

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN



"COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA PARA FORTALECER LOS PROCESOS RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 DEL I.M.S.S."

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN
DE LOS SISTEMAS DE SALUD

PRESENTA

M.C. JORGE MANUEL HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

DRA. EN C.E.A. MARIA DEL ROCIO GÓMEZ DÍAZ
TUTOR ACADÉMICO

Junio, 2016



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México



Toluca, México a 21 de junio de 2016

**Espacio Académico, Subdirector Académico. Coordinador de Programa
Presente**

Carta de autorización para publicación en el RI


**Declaración de autoría original, libre de embargo, susceptible de ser depositado en el
Repositorio Institucional y solicitud de evaluación de grado.**

Quien firma al calce declara que: soy autor intelectual "[COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA PARA FORTALECER LOS PROCESOS RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 DEL I.M.S.S]", y que estoy de acuerdo con la totalidad de su contenido y apruebo para ser publicado en el Repositorio Institucional en los términos del reglamento de Acceso abierto y la Normatividad vigente emitida por la Universidad del Estado de México.

Que el/la [Trabajo Terminal de Grado] presentado es original y no se encuentra en el proceso de dictaminación o embargo en ninguna publicación o medio. Afirmando que el trabajo cumple con la cientificidad y los aspectos metodológicos para su publicación bajo las licencias Creative Commons.

Quien bajo firma solicita que el trabajo titulado "[COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA PARA FORTALECER LOS PROCESOS RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 DEL I.M.S.S]", sea incluido en alguna de las colecciones del Repositorio Institucional. Así mismo permitimos que la Oficina de Conocimiento Abierto realice lo propio para la preservación y difusión de la obra.

Sin otro particular.


Jorge Manuel Hernández Gutiérrez
Nombre y Firma
No. de cuenta: 21 junio 2016



www.uaemex.mx



UAEM

C.I.E.P./113/2014

Toluca, México, a 07 de marzo de 2014.

DRA. EN C.E.A. MARÍA DEL ROCÍO GÓMEZ DÍAZ
PROFESORA DE TIEMPO COMPLETO
PRESENTE

Por este conducto y en el marco de las nuevas disposiciones de la Legislación Universitaria, me permito invitarle a fungir como Tutor Académico para dirigir el Trabajo Terminal de Grado denominado: "Comunicación efectiva como estrategia de mejora para fortalecer los procesos relacionados a las infecciones nosocomiales en el Hospital General Regional 220 del IMSS", con número de registro 458/2014, que presenta el C. Jorge Manuel Hernández Gutiérrez con número de cuenta 9042662, egresado de la Maestría en Administración de los Sistemas de Salud de la promoción 2012-2013.

Sin otro particular por el momento, me despido de Usted.

ATENTAMENTE
"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"
"2014, 70 Aniversario de la Autonomía del ICLA-UAEM"

M. EN M. CESAR ALBERTO CAMACHO VILLAVICENCIO
Coordinador de Investigación y Estudios de Posgrado

*Recebo
María del Rocío
7-III-2014*

c.c.p. Archivo.



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México



Toluca, Estado de México a 7 de septiembre de 2015

DRA. EN C. ED. ARACELI ROMERO ROMERO
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
PRESENTE

En atención a el oficio C.I.E.P./113/2014 de fecha 7 de marzo de 2014, por medio de la presente informo a usted que he concluido con la dirección del trabajo terminal de grado con título: "COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA PARA FORTALECER LOS PROCESOS RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 DEL I.M.S.S".

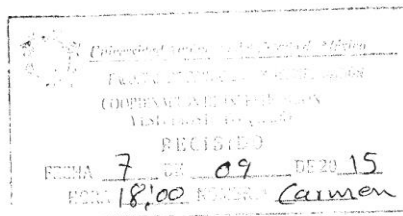
Que para obtener el título de Maestría en Administración de los Sistemas de Salud presenta EL C. JORGE MANUEL HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ.

Agradezco la atención que se sirva prestar a la presente.

ATENTAMENTE
"PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO"
"2015, AÑO DEL BICENTENARIO LUCTUOSO DE JOSÉ MARÍA
MORELOS Y PAVÓN"

Dra. en C.E.A. María del Rocío Gómez Díaz
Profesor de Tiempo Completo

c.c.p. Interesada



www.uaemex.mx

Cerro de Coatepec S/N Ciudad Universitaria C.P. 50100 • Toluca, Estado de México
Tel: 214-0250, 213-8133/ Fax: 215-4744 / rgomezd44@hotmail.com



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México

ORDEN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO TERMINAL DE GRADO

Fecha: 07 de octubre de 2015

Una vez que el (la) alumno(a) **Hernández** **Gutiérrez** **Jorge Manuel**
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Egresado de la Maestría en Administración de los Sistemas de Salud, promoción 2012-2013, con número de cuenta 9042662, ha presentado de acuerdo al artículo 54 del Reglamento de los Estudios Avanzados de la Universidad Autónoma del Estado de México, el Trabajo Terminal de Grado titulado:

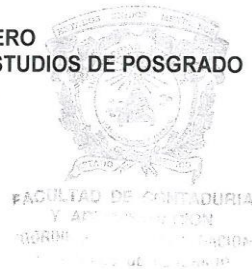
"COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA PARA FORTALECER LOS PROCESOS RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 DEL I.M.S.S.", Que ha sido dirigido por la Dra. en C.E.A. María del Rocío Gómez Díaz, quien ha emitido su aprobación final, por lo tanto se autoriza la impresión de los ejemplares requeridos, atendiendo las siguientes especificaciones de impresión:

- ❖ Entregar 1 ejemplar electrónico (PDF) del Trabajo Terminal de Grado a la Coordinación de Investigación y Estudios de Posgrado de la F.C.A.
- ❖ Entregar a la Coordinación de Investigación y Estudios de Posgrado de la F.C.A. constancia de donación a la biblioteca de la Facultad de dos libros y dos ejemplares impresos del Trabajo Terminal de Grado. Para el año 2015, la impresión de los ejemplares será en tamaño carta y empastado (pasta gruesa o pasta delgada) color marrón con letras doradas. El diseño de la portada se proporciona en archivo electrónico.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2015, Año del Bicentenario Luctuoso de José María Morelos y Pavón"

DRA. EN C. ED. ARACELI ROMERO ROMERO
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO



www.uaemex.mx

c.c.p. Expediente del alumno.

Coordinación de Investigación y Estudios de Posgrado
Cerro de Coatepec, s/n Ciudad Universitaria, Toluca, México. C.P. 50100
Tel. 20140850 / 2140171 ext.128 o 158. Correo electrónico: posgrado1317fca@gmail.com

“COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA PARA FORTALECER LOS PROCESOS RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 DEL I.M.S.S.”

A mi esposa Irma Avila Alatorre y a mis hijos, Gabriela, Sarai y Emiliano, ya que gracias a ellos he logrado una meta más en mi vida Profesional, pero sobre todo porque ellos me cedieron un momento en su tiempo de recreación para poder lograr este sueño.

A mi madre porque gracias a sus consejos he logrado terminar este proyecto, diciéndome cuando inicies un proyecto debes terminarlo, porque así, se ve el trabajo de un hombre determinado y exitoso.

A mi tutora Dra. En C.E.A. María del Roció Gómez Díaz porque gracias a su guía y consejería he visto cristalizado este proyecto de investigación viéndolo crecer, nutrirse y robustecerse.

Resumen

Como lo plantea el sociólogo estadounidense Bernard Berelson *“la comunicación es la transmisión de información, ideas, emociones, habilidades etc., a través de símbolos, palabras, imágenes, figuras, sonidos, etc.”* este intercambio se ha visto encuadrado y caracterizado a través del tiempo, la sociabilización ha hecho que el agrupamiento, el trazado de metas y fines nos lleven a lo que hoy conocemos como organizaciones o empresas, a estas no les es indiferente el proceso comunicativo que es la base de la evolución y de la personalización de todos los aspectos de la vida del ser humano, por tal motivo y de acuerdo a las actividades efectuadas durante el proceso investigativo de recolección y análisis de datos del presente trabajo terminal de grado y en cumplimiento a los objetivos trazados desde el inicio, en donde se pretende mejorar sustancialmente la comunicación efectiva como herramienta primordial en la organización, y con la finalidad de identificar los factores relacionados con la comunicación que inciden en la prevalencia de las infecciones nosocomiales en el Hospital General Regional número 220, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encontró la siguiente información en relación a la comunicación ya que el 82 % de los encuestados refieren que los jefes no explican con claridad lo que quieren que hagan al dar una orden y el 18 % refiere no entender lo que quiere que haga, sin embargo en relación al recibir una indicación de manera clara y sencilla el 97% refiere que al jefe se le entiende mejor y el 3% refirió que no explica con sencillez lo que le pide que realice el jefe, un punto importante a mencionar es que él no está de acuerdo únicamente al recibir órdenes verbales por parte de su jefe inmediato por lo que se tienen que buscar estrategias para reforzar las órdenes dadas de manera verbal, para lograr impactar en la correcta interpretación del mensaje, con pasos sencillos como son que el personal de la unidad médica utilizara un proceso de intercambio en la emisión de ordenes e indicaciones verbales o telefónicas para la atención del paciente, que incluya: a) **escribir** la orden por parte del receptor, b) **leer** la orden por parte del receptor para que, c) el emisor **confirme** la indicación de la orden.

ÍNDICE

Capítulo	Pág.
1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Comunicación	1
1.2 Comunicación organizacional	5
1.2.1 Comunicación interna	6
1.2.2 Comunicación externa	8
1.2.3 Comunicación descendente	8
1.2.4 Comunicación ascendente	9
1.2.5 Comunicación horizontal	10
1.2.6 Comunicación diagonal	10
1.2.7 Elementos de la comunicación	11
1.2.7.1 Comunicación masiva	13
1.2.7.2 Comunicación verbal	15
1.2.7.3 Comunicación no verbal	15
1.2.7.4 Comunicación escrita	16
1.2.7.5 Comunicación por medios electrónicos	18
1.2.8 Barreras de la comunicación	21
1.2.8.1 Filtrado	22
1.2.8.2 Perceptiva selectiva	22
1.2.8.3 Emociones	23
1.2.8.4 Lenguaje	23
1.3 Comunicación efectiva	24
1.3.1 Requisitos para una comunicación efectiva	25
1.3.1.1 La comunicación interna como elemento de interacción	25
1.3.1.1.1 Claridad	25
1.3.1.1.2 Integración	25
1.3.1.1.3 Aprovechamiento de la organización informal	25
1.3.1.1.4 Equilibrio	25
1.3.1.1.5 Moderación	25
1.3.1.1.6 Evaluación	25
1.3.2 La comunicación interna y su efecto en la visión compartida	26

1.3.3 El papel de la comunicación en la planeación estratégica	27
1.3.4 Gestión estratégica de la comunicación	28
1.3.4.1 Estrategia y comunicación	28
1.3.4.2 Planeación estratégica de la comunicación	29
1.3.4.2.1 Investigación	30
1.3.4.2.2 Interpretación y análisis	30
1.3.4.2.3 Diseño estratégico	30
1.3.4.2.4 Dirección y gestión	30
1.3.4.2.5 Integración	30
1.3.4.2.6 Evaluación y control	31
1.4 Epidemiología de las Infecciones Nosocomiales	31
1.4.1 Definición de las infecciones nosocomiales	32
1.4.2 Sitios de infecciones nosocomiales	33
1.4.2.1 Infecciones urinarias	34
1.4.2.2 Infecciones del sitio de una intervención quirúrgica	36
1.4.2.3 Neumonía nosocomial	38
1.4.2.4 Bacteriemia nosocomial	41
1.4.2.5 Otras infecciones nosocomiales	42
1.4.3 Microorganismos	48
1.4.3.1 Bacterias	49
1.4.3.2 Virus	51
1.4.3.3 Paracitos y hongos	54
1.4.4 Reservorios y transmisiones	59
2. MARCO CONTEXTUAL	61
2.1 Antecedentes del IMSS	61
2.2 Delegación México Poniente	61
2.3 Hospital General Regional 220	61
2.4 Misión	62
2.5 Visión	62
2.6 Valores	62
2.7 Estructura Organizacional	63
2.8 Tipo de hospital (2do nivel de atención)	64
2.9 La comunicación en el HGR 220	66

3. METODOLOGÍA	68
3.1 Planteamiento del Problema	68
3.2 Pregunta de investigación	68
3.3 Justificaciones	69
3.3.1 Académica	69
3.3.2 Social	69
3.3.3 Científica	69
3.3.4 Epidemiológica	69
3.4 Objetivos	70
3.4.1 Objetivo General	70
3.4.2 Objetivos Específicos	70
3.5 Hipótesis	71
3.5.1 Hipótesis de investigación	71
3.5.2 Hipótesis nula	71
3.6 Tipo de Estudio	72
3.7 Universo de trabajo	72
3.7.1 Muestra	72
3.7.1.1 caracterización de la muestra	72
3.7.2 Criterios de Inclusión	73
3.7.3 Criterios de Exclusión	73
3.7.4 Criterios de Eliminación	73
3.8 Sujetos de Estudio	73
3.9 Variables	73
3.9.1 Variable Dependiente	73
3.9.2 Variable Independiente	73
3.9.3 Definición Conceptual	74
3.9.3.1 Comunicación efectiva	74
3.9.3.2 Infecciones nosocomiales	74
3.9.4 Variables Dimensiones e indicadores	74
3.10 Obtención de la información	77
3.11 Instrumento de Investigación	77
3.11.1 Descripción	77
3.11.2 Limite de espacio	78

3.11.3 Límite de Tiempo	78
3.11.4 Diseño de análisis	78
3.12 Análisis de Confiabilidad (alfa de Cronbach)	78
3.13 Alcances	81
3.14 Limitaciones	81
4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	82
4.1 Diagnostico	82
4.2 Cuadros y Gráficos	83
4.3 Discusión	114
4.4 Plan de mejora	114
CONCLUSIONES	122
RECOMENDACIONES	123
BIBLIOGRAFÍA	125
ANEXOS	127

1. MARCO TEORICO

La importancia que tiene conocer los elementos básicos de la comunicación interna organizacional, juega un papel relevante en la difusión efectiva de la visión institucional, de los objetivos, así como de las estrategias que han de llevar al recurso humano al cumplimiento de la visión.

La comunicación se convierte en el vínculo entre el marco conceptual de la organización y el marco operativo que implica la ejecución de las estrategias para el logro de la visión institucional.

1.1 Comunicación

Introducción.

Breth, R (1974) dice que la comunicación en las organizaciones es definitivamente muy importante en todos sus niveles de funcionamiento; se convierte en una herramienta estratégica al tener responsabilidad medianamente indirecta sobre mensajes y medios que emplean los diversos actores organizacionales para expresar decisiones, dar indicaciones, entre otros.

El fin primordial de la comunicación organizacional es el de informar, es decir, difundir mensajes, entretener o motivar a la acción. Cualquiera que sea su finalidad, la actitud, claridad y precisión con que se produzca el mensaje (emisor) incidirá sobre la acción de quien escucha (receptor), sea cual sea el canal utilizado para tal fin (aunque éste también influya en menor grado).

La comunicación es por naturaleza la necesidad de todo ser humano, como ser social, el de establecer contacto e intercambiar, ideas, sentimientos, inquietudes, con otros seres de su misma especie, de esta manera evoluciona, mejora sus condiciones de vida y enriquece el medio social o laboral en el que se desenvuelve.

En la comunicación intervienen dos personas como mínimo, un emisor el cual envía un mensaje y un receptor quien recibe el mensaje.

La comunicación, es un factor que juega un papel determinante en el camino del éxito en las organizaciones, ya que sin ésta se pueden originar una serie de conflictos entre los miembros que la conforman, en ocasiones los empleados desconocen las obligaciones o los derechos que tienen en su empresa, por la falta de un manual de introducción al puesto que les comunique sus derechos y obligaciones y algunas otras no reciben información oportuna y veraz que les permita tomar decisiones efectivas perdiendo oportunidades encaminadas al logro de los objetivos de la empresa.

La comunicación es la transferencia de información y el entendimiento de una persona con otra. Es una forma de llegar a los demás transmitiéndoles ideas, hechos, pensamientos, sentimientos y valores. Su meta es que el receptor entienda el mensaje como se pretendió. Cuando la comunicación es eficaz, constituye un puente de significados entre dos personas, de manera que cada una comparta lo que siente y sabe. Con este puente, ambas partes cruzan con seguridad el río de malentendidos que algunas veces separan a la gente. (“características de las organizaciones que aprenden”, 2012)

Solo uno o más receptores completan el acto de comunicación, un administrador puede enviar cien mensajes, pero solo hay comunicación hasta que todos lo reciben, se leen y se entienden. La comunicación es lo que el receptor entiende, no lo que el emisor dice.

Las organizaciones no existen sin comunicación. Si no hay comunicación los empleados, no saben lo que hacen sus compañeros, la administración no puede recibir informes y los supervisores y líderes de equipo no pueden dar instrucciones. La coordinación del trabajo es imposible, porque la gente no comunica sus necesidades y sentimientos a los demás. Podemos decir con certeza que todo acto de comunicación influye de algún modo en la organización. Así como el aleteo de una mariposa en California influye en la velocidad del viento en Boston. La comunicación ayuda a alcanzar todas las funciones básicas de la administración como son: planeación, organización, dirección y control, de modo que las organizaciones logren sus metas y superen sus retos.

Cuando la comunicación es eficaz tiende a alentar un mejor desempeño y satisfacción en el trabajo, las personas entienden mejor sus puestos y se sienten más comprometidos con ellos. En ciertos casos, incluso ceden de manera voluntaria algunos de sus privilegios de largo tiempo porque considera que se justifica su sacrificio.

La respuesta positiva de estos empleados apoya una de las propuestas básicas del comportamiento organizacional: que la comunicación abierta suele ser mejor que la comunicación restringida. En efecto si los empleados conocen los problemas que enfrenta una organización y se enteran de lo que los administradores hacen al respecto, por lo general responden favorablemente.

(“Comunicación oral y escrita” 2013)

El papel de la administración es crucial, pues los administradores no solo inician la comunicación, sino que también la transmiten y las interpretan para los empleados. Así como una fotografía no es más clara que el negativo del que se imprimió, los administradores no pueden transmitir un mensaje con mayor claridad que lo que ellos entienden de éste.

El proceso de la comunicación es bidireccional es el método por el cual el emisor llega hasta un receptor con un mensaje. El proceso requiere de ocho pasos, ya sea que ambas partes hablen, usen gestos corporales o empleen algún medio de comunicación de tecnología avanzada, de la siguiente manera: desarrollo de una idea, codificar la idea, transmitir la idea, recibir la idea, decodificar la idea, aceptar la idea, uso de la información por el receptor y realimentación de la idea.

(Newstrom.J.W. (2011) PP. 49-52)

Las personas no viven aisladas y tampoco son autosuficientes, sino que se relacionan continuamente con otras o con su ambiente por medio de la comunicación. Esta se define como la transferencia de información o de significado de una persona a otra. Dicho de otra forma, es el proceso por el cual se transmite información y significados de una persona a otra. Así mismo, es la manera de relacionarse con otras personas a través de ideas, hechos y valores. La comunicación es el proceso que une a las personas para compartir sentimientos y conocimientos, y que comprende transacción entre ellas.

En toda comunicación existen por lo menos dos personas, la que envía un mensaje y la que lo recibe, una persona sola no puede comunicarse, el acto comunicativo tiene lugar si existe un receptor, las organizaciones no existen ni operan sin comunicación, esta es la red que coordina e integra todas sus partes.

La comunicación constituye un procedimiento compuesto por cinco elementos: emisor o fuente, transmisor o codificador, canal, receptor o decodificador y destino es la persona al que se le envía el mensaje es el destinatario de la comunicación.

(Chiavenato. I, 2011, pp. 50-51)

Dicho lo anterior se toma en cuenta la importancia de la comunicación efectiva y aplicada correctamente al proceso de la comunicación en cada una de sus 9 elementos o etapas: (Emisor, Mensaje, Receptor, Código, Canal, Contexto, Ruido, Redundancia, Realimentación) en cualquiera de sus direcciones: ascendente, descendente, horizontal....etc. que permita que las relaciones interpersonales contengan un proceso de mejora continua.

El proceso de la comunicación efectiva en las organizaciones es un proceso que debe ser cuidadosamente planeado, vigilado, analizado, actualizado y aplicado para identificar los procesos negativos de la misma como son la barreras de la comunicación, como son las barreras personales, barreras físicas, barreras de semántica, mecanismos de defensa del trabajador, el filtrado, la percepción selectiva, las emociones, el código, o del receptos.

(“La organización en la empresa”,2013)

Los gerentes juegan un papel muy importante en la comunicación, ya que ellos tienen que ser los primeros en superar las barreras de la comunicación, así como los factores negativos por parte del personal a su cargo que no permiten que la información fluya de una manera efectiva en la dirección a la cual fue planeada.

En el siglo XX, las organizaciones están viviendo una etapa de transición, hacia un cambio radical que les permita afrontar la fuerte competencia que existe en los mercados nacionales e internacionales, es por ello que se tiene que tomar acciones humanistas en las organizaciones haciendo copartícipes a los empleados de los objetivos y metas que pretende alcanzar la organización teniendo como eje rector la comunicación efectiva que permita las relaciones interpersonales entre los miembros que conforman la organización estableciendo acciones de mejora continua en sus procesos de calidad, servicio, motivación....etc. y sean incorporados y aceptados de la mejor manera por parte del empleado comprometidos con la misión y visión de la empresa autogenerando compromisos personales relacionados con su ámbito laboral y procesos que de ella emanen. (López Enríquez H. F. 1998)

1.2 Comunicación organizacional

La comunicación en las organizaciones médicas.

En el nuevo paradigma socio-médico la efectividad de la comunicación constituye la piedra angular ante el reto de promover cambios en los estilos de vida y ofreciendo a la población instrumentos para pensar, analizar y reflexionar sobre su salud. La relación médico-paciente como modelo de comunicación fundamenta el comportamiento del profesional de las Ciencias Médicas y las relaciones que contraerán entre sí los médicos y el equipo de salud de donde depende la conducta moral o ética que orientará y caracterizará su trato.

La comunicación es un proceso de interacción social que se produce como resultado de la actividad humana e intervienen todos los sentidos y donde desempeñan un importante papel el entorno donde se desarrolla el individuo, la experiencia objetiva y las valoraciones subjetivas de éstos.

La irrupción de las nuevas tecnologías, los medios como internet y el correo electrónico, que «invaden» todos los campos de la actividad humana, requiere formas nuevas de organización y coordinación que le impriman a la comunicación un papel fundamental.

La comunicación como proceso de transmisión de mensajes se presenta como un intercambio básicamente verbal de información o ideas expresadas mediante símbolos cuyo contenido interesa, que deben ser comprendidas e interpretadas por las personas y tienen el propósito de influir en su conducta.

Como forma de relación entre las personas la comunicación constituye una relación social entre individuos "...en el sentido de que por ella se entiende la cooperación de diversos individuos, cualesquiera que sean sus condiciones, de cualquier modo y para cualquier fin...». (Legón, M. R et al. 3, octubre, 2010, pp. 3-4).

La preparación de nuestros profesionales en la multidireccionalidad y multifuncionalidad de la comunicación, constituye un factor esencial en el objetivo de lograr la excelencia en los servicios de salud. La relación médico-paciente como modelo de comunicación fundamenta el comportamiento del profesional de las ciencias médicas.

En dependencia del modelo de comunicación que esté en la base de su comportamiento, así serán las funciones y las relaciones que contraerán entre sí los médicos y los pacientes (y, naturalmente, todos los individuos que interactúen dentro de este campo). Es así que del modelo de comunicación que configura su intercambio depende la conducta moral o ética que orientará y caracterizará su trato. (Legón, et al, 2010, pp. 3–4)

1.2.1 Comunicación interna

Concepto

Existen muy diversos mecanismos y procedimientos mediante los cuales la gente se comunica. Convirtiéndose en algo inherente al humano que nos diferencia de los demás seres vivos en la tierra como lo son los animales.

A la comunicación se tiene que diferenciar de la información ya que información es el conjunto de mecanismos que permiten al individuo retomar los datos de su ambiente y estructura de una manera determinada, de modo que le sirvan como guía de su acción. Y a la comunicación se debe entender como el acto de relación entre dos o más sujetos, mediante el cual se evoca en común un significado. La comunicación es un proceso tan complejo que aún y después de casi un siglo de investigación específica sobre la comunicación, aún no ha sido concretamente definida. Sin embargo existen elementos que son imprescindible en cualquier concepto que se elabore sobre la comunicación: Interacción. Lo cual no ha sido aludido por ningún científico social dedicado al estudio de la comunicación, ya sea como feed back, o con cualquier acepción, la respuesta existente por parte del receptor y la continuidad de ésta en tanto se continúe el proceso de la comunicación.

En la interacción, es la respuesta que tiene quien recibe el mensaje, y que hace a este proceso dinámico y muy complejo.

La comunicación cuando se aplica a las organizaciones se denomina comunicación organizacional. Esta comunicación se da naturalmente en todas las organizaciones, de cualquier tipo o tamaño y en consecuencia no es posible imaginar una organización sin comunicación.

Bajo esta perspectiva la comunicación organizacional es el conjunto total de mensajes que se intercambian entre los integrantes de una organización, y entre esta y el medio.

Según Pineda, la comunicación organizacional, es el proceso por medio del cual los miembros recolectan información pertinente a cerca de su organización y los cambios que ocurren dentro de ella, para otros autores, la comunicación organizacional es la esencia, el corazón mismo, el alma y la fuerza dominante dentro de una organización.

La comunicación organizacional se entiende también como un conjunto de técnicas y actividades encaminadas a facilitar y agilizar el flujo de mensajes entre los miembros de la organización, y entre la organización y su medio. Asimismo, se puede considerar que está diseñada para influir en las opiniones, actitudes y conductas de los públicos internos y externos de la organización, todo ello con el fin de que ésta última cumpla mejor y más rápidamente con sus objetivos. Estas técnicas y actividades deben partir idealmente de la investigación, ya que a través de ella se conocerán los problemas, necesidades y áreas de oportunidad en materia de comunicación.

La comunicación organizacional es esencial para la integración de las funciones administrativas. Por ejemplo, los objetivos establecidos en la planeación se comunican para que se pueda desarrollar la estructura organizacional apropiada. La comunicación organizacional es también esencial en la selección, evaluación y capacitación de los gerentes para que desempeñen sus funciones en esta estructura. De igual modo, el liderazgo eficaz y la creación de un ambiente conducente a la motivación dependen de esta comunicación. Más aun, mediante la comunicación organizacional se puede determinar si los acontecimientos y el desempeño se ajusten a los planes.

Comunicación interna.- Cuando los programas están dirigidos al personal de la organización (directivos, gerencia media, empleados y obreros). Se define como el conjunto de actividades efectuadas por cualquier organización para la creación y mantenimiento de buenas relaciones con y entre sus miembros, a través del uso de diferentes medios de comunicación que los mantengan informados, integrados y motivados para contribuir con su trabajo al logro de los objetivos organizacionales. (Reyes Monroy, 2011, pp. 7–14)

1.2.2 Comunicación externa

Aplicada

Se utiliza cuando se dirigen a los diferentes públicos externos de la organización (accionistas, proveedores, clientes, distribuidores, autoridades gubernamentales, medios de comunicación.).

Se define como el conjunto de mensajes emitidos por cualquier organización hacia sus diferentes públicos externos, encaminados a mantener o mejorar sus relaciones con ellos, a proyectar una imagen favorable o a promover sus productos y servicios.

(Reyes Monroy, 2011, pp. 15)

1.2.3 Comunicación descendente

Aplicada

Es la comunicación que fluye desde los niveles más altos de una organización hasta los más bajos.

Estas comunicaciones que van del superior al subordinado son básicamente de 5 tipos:

Instrucciones de trabajo

Explicación razonable del trabajo

Información sobre procedimientos y prácticas organizacionales

Retroalimentación al subordinado respecto a la ejecución

Información de carácter ideológico para iniciar la noción de una misión por cumplir

(Reyes Monroy, 2011, pp. 15)

Es aquella comunicación que baja de quienes ocupan lugares superiores en la jerarquía, a los niveles inferiores.

Una deficiente comunicación descendente genera quejas, tensiones y sucede que en muchas organizaciones la comunicación descendente es inadecuada e imprecisa.

Según Ivancevich (1997: 516), es aquella comunicación cuando la información fluye de arriba hacia abajo, a lo largo de la línea jerárquica de la organización, es decir, desde los directivos y

supervisores, hasta los subordinados. Esta comunicación es importante, ya que es utilizada para establecer tareas, metas, proporcionar instrucciones, informar referente a políticas y procedimientos, señalar problemas que necesiten de retroalimentación acerca del desempeño...etc., ejemplos de este tipo de comunicación son los memorándum, informes, manuales de organización y periódicos internos.

1.2.4 Comunicación ascendente

Aplicada fluye desde los niveles más bajos de la organización hasta los más altos. Incluye buzones de sugerencias, reuniones de grupo y procedimientos de presentación de quejas.

(Reyes Monroy, 2011, pp. 15)

Es la comunicación que se produce desde el lado de un empleado subordinado hacia los mandos superiores en una empresa.

En la comunicación ascendente se espera que ésta suba hacia los niveles jerárquicos superiores correspondientes. Entre los canales de comunicación ascendente más comunes están las cajas de sugerencias y reuniones de grupo.

De todos modos la gente siempre encuentra la manera de hacerse oír a través de canales ascendentes e inadecuados. Este tipo de comunicación ascendente ofrece a los gerentes retroalimentación e información que puede utilizar para la toma de decisiones, además que alivia las tensiones de los empleados y puede alentar la participación y dedicación en el trabajo.

Según Ivancevich (1997: 517), establece que es aquella modalidad en donde la información fluye de abajo hacia arriba, desde los subordinados a sus superiores y de estos a los niveles directivos; su importancia radica, en que es una manera de evaluar indirectamente la eficiencia de la comunicación descendente; mediante ella los trabajadores adquieren conciencia de que forman parte de la organización, también permite obtener mejoras a través de la retroalimentación desde la parte baja de la pirámide, para que facilite la medición del clima organizacional (Hodgetts, 1991, p. 326). Ejemplo de esta comunicación son los programas de sugerencias, procedimientos de quejas, políticas de puertas abiertas, reuniones de trabajo.

1.2.5 Comunicación horizontal

Aplicada es la comunicación que fluye entre funciones, necesaria para coordinar e integrar los distintos trabajos en una organización. (Reyes, 2011:15–16)

Normalmente es la comunicación que se produce entre colegas de distintos departamentos y sirve para coordinar trabajos y satisfacer necesidades sociales. Este tipo de comunicación, al carecer de diseño formal en las organizaciones, por lo general lo moderan los administradores de los distintos departamentos que normalmente hay en una empresa.

Horizontal o lateral

Como lo establece Ivancevich (1997: 517), es aquella comunicación donde los mensajes fluyen entre personas del mismo nivel de la organización. Ejemplos de esta comunicación lo son las reuniones de planilla, las interacciones frente a frente, notas, memorándum, informes....etc. Su importancia radica en que se puede emplear con fines de integración y coordinación de unidades independientes que forman parte de la organización como lo establece Hodgetts (1991: 327)

1.2.6 Comunicación diagonal

Aplicada es la que cruza distintas funciones y niveles de una organización y es importante cuando los miembros de la organización no pueden comunicarse por medio de los demás canales de comunicación. (Reyes, 2011: 16)

Este tipo de comunicación no es muy usado, pero es muy importante cuando los miembros no consiguen comunicarse a través de otros canales. Por ejemplo el gerente financiero necesita hacer algún análisis de venta y pide directamente a ventas los reportes, en vez de hacerlo a través del departamento de mercadeo.

Las organizaciones modernas son estructuras malladas y la comunicación en diagonal se estila mucho con la ventaja de ser eficiente en términos de tiempo y esfuerzo en la organización. Asimismo, en las organizaciones modernas, la tecnología ha venido a enriquecer los canales de comunicación y ha venido a facilitar en tiempo y esfuerzo las comunicaciones tanto internas como externas. Las principales herramientas tecnológicas aplicadas en la comunicación son:

Internet, Intranet y Extranet.

Correo electrónico y mensajes instantáneos.

Correo de voz.

Videoconferencias y tele-conferencias.

Teléfonos inteligentes y computadoras manuales.

Handheld y otras herramientas tecnológicas muy usadas para agilizar las transacciones comerciales.

1.2.7 Elementos de la comunicación

Importancia de la comunicación

La comunicación la define nuestro diccionario como la "acción y efecto de comunicar" y comunicar es "hacer a otro participe de lo que uno tiene".

Para Arias Galicia la comunicación es un proceso mediante el cual transmitimos y recibimos datos, ideas, opiniones y actitudes para lograr comprensión y acción.

Para Agustín Reyes Ponce la comunicación es un proceso por virtud del cual nuestros conocimientos, tendencias y sentimientos son conocidos y aceptados por otros.

(López Enríquez. H. F. 1998, pp. 12)

Elementos de la comunicación

Una primera aproximación para entender el concepto de comunicación es a partir de su etimología. Comunicar viene del vocablo latino *communicare*, que significa "compartir algo, hacerlo común", y por "común" entendemos comunidad; o sea, comunicar se refiere a hacer a "algo" del conocimiento de nuestros semejantes.

Su etimología nos lleva a suponer que la comunicación es un fenómeno que se realiza como parte sustancial de las relaciones sociales. Ahora bien, ¿qué es ese "algo" que mencionamos? Pues se trata de la información. Tanto las personas como los animales constantemente estamos recopilando

datos de nuestro entorno, los procesamos y compartimos con nuestros semejantes esperando lograr una reacción en ellos que nos permita resolver alguna necesidad.

Como se mencionó anteriormente, la comunicación no es exclusiva del ser humano, ya que todos los seres vivos tenemos la capacidad de comunicarnos y de compartir información de nuestro entorno, lo cual nos ayuda a sobrevivir. Los animales se comunican para encontrar comida, escapar de sus depredadores y para establecer ciertas relaciones jerárquicas entre ellos que les posibilitan un orden dentro de su comunidad, etcétera.

El proceso comunicativo se desarrolla a través de la emisión de señales que pueden ser sonidos, gestos o señas, olores, etc., con la intención de dar a conocer un mensaje, y que a consecuencia de éste, se produzca una acción o reacción en quienes lo reciben.

Para el caso de los seres humanos, estas señales son más complejas que en los animales, situación que deriva de nuestra capacidad intelectual; el lenguaje escrito, por ejemplo.

Modelo básico del proceso comunicativo, basado en el modelo aristotélico es el primer intento registrado por entender el proceso comunicativo se remonta a la antigüedad clásica, en la época de los sabios griegos. Fue Aristóteles (384-322 a.C.) quien en sus tratados filosóficos¹ diferenció al hombre de los animales por la capacidad de tener un lenguaje y conceptualizó a la comunicación la relación de tres elementos básicos: emisor, mensaje y receptor.

A partir de aquí derivan todos los demás modelos que al tiempo se han realizado.

Emisor: Dentro del proceso comunicativo, es la parte que inicia el intercambio de información y conduce el acto comunicativo. Es quien transmite el mensaje, el que dice o hace algo con significado.

Mensaje: Se refiere a la información transmitida. Es lo que se dice.

Receptor: Es quien recibe el mensaje.

Aunque Aristóteles creó este esquema pensando básicamente en entender la comunicación entre humanos, es aplicable a todo tipo de sujetos, es decir, humanos y animales.

1.2.7.1 Comunicación masiva

Los medios de comunicación son canales artificiales que permiten la comunicación interpersonal entre emisor y receptor: el teléfono, teléfono celular, el correo de papel (la carta y el telegrama). También se pueden considerar como medios de comunicación personal la radio, internet (el chat), y la televisión, pues actualmente permiten establecer comunicación con el auditor, receptor y televidente de manera inmediata en el tiempo y en el espacio. Entre los distintos medios de comunicación destacan los llamados Medios de Comunicación de Masas o Mass Media, es decir, aquellos canales artificiales a través de los cuáles se transmiten mensajes que se dirigen a un receptor colectivo o social. En el proceso de comunicación de masas se traspasan las fronteras del tiempo y del espacio.

Características.

Estos medios masivos de comunicación poseen algunas características comunes:

1. Emplean canales artificiales que ponen en juego una tecnología compleja y de elevado coste material.
2. El emisor está constituido por personas específicas que entregan la información a través de los medios
3. El receptor de los mensajes es, en todos los casos, colectivo y heterogéneo. Ello no quita que en general tengan un público ideal al cual se dirigen, que corresponderá a determinado nivel cultural, social, con alguna tendencia política o religiosa, etc.
4. La comunicación es fundamentalmente unidireccional, es decir, no es posible la reacción inmediata de los receptores ante lo expuesto por el emisor.

5. El código dependerá del lugar de origen del medio de comunicación (Chile-español, EE.UU.-inglés). Por otra parte, se mueve en todos los niveles de acuerdo al público ideal al que va dirigido (por ejemplo en la televisión: programas de ciencia-lenguaje culto; programas juveniles lenguaje coloquial; teleseries-lenguaje marginal)

6. Contexto temático: se tratan los más diversos temas, que abarcan todos los ámbitos del interés público.

7. Contexto situacional: se mueven en un ámbito espacial y temporal amplio (globalización de las comunicaciones).

8. El mensaje toma diversidad de estructuras, de acuerdo a los recursos que pueden utilizar los distintos medios para darlos a conocer.

Propósitos y Funciones.

Básicamente, se pueden distinguir cuatro propósitos de los medios de comunicación masiva:

1. Informar: Este fue el objetivo original de los medios de comunicación en tiempo real (radio y televisión), la posibilidad de informar a una gran cantidad de personas lo que está ocurriendo en el mundo en un tiempo cercano a los sucesos noticiosos.

2. Educar: La invención de la imprenta (Gutenberg, 1440), dio origen a una de las funciones principales de los medios de comunicación que aún se mantiene, a saber, la masificación de la cultura.

3. Entretener: Es una función muy de moda en nuestros días. Frente a las altas exigencias laborales, buscamos un descanso en las secciones de chistes de los diarios, teleseries y películas de la televisión, y la gran variedad de sitios de internet.

4. Formar opinión: Cada medio, considerando aspectos políticos, religiosos, nacionales o culturales, va a interpretar y organizar la información de una manera adecuada a sus intereses. Esta situación se determina en la línea editorial impuesta desde la dirección de cada medio. Se dice, pues, que los

medios nos entregan una información parcelada o deformada, que no necesariamente corresponde a la realidad.

1.2.7.2 Comunicación verbal

Aplicada

La forma más simple de comunicación es la que se efectúa por medio del lenguaje oral o escrito, con ayuda de las palabras. En el lenguaje intervienen múltiples factores intelectuales y sociales ya que las palabras no son la simple unión de letras, son signos con un sonido y un significado; así la palabra sin significado es un sonido vacío y cada palabra es una generalización del pensamiento mucho más integral que la que se produce mediante imágenes.

Como ya se comentó, el significado de la palabra no es estático en el tiempo, se modifica en la medida en que la sociedad y el individuo se desarrollan. El significado se altera, se complementa o amplía como resultado del intercambio social y la acción generalizadora del pensamiento.

Es imprescindible tener cuidado con la diferencia entre significado y sentido. El significado queda establecido, de hecho por el idioma que hablen los habitantes de un país, el sentido depende de las particularidades expresivas y culturales de cada zona, territorio o lugar. Se puede conocer todos los significados de las palabras pero no los sentidos de las diversas zonas del país.

(Comunicación oral y escrita, 2013: 6–7)

1.2.7.3 Comunicación No verbal

La comunicación no verbal o visual es aquella producida a través de mensajes gráficos cuyo soporte principal es la imagen. Todo lo que vemos está compuesto por elementos visuales básicos que constituyen la fuerza gráfica para dar significado a un mensaje determinado. Se basa en la utilización de códigos gráficos para emitir una información sobre lo que ha sido percibido por la vista humana. Los elementos básicos de la comunicación no verbal lo constituyen la sustancia de lo que observamos y se manifiestan a través del punto, la línea, el contorno, la dirección, el tono, el color la textura, la dimensión, la escala, el movimiento entre otros.

Por la temática de esta unidad, sólo desarrollaremos la comunicación verbal y nos enfocaremos en la comunicación escrita. (Comunicación oral y escrita, 2013:7)

1.2.7.4 Comunicación escrita

El término escritura, viene del latín *struere*, que significa “disponer, reunir ordenadamente, construir” (Larousse, 2007). Ha conservado ese sentido, puesto que es “distribución y orden de las partes que componen un todo”.

La comunicación escrita se vale del lenguaje para comunicar, informar, persuadir o motivar. Una de las condiciones requeridas para entablar una comunicación efectiva, es la de conocer las características de los dos tipos de lenguaje que se utilizan en la comunicación verbal - el oral y el escrito -, entre los que se establecen diferencias de dos tipos:

1. Contextuales que se refieren a la situación en la que se produce la comunicación, como lo es el espacio, tiempo y la relación entre los interlocutores.

2. Textuales que se refieren al mensaje (texto) de la comunicación.

2.1. Ventajas de la comunicación escrita. La comunicación escrita nos ofrece la posibilidad de razonar y reflexionar lo que se está escribiendo y es posible rehacer el texto.

Es duradera y permanente. Al transmitirse de generación en generación contribuye al desarrollo científico y tecnológico; es decir, al progreso de la humanidad.

2.2. Desventajas de la comunicación escrita

La retroalimentación es más lenta.

Se neutralizan las señales dialécticas.

3. Características de la comunicación escrita

El escrito es un intermediario entre el escritor y los lectores. Las expresiones gráficas son estáticas y por lo tanto frías. Antes de escribir, necesitamos hacer pensar ¿para quién? El mensaje se capta por la vista. Es menos redundante, hace más uso de sinónimos. Utiliza más los signos de puntuación.

4. Cualidades de la comunicación escrita

La comunicación escrita tiene que cumplir varios requisitos indispensables para su buen desarrollo y eficacia. Entre los más importantes encontramos:

a) Concordancia.

Es la interrelación de las palabras en un enunciado considerando género, número, persona, tiempo y modo.

Ejemplo: Las curaciones más comunes logrados por los curanderos es de padecimientos que implican un trastorno psicológico; es decir son perturbaciones de conducta en los que hay una manifestación emocional o somática determinada culturalmente. El enfermo, en estos casos, desempeñaron un papel que les ha sido enseñado por su comunidad (se observan la falta de concordancia en las palabras en letra cursiva).

b) Precisión.

Escoger cada una de las palabras para que el lector entienda exactamente, sin duda alguna, lo que se quiere decir. Para escribir con precisión hay que apartarse del escrito y revisarlo desde el punto de vista del lector.

Ejemplo: “El plancton se distribuyó mejor en ambas bahías”. El autor sabe exactamente el significado de mejor, pero el lector no sabe si significa rápidamente, uniformemente u otra cosa.

c) Brevedad

Emplear las palabras indispensables y evitar rodeos inútiles. Las palabras ociosas “libres de contenido” deben eliminarse, sin caer en el laconismo; útil sólo en los telegramas.

d) Claridad

La escritura no debe motivar dudas ni equívocos. Debemos expresar ideas que se entiendan sin dificultad. La idea completa debe ofrecerse en frases cortas dando un sentido exacto de lo que se quiere decir, un orden lógico a la expresión y evitar frases superfluas o rebuscadas.

e) Sencillez

La redacción moderna se distingue por su simplicidad; deben de estar ausentes los falsos halagos y las frases rebuscadas.

f) Adecuación

Se debe considerar al destinatario, el escritor no debe dirigirse a todas las personas de la misma manera. La pregunta medular es: ¿quién leerá lo que escribo”, ya que no se debe emplear con el mismo lenguaje para elaborar un informe, un memorándum o una carta personal.

g) Ordenación funcional

Referida a la distribución del texto, ya que los elementos de un escrito no deben aparecer al azar, ni en forma automática. Cada parte del escrito, principio, desarrollo y fin, cumplen una función particular. (Comunicación oral y escrita, 2013: 7–11)

1.2.7.5 Comunicación por medios electrónicos

Medios electrónicos

No resulta fácil delimitar el marco en el que se están moviendo ya las ciencias de la información y la documentación y, más aún, cuál será el uso y las nuevas tareas que han de desempeñar los profesionales de estos campos, que cada vez aproximan más sus intereses porque ambas comparten, en los medios de comunicación escritos, importantes señas de identidad. Los avances científicos, la reafirmación de la cultura, la defensa de la educación y el apoyo hacia una sociedad más justa ha recibido constantes apoyos de estas dos ciencias que caminan paralelas: la información y la documentación o, dicho de otra forma, la documentación y la información.

En ambas existe una tradición conjunta. Desde las primeras manifestaciones de la humanidad, plasmadas en pinturas rupestres hasta llegar a la interactividad que permite enviar y recibir información a miles de kilómetros en apenas un par de segundos. La documentación, durante

muchos siglos, se dedicó a recoger vestigios, objetos, ideas y terminó guardándolas como reconocimiento de las diferentes civilizaciones. Todos estos recursos sirvieron para adentrarse en un desarrollo posterior, del que se han aprovechado los científicos, fundamentalmente, pero también los médicos, los profesores, los periodistas y un largo etcétera. Luego, de la mano del periodismo alcanzó su madurez, hasta la llegada de las nuevas tecnologías, donde los planteamientos han variado su forma de recoger y entregar los servicios documentales.

Para llegar a estas conclusiones, previamente existe una evolución histórica, desde aquellos soportes más rudimentarios hasta los que permitieron imprimir los primeros mil ejemplares a la hora. Así, la era Gutenberg fue la primera revolución, que colocó al libro como documento-vehículo de transmisión de los saberes durante más de quinientos años. Luego llegaron las publicaciones periódicas, los primeros periódicos y revistas, en un mundo que ansiaba conocer lo que sucedía lejos de su entorno, y más tarde, cuando las ciudades alcanzan su masificación, esa necesidad social obliga al ciudadano a saber qué es lo que sucede a su alrededor.

El siglo XX estuvo precedido por unos años previos muy prolíferos en el campo de la información, pero fue a partir del descubrimiento de la radio, cuando el concepto de información y documentación cambian profundamente. Para empezar, durante la Segunda Guerra Mundial se utilizó como arma de propaganda y como servicio para comunicarse entre diferentes ejércitos, siempre mediante claves para que el enemigo no capturara esa información.

El temor que sintieron algunos editores de prensa, cuando vieron las ventajas que aportaba la radio, pronto se desvaneció. Había suficiente información y eran muchas las personas que estaban acostumbradas a leer su periódico, ya que éste se había convertido en un objeto más de la casa. La llegada de la televisión planteó las mismas dudas. Ahora la amenaza aparecía sobre la radio.

Al final de este proceso: prensa y revistas, fotografía, radio, televisión, video, cine y nuevas tecnologías que han ido apareciendo en los últimos años están conviviendo sin demasiados problemas, porque cada medio ha de buscar aquellas ventajas y utilizarlas en beneficio propio. Ni siquiera Internet está seguro en los planteamientos actuales, ya que hay una gran parte de los científicos que piden el regreso a los orígenes, es decir, cuando la red era un lugar de información científica, sin publicidad ni otro tipo de contenidos que entorpecieran la labor del investigador.

Se puede ir más lejos. La naturaleza de la imagen es de tal potencia que ahora la discusión ya no se centra en las posibilidades de elegir cada uno su propia información, elaborar su propio periódico, o periódico personalizado, ya factible, si no en saber si será la televisión o el ordenador la herramienta de trabajo, de ocio o de servicios. Sin que el mercado se decante por uno u otro, de momento, las grandes multinacionales no descartan a nadie, e incluso, van más lejos ya que están intentando integrar las funciones de ambas en un sólo aparato. Baste como dato recordatorio, que en Estados Unidos de América se vendieron por primera vez en 1995 más ordenadores que aparatos de televisión.

Creo que todos estaremos de acuerdo en que Internet no es un medio de comunicación como los que estudiaba la mass communication research. Internet responde más a la definición de “espacio de comunicación” en el que convergen o pueden darse diferentes tipos de comunicación, entre ellas, sin lugar a dudas también, la comunicación de masas: pasiva, unívoca y centrada en el emisor. En este sentido, para imaginar Internet “necesitamos imaginar una combinación de biblioteca, galería, estudio de grabación, cine, cartelera, sistema de correo, galería de compras, tabla horaria, banco, aula, boletín de club y periódico” (Graham, 1999: 33-34). Se trata de un entorno que ya no es nuevo, pero que permite formas de comunicaciones novedosas y sorprendentes.

Es un entorno en el que la comunicación inmediata no tiene lugar. Partiendo de la base de que las comunidades con las que la gente se identifica son siempre comunidades imaginadas (Kroes, 2002: 265), Internet posee el poder paradójico de reunir en la distancia a los individuos, en torno a unos modelos de opinión y comportamiento (Virilio, 1999: 84).

Por todo ello debemos afirmar que Internet lo que permite es el desarrollo de mecanismos de comunicación mucho más complejos, que no responden a los parámetros tradicionales del espacio y el tiempo. En otras palabras, los conceptos de comunicación interpersonal y comunicación de masas se transfiguran.

Los nuevos medios de comunicación determinan una audiencia segmentada y diferenciada que, aunque masiva en cuanto a su número, ya no es de masas en cuanto a la simultaneidad y uniformidad del mensaje que recibe.

Los nuevos medios de comunicación ya no son medios de comunicación de masas en el sentido tradicional de envío de un número limitado de mensajes a una audiencia de masas homogénea. Debido a la multiplicidad de mensajes y fuentes, la propia audiencia se ha vuelto más selectiva. La audiencia seleccionada tiende a elegir sus mensajes, por lo que profundiza su segmentación y mejora la relación individual entre emisor y receptor.

El concepto formas de comunicación o nuevos medios hace referencia a un presupuesto conceptual que sirve para definir unas estructuras de comunicación que de un tiempo a esta parte están desarrollando su actividad en Internet. Sin ánimo de ser exhaustivos pero con la intención de ser esclarecedores cabe decir que algunas de las principales formas de comunicación o nuevos medios son:

- Diarios digitales
- Buscadores y directorios
- Portales
- Comunidades virtuales
- Redes ciudadanas
- Bitácoras o Weblogs

Esta división de nuevos medios se corresponde con la que llevaron a cabo Alonso y Martínez (2003). A lo largo del tiempo se han ido produciendo interesantes aportaciones que vienen a arrojar luz al complejo entramado que supone Internet. En este sentido, otra propuesta a tener en cuenta es la realizada por López García (2005), en donde su principal valor radica, precisamente, en elaborar de forma ampliada una taxonomía de los medios que actualmente pueblan la Red.

1.2.8 Barreras de la comunicación

La comunicación es necesaria y esencial para el ser humano, y aunque es parte cotidiana de nuestras vidas, la realidad es que nos cuesta mucho trabajo comunicarnos bien; no importa los adelantos tecnológicos en materia de comunicación, el hombre moderno está cada vez más aislado y tiene mayores problemas para entrar en verdadero contacto con sus semejantes, en forma profunda, abierta y sincera; muchas veces porque anteponemos obstáculos que entorpecen la comunicación. Aun cuando el Emisor y el Receptor pongan todo de su parte para lograr comunicarse

eficientemente, existen interferencias que pueden rebasar el control que se pretenda, limitando la comprensión del mensaje.

Parte, quizá, de nuestra condición humana o de las circunstancias ambientales externas que salen de nuestro control, van a impedir una comunicación 100 % eficaz y eficiente. Estas causas de interferencia en el proceso de la comunicación se denominan Barreras. (Quijano y Torres, 2013)

1.2.8.1 Filtrado

Es la manipulación de información por parte del emisor, de modo que sea vista de manera más favorable por el receptor. Es transmitir sólo aquello que se piensa que el interlocutor quiere escuchar. Es la falta de sinceridad. (Quijano y Torres, 2013)

Es la manipulación de información por parte del emisor, de modo que sea vista de manera más favorable por el receptor.

Es la edición que se hace de la información seleccionando decir solo aquello que conviene al emisor.

Es transmitir solo aquello que se piensa que el interlocutor quiere escuchar.

Es la falta de sinceridad. En las organizaciones, es muy común, y entre más niveles verticales existan en la estructura formal, hay más oportunidad de filtrado.

1.2.8.2 Percepción selectiva

Contrariamente al anterior, esta barrera mental se encuentra en el receptor y consiste en captar sólo aquello que se quiere o sólo lo que conviene al receptor. Recordemos lo que decíamos anteriormente, no vemos la realidad, interpretamos lo que vemos y creemos que esa es la realidad. (Quijano y Torres, 2013)

Esta barrera mental se encuentra en el receptor y consiste en captar solo aquello que se quiere o sólo lo que conviene al receptor.

Los receptores ven o escuchan selectivamente, y también proyectan sus intereses y expectativas a través de esta selección, y también proyectan sus intereses y expectativas a través de esta selección que hacen cuando decodifican la comunicación, interpretando los mensajes a su manera, no vemos la realidad, sino más bien, interpretamos lo que vemos y creemos que esa es la realidad.

1.2.8.3 Emociones

El estado de ánimo, tanto del que emite como del que recibe, es una interferencia muy poderosa que influye generalmente en la forma que se transmite un mensaje (las emociones afectan el tono de voz, los movimientos, la gesticulación), y también influyen en la forma como se interpreta; no se recibe ni interpreta de igual manera cuando se encuentra enojado, distraído o temeroso, que cuando está tranquilo dispuesto para comunicarse. (Quijano y Torres, 2013)

Conviene hablar aparte de esta barrera personal, porque el estado de ánimo tanto del que emite, como del que recibe, es una interferencia muy poderosa que influye generalmente en la forma que se transmite un mensaje (las emociones afectan el tono de voz), los movimientos, la gesticulación), y también influyen en la forma como se interpreta un mensaje; no se recibe ni interpreta de igual manera, cuando se encuentra enojado, distraído o temeroso, que cuando está tranquilo y mejor dispuesto para la comunicación de un mensaje importante. Si la persona esta ofuscada o confusa por sus emociones, es mejor esperar a que se tranquilice y comunicarnos con ella en un momento más adecuado y oportuno.

1.2.8.4 Lenguaje

No todos los códigos son efectivos para todas las personas ni en todas las situaciones. Al momento de elegir uno, el emisor debe cerciorarse de dos cosas. Primero, de que el receptor maneja ese código, es decir, de que lo entiende y, segundo, de que el receptor podrá captar el código en la situación en que se encuentra. Por ejemplo, un niño (emisor) quiere transmitir a una niña (receptor) que ella le gusta. Pero se lo dice en alemán. Si la niña no sabe alemán, no podrá entender el mensaje. El código ha sido el elemento que falló para que se realizara la comunicación. En otro caso, si el niño le hace su declaración a la niña en el idioma que ella entienda, pero se lo dice en una fiesta, con la música a todo volumen y mucha gente conversando alrededor, lo más probable es que ella no oiga nada.

Entonces, el código oral tampoco fue el apropiado. Tal vez, en esa situación hubiera sido preferible el uso de un código no lingüístico gestual. (Quijano y Torres, 2013)

La edad, la educación, el nivel cultural y muchas veces la capacidad o nivel de inteligencia de las personas, son variables que influyen en el lenguaje que utilizamos y que son capaces de comprender. En las organizaciones existen personas con antecedentes diversos y por lo tanto con diferentes patrones de lenguaje y muchas veces aunque aparentemente hablen el mismo idioma, no se entienden. Las especialidades profesionales tienen también su propia jerga que muchas veces no entienden los de otras profesiones. Los regionalismos, los modismos, crean brechas de lenguajes que interfieren en la comunicación.

La importancia que tiene conocer los elementos básicos de la comunicación interna organizacional, juega un papel relevante en la difusión efectiva de la visión institucional, de los objetivos así como de las estrategias que han de llevar al recurso humano al cumplimiento de la visión.

La comunicación se convierte en el vínculo entre el marco conceptual de la organización y el marco operativo que implica la ejecución de las estrategias para el logro de la visión institucional.

1.3 Comunicación efectiva

Los autores del libro *¡Comúnicate!*, dicen que “*el único mensaje que cuenta es el que se entiende, no importa si es el que realmente pretendías ofrecer*”, (Verderber y Verderber, 2005: 50).

Para lograr una comunicación efectiva no sólo se requiere conocer el proceso de la comunicación de una manera integral sino establecer mecanismos que garanticen que el mensaje que queremos transmitir llegue de una manera correcta al receptor y que a través de la retroalimentación podamos asegurarnos que el mensaje fue recibido con éxito. Este punto es importante en la estrategia de comunicación ya que la efectividad en la transmisión del mensaje que involucre los elementos de integración e interacción es fundamental en la construcción de una visión compartida que oriente los esfuerzos hacia los mismos objetivos tanto organizacionales como personales.

1.3.1 Requisitos para una comunicación efectiva.

1.3.1.1 La comunicación interna como elemento de interacción.

Requisitos y obstáculos.

Llacuna y Pujol (2008), establecieron que para lograr una comunicación efectiva se deben considerar, entre otros, los siguientes elementos:

1.3.1.1.1 Claridad. La comunicación debe ser clara, para ello el lenguaje (código) que se exprese y la manera de transmitirla (canal), deben ser accesibles y entendibles para quien va dirigida. La claridad implica la utilización de términos sencillos que no pretendan ser, ni técnicos, ni sofisticados.

1.3.1.1.2 Integración. La comunicación debe estar enfocada a servir como lazo integrador entre los miembros de la empresa, para lograr la cooperación necesaria para la realización de objetivos.

1.3.1.1.3 Aprovechamiento de la organización informal. La comunicación es más efectiva cuando la administración utiliza la organización informal para suplir canales de información formal. Esto no quiere decir que deba sustituirse la comunicación informal sino más bien aprovechar al máximo los beneficios que pudieran obtenerse por su flexibilidad.

1.3.1.1.4 Equilibrio. Todo plan de acción debe acompañarse del plan de comunicación para quienes intervienen. Más adelante veremos como es importante conjuntar todos estos elementos en la gestión estratégica de la comunicación.

1.3.1.1.5 Moderación. Estrictamente necesaria y concisa posible.

1.3.1.1.6 Evaluación. Los sistemas y canales de comunicación deben revisarse en forma periódica. Recordemos que el entorno globalizado y la diversidad laboral y cultural exigen constantes readecuaciones y la comunicación no es la excepción. Además de conocer y analizar los requisitos para una comunicación eficiente se hace necesario conocer también que existen obstáculos que

impiden la eficiencia en la comunicación tales como: barreras psicológicas, como son valores, emociones, percepciones; barreras físicas como el ruido; barreras semánticas, por los significados de las palabras y otras barreras como interpretaciones, rotulaciones, no escuchar (Llacuna y Pujol, 2008).

Conocer los requisitos y las barreras para una comunicación eficiente nos permite establecer programas estratégicos adecuados de comunicación que nos aseguren que el mensaje llegue en la forma que está planeada y que el objetivo de integración se cumpla logrando unificar los esfuerzos de la organización hacia el cumplimiento de los objetivos institucionales.

1.3.2 Comunicación interna y su efecto en la visión compartida.

Como lo menciono en la introducción, diversas investigaciones realizadas han encontrado que aun cuando muchas organizaciones cuentan con una visión estratégica, sólo un 33% la realizan. Menos del 60% de los ejecutivos y menos del 10% de los empleados creen que comprenden de forma clara la estrategia de su organización y menos del 10% de las estrategias formuladas son aplicadas con efectividad. ¿Cuáles serán las causas por las cuales una organización no logra compartir su visión de una manera general? Pienso que una de las fallas principales de que esa visión institucional no sea compartida es la falta de una estrategia de comunicación.

Insisto sobre la importancia del factor humano en la organización y sobre todo que éste tenga claros los principios de integración e interacción para agruparlo en torno a los objetivos institucionales. Cuando las metas u objetivos de la organización le son conocidos y resultan coincidentes con sus propios intereses se logra conjuntar los esfuerzos para el logro de la visión compartida.

En el nivel más simple, una visión compartida es la respuesta a la pregunta: ¿qué deseamos crear? Así como las visiones personales son imágenes que la gente lleva en la cabeza y el corazón, las visiones compartidas son imágenes que lleva la gente de una organización. Crean una sensación de vínculo común que impregna la organización y brinda coherencia a actividades dispares. (Senge, 1992: 261)

Cuando se logra compartir la visión, se establece un vínculo entre la parte conceptual y la parte operativa producto de aspiraciones comunes. Si partimos de la base de que la visión compartida es fundamental en el logro de objetivos, entonces, podemos establecer que el proceso de comunicación de esa visión debe ser eficiente. Sostiene que *“las visiones se propagan a causa de un proceso reforzador de creciente claridad, entusiasmo, comunicación y compromiso”*. (Senge, 1992:286)

1.3.3 El papel de la comunicación en la planeación estratégica.

La planeación estratégica es un proceso estructurado a través de la cual se construye de manera lógica el marco conceptual sobre el cual y para el cual ha de realizar sus actividades una organización así como las estrategias que se han de utilizar para dar cumplimiento a la visión institucional. Lo anterior requiere de un buen sistema de comunicación que permita el conocimiento general de ese marco conceptual con el objetivo de vincularlo al marco operativo. En otras palabras para alcanzar la visión, se requieren estrategias, para lograr las estrategias son necesarias acciones concretas y para ejecutar esas acciones se requiere de integración en la organización que sólo es posible si los marcos de actuación son conocidos por todos.

Para el logro de una visión compartida se hace necesaria una comunicación efectiva que sea capaz de integrar al elemento humano y propicie su interacción de una manera coordinada. Como ya lo vimos, una de las principales causas por las cuales las organizaciones no logran convertir en realidad sus estrategias es por la falla en el proceso de comunicación. La comunicación viene a constituirse entonces en un factor clave de la planeación estratégica. Solo a través de una comunicación eficiente puede lograrse que todos los integrantes de una organización se agrupen en torno a la visión institucional, compartan intereses, se motiven, colaboren y al final se logre una visión compartida resultado de la alineación de los intereses personales con los institucionales.

Senge (1992), en su libro *“La quinta disciplina”*, aborda, desde un enfoque sistémico, los conceptos de una visión compartida considerándola como una de las cinco disciplinas que contribuyen al éxito de una organización. Lo anterior resalta la importancia de que el proceso de comunicación sea eficiente para compartir la visión.

Por otra parte, la comunicación puede convertirse en un elemento que coadyuve a la motivación del capital humano. Senge (1992, p.292), dice que: *“cuando la gente de una organización comienza a aprender que crea la realidad mediante sus políticas y acciones, se gana un terreno nuevo y más fértil para las visiones”*. ¿Cómo el personal puede conocer la importancia de su labor en el desarrollo de la visión? Sólo a través de un proceso de comunicación eficiente.

De acuerdo a Robbins (2004, p.284), *“El establecimiento de metas específicas, la retroalimentación sobre el avance hacia las metas y el reforzamiento de una conducta deseada estimulan la motivación y requieren comunicación”*

De lo anterior se puede deducir que la motivación es un elemento fundamental en el proceso de unificar la visión y por lo tanto debe ser parte de la estrategia de comunicación.

1.3.4 Gestión estratégica de la comunicación.

Partiendo del supuesto que una comunicación efectiva ayuda al logro de una visión compartida toda vez que está planteada con principios de integración e interacción que vincula los intereses institucionales con los intereses personales, resulta oportuno abordar, entonces, la manera de cómo se deben administrar los procesos de la comunicación para pasar de lo que tradicionalmente es un proceso “informativo” a un proceso “comunicativo” que por sus consecuencias e importancia se vuelve estratégico. Precisamente por esta última característica del proceso, su gestión es, también, estratégica. A continuación analizaremos algunos elementos de la gestión estratégica de la comunicación:

1.3.4.1 Estrategia y comunicación:

Sus definiciones.

La estrategia es un planteamiento o conjunto de planteamientos de corto y largo plazo que definen la forma como una organización ha de lograr la consecución de sus objetivos. De manera tradicional la planeación en sus procesos de ejecución hace una analogía de la estrategia organizacional con la estrategia militar, ya que, uno de los objetivos tradicionales es enfrentar la competencia y por lo tanto incluye conceptos como la táctica y la logística, que por lo general están enfocados a derrotar al enemigo. Sin embargo, en los tiempos actuales, esa percepción se vuelve obsoleta y se hace necesario definir un nuevo concepto de estrategia.

Como lo dijo Garrido (2001, p.82), “*los japoneses han aportado su idea de estrategia desde una óptica de vínculos entre personas, colectivos y sociedades en donde podemos servirnos mutuamente*”. Entonces podemos definir la comunicación estratégica como aquella cuyo objetivo es vincular la parte conceptual de la organización, constituida por la misión, visión, valores, objetivos, con la parte operativa para lograr una visión compartida. Para lograr esa vinculación efectiva se requiere de una adecuada gestión de los procesos que intervienen en la comunicación.

1.3.4.2 Planeación estratégica de la comunicación.

Partiendo de la definición propuesta y haciendo referencia a la necesidad de vincular la parte conceptual con la parte operativa, se hace necesario el establecimiento de principios y mecanismos que le den viabilidad a esa intención. En este sentido se hace necesaria una planeación estratégica del proceso.

Un plan estratégico de comunicación debe tener su origen en el plan general de la organización para que todo el modelo conceptual de la organización sea presentado a sus integrantes y lograr su difusión, aceptación e interiorización. La planeación estratégica de la comunicación debe enfocarse en la *comunicación efectiva* del modelo para lograr que la misión y la visión sean compartidas, luego, entonces, deben utilizarse todos los niveles y tipos de comunicación existentes.

Arellano (2008), en su ensayo *La Estrategia de Comunicación como un principio de integración/interacción dentro de las organizaciones*, sostiene que la comunicación de la filosofía de la organización contribuye al desarrollo de una cultura laboral que integra tanto a los directivos como a los empleados y obreros, y difunde un código de actitudes más homogéneo, más uniforme, pero con principios muy firmes de libertad y decisión.

C. Elementos de la gestión de la comunicación.

Como todo proceso la comunicación debe estar sujeta a elementos mínimos de gestión que garanticen su manejo eficiente en términos de amplitud, contenido, focalización, oportunidad y objetivos. Garrido (2001, p.111) resume estos elementos como sigue: “*Investigación, interpretación y análisis, diseño estratégico, dirección y gestión, Integración, evaluación y control*”. Coincido con esa estructura siendo la descripción general de cada uno de los elementos la siguiente:

1.3.4.2.1 Investigación. Es básico contar con elementos para la construcción de un buen diseño de estrategias de comunicación, pero para lograr este diseño, es necesario tener antecedentes de aquellas situaciones que permitan establecer las condiciones tanto externas como internas bajo las cuales se va a producir el proceso de comunicación. Todos los antecedentes que afectan el objetivo del mensaje y el mensaje mismo se logran conocer a través de procesos de investigación que permita establecer elementos suficientes de juicio para la construcción de una estrategia eficiente.

1.3.4.2.2 Interpretación y análisis. Es el análisis profundo de los antecedentes obtenidos durante la etapa de investigación que nos permitirá orientar la construcción de la estrategia.

1.3.4.2.3 Diseño estratégico. Este es un elemento básico primordial ya que marca la forma, la extensión, el objetivo, la oportunidad, el alcance que tendrá la estrategia de comunicación con la clara intención de lograr una integración en torno a un objetivo sinérgico común. De este diseño estratégico depende que se dé la eficiencia de la comunicación para el logro de una visión compartida.

1.3.4.2.4 Dirección y gestión. Desde luego que al tratarse de un proceso que resulta estratégico, es lógico deducir que el proceso requiere ser administrado para que el mensaje sea emitido y canalizado de manera adecuada estableciendo los canales de retroalimentación necesarios para verificar la efectividad tanto en la emisión como en la recepción del mensaje.

1.3.4.2.5 Integración. Este es un elemento clave en la gestión estratégica de la comunicación. Ya dijimos que solo cuenta el mensaje que se entiende, más que aquel que se quería enviar. Luego es imprescindible que el emisor se asegure de que el receptor recibió el mensaje de la manera adecuada. El elemento humano no puede estar integrado si desconoce la visión institucional, la misión, sus objetivos, sus principios y valores y además no ha vinculado estos elementos con sus intereses personales.

Es necesario que la gestión de la comunicación asegure que esta integración se dé para el logro de una visión compartida.

1.3.4.2.6 Evaluación y control. Por último, este elemento es muy importante, ya que a través de él, podemos determinar la efectividad de las estrategias de comunicación, además, nos brinda elementos para mejorar los procesos, reorganizarlos, redirigirlos y, en su caso, eliminarlos.

1.4 Epidemiología de las Infecciones Nosocomiales

Historia

Desde mediados de los años ochenta, en México, el control de infecciones nosocomiales se formaliza a partir del programa establecido en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) que se extiende a los otros institutos nacionales de salud y desde donde surge la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).

Fue en el INCMNSZ donde se elaboró el primer manual de control para su aplicación nacional, y donde surgió la primera propuesta de creación de una Norma Oficial Mexicana sobre control de infecciones. A finales de 1989, la Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con la Sociedad de Epidemiología Hospitalaria de Estados Unidos de América, realizó una conferencia regional sobre la prevención y el control de las infecciones nosocomiales.

Los objetivos de dicha conferencia fueron formulados para estimular la implementación de mecanismos para retomar la preparación de normas e instrumentos homogéneos sobre la prevención y control de infecciones nosocomiales. El objetivo fundamental por el cual se instituyó la prevención y el control de las infecciones nosocomiales fue garantizar la calidad de la atención médica.

La vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales se inscribe dentro de estos propósitos al permitir la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la identificación temprana y el estudio, prevención y control de las infecciones de este tipo. Constituye un instrumento de apoyo para el funcionamiento de los servicios y programas de salud que se brindan en los hospitales.

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.

Las infecciones nosocomiales representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidades, lo cual se suma al incremento en los días de hospitalización y del gasto económico.

A pesar de que se reconoce a la infección nosocomial como una complicación donde se conjugan diversos factores de riesgo y que es susceptible, en la mayoría de los casos de prevenirse, se debe señalar que existen casos en los que se presenta debido a condiciones inherentes al huésped.

El problema es de gran magnitud y trascendencia. Por ello, es indispensable establecer y operar sistemas integrales de vigilancia epidemiológica que permitan prevenir y controlar las infecciones de este tipo, entendiendo que su ocurrencia debe ser controlada como se describe pero no es esperable lograr una tasa de cero. Las tasas deberán ser evaluadas en su tendencia temporal y no hay cifras de referencia, buenas o malas. Los programas deben evaluarse por sus actividades de vigilancia, prevención y control y no sólo por resultados aislados. Debe ser claro que las epidemias son eventos que pueden presentarse, deben identificarse y controlarse de inmediato pero al igual que ocurre con los casos de infección nosocomial, no es esperable que no ocurran.

(NOM-045-SSA2-2005)

1.4.1 Definición de las infecciones nosocomiales

Una infección nosocomial puede definirse de la manera siguiente:

Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección.

Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado.

Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

La atención de los pacientes se dispensa en establecimientos que comprenden desde dispensarios muy bien equipados y hospitales universitarios con tecnología avanzada hasta unidades de atención primaria únicamente con servicios básicos. A pesar del progreso alcanzado en la atención hospitalaria y de salud pública, siguen manifestándose infecciones en pacientes hospitalizados, que también pueden afectar al personal de los hospitales.

Muchos factores propician la infección en los pacientes hospitalizados: la reducción de la inmunidad de los pacientes; la mayor variedad de procedimientos médicos y técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección; y la transmisión de bacterias farmacorresistentes en poblaciones hacinadas en los hospitales, donde las prácticas deficientes de control de infecciones pueden facilitar la transmisión. (Organización Mundial de la Salud 2002, pp. 7)

1.4.2 Sitios de infecciones nosocomiales

Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Son una pesada carga para el paciente y para el sistema de salud pública. Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países representativos de 4 Regiones de la OMS (a saber, Europa, el Mediterráneo Oriental, el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental) mostró que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaba infecciones nosocomiales. En un momento dado, más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital. La máxima frecuencia de infecciones nosocomiales fue notificada por hospitales de las Regiones del Mediterráneo Oriental y de Asia Sudoriental (11,8 y 10,0%, respectivamente), con una prevalencia de 7,7 y de 9,0%, respectivamente, en las Regiones de Europa y del Pacífico Occidental.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En el estudio de la OMS y en otros se ha demostrado también que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas. Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia. (Organización Mundial de la Salud 2002, pp. 7)

A continuación se describen entre otras las cuatro causas más frecuentes de infección nosocomial y su relación con las intervenciones asociadas. De esta forma Infecciones de Vías Urinarias, Infecciones de Herida Quirúrgica, Neumonías y Bacteremias deberán ser objeto de atención primordial tanto en su vigilancia como control, en vista de que éstas acontecen para la ocurrencia del 66% del total de episodios de infección nosocomial.

Neumonías, Infección de Vías Urinarias, Bacteriemias, Infección de Herida Quirúrgica, (NOM-045-SSA2-2005)

1.4.2.1 Infección de vías urinarias

Definición: Presencia de microorganismos patogénicos en el tracto urinario incluyendo uretra, vejiga, riñón o próstata. Se debe considerar la siguiente terminología:

- a) bacteriuria: presencia de bacterias en la orina
- b) bacteriuria significativa: presencia espontánea de bacterias en la orina mayor de 100,000 unidades formadoras de colonias (ufc)/ml.
- c) Bacteriuria asintomática: bacteriuria significativa en un paciente sin síntomas urinarios.
- d) Síndrome uretral agudo: disuria, poliaquiuria y tenesmo sin bacteriuria significativa.

Epidemiología: Son muy frecuentes, se consideran las infecciones más comunes después de las respiratorias. Son dos veces más frecuentes o en relación hasta de 30:1 en mujeres que en hombres. Ocurren en 1 – 3% de adolescentes escolares y se incrementan con el inicio de la actividad sexual; raras en hombres < de 50 años y común en mujeres entre los 20 – 50.

Factores predisponentes: Disminución de la ingesta de líquidos, diferir la micción, actividad sexual, manipulación y calidad de la flora vaginal. En la mujer la menor longitud de la uretra y su terminación en el introito facilita su colonización; malformaciones congénitas (especialmente en niños), hiperplasia prostática, cálculos o tumores, vaciamiento vesical incompleto, reflujo vesicoureteral, cantidad y calidad de inmunoglobulinas locales, enfermedades intercurrentes, especialmente diabetes mellitus, embarazo y longevidad.

Etiología:

a) Agentes comunes: *Escherichia coli* (hasta 80% de los casos), *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, *Serratia*, enterococci, *Candida*. b) Agentes no comunes: *Staphylococcus*. c) Raros: *Nocardia*, *Actinomyces*, *Brucella*, adenovirus y *Torulopsis*.

Clasificación:

I. Anatómica.

a) Infecciones del tracto urinario inferior: uretritis y cistitis (superficiales o de mucosas)
b) Infecciones del tracto urinario superior: pielonefritis aguda, prostatitis y absceso renal o perinefrítico (indican invasión tisular)

II. Epidemiológica.

a) Nosocomiales o asociadas con cateterización
b) Comunitarias (no asociadas con cateterización).

Sintomáticas. Tres o más de los siguientes criterios: dolor en flancos, percusión dolorosa del ángulo costo-vertebral, dolor supra-púbico, disuria, sensación de quemadura, urgencia miccional, polaquiuria, calofrío, fiebre o distermia y orina turbia. Independientemente de los hallazgos de urocultivo: chorro medio: muestra obtenida con asepsia previa, mayor de 50,000 UFC/ml (una muestra). El aislamiento de un nuevo microorganismo en urocultivo es diagnóstico de un nuevo episodio de infección urinaria.

Asintomáticas. Pacientes de alto riesgo con un sedimento urinario que contenga 10 o más leucocitos por campo más cualquiera de los siguientes: chorro medio: muestra obtenida con asepsia previa mayor de 50,000 UFC/ml (una muestra), cateterismo: mayor de 50,000 UFC/ml (una muestra), punción suprapubica: cualquier crecimiento es diagnóstico.

En caso de sonda de Foley: Cuando se decide instalar una sonda de Foley, la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) deberá evaluar la necesidad de obtener urocultivo al momento de la instalación, cada cinco días durante su permanencia y al momento del retiro. La vigilancia de la etiología microbiológica descrita tendrá prioridad en pacientes graves, con enfermedades energizantes e internados en áreas críticas.

Infecciones de vías urinarias por *Candida* spp: Dos muestras consecutivas. Si se tiene sonda de Foley deberá retirarse y obtenerse una nueva muestra con: Adultos: >50,000 UFC/ml. Niños: >10,000 UFC/ml. La presencia de pseudohifas en el sedimento urinario es diagnóstica de IVU por *Candida* spp. (IMSS 2013, pp. 16)

1.4.2.2 Infecciones del sitio de una intervención quirúrgica

Sitio quirúrgico

En todos los pacientes se toman medidas universales con el objeto de prevenir infecciones, pero el riesgo de aparición de infecciones del sitio quirúrgico es mayor en ciertos casos, de modo que es importante valorar en forma apropiada este riesgo y extremar los cuidados cuando sea necesario. Entre los factores que participan en la génesis de las infecciones del sitio quirúrgico se cuentan: factores intrínsecos, como la edad y patología asociada y factores extrínsecos.

Mecanismos de transmisión.

La infección suele contraerse en forma exógena (es decir, del aire, el equipo médico, los cirujanos y otro personal médico), o endógena (de la flora de la piel o del sitio de la operación) siendo el principal factor de riesgo el grado de contaminación durante el procedimiento (limpio, limpio-contaminado, contaminado, sucio).

Medidas de prevención y control

Las medidas propuestas son:

Cumplimiento estricto de las normas de asepsia y antisepsia en el área quirúrgica y sala de hospitalización.

Eliminar focos sépticos y bucofaringeos.

Emplear una técnica quirúrgica depurada.

Controlar la flora bacteriana de los órganos.

Aislar los pacientes portadores de una infección postoperatoria.

Manipular cuidadosamente y utilizar los diversos tipos de catéteres y sondas.

Profilaxis antibiótica adecuada.

Con respecto de la profilaxis antibiótica adecuada, se entiende por:

Antibióticos profilácticos: uso de antibióticos antes de que la contaminación ocurra, es decir, en el período decisivo, o sea 30-60 minutos antes de la incisión para prevenir la infección de sitio quirúrgico. (IMSS 2013, pp. 18)

Antibióticos terapéuticos: uso de agentes antimicrobianos para reducir el crecimiento o la reproducción de las bacterias y erradicar la infección.

La correcta administración de antibióticos profilácticos en cirugía conduce a:

Reducir la incidencia de infección del sitio quirúrgico. Usar los antibióticos en forma racional y soportada por una efectividad basada en la evidencia. Minimizar el efecto de los antibióticos sobre la flora bacteriana normal del paciente. Minimizar los efectos adversos. Causar mínimos cambios a las defensas del paciente.

La profilaxis antibiótica es solo una de las medidas para la prevención de las infecciones de sitio quirúrgico; hay otros factores de riesgo que también pueden contribuir:

En el paciente: edad, estado nutricional, obesidad, diabetes, tabaquismo, infección coexistente en otro sitio, colonización bacteriana, inmunosupresión, estancia prolongada.

De la cirugía: duración del lavado quirúrgico, preparación de la piel, rasurado, duración de la cirugía, profilaxis antibiótica, ventilación de la sala de cirugía, inadecuada esterilización del instrumental quirúrgico, cuerpo extraño en la herida, uso de drenes, técnica quirúrgica, hipotermia postoperatoria. (IMSS 2013, pp. 22–26)

1.4.2.3 Neumonía nosocomial

Incidencia

Las infecciones respiratorias nosocomiales ocurren en diferentes grupos de pacientes. En algunos casos, el medio hospitalario puede desempeñar una función importante. Las recomendaciones para prevenir esas infecciones comprenden las siguientes:

Neumonía relacionada con el uso de respirador en la unidad de cuidados intensivos

- Mantener la desinfección apropiada y el cuidado durante el uso de los tubos, respiradores y humidificadores para limitar la contaminación.
- Abstenerse de hacer cambios regulares de los tubos del respirador.
- Evitar la administración de antiácidos y antihistamínicos H2.
- Mantener una succión estéril de la tráquea.
- El personal de enfermería debe mantener la cabeza erguida.

Unidades médicas

- Limitar la administración de medicamentos que alteran el conocimiento (sedante, narcótico).
- Colocar a los pacientes comatosos en una posición que limite la posibilidad de aspiración.
- Evitar la administración de alimentos por vía oral a los pacientes con anomalías de deglución.
- Evitar la exposición de pacientes neutropénicos o sometidos a trasplantes a esporas de hongos durante obras de construcción o de renovación.

Unidades quirúrgicas

- Todos los dispositivos para procedimientos invasivos empleados durante la anestesia deben ser estériles.
- Los anestesiólogos deben usar guantes y mascarilla cuando realicen procedimientos invasivos en la tráquea o apliquen anestesia venosa o epidural. Los filtros desechables (para uso individual) para

intubación endotraqueal evitan efectivamente la transmisión de microorganismos en pacientes conectados a respiradores.

- La fisioterapia preoperatoria evita la neumonía postoperatoria en pacientes con enfermedad respiratoria crónica.

Pacientes con trastornos neurológicos sometidos a traqueotomía (con respiración mecánica o sin ella)

- Succión estéril con una frecuencia apropiada.
- Limpieza y desinfección apropiada de los respiradores y otros dispositivos.
- Fisioterapia para ayudar al drenaje de las secreciones. (OMS, 2002)

Neumonía nosocomial asociada a ventilación mecánica

Riesgo para infecciones del tracto respiratorio (Neumonía)

La existencia de una vía aérea artificial aumenta hasta en 21 veces el riesgo de neumonía intrahospitalaria. La definición de neumonía asociada con el ventilador por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EUA (CDC), es la que aparece después de 48 horas en pacientes con ventilación mecánica.

La neumonía intrahospitalaria es la principal causa de muerte por infecciones adquiridas en el hospital, con una mortalidad entre 20 y 50%.

Los factores de riesgo incrementan la incidencia de neumonía aumentando la colonización orofaríngea, la colonización gástrica, la generación de aerosoles contaminados, la aspiración y, por interferencia, con las defensas pulmonares o del huésped. El uso de ventilación mecánica, el tratamiento con bloqueadores H₂ y con inhibidores de la bomba de protones, el tratamiento con antibióticos profilácticos, la depresión del estado de alerta y la aspiración gástrica masiva, son las cinco variables que suelen identificarse como significativamente asociadas con un riesgo mayor para neumonía relacionada con el ventilador.

El aspirado endotraqueal es el método más utilizado para tomar muestras de las secreciones respiratorias inferiores. Esta técnica tiene buena sensibilidad, pero especificidad disminuida por la colonización traqueal. Se puede mejorar la especificidad con técnicas semicuantitativas de cultivo,

llegando a tener 93% de sensibilidad y 80% de especificidad. Se puede recolectar un lavado broncoalveolar con técnica ciega con buena sensibilidad y especificidad.

La neumonía asociada a la ventilación mecánica sucede cuando hay invasión bacteriana al parénquima pulmonar en los pacientes con ventilación mecánica. La inoculación a un sistema respiratorio bajo normalmente estéril, lo cual sucede a través de los mecanismos más comunes: La aspiración de secreciones, la colonización del tracto digestivo o el uso de equipos o medicamentos contaminados.

Los principales factores de riesgo para la neumonía asociada a la ventilación mecánica incluyen: intubación prolongada, nutrición enteral, aspiración indiscriminada, uso de agentes paralizantes, enfermedad concomitante y edades extremas de la vida.

Agente causal: Los microorganismos más frecuentes son: gram negativos (60%): Pseudomonas, Enterobacter, Klebsiella, E. coli, Haemophilus, Serratia, Proteus. Gram positivos (17%), hongos y virus. Mecanismos de transmisión Las vías de transmisión de las infecciones respiratorias involucra tanto la transmisión por contacto (directa e indirecta), así como la transmisión aérea.

Medidas de prevención y control

Se han propuesto varias medidas para la vigilancia y control de infecciones respiratorias y evitar así su transmisión intrahospitalaria. Estas incluyen las precauciones de aislamiento de contacto cuando se examine a los pacientes (uso de guantes y batas), las precauciones para vía respiratoria (uso de cubrebocas), así como el reforzamiento del lavado de manos en los cinco momentos: 1) antes de tocar al paciente, 2) antes de realizar una tarea limpia/aséptica, 3) después del contacto con fluidos o secreciones corporales, 4) después de tocar con el paciente, 5) después del contacto con el entorno del paciente.

En pacientes con ventilación es recomendable la descolonización de la mucosa oral con clorhexidina, lavar, desinfectar y esterilizar los circuitos del ventilador después de su uso en cada paciente, realizar aspiración, con sondas de un solo uso, aspirar primero el tubo endotraqueal y después con una sonda diferente la orofaringe, lavado de las manos con agua y jabón antes y después de llevar a cabo un procedimiento o manipular fluidos y utilizar guantes estériles para el

procedimiento antes descrito o para el manejo de fluidos, usar agua estéril para llenar los humidificadores. El uso de guantes no exime el lavado de manos. Otra medida que reduce la probabilidad de transmisión de infecciones respiratorias consiste en la vacunación contra influenza del personal de salud. (IMSS 2013, pp. 25–26)

1.4.2.4 Bacteriemia nosocomial

Bacteriemia

El diagnóstico se establece en un paciente con fiebre, hipotermia o distermia con hemocultivo positivo. Este diagnóstico también puede darse aun en pacientes con menos de 48 horas de estancia hospitalaria si se les realizan procedimientos de diagnósticos invasivos o reciben terapia intravascular. Un hemocultivo positivo para Gram negativos, *Staphylococcus aureus* u hongos es suficiente para hacer el diagnóstico. En caso de aislamiento de un bacilo Gram positivo o *Staphylococcus coagulasa negativa* se requerirán dos hemocultivos tomados en dos momentos y/o sitios.

Bacteriemia primaria: Se define como la identificación en hemocultivo de un microorganismo en pacientes hospitalizados o dentro de los primeros tres días posteriores al egreso con manifestaciones clínicas de infección y en quienes no es posible identificar un foco infeccioso como fuente de bacterias al torrente vascular.

Bacteriemia secundaria: Es la que se presenta con síntomas de infección localizados a cualquier nivel con hemocultivo positivo. Se incluyen aquí las candidemias y las bacteriemias secundarias a procedimientos invasivos tales como colecistectomías, hemodiálisis, cistoscopias y colangiografías. En caso de contar con la identificación del microorganismo del sitio primario, debe ser el mismo que el encontrado en sangre. En pacientes que egresan con síntomas de infección hospitalaria y desarrollan bacteriemia secundaria, esta deberá considerarse nosocomial independientemente del tiempo del egreso. (IMSS 2013, pp. 8)

1.4.2.5 Otras infecciones nosocomiales

Otros Riesgos para Peritonitis

Agente causal

La flora microbiológica está en función, entre otros factores, del origen de la peritonitis (comunitario o nosocomial), del foco abdominal que ha iniciado la infección y del tipo o duración de los antibióticos administrados previamente.

En la infección intraabdominal de inicio nosocomial, principalmente peritonitis y abscesos posoperatorios, *E. coli* sigue siendo la enterobacteria más frecuentemente implicada (22%) junto a *Enterobacter spp.* La frecuencia de aislamiento de *B. fragilis* (5.5%) es menos que en la peritonitis comunitaria y la presencia de *Enterococcus spp.*, es más elevada (6.7%), incluyendo *Enterococcus faecium*. La prevalencia de bacilos gram-negativos no fermentadores (*P.aeruginosa*) es discretamente superior a la peritonitis comunitaria, sin embargo presenta un patrón de persistencia mayor.

Tanto en la comunitaria como en la nosocomial la incidencia de cultivos peritoneales positivos para *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina (SARM) y *Enterococcus spp.* Resistente a la vancomicina, es por ahora anecdótico.

La mayoría de los pacientes cirróticos tienen un alto riesgo de presentar infección nosocomial, porque se someten a hospitalizaciones frecuentes y las estancias en estos son prolongadas.

Mecanismos de transmisión

La mayoría de las peritonitis tienen como origen la flora intestinal: los microorganismos acceden fundamentalmente por vía hematogena, desempeñando la translocación bacteriana un papel importante en la patogenia. En ocasiones el origen es extraintestinal, asociado a focos respiratorios, urinarios o iatrogénicos en el transcurso de procedimientos invasivos. En mujeres, sobre todo en portadoras de DIU, puede ser consecuencia del ascenso de microorganismos a través de las trompas de Falopio.

Medidas de prevención y control

1. Higiene de las manos antes y después de la palpación, inserción, cambio o curación de cualquier dispositivo peritoneal.
2. Capacitación continua al personal mínimo cada seis meses en el cuidado de dispositivos intraperitoneales.
3. Instalación y manejo del equipo del sistema de diálisis peritoneal de acuerdo a lo establecido en la NOM-152-SSA1-1996.

Riesgos para mediastinitis.

Es la inflamación del mediastino, es el área que se encuentra entre los pulmones (mediastino), contiene al corazón, los grandes vasos sanguíneos, la tráquea, esófago, la glándula del timo y los tejidos conectivos. La gran parte de los casos se muestra en pacientes a quienes se les ha practicado una cirugía abierta de tórax y es una complicación que acontece en menos del 5% de todos los pacientes que se han sometido a este tipo de cirugía, pero puede presentarse como resultado de una endoscopia traumática.

Agente causal

Los microorganismos infecciosos son variables, según el tipo y el sitio de la intervención quirúrgica, y los antimicrobianos que recibe el paciente.

Mecanismos de transmisión

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) El principal factor de riesgo es el grado de contaminación durante el procedimiento (limpio, limpio-contaminado, contaminado, sucio) que, en gran medida, depende de la duración de la operación y del estado general del paciente, calidad de la técnica quirúrgica, la presencia de cuerpos extraños, incluso tubos de drenaje, la virulencia de los microorganismos, la infección concomitante en otros sitios, la práctica de afeitar al paciente antes de la operación y la experiencia del equipo quirúrgico.

Medidas de prevención y control

Incluye la práctica de la técnica quirúrgica óptima, un medio limpio en el quirófano con entrada restringida del personal, ropa apropiada, equipo estéril, preparación adecuada del paciente antes de la operación, uso apropiado de profilaxis preoperatoria con antimicrobianos y un programa de vigilancia de las heridas quirúrgicas. Todos los dispositivos para procedimientos invasivos empleados durante la anestesia deben ser estériles.

Infecciones cardiovasculares

Endocarditis

La endocarditis es una infección de la membrana que recubre el interior de las cavidades del corazón (lo que se denomina endocardio) o las válvulas cardiacas. Los pacientes con mayor riesgo de presentarla son aquellos que presentan una enfermedad valvular bien cuentan con antecedentes de: cirugía valvular cardiaca, defecto cardiaco congénito, fiebre reumática o cardiopatía reumática en la niñez, cardiomiopatía hipertrófica y uso de drogas intravenosas.

Agente causal

Los microorganismos infecciosos son variables según el tipo de exposición o cirugía realizada, así como de la terapia antimicrobiana previamente recibida por el paciente.

Mecanismos de transmisión

Contaminación durante procedimientos realizados a los pacientes.

Medidas de prevención y control

Se recomienda instaurar profilaxis antibiótica en las personas con factores de riesgo de desarrollar una endocarditis que vayan a ser sometidas a procedimientos capaces de producir bacteriemia por microorganismos potencialmente causantes de endocarditis.

Pericarditis

La pericarditis es un proceso inflamatorio que afecta al pericardio produciendo como consecuencia exudación en su fase aguda que puede ser causa de engrosamiento y fibrosis de dicha membrana, afecta con más frecuencia a los hombres entre los 20 y 50 años de edad y generalmente sigue a infecciones respiratorias.

La pericarditis purulenta se presenta con mayor frecuencia secundaria a cirugía torácica condicionada por procesos infecciosos o por traumatismos torácicos, complicaciones de endocarditis infecciosa, absceso miocárdico o embolia coronaria séptica. La mortalidad de este proceso es muy alta (70%). Usualmente es un padecimiento agudo de evolución fulminante de pocos días de duración.

El dolor pericardio está ausente en la mayoría de los casos y el cuadro clínico lo domina la sepsis y el taponamiento cardíaco; como signos diagnósticos de utilidad están la importante leucocitosis con neutrofilia, la cardiomegalia radiológica, el ensanchamiento mediastinal y los cambios electrocardiográficos que son signos que aparecen en casi todos los casos. Debe tomarse en cuenta que si el paciente sobrevive a este proceso puede quedar como secuela pericarditis constrictiva. En los niños, es causada con mayor frecuencia por el adenovirus o virus de Coxsackie.

Agente causal:

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

Mecanismos de transmisión:

Por contaminación 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) Los microorganismos colonizadores del catéter dentro del vaso pueden producir bacteriemia sin infección externa visible.

Medidas de prevención y control:

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, limitar el riesgo de infecciones endógenas con reducción al mínimo de los procedimientos invasivos, mejorar las prácticas de atención de pacientes.

Riesgo para Diarrea

La diarrea nosocomial en los niños está asociada a un aumento en la morbilidad, mortalidad, duración y costo de la estancia intrahospitalaria, esto se debe al bajo apego al lavado de manos que facilita la transmisión de persona a persona de los agentes patógenos involucrados, sin embargo la transmisión indirecta también juega un papel importante. Las fuentes potenciales de transmisión incluyen el agua, o alimentos contaminados, superficies, juguetes o ropa de cama, así como biberones o chupetes contaminados.

Agente causal

El principal agente patógeno en los niños es el rotavirus; para los adultos *Clostridium difficile* es la principal causa. 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*).

Mecanismos de transmisión

Generalmente por diseminación de las manos del personal o del propio paciente. Tratamiento prolongado con antibióticos e inmunodeficiencia grave.

Medidas de prevención y control

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, controlar los riesgos ambientales de infección, uso adecuado de antibióticos.

Riesgos para conjuntivitis

El adenovirus es transmitido de persona a persona y la conjuntivitis puede variar desde una infección no detectable hasta una conjuntivitis grave. Las infecciones leves y no detectables podrían ser comunes y tener un rol en las infecciones intrahospitalarias. Por lo tanto, es importante la detección precoz del adenovirus mediante el examen clínico para el tratamiento adecuado de los pacientes y la prevención de la infección intrahospitalaria.

Agente causal:

Staphylococcus, Streptococcus o Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae, especies de Moraxella y Branhamella principalmente.

Mecanismo de transmisión:

Por manipulación o contaminación de manos o fómites con secreciones de las conjuntivas o vías respiratorias.

Medidas de prevención y control:

Higiene de manos en los cinco momentos. (Lavado de manos con agua y jabón)

Precauciones de aislamiento por contacto. (Precaución estándar, por contacto, por gotas, vía aérea)

Otras infecciones transmisibles emergentes y reemergentes

Desde informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2007), se manifiesta como una preocupación las Enfermedades Infecciosas Emergentes y Reemergentes. El concepto de Enfermedades Infecciosas Emergentes fue acuñado en 1992 por el Instituto de Medicina de los EUA, para referirse a las enfermedades infecciosas descubiertas en los últimos años y a las ya conocidas consideradas controladas, en franco descenso o casi desaparecidas, que volvieron a emerger.

Infecciones emergentes son aquellas de nueva aparición en la población, o aquellas cuya incidencia o distribución geográfica está aumentando de forma muy rápida. Enfermedades reemergentes son aquellas que eran bien conocidas, representaron problemas de salud pública en el pasado y que han crecido o reaparecido en los últimos años. Ante la presencia de un caso que ingresa al hospital con diagnóstico confirmado o con sospecha de este, deberán realizarse de inmediato las medidas de aislamiento. Considerar caso probable a todo paciente que presente durante su estancia hospitalaria el cuadro clínico compatible con las definiciones operacionales de acuerdo al padecimiento. Realizar la notificación inmediata, el estudio epidemiológico, estudio de contactos, toma de muestras para confirmación diagnóstica y aplicar las medidas de prevención y control conducente al padecimiento que se identifica e incluirlo al sistema de vigilancia epidemiológica correspondiente. (IMSS 2013, pp. 28–32)

1.4.3 Microorganismos

La microbiología es el estudio de los microorganismos, de su biología, su ecología y, en nuestro caso su utilización en la producción de bienes agrícolas o industriales y su actividad en la alteración y deterioro de dichos bienes. Esta definición hace necesaria la de tres conceptos que se incluyen en ella: microorganismo, biología y ecología.

El conocimiento de la biología y la ecología microbiana son imprescindibles para poder comprender de qué forma los microorganismos interactúan con los seres humanos y qué tipos de relaciones establecen con ellos.

Por microorganismo entendemos cualquier organismo vivo que no sea visible a simple vista. Esta definición operativa no incluye los hongos, tanto inferiores como superiores, ni las algas aunque ambos grupos son considerados microorganismos porque su organización es esencialmente unicelular (las células que los constituyen mantienen un alto grado de autonomía entre sí). Por otra parte, organismos pluricelulares pueden ser de tamaño tan pequeño que entren dentro de la definición anterior sin dejar por ello de ser estructuralmente tan complejos como cualquier animal superior.

Dentro de la biología de los microorganismos estudiaremos su estructura, metabolismo y genética. La estructura de los microorganismos condiciona de forma muy importante su metabolismo. El metabolismo es el conjunto de reacciones de utilización de los alimentos y de producción de energía (catabolismo) que permiten a los microorganismos crecer y multiplicarse (anabolismo) y, como consecuencia, alterar el ambiente en el que se encuentran. La genética nos permitirá conocer el proceso de transmisión de la información que permite el desarrollo de un microorganismo con una morfología y un metabolismo determinado; esta transmisión de información puede ocurrir entre unas células y sus descendientes (transmisión vertical) o entre células que conviven en un mismo ambiente y que pueden no estar relacionadas genealógicamente (transformación, conjugación y transducción).

1.4.3.1 Bacterias

La forma de las bacterias puede ser esférica (cocos), cilíndrica (bacilos), de coma (vibrios) o helicoidal (espirilos). La forma de las bacterias viene determinada principalmente por la estructura de su pared celular y es una de las características que sirven para identificarlas. Las bacterias pueden presentarse como células aisladas o formando grupos.

Esta característica es también importante para poder identificarlas. En algunos casos la aparición de las bacterias formando agrupaciones no es una característica de estas *in vivo* sino un efecto de ciertas técnicas de tinción (como en el caso del género *Staphylococcus* que aparece formando racimos sólo en preparaciones fijadas y teñidas; pero no en muestras vivas).

Las principales formas de formas de agrupamiento de las bacterias son las que se observan en estreptococos y estreptobacilos (cadenas de cocos o de bacilos, respectivamente), estafilococos (agrupaciones en forma de racimos de cocos), diplococos (parejas de cocos) sarcinas (agrupaciones en tétradas o en grupos de ocho cocos dispuestos en forma de cubo).

El tamaño de las células bacterianas es variable oscilando entre una micra (μm) de diámetro y varias decenas de longitud en las especies más grandes. En cualquier caso, su tamaño es más reducido que el de una célula eucariótica normal.

En las células eucarióticas, las formas son más variadas. Desde formas elipsoidales en las levaduras, a formas complejas mantenidas por sistemas de citoesqueleto en ciertos protozoos. A esto hay que añadir la organización pluricelular de hongos filamentosos y de algas.

A continuación se citan los agentes patógenos nosocomiales más comunes.

Es preciso hacer una distinción entre los 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 bacterias comensales 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.

Las bacterias patógenas tienen mayor virulencia y causan infecciones (esporádicas o endémicas), independientemente del estado del huésped. Por ejemplo:

— Los bastoncillos gram-positivos anaerobios (por ejemplo, *Clostridium*) causan gangrena.

— Las bacterias gram-positivas: *Staphylococcus aureus* (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.

— Los microorganismos gram negativos como *Pseudomonas* spp. a menudo se aíslan en agua y en zonas húmedas. Pueden colonizar el aparato digestivo de los pacientes hospitalizados.

— Otras bacterias determinadas representan un riesgo singular en los hospitales. Por ejemplo, la especie *Legionella* puede causar neumonía (esporádica o endémica) por medio de inhalación de aerosoles que contienen agua contaminada (en sistemas de acondicionamiento de aire, duchas y aerosoles terapéuticos). (OMS 2002, pp. 6–7)

1.4.3.2 Virus

En biología, un virus (del latín virus, «toxina» o «veneno») es un agente infeccioso microscópico que sólo puede multiplicarse dentro de las células de otros organismos. Los virus infectan todos los tipos de organismos, desde animales y plantas, hasta bacterias y arqueas. Los virus son demasiado pequeños para poder ser observados con la ayuda de un microscopio óptico, por lo que se dice que son submicroscópicos. El primer virus conocido, el virus del mosaico del tabaco, fue descubierto por Martinus Beijerinck en 1899, y actualmente se han descrito más de 5.000, si bien algunos autores opinan que podrían existir millones de tipos diferentes.

Los virus se hallan en casi todos los ecosistemas de la Tierra y son el tipo de entidad biológica más abundante. El estudio de los virus recibe el nombre de virología, una rama de la microbiología.

A diferencia de los priones y viroides, los virus se componen de dos o tres partes: su material genético, que porta la información hereditaria, que puede ser ADN o de ARN; una cubierta proteica que protege a estos genes —llamada cápside— y en algunos también se puede encontrar una bicapa lipídica que los rodea cuando se encuentran fuera de la célula —denominada envoltura vírica—. Los virus varían en su forma, desde simples helicoides o icosaedros hasta estructuras más complejas. El origen evolutivo de los virus aún es incierto, algunos podrían haber evolucionado a partir de plásmidos (fragmentos de ADN que se mueven entre las células), mientras que otros podrían haberse originado desde bacterias. Además, desde el punto de vista de la evolución de otras especies, los virus son un medio importante de transferencia horizontal de genes, la cual incrementa la diversidad genética.

Los virus se diseminan de muchas maneras diferentes y cada tipo de virus tiene un método distinto de transmisión. Entre estos métodos se encuentran los vectores de transmisión, que son otros organismos que los transmiten entre portadores. Los virus vegetales se propagan frecuentemente por insectos que se alimentan de su savia, como los áfidos, mientras que los virus animales se suelen propagar por medio de insectos hematófagos. Por otro lado, otros virus no precisan de vectores: el virus de la gripe (rinovirus) se propaga por el aire a través de los estornudos y la tos y los norovirus son transmitidos por vía fecal-oral, o a través de las manos, alimentos y agua contaminados. Los rotavirus se extienden a menudo por contacto directo con niños infectados. El VIH es uno de los muchos virus que se transmiten por contacto sexual o por exposición con sangre infectada.

No todos los virus provocan enfermedades, ya que muchos virus se reproducen sin causar ningún daño al organismo infectado. Algunos virus como el VIH pueden producir infecciones permanentes o crónicas cuando el virus continúa multiplicándose en el cuerpo evadiendo los mecanismos de defensa del huésped. En los animales, sin embargo, es frecuente que las infecciones víricas produzcan una respuesta inmunitaria que confiere una inmunidad permanente a la infección. Los microorganismos como las bacterias también tienen defensas contra las infecciones víricas, conocidas como sistemas de restricción-modificación. Los antibióticos no tienen efecto sobre los virus, pero se han desarrollado medicamentos antivirales para tratar infecciones potencialmente mortales.

Estructura

Los virus presentan unas amplias diversidades de formas y tamaños, llamadas «morfologías». Son unas 100 veces más pequeñas que las bacterias. La mayoría de los virus estudiados tienen un diámetro de entre 10 y 300 nanómetros. Algunos Filovirus tienen un tamaño total de hasta 1.400 nm, sin embargo, sólo miden unos 80 nm de diámetro. La mayoría de virus no pueden ser observados con un microscopio óptico, de manera que se utilizan microscopios electrónicos de barrido y de transmisión para visualizar partículas víricas. Para aumentar el contraste entre los virus y el trasfondo se utilizan tinciones densas en electrones. Son soluciones de sales de metales pesados como wolframio, que dispersan electrones en las regiones cubiertas por la tinción. Cuando las partículas víricas están cubiertas por la tinción (tinción positiva), oscurecen los detalles finos. La tinción negativa evita este problema, tiñendo únicamente el trasfondo.

Una partícula vírica completa, conocida como virión, consiste en un ácido nucleico rodeado por una capa de protección proteica llamada cápside. Las cápsides están compuestas de subunidades proteicas idénticas llamadas capsómeros. Los virus tienen un «envoltorio lipídico» derivado de la membrana celular del huésped. La cápside está formada por proteínas codificadas por el genoma vírico, y su forma es la base de la distinción morfológica. Las subunidades proteicas codificadas por los virus se autoensamblan para formar una cápside, generalmente necesitando la presencia del genoma viral. Sin embargo, los virus complejos codifican proteínas que contribuyen a la construcción de su cápside.

Las proteínas asociadas con los ácidos nucleicos son conocidas como nucleoproteínas, y la asociación de proteínas de la cápside vírica con ácidos nucleicos víricos recibe el nombre de nucleocápside. En general, hay cuatro tipos principales de morfología vírica:

Helicoidal

Las cápsides helicoidales se componen de un único tipo de capsómero apilado alrededor de un eje central para formar una estructura helicoidal que puede tener una cavidad central o un tubo hueco. Esta formación produce viriones en forma de barra o de hilo, pueden ser cortos y muy rígidos, o largos y muy flexibles. El material genético, normalmente ARN monocatenario, pero a veces ADN monocatenario, queda unido a la hélice proteica por interacciones entre el ácido nucleico con carga negativa y la carga positiva de las proteínas. En general, la longitud de una cápside helicoidal está en relación con la longitud del ácido nucleico que contiene, y el diámetro depende del tamaño y la distribución de los capsómeros. El conocido virus del mosaico del tabaco es un ejemplo de virus helicoidal.

Icosaédrica

La mayoría de virus que infectan los animales son icosaédricos o casi-esféricos con simetría icosaédrica. Un icosaedro regular es la mejor manera de formar una carcasa cerrada a partir de subunidades idénticas. El número mínimo requerido de capsómeros idénticos es doce, cada uno compuesto de cinco subunidades idénticas. Muchos virus, como los rotavirus, tienen más de doce capsómeros y parecen esféricos, manteniendo esta simetría. Los ápices de los capsómeros están rodeados por otros cinco capsómeros y reciben el nombre de pentones. Las caras triangulares de éstos también se componen de otros seis capsómeros y reciben el nombre de hexones.

Envoltura

Algunas especies de virus se envuelven en una forma modificada de una de las membranas celulares, o bien es la membrana externa que rodea una célula huésped infectado, o bien membranas internas como la membrana nuclear o el retículo endoplasmático, consiguiendo así una bicapa lipídica exterior conocida como envoltorio vírico. Esta membrana se rellena de proteínas codificadas por el genoma vírico y el del huésped, la membrana lipídica en sí y todos los carbohidratos presentes son codificados completamente por el huésped. El virus de la gripe y el VIH utilizan esta estrategia. La mayoría de virus envueltos dependen de la envoltura para infectar.

Complejos

Los virus tienen una cápside que no es ni puramente helicoidal, ni puramente icosaédrica, y que puede poseer estructuras adicionales como colas proteicas o una pared exterior compleja. Algunos bacteriófagos (como el Fago T4) tienen una estructura compleja que consiste en un cuerpo icosaédrico unido a una cola helicoidal (esta cola actúa como una jeringa molecular, atacando e inyectando el genoma del virus a la célula huésped), que puede tener una base hexagonal con fibras caudales proteicas que sobresalgan.

Los poxvirus son virus grandes y complejos con una morfología inusual. El genoma vírico está asociado con proteínas dentro de una estructura discal central conocida como nucleoide. El nucleoide está rodeado por una membrana y dos cuerpos laterales de función desconocida. El virus tiene una envoltura exterior con una espesa capa de proteína en la superficie. La partícula en general es ligeramente pleomorfa, con una forma que puede ir de la de un huevo a la de un ladrillo. Mimivirus es el virus más grande conocido, con un diámetro en su cápside de 400 nm. De su superficie se proyectan filamentos proteicos de 100 nm. La cápside, tomada en microscopio electrónico, tiene una forma hexagonal, de manera que probablemente es icosaédrica.

Existe la posibilidad de transmisión nosocomial de muchos virus, incluso los virus de la hepatitis B y C (transfusiones, diálisis, inyecciones, endoscopia), el virus sincitial respiratorio (VSR), los rotavirus y los enterovirus (transmitidos por contacto de la man con la boca y por vía fecal-oral). También pueden transmitirse otros virus, como el citomegalovirus, el VIH y los virus de Ebola, la influenza, el herpes simple y la varicela zóster. (OMS 2002, pp. 7 - 10)

1.4.3.3 Parásitos y hongos

Hongos

Introducción

Los hongos no son plantas ni animales, aunque se parezcan en algunas de sus características tanto a las unas como a los otros. A las plantas, por ser organismos sedentarios que se encuentran fijos a un sustrato y, mientras están vivos, no cesan de crecer. A los animales, pues, aunque las células de los hongos poseen pared como las de las plantas, las paredes celulares fúngicas son ricas en quitina, la misma sustancia que hace duro el esqueleto externo de los insectos.

En realidad, los organismos que conocemos como hongos tienen diferentes orígenes en el árbol de la vida, razón por la cual se distribuyen en tres distintos reinos. La mayoría, los más familiares y reconocibles, conforman el reino de los hongos verdaderos (Fungi o Eumycota). Otros se ubican en el mismo reino de las amebas, el llamado Protozoa, como es el caso de los hongos mucilaginosos; y otros más, entre los que se cuentan ciertos mohos acuáticos que parasitan peces, comparten un tercer reino, el denominado Chromista, con las diatomeas, esas particulares algas microscópicas de curiosa simetría.

Se estima que existe más de un millón de especies de hongos en el planeta, pero tan sólo unas 70,000 de ellas han sido descritas por los especialistas, lo cual hace evidente la necesidad de contar con más científicos (micólogos o micetólogos) que estudien estos organismos. Mientras tanto, muchas especies de hongos se han extinguido y otras se encuentran amenazadas en todo el mundo.

Los hongos tienen distintos hábitos de vida. Los hongos saprófitos, es decir descomponedores de materia orgánica, cumplen una función ecológica de la mayor relevancia pues garantizan el reciclaje de la materia muerta y, por lo tanto, la recirculación de sustancias nutritivas en los ecosistemas. Los hongos parásitos, que viven sobre o dentro de otros seres vivos, obtienen su alimento de éstos y llegan a producir enfermedad en su hospedero. Los hongos simbiotes que se asocian de manera mutualista con otros organismos constituyen alianzas vivas de beneficio mutuo como por ejemplo los líquenes (asociación de hongo y alga) y las micorrizas (asociación de hongo y raíz de una planta), simbiosis estas de gran importancia en la naturaleza en procesos de colonización de hábitats y de circulación de nutrientes.

Desde la perspectiva económica, los hongos ofrecen múltiples servicios, pues se utilizan como alimentos, levaduras de la masa de pan, fermentadores en la producción de vino y cerveza, en la maduración de quesos y en el control biológico de plagas agrícolas. Además, como fuentes de sustancias que por su actividad biológica pueden ser de enorme utilidad en medicina y en la bioindustria (eg. antibióticos) y como agentes para estimular el desarrollo de las plantas (hongos formadores de micorriza). Sin embargo, también son dañinos cuando actúan como parásitos de plantas y animales o cuando estropean estructuras de madera, alimentos almacenados, libros y hasta obras de arte, amén de ser peligrosos si, por desconocimiento, se consumen aquellos que tienen principios tóxicos o alucinógenos.

Parásitos

Definición

Grupo de animales que viven a expensas de seres vivos, en cuyo aparato digestivo se alojan y con el que compite por el consumo de las sustancias alimenticias que ingiere el huésped. Su tamaño va desde ser diminuto (y sólo es posible verlos a través del microscopio), o medir desde centímetros hasta metros. Su presencia en el organismo humano está directamente relacionada con la falta de higiene, tanto personal como al preparar alimentos y las condiciones del lugar donde se consumen. Existen muchos parásitos causantes de afecciones en el ser humano, pudiendo agrupar a los más comunes en:

Protozoarios o microscópicos:

Entamoeba histolytica.

Popularmente conocida como amebas, no pueden verse a simple vista y se transmiten mediante consumo de agua y alimentos contaminados con excremento de una persona infectada. En su fase activa (trofozoítos) viven en intestino grueso, y tienen la capacidad de invadir y lesionar capas internas de la mucosa intestinal produciendo úlceras o perforación. Están provistas de poderoso grupo de enzimas que les permite abrirse paso entre tejidos, lo cual les permite llegar a otros órganos, como hígado, pulmón y cerebro.

Giardia lamblia. Al igual que las amebas, es un parásito microscópico que vive en el intestino delgado y es una causa frecuente de diarrea, especialmente en niños. Producen la infección denominada giardiasis, la cual es generalmente asintomática, es decir, puede pasar desapercibida y sólo ocasionar trastornos intestinales temporales; sin embargo, también puede presentarse de forma aguda y causar diarrea, vómito, flatulencia y distensión abdominal, y cuando es muy grave puede interferir en el crecimiento de niños debido a que genera deficiente absorción de nutrientes. Se transmite mediante consumo de agua y alimentos contaminados con materia fecal de un enfermo.

Criptosporidium.

Causa de diarrea en todos los grupos de edades a nivel mundial, aunque su mayor impacto ha sido entre los individuos con sistemas inmunes debilitados, como las personas que sufren de sida y los receptores de trasplantes, debido a que en estos individuos, la infección diarreica no sólo es molesta,

sino que puede llevar a desgaste grave y desnutrición. El principal factor de riesgo para la adquisición de esta infección es la ingesta de productos contaminados con heces fecales y las poblaciones con mayor riesgo son los niños, los cuidadores de animales, los contactos cercanos de individuos infectados y los hombres que sostienen relaciones sexuales con otro hombre.

Metazoarios o helmintos ("gusanos"):

Ancylostoma duodenale.

Parásito conocido como anquilostoma y se nutre de la sangre del huésped, adhiriéndose a las paredes del intestino. Se encuentra en los suelos húmedos y entra al organismo generalmente por la piel de los pies descalzos, se dirige por la sangre al el tracto digestivo donde se desarrolla y multiplica (la hembra adulta pone miles de huevos que salen con las materias fecales y contaminan el ambiente).

En los niños, los anquilostomas producen retraso en el crecimiento y en las facultades mentales, pero muy raras veces produce la muerte.

Ascaris lumbricoides.

Lombrices grandes y redondas (miden de 20 a 35 centímetros de largo) de color blanco o rosado, son visibles en excremento, habitan el intestino delgado y se alimentan de comida semidigerida por el huésped y, algunas veces, de células intestinales. Un gusano hembra tiene capacidad de producir 26 millones de huevecillos y en promedio pone 200 mil diarios, los cuales sólo pueden verse a través de un microscopio.

Enterobius vermicularis.

Se trata de gusanos finos conocidos popularmente como oxiuros, los cuales miden de medio a un centímetro de longitud. Se desarrollan en intestino grueso y durante la noche, cuando las personas infectadas están dormidas, la hembra deposita sus huevecillos en el ano o genitales. Desde ahí, se propagan a la ropa de cama, además de que pueden ser transportados por las manos del enfermo (cuando se rasca) a alimentos y objetos personales. Ocasiona comezón, rechinido de dientes, dolor abdominal, insomnio y mal humor; es más común que este tipo de infección se presente en niños.

Taenia solium.

Mejor conocida como tenia o solitaria, es una lombriz plana que se adhiere al intestino delgado a través de ventosas ubicadas en su cabeza, mide aproximadamente tres metros y puede vivir hasta 25 años. A los dos meses de haber infestado el intestino se desarrolla y libera 300 mil huevecillos diarios. En su estado de larva (cisticerco) es posible que se dirija hacia el cerebro, afección denominada neurocisticercosis que puede causar la muerte. La forma de transmisión es mediante el consumo de carne de cerdo con cisticercos mal cocida.

Trichuris trichura.

Gusano delgado conocido como tricocéfalo, vive en intestino grueso y mide de 3 a 5 centímetros. Uno de sus extremos se clava en la mucosa del intestino destruyéndola, lo que ocasiona dolor y numerosas evacuaciones de diarrea con sangre. El esfuerzo de tantas deposiciones provoca la salida del recto a través de la región anal.

Causas

- Consumo de agua y alimentos contaminados con materia fecal infestada de huevecillos o quistes de parásitos.
- No lavarse las manos antes de comer ni después de ir al baño.
- Comer carne de cerdo mal cocida.
- Caminar descalzo.
- En el caso de los oxiuros, se propagan a la ropa de cama y el paciente al rascarse la región anal los retiene en uñas, por lo que se facilita la contaminación de alimentos y objetos de uso diario.
- Los niños suelen llevar todo tipo de objetos a la boca, y ocasionalmente comen tierra.
- Si una persona tiene parásitos, lo más probable es que otros miembros de su familia se contagien.

Parásitos:

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. La contaminación ambiental por microorganismos transportados por el aire, como *Aspergillus* spp., originados en el polvo y el suelo, también son motivo de preocupación, especialmente durante la construcción de hospitales.

Sarcoptes scabiei (arador de la sarna) es un ectoparásito que ha causado brotes en repetidas ocasiones en los establecimientos de atención de salud. (OMS 2002, pp. 17-20)

1.4.4 Reservorios y transmisiones

Información

Las bacterias causantes de las infecciones nosocomiales pueden transmitirse de varias formas:

1. La flora permanente o transitoria del paciente

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.

2. La flora de otro paciente o miembro del personal

Las bacterias se transmiten de un paciente a otro: (a) por medio de contacto directo entre pacientes (manos, gotitas de saliva o de otros humores corporales), (b) en el aire (gotitas o polvo contaminado con bacterias de un paciente), (c) 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 ulteriormente transmite bacterias a otros pacientes mediante contacto directo durante la atención, (d) 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).

3. 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 (*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.
- En los alimentos.
- En el polvo fino y los núcleos de gotitas generados al toser o hablar (las bacterias de menos de 10 μm de diámetro permanecen en el aire por varias horas y pueden inhalarse de la misma manera que el polvo fino).

Las personas están en el centro del fenómeno:

- Como principal reservorio y foco de microorganismos,
 - Como principal transmisor, sobre todo durante el tratamiento,
 - Como receptor de microorganismos, con lo que se convierten en un nuevo reservorio.
- (OMS 2002, pp. 17- 20)

2. MARCO CONTEXTUAL

2.1. Antecedentes Históricos del IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución gubernamental, autónoma y tripartita (Estado, Patrones y Trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al instituto, llamada entonces asegurado o derechohabiente. Se considera a esta institución de seguridad social la más grande de América Latina. Fue fundada el 19 de enero de 1943 por decreto presidencial del entonces Presidente de la República el General Manuel Ávila Camacho.

2.2. Delegación Estado de México Poniente

La delegación Estado de México Poniente tiene influencia en 57 municipios. Cuenta actualmente con: 1 Hospital de Ginecología y Obstetricia (H.G.O. No. 221); 2 Hospital General Regional (H.G.R No. 220 y 251); 2 Hospital de Zona (H.G.Z. No. 194 y 58); 2 Subdelegaciones, una en Toluca y otra en Naucalpan; y 42 Unidades de Medicina Familiar, dentro de las cuales se encuentra la UMF/UMAA 231 Metepec, ubicadas en Heriberto Enríquez Poniente. No. 304 San José la Pilita, Metepec, Estado de México.

2.3. Hospital General Regional No. 220 “General José Vicente Villada”

El hospital General Regional No. 220 —Gral. José Vicente Villada se encuentra dentro de la Delegación Estado de México Poniente Toluca en el Valle de Toluca. Está ubicado en el predio de 31, 773 m², de los cuales tienen una superficie construida de 11,438 m² en 10 niveles, rodeada de jardines con la superficie de 4, 120 m².

Su área normativa o CAAMED está ubicada en el Hospital General Regional No. 220 se conforma como AMGD 62 y cuenta con Hospital General Regional, un Hospital de Gineco-obstetricia y 27 unidades de Medicina Familiar con domicilio en Paseo Tollocan No. 620 Col. Vértice a un costado del centro comercial Wal-Mart y a 20m. De la calle Urawa en donde se encuentra el Centro del Servicios Administrativos del Gobierno del Estado de México.

La accesibilidad al Hospital General Regional No. 220 por la población derechohabiente va desde los 5 a 180 min., de las localidades más alejadas, podemos observar que las vías de accesibilidad en autobús o en automóvil son eficientes y rápidas.

2.4. Misión del Hospital General Regional Número 220

Garantizar al derechohabiente la asistencia médica, en el segundo nivel de atención con eficacia y oportunidad: orientado a resolver necesidades actuales de salud de su población con un liderazgo efectivo que promueva la cultura de calidad mediante un trato humanístico que permita alcanzar la máxima satisfacción de usuarios y trabajadores.

2.5. Visión del Hospital General Regional Número 220

Ser el mejor hospital de la región que satisfaga las necesidades de salud de su población derechohabiente a través de una atención integral de calidad; con trabajadores eficientes, identificados con la organización y sensibles a las demandas de los usuarios internos y externos contando siempre con tecnología de punta, usando racionalmente los recursos en un marco de finanzas sanas.

2.6. Valores del Hospital General Regional Número 220

Los valores que se presentan a continuación son los pilares y los juicios éticos, que deberán representar y adoptar todos los integrantes del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Hospital General Regional Número 220

Responsabilidad. Es un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el plano de lo moral.

Honestidad. Es el valor de decir la verdad, ser decente, recatado, razonable, justo u honrado, es una cualidad humana que consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad,

Cultura de calidad. En la organización determinara en conjunto con el compromiso de la dirección el éxito de los programas de gestión implementados en la organización.

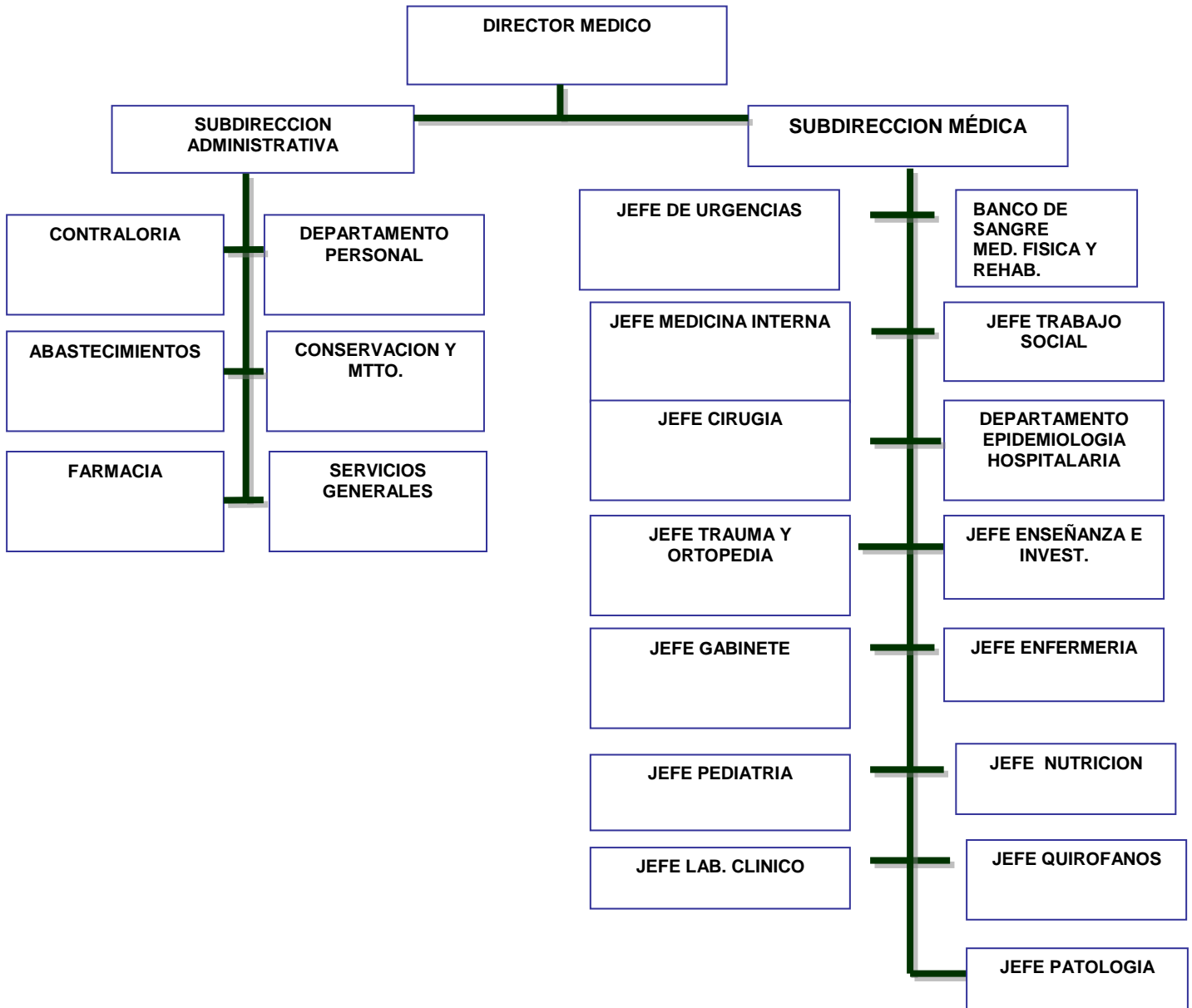
Trabajo en equipo. Consiste en realizar una tarea específica, por medio de un grupo de personas, que conforman, a su vez, un grupo de trabajo.

Lealtad. Es una virtud que se desarrolla en la conciencia y que implica cumplir con un compromiso aun frente a circunstancias cambiantes o adversas.

Espíritu de servicio. Servir quiere decir dar, sacrificar una parte de sí mismo, de lo que se posee, en favor de otros.

Liderazgo. Es el arte de influenciar, comandar y conducir a personas o de trabajar en un equipo de personas, atrayendo seguidores, influenciando positivamente las actitudes y los comportamientos de estos e incentivarles para trabajar por un objetivo común.

2.7. Estructura del Hospital General Regional Número 220



Fuente: manual de organización unidades médicas hospitalarias de segundo nivel imss

2.8. Tipo de hospital (niveles de atención)

Se define niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

Y están constituidos por hospitales generales de subzona, zona o regionales en donde se atiende a los pacientes remitidos por el primer nivel de atención, de acuerdo a la regionalización, para recibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de acuerdo a la gravedad de su padecimiento.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis, entre otros.

Sistema de referencia y contrarreferencia

Para que los niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que permita la continencia o capacidad operativa de cada uno de los mismos. Para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. Para que esto se pueda dar debe existir una continencia o capacidad operativa de cada uno de ellos acorde con las necesidades, debiendo tener siempre en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer de atención.

La referencia constituye un procedimiento administrativo asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutivez.

La contrarreferencia es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario.

NIVELES DE COMPLEJIDAD

Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimiento complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella.

Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización.

El primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, Médicos Generales.

En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc.

El tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades de éstas, que se caracterizan por un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

Con estos antecedentes y tomando en cuenta los niveles de atención el Hospital general regional número 220 “Gral. José Vicente Villada” cuenta con una estructura en forma vertical de 8 pisos con 4 especialidades como son pediatría, medicina interna, cirugía general, y traumatología y ortopedia además también cuenta con urgencias, admisión hospitalaria banco de sangre, laboratorio clínico, central de esterilización, 7 quirófanos, farmacia, y varias subespecialidades medicas como son dermatología, cardiología, neurología, geriatría, cirugía pediátrica, y resuelve la mayoría de la problemática de salud tiene un área cuenta con una población derechohabiente de varias unidades de medicina familiar de aproximadamente 500,000 derechohabientes, es un hospital de concentración.

2.9. La comunicación en el Hospital general regional número 220 “Gral. José Vicente Villada” del IMSS.

El tipo de comunicación que permea más frecuente en el Hospital General regional Número 220 “Gral. José Vicente Villada” del Instituto Mexicano del Seguro Social tiene varios matices como por ejemplo se realizan reuniones de relevantes donde intervienen el cuerpo directivo para planear estrategias de mejora y dejan evidencia en minutas de trabajo, se realizan sesiones en forma de mesa redonda donde se habla de la complejidad de la problemática de los derechohabientes y se genera una lluvia de ideas para llegar a un diagnostico cercano del padecimiento del cual se tiene duda, además se realizan mensualmente reuniones de varios comités donde se lleva la problemática identificada en el hospital para intentar resolverla de la mejor manera dejando evidencia documentada en minutas de trabajo, además de realizar memorándum para cuando se tiene que difundir una información al interior del hospital a diferentes niveles, y utilizan medios visuales y gráficos en sesiones semanales para una mejor capacitación y para estar comunicados y a la vanguardia se realizan videoconferencias con nivel delegación y nacional así como la utilización de

medios electrónicos y vía telefónica para estar más y mejor comunicados disminuyendo las distancias abismales que nos separan de un extremo al otro de nuestra hermosa República Mexicana, así como la telemedicina que se está implementado como una estrategia para disminuir los diferimientos de la consulta externa, a través de una video llamada se comunican con especialistas de la unidad hospitalaria y se les otorga asesoría media inmediata.

Como esta institución es una organización gubernamental como en cualquier otra organización existen diferentes tipos de comunicación como son por ejemplo la verbal, la comunicación escrita, la comunicación no escrita, pero como es de esperarse todo este caos en la comunicación del hospital, esperaría que no todas las indicaciones y mensajes enviados o emitidos se interpreten de manera correcta y mucho menos no esperaría encontrar una realimentación para verificar si el mensaje fue entendido correctamente y por ende se ejecute la indicación.

La comunicación cotidiana que se lleva acabo a nivel operativo es principalmente verbal y se deja evidencia en la nota de evolución médica, ya que algunas veces se necesita realizar una comunicación interconsultante de médico a médico, y estos tiene que enviar la información a la enfermera asistencial por medio de comunicación escrita en la hoja de indicaciones, y de las enfermeras a los pacientes y familiares de los mismos se lleva acabo de manera verbal.

3. METODOLOGIA

En este capítulo se presentan los aspectos metodológicos con los cuales se desarrollo la investigación.

3.1. Planteamiento del Problema

Durante muchos siglos los problemas relacionados con las enfermedades infecciosas fueron un azote para la humanidad, y en la medida que surge los hospitales la aparición de un tipo de infección asociada a los enfermos hospitalizados se convertía entonces en un gran problema. A pesar de los esfuerzos que se realizan en todos los niveles del sistema sanitario para asegurar asistencia de calidad, uno de los riesgos a los que están sometidos los pacientes que ingresan en un hospital es padecer una o varias infecciones nosocomiales.

El primer paso para garantizar el éxito de un programa de prevención, vigilancia y control de las infecciones entre otros muchos factores, es llevar a cabo una comunicación efectiva ya que incide directamente en la mortalidad hospitalaria.

Teniendo en cuenta estas dos premisas de comunicación efectiva e infecciones nosocomiales se pretende demostrar que utilizando adecuadamente estas dos herramientas y cambiando la actitud de los personajes involucrados se mejoraran y se fortalecerán los procesos relacionados a las infecciones nosocomiales en el hospital.

3.2. Pregunta de investigación

¿Existen factores relacionados con la comunicación que inciden en la prevalencia, prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en el Hospital General Regional 220 del I. M. S. S.?

3.3. Justificaciones

3.3.1 Académica

El siguiente trabajo tiene la finalidad recabar información relacionada a la estrategia de mejora para fortalecer los procesos relacionados a las infecciones nosocomiales en el Hospital General Regional 220 "General José Vicente Villada", del Instituto Mexicano del Seguro Social y poder obtener el título otorgado por la Universidad Autónoma del Estado de México, a través de la Facultad de Contaduría y Administración en la Maestría en Administración de los sistemas de salud (MASS)

3.3.2 Social

El siguiente trabajo tiene la finalidad de aportar información relacionada a las infecciones nosocomiales así como a su investigación, prevención y control, teniendo como pilar principal la mejora de la comunicación efectiva en los nosocomios y brindar información reproducible para otros hospitales de la Delegación México Poniente del seguro social, girando principalmente las propuestas hacia la población derechohabiente del seguro social fortaleciendo la credibilidad de las instituciones públicas.

3.3.3 Científica

El siguiente trabajo pretende investigar el impacto de la comunicación en la incidencia de las infecciones nosocomiales en el hospital general regional 220 "General José Vicente Villada" del instituto Mexicano del Seguro Social y aportar información relacionada al fortalecimiento de los procesos relacionados a la vigilancia epidemiológica.

3.3.4 Epidemiológica

El siguiente trabajo se realiza porque las infecciones nosocomiales tienen gran importancia epidemiológica debido a que condicionan altas tasas de morbilidad y mortalidad en los nosocomios, así mismo tienen una gran trascendencia económica y social en México y en el resto del mundo, considerado un problema de salud pública, por lo que es necesario emprender acciones preventivas y modificar la comunicación efectiva entre los trabajadores de la salud, para ofrecer un servicios de calidad y con calidez a los derechohabientes.

3.4. Objetivos

3.4.1. General

Identificar los factores relacionados con la comunicación que inciden en la prevalencia, prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en el Hospital General Regional 220 del I. M. S. S.

3.4.2. Específicos

- Identificar los medios de comunicación que fortalezcan la comunicación efectiva en el Hospital General Regional 220
- Identificar si la retroalimentación del mensaje ayuda a su mejor interpretación del mensaje.
- Analizar el sistema de comunicación del Hospital General Regional 220
- Analizar la transmisión de los mensajes en la comunicación del Hospital General Regional 220
- Analizar la descontextualización del mensaje en la comunicación del Hospital General Regional 220
- Identificar el tipo de infección nosocomial por sitio de localización en el Hospital General Regional 220 de enero a diciembre de 2013.
- Analizar el costo financiero por infección nosocomial generado en el Hospital General Regional 220 de enero a diciembre de 2013.
- Identificar el grupo etario más vulnerable para adquirir una infección nosocomial en el Hospital General Regional 220 de enero a diciembre de 2013.
- Elaborar un esquema del proceso de comunicación para el Hospital General Regional 220 fortalezca los procesos relacionados con las infecciones nosocomiales.

3.5 HIPÓTESIS

3.5.1 Hipótesis de investigación (Hi)

Existen factores inherentes a la comunicación que inciden en la prevalencia, prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en el Hospital General Regional 220 "General José Vicente Villada" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

3.5.2 Hipótesis nula (H0)

No existen factores inherentes a la comunicación que inciden en la prevalencia, prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales en el Hospital General Regional 220 "General José Vicente Villada" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

3.6. Tipo de Estudio

Mixto exploratorio no experimental, transversal, observacional y descriptivo.

3.7. Universo de trabajo

1042 personas relacionadas con el proceso de detección y control de las infecciones nosocomiales (médicos, enfermeras, personal de básicos, becarios (internos y residentes) y personal de laboratorio de microbiología del HGR 220 “Gral. José Vicente Villada”

3.7.1 Muestra

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

en donde,

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza,

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

Seguridad = 95%;

Precisión = 3%;

Proporción esperada = asumamos que puede ser próxima al 5%; si no tuviese ninguna idea de dicha proporción utilizaríamos el valor $p = 0.5$ (50%) que maximiza el tamaño muestral.

$$n = \frac{1042 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95}{0.03^2 \times (1042 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95} = 169$$

Fue necesario encuestar a no menos de 169 personas para poder tener una seguridad del 95%

3.7.1.1 Caracterización de la muestra: se encuestaron a 52 médicos, 40 enfermeras, 25 jefes de departamento clínico de hospitalización, 35 personas del departamento de personal y finanzas y 18 trabajadores de limpia y al sumar a todos estos personajes obtenemos un total de 170 personas encuestadas

3.7.2 Criterios de inclusión:

Médicos adscritos al servicio de Medicina Interna (MI), Traumatología y ortopedia (TyO), Cirugía (Qx), y PEDIATRIA del turno matutino

Enfermeras adscritas al servicio de MI, TyO, Qx, y PEDIATRIA del turno matutino

Personal de básicos adscritas al servicio de MI, TyO, Qx, y PEDIATRIA del turno matutino

Becarios adscritos al servicio de MI, TyO, Qx, y PEDIATRIA del turno matutino

Personal de laboratorio de microbiología comisionados para toma de muestras en MI, TyO, Qx, y PEDIATRIA del turno matutino

3.7.3 Criterios de exclusión:

Médicos adscritos al servicio de MI, TyO, Qx, y PEDIATRIA del turno vespertino y/o nocturno

Enfermeras adscritas al servicio de MI, TyO, Qx, y PEDIATRIA del turno vespertino y/o nocturno

Personal de básicos adscritas al servicio de MI, TyO, Qx, y PEDIATRIA del turno vespertino y/o nocturno

Becarios adscritos al servicio de MI, TyO, Qx, y PEDIATRIA del turno vespertino y/o nocturno

Personal de laboratorio de microbiología comisionados para toma de muestras en MI, TyO, Qx, y PEDIATRIA del turno vespertino y/o nocturno

Todos aquellos que decidan no contestar la encuesta

3.7.4 Criterios de eliminación:

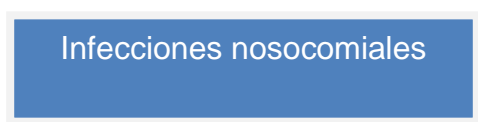
Médicos, enfermeras, personal de básicos, becarios, personal de laboratorio que no estén adscritos al HGR 220 “Gral. José Vicente Villada” en el turno matutino.

3.8. Sujetos de Estudio

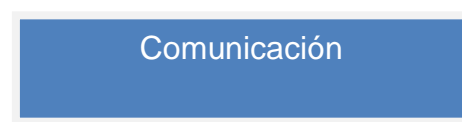
Es el personal médico, médicos residentes y médicos internos de pregrado, jefe de enfermeras, enfermeras jefes de piso, enfermeras asistenciales equipos de conservación, y familiares que estén íntimamente relacionados con el proceso médico y enfermero así como asistencial a sus pacientes hospitalizados

3.9. Variables

3.9.1 Dependiente



3.9.2. Independiente



3.9.3. Definición conceptual

3.9.3.1 Comunicación.- Necesidad de todo ser humano, como ser social, de establecer contacto e intercambiar, ideas, sentimientos, inquietudes, con otros seres de su misma especie.

3.9.3.2 Infecciones Nosocomiales.- Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección.

3.9.4. Variables Dimensiones e Indicadores

Tabla I. Con base en la revisión de la literatura se identifican las variables y dimensiones que se muestran en la tabla 1 variables y dimensiones

Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición operacional
Comunicación Efectiva	Emisor	Sujeto que produce el acto de comunicación con: Claridad en el mensaje sencillez en el mensaje	1,10,19,28
	Mensaje	Se refiere al producto concreto real de la fuente codificadora. Es todo aquello que se comunica, tanto por el habla, por la escritura, por las gesticulaciones, por las expresiones artísticas como la pintura, etc. Mediante: Mensajes con objetividad y cuidar las barreras en la comunicación.	2,11,20,29
	Receptor	Estilos de aprendizaje Descontextualización del mensaje	3,12,21,30
	Código	Representa, explica y trata de hacer entender el mensaje Mediante gestos, movimientos corporales	4,13,22,31

	Canal	Conducto mediante el cual se transmite el mensaje como por ejemplo cara a cara, videoconferencias, vía telefónica, medios electrónicos, mensajes escritos.	5,14,23,32
	Contexto	Espacio, tiempo, oral, escrito (donde, cuando, como)	6,15,24,33
	Ruido	Interferencia que afecta al canal, mensaje y al receptor así como su interpretación.	7,16,25,34
	Redundancia	Que tanto se repite el mensaje y de qué forma para recibir una retroalimentación así como su descontextualización	8,17,26,35
	Realimentación	El mensaje que efecto causo en el receptor (relación causa efecto), Positivo y agente del cambio, Negativo y ambigüedad en el mensaje. Capacidad de descontextualizar el mensaje con una correcta interpretación y cambio dirigido a un bien común.	9,18,27,36
	Tasa de incidencia de infecciones nosocomiales por servicio	Número de infecciones por servicio por 100 días de estancia	1
	Promedio de infecciones nosocomiales por paciente	Número de pacientes en promedio con infección nosocomial	2

Infecciones Nosocomiales	Tasa de infección por grupo de edad	Número de infecciones localizadas por grupo de edad	3
	Incidencia por tipo (sitio) de infección	Número de infecciones localizadas por sitio de infección	4
	Incidencia por división	Número de infecciones identificadas por servicio	5
	Microorganismos relacionados con infección nosocomial (relación de cultivos)	Número de microorganismos identificados en las infecciones nosocomiales	6
	Neumonía nosocomial	Número de neumonías asociadas a infección hospitalaria	7
	Infecciones urinarias asociadas a sonda vesical	Número de infecciones de vías urinarias secundarias a colocación de sonda foley	8
	Infecciones relacionadas a líneas vasculares	Número de infecciones identificadas secundarias a colocación de líneas vasculares	9
	Infecciones de sitio quirúrgico	Número de infecciones localizadas secundarias a intervenciones quirúrgicas	10
	Defunciones asociadas a infecciones nosocomiales por grupo de edad	Número de defunciones asociadas a infección nosocomial	11
	Costo por infección nosocomial	Gasto monetario secundario a la atención médica de las infecciones nosocomiales	12

Los datos provenientes de la hoja de recolección de datos denominada hoja de registro de infecciones nosocomiales se encuentra en el anexo número 2 al final de este documento, ya que es un instrumento de recolección de datos utilizado a nivel nacional por el Instituto Mexicano del Seguro Social

Fuente: elaboración propia

3.10 Obtención de la información.- Para obtener la información referente a comunicación se aplicó una encuesta a 170 trabajadores del Hospital General Regional Numero y para la obtención de la información referente a las infecciones nosocomiales se recurrió a una hoja de recolección de datos validada que se utiliza a nivel nacional en el instituto Mexicano del seguro social y se analizaron utilizando el programa IBM spss versión 19.

3.11 Instrumentos de Investigación: se utilizaron dos instrumentos el primero de ellos es una cedula de recolección de datos validada para recoger información relacionada a la identificación oportuna de las infecciones nosocomiales el segundo cuestionario fue construido en base a la revisión de la literatura en forma de escala de Likert contando de 9 dimensiones para lo relacionado a la contribución de los procesos de comunicación.

3.11.1 Descripción: Para obtener la información referente a comunicación se elaboró un cuestionario por medio de una escala de Likert con una medición de cada una de las 36 preguntas fueron desde 6 dimensiones como son 1 totalmente en desacuerdo, 2 muy en desacuerdo, 3 en desacuerdo, 4 de acuerdo, 5 muy en acuerdo y 6 totalmente de acuerdo, además se divide en 9 dimensiones las cuales contendrá información relacionada a la comunicación efectiva como son 1. Emisor, 2. Mensaje, 3. Receptor, 4. Código, 5. Canal, 6. Contexto, 7. Ruido, 8. Redundancia, 9. Realimentación.

El instrumento de recolección de infecciones nosocomiales consta de 12 apartados los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera 1. Tasa de incidencia de infecciones nosocomiales por servicio, 1.1 tasa de incidencia de infecciones nosocomiales por tipo de terapia, 2. Promedio de infecciones nosocomiales por paciente, 3. Tasa de infección por grupo de edad, 4. incidencia por tipo (sitio) de infección, 5. Incidencia por división, 6. Microorganismos relacionados con infección nosocomial (relación de cultivos), 6.1 microorganismos relacionados con infección nosocomial, 7. Neumonía nosocomial, 8. Infecciones urinarias asociadas a sonda vesical, 9. Infecciones relacionadas a líneas vasculares, 10. Infecciones de sitio quirúrgico, 10.1 infección pos-parto,

10.2 infección pos-cesárea, 10.3 infección asociada a legrado uterino, 10.4 infecciones en cirugía ginecológica, 11. Defunciones asociadas a infecciones nosocomiales por grupo de edad, 12. Costo por infección nosocomial

3.11.2 Límite de Espacio: Hospital General Regional “Gral. José Vicente Villada” del instituto mexicano del seguro social en la ciudad de Toluca Estado de México.

3.11.3 Límite de Tiempo: del 1ro de enero del 2013 al 31 de diciembre de 2013.

3.11.4 Diseño de Análisis: se utilizarán medidas de tendencia central, medidas de resumen para variables cualitativas (porcentajes) y para variables cuantitativas (promedios).

3.12 Análisis de confiabilidad (alfa de cronbach)

La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988). Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable. 67

Para validar la confiabilidad del instrumento de recolección de datos, de comunicación, fue a través del alfa de cronbach, para saber la consistencia interna del instrumento.

Estadístico de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basado en los elementos tipificados	N de los elementos
.833	.856	36

Estadísticos total-elemento

ITEM'S	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item10	.822
Item11	.828
Item12	.825
Item13	.841
Item14	.846
Item15	.829
Item16	.826
Item17	.825
Item18	.825
Item19	.823
Item20	.835
Item21	.826
Item22	.824
Item23	.828
Item24	.826
Item34	.827
Item35	.823
Item36	.825
recodificado item1	.829
recodificado item2	.830
recodificado item3	.828
recodificado item4	.847
recodificado item5	.830
recodificado item6	.846
recodificado item7	.830
recodificado item8	.828
recodificado item9	.826
recodificado item25	.831
recodificado item26	.827
recodificado item27	.829
recodificado item28	.828
recodificado item29	.830
recodificado item30	.823
recodificado item31	.833
recodificado item32	.827
recodificado item33	.825

3.13 Alcances

La investigación proporciona información valiosa a los directivos del hospital general regional número 220, " General José Vicente Villada" del Instituto Mexicano del Seguro Social, relacionada con la comunicación organizacional que se lleva a cabo en este recinto de salud, y permitirá abrir nuevos canales de comunicación y disminuir significativamente las infecciones nosocomiales a través de la comunicación efectiva y en futuras investigaciones se puede tomar como base esta información obtenida en este diagnóstico del nosocomio.

3.14 Limitaciones

En base al tiempo de desarrollo del proyecto de investigación y recursos disponibles la investigación se realizó únicamente en el turno matutino omitiendo los demás turnos como son el turno vespertino, el de fin de semana y la jornada acumulada como jornadas especiales y móviles disminuyendo significativamente por lo esta investigación esperamos que se tome como base para futuras investigación y complementar la información obtenida en este diagnóstico realizado en este nosocomio.

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Diagnóstico

El análisis FODA es una de las herramientas esenciales que provee de los insumos necesarios al proceso de planeación estratégica, proporcionando la información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas y la generación de nuevos o mejores proyectos de mejora.

<div style="text-align: center;">Entorno Externo</div> <div style="text-align: center;">Entorno Interno</div>	Oportunidades (O)	Amenazas (A)
Fortalezas (F)	Estrategias (FO)	Estrategias (FA)
F1 Personal altamente capacitado F2 Normatividad institucional explícita y funcional. F3 Metas Internacionales en Seguridad del Paciente F4 Programa ATHODO	Capacitación continua de los médicos, llevando a cabo programas de implementación de las MISPA, así como integración de pacientes al programa ATHODO	Coordinación con las UMF de AMGD de acuerdo a guías de práctica clínica, con capacitación a los familiares a través del programa ATHODO para mejorar la calidad de la atención de los pacientes y cumplir con sus expectativas.
Debilidades (D)	Estrategias (DO)	Estrategias (DA)
D1 Hospital rebasado en capacidad instalada D2 Fallo en el proceso de alta temprana D3 Fallo de coordinación con servicios auxiliares D4 Prealta desfasada	Activar la gestión para lograr la ampliación de 46 camas censables y fortalecer la supervisión hacia los servicios de apoyo, con supervisión constante y efectiva del proceso de alta temprana	Concientizar a los familiares de la importancia del alta temprana y de los cuidados domiciliarios.

4.2 Cuadros y Gráficos.

La importancia de los resultados encontrados en los cuadros de salida radica en el conocimiento obtenido en esta investigación y afirmación o negación de la hipótesis ya que al interpretarlos nos responde la pregunta tentativa de investigación de nuestro trabajo, por tal motivo esta es la información encontrada en este trabajo terminal de grado.

Cuadro numero 1 está relacionado con la claridad y sencillez del mensaje para su mejor entendimiento por el personal operativo con los siguientes resultados donde el 82 % de los encuestados refieren que está totalmente en desacuerdo que a su jefe no se le entiende con claridad las ordenes que emiten, sin embargo un 18 % está de acuerdo que a menudo a su jefe no se le entiende con claridad lo que quiso decir.

Cuadro 2 representa la objetividad del mensaje, con los siguientes resultados, el 97% refiere que el jefe explica con palabras sencillas lo que quiere que se haga, en comparación con el 3 % de los encuestados que mencionaron que el jefe no explica con claridad lo que quiere que haga.

Cuadro 3 El 94% de los encuestados mencionaron que al jefe se le entiende con claridad lo que quiere, en comparación del 6% que refirió no entender lo que su jefe quiso decir.

Cuadro 4 el 91% refirió estar en desacuerdo que su jefe no explica con palabras sencillas lo que quiere decir, en comparación con el 9% que está de acuerdo que su jefe no explica con sencillez lo que quiere decir.

Cuadro 5 el 94 % refiere estar en desacuerdo cuando les comunican las cosas que quieren que haga de manera verbal generalmente no las hace, en comparación con el 6% que está de acuerdo en no hacer las cosas cuando se le solicitan de manera verbal.

Cuadro 6 el 94% refiere estar de acuerdo que entiende mejor las cosas cuando se le comunican de manera verbal en comparación con el 6% que está en desacuerdo con la premisa por lo que no entienden el mensaje únicamente de manera verbal.

Cuadro 7 el 73% refiere estar de acuerdo en entender mejor las indicaciones cuando se les entregan por escrito, sin embargo el 27% refiere que las indicaciones recibidas por escrito no las entiende.

Cuadro 8 el 82% refiere estar en desacuerdo con la premisa que refiere que cuando esta estresado no entiende los mensajes con claridad en comparación con el 28% que refirió estar de acuerdo en no entender con claridad el mensaje cuando esta estresado.

Cuadro 9 el 94% de los encuestados refieren entender las indicaciones del jefe en comparación con el 6% que está de acuerdo que a su jefe no se le entiende que le pidió que hiciera.

Cuadro 10 el 94% refiere entender a la primera vez lo que el jefe quiere que realice en comparación con el 6% que refiere no entender a la primera vez lo que el jefe quiere que haga.

Cuadro 11 el 91 % está de acuerdo en que cuando recibe una indicación la realiza inmediatamente, en comparación con el 9% que no la realiza inmediatamente después de recibir la indicación por parte de su jefe.

Cuadro 12 el 100 % de los encatusados está de acuerdo en que no necesitan decirles las cosas mas de dos o tres veces para llevarlas a cabo.

Cuadro 13 el 36% refirió estar en desacuerdo en no necesitar que le digan lo que tiene que hacer y hacerlo de manera rutinaria, en comparación con el 64% que está de acuerdo con que no necesitan que le digan lo que tiene que hacer y lo hace de manera rutinaria.

Cuadro 14 el 62% está en desacuerdo en la premisa de casi siempre necesito que me digan lo que me piden que realice en comparación con el 38% de los encuetados que necesita casi siempre que le digan lo que quieren que haga.

Cuadro 15 el 97 % está de acuerdo que con las indicaciones verbales son suficientes para que realice lo que le pidieron que haga en comparación con el 3% que está en desacuerdo de hacer las cosas únicamente cuando se le solicita de manera verbal.

Cuadro 16 el 70% está en desacuerdo en que entienden lo que les piden que hagan únicamente utilizando gesticulaciones, señales corporales o movimientos con las manos, en comparación con el 30% que si refiere entender las indicaciones únicamente utilizando gesticulaciones, señales corporales o movimientos con las manos

Cuadro 17 el 82% de los encuestados están en desacuerdo en que generalmente necesitan que les den por escrito lo que les piden que realicen, en comparación con el 18% que están de acuerdo en darles por escrito lo que se les pide que realicen.

Cuadro 18 el 67% refiere estar en desacuerdo en recibir indicaciones vía telefónica, en comparación con 33% que refirió estar de acuerdo en recibir indicación por vía telefónica.

Cuadro 19 el 88% refiere estar de acuerdo en recibir indicaciones vía electrónica para realizar lo que les piden que hagan, en comparación con el 12% que estuvo en desacuerdo en recibir indicaciones vía electrónica para realizar lo que les pidieran que hiciera.

Cuadro 20 el 91% está en desacuerdo con la premisa de generalmente no entender lo que me piden que haga únicamente utilizando medios electrónicos, como por ejemplo el correo electrónico, en comparación con el 9% que estuvieron de acuerdo en no entender lo que me piden que haga únicamente utilizando medios electrónicos, como por ejemplo el correo electrónico.

Cuadro 21 el 76% está de acuerdo en tener un lugar limpio para hacer lo que les piden que realicen, en comparación con el 24% que están de acuerdo en trabajar en áreas no limpias y realizan lo que les piden que hagan.

Cuadro 22 el 73% está de acuerdo en que casi nunca necesita que le estén recordando cada 15 minutos lo que les piden que hagan, en comparación con el 27% que si les tienen que estar recordando lo que les piden que realicen cada 15 minutos.

Cuadro 23 el 91% de los encuestados refieren estar de acuerdo en con las indicaciones a través de documentos por escrito cualquier que este sea, girado por su jefe, es suficientes para que realice lo que me piden que haga, en comparación con el 9% que no está de acuerdo en realizar las cosas que les pidió el jefe por cualquier medio de comunicación que ellos recibieron.

Cuadro 24 el 94% está en desacuerdo en que generalmente no entienden lo que les piden que haga únicamente utilizando documentos por escritos como por ejemplo un memorándum, en comparación con el 6% que si está de acuerdo en realizar las cosas con medios escritos como por ejemplo un memorándum.

Cuadro 25 el 73% está en desacuerdo en que siempre que hay ruido en su área de trabajo no entienden lo que les piden que hagan y hago lo que rutinariamente realizo en mi área de trabajo, en comparación con el 27% que está de acuerdo que el ruido es un factor importante para entender correctamente el mensaje.

Cuadro 26 el 51% refirió estar de acuerdo en que casi nunca interfiere el ruido generado en mi lugar de trabajo para hacer lo que me pide mi jefe inmediato y lo realizan correctamente, en comparación con el 49% que estuvo en desacuerdo en que el ruido nunca interfiere para hacer lo que me pide mi jefe inmediato y lo realizan incorrectamente.

Cuadro 27 el 79% refiere estar en desacuerdo en que cuando están hablando a la vez muchas persona no entienden lo que les pide el jefe que realice por lo que generalmente lo hago mal, en comparación con el 21% que están de acuerdo en que el ruido secundario a estar hablando muchos a la vez no interfiere con el entendimiento de lo que le pide el jefe que realice por lo que generalmente no lo hacen mal.

Cuadro 28 el 73% refieren estar de acuerdo en la premisa que generalmente entienden lo que les piden que hagan el jefe sin importar que estén hablando a mi alrededor mis compañeros de trabajo, realizando correctamente la indicación en tiempo y forma, en comparación con el 27% que está de acuerdo en que el ruido generado por estar hablando muchas personas a la vez en su lugar de trabajo realizan incorrectamente la indicación y no la entregan en tiempo y forma.

Cuadro 29 el 915 está en desacuerdo en que el jefe les tenga que repetir de una a tres veces lo que tiene que hacer por no entender lo que pide en comparación con el 9% que está de acuerdo en que el jefe les tiene que repetir las cosas que quiere que se hagan de una a tres veces.

Cuadro 30 el 97% está de acuerdo en que casi nunca le tiene que repetir las cosas más de una vez para realizar lo que le pide el jefe que haga, en comparación con el 3% que está en desacuerdo con la premisa antes mencionada.

Cuadro 31 el 88% de los encuestados están en desacuerdo con la premisa de que cuando les repiten varias veces lo que quieren que realice, no lo hacen porque creen que no entendieron, en comparación con el 12% que está de acuerdo con la premisa y no lo hacen las cosas porque no las entendieron.

Cuadro 32 el 91 % está de acuerdo con la premisa de que generalmente cuando me dicen una vez y además me lo dan por escrito hago de forma inmediata lo que me pide mi jefe que haga y lo realizo correctamente, en comparación con el 9% que está en desacuerdo y no lo realiza aun con documentos por escrito y de manera verbal.

Cuadro 33 el 88% no está de acuerdo en que siempre que mi jefe me pide que realice alguna actividad no le entrego evidencia de su ejecución y aplicación y el 12% está de acuerdo en que no entrega evidencia documental de las acciones que se pidieron que realizara.

Cuadro 34 el 97% de los encuestados refieren estar de acuerdo en que siempre que su jefe le pide que realice alguna actividad le entrega evidencia de su ejecución y aplicación en tiempo y forma, en comparación con el 3% que no entrega evidencia documental y no hace las cosas en tiempo y forma.

Cuadro 35 el 91% no está de acuerdo en que cuando realiza lo que le piden que haga generalmente lo hago de diferente forma a la que me lo pide mi jefe, en comparación con el 9% que está de acuerdo con esta premisa y hace las cosas de diferente manera a como se le pidió que se realizara.

Cuadro 36 el 88% está de acuerdo con la premisa de que cuando realizo lo que me piden que haga generalmente lo hago como me lo solicita mi jefe y entrego evidencia documental de su ejecución y corrección, en comparación con el 12% que está en desacuerdo en hacer las cosas como lo solicita el jefe y no entrega evidencia documental de su ejecución y corrección.

Resultados de la identificación de la comunicación interna que se realiza en HGR 220 DEL IMSS en la delegación México Poniente

Grafica 1 donde la premisa menciona que si usted considera que la comunicación efectiva que se utilizan en su unidad hospitalaria cuenta con los canales necesarios para enviar un mensaje y estos impacten directamente en la disminución de las infecciones nosocomiales? , contesto un 90% que no funcionan representando fallos en el sistema de organización del HGR 220 (en la Dirección) por lo se tendrá que reforzar las **Funciones: planeación, organización, dirección, control, Política de la calidad, Comunicación interna. (Responsabilidad y autoridad)**. La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y sean comunicadas dentro de la organización.

Grafica 2 en la premisa usted considera que la comunicación efectiva que utilizan en su unidad hospitalaria cuenta con los canales necesarios, pero la información enviada no se transmite correctamente impactando significativamente en el aumento de las infecciones nosocomiales? Respondió el 68% que si existen fallos en la transmisión de la información por lo refleja una clara **falta de planeación, supuestos confusos, distorsión semántica, mensaje deficientemente expresados, comunicación impersonal**.

Grafica 3 en la premisa usted considera que existen los canales de comunicación efectiva utilizados para él envío de información en su unidad hospitalaria, pero los mensajes enviados son poco claros o ambiguos dificultando se interpretación? Respondió un 71% que si existen fallos en el entendimiento de los mensajes, teniendo mensajes **deficientemente expresados y /o con comunicación impersonal**.

Grafica 4 en la premisa, Usted considera que la comunicación en su organización sería más efectiva si los mensajes se transmitieran por cualquier de los siguientes formas? Se obtuvieron los siguientes resultados la información obtenida de esta encuesta sugiere la aplicación la comunicación cara a cara, videoconferencias, escrita en papel, videotapes, y uso de correo electrónico, de tal manera que estos medios de comunicación se utilicen para reforzar el entendimiento del mensaje y se sugiere realizar una planeación estratégica para aplicar el conjunto de estas técnicas ya que una sola no es suficiente para garantizar una retroalimentación positiva del mensaje.

El cuadro número 37 referente a la incidencia de infección nosocomial por servicio en el HGR 220 de enero a diciembre de 2013 destacando el servicio de traumatología y ortopedia con una tasa de 11.4 por cada 100 egresos y una tasa de 28.5 por cada 1000 días de estancia hospitalaria, el segundo servicio en número descendente se refiere a medicina interna con una tasa de 8.6 por cada 100 egresos y una tasa de 13.9 por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en tercer lugar se encuentra el servicio de pediatría con una tasa de 6.2 por cada 100 egresos y una tasa 16.3 por cada 1000 días de estancia, finalmente el servicio en el que presento la tasa más baja fue el de cirugía general donde mostro una tasa de 2.9 por cada 100 egresos, con una tasa de 13.9 por cada 1000 días de estancia hospitalaria.

El cuadro número 38 muestra el grupo etario más afectado y nuestros extremos de la vida son los más vulnerables en aquellos pacientes que tienen más de 59 años se encontró una tasa de 10.1 por cada 100 egresos y una tasa de 20.8 por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en el grupo de menores de edad sobre todo aquellos de menos de 28 días presento una tasa de 31.6 eventos en 100 egresos y una tasa de 61 eventos por cada 1000 días de estancia hospitalaria, el grupo de hombres de 20 a 29 presento un promedio de 7.4 eventos o casos en 100 egresos y una tasa de 15.1 eventos en 1000 días de estancia hospitalaria un promedio mayor en comparación con las mujeres del mismo rango de edad donde se observa una tasa de 7.4 ocurrencias en 100 egresos y una tasa de 9.9 casos por cada 1000 días de estancia hospitalaria.

El cuadro número 39 muestra la incidencia de las infecciones nosocomiales por tipo de infección o localización y mencionaremos únicamente las 10 principales causas de infección por sitio de localización, y las ordenaremos por orden de importancia por el número de casos de la siguiente forma en primer lugar encontré un número importante de neumonías con 197 casos, con una tasa de 1.4 casos por cada 100 egresos y una tasa de 3.0 eventos por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en segundo lugar observamos las infecciones de sitio quirúrgico con 192 casos con una tasa de 1.4 casos por cada 100 egresos y una tasa de 2.9 por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en tercer lugar están las infecciones en el sitio de inserción se identificaron 153 casos de los cuales presenta una tasa 1.1 eventos por cada 100 egresos y una tasa de 2.3 por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en cuarto lugar encontramos a las infecciones de vías urinarias con 80 casos y una tasa de 0.6 eventos por cada 100 egresos y una tasa de 1.2 por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en quinto lugar encontramos a las flebitis con 75 casos de los cuales presenta una tasa de 0.6 casos por cada 100 egresos y una tasa de 1.1 casos por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en sexto lugar

encontramos a las conjuntivitis con 71 casos de los cuales presenta una tasa de 0.5 casos por cada 100 egresos y una tasa de 1.1 eventos por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en séptimo lugar encontramos a las infecciones de vías respiratorias bajas con 53 casos con una tasa de 0.4 casos por cada 100 egresos y una tasa de 0.8 casos por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en octavo lugar aparecen las peritonitis con 50 casos y de estos con una tasa de 0.4 casos por cada 100 egresos y una tasa de 0.7 por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en noveno lugar encontramos a las úlceras por decúbito o presión con 27 casos con una tasa de 0.2 casos por cada 100 egresos y una tasa de 0.4 casos por cada 1000 días de estancia hospitalaria, en décimo lugar encontramos a las infecciones de tejidos blandos con 25 casos con una tasa de 0.2 casos por cada 100 egresos y una tasa de 0.4 casos por cada 1000 días de estancia hospitalaria.

El cuadro número 40 analiza el costo financiero secundario a adquirir una infección nosocomial en el hospital general regional número 220 de la delegación México poniente, en la unidad de cuidados intensivos se gastó de \$28, 083,000.00 pesos moneda nacional con cero centavos, y en el área de hospitalización se gastó \$28, 543, 616.00 pesos moneda nacional, con un gasto total de \$56, 626, 616.00 pesos moneda nacional cero centavos.

Objetivo General

Identificar los factores relacionados con la comunicación que inciden en la prevalencia de las infecciones nosocomiales en el Hospital General Regional 220 "General José Vicente Villada" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A continuación se presentara por dimensión y por cada ítem que la integra el número de afirmaciones y el porcentaje obtenido en toda la encuesta.

Tabla número 3

Escala de liker para comunicación (mass)													
pregunta	opciones de la escala de liker												total
	1		2		3		4		5		6		
	num	%	num	%	num	%	num	%	num	%	num	%	
1	70	41	35	21	35	21	25	15	0	0	5	3	170
2	95	56	35	21	30	18	0	0	5	3	5	3	170
3	95	56	35	21	30	18	0	0	5	3	5	3	170
4	25	15	15	9	20	12	30	18	35	21	45	26	170
5	80	47	20	12	40	24	10	6	10	6	10	6	170
6	5	3	15	9	20	12	10	6	40	24	80	47	170
7	40	24	30	18	55	32	35	21	5	3	5	3	170
8	105	62	25	15	25	15	10	6	0	0	5	3	170
9	85	50	30	18	35	21	5	3	5	3	10	6	170
10	0	0	0	0	5	3	55	32	60	35	50	29	170
11	0	0	0	0	10	6	70	41	40	24	50	29	170
12	0	0	5	3	5	3	55	32	35	21	70	41	170
13	20	12	20	12	65	38	25	15	30	18	10	6	170
14	50	29	30	18	35	21	40	24	10	6	5	3	170
15	25	15	5	3	15	9	20	12	30	18	75	44	170
16	10	6	10	6	25	15	35	21	40	24	50	29	170
17	0	0	5	3	0	0	40	24	55	32	70	41	170
18	0	0	5	3	0	0	65	38	40	24	60	35	170
19	0	0	0	0	10	6	40	24	65	38	55	32	170
20	10	6	5	3	30	18	80	47	25	15	20	12	170
21	0	0	0	0	15	9	45	26	65	38	45	26	170
22	0	0	0	0	5	3	40	24	40	24	85	50	170
23	10	6	5	3	5	3	60	35	30	18	60	35	170
24	10	6	0	0	5	3	45	26	45	26	65	38	170
25	35	21	50	29	50	29	35	21	0	0	0	0	170
26	75	44	30	18	45	26	20	12	0	0	0	0	170
27	80	47	50	29	25	15	5	3	5	3	5	3	170
28	75	44	50	29	30	18	15	9	0	0	0	0	170
29	55	32	45	26	40	24	25	15	5	3	0	0	170
30	105	62	25	15	40	24	0	0	0	0	0	0	170
31	60	35	35	21	25	15	40	24	0	0	10	6	170
32	80	47	40	24	35	21	0	0	5	3	10	6	170

Concentrado de datos.

Objetivos específicos

Resultados por dimensión, con las siguientes opciones para que el lector pueda interpretar los ítem's

OPCIONES: 1.- Totalmente en desacuerdo, 2.- Muy en desacuerdo, 3.- En desacuerdo

4.- De acuerdo, 5.- Muy en acuerdo, 6.- Totalmente de acuerdo

La dimensión 1 del emisor, presenta los siguientes resultados:

Cuadro 1.

1.- A menudo a mi jefe no se le entiende con claridad lo que quiere decir	Opción	NUM	%
	1.	70	40
	2.	35	21
	3.	35	21
	4.	25	15
	5.	0	0
	6.	5	3
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 2.

10.- Generalmente mi jefe explica con palabras sencillas lo que quiere que haga	Opción	NUM	%
	1.	0	0
	2.	0	0
	3.	5	3
	4.	55	32
	5.	60	35
	6.	50	30
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 3.

19.- A menudo a mi jefe se le entiende con claridad lo que quiere decir	Opción	NUM	%
	1.	0	0
	2.	0	0
	3.	10	6
	4.	40	24
	5.	65	38
	6.	55	32
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 4.

28.- Generalmente mi jefe no explica con sencillez lo que quiere decir	Opción	NUM	%
	1.	75	44
	2.	50	29
	3.	30	18
	4.	15	9
	5.	0	0
	6.	0	0
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

El 91 % de los encuestados refiere que la transmisión del mensaje es con claridad, entendible, es con sencillez, y la realiza adecuadamente el jefe, en comparación con el 9% de los encuestados que refiere que el mensaje no es claro, entendible ni sencillo.

La dimensión 2 el mensaje, presenta los siguientes resultados:

Cuadro 5

2.- Cuando me comunican las cosas que quieren que haga de manera verbal generalmente no las hago	Opción	NUM	%
	1.	95	55
	2.	35	21
	3.	30	18
	4.	0	0
	5.	5	3
	6.	5	3
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 6

11.- Generalmente entiendo mejor las cosas cuando se me comunican de manera verbal	Opción	NUM	%
	1.	0	0
	2.	0	0
	3.	10	6
	4.	70	41
	5.	40	24
	6.	50	29
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 7

20.- Las indicaciones por escrito las interpreto mejor	Opción	NUM	%
	1.	10	6
	2.	5	3
	3.	30	18
	4.	80	46
	5.	25	15
	6.	20	12
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 8

29.- Cuando estoy estresado no entiendo los mensajes con claridad	Opción	NUM	%
	1.	55	32
	2.	45	26
	3.	40	24
	4.	25	15
	5.	5	3
	6.	0	0
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuando envían el mensaje únicamente de manera verbal el 86% refiere que es suficiente y más aun si estas son reforzadas por un estilo de comunicación escrita en comparación con el 14% que refiere que una orden verbal no es suficiente, aunado el estrés como factor importante en la interpretación del mensaje.

La dimensión 3 el receptor, presenta los siguientes resultados:

Cuadro 9

3.- A menudo siento que no entiendo lo que me dijo mi jefe que hiciera	Opción	NUM	%
	1.	95	55
	2.	35	21
	3.	30	18
	4.	0	0
	5.	5	3
	6.	5	3
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 10

12.- Generalmente entiendo a la primera vez lo que me piden que haga	Opción	NUM	%
	1.	0	0
	2.	5	3
	3.	5	3
	4.	55	32
	5.	35	21
	6.	70	41
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 11

21.- Cuando recibo una indicación la realizo inmediatamente	Opción	NUM	%
	1.	0	0
	2.	0	0
	3.	15	9
	4.	45	26
	5.	65	39
	6.	45	26
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 12

30.- Generalmente me tienen que decir las cosas dos o tres veces para que pueda llevarlas a cabo	Opción	NUM	%
	1.	105	61
	2.	25	15
	3.	40	24
	4.	0	0
	5.	0	0
	6.	0	0
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Los mensajes generalmente los entienden y realizan la tarea de manera inmediata en el 96% de los encuestados, sin embargo el 5% de los encuestados refieren no entender el mensaje del jefe y por esa razón no hacen de manera inmediata lo que les piden que hagan

La dimensión 4 el código, presenta los siguientes resultados:

Cuadro 13

4.- Generalmente no necesito que me digan lo que tengo que hacer y lo hago de manera rutinaria	Opción	NUM	%
	1.	25	15
	2.	15	9
	3.	20	12
	4.	30	18
	5.	35	21
	6.	45	25
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 14

13.- Casi siempre necesito que me digan lo que me piden que realice	Opción	NUM	%
	1.	20	12
	2.	20	12
	3.	65	38
	4.	25	15
	5.	30	18
	6.	10	5
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 15

22.- Con las indicaciones verbales, son suficientes para que realice lo que me piden que haga	Opción	NUM	%
	1.	0	0
	2.	0	0
	3.	5	3
	4.	40	24
	5.	40	24
	6.	85	49
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 16

31.- Generalmente entiendo lo que me piden que haga únicamente utilizando gesticulaciones, señales corporales o movimientos con las manos	Opción	NUM	%
	1.	60	34
	2.	35	21
	3.	25	15
	4.	40	24
	5.	0	0
	6.	10	6
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

El código es sumamente importante ya que el 45% de los encuestados hace las cosas que le piden que realice de manera rutinaria y no sigue indicaciones, y el 55% de los encuestados necesita otro tipo de código diferente al verbal para asegurarse de que están haciendo bien las cosas.

La dimensión 5 el canal, presenta los siguientes resultados: Cuadro 17

5.- Generalmente necesito que me den por escrito lo que me piden que realice	Opción	NUM	%
	1.	80	46
	2.	20	12
	3.	40	24
	4.	10	6
	5.	10	6
	6.	10	6
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 18

14.- Casi siempre necesito que me informen por teléfono lo que me piden que realice	Opción	NUM	%
	1.	50	28
	2.	30	18
	3.	35	21
	4.	40	24
	5.	10	6
	6.	5	3
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 19

23.- Con las indicaciones electrónicas, suficientes para que realice lo que me piden que haga	Opción	NUM	%
	1.	10	6
	2.	5	3
	3.	5	3
	4.	60	35
	5.	30	18
	6.	60	35
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 20

32.- Generalmente no entiendo lo que me piden que haga únicamente utilizando medios electrónicos como por ejemplo el correo electrónico	Opción	NUM	%
	1.	80	46
	2.	40	24
	3.	35	21
	4.	0	0
	5.	5	3
	6.	10	6
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Las indicaciones únicamente utilizando la vía telefónica o el medio electrónico no es suficiente para que los encuestados realicen los labores que se les solicitan ya que el 63% necesita otro refuerzo a través de otro canal de comunicación, en comparación con el 37%, que está de acuerdo en utilizar únicamente uno de estos dos canales de comunicación.

La dimensión 6 el contexto, presenta los siguientes resultados:

Cuadro 21

6.- Casi siempre necesito un lugar limpio para hacer lo que me piden que realice	Opción	NUM	%
	1.	5	3
	2.	15	9
	3.	20	12
	4.	10	6
	5.	40	24
	6.	80	46
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 22

15.- Casi nunca necesito que me estén recordando cada 15 minutos lo que me piden que realice	Opción	NUM	%
	1.	25	15
	2.	5	3
	3.	15	9
	4.	20	12
	5.	30	18
	6.	75	43
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 23

24.- Con las indicaciones a través de documentos por escrito cualquier que este sea, girado por mi jefe, es suficientes para que realice lo que me piden que haga	Opción	NUM	%
	1.	10	6
	2.	0	0
	3.	5	3
	4.	45	26
	5.	45	27
	6.	65	38
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 24

33.- Generalmente no entiendo lo que me piden que haga únicamente utilizando documentos por escritos como por ejemplo un memorándum	Opción	NUM	%
	1.	90	53
	2.	25	15
	3.	45	26
	4.	5	3
	5.	5	3
	6.	0	0
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

En el apartado denominado contexto a los encuestados les agrada en un 84% un lugar limpio de trabajo y no necesitan recordatorios en el lugar de trabajo, sin embargo en el 16% no les interesa tener un lugar limpio y necesitan que se les recuerde sus actividades por medios escritos como por ejemplo un memorándum.

La dimensión 7 el ruido, presenta los siguientes resultados: Cuadro 25

7.- Siempre que hay ruido en mi área de trabajo no entiendo lo que me piden que haga y hago lo que rutinariamente realizo en mi área de trabajo	Opción	NUM	%
	1.	40	24
	2.	30	18
	3.	55	31
	4.	35	21
	5.	5	3
	6.	5	3
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 26

16.- Casi nunca interfiere el ruido generado en mi lugar de trabajo para hacer lo que me pide mi jefe inmediato y lo realizo correctamente	Opción	NUM	%
	1.	10	6
	2.	10	6
	3.	25	15
	4.	35	21
	5.	40	24
	6.	50	28
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 27

25.- Cuando están hablando a la vez muchas persona no entiendo lo que me pide mi jefe que realice por lo que generalmente lo hago mal	Opción	NUM	%
	1.	35	21
	2.	50	29
	3.	50	29
	4.	35	21
	5.	0	0
	6.	0	0
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 28

34.- Generalmente entiendo lo que me pide que haga mi jefe sin importar que estén hablando a mi alrededor mis compañeros de trabajo, realizando correctamente la indicación en tiempo y forma	Opción	NUM	%
	1.	20	12
	2.	10	6
	3.	15	9
	4.	60	34
	5.	40	24
	6.	25	15
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

En el apartado ruido refieren los encuestados que no presentan problema en entender la indicación sin importar que hablen varios a la vez con un 75%, sin embargo un 25% refiere no entender lo que les solicitan que haga cuando hablan varios a la vez.

La dimensión 8 la redundancia, presenta los siguientes resultados:

Cuadro 29

8.- Casi siempre mi jefe me tiene que repetir de una a tres veces lo que me pide que haga	Opción	NUM	%
	1.	105	61
	2.	25	15
	3.	25	15
	4.	10	6
	5.	0	0
	6.	5	3
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 30

17.- Casi nunca me tiene que repetir las cosas más de una vez para realizar lo que me pide mi jefe que haga	Opción	NUM	%
	1.	0	0
	2.	5	3
	3.	0	0
	4.	40	24
	5.	55	32
	6.	70	41
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 31

26.- Cuando me repiten varias veces lo que quieren que realice, no lo hago porque creen que no entiendo	Opción	NUM	%
	1.	75	44
	2.	30	18
	3.	45	26
	4.	20	12
	5.	0	0
	6.	0	0
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 32

35.- Generalmente cuando me dicen una vez y además me lo dan por escrito hago de forma inmediata lo que me pide mi jefe que haga y lo realizo correctamente	Opción	NUM	%
	1.	5	3
	2.	5	3
	3.	5	3
	4.	40	24
	5.	35	21
	6.	80	46
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

En el apartado de redundancia el 69% de los encuestados no necesitan que le digan de dos a tres veces las cosas para realizarla, reforzado con una comunicación escrita lo entienden mejor, y el 31% de los encuestados si necesitan que le repitan las cosas que quiere el jefe que realice en dos a tres ocasiones, aunado al recordatorio por escrito.

La dimensión 9 la retroalimentación, presenta los siguientes resultados: Cuadro 33

9.- Siempre que mi jefe me pide que realice alguna actividad no le entrego evidencia de su ejecución y aplicación	Opción	NUM	%
	1.	85	49
	2.	30	18
	3.	35	21
	4.	5	3
	5.	5	3
	6.	10	6
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 34

18.- Siempre que mi jefe me pide que realice alguna actividad le entrego evidencia de su ejecución y aplicación en tiempo y forma	Opción	NUM	%
	1.	0	0
	2.	5	3
	3.	0	0
	4.	65	38
	5.	40	24
	6.	60	35
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 35

27.- Cuando realizo lo que me piden que haga generalmente lo hago de diferente forma a la que me lo pide mi jefe	Opción	NUM	%
	1.	80	47
	2.	50	29
	3.	25	15
	4.	5	3
	5.	5	3
	6.	5	3
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

Cuadro 36

36.- Cuando realizo lo que me piden que haga generalmente lo hago como me lo solicita mi jefe y entrego evidencia documental de su ejecución y corrección	Opción	NUM	%
	1.	10	6
	2.	5	3
	3.	5	3
	4.	45	26
	5.	35	21
	6.	70	41
	total	170	100

Fuente concentrada de datos

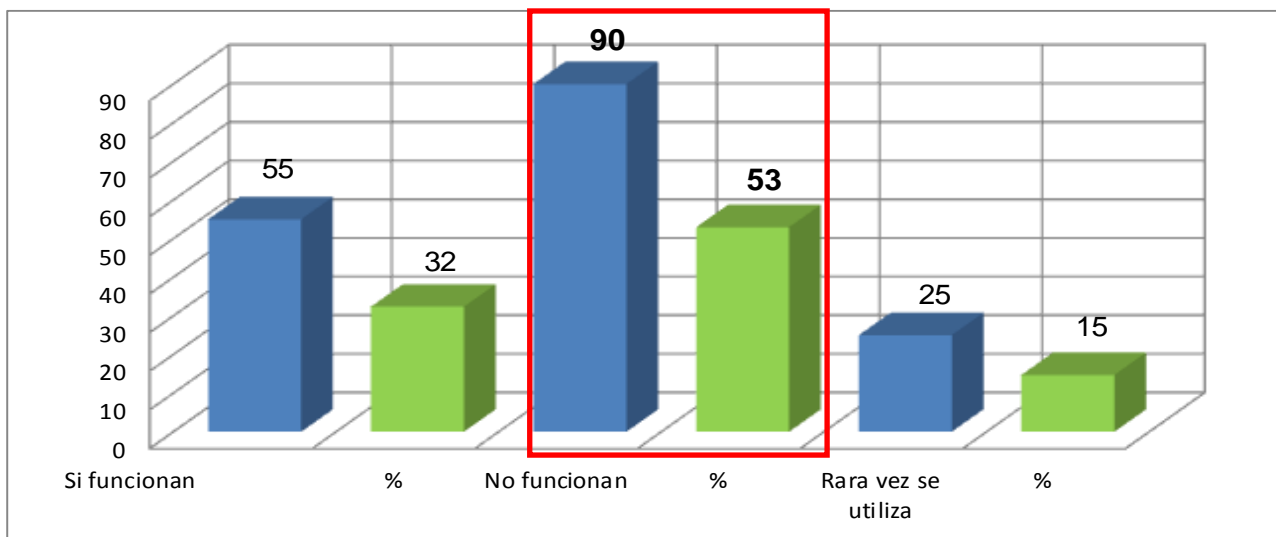
En la dimensión retroalimentación el 91% de los encuestados respondió que entrega evidencia documental de lo que le solicitan que realice en tiempo y forma y solo el 9%, no entrega evidencia en tiempo ni en forma al jefe que le solicito la tarea.

Media de las dimensiones de la comunicación efectiva en el Hospital General Regional Número 220 “Gral. José Vicente Villada” del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación México Poniente.

Numero	Dimencion		Media	Desviación típica
1	EMISOR	recodificado item1	4.6	1.47411
		Item10	4.9	1.06811
		Item19	4.9	1.15158
		recodificado item28	4.9	1.35555
		Media	4.9	
Numero	Dimencion		Media	Desviación típica
2	MENSAJE	recodificado item2	4.9	1.43147
		Item11	4.5	1.26454
		Item20	4.2	1.25643
		recodificado item29	4.4	1.52229
		Media	4.5	
Numero	Dimencion		Media	Desviación típica
3	RECEPTOR	recodificado item3	5.0	1.38329
		Item12	5.0	1.01710
		Item21	4.9	.97244
		recodificado item30	5.2	1.13058
		Media	5.0	
Numero	Dimencion		Media	Desviación típica
4	CODIGO	recodificado item4	2.8	1.72681
		Item13	3.1	1.45133
		Item22	5.2	.93725
		recodificado item31	4.5	1.38118
		Media	3.7	
Numero	Dimencion		Media	Desviación típica
5	CANAL	recodificado item5	4.7	1.47688
		Item14	2.3	1.36778
		Item23	4.7	1.35512
		recodificado item32	5.1	1.29220
		Media	3.8	
Numero	Dimencion		Media	Desviación típica
6	CONTEXTO	recodificado item6	2.3	1.58049
		Item15	4.4	1.90465
		Item24	4.8	1.31017
		recodificado item33	5.3	1.01018
		Media	3.8	
Numero	Dimencion		Media	Desviación típica
7	RUIDO	recodificado item7	4.1	1.55871
		Item16	4.3	1.52497
		recodificado item25	4.3	1.56283
		Item34	4.0	1.60271
		Media	4.2	
Numero	Dimencion		Media	Desviación típica
8	REDUNDANCIA	recodificado item8	5.3	1.18977
		Item17	5.0	1.09058
		recodificado item26	5.1	1.05184
		Item35	5.0	1.27260
		Media	5.1	
Numero	Dimencion		Media	Desviación típica
9	REALIMENTACION	recodificado item9	5.0	1.28608
		Item18	5.1	1.04095
		recodificado item27	5.1	1.21889
		Item36	4.9	1.34016
		Media	5.0	

El código, canal y el contexto son importantes para mejorar la comunicación por lo que debemos tener mucho cuidado en esas dimensiones si queremos obtener una buena comunicación y que esta sea comprendida por las personas que intervienen.

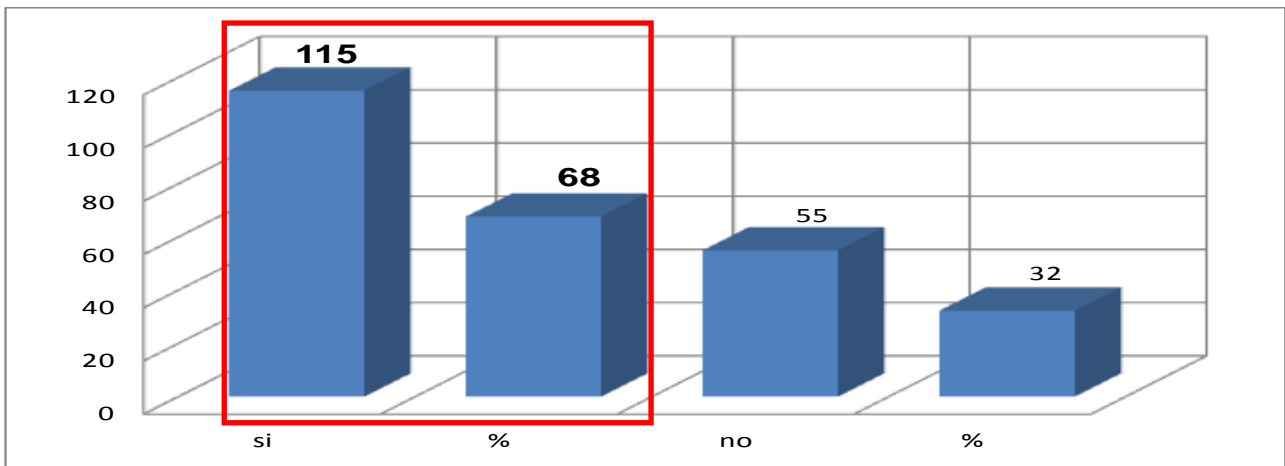
Grafica 1 de la premisa 1.- Usted considera que la comunicación que se utilizan en su unidad hospitalaria cuenta con los canales necesarios para enviar un mensaje y estos impacten directamente en la disminución de las infecciones nosocomiales? Respondió un 53% que no funciona el sistema de comunicación interna del HGR 220



Fuente: concentrado de datos.

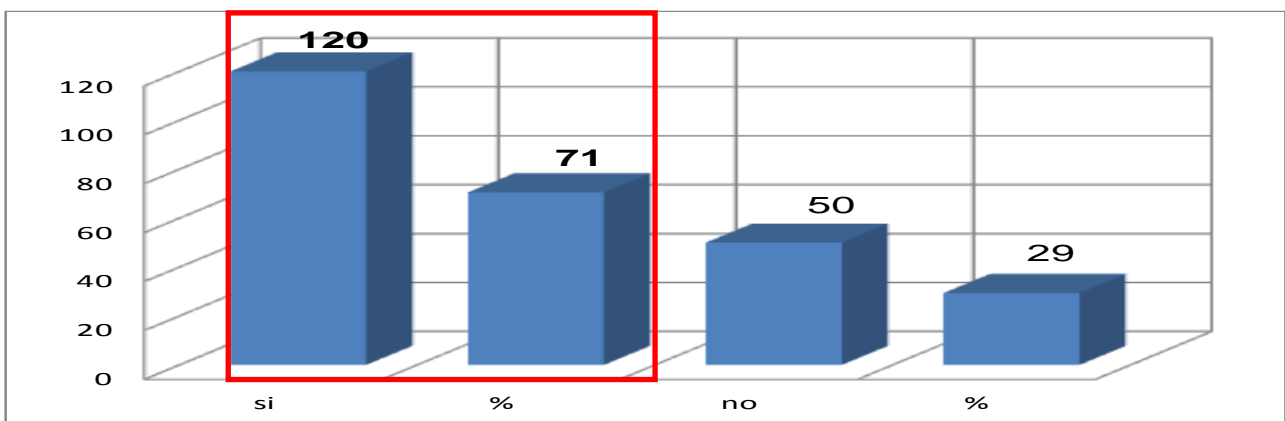
53% es un alto porcentaje en los fallos en el sistema de organización del HGR 220 (DIRECCIÓN) con una necesidad imperante en la **planeación, organización, dirección, control, Política de la calidad, Comunicación interna. (Responsabilidad y autoridad)**. La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están bien definidas y sean comunicadas dentro de la organización.

Grafica 2 de la premisa, Usted considera que la comunicación que utilizan en su unidad hospitalaria cuenta con los canales necesarios, pero la información enviada no se transmite correctamente impactando significativamente en el aumento de las infecciones nosocomiales? Respondió un 68% que si existen fallos en la transmisión del mensaje de manera incorrecta que incrementa las infecciones nosocomiales en el hospital general regional número 220.



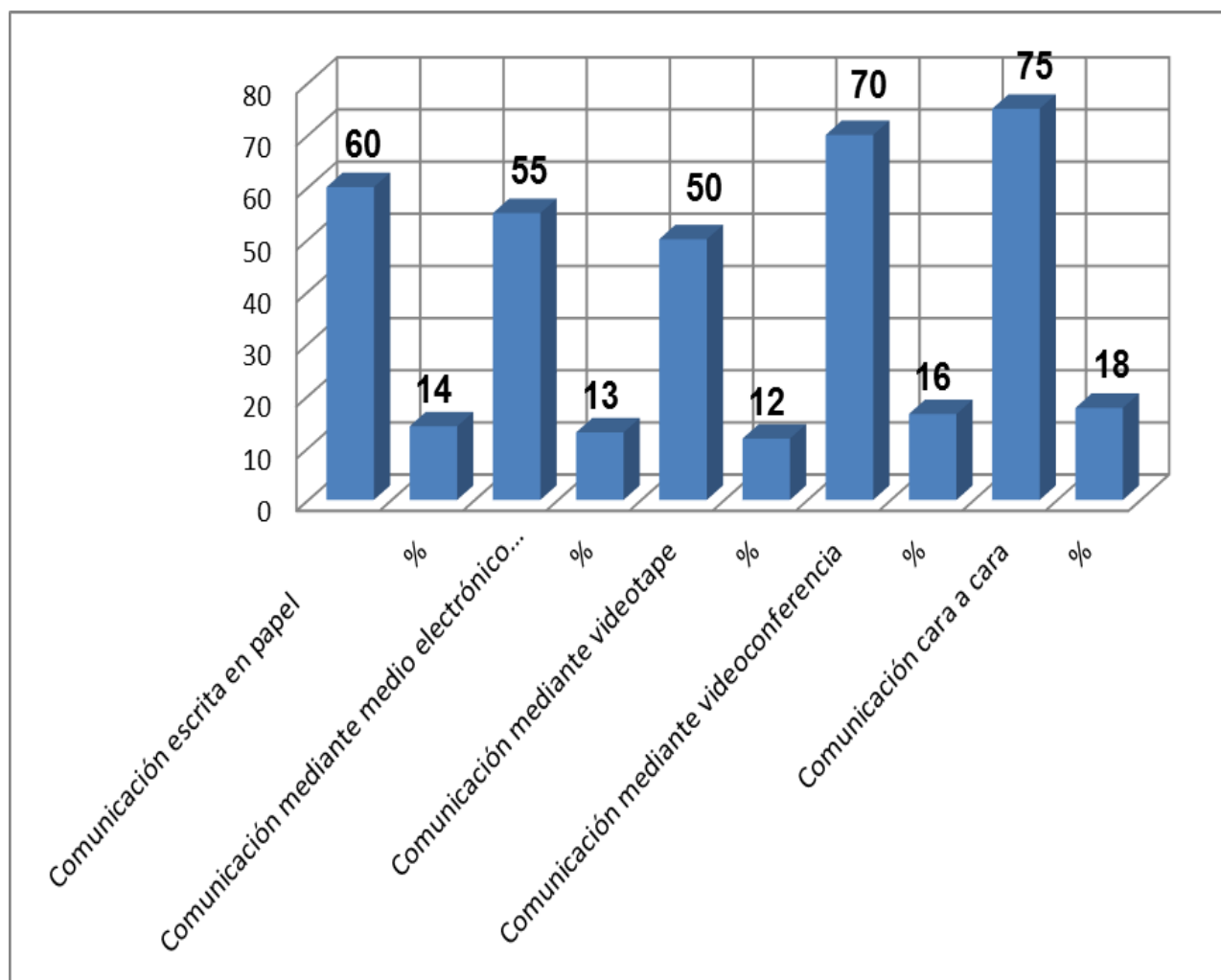
Nos aporta información de los fallos en la transmisión del mensaje por **falta de planeación, supuestos confusos, distorsión semántica, mensajes deficientemente expresados, comunicación impersonal**

Grafica 3 de la premisa, Usted considera que existen los canales de comunicación utilizados para él envió de información en su unidad hospitalaria, pero los mensajes enviados son poco claros o ambiguos dificultando se interpretación? Respondió un 71% que efectivamente los mensajes enviados por sus jefes son poco claros y además los consideran ambiguos.



Refiere fallos en la interpretación del mensaje con **mensaje deficientemente expresados, comunicación impersonal.**

Grafica 4 de la premisa, Usted considera que la comunicación en su organización sería más efectiva si los mensajes se transmitieran por cualquier de los siguientes formas?



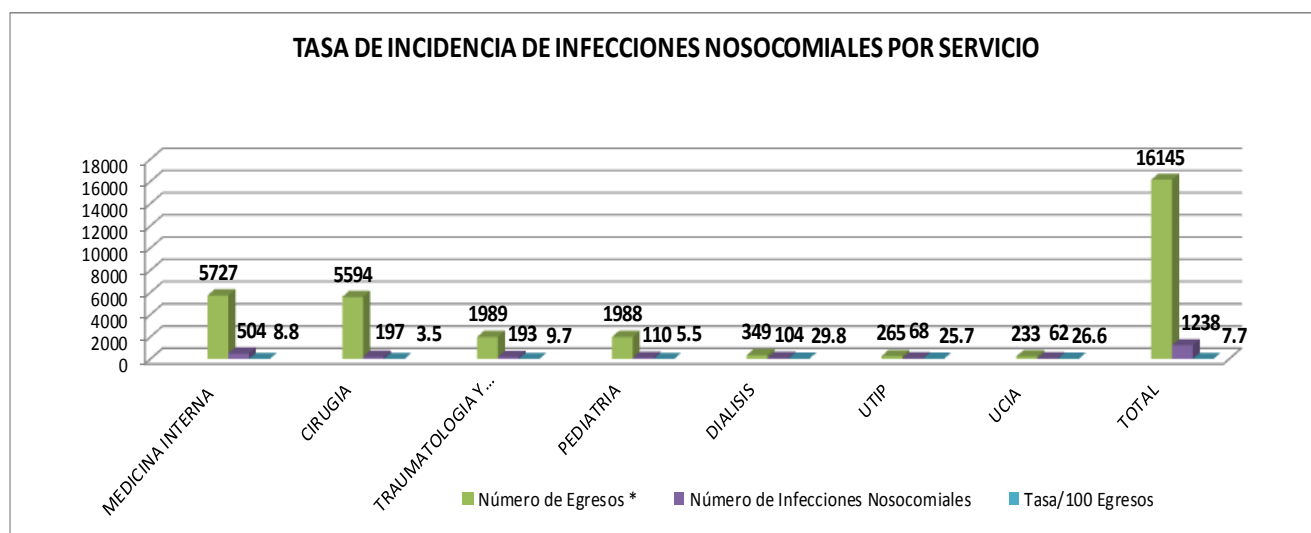
La información obtenida de esta encuesta sugiere la aplicación de estas técnicas de comunicación destacando la comunicación cara a cara, videoconferencias, escrita en papel, videotapes, y uso de correo electrónico, por lo que se sugiere realizar una planeación estratégica para aplicar el conjunto de estas técnicas ya que una sola no es suficiente para garantizar una retroalimentación positiva del mensaje.

Analizar la tasa de incidencia de infección nosocomial por servicio en el HGR 220 de enero a diciembre de 2013.

1. TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES POR SERVICIO

SERVICIO	Número de Egresos *	Número de Infecciones Nosocomiales	Tasa/100 Egresos	Días Estancia	Tasa/1000 Días Estancia
MEDICINA INTERNA	5727	504	8.8	35086	14.4
CIRUGIA	5594	197	3.5	23153	8.5
TRAUMATOLOGIA Y OROPEdia	1989	193	9.7	7964	24.2
PEDIATRIA	1988	110	5.5	7638	14.4
DIALISIS	349	104	29.8	1425	73.0
UTIP	265	68	25.7	1865	36.5
UCIA	233	62	26.6	1915	32.4
TOTAL	16145	1238	7.7	79045	15.7

Fuente: concentrado de datos.



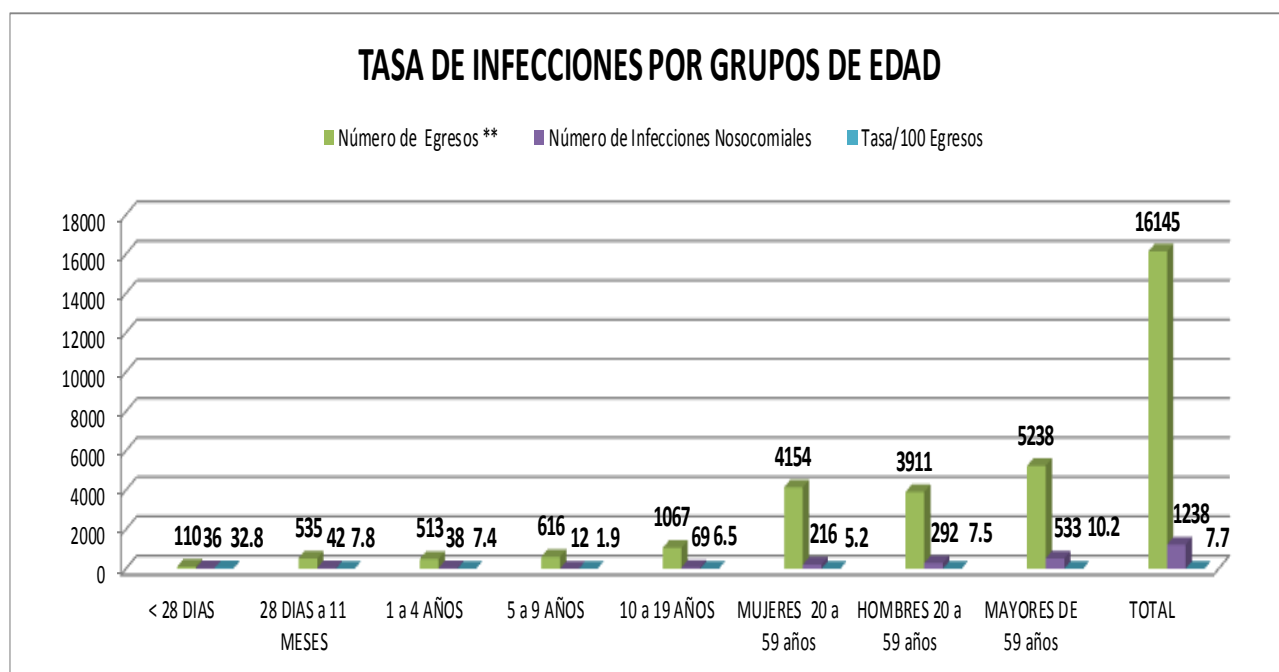
Fuente: cuadro 14.

Identificar el grupo etario más vulnerable para adquirir una infección nosocomial en el HGR 220 de enero a diciembre de 2013.

2. TASA DE INFECCIONES POR GRUPOS DE EDAD

GRUPO DE EDAD	Número de Egresos **	Número de Infecciones Nosocomiales	Tasa/100 Egresos	Días Estancia	Tasa/1000 Días Estancia
< 28 DIAS	110	36	32.8	568	63.4
28 DIAS a 11 MESES	535	42	7.8	2513	16.7
1 a 4 AÑOS	513	38	7.4	2527	15.0
5 a 9 AÑOS	616	12	1.9	3051	3.9
10 a 19 AÑOS	1067	69	6.5	5213	13.2
MUJERES 20 a 59 años	4154	216	5.2	20478	10.5
HOMBRES 20 a 59 años	3911	292	7.5	19250	15.2
MAYORES DE 59 años	5238	533	10.2	25446	20.9
TOTAL	16145	1238	7.7	79045	15.7

Fuente: concentrado de datos.

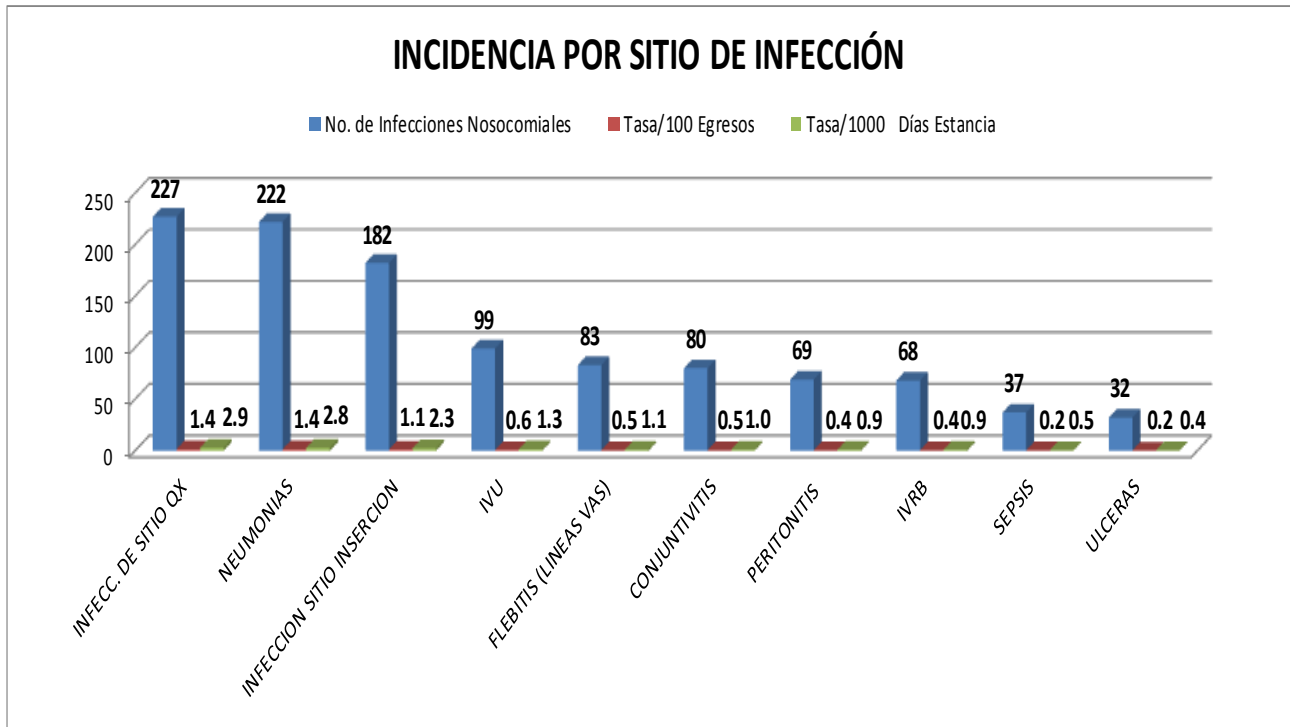


Fuente: cuadro 15.

Identificar el tipo de infección nosocomial por sitio de localización en el HGR 220 de enero a diciembre de 2013.

TIPO DE INFECCIÓN	No. de Infecciones Nosocomiales	Tasa/100 Egresos	Tasa/1000 Días Estancia
INFECC. DE SITIO QX	227	1.4	2.9
NEUMONIAS	222	1.4	2.8
INFECCION SITIO INSERCIÓN	182	1.1	2.3
IVU	99	0.6	1.3
FLEBITIS (LINEAS VAS)	83	0.5	1.1
CONJUNTIVITIS	80	0.5	1.0
PERITONITIS	69	0.4	0.9
IVRB	68	0.4	0.9
SEPSIS	37	0.2	0.5
ULCERAS	32	0.2	0.4
EMPIEMA	30	0.2	0.4
OTRAS (24 EMPIEMA, 6 INFECCION TENCHKOF)	30	0.2	0.4
TEJIDOS BLANDOS	29	0.2	0.4
GEPI	22	0.1	0.3
CANDIDIASIS ORAL	17	0.1	0.2
BACTEREMIAS	11	0.1	0.1
TOTAL	1238	7.7	15.7

Fuente: concentrado de datos.



Fuente: cuadro 16.

Analizar el costo financiero por infección nosocomial generado en el HGR 220 de enero a diciembre de 2013.

TIPO DE SALA	Número de Pacientes con IN	Días sobre-estancia por IN	Promedio días sobre-estancia de IN	Erogación (\$) mensual de sobre-estancia por IN	Erogación (\$) por día de cada caso de IN	Erogación (\$) acumulada de sobre-estancia por IN
U. Cuidados Intensivos *	125	1,005	8.0	\$30,511,800.00	\$244,094.40	30,511,800.00
Hospitalización **	697	6,579	9.4	\$33,921,324.00	\$48,667.61	33,921,324.00
TOTAL	822	7,584	17.5	\$64,433,124.00	\$292,762.01	\$64,433,124.00

*UCI=costo día cama \$ 30,360.00

**Hospitalización=costo día cama \$ 5,156.00

UCI	- Erogación Acumulada de Sobre-Estancia por IN del MES ANTERIOR	\$0.00
Hospitalización	- Erogación Acumulada de Sobre-Estancia por IN del MES ANTERIOR	\$0.0

Fuente: concentrad de datos.

Como lo muestra la gráfica arriba impresa el costo financiero por paciente es muy elevado al llevarlo acumulado al fin de año por lo que es importante generar acciones que modifiquen el actuar médico para disminuir en la medida de lo posible estos gastos catastróficos que está generando este nosocomio y utilizar esta disminución de los costos a favor del nosocomio para garantizar una tasa de infección nosocomial a razón de menos de 7% por cada 100 egresos.

Comprobación de hipótesis

En base a la hipótesis planteada, se acepta la H_i ; ya que si existen fallas en el proceso de comunicación como por ejemplo, el código del mensaje, el canal del mensaje y el contexto del mensaje que inciden en la prevalencia de las infecciones nosocomiales en el hospital general regional número 220 del IMSS.

Los objetivos se cumplieron ya que el 91 %, de los encuestados refieren que la comunicación verbal, cara a cara y reforzada con un documento escrito hacen las tareas de manera inmediata y además las hacen correctamente como se las indico su superior, entregando evidencia documental en más del 80 % de su ejecución y aplicación en tiempo y forma de acuerdo a los resultados de los encuestados, reforzando las tareas encomendadas por su superior como este lo solicito de manera inicial de acuerdo a los resultados con más del 90% en este punto, sin embargo en la planeación, organización, dirección, control políticas internas y comunicación interna los directivos deben asegurarse de que las responsabilidades y autoridades estén definidas y sean comunicadas dentro de la organización para legitimar a los mandos medios y alta dirección, ya que el 90 % de los encuestados refiere que los medios de comunicación internos en el Hospital General Regional Numero 22° “Gral. José Vicente Villada”, no funcionan correctamente, reflejando una clara falta de planeación, supuestos confusos, distorsión semántica, mensajes deficientemente expresados y comunicación impersonal son algunos de los problemas encontrados en este proyecto de investigación.

4.3 Discusión.

Como se mencionó en el apartado de la importancia del tópico son muy poco los estudios que relacionan la comunicación efectiva con la disminución de las infecciones nosocomiales la mayoría de los artículos e investigaciones previas hacen referencia a la situación epidemiológica de manera pura donde comparan tasa de incidencia y prevalencia de infecciones nosocomiales principalmente en las áreas críticas como son la terapia pediátrica, cuneros patológicos y en la unidad de cuidados intensivos adultos.

4.4 Plan de mejora

Estrategia de mejora para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales	
Actividad a realizar	Prevenir errores de la comunicación
Periodicidad	Diariamente después de recibir indicación verbal o escrita
Participantes	Director médico, Dirección administrativa, Jefes de departamento clínico, Personal operativo.
Descripción del proceso	<p>Para prevenir errores entre el personal de salud relacionados con la atención de los pacientes cuando se llevan a cabo órdenes verbales y telefónicas se deberán seguir los siguientes pasos.</p> <p>El personal de la unidad médica utilizara un proceso de intercambio en la emisión de ordenes e indicaciones verbales o telefónicas para la atención del paciente, que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Escribir la orden por parte del receptorb) Leer la orden por parte del receptor para quec) El emisor confirme la indicación de la orden.

	<p>En el caso de realizar este tipo de ordenes entre el personal de salud dentro de la sala de operaciones o en situaciones de urgencia, cuya urgencia no permita el registro de la indicación, el proceso de intercambio se llevará cabo de la siguiente manera.</p> <p>a) Escuchar la orden por el receptor</p> <p>b) Repetir la orden por el receptor para que</p> <p>c) El emisor confirme la indicación de la orden</p> <p>d) Después de la atención del paciente se deberá anotar lo indicado en las notas médicas y de enfermería correspondientes.</p>
Lugar	Áreas de adscripción
Recursos requeridos	Bolígrafo, computadora, impresora, hojas,
Tiempo de implementación	3 Meses para Implementación del proceso de comunicación con reuniones semanales con el personal adscrito al área operativa, dejando minuta de trabajo, para control y seguimiento de acuerdos.
Costo financiero	\$ 8000.00 por participante
Resultados a obtener	Disminución de errores en la interpretación de las indicaciones emitidas por sus jefes inmediatos hacia sus colaboradores directos
Evaluación	Por medio de talleres de comunicación en sus áreas de trabajo, con una pre-evaluación y posterior a la capacitación una segunda evaluación y analizar la interpretación de los mensajes emitidos en las diferentes áreas de adscripción del HGR 220, teniendo en cuenta la programación didáctica para la mejora de la comunicación entre el personal médico y no médico, así como capacitar a los cuidadores de los pacientes hospitalizados para prevenir, vigilar y controlar los riesgos de los pacientes a los que están expuestos en el hospital general regional número 220 “Gral. José Vicente Villada” de la delegación México Poniente, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Estrategia del Plan de mejora	
Actividad a realizar	Fortalecimiento de habilidades comunicativas y gerencial a mandos medios
Periodicidad	Cada 6 meses
Participantes	Jefes de departamento clínico
Descripción del proceso	<p><u>Objetivo:</u> proporcionar una formación multidisciplinaria en todas las áreas de gestión y la creación de valores en su contexto laboral.</p> <p>Con énfasis en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Habilidades para la toma de decisiones Habilidades de liderazgo y conducción Habilidades para el trabajo en equipo Habilidades de motivación Habilidades de comunicación Habilidades de negociación Habilidades legales
Lugar	HGR 220
Recursos requeridos	<ul style="list-style-type: none"> Papel Computadora Lápiz Pluma Hojas Blancas Pizarrón Gis Proyector
Tiempo de implementación	6 meses de capacitación
Costo financiero	\$ 15000. Por participante
Resultados a obtener	Mandos medios comprometidos con la institución
Evaluación	Al final de la capacitación por medio de escenarios simulados para fortalecer la comunicación efectiva en el lugar de trabajo, así como con evaluaciones al inicio y al final de la capacitación.

Formato de Planeación Didáctica de Unidad para personal médico y no médico del HGR 220

Docente	
Elaboró	M.C. Jorge Manuel Hernández Gutiérrez
Fecha de elaboración	27/07/2015

Aspectos Generales	
Curso	Comunicación efectiva para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales
Modulo	Comunicación
Objetivo del curso	Al finalizar el modulo los trabajadores de la salud, serán capaces de aplicar las habilidades de comunicación en las unidades médicas de segundo nivel del IMSS, para poder lograr transmitir a su equipo de trabajo las estrategias para alcanzar los objetivos en la para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
Sesión	Uno. Comunicación, definiciones, procesos y comunicación en las empresas.
Fecha	27/07/2015
Horas	9 a 14:00 hrs
Lugar	Aula del HRG 220 "Gral. José Vicente Villada"
Personal a quien va dirigido	Directores de unidades médicas, personal administrativo, mandos medios y personal operativo. (Comunicación interna)

Sesión	Objetivo de la sesión	Contenidos de la sesión	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
Sesión 1 encuadre, examen diagnostico 27/07/15	.Al finalizar la sesión el alumno será capaz de analizar los estilos y tipos de comunicación para aplicarlos en las relaciones con su personal a fin de lograr sus metas directivas.	Encuadre Introducción: la Comunicación definiciones y procesos. Comunicación en las empresas	Actividad 1. Guía de lectura Se dividirá al grupo en 4 equipos. Se les entregara la guía con las preguntas reflexivas relacionadas con la comunicación para para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales contenido del material entregado. En equipos responderán las preguntas, al equipo multidisciplinario las cuales reflexionaran en cada uno de los aspectos para para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales que se le presenta. Al final por equipos darán sus conclusiones de las preguntas abordadas en la guía de lectura relacionadas con la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales. Al final se concluirá en grupo acerca de la comunicación y su empleo en las actividades	Computadora Proyector multimedia Hojas de papel, papel rotafolios, plumas.	Inicial diagnostica sin valor Asistencia 10% Participación en la sesión 35%. Tarea 30% Examen final 25%. Criterios para evaluación de la tarea. Creatividad 25% Capacidad de abstracción y claridad en las ideas 40% Ortografía y presentación 20%	Aplicación de examen diagnostico 15 min Encuadre del curso 5 min Actividad 1: Trabajo en equipo 1 hora Exposición por cada equipo 10 min, un total de 40 min. Conclusiones generales en grupo 30 min. Receso 30 min.

<p>Sesión 2 28/07/15</p>		<p>Comunicación organizacional.</p>	<p>directivas que desempeñan diariamente y la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.</p> <p>Actividad 2.</p> <p>En equipos previamente divididos, se llevara a cabo la siguiente dinámica :</p> <p>Cada equipo nombrara un representante, el resto del grupo saldrá del aula y solo se quedaran los representantes nombrados, a los cuales se les entregara el siguiente mensaje escrito.</p> <p>“Todo el personal deberá de llevar ropa interior vistosa y colorida, además de obsequiar tacos a los derechohabientes con motivo de la semana nacional de salud mental.”</p> <p>Deberán de transmitir el mismo mensaje solo entre sus compañeros, quienes a su vez elaboraran un medio para comunicarlo a un grupo de empleados, representados por los demás compañeros, a través de las siguientes formas de comunicación: modelo de Shanon y Weaver, comunicación no verbal (corporal con gesticulaciones y ademanes),</p> <p>Comunicación visual (señales), comunicación visual (símbolos).</p> <p>Al final del trabajo en equipo, cada uno de los anteriores expondrá el mensaje al resto de sus compañeros, al finalizar cada intervención se les hará una breve retroalimentación por uno o dos de sus compañeros.</p> <p>Al finalizar el trabajo de todos los equipos, se harán las conclusiones grupales en base a las siguientes cuestiones.</p> <p>¿Es posible transmitir el mismo mensaje por diferentes medios a nuestro personal para el logro de sus objetivos para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales?</p>			<p>Actividad 2. Trabajo en equipo 30 min.</p> <p>Exposición por cada equipo 10 min, para un total de 40 min.</p> <p>Conclusiones en grupo 20 min.</p>
------------------------------	--	-------------------------------------	---	--	--	---

			<p>¿Existirán algunas ventajas en usar uno u otro estilo de comunicación para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales?</p> <p>¿Que otros estilos de comunicación se les ocurre que pueden ser usados para lograr el cumplimiento satisfactorio de nuestras indicaciones por parte de nuestro personal para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales?</p> <p>ACTIVIDAD 3</p> <p>Después de ver el video de comunicación organizacional, en equipo contesten las siguientes preguntas:</p> <p>Que barreras de la comunicación noto que se presentaban en el video.</p> <p>Qué tipo de comunicación fue la que predomino, la formal o la informal.</p> <p>Que elementos identifica que comparte en su lugar de trabajo con este video,</p> <p>Tarea:</p> <p>Se elaborara un mapa conceptual de los contenidos abordados en la presente unidad extensión de una cuartilla más caratula y bibliografía mínimo 2 referencias extras, en letra arial 12 para caratula y título y arial 8 para el contenido del mapa.</p> <p>Deberán de enviarlo por correo electrónico antes del Miércoles 29 de julio y entregarla de forma impresa el viernes 31 de Julio de 2015</p>			<p>Video 10 min</p> <p>Debate en equipo 20 min</p> <p>Conclusiones por equipo 5 min para un total de 15 minutos,</p> <p>Conclusiones generales 15 mi</p>
--	--	--	--	--	--	--

Observaciones

--	--

Formato de Planeación Didáctica de Unidad para familiares

Docente	
Elaboró	M.C. Jorge Manuel Hernández Gutiérrez
Fecha de elaboración	27/07/2015

Aspectos Generales	
Curso	Comunicación efectiva para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales
Modulo	Comunicación
Objetivo del curso	Al finalizar el modulo los familiares y los pacientes hospitalizados, serán capaces de identificar los factores de riesgo asociados a las infecciones intrahospitalarias, para alcanzar el objetivo en la para la prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.
Sesión	Uno. Comunicación, definiciones de infecciones hospitalarias.
Fecha	27/07/2015
Horas	9 a 14:00 horas
Lugar	Aula del HRG 220 "Gral. José Vicente Villada"
Personal a quien va dirigido	Familiares de pacientes hospitalizados. (Comunicación externa)

Sesión	Objetivo de la sesión	Contenidos de la sesión	Estrategias y técnicas didácticas	Medios o recursos	Evaluación	Tiempos
Sesión 1 encuadre definición de las infecciones nosocomiales 27/07/15	.Al finalizar la sesión el familiar del paciente hospitalizado será capaz de identificar los factores de riesgo asociados a las infecciones intrahospitalarias	Encuadre Introducción: definición de infección nosocomial Tipos de infección nosocomial	Actividad 1. Entrega de tríptico con definiciones operaciones de infección nosocomial y sus tipos. Se realizara lectura crítica y comentada del tríptico para la prevención de las infecciones nosocomiales. Se les resaltara la importancia de las preguntas reflexivas relacionadas con la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales contenido del material entregado. Los familiares responderán las preguntas, tutor y/o facilitador las cuales	Computadora. Proyector multimedia Hojas de papel, papel rotafolios, plumas.	Inicial diagnostica sin valor Asistencia 10% Participación en la sesión 35%. Tarea 30% Examen final 25%. Criterios para evaluación de la tarea. Receptividad 50%	Aplicación de preguntas dirigidas a la identificaci ón de factores de riesgo para diagnostic ar las infeccione s nosocomia les 15 min Encuadre del curso 5 min

			<p>reflexionaran en cada uno de los aspectos para para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales que se le presenta.</p> <p>Al final de manera individual darán sus conclusiones de las preguntas abordadas en el tríptico guía para la prevención vigilancia y control de las infecciones nosocomiales.</p> <p>Al final se concluirá en grupo acerca de la comunicación y su empleo en las actividades paciente.... Enfermera....doctor....paciente que se realizara diariamente en la entrega de guardia con la finalidad de prevenir, vigilar y correlacionar los factores de riesgo de sus pacientes y las infecciones nosocomiales.</p> <p>Actividad 2 video de las infecciones nosocomiales</p>		<p>Capacidad de abstracción y claridad en las ideas 50%</p>	<p>Actividad 1: Trabajo reflexivo 1 hora</p> <p>Exposición individual del contenido del tríptico y las preguntas reflexivas 10 min,</p> <p>Conclusiones generales en grupo 10 min.</p> <p>Video 10 min Debate del video 20 min Conclusiones en forma grupal 5 min Conclusiones generales 5 min</p>
--	--	--	--	--	---	--

Observaciones	

CONCLUSIONES.

Es importante tener en cuenta la siguiente información, sabemos que las infecciones nosocomiales son un riesgo importante al ingresar a un nosocomio, por lo que es de suma importancia poner atención especial a los extremos de la vida como son niños y adultos mayores por sus condiciones fisiológicas son más vulnerables de que al ingresar a un nosocomio adquieran una infección secundaria a la patología por la cual ingresaron de primera instancia, las áreas quirúrgicas como son cirugía y traumatología y ortopedia así como medicina interna tienen un alta incidencia de infección nosocomial así como los sitios de localización de las infecciones nosocomiales destacan las infecciones de sitio quirúrgico y las neumonías secundarias a ventilación mecánica, así como las infecciones en sitio de inserción y las infecciones de vías urinarias secundarias a la colocación de una sonda Foley, con estos datos más el gasto financiero extremadamente elevado de aproximadamente \$64,433,124.00, nos debería poner a pensar seriamente sobre realizar estrategias que garanticen primero que nada la disminución de la aparición de infecciones nosocomiales y segundo la disminución del gasto que se hace en salud con un 10% que se redujera el gasto por infecciones nosocomiales se ahorraría significativamente el problema motivo de esta investigación, y aproximadamente con \$ 6,500,000.00 de pesos que se ahorraran sería suficiente y hasta sobraría para comprar insumos para el lavado de manos y capacitación a todo el personal médico y no médico relacionado con las infecciones nosocomiales, así como el garantizar un sistema de comunicación interna en el HGR 220 que favorecería estas acciones garantizando que el personal no se encuentra haciendo las cosas de manera rutinaria y debería apegarse a las guías de práctica médica para reducir significativamente este problema de infecciones nosocomiales entre otros aspectos, garantizando una comunicación entendible sencilla cara a cara no impersonal y reforzando el mensaje para su claro entendimiento utilizando la comunicación escrita, vía telefónica abatiríamos gran parte del problema de comunicación y reduciríamos al menos 10% del número total de infecciones nosocomiales.

4.6 RECOMENDACIONES

De acuerdo a las actividades efectuadas durante el proceso investigativo de recolección y análisis de datos del presente trabajo terminal de grado y en cumplimiento a los objetivos trazados desde el inicio, en donde se pretende mejorar sustancialmente la comunicación efectiva, y luego de evaluar los instrumentos comunicacionales existentes en el Hospital General 220, del Instituto Mexicano del Seguro Social, se presentan las propuestas diseñadas según los resultados obtenidos en el desarrollo de la recolección de información y datos de la siguiente manera:

- Efectuar una comunicación efectiva en el Hospital General Regional número 220 a través de mensajes claros, oportunos, objetivos y sencillos para obtener mejores resultados y analizar de manera mensual las infecciones nosocomiales realizando graficas de tendencia para observar su comportamiento.
- Eliminar al máximo las barreras de la comunicación como son por ejemplo hablar demasiadas personas a la vez, para entender mejor el mensaje emitido por parte del jefe de departamento clínico del Hospital General Regional número 220, lo que condicionara una vigilancia activa del paciente con sospecha de infección nosocomial y detectarla de manera oportuna garantizando una atención médica oportuna.
- Emitir mensajes que sean interpretados correctamente por el personal involucrado y de no ser así activar el plan de mejora para la comunicación del emisor-mensaje-receptor y reforzar el mensaje a través de escritos, oficios memorándums, mensajes por medios electrónicos o vía telefónica que asegure el entendimiento del mensaje, lo cual garantizara que la comunicación fortalecerá el descenso de las infecciones nosocomiales .
- Fomentar la generación de mensajes por diferentes medios como son escritos, oficios memorándums, mensajes por medios electrónicos o vía telefónica que aseguren su entendimiento y ejecución correcta.

- La alta dirección y los mandos medios del Hospital General Regional número 220 deben asegurar que las responsabilidades emanadas de los mensajes emitidos por ellos, estén bien definidos y sean comunicados correctamente dentro de la organización, teniendo en cuenta la planeación, organización, dirección, control, políticas y comunicación interna.
- Evitar la falta de planeación, supuestos confusos, distorsión semántica, mensajes deficientemente expresados, y sobre todo evitar la comunicación impersonal.
- Realizar una comunicación que garanticen que los mensajes son entendidos, claros y objetivos, ya que el utilizar una sola técnica resulta insuficiente para garantizar una retroalimentación positiva del mensaje.
- Promover la comunicación efectiva e el personal que se encuentra relacionado a la identificación, registro y tratamiento de las infecciones nosocomiales para disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.
- Implementar esta estrategia de mejora en otros Hospitales Generales Regionales de la Delegación México Poniente, del IMSS.

BIBLIOGRAFÍA

“Características de las Organizaciones que Aprenden”. (2012) México. BIOCAT. Recuperado de: <http://elmejorconocimiento.blogspot.mx/p/tema-2-caracteristicas-de-las.html>.

“Comunicación Oral y Escrita”. (2013) México: Creatividad e Innovación. Recuperado de: <http://coeclub.wikispaces.com/file/view/Unidad1.pdf>

Chiavenato, I. (2011a). Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones. México: Mc Graw Hill

Chiavenato, I. (1999b). Administración de Recursos Humanos. México: Mc Graw Hill

Chiavenato, I. (1999c). Administración de Recursos Humanos. México: Mc Graw Hill Recuperado de: <http://www.itescam.edu.mx/principal/sylabus/fpdb/recursos/r91760.PDF>

Instituto Mexicano del Seguro Social. [IMSS] (2012). Breviario para la vigilancia Epidemiológica Prevención y control de las Infecciones Nosocomiales. México. Autor

“La organización en la empresa”. (2013). conceptos básicos. México. Recuperado de: www.mcgraw-hill.es/bev/guide/capitulo/844816859.pdf

Legón, M. R; Vega González, N; Brito Gómez, L. (2010): El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de Ciencias médicas. Revista Habanera de Ciencias Médicas Vol. 9, Núm. 3 (1-9).

López Enríquez, H. F. (1998): Recursos Humanos: "Importancia De La Comunicación Efectiva Como Proceso De Mejora Continua En Las Relaciones Interpersonales En Una Empresa De Pinturas". UNAM. Ciudad Universitaria Tesis (I).

Newstrom, J.W. (2011). Comportamiento humano en el trabajo. México: Mc Graw Hill

Norma Oficial Mexicana (2009): NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. México: Diario Oficial de la Federación.

Organización Mundial De La Salud [OMS] (2002): Prevención De Las Infecciones Nosocomiales. GUÍA PRÁCTICA I, pp. 1–71. México. Autor.

Quijano Monroy, V; Torres Maldonado, A. (2013): Las Barreras De La Comunicación I (1), UNAM. Ciudad Universitaria. Tesis (I).

Reyes Monroy, O. R. (2011): La Comunicación Organizacional Dentro De La Industria Farmacéutica, UNAM. Ciudad Universitaria. Tesis (I).

“Tipos de Organizaciones”. (2012). México. Referencia Electrónica. Recuperado de:
<http://pabloyela.files.wordpress.com/2012/05/tipos-de-organizaciones.pdf>

ANEXOS. I

Carta de consentimiento

Toluca México a 24 de Marzo de 2013.

DR. ALFONSO EZEQUIEL MERCADO MARTINEZ

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL N. 220

PRESENTE:

Por este medio le envié un atento y cordial saludo, al tiempo de solicitarle su intervención y permiso para realizar proyecto de investigación denominado “**COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA PARA FORTALECER LOS PROCESOS RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 "GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**”, todo con motivo de ofrecerle una herramienta diagnóstica del tipo de comunicación que existe dentro de su unidad hospitalaria, y fortalecer los canales de comunicación para disminuir las infecciones nosocomiales a través de este reforzamiento.

Sin más por el momento y espera de verme favorecido con su permiso me despido de usted no sin antes agradecerle sus finas atenciones.

Atte.

M.C. Jorge Manuel Hernández Gutiérrez

ANEXO II

Toluca México a 28 de Marzo de 2013.

M.C. JORGE MANUEL HERNANDEZ GUTIERREZ
MEDICO ADSCRITO AL HGR 220
PRESENTE:

Por este medio le informo que no existe ningún inconveniente en que realice la investigación denominado **"COMUNICACIÓN EFECTIVA COMO ESTRATEGIA DE MEJORA PARA FORTALECER LOS PROCESOS RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 220 "GENERAL JOSÉ VICENTE VILLADA" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL."**

Sin más por el momento quedo de usted.

Atte.



[Handwritten signature]
DR. ALFONSO EZEQUIEL MERCADO MARTINEZ
DIRECTOR DEL HGR 220

ANEXO III

Instrumento de recolección de datos que permita evaluar la comunicación efectiva que existe en el HGR 220. Estimado compañero, le suplico encarecidamente requisitar las siguientes preguntas, con el fin de contar con datos que nos permitan obtener información que hemos venido revisando en relación a la comunicación organizacional.

Género: Masculino () Femenino ()	Edad: Hasta 25 () 26-35 () 36-45 () Mas de 46 ()						
Edo civ: Soltero () Casado () Divorciado () Unión libre ()	Licenciatura: C. Ec Ad () C. Soc () C. Sal () C. Inge () C. Agr () Educ() otra ()						
Trabaja en. S Público () S. Privado () Independiente () No trabaja ()	Oriundo del Edo. Mex () Otra entidad de los estados circunvecinos () Resto del país () Otro ()						
Por favor encierre un solo número para cada pregunta, Encierre aquel que refleja de manera más aproximada su opinión		totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy en acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- A menudo a mi jefe no se le entiende con claridad lo que quiere decir (-)		1	2	3	4	5	6
2.- Cuando me comunican las cosas que quieren que haga de manera verbal generalmente no las hago (-)		1	2	3	4	5	6
3.- A menudo siento que no entiendo lo que me dijo mi jefe que hiciera (-)		1	2	3	4	5	6
4.- Generalmente no necesito que me digan lo que tengo que hacer y lo hago de manera rutinaria (-)		1	2	3	4	5	6
5.- Generalmente necesito que me den por escrito lo que me piden que realice (-)		1	2	3	4	5	6
6.- Casi siempre necesito un lugar limpio para hacer lo que me piden que realice (-)		1	2	3	4	5	6
7.- Siempre que hay ruido en mi área de trabajo no entiendo lo que me piden que haga y hago lo que rutinariamente realizo en mi área de trabajo(-)		1	2	3	4	5	6
8.- Casi siempre mi jefe me tiene que repetir de una a tres veces lo que me		1	2	3	4	5	6

pide que haga (-)						
9.- Siempre que mi jefe me pide que realice alguna actividad no le entrego evidencia de su ejecución y aplicación (-)	1	2	3	4	5	6
Por favor encierre un solo número para cada pregunta, Encierre aquel que refleja de manera más aproximada su opinión	totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy en acuerdo	Totalmente de acuerdo
10.- Generalmente mi jefe explica con palabras sencillas lo que quiere que haga (+)	1	2	3	4	5	6
11.- Generalmente entiendo mejor las cosas cuando se me comunican de manera verbal (+)	1	2	3	4	5	6
12.- Generalmente entiendo a la primera vez lo que me piden que haga (+)	1	2	3	4	5	6
13.- Casi siempre necesito que me digan lo que me piden que realice (+)	1	2	3	4	5	6
14.- Casi siempre necesito que me informen por teléfono lo que me piden que realice (+)	1	2	3	4	5	6
15.- Casi nunca necesito que me estén recordando cada 15 minutos lo que me piden que realice (+)	1	2	3	4	5	6
16.- Casi nunca interfiere el ruido generado en mi lugar de trabajo para hacer lo que me pide mi jefe inmediato y lo realizo correctamente (+)	1	2	3	4	5	6
17.- Casi nunca me tiene que repetir las cosas más de una vez para realizar lo que me pide mi jefe que haga (+)	1	2	3	4	5	6
18.- Siempre que mi jefe me pide que realice alguna actividad le entrego evidencia de su ejecución y aplicación en tiempo y forma (+)	1	2	3	4	5	6
19.- A menudo a mi jefe se le entiende con claridad lo que quiere decir (+)	1	2	3	4	5	6
20.- Las indicaciones por escrito las interpreto mejor (+)	1	2	3	4	5	6
21.- Cuando recibo una indicación la realizo inmediatamente (+)	1	2	3	4	5	6
22.- Con las indicaciones verbales, son suficientes para que realice lo que me piden que haga (+)	1	2	3	4	5	6
23.- Con las indicaciones vía electrónica, son suficientes para que realice lo que me piden que haga (+)	1	2	3	4	5	6
24.- Con las indicaciones a través de documentos por escrito cualquier que	1	2	3	4	5	6

este sea, girado por mi jefe, es suficientes para que realice lo que me piden que haga (+)						
Por favor encierre un solo número para cada pregunta, Encierre aquel que refleja de manera más aproximada su opinión	totalmente en	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy en acuerdo	Totalmente de acuerdo
25.- Cuando están hablando a la vez muchas persona no entiendo lo que me pide mi jefe que realice por lo que generalmente lo hago mal (-)	1	2	3	4	5	6
26.- Cuando me repiten varias veces lo que quieren que realice, no lo hago porque creen que no entiendo (-)	1	2	3	4	5	6
27.- Cuando realizo lo que me piden que haga generalmente lo hago de diferente forma a la que me lo pide mi jefe (-)	1	2	3	4	5	6
28.- Generalmente mi jefe no explica con sencillez lo que quiere decir (-)	1	2	3	4	5	6
29.- Cuando estoy estresado no entiendo los mensajes con claridad (-)	1	2	3	4	5	6
30.- Generalmente me tienen que decir las cosas dos o tres veces para que pueda llevarlas a cabo (-)	1	2	3	4	5	6
31.- Generalmente entiendo lo que me piden que haga únicamente utilizando gesticulaciones, señales corporales o movimientos con las manos (-)	1	2	3	4	5	6
32.- Generalmente no entiendo lo que me piden que haga únicamente utilizando medios electrónicos como por ejemplo el correo electrónico (-)	1	2	3	4	5	6
33.- Generalmente no entiendo lo que me piden que haga únicamente utilizando documentos por escritos como por ejemplo un memorándum (-)	1	2	3	4	5	6
34.- Generalmente entiendo lo que me pide que haga mi jefe sin importar que estén hablando a mi alrededor mis compañeros de trabajo, realizando correctamente la indicación en tiempo y forma (+)	1	2	3	4	5	6
35.- Generalmente cuando me dicen una vez y además me lo dan por escrito hago de forma inmediata lo que me pide mi jefe que haga y lo realizo correctamente (+)	1	2	3	4	5	6
36.- Cuando realizo lo que me piden que haga generalmente lo hago como me lo solicita mi jefe y entrego evidencia documental de su ejecución y corrección (+)	1	2	3	4	5	6

1.- Usted considera que la comunicación que se utilizan en su unidad hospitalaria cuenta con los canales necesarios para enviar un mensaje y estos impacten directamente en la disminución de las infecciones nosocomiales?

2.- Usted considera que la comunicación que utilizan en su unidad hospitalaria cuenta con los canales necesarios, pero la información enviada no se transmite correctamente impactando significativamente en el aumento de las infecciones nosocomiales?

3.- Usted considera que existen los canales de comunicación utilizados para el envío de información en su unidad hospitalaria, pero los mensajes enviados son poco claros o ambiguos dificultando se interpretación?

4.- Usted considera que la comunicación en su organización sería más efectiva si los mensajes se transmitieran por cualquier de los siguientes formas?

Gracias por su atención...

ANEXO IV

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL											
DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS REGISTRO DE CASO DE INFECCION NOSOCOMIAL											
Delegación					Unidad Médica			Folio			
I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE											
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			Número de Seguridad Social	Género: M () F ()	
Estat.		Con inmunocompromiso: SI () NO ()		Servicio		Cama		Salasector			
Años	Meses	Días	Fecha de ingreso hospital:			Fecha de egreso hospital:			Fecha de detección de IN:		
DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA
Fecha de resolución de IN:			Fecha de reingreso hospital:			Fecha de reingreso hospital:					
DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA			
Descripción: _____ Causa de la muerte: _____ Sitio de infección: _____											
Motivo principal de ingreso a hospital: _____											
Diagnóstico (I): _____ (2) _____ (3) _____											
Motivo de egreso del hospital: _____											
II. ANTECEDENTES QUIRURGICOS											
Fecha: DD / MM / AA			Fecha: DD / MM / AA			Fecha: DD / MM / AA					
Cirugía			Primera			Segunda			Tercera		
Electiva, urgente, no presento											
Grado de contaminación: L () LI () LII () LIII () LIV () LV () LVI () LVII () LVIII () LIX () LX () LXI () LXII () LXIII () LXIV () LXV () LXVI () LXVII () LXVIII () LXIX () LXX () LXXI () LXXII () LXXIII () LXXIV () LXXV () LXXVI () LXXVII () LXXVIII () LXXIX () LXXX () LXXXI () LXXXII () LXXXIII () LXXXIV () LXXXV () LXXXVI () LXXXVII () LXXXVIII () LXXXIX () LXXXX ()											
Clave y/o nombre											
Riesgo quirúrgico (A3A)											
III. FACTORES DE RIESGO											
Factor		Clave	Días	Factor		Clave	Dise				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
IV. INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA											
Tipo de cultivo		Fecha	Tipo de cultivo		Fecha	Tipo de cultivo		Fecha			
RESISTENCIA		MICROORGANISMO			RESISTENCIA		MICROORGANISMO				
		A)		B)		C)					
1											
2											
3											
4											
5											
6											
V. TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO PARA LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL:											
(1)		(2)			(3)		(4)				
SENSIBILIDAD		MICROORGANISMO			RESISTENCIA		MICROORGANISMO				
		A)		B)		C)					
1											
2											
3											
4											
5											
6											
TÉCNICA UTILIZADA EN LABORATORIO: Difusión en Agar () Dilución () Se ignora ()											
OBSERVACIONES					Elaboró						

2420-009-071