por aire, de la misma manera contamos con tres tipos de aislamiento basados en la forma de transmisión.

Aislamiento de contacto

- La ubicación del paciente puede ser en habitación individual o por cohortes.
- El uso de guantes y equipo de protección personal se debe dar de manera obligatoria y se deben descartar antes de salir de la unidad del paciente.
- Seguido de esto es indispensable el lavado de manos.
- Limitar el transporte del paciente fuera de su habitación, para así evitar la diseminación de infecciones en otras áreas hospitalarias.

Aislamiento por gotas

- Se ubica al paciente en una habitación individual o aplicar el aislamiento por cohorte.
- El uso de mascarilla en este caso es imprescindible si el personal sanitario estará a un metro o menos de distancia con el paciente.
- En cuanto al movimiento del paciente fuera de su unidad también será limitado.

Aislamiento aéreo

- La localización de este paciente debe ser en habitación individual, en éste caso no aplica el aislamiento por cohorte.
- La puerta de la habitación debe estar siempre cerrada.
- La protección respiratoria será con mascarillas tipo N95 o FFP2 con el fin de evitar la inspiración de partículas contaminadas.
- La habitación en estos casos debe encontrarse con presión negativa, debido a que el aire contaminado no debe circular a otras áreas del hospital, a menos que cuente con un sistema eficaz de filtración.
- Como en los otros tipos de aislamiento, lo ideal es evitar al máximo la movilización del paciente, pero si esto no puede evitarse, el paciente deberá hacer el uso de mascarilla quirúrgica (16) (3) (17) (21).

CAPÍTULO 3

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se recibió aprobación de la Coordinación de Docencia e Investigación del Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón, el 23 de Mayo de 2016, permiso que se obtuvo para la recolección de datos de los pacientes aislados con bacterias multi-resistentes, la revisión de informes y registros de la Unidad de Gestión de Calidad y Control de Infecciones a los servicios del

hospital. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico. Elaborado con el fin de demostrar que mediante la aplicación y el conocimiento técnico de prácticas seguras es posible la prevención, reducción y/o detección temprana de infecciones asociadas a la atención de salud.

Población y Muestra

El Universo serán los pacientes hospitalizados en el Hospital Abel Gilbert Pontón y se recabarán los datos de todos aquellos que adquirieron infecciones nosocomiales, durante Septiembre 2014 – Diciembre 2015.

Criterios de Inclusión:

1. Pacientes hospitalizados en áreas de aislamiento en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón en el periodo de Septiembre 2014 – Diciembre 2015
2. Infectados con microorganismos multi-resistentes.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que no tengan exámenes de laboratorio confirmatorios de contagio con agentes nosocomiales multi-resistentes.
2. Pacientes colonizados.
3. Pacientes transferidos de otra unidad de salud después de 48h de hospitalización.

Recolección

Se recolecto los datos de los formularios de notificación y seguimiento de eventos y formularios de recolección de denominadores de los pacientes que estuvieron hospitalizados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón y presentaron infecciones nosocomiales con bacterias multi-resistentes durante este periodo. Se contactó con los integrantes del área de

Gestión de Calidad – Control de Infecciones de la institución para recaudar la información sobre el seguimiento de pacientes aislados, bases de datos que comprueban el seguimiento de acuerdo a las semanas epidemiológicas. Se recibió los informes donde están los calendarios de desinfecciones semanales y mensuales, el cumplimiento o no desinfecciones terminales y recurrentes, la rotación de desinfectantes y su adecuado uso. Se recibió el consolidado de control de adherencia a la adecuada higiene de manos por áreas, la cual es monitorizada diariamente y se registran los valores obtenidos con el Luminómetro Clean-Trace de 3M que es un sistema de monitoreo de higiene de superficies portátil que nos facilita resultados cuantitativos expresados en Unidades Relativas de Luz (URL). Se nos facilitó también la semaforización de los resultados obtenidos mensualmente, donde los rangos a clasificar son 3:

1. Buena adherencia a Higiene de Manos – verde: 0-250URL.
2. Necesita revisión de técnica y apego a Higiene de Manos – amarillo: 250-500URL
3. Mala adherencia a Higiene de Manos - cambios inmediatos – rojo: >500URL

Se tomó los reportes de supervisiones donde se revisa las áreas de aislamiento del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, dentro de los reportes se toman en cuenta 3 aspectos.

1. La adecuada infraestructura de los aislamientos. En la puerta de las habitaciones donde se encuentren pacientes con enfermedades infectocontagiosas se colocaran identificadores, en estos se describirán las precauciones para control y prevención de enfermedades transmisibles (según código de colores).
 - Las Precauciones de contacto (*amarillo*) se aplicarán además de las precauciones estándar, en pacientes con enfermedad fácilmente transmisible mediante contacto directo con el paciente o por contacto indirecto con superficies y utensilios usados en el cuidado del paciente.
 - Las precauciones de vía aérea (*azul*), además de las precauciones estándar, están dirigidas para pacientes que están

infectados con microorganismos transmitidos por gotas de transmisión aérea (partículas de < de 5 micras).

- Las Precauciones de transmisión por gotas (verde), además de las precauciones estándar, se aplicaran a pacientes infectados con microorganismos transmitidos por gotas (partículas > 5 micras).

Debe contar con un espacio entre camas de mínimo 1 metro de separación, contar con baño privado o lugar de aseo. De preferencia solo debe haber un máximo de cuatro camas por habitación y deben estar designados pacientes infectados con el mismo agente patógeno. Los artículos de uso personal (avituallamientos) y muebles de estas habitaciones deberán limitarse a lo estrictamente necesario, no se permitirá tener floreros, cubrecamas u otros, en su interior.

- 2.** El uso de barreras de protección por parte del personal de salud al entrar al área y manipular el entorno del paciente y al paciente. Esto incluye bata, zapatones, mascarilla, gorro y guantes desechables. De preferencia se trata que sea siempre el mismo personal de la salud de cada turno la que trabaje que los pacientes infectados. Solamente podrán visitar al paciente 1 persona, si su patología lo permite, esta persona deberá de seguir los lineamientos de las precauciones y aislamiento correspondiente al paciente, además deberá portar el equipo de protección personal adecuado. La enfermera responsable del paciente se asegurará de que los familiares cumplan adecuadamente los requisitos de cada aislamiento o precaución establecida. Orientara a los visitantes a colocarse y quitarse el equipo de protección personal adecuadamente, así como colocarlos en el lugar adecuado.
- 3.** La higiene diaria del paciente en área de aislamiento. Se debe realizar la higiene corporal del paciente infectado con clorhexidina al 2% y se cambiara la vestimenta (ropa limpia) antes de cualquier traslado.

Se solicitó al grupo de laboratorio del hospital los registros de pacientes con exámenes de laboratorio positivos a microorganismos multi-resistentes durante el periodo de Septiembre 2014 a Diciembre 2015.

Análisis

El programa que empleamos para el análisis estadístico será IBM SPSS Statistics 20.0.1 y Excel 2013.

CAPÍTULO 4

4. RESULTADOS

Al analizar los datos encontramos que el área de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tuvo un total de 79 pacientes infectados durante los 16 meses que se toman en cuenta en nuestro estudio. La unidad de Especialidades Quirúrgicas y Cuidados Intermedios le siguen con un total de 39 y 37 pacientes respectivamente, siendo las 3 áreas con un índice mayor de infectados con bacterias multi-resistentes. (Gráfico 1)

Hallamos que los tres indicadores en los que se centra nuestro estudio tienen diferente fecha de inicio en la aplicación y adecuado seguimiento dentro del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón, esto nos permite analizar la eficacia de los indicadores a medida que progresa el control de infecciones. (Tabla 1)

Con respecto a la relación que existe con el número de infectados y el adecuado cumplimiento de las prácticas seguras podemos observar que en los meses de octubre y noviembre del 2014 estaban hospitalizados 9 y 11 pacientes en aislamiento, mientras que en los meses de julio, agosto y septiembre del 2015 habían 0, 1 y 0 pacientes hospitalizados, respectivamente, en el área de aislamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos. Si nos enfocamos en esos 5 meses podemos ver que en los meses del 2014 el único indicador vigente es la adecuada higiene de manos la cual estaba calificada como 3 - "mala técnica y adherencia a higiene de manos. Realizar cambios inmediatos"; mientras que en los meses de Julio, Agosto y Septiembre ya se emplean en conjunto todos los indicadores de práctica segura, tenemos un 100% de correcto cumplimiento de aislamiento para los 3 meses nombrados, al igual que la desinfecciones recurrentes y terminales, la adherencia a la higiene de manos llega a estar en 1 - "adecuada técnica y adherencia a higiene de manos. Salvando vidas" los dos primeros meses y 2 - "revisar técnica y adherencia a higiene de manos. Mejorar técnica" en el mes de septiembre. (Gráfico 3)

Se puede observar que mientras la higiene de manos se mantenga en valores de 1 y 2 el índice de pacientes infectados va a ser menor, pero sin embargo hay que tomar en cuenta que mientras los demás indicadores no eran empleados o no de la manera adecuada el número de casos con bacterias multi-resistentes varía en un número alto. (Gráfico 10)

En los meses en los que los tres indicadores se cumplen a las mayores expectativas se observa que el número de pacientes infectados en las áreas llega a descender notablemente, como por ejemplo en el mes de septiembre 2015 las áreas de Hospitalización Nefrología y Cirugía General tienen 0 casos de infectados. (Gráficos 3, 4, 5 y 6)

Del mismo modo encontramos que cuando los indicadores no son realizados de la forma adecuada el número de pacientes infectados aumenta (Tabla 5, 6, 7 y 8), como es el caso del área de Especialidades Quirúrgicas que muestra

un alto índice de pacientes infectados en los meses de Marzo, Abril, Octubre y Diciembre 2015. (Gráfico 8)

CAPÍTULO 5

5. DISCUSIÓN

Como podemos observar en los resultados de nuestro estudio, existe una relación directa entre el cumplimiento de medidas de prevención y control de infecciones con la disminución del número de casos de los mismos, que aplicando estas medidas se demostró que una gran proporción de infecciones asociadas a la atención en salud son prevenibles.

También se evidencia que entre más indicadores, es decir, que entre más prácticas seguras se apliquen en combinación, los resultados son mucho más

favorables que el uso de uno solo, que a medida que se iban implementando nuevas medidas preventivas el número de casos de infecciones disminuía. Wilson *et al* demuestra lo mismo con respecto a la limpieza hospitalaria (un solo indicador) que refleja una disminución en la contaminación ambiental y el transporte del germen multirresistente por medio del cuidador de salud, pero que confirma que el uso de las precauciones estándar y las precauciones basadas en la transmisión son más efectivas en conjunto en cuanto a la reducción y control de las infecciones por microorganismos multirresistentes (22).

Debemos tomar en cuenta que no solamente es cuestión de sumar prácticas seguras a la prevención de infecciones nosocomiales, sino que la adherencia del personal sanitario a cada método preventivo es crucial para la verdadera disminución de casos infecciosos.

Según la Organización Mundial de la Salud la higiene de manos es el factor más importante evidenciado de prevención para infecciones nosocomiales, debido a que es la base de todas las intervenciones y a que la mayor parte de infecciones se deben a la transmisión por contacto, esto se pudo evidenciar debido a que el apego al indicador “Higiene de Manos” contribuyó en mayor parte a la reducción de casos, mas no debemos pensar que fue el único indicador que permitió la disminución de infecciones, sino que debido a que es un factor de mayor ocurrencia, se lo considera un método de mayor influencia (23).

Puesto que a medida que el aislamiento y las desinfecciones fueron integrados al sistema de control y prevención y la adherencia por parte de los cuidadores de la salud mejoraba con el pasar de los meses, el número de caso de infecciones disminuyo aún más, confirmando así que los tres indicadores trabajan de manera integral, y que la contribución que generan al lavado de manos en cuanto a prevención y reducción de casos infecciosos es importante.

Esto explica porque en guías de prácticas preventivas basadas en evidencia no solo hablan de la higiene de manos como único método que contribuye en la reducción de casos, si no que habla de otras medidas como las

anteriormente mencionadas como métodos complementario que ayudan a la prevención, reducción y control de infecciones asociadas a los cuidados de salud (14) (16) (19).

CAPÍTULO 6

6. ANEXOS

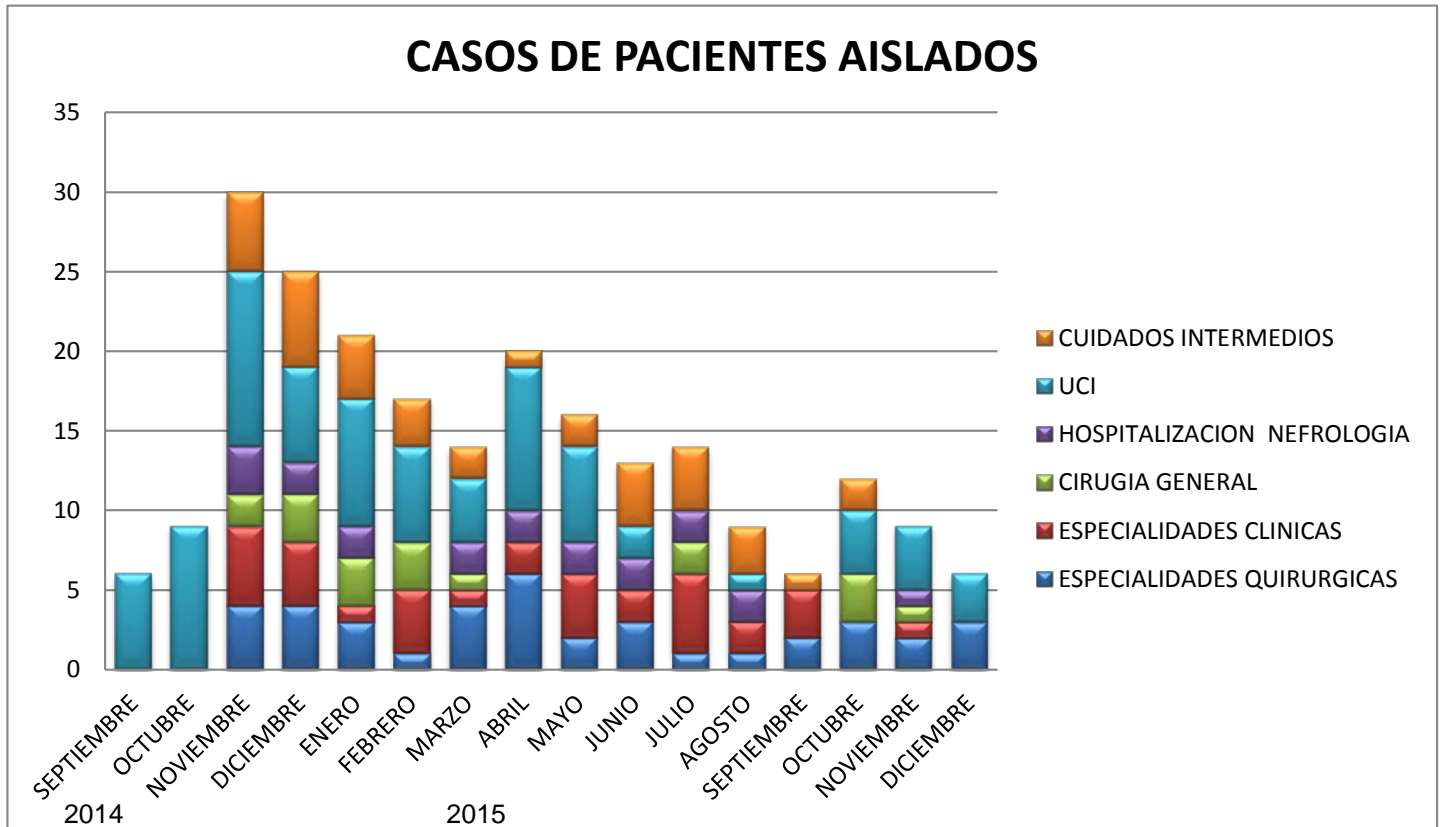


GRÁFICO 1

GRÁFICO 2

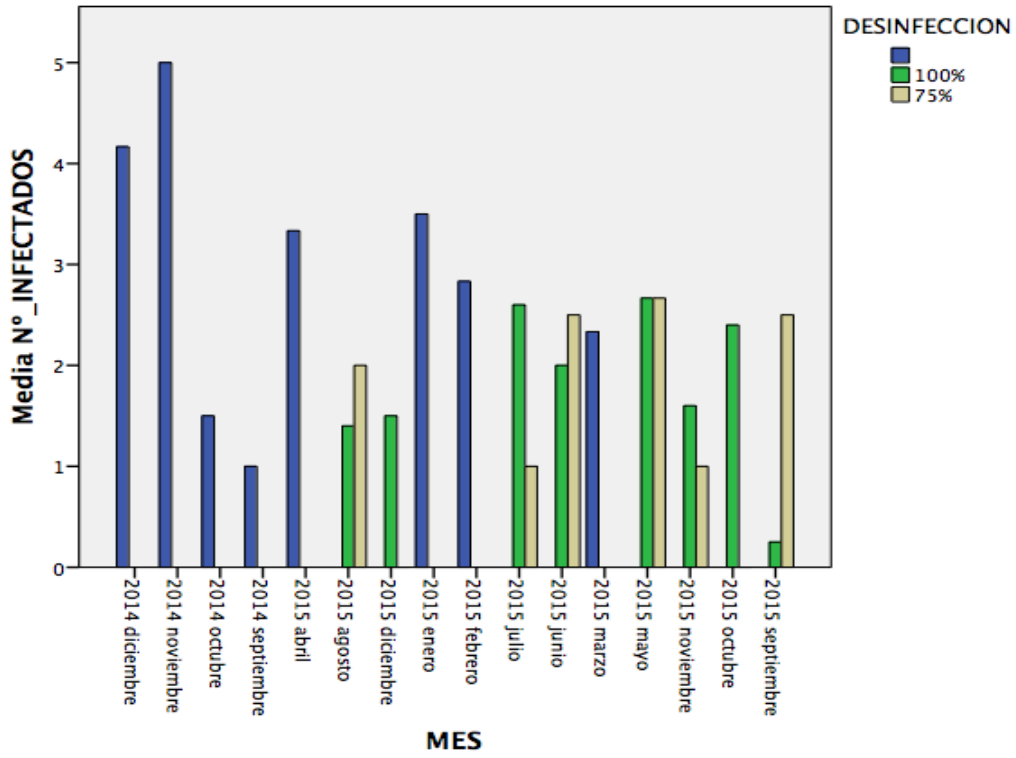


GRÁFICO 3

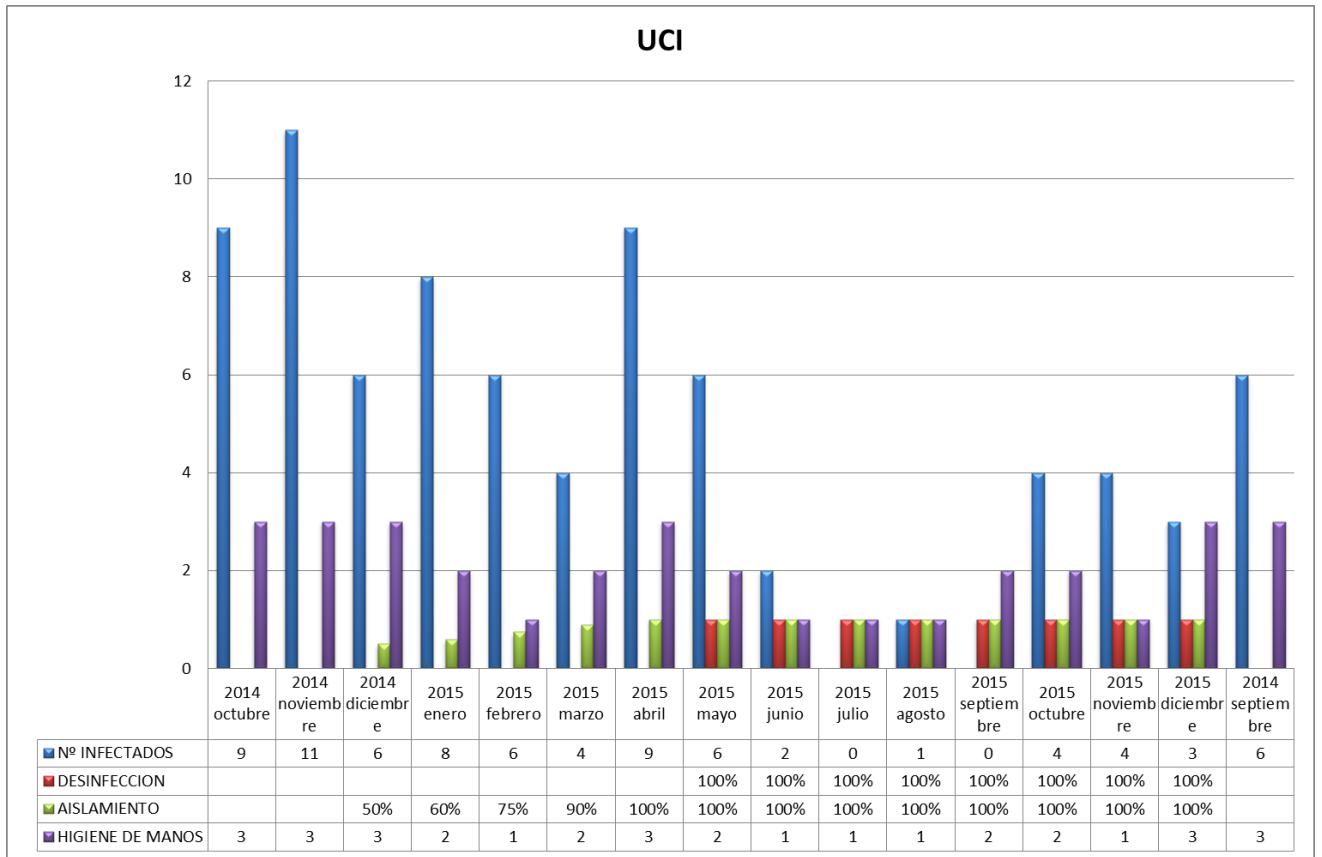


GRÁFICO 4

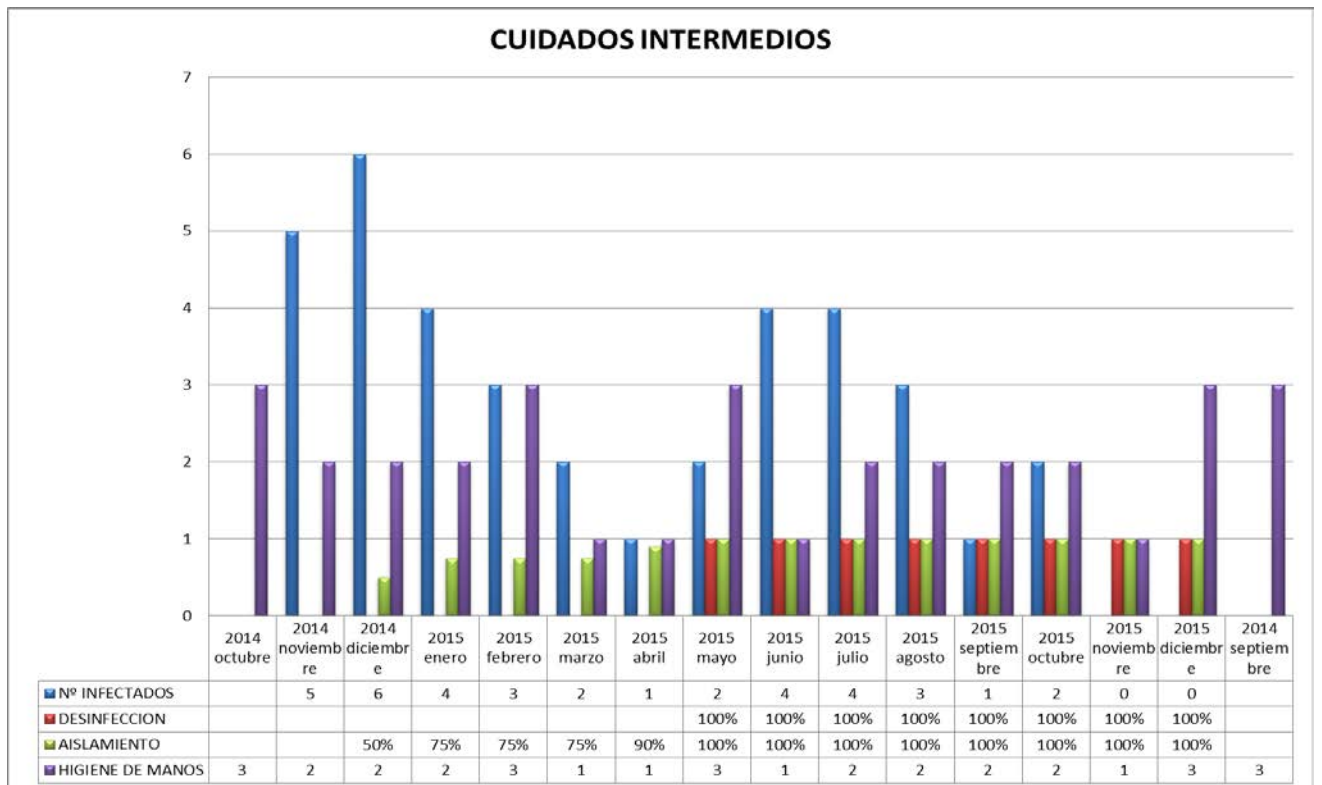


GRÁFICO 5

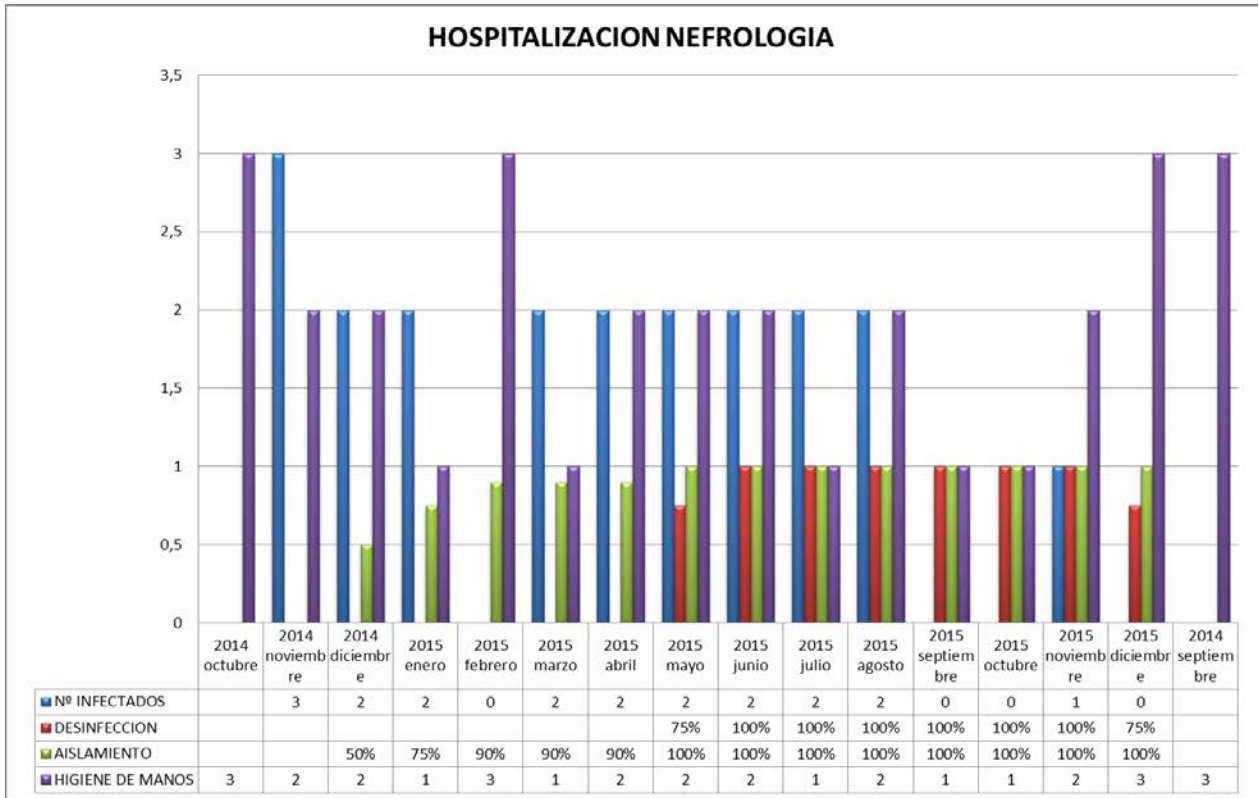
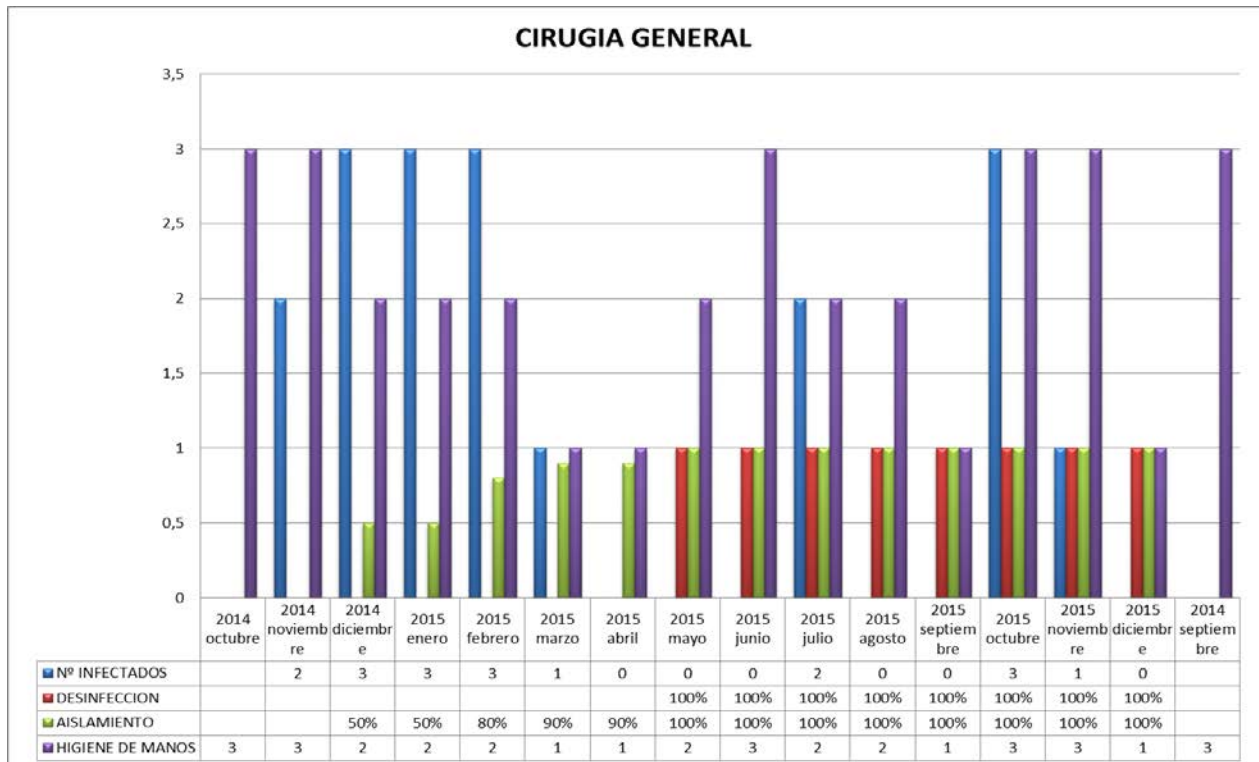


GRÁFICO 6



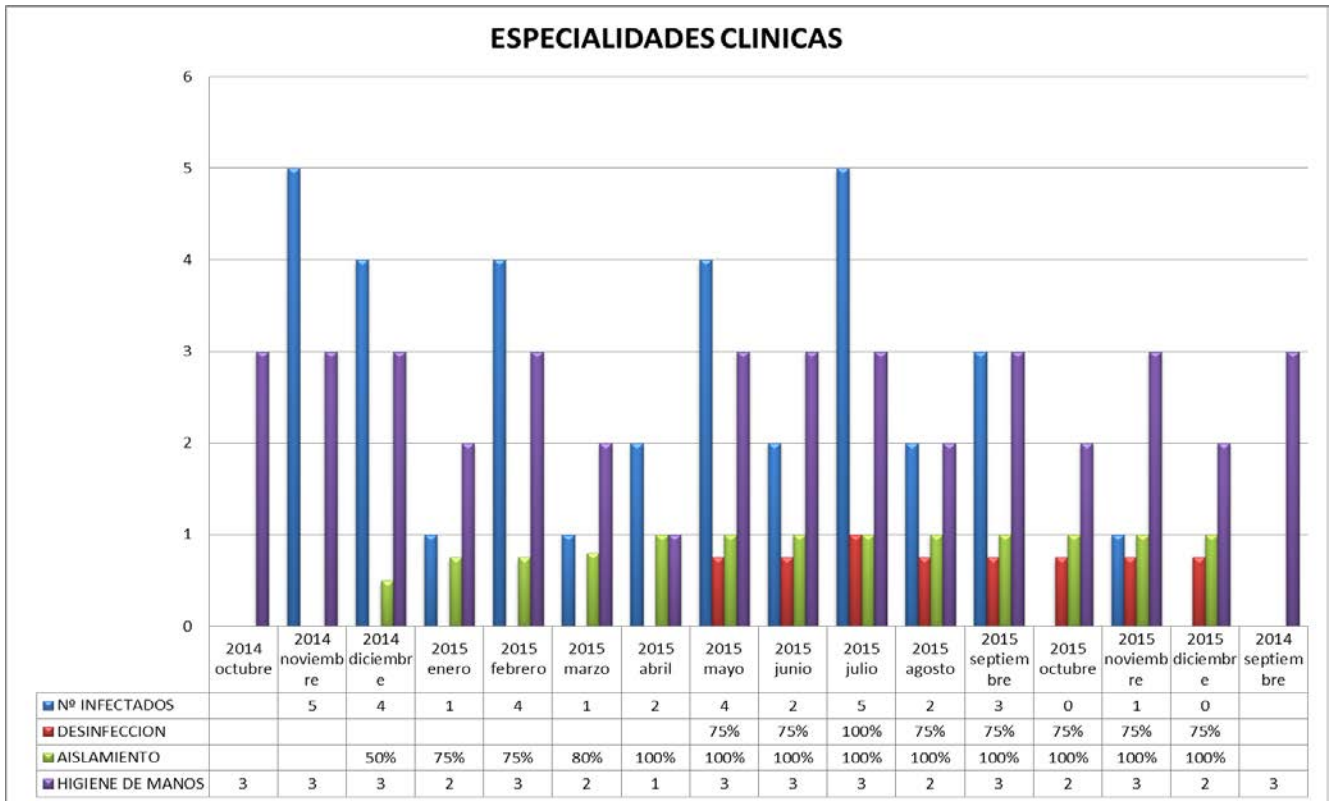
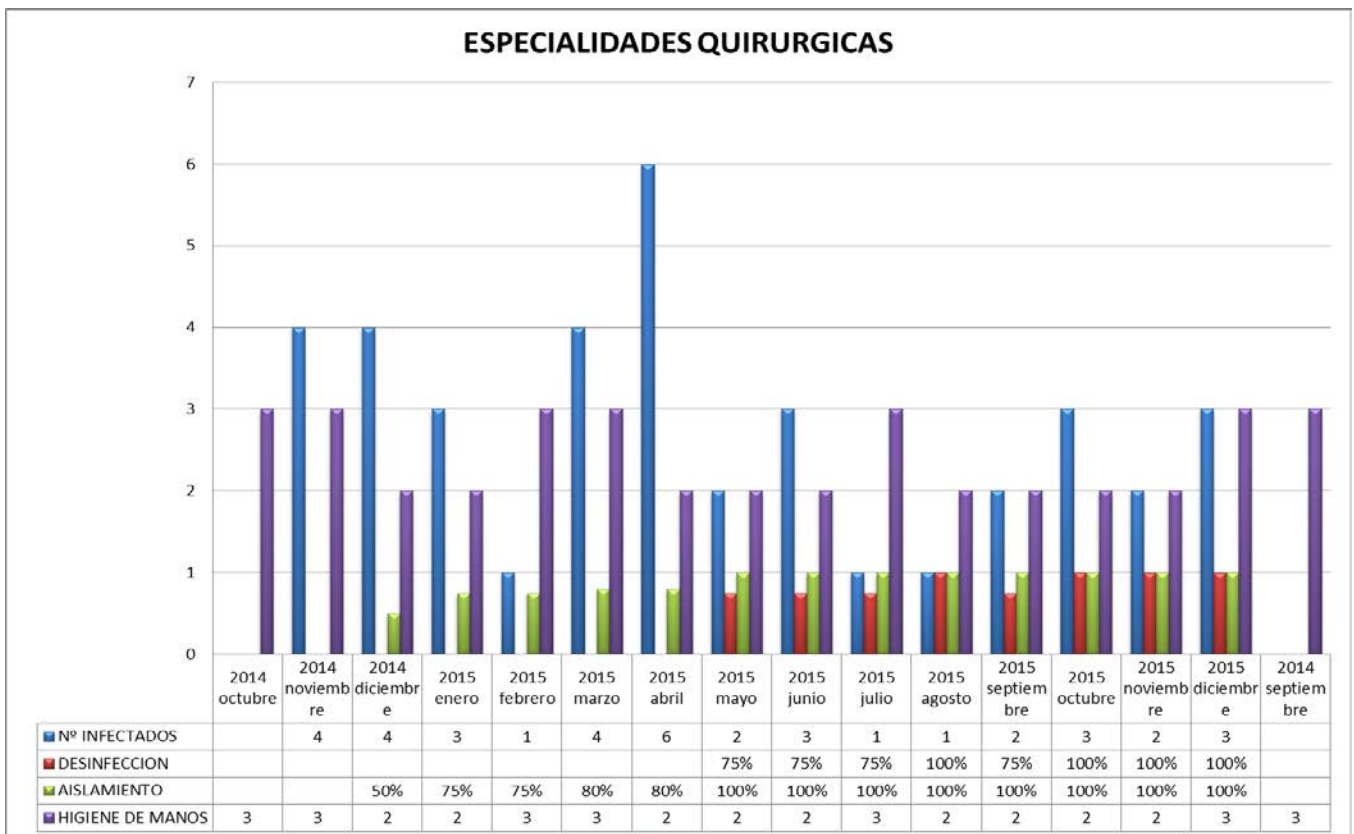


GRÁFICO 7

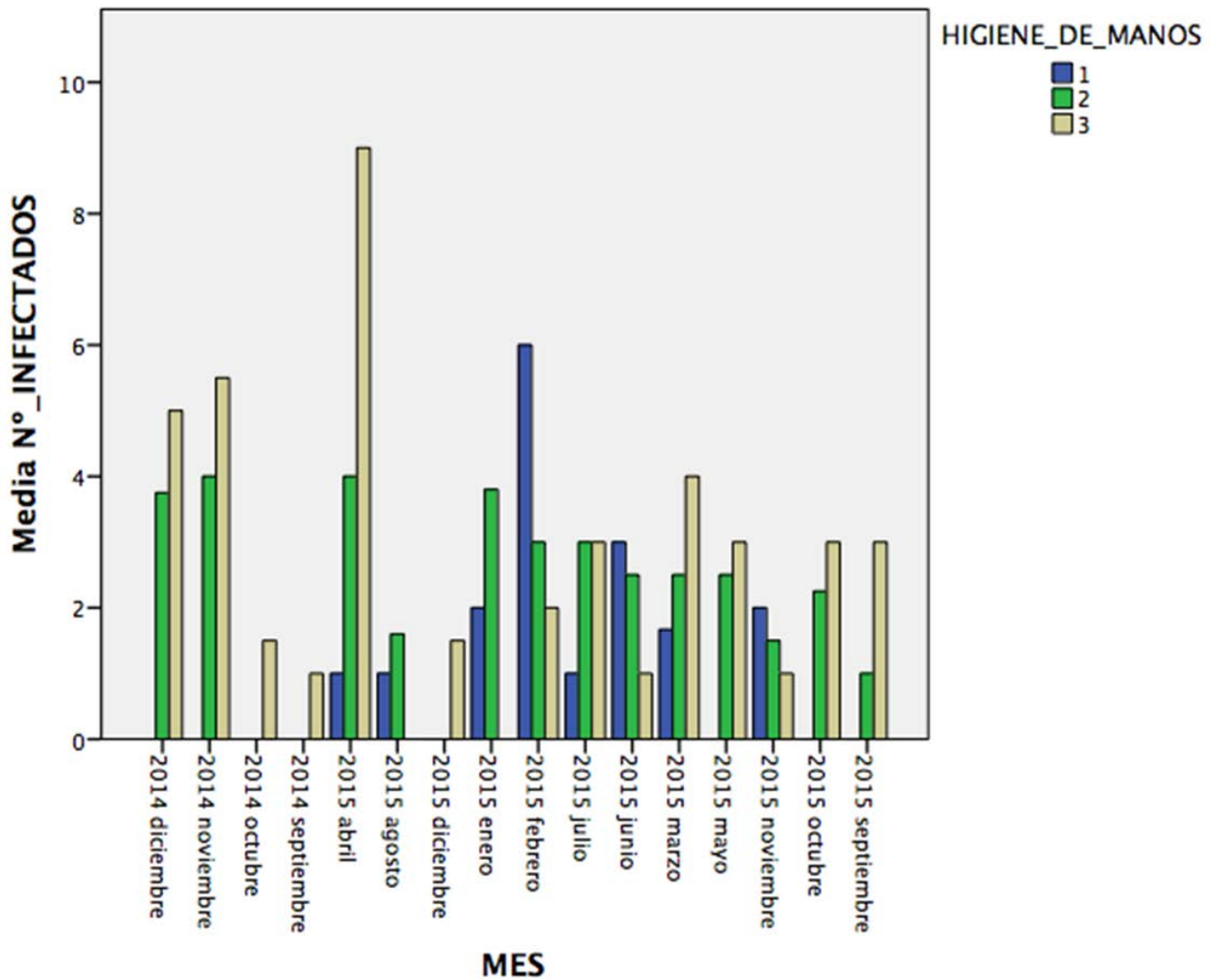
GRÁFICO 8



Indicador	Mes de inicio
Adherencia a Higiene de manos	Mayo 2014
Aislamiento	Diciembre 2014
Desinfecciones terminales y recurrentes	Mayo 2015

Tabla 1

GRÁFICO 9



CAPÍTULO 7

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El control de Infecciones Asociadas a la Atención en la Salud necesita un monitoreo exhaustivo, ya que el inadecuado manejo de estas, puede causar una epidemia. Se debe empezar por especificar funciones de cada uno de los integrantes de Epidemiología, para el correcto monitoreo del brote a través de los informes del comité operativo de control de infecciones.

Es de gran importancia que exista la capacitación periódica de vigilancia a líderes de enfermería, microbiología y licenciados de control de infecciones, ya que debe existir la búsqueda activa y prospectiva de infecciones, supervisión diaria a los servicios y un apropiado manejo de los casos, debe coexistir una rápida comunicación entre servicios.

Pequeños procedimientos empleados pueden hacer una gran diferencia en el índice de pacientes infectados como lo es la higiene corporal del paciente con clorhexidina al 2%, cumplir con las precauciones standard y realizar el seguimiento diario y mensual de los casos de pacientes infectados.

El conjunto de estos elementos han demostrado una gran eficacia en el manejo y prevención de pacientes infectados con bacterias multi-resistentes, disminuyen la cantidad de pacientes colonizados, la morbimortalidad y el número de días de hospitalización.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. R. Monina Klevens DM, Jonathan R. Edwards M, Chesley L. Richards J,MM, Teresa C. Horan M, Robert P. Gaynes M, Daniel A. Pollock M, et al. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. Public Health Reports. 2007;; p. 160-166.
2. Carolyn M. Clancy MD, Risa Lavizzo-Mourey MD,MBA. Patient Safety and Quality: An Evidence - Based Handbook for Nurses. Vol 2 Rockville; 2008.
3. Fariñas-Álvarez C, Teira-Cobo R, Rodriguez-Cundín P. Infección Asociada a cuidados sanitarios (Infección Nosocomial). Medicine. 2010;; p. 3293-3300.
4. Allegranzi B, Sepideh B, Christophe C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, et al. Burden of endemic Health care-associated infection in developing countries; systematic review and metaanalysis. The Lancet. 2011;; p. 228-241.
5. Área de Vigilancia de la Salud y Prevención y Control de Enfermedades de la OPS. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la atención de la Salud. Módulo III Washington D.C.: Organización Panamericana de Salud; 2012.
6. Benedetta A. Health care-associated infections more common in developing countries. [Online].; 2010. Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/infections_20101210/en/.
7. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. [Online]. Available from: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/.
8. Unahalekhaka A. Epidemiology of Healthcare-Associated Infections. In Control IFoI. IFIC Basic Concepts of Infection Control. Malta: Bonavia Offset Printers; 2011. p. 27-38.
9. World Health Assembly. Quality of care: Patient Safety. Ginebra.; 2002.
10. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Guía Técnica "Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"; 2010.
11. Secretaría de Salud de Estados Unidos Mexicanos. Medición de la prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales generales de las principales instituciones públicas de salud. Mexico D.F.;; 2011.

12. Organización Panamericana de Salud. Vigilancia Epidemiológicamente de las Infecciones Asociadas a la atención en Salud Washington D.C. : Organización Panamericana de Salud ; 2010.
13. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. Prevención y Control de la Infección Nosocomial Madrid: BIG Creativos; 2007.
14. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales. GUÍA PRÁCTICA Malta: Minimum Graphics ; 2003.
15. Cano ME, Domínguez MdlÁ, Ezpeleta C, Padilla B, Ramírez E, Martínez-Martínez L. Cultivos de vigilancia epidemiológica de bacterias resistentes a los antimicrobianos de interés nosocomial. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2008;; p. 220-229.
16. Australian Commision on Safety and Quality in Healthcare. Australian Guidelines for the Prevention and Control of Infection in Healthcare Canberra; 2010.
17. Hernández A, González C, Borrás MJ, Vanaclocha H, Pastor E. Precauciones de Aislamiento. In Hernández A, González C, Borrás MJ, Vanaclocha H, Pastor E. Guía de Recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Valencia: Textos i Imatges, S.A.; 2003. p. 111-125.
18. Noto MJ, Domenico HJ, Byrne DW, Talbot T, Rice T, Bernard G, et al. Chlorhexidine Bathing and Health Care-Associated Infections: A randomized Clinical Trial. [Online].; 2015. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2091544>.
19. Unidad de Enfermedades Transmisibles, Organización Panamericana de Salud. GUÍA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES EN SERVICIOS DE SALUD, DIRIGIDA A ESTUDIANTES DE LAS CARRERAS DE CIENCIAS DE LA SALUD La Paz : Quatro Hnos. ; 2007.
20. Alvarado K, Montenegro F, Rodríguez B. Desinfección Hospitalaria. In Segunda Jornada de Seguridad del Paciente; 2014; Guayaquil. p. 23.
21. Nicholson L. Healthcare-associated infections: the value of patient isolation. Art & Science. 2014;; p. 35-43.
22. Wilson A, Smyth D, Moore G, Singleton J, Jackson R, Gant V, et al. The impact of enhanced cleaning within the intensive care unit on contamination of the near-patient environment with hospital pathogens: a randomized crossover study in critical care units in two hospitals. [Online].; 2011. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21242793>.
23. Organización Mundial de la Salud. Manual Técnico de Referencia para la Higiene de Las Manos Geneva; 2009.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Merino Real Gabriela Alexandra con CI #0926937517 y Tama Tambaco María Belén con CI #0803129931 autoras del trabajo de titulación: “Monitoreo del cumplimiento de prácticas seguras y su relación con eventos adversos en pacientes aislados por infecciones asociadas a la atención de salud en el Hospital Abel Gilbert Pontón” previo a la obtención del título de médico general en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 23 de Septiembre de 2016

f. _____ f. _____

Merino Real Gabriela Alexandra
CI: 0926937517

Tama Tambaco María Belén
CI: 0803129931



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	"Monitoreo del cumplimiento de prácticas seguras y su relación con eventos adversos en pacientes aislados por infecciones asociadas a la atención de salud en el Hospital Abel Gilbert Pontón"		
AUTOR(ES)	Merino Real Gabriela Alexandra, Tama Tambaco María Belén		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Vásquez Cedeño Diego Antonio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Medico General		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	DE 23/09/2016	No. PÁGINAS:	DE 42
ÁREAS TEMÁTICAS:	(registrar por lo menos 3)		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Infecciones asociadas a la atención de Salud, Pacientes aislados, Brotes de infecciones, Medidas de prevención y control		
RESUMEN/ABSTRACT: Las infecciones asociadas a la atención de la salud son el evento adverso más frecuente. Afortunadamente existen estrategias eficaces para la prevención y control de dichas infecciones que han demostrado que al ser implementadas disminuyen considerablemente la diseminación de las mismas. Objetivo: Demostrar que mediante la aplicación y el conocimiento técnico de prácticas seguras es posible la prevención, reducción y/o detección temprana de infecciones asociadas a la atención de salud. Metodología: Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Reconocer la dinámica de casos infecciosos y su relación con el apego a métodos preventivos por parte del personal de salud. Resultados: Con respecto a la relación que existe con el número de infectados y el adecuado cumplimiento de las prácticas seguras podemos observar que en los meses de octubre y noviembre del 2014 estaban hospitalizados 9 y 11 pacientes en aislamiento, mientras que en los meses de julio, agosto y septiembre del 2015 habían 0, 1 y 0 pacientes hospitalizados, respectivamente. Del mismo modo encontramos que cuando los indicadores no son realizados de la forma adecuada el número de pacientes infectados aumenta, como es el caso del área de Especialidades Quirúrgicas que muestra un alto índice de pacientes infectados en los meses de Marzo, Abril, Octubre y Diciembre 2015. Conclusiones: El control de Infecciones Asociadas a la Atención en la Salud necesita un monitoreo exhaustivo. Pequeños procedimientos empleados pueden hacer una gran diferencia en el índice de pacientes infectados. El conjunto de estos elementos han demostrado una gran eficacia en el manejo y prevención de pacientes infectados con bacterias multi-resistentes, disminuyen la cantidad de pacientes colonizados, la morbimortalidad y el número de días de hospitalización.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-90200452 - +593-9-83143387	E-mail:	gabriela.merino.real@gmail.com - mbelementamat@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño Diego Antonio		
	Teléfono: +593-9-82742221		
	E-mail: diegovasquez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	