



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO EN
UNIDADES CENTINELAS DE INFLUENZA EN LA
JURISDICCIÓN SANITARIA I, CUERNAVACA**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

L.E.O. GLORIA RODRÍGUEZ SUÁREZ

DIRECTORA DE TESIS

M. EN. C. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS

Cuernavaca, Mor. Diciembre 2018

Dedicatoria

A mi Señor y Salvador Jesucristo de Nazaret a quien le debo la vida y todo lo que ha sido de ella, grandes bendiciones que por mucho tiempo pasaron desapercibidas, gracias por las personas a quienes ha puesto en mi camino con el propósito de hacerme crecer tanto profesional como personalmente, es quien me sustenta en momentos de aflicción y por quien levanto el estandarte de la victoria. A Él sea la honra y la gloria por los siglos de los siglos. Amén

A mis padres Roberto y Petra, mis hermanos Roberto, Araceli, Luisa y Pedro que son grandes bendiciones del cielo, con ellos se me ha permitido compartir tristezas y alegrías y en sus brazos se me han dado abrigo.

A mi hijo Elías Ulises Ochoa Rodríguez, la bendición que Dios ha derramado en mi vida para darle un nuevo rumbo y sentido y a su padre Ricardo Ulises por su apoyo y comprensión en mi momento de formación.

A mi directora de tesis M. en C. Paola Adanari Ortega Ceballos por su asesoría y guía para poder culminar con este proceso de formación, sin la cual nada de esto hubiera sido posible y mis sinodales M.A.C. Alma Rosa Morales Pérez, M.E. Claudia Rodríguez Leana, M.E. Dulce Krystal Damián Mendoza y Mtra. Carmen Isabel Serrano Ramírez por sus aportaciones para hacer mas enriquecedor este trabajo.

A mis compañeros y amigos de la maestría; Ana Laura, Cecilia, Claudia, Dolores, Edith, Elva, Giselle Paola, Javier, Lizeth, Sergio, Sonia y Tomasa por su gran apoyo y solidaridad además de las grandes lecciones de vida que me hicieron aprender.

A mis tías Lulú y Margarita, por creer en mí, tener siempre palabras de aliento y su apoyo en todo momento.

.

Índice

Introducción	7
CAPITULO I. GENERALIDADES	9
Planteamiento del problema.....	9
Pregunta de investigación.....	9
Justificación.....	11
Objetivos	13
General	13
Específicos.....	13
Antecedentes	14
CAPITULO II.....	17
Marco teórico	17
Modelo de enfermería	28
Teoría del logro de metas de Imogene King.	30
CAPITULO III.....	32
Métodos	32
Criterios de selección.....	35
Criterios de inclusión.....	35
Criterios de exclusión.....	35
Criterios de eliminación.....	36
Descripción de las técnicas y procedimientos más importantes	36
Análisis estadístico.....	36
Consideraciones éticas y de bioseguridad	37
Limitaciones	38
Referencias bibliográficas	39
Anexos	41

Resumen

Introducción: A lo largo de la historia durante las pandemias de influenza se ha destacado la necesidad de recopilar información sobre el comportamiento de la enfermedad de una manera estandarizada y de contar con datos históricos para que nos puedan servir para evaluar su situación actual en el contexto de las temporadas de influenza anteriores y acciones a seguir.

Objetivo: Desarrollar estrategias para mejorar el desempeño en unidades centinelas del programa de influenza de la Jurisdicción Sanitaria I de Cuernavaca.

Métodos: En la investigación utilizará un cuestionario autoaplicado a personal responsable de las unidades centinelas de influenza donde se pueda detectar los conocimientos generales de la enfermedad, técnicas para la toma de muestras y traslados, conocimiento sobre tiempos para la notificación, toma de muestra, criterios de selección de casos, porcentaje de muestreo en pacientes ambulatorios y hospitalizados, criterios de referencia y educación al paciente.

Resultados esperados: con el análisis de la información recabada se pretende desarrollar estrategias para mejorar el desempeño del personal médico y de enfermería y que se vea reflejado en las evaluaciones trimestrales que se le realiza al programa.

Abstract

Introduction: Throughout history during influenza pandemics has been highlighted the need to collect information on the behavior of the disease in a standardized way and to have historical data so that they can serve us to assess their current situation in the context of previous flu seasons and actions to follow.

Objective: To develop strategies to improve the performance in sentinel units of the influenza program of the Sanitary Jurisdiction I of Cuernavaca.

Methods: The research will use a self-administered questionnaire to personnel responsible for the sentinel units of influenza where they can detect general knowledge of the disease, techniques for taking samples and transfers, knowledge about timing for notification, sampling, criteria of case selection, percentage of sampling in ambulatory and hospitalized patients, reference criteria and patient education.

Expected results: with the analysis of the information gathered, it is intended to develop strategies to improve the performance of medical and nursing staff and that is reflected in the quarterly evaluations that are made to the program.

Introducción

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda, recurrente y común que se conoce desde la antigüedad y se presenta sobre todo durante los meses de invierno con un elevado impacto para la salud pública mundial. La enfermedad se manifiesta con altas tasas de morbilidad en individuos de todas las edades y elevadas tasas de mortalidad en niños, individuos mayores de 60 años, pacientes con enfermedades crónicas y mujeres en gestación. Los virus de influenza A que afectan a los humanos mutan con facilidad, por lo que con frecuencia aparecen nuevas variantes antigénicas de cada subtipo, lo que obliga a incluir dichas variantes en las vacunas anuales para brindar una adecuada protección a la población. La influenza pandémica se refiere a la introducción y posterior diseminación mundial de un nuevo virus de influenza en la población humana, lo que ocurre de manera esporádica, y que debido a que los humanos carecen de inmunidad para el nuevo virus pueden suscitarse epidemias graves con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad. Históricamente el origen de las pandemias de influenza se debe a la transmisión de virus de aves al hombre o la transferencia de genes de éstos a los virus de la influenza estacional.

El programa de influenza se evalúa trimestralmente siendo las unidades centinelas generadoras de información de operatividad y comportamiento de los casos, dichas unidades se habilitaron por lugar de ubicación estratégicos y por demanda de atención y están ubicadas en Centro de Salud Tres Marías, municipio de Huitzilac, Hospital General de Cuernavaca y Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, municipio de Cuernavaca y Hospital Centenario de la Revolución del Instituto de Seguridad Social y de Servicios de los Trabajadores del Estado, en el municipio de Emiliano Zapata. La vigilancia que se lleva a cabo es evaluada por indicadores y es obtenida mediante la recopilación sistemática de información normalizada y su finalidad de detectar tendencias históricas y líneas basales con los cuales se pueda comparar la situación actual de la enfermedad e implementar estrategias para delimitación e brotes.

Al no generar información adecuada, no cumple con los criterios establecidos por las normas de salud interfieren en un buen desempeño en la vigilancia de influenza. En

esta investigación se realizará un análisis de los factores que interfieran en el desempeño de las unidades de salud con vigilancia centinela de la influenza y con la información recabada se realizará una propuesta de intervención dirigida a personal médico y de enfermería laboren en las unidades centinelas de influenza.

CAPITULO I. GENERALIDADES

Planteamiento del problema

La Influenza ha tenido un incremento alrededor del mundo, esto genera un impacto económico en las poblaciones afectadas por los gastos que origina por concepto de atenciones, medicamentos, hospitalización y manejo de las complicaciones, así como por la pérdida de la capacidad laboral de las personas afectadas. El mayor número complicaciones por influenza puede ocurrir en grupos de elevado riesgo. Se calcula como resultado de las epidemias anuales entre tres y cinco millones de casos severos de la enfermedad, así como entre 250 000 y 500 000 muertes cada año alrededor del mundo.

A partir de contingencia por influenza del 2009 se implementó como estrategia la vigilancia centinela de la enfermedad en la cual sus funciones principales es la detección de casos, toma de muestra y notificación de los pacientes que cumplan con criterios de clasificación Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

La evaluación del desempeño de las unidades centinelas se realiza trimestralmente por un programa llamado Indicadores Caminando a la Excelencia y se ha observado deficiencia en algunos puntos de la evaluación como lo es la toma de muestras y sus criterios de aceptación por el laboratorio siendo más afectado un paciente al no poder contar con su resultado debido a ello, otros puntos a evaluar son la cobertura, oportunidad, calidad de muestra, el porcentaje de muestreo a pacientes ambulatorios y hospitalizados y la clasificación de los casos.

Pregunta de investigación

La finalidad de la investigación es la detección y corrección de los factores que puedan estar interfiriendo en el desempeño del programa de influenza en unidades centinelas pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria I de Cuernavaca como lo son el Centro de Salud Tres Marías, Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) No.1, Unidad Médico Familiar IMSS 20 y Hospital General de Cuernavaca “Dr. José G. Parres” y Hospital Centenario de la Revolución del Instituto de Seguridad Social

y de Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Por lo anterior la pregunta de investigación es:

¿Qué estrategias se deben implementar para mejorar el desempeño en unidades centinelas de Influenza en la Jurisdicción Sanitaria I, Cuernavaca?

Justificación

Los virus de influenza generan infecciones respiratorias agudas y febriles, los virus de la influenza A que afectan a los humanos mutan con facilidad por lo que con frecuencia aparecen nuevas variantes antigénicas de cada subtipo.

El virus de la influenza muta constantemente (e incluso cuando coinciden dos tipos de virus en una persona o animal sus características pueden combinarse), y como resultado de dicha mutación y de las relaciones entre los países por viajes, guerra o comercio, se producen pandemias, es decir, la presencia de epidemias de una enfermedad en al menos dos continentes. Las pandemias de influenza pueden acabar con millones de vidas humanas en poco tiempo.¹

La influenza pandémica se refiere a la introducción y posterior diseminación mundial de un nuevo virus de influenza en la población humana, lo que ocurre de manera esporádica, y debido a que los humanos carecen de inmunidad para el nuevo virus pueden suscitarse epidemias graves con elevadas tasas de morbilidad y mortalidad.

En México se implementó la vigilancia centinela de influenza en el año 2006 y consiste en la recolección, integración, verificación y análisis de información epidemiológica, detallada en un reducido conjunto de unidades monitoras. Este modelo es más eficiente que la vigilancia general, porque obtiene información más exhaustiva y detallada con una inversión menor. La mayor riqueza de esta información consiste en hacer análisis más completos y, por lo tanto, orientar mejor las intervenciones de prevención y control.²

Las evaluaciones a los programas de salud se hacen a través de indicadores implementados a nivel nacional cuyo objetivo es identificar las áreas de oportunidad para mejorar el desempeño de los diferentes programas de acción de su competencia. Las evaluaciones son un proceso permanente encaminado principalmente a corregir y mejorar las acciones con el fin de aumentar la pertinencia, eficiencia y eficacia de las actividades.

A raíz del brote de influenza del 2009 ha habido modificaciones en las estrategias de vigilancia epidemiológica de influenza, en donde se habilitó unidades de salud tanto de

primer como de segundo nivel de atención en salud con mayor notificación de casos, mayor positividad de las muestras tomadas y lugar estratégico de ubicación para la vigilancia centinela de influenza, a lo largo de este tiempo se han seguido modificando de acuerdo al desempeño reflejado en las evaluaciones trimestrales. A través de los indicadores caminando a la excelencia se realiza tal evaluación, que se genera con las notificaciones, toma de muestras, notificaciones de probables sin muestra, cobertura semanal que se ha realizado la vigilancia centinela, y clasificación de los casos.

Dentro de las áreas de oportunidad que se buscan con la investigación es detectar los factores que interfieran en el desempeño en unidades centinelas del programa de influenza de la Jurisdicción Sanitaria I de Cuernavaca como lo son el Centro de Salud Tres Marías, Hospital General Regional del IMSS No.1, Unidad Médico Familiar IMSS 20 y Hospital General de Cuernavaca “Dr. José G. Parres” y Hospital Centenario de la Revolución del ISSSTE y desarrollar una propuesta de intervención para mejorar el desempeño en unidades centinelas del programa de influenza que se verán reflejadas en las evaluaciones realizadas al programa.

Objetivos

General

Desarrollar estrategias para mejorar el desempeño en unidades centinelas del programa influenza en la Jurisdicción Sanitaria I, Cuernavaca.

Específicos

Identificar los factores que influyen en el desempeño del programa de influenza en las unidades centinelas de la Jurisdicción Sanitaria I de Cuernavaca.

Determinar el nivel de conocimientos, las actitudes y prácticas del personal médico y enfermería durante la atención a pacientes con probable influenza.

Detectar el nivel de conocimientos del personal de salud respecto al padecimiento y los procedimientos establecidos a realizar.

Antecedentes

En la historia es posible rastrear a la Influenza hasta el año 412 a.C. cuando Hipócrates describe lo que puede ser una epidemia de Influenza¹, en su libro primero “de las epidemias” menciona casos de personas con tos seca, fiebre y postración.

El nombre del padecimiento deriva de influencia coeli, que en latín quiere decir, “influencia celestial”, pues se pensaba que la configuración de los planetas y las estrellas determinaba su aparición, así como el gran número de muertes que causaba. Los ingleses adoptaron el nombre, pero los franceses prefirieron llamarla gripe.

Desde hace siglos, existen recuentos de epidemias de influenza; por lo que sabemos que sus efectos han sido devastadores, y han obligado a las sociedades a movilizar todas las fuerzas posibles.³

La guerra y el hambre han favorecido y agravado la propagación de la enfermedad; mientras que las epidemias han contribuido a crisis ecológicas y sociales, y han estado asociadas a disturbios.

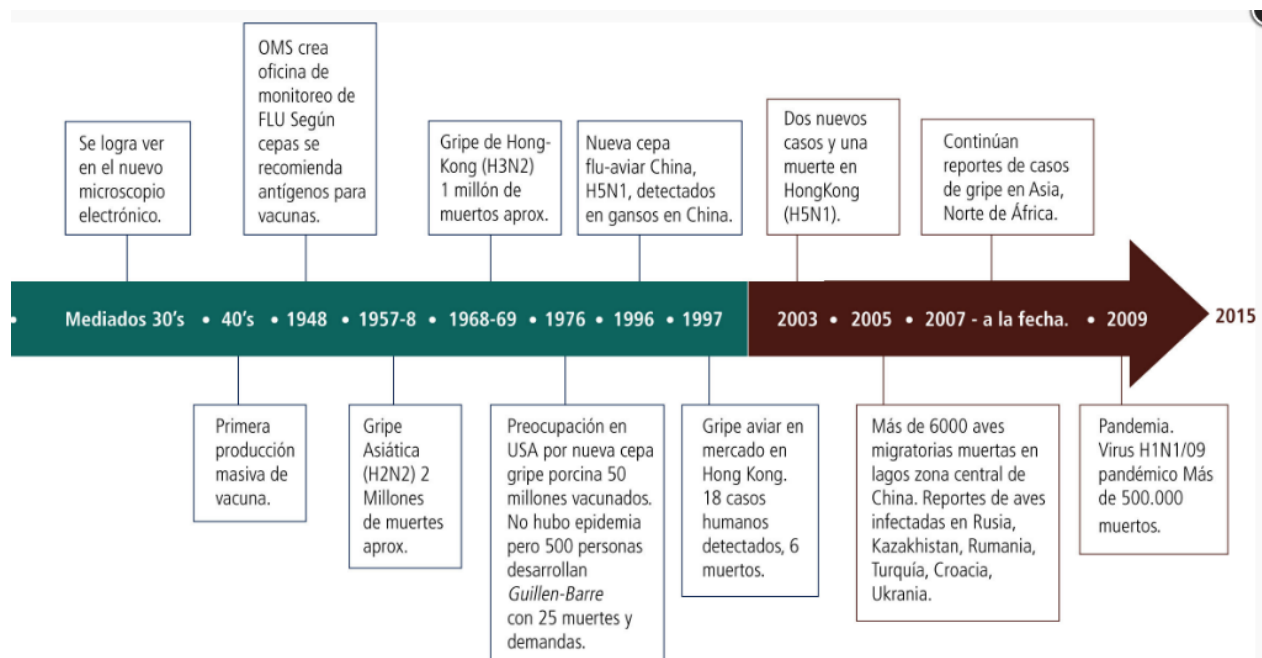
El año 1918, cuando se libraba la primera guerra mundial, la pandemia de influenza cambió el curso de la historia para los invasores y los invadidos. Esta epidemia fue responsable de entre 20 a 40 millones de muertos en el mundo en menos de un año, un efecto dos a cuatro veces superior en materia de defunciones que el producido en los cuatro años de enfrentamientos. Se calcula que la quinta parte de la población mundial estuvo infectada y que tuvo una letalidad entre el 2 y 3%, posteriormente se supo que estos eventos se debieron al virus de la Influenza A H1N1, inclusive se logró reproducir la infección por este virus en cerdos de modo experimental.⁴

Posteriormente en los años 1957, 1968 y en 1997 se presentaron pandemias con el ingreso de la Influenza H5N1 (Influenza aviar). En el Perú está documentado que en 1957 esta enfermedad ingresó por Tacna y Puno habiéndose detectado 135 292 casos con 1 081 defunciones, siendo la población económicamente activa la más afectada.

En marzo del 2009 México se presentó aumento de los casos por infecciones respiratorias agudas de manera inusual. El 18 de abril, los Estados Unidos de Norteamérica reportó dos casos de gripe porcina, resultando ser finalmente la nueva

influenza A H1N1, una cepa que contiene material genético de la influenza porcina, aviar y humana. El 25 de abril, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la “emergencia en salud pública con repercusión internacional”, y el 29 de mayo, informa que de la fase 4 se pasa a la fase 5 de la pandemia de Influenza.

La pandemia de A(H1N1) del 2009 destacó la necesidad de recopilar información sobre la gravedad de la enfermedad de una manera estandarizada y de contar con datos históricos para que los países puedan evaluar su situación actual en el contexto de las temporadas de influenza anteriores. A fin de abordar estas brechas en la capacidad de vigilancia y promover la comparabilidad de los datos de vigilancia entre los países de la Región de las Américas, la OPS publicó la Guía operativa para la vigilancia nacional intensificada de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en enero del 2011. Esta guía se ha actualizado, teniendo en cuenta la experiencia de los países con su utilización y las observaciones del personal de laboratorio y de campo que realiza tareas de vigilancia, así como las mejoras introducidas por la OMS en la definición de caso de ETI e IRAG.⁵



Revista Médica Clínica las Condes

Menciona la Organización Panamericana de la Salud en su “Guía operativa para la vigilancia centinela de la infección Respiratoria Aguda (IRAG)” que la vigilancia

centinela es la manera más eficaz de recopilar datos oportunos y de buena calidad. Se lleva a cabo normalmente con la vigilancia basada en indicadores e incluye recopilar datos de un número limitado de sitios de vigilancia de manera sistemática y rutinaria.⁵

En otras investigaciones se refiere sobre la variación del espectro de infecciones por influenza en cuanto a la gravedad y se usan diversos sistemas basados en indicadores para vigilar estos síndromes. En concreto, la vigilancia centinela de la Enfermedad Tipo Influenza (ETI) se centra en las manifestaciones leves de influenza en pacientes ambulatorios mientras la vigilancia centinela de IRAG se usa para monitorear a las personas con enfermedad más grave que se han sido admitidas a un hospital por su enfermedad respiratoria.⁵

La Influenza es una enfermedad que se encuentra en el mundo moderno. La extraordinaria capacidad de mutación del virus hace que en oportunidades la población quede desprotegida, sin inmunidad cruzada que la proteja y se generan entonces, pandemias de gran letalidad. El virus tiene la posibilidad de incubarse en diversos animales, aves y mamíferos y, ocasionalmente, se producen los cambios necesarios para saltar de especies y evolucionar luego a un estado que le permita pasar eficientemente de humano a humano. Debemos aprender de la historia y prepararnos para futuros brotes o pandemias.⁶

CAPITULO II.

Marco teórico

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años, las personas de mayores de 65 años y aquellas que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves.

La vigilancia epidemiológica de las IRAs resulta esencial para detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos en cualquier época del año y lugar del país; la identificación de los grupos poblacionales afectados; y la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados. Dicha información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular, y del sector salud en su conjunto.⁷

La vigilancia de las infecciones respiratorias agudas en la Jurisdicción Sanitaria I de Cuernavaca y a nivel estado incluye históricamente los eventos Enfermedad Tipo Influenza, Bronquiolitis en menores de 2 años, Neumonías e Infección Respiratoria Aguda Grave. Los agentes virales bajo vigilancia son virus sincicial respiratorio (VSR), adenovirus, parainfluenza 1, 2 y 3, influenza A y B (subtipos de A y linajes de B) y metapneumovirus humano en los establecimientos que realicen dicha determinación y constituyen todos ellos Eventos de Notificación Obligatoria de conformidad con lo previsto por Norma para la Vigilancia Epidemiológica 017⁸

Ampliando el tema de la influenza es una infección causada por el virus de la influenza; existen tres tipos de virus de influenza: A, B y C. Los virus tipo A se clasifican en subtipos en función de las diferentes combinaciones de dos proteínas de la superficie del virus que son la Hemaglutinina y Neuraminidasa (H y N respectivamente). Los virus de la influenza circulan por todo el mundo. Los casos de influenza C son mucho menos frecuentes que los tipos A o B, y es por ello que en las vacunas contra la influenza estacional sólo se incluyen virus de los tipos A y B.⁹

Las epidemias de influenza se repiten anualmente, durante el otoño y el invierno en las regiones templadas. La enfermedad es causa de hospitalización y muerte, sobre todo en los grupos de alto riesgo (niños pequeños, ancianos, mujeres embarazadas y enfermos de padecimientos crónicos).

Estas epidemias anuales causan de 3 a 5 millones de casos de enfermedad grave y de 250,000 a 500,000 muertes cada año. En los países industrializados la mayoría de las muertes asociadas a la influenza corresponden a mayores de 65 años. Extrapolando estas cifras a las poblaciones de América Latina y el Caribe, cabría esperar un total de 4.7 millones a 15 millones de casos de enfermedad tipo influenza en un solo año. En algunos países tropicales los virus de la influenza circulan durante todo el año, presentando uno o dos periodos de máxima actividad durante las estaciones lluviosas. (Dirección General de Epidemiología, 2012).

En su artículo 3º la Ley General de Salud dispone lo que en materia de salubridad general. Entre otras, en su fracción XVII define la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y en la Fracción XV, la prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre. A su vez el artículo 112, menciona que la educación para la salud tiene por objeto fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud.¹⁰

Vigilancia de Influenza

Los objetivos principales de la vigilancia de influenza, son: a) Alertar tempranamente a los sistemas de respuesta sobre comportamientos atípicos o la aparición de nuevos virus con potencial pandémico; b) Estimar el impacto de la influenza sobre la población y los servicios de salud; c) Evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas y de control; d) Monitorizar los tipos de virus que circulan en un país o región, sus mutaciones y su sensibilidad a los fármacos antivirales, y e) Clasificar las cepas virales, con el objeto de determinar la composición deseable de las vacunas contra influenza en las sucesivas temporadas de influenza.¹⁶

Para cumplir efectivamente estos objetivos, la OMS propuso en 2005 utilizar la vigilancia centinela, [17] y México estableció esta estrategia a partir de 2006. La vigilancia centinela consiste en la recolección, integración, verificación y análisis de información epidemiológica, detallada en un reducido conjunto de unidades monitoras. Este modelo es más eficiente que la vigilancia general, porque obtiene información más exhaustiva y detallada con una inversión menor. La mayor riqueza de esta información consiste en hacer análisis más completos y, por lo tanto, orientar mejor las intervenciones de prevención y control.¹⁶

Actualmente operan en México 636 Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI). Estas unidades fueron seleccionadas con base en sus capacidades diagnósticas y su infraestructura tecnológica. Las USMI representan ampliamente al Sistema Nacional de Salud y a las entidades federativas, pero, a diferencia de la vigilancia general, la vigilancia centinela no pretende una cobertura total de notificación.¹⁶

Vigilancia centinela

La vigilancia es esencial para vigilar los eventos que podrían poner en peligro la salud de una población y adoptar oportunamente medidas de prevención y control apropiadas. Un sistema eficaz de vigilancia desempeña las siguientes funciones:¹⁰

- Recopilación, notificación y consolidación de datos;
- Análisis e interpretación sistemáticos de los datos;
- Información oportuna del análisis de datos para los tomadores de decisiones;
- Retroalimentación sobre los análisis de datos a los encargados de proporcionar los datos y a otras partes interesadas;
- Detección, evaluación y respuesta a tendencias inusuales en los datos; y
- Garantía de la calidad.

La meta fundamental de la vigilancia de la influenza es reducir al mínimo el impacto de la enfermedad, proporcionando información útil a las autoridades de salud pública con objeto de facilitar la planificación de medidas de control e intervención apropiadas, asignar recursos sanitarios y recomendar estrategias para el manejo de casos. La meta específica de la vigilancia de la influenza es proporcionar datos oportunos y de buena

calidad, así como aislamientos de virus, a fin de que se puedan llevar a cabo las siguientes tareas:¹¹

- Describir la estacionalidad de la influenza.
- Señalar el comienzo y el final de la temporada de influenza.
- Proporcionar virus candidatos para la producción de vacunas.
- Describir el carácter antigénico y la composición genética de los virus circulantes.
- Detectar y vigilar los grupos que presentan un gran riesgo de enfermedad grave y complicaciones por la infección.
- Determinar la situación inicial de la influenza y enfermedades graves relacionadas con la influenza a fin de evaluar el impacto y la gravedad de cada temporada y de eventos pandémicos futuros.
- Generar datos sobre influenza que puedan usarse durante estudios enfocados a estimar la carga de influenza y ayudar a los tomadores de decisiones a priorizar recursos y planear intervenciones de salud pública.
- Identificar los tipos y los subtipos de virus que estén circulando localmente y su relación con la distribución mundial y regional.
- Contribuir a comprender la relación entre las cepas de virus y la gravedad de la enfermedad.
- Vigilar la sensibilidad a los antivirales.
- Detectar eventos inusuales e inesperados como brotes de influenza fuera de la estación característica, influenza grave en trabajadores de salud, o conglomerados de fracasos de las vacunas que pueden anunciar un nuevo virus de influenza.

Además, al proporcionar datos sobre la situación inicial, los sistemas de vigilancia también pueden ofrecer una plataforma para la evaluación de la eficacia de intervención.

La estrategia de vigilancia por Unidades Centinela consiste en una actividad intensiva para obtener información con mayor nivel de detalle, desde una o varias unidades de atención de la salud seleccionadas.¹²

Las condiciones para que un establecimiento pueda cumplir actividades de unidad centinela de ETI son las siguientes:

1. Contar con un equipo de médicos centinela que cumplan la actividad de manera regular.
2. Poder garantizar el diagnóstico etiológico en el muestreo establecido.
3. Registrar de manera sistemática la cantidad de consultas totales, la cantidad de consultas por ETI y los casos estudiados y positivos para Influenza y otros virus respiratorios.

Las condiciones para que un establecimiento pueda cumplir actividades de unidad centinela de IRAG son las siguientes:¹²

1. Contar con un equipo dentro del hospital para cumplir con la actividad de manera regular.
2. Poder garantizar el diagnóstico etiológico de todos los casos internados por IRAG.
3. Registrar de manera sistemática la cantidad de internaciones; la cantidad de internaciones por IRAG, la cantidad de fallecidos, la cantidad de fallecidos por IRAG y el diagnóstico etiológico de virus respiratorios en todos los casos, así como los factores de riesgo, antecedentes de vacunación y tratamientos recibidos.

Funciones y/ actividades a realizar por las unidades centinelas:

Identificación de Casos

Entre los pacientes ambulatorios y hospitalizados, hay que detectar diariamente aquellos que se cumplan en los criterios establecidos de caso de ETI e IRAG.

La Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10), puede servir de referencia. Las infecciones de las vías respiratorias superiores se clasifican de J00 a J06, en tanto que la influenza, la neumonía y otras infecciones de las vías respiratorias inferiores se clasifican de J09 a J18 y de J20 a J22.

Hay que cerciorarse siempre de que el caso se encuadre en la definición de caso de ETI e IRAG.

Recopilación e ingreso de datos¹³

Llenar el formulario o los formularios para la recopilación de datos individuales

A fin de determinar las características epidemiológicas de los casos de ETI e IRAG los datos esenciales que deben proporcionarse son los siguientes:

- Sexo del paciente.
- Edad del paciente.
- Fecha de inicio de la fiebre.
- Factores de riesgo y/o comorbilidades.
- Presencia o ausencia de una muestra respiratoria.
- Agente causal identificado.

Esta información debe proporcionarse de inmediato tras la detección de un caso y notificarse todos los que se cumplan en la definición de caso de IRAG, aunque no se haya obtenido una muestra. A medida que se va recopilando más información, hay que ingresarla en el formulario o en la base de datos cuanto antes. Una vez ingresados todos los elementos clínicos, epidemiológicos y resultados de laboratorio, hay que completar la evolución del paciente (alta, en tratamiento, seguimiento terminado, seguimiento domiciliario o defunción) para cerrar el caso en el sistema de información.

Obtención de muestras¹⁴

Estas pueden ser exudado faríngeos, nasofaríngeos, por aspiración bronquial o biopsia) de las vías respiratorias.

Muestreo sistemático de pacientes con ETI e IRAG.

La vigilancia centinela de IRAG es más eficaz cuando a los casos se les realizan pruebas de laboratorio para virus respiratorios. Cuando se combina con las pruebas de laboratorio, la vigilancia sindrómica, tanto de enfermedad leve como grave, contribuye a comprender el espectro completo de enfermedad vírica respiratoria, incluidas las diferencias en la epidemiología de diversos tipos y subtipos del virus de influenza, los factores que influyen sobre los individuos a mayor riesgo de tener enfermedad grave, y el impacto que las IRAG están teniendo en los sistemas de salud.

Lo ideal es tomar muestras respiratorias a todos los pacientes del sitio centinela. De no ser factible, hay que adoptar una estrategia de muestreo para la selección de pacientes a los que se les tomarán muestras. Es importante que los casos se seleccionen de una manera que reduzca el sesgo al mínimo para que los datos recopilados ilustren con exactitud la distribución de los factores de riesgo, el impacto de las ETIs e IRAG en los diferentes grupos etarios, el patrón general de la enfermedad y que puedan extrapolarse al número total de casos que se presentan en busca de atención.

En general, cuanto mayor sea la proporción de casos de IRAG de los cuales se obtengan muestras clínicas para pruebas virológicas, menor será el sesgo. Sin embargo, el número total de pacientes seleccionados para pruebas virológicas dependerá tanto de la capacidad del establecimiento para procesar, almacenar y enviar muestras como de la capacidad del laboratorio para procesar, almacenar y analizar las muestras.

Obtención, almacenamiento y transporte de muestras¹⁴

- Preparar los materiales para la obtención de muestras.
- Obtener las muestras, prestando especial atención a las normas de control de infecciones y bioseguridad (cubre bocas, guantes goggles), usando el equipo de protección personal (EPP) apropiado.
- Anotar los datos de la muestra en el formulario de notificación individual.
- Preparar las muestras para su almacenamiento y transporte de conformidad con las normas de bioseguridad y enviarlas al laboratorio del hospital con una copia del formulario de notificación. Anteriormente en el programa de influenza se contaba con un formulario para el envío de las muestras el cual a raíz del cambio de los responsables de programa se ha perdido el control de los envíos.
- Resultados de las pruebas de laboratorio. A través del sistema que se lleva a nivel nacional es posible conocer vía electrónica el resultado antes de que sean impresos y enviados a la unidad responsable del envío.

Análisis e interpretación de los datos. Monitoreo y evaluación

La finalidad del monitoreo y la evaluación de los sistemas de vigilancia es que los datos recopilados sean de buena calidad, que el sistema esté cumpliendo los objetivos enunciados y que esté funcionando de la forma prevista. Es importante examinar sistemáticamente los datos antes del análisis para comprobar que sean oportunos, completos y consistentes.

Una evaluación minuciosa periódica del sistema de vigilancia permite que los usuarios e involucrados directos comprendan mejor cómo está funcionando el sistema, si todos los sitios están funcionando de manera satisfactoria y en qué áreas el sistema podría beneficiarse de capacitaciones actualizadas a profesionales, de manejo y análisis de datos, u otras actividades.¹⁵

Se debe hacer regularmente una evaluación integral del sistema de vigilancia, comenzando uno o dos años después de su implementación, especialmente si se considera la posibilidad de ampliarlo. Las evaluaciones del sistema deben abarcar todos los niveles (nacional, de sitio y de laboratorio) a fin de procurar que todas las partes del sistema trabajen juntas de la manera más eficaz posible. Evaluación del programa de influenza. Indicadores caminando a la excelencia.

Es una iniciativa de evaluación de la Subsecretaría de prevención y Protección a la Salud (SSPS). La tarea fundamental consiste en elaborar con periodicidad trimestral un boletín con los principales indicadores de proceso, estructura y/o de resultado de cada uno de los Programas de Acción, para poder evaluar su funcionamiento y operación de forma integral del padecimiento. De acuerdo con la Dirección General de Epidemiología en los Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza actualizados en 2012 y vigentes a la fecha los criterios de evaluación son los siguientes:

1. Oportunidad: en donde se evalúa que el número de casos sospechosos de influenza sean notificados durante las primeras 24 horas de la detección del mismo.
2. Clasificación oportuna de los casos: es el número de casos sospechosos de influenza con resultado en los primeros 5 días a partir de la llegada al laboratorio.
3. Cobertura: evaluación del monitoreo semanal de casos de influenza en donde ante el registro de no casos se considera red negativa.

4. Muestreo a pacientes ambulatorios: es la detección de todos los casos que cumplan con criterios de ETI y la toma de muestra a solo el 10% de los casos sospechosos detectados
5. Muestreo a pacientes hospitalizados: Es la toma de muestra al 100% de los pacientes que cumplan con criterio IRAG.
6. Calidad de la muestra: muestras enviadas al laboratorio que cumplan con los estándares de calidad y tiempos establecidos a nivel nacional.

Indicadores de evaluación ¹⁶

Los indicadores de evaluación permiten identificar áreas de oportunidad para mejorar el desempeño del sistema de vigilancia epidemiológica, es decir, permiten detectar puntos críticos, mostrando distintos aspectos de operación del sistema, en influenza los indicadores de evaluación son: cobertura, oportunidad, calidad de la muestra, clasificación final, proporción de muestreo en hospitalizados, proporción de muestreo en ambulatorios.

La evaluación de los indicadores se realizará en todos las USMI's de forma mensual y/o trimestralmente y cuando así se requiera por la situación epidemiológica.

Indicador de Cobertura: Mide el cumplimiento de la notificación en la plataforma por parte de las USMI

Construcción:

A) Cobertura Temporada Alta (Porcentaje de semanas con reporte de casos sospechosos + porcentaje de semanas con Red Negativa) – (Porcentaje de Red Negativa excedente al 20%).

B) Cobertura Temporada Baja (Porcentaje de semanas con reporte de casos sospechosos + porcentaje de semanas con Red Negativa) – (Porcentaje de Red Negativa excedente al 80%).

Donde:

. Porcentaje de semanas con reporte de casos sospechosos =

$$\frac{\text{Semanas con reporte de casos sospechosos}}{\text{Total de semanas del periodo notificado}} \times 100$$

. Porcentaje de semanas con Red negativa =

$$\frac{\text{Semanas con reporte de Red Negativa}}{\text{Total de semanas del periodo notificado}} \times 100$$

Cobertura Temporada Alta: Comprende los meses de enero a marzo y de octubre a diciembre.

Cobertura Temporada Baja: Comprende los meses de abril a septiembre.

Escala:

Bueno: >del 80%

Regular: entre 60 y 79%

Malo: <del 60%.

Indicador de Oportunidad: Mide el cumplimiento de la notificación en plataforma de casos sospechosos a Influenza, en 24 horas o menos del primer contacto con los servicios de salud.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos notificados en plataforma oportunamente (Fecha de registro - fecha de ingreso)}}{\text{Total de casos registrados en la plataforma de influenza}} \times 100$$

Escala:

Bueno: >del 80%

Regular: entre 60 y 79%

Malo: <del 60%.

Indicador Calidad de Muestra: Mide el cumplimiento del envío de muestras adecuadas para su procesamiento en el laboratorio.

Construcción:

$$\frac{\text{Número de muestras enviadas por USMI para diagnóstico de influenza, aceptadas por laboratorio}}{\text{Total de muestras enviadas por USMI al laboratorio para el diagnóstico de influenza}} \times 100$$

Escala:

Bueno: 91 -100%

Regular: 90 - 81%

Malo: 80% o menos.

Indicador Clasificación Final: Mide el cumplimiento en la clasificación del caso en plataforma.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos de ETI/IRAG muestreados notificados en plataforma con resultado de laboratorio}}{\text{Casos ETI/IRAG ingresados a plataforma de influenza con toma de muestra}} \times 100$$

Escala:

Bueno: >del 90%

Regular: entre 80 y 89%

Malo: <del 80%

Indicador Proporción de Muestreo en Hospitalizados: Mide el cumplimiento del 100% de muestreo en casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) a hospitalizados, del total de casos IRAG hospitalizados identificados y notificados.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos IRAG hospitalizados con muestra tomada}}{\text{Total de casos IRAG hospitalizados notificados}} \times 100$$

Escala:

Bueno: 91-10%

Regular: 81-90%

Malo: menor del 80%

Indicador Proporción de Muestreo en Ambulatorios: Mide el cumplimiento del 10% de muestreo en casos ETI ambulatorios, del total de casos ETI ambulatorios identificados y notificados.

Construcción:

$$\frac{\text{Casos ETI ambulatorios con muestra tomada}}{\text{Total de casos ETI ambulatorios notificados}} \times 100$$

Escala:

Bueno: 0-10%

Regular: 1-30 %

Malo: mayor del 31%

Modelo de enfermería

La enfermería está ganando espacio con la llegada de la investigación y el uso de las teorías, pasando a ser vista como una disciplina importante en el área de salud, además de desempeñar un papel relevante en la promoción, prevención y rehabilitación de la salud.¹⁷

Las teorías y modelos conceptuales no son realmente nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería. Así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería todos los profesionales de enfermería tienen una imagen privada de la práctica de enfermería y esta influye en las decisiones y guía las acciones que tomamos.¹⁸

Las teorías comprenden un conjunto de conceptos y presupuestos, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo.

Las primeras teorías de enfermería se originaron en la década de los sesenta, buscando la relación entre los hechos para el establecimiento de una ciencia de enfermería y una explicación de los acontecimientos referentes al universo natural.

Según el artículo de la Universidad de CUACA del programa de enfermería cuyo título es Fundamentos de enfermería. Los modelos y teorías de enfermería se aplican para

facilitar la práctica de enfermería en la Investigación, Educación, administración y práctica clínica.

En relación a la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje.

En la administración; provee una estructura sistemática para observar las situaciones e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular.

En la práctica clínica; proveen guías generales para la práctica con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por el modelo conceptual y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería (PAE). Es fundamental enmarcar, que la aplicación de los modelos y teorías de enfermería debe estar basado en el método de trabajo de enfermería o PAE.

En relación a la investigación; las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación. Al guiar el proceso de investigación bajo el enfoque de una teoría o modelo conceptual se podrá garantizar el obtener resultados con posibilidades de ser generalizados no solo a los sujetos de estudio sino a otros sujetos con características similares, debido a que estos enfoques fueron creados a partir de observaciones repetidas. La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se puede desechar o realizar modificaciones con base a los resultados obtenidos. Los modelos conceptuales son una base del ejercicio de la Enfermería y contienen en sí mismos los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de los "cuidados". Estos postulados constituyen el cómo y el porqué de la profesión de Enfermería.

Teoría del logro de metas de Imogene King.

Datos biográficos:¹⁹

1923 Imogene King nació el 23 de Enero en West Point (Estados Unidos).

1945 Finalizó sus estudios básicos de Enfermería en la Escuela de Enfermería de San Juan.

1948 Obtuvo su título como Licenciada en Enfermería.

1957 Se graduó como Master en la misma disciplina.

1961 Se Doctoro en Educación en la Universidad de Columbia, preparando una maestría en Enfermería basada en el marco Conceptual Enfermero.

1971 Publicó su libro “Hacia una Teoría de Enfermería: Conceptos Generales de la conducta Humana”

1981 Perfeccionó sus teorías en un nuevo libro “Una teoría para Enfermería: Sistemas, Conceptos y Procesos”

2007 Falleció el 24 de Diciembre, en Pasadena (Estados Unidos)

Esta corriente comenzó a desarrollarse a principios de siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor causal era la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. Por lo cual creemos que este teoría responde a este paradigma en sus dos orientación, la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad unida a la práctica médica, porque: ¹⁹

- El interés central de la Enfermería es el ser humano, en interacción con su entorno, lo que conduce a las personas a un Estado de Salud entendido como la Capacidad para desempeñar un Rol social.
- Planifica, aplica y evalúa los cuidados enfermeros.
- Aporta conocimientos y habilidades para el proceso de atención de enfermería aplicado a un individuo visto desde tres dimensiones: personal, interpersonal y social en continua interacción.

A nivel de Jurisdiccional se ha observado deficiencias que se ven reflejadas en la evaluación de los indicadores que se realiza al programa de influenza y no solo afectando un programa sino que los usuarios que acuden con sintomatología probable de influenza pueden no tener un diagnóstico certero. Por ello en este trabajo se pretende utilizar la teoría del logro de metas de Imogene King para que la información recabada aporte información significativa para poder realizar una propuesta de intervención e incrementar el nivel de conocimientos del personal de salud respecto al padecimiento y los procedimientos establecidos a realizar.

CAPITULO III.

Métodos

Tipo de investigación. Cuantitativo

Diseño de la investigación. Observacional analítico transversal

Definición de variables e indicadores

Variable dependiente.

Unidades de Salud Monitoras de Influenza.

Variables independientes.

Indicadores de evaluación del programa de influenza

Definición		Metodológicamente		Estadísticamente			
				Cuantitativa		Cualitativa	
Conceptual	Operacional	Dependiente	Independiente	Continua	Discreta	Nominal	Ordinal
Unidades de Salud Monitoras de Influenza: Unidades de Salud establecidas estratégicamente para la vigilancia centinela de la enfermedad.	Bueno Regular Malo	X					X
Cobertura: Mide el cumplimiento de la notificación en la plataforma por parte de las USMI	Bueno Regular Malo		X				X
Oportunidad: Mide el cumplimiento de la notificación en plataforma de casos sospechosos a Influenza, en 24 horas o menos del primer contacto con los servicios de salud.	Bueno Regular Malo		X				X

Calidad de Muestra: Mide el cumplimiento del envío de muestras adecuadas para su procesamiento en el laboratorio.	Bueno Regular Malo		X				X
Clasificación Final: Mide el cumplimiento en la clasificación del caso en plataforma	Clasificación Final: Definición: Mide el cumplimiento en la clasificación del caso en plataforma		X			X	
Muestreo en Hospitalizados: Mide el cumplimiento del 100% de muestreo en casos IRAG hospitalizados, del total de casos IRAG hospitalizados identificados y notificados	Bueno Regular Malo.		X				X
Muestreo en Ambulatorios: Mide el cumplimiento del 10% de muestreo en casos ETI ambulatorios, del total de casos ETI ambulatorios identificados y notificados	Bueno Regular Malo.		X				X
Antigüedad: tiempo que ha estado prestando servicios en la institución.	0 a 5 años 6 a 10 años 11 a 19 años 20 años o +		X				X
Nombramiento laboral: tipo de contrato con el que se encuentra actualmente	Voluntario / Contrato / Homologado / Base		X			X	
Escolaridad: ultimo nivel de estudios	Técnico / Licenciatura / Maestría / Doctorado		X				X

Tiempos para la toma de muestra de casos ambulatorios	1 a 3 días / 1 a 7 días		X	X			X
Tiempos para la toma de muestra de casos hospitalizados	1 a 3 días / 1 a 7 días		X				X
Tiempo en que se traslada la muestra a partir de su toma	0 / 1 / 2 a 5 6 o mas		X				X
Número de casos que se deben de reportar antes de la toma de muestra	Aceptable No aceptable		X			X	
Numero de evaluaciones trimestrales ha recibido	0/ 1/ 2/ 3 o mas		X				X
Cantidad de Medio de Transporte Viral permitido	1.5/ 2 2.5 3.5		X				X

Población y muestra

La población muestra será personal médico y de enfermería encargados de la atención y muestreo de pacientes con Enfermedad Tipo Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave en el Centro de Salud Tres Marías, Hospital General Regional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) No.1, Unidad Médico Familiar IMSS 20 y Hospital General de Cuernavaca “Dr. José G. Parres” y Hospital Centenario de la Revolución del Instituto de Seguridad Social y de Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Personal médico 7

Personal de enfermería 4

Técnicas de análisis de datos.

Cuestionario

Instrumentos de recolección de datos.

- Base de datos de los registros en la plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) del programa de influenza.
- El instrumento recolecta información sobre las unidades de vigilancia centinela, está estructurado por cuatro secciones:
 - La primera son datos sociodemográficos como: sexo, edad, escolaridad.
 - La segunda características laborales: código, tipo de contrato, antigüedad.
 - La tercera: número de funciones realizadas en la unidad de salud.
 - La cuarta: conocimientos generales de la evaluación del programa

Confiabilidad. Las estadísticas que reflejan el desempeño de la unidad centinela son extraídas de la plataforma del Sistema para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza de la Dirección General de Epidemiología creada por epidemiólogos expertos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Personal médico y de enfermería encargados de la atención y muestreo de pacientes con Enfermedad Tipo Influenza e Infección Respiratoria Aguda Grave en el Centro de Salud Tres Marías, Hospital General Regional del IMSS No.1, Unidad Médico Familiar IMSS 20 y Hospital General de Cuernavaca “Dr. José G. Parres” y Hospital Centenario de la Revolución del ISSSTE.

Mayores de edad.

Que acepten participar.

Firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Personal médico y de enfermería de unidades y centros de salud que no realicen vigilancia centinela de influenza.

Personal médico y de enfermería de unidades no autorizadas por la Jurisdicción Sanitaria I, Cuernavaca.

Criterios de eliminación

Participantes con menos del 80% de la información en el instrumento de recolección de datos.

Personal de las unidades centinelas que no deseen participar.

Descripción de las técnicas y procedimientos más importantes

Se descargará una base correspondiente a los registros realizados de enero del 2013 a septiembre de 2018 para analizar el desempeño en base a los indicadores que evalúen el programa de influenza.

Se utilizará un cuestionario cerrado donde se pueda detectar los conocimientos generales de la enfermedad, técnicas para la toma de muestras y traslados, conocimiento sobre tiempos para la notificación, toma de muestra, criterios de selección de casos, porcentaje de muestreo en pacientes ambulatorios y hospitalizados, criterios de referencia y educación al paciente.

Análisis estadístico.

Se realizará un corredor endémico de las enfermedades respiratorias reportadas por unidad centinela y general, se realizará un análisis descriptivo de las variables de interés para la obtención de frecuencia relativa. Posteriormente se realizará un análisis bivariado comparando la variable dependiente con la variable independiente, así como con las covariables.

Finalmente se realizará un análisis de correlación utilizando la χ^2 , que se considera una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica, indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas. Se utilizará el programa Stata versión 14 (Stata corp., Texas, EUA) para realizar el análisis estadístico de la información.

Consideraciones éticas y de bioseguridad

El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, expresa el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona y establece los lineamientos y principios a los cuales deberá someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.²⁰

Los instrumentos son diseñados respetando el anonimato del participante.

La Comisión Nacional de Bioética define al consentimiento informado como la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Este no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal del área de vigilancia epidemiológica de influenza a personal de salud responsable de la atención al paciente y que se plasma en un formato.

Mediante este, el personal de salud le informa al paciente competente en calidad y en cantidad suficiente sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento de diagnóstico y terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva y las posibles alternativas.²¹

Durante el desarrollo de la investigación se tomará en cuenta no producir daño, mostrar respeto por la autodeterminación de los sujetos, maximizar los beneficios y minimizar los daños o equivocaciones.

La investigación sustentará los parámetros éticos, incluyendo participación voluntaria, manejo de confidencialidad de la información y autorización de las instancias pertinentes. Se realizará el consentimiento informado a cada personal médico y enfermería a quienes se le aplicará el cuestionario, colocando su firma de aceptación para participar en el desarrollo del mismo²¹ (anexo 2).

También se tomarán los siguientes principios:²²

Principios de autonomía: Durante el estudio, cada persona tuvo el derecho de decidir en la participación del mismo.

Principio de confidencialidad: el estudio que se efectuó personal y guardo la individualidad, la discreción y el respeto a cada uno (a).

Principio de anonimato: Toda persona puede decidir a no ser publicado su participación en el estudio.

Limitaciones

Disposición por parte del personal a estudiar para brindar información o disposición de tiempo por parte de ellos por las actividades laborales.

Referencias bibliográficas

1. Juan García García, Celso Ramos. La influenza, un problema vigente de salud pública. Centro de Investigaciones sobre Enfermedades Infecciosas, INSP; 2006; 248.
2. Alethse de la Torre, Alejandro E. Macías et al. Centinelas de la influenza pandémica en México: Perspectivas de la vigilancia epidemiológica y el control. RDU UNAM 2010; 5.
3. Dlarde- Arellano. La influenza Parte 1: Aspectos históricos. Sociedad médica del Hospital General de Culiacán “Dr. Bernardo J. Gastelum” vol.3 2009; .21-25
4. César Cabezas. Nueva Influenza A H1N1: inexorable expansión de la pandemia al hemisferio sur. Rev. Perú. MESP v.26 2009; 2.
5. Carlos Alonso Reynoso. La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias., Desacatos no.32 México 2010; 37.
6. Organización Panamericana de la Salud: Guía operativa para la vigilancia centinela de la infección Respiratoria Aguda 2014; 5-8.
7. Guillermo Acuña L., La influencia de la Influenza en la Historia de Occidente. RMCC 2014;403.
8. Ministerio de la Salud Panamericana., Recomendaciones para la vigilancia, prevención y atención de las Infecciones Respiratorias Agudas en Argentina. 2014;1.
9. Dirección General de Epidemiología 2018.
10. Alexander Piñón Ramos. Caracterización molecular de los virus influenza A y B en Cuba durante el período 2006-2010 y de marcadores inmunológicos relacionados a la gravedad de la enfermedad, s.f; 1-3.
11. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario.
12. Organización Panamericana de la Salud: Guía operativa para la vigilancia centinela de la infección Respiratoria Aguda 2014;15.
13. Dirección General de Epidemiología., Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica de influenza 2017; 7-19.

14. Dirección General de Epidemiología., Lineamientos para la Vigilancia Epidemiológica de influenza por laboratorio. Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológico 2015; 19-26.
15. Organización Panamericana de la Salud: Guía operativa para la vigilancia centinela de la infección Respiratoria Aguda 2014; 22.
16. Dirección General de Epidemiología. Caminando a la Excelencia. Manual Metodológico 2017; 39-42.
17. Elsa Yolanda Carvajal, Beatriz Sánchez Herrera., Los Modelos de Enfermería Aplicados en la Práctica Clínica: Revisión Integrativa, Manizales 2018; 3-5.
18. Fanny Cisneros G., Teorías y Modelos de Enfermería., Universidad de CUACA., Popayán 2005; 1, 12.
19. José Colmenarez. Modelos y Teorías de Enfermería Comunitaria 2012; 4-5, 12
20. Ley General de Salud 2006
21. Comisión Nacional de Bioética 2015.
22. Alfredo Bermúdez González et. al., Principios Éticos para la Investigación en la ENEO, UNAM 2013; 6-7.

Anexos

Anexo 1

Título de la investigación: Estrategias para mejorar el desempeño en Unidades Centinelas en la Jurisdicción Sanitaria I, Cuernavaca.

Investigador principal: Gloria Rodríguez Suárez

Nombre ó iniciales del participante: _____

Edad: Sexo: Masculino Femenino

Escolaridad: Carrera técnica Licenciatura

Postgrado Doctorado

Años de servicio: 0 a 5 años 6 a 9 años

10 a 19 años 20 ó +

Tipo de contrato: Voluntario Contrato

Homologado Base

Número de funciones que desempeña en la unidad:

1 2 a 5 6 ó +

Seleccione la respuesta correcta:

De acuerdo a los Lineamientos para la vigilancia epidemiológica de influenza.

1. Tiempos para la toma de muestra a casos ambulatorios:

1 a 3 días 1 a 7 días

2. Tiempos para la toma de muestra a casos hospitalizados:

1 a 3 días 1 a 7 días

3. Tiempos establecidos para el traslado de la muestra a partir de la fecha de toma:

24 horas 48 horas 72 horas 90 horas

4. El porcentaje de muestreo a pacientes ambulatorios es al _____ %
 5. El porcentaje de muestreo a pacientes hospitalizados es al _____ %
 6. El número de toma de muestras lo realiza de acuerdo al porcentaje establecido.
-

7. Cantidad de medio de transporte viral permitido por el Laboratorio Estatal de Salud Pública.

1 ml 2 ml 2.5 ml 3.5 ml

8. Conoce cómo se realiza las evaluaciones al programa de influenza

Si No

9. A través de que se realiza la evaluación.
-

10. Numero de evaluaciones por escrito que se le han entregado como unidad de salud monitora de influenza.

1 2 3 ó + Ninguna Desconoce

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Título de la Investigación: Estrategias para mejorar el desempeño de las Unidades Centinelas de Influenza en la Jurisdicción Sanitaria I, Cuernavaca.

Investigador principal: Gloria Rodríguez Suárez

Sede de la investigación: Unidad Centinela _____

Nombre del participante: _____

La presente investigación es conducida por Gloria Rodríguez Suárez, y tiene la finalidad de detectar factores que influyen en el desempeño en unidades centinelas del programa de influenza de la Jurisdicción sanitaria I, Cuernavaca

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en cuestionario con opciones cerradas. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La información recabada se analizará para el desarrollo de estrategias que la mejora de desempeño de la Unidad Centinela.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____ . He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



Cuernavaca Mor, a 20 de Diciembre del 2018

DRA. CLARA IRENE HERNANDEZ MARQUEZ
JEFE DE POSGRADO
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los **votos aprobatorios** de la tesis titulada: **ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO EN UNIDADES CENTINELAS DE INFLUENZA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA I, CUERNAVACA**, trabajo que presenta la **C. RODRÍGUEZ SUÁREZ GLORIA**, quien cursó el **POSGRADO: MAESTRÍA EN ENFERMERÍA** en la Facultad de Enfermería de la UAEM.

Lo anterior con la finalidad de continuar con los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*		
	APROBADO	SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
M.A.C. ALMA ROSA MORALES PÉREZ			
M.F. CLAUDIA RODRÍGUEZ LEANA			
M. EN C. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS			
M.E. DULCE KRYSTAL DAMIÁN MENDOZA			
MTRA. CARMEN ISABEL SERRANO RAMÍREZ			

*En estos casos debe notificarse al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).