

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA**  
**POSTGRADO EN ENFERMERIA**



**“FACTORES RELACIONDOS A INFECCIONES NOSOCOMIALES  
QUIRURGICOS “HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL INSTITUTO  
HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL” SEGÚN TEORÍAS DE AUTO  
CUIDADO Y EL ENTORNO”**

**Presentado por:**

**CLARIZA CLARIBEL RAMOS LOVO**

**SADY YANORY MEJIA OSORIO**

**Previo a la opción del grado de:**

**ESPECIALISTA ENFERMERIA EN QUIROFANO**

**TEGUCIGALPA M. D. C 07 DE DICIEMBRE DEL 2010**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACION DE ENFERMERIA**  
**POSTGRADO DE ENFERMERIA**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**RECTORA:** LICDA. JULIETA CASTELLANOS

**SECRETARIA GENERAL:** ABOGADA ENMA VIRGINIA RIVERA MEJIA

**DIRECCION DE SISTEMAS DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS:**

LICENCIADA OLGA JOYA

**AUTORIDADES DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**DECANO:** DR. MARCO TULIO MEDINA

**SECRETARIA:** LICDA. TRINIDAD DE JESÚS VÁSQUEZ

**AUTORIDADES DE ESCUELA DE ENFERMERIA**

**DIRECTORA:** LICENCIADA REINA LIDYLIA GROGAN

**COORDINADORA:** LICENCIADA OLGA EDITH ALMENDREZ

**COORDINADORA POSTGRADO EN ENFERMERIA:**

MsC. MYRNA L. VASQUEZ AGUILERA DE CRUZ

## DEDICATORIA

A nuestro Dios todopoderoso, que nos ha permitido culminar con éxito una Parte muy importante de nuestra vida profesional.

A nuestras familiares gracias por su valioso apoyo: padres, esposos, hijos, hermanos, amigos.

A nuestras maestras por orientarnos y compartir con nosotras sus conocimientos y experiencia

A nuestra asesora por su paciencia y apoyo.

## AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestra sincera gratitud a todas las personas que directa e indirectamente han colaborado en el desarrollo y culminación de nuestra meta.

A mi madre por todo el apoyo económico, emocional, que me brindo en los momentos difíciles y de alegría en esta especialidad

A mi amado esposo por comprenderme y apoyarme en todo lo largo de esta especialidad cuidando a nuestros hijos.

A mis amados hijos por apoyarme y permitirme concentrarme cuando tuve necesidad, por no estar con ellos, habían días que ni si quiera los miraba.

A nuestras maestras: por su guía, apoyo y conducción en este camino y muy especialmente a nuestra tutora Licda. Mirna Vásquez quien con sus conocimientos, disposición, tiempo y paciencia nos oriento para hacer posible nuestra meta.

# INDICE

## CONTENIDO

AGRADECIMIENTO.....	4
INDICE .....	5
CAPÍTULO I.....	9
DISCRIPCION DEL PROBLEMA .....	10
JUSTIFICACION.....	12
OBJETIVOS .....	14
OBJETIVO GENERAL.....	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
HIPÓTESIS .....	15
CAPÍTULO II.....	16
MARCO TEORICO.....	16
FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES .....	19
DEFINICION DE CASOS.....	21
ESTUDIOS RELACIONADOS.....	28
CAPÍTULO III.....	32
METODOLOGÍA.....	32
TIPO DE ESTUDIO.....	32
AREA DE ESTUDIO.....	32
UNIVERSO Y MUESTRA. ....	33
CRITERIOS DE INCLUSION .....	33
CRITERIOS DE EXCLUSION .....	33
FUENTES DE DATOS PARA EL ESTUDIO .....	34

VARIABLES .....	34
DEFINICIÓN DE VARIABLES INSTRUMENTO # 1.....	34
VARIABLES DEL INSTRUMENTO # 2.....	38
DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO # 3 .....	40
MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	43
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS .....	44
LIMITACIONES .....	44
ÉTICA DEL ESTUDIO.....	45
CAPÍTULO IV .....	45
FACTORES CONDICIONANTES BASICOS (FCB) DE PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO SEGÚN TEORIA DE OREM .....	45
FACTORES RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES .....	48
Factores relacionados al personal de salud .....	48
CAPITULO V .....	74
DISCUSION .....	74
RECOMENDACIONES: .....	79
BIBLIOGRAFÍA .....	80
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DE SALUD Y PACIENTES.....	85
CONSENTIMIENTO INFORMADO (Paciente) .....	89
CONSENTIMIENTO INFORMADO (Personal de salud) .....	91
INSTRUMENTO # 1 APLICADO AL PERSONAL DE SALUD.....	92
INSTRUMENTO #2 ENTREVISTA Y OBSERVACIÓN APLICADO AL PACIENTE POST QUIRÚRGICO	102
INSTRUMENTO # 3 GUIA DE OBSERVACION DEL AMBIENTE HOSPITALARIO. ....	109

## RESUMEN

Las infecciones nosocomiales son tan antiguas como el hospital mismo y no es, si no hasta mediados de 1800 que se identifica la participación del personal de salud. En un estudio prospectivo transversal en 90 pacientes sometidos a cirugía electiva, en los diferentes quirófanos del Hospital Escuela ,(Honduras) de los 90 casos estudiados en 78 (86.6%) se emplearon circuitos reutilizados encontrando que había en ellos crecimiento de bacterias y hongos en más de un punto de los 6 investigados, los microorganismos que crecieron fueron: estafilococos, bacilos gran negativos bacilos sp y entre los hongos penicillium sp, cándida sp, y cándida albicans. se observo que los quirófanos más contaminados eran los utilizados para emergencias quirúrgicas. (18) Analizar los factores que intervienen en las infecciones nosocomiales en pacientes post operados de cirugía selectiva según teoría del auto cuidado y el entorno en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. Se solicito la autorización de la institución, el consentimiento informado por escrito del personal y paciente. Se aplicaron tres Instrumentos, 1 dirigido al personal, 2 al paciente y 3 para la observación de los ambientes hospitalarios de los servicios de cirugía.

En el Instituto Hondureño de Seguridad Social se cuenta con comité de prevención y Control de Infecciones, Epidemiólogos, Centro de Atención Integral (CAI) este se encarga sobre enfermedades prevalentes como VIH/SIDA, que se mantienen en constante vigilancia e investigación para prevenir las infecciones nosocomiales

Se realizo el estudio descriptivo correlacional, en el Instituto Hondureño de Seguridad Social en los servicios de cirugía, con pacientes de cirugía selectiva, durante el tercer trimestre del 2010. Se analizaron los factores que intervinieron en las infecciones nosocomiales.

El personal de salud involucrado en el estudio fueron 26 profesionales de los cuales el 27% fueron auxiliares de enfermería, 31% médicos, 42% circulantes /

instrumentistas, de todos ellos predomina el sexo femenino 62% quienes brindaron cuidado dependiente a los pacientes sometidos a cirugía selectiva.

Los factores condicionantes básicos (características socio demográficas de los pacientes) el 36.7% tienen un promedio de edad entre (22-29 años) equivalente a 11 pacientes. Un 16.6% de los pacientes oscilan en las edades de (33 – 39 años), que corresponde a (5 pacientes). El 66.7% fueron del sexo femenino; el 86.7% procedían del área urbana, y el 56.7% profesaba la religión católica.

En el índice del ambiente de quirófano tiene un rango de 12, una media de 60.5, desviación típica de 3.2, y una varianza de 10.5, un mínimo de 56 y un máximo de 68 está ubicado en muy buen ambiente.

Al cruzar el índice de infección con los procedimientos invasivos realizados se encontró que a los cinco pacientes infectados, se les colocó sonda vesical y cateterismo periférico, presentaron temperatura máxima de 39 grados centígrados

Implementar guías de atención de las buenas prácticas clínicas de cumplimiento obligatorio en el servicio de cirugía del IHSS para garantizar que los cuidados de Enfermería sean de forma estandarizada, beneficiando de esta manera al paciente e Institución, al mismo tiempo proveer al usuario atención de Enfermería libre de riesgo.



## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN.

La infección nosocomial es una causa importante de morbilidad y mortalidad en los hospitales de América Latina, de la cual ningún país está exento. A su vez, las infecciones intrahospitalarias ocasionan un aumento significativo de los costos de la atención médica, como lo demuestran estudios realizados (1)

A pesar de los esfuerzos que se realizan en la actualidad el paciente intervenido quirúrgicamente está expuesto al desarrollo de diversas complicaciones durante el periodo post operatorio, por ser la tercera causa más reportada de infección nosocomial, siendo el objetivo de este estudio identificar el comportamiento de las infecciones de los sitios quirúrgicos y su interrelación con los factores de riesgo en los pacientes postoperados (1)

Las infecciones nosocomiales (IN) son un problema que surge con la creación de los hospitales y evoluciona conforme avanza la ciencia, un problema que hoy en día se encuentra en los agentes etiológicos tipo de paciente y tratamiento Para prevenir las infecciones nosocomiales, las características de la infraestructura hospitalaria son un obstáculo, por ejemplo, la planta física reducida en relación con el número de pacientes y el consecuente hacinamiento; la falta de material para higiene de manos; los equipos y técnicas deficientes para la esterilización y desinfección, y la falta de personal capacitado, así como la importancia del costo de la IN en el contexto social.

El estudio se realizo en el Instituto Hondureño De Seguridad Social .Se utilizo un método sencillo y fácil de aplicar, que permite al personal de salud obtener información sobre la importancia económica del problema y motivarlo a instaurar práctica técnicamente factibles, económicamente viables y socialmente aceptables para prevenir las infecciones.

## DESCRIPCION DEL PROBLEMA

En el Instituto Hondureño De Seguridad Social se observó la presencia de infecciones nosocomiales en las áreas quirúrgicas, por diversidad de causas como ser: la capacidad agresiva y contaminante de los procedimientos que se realizan (cirugías, sondajes, cateterismo, etc.) las defensas contra las infecciones se encuentran disminuidas ya sea por el estado del paciente o por terapéutica de inmunosupresores o por alguna enfermedad subyacente, e infectocontagiosas que ya se encuentran en los hospitales, mas una inadecuada higiene de manos del personal sanitario, facilitan el intercambio de gérmenes y de esta manera la flora existente en el paciente a su ingreso se ve desplazada por la predominante del ambiente hospitalario y la deficiencia en la ejecución de las normas hospitalarias , por la inadecuada técnica de limpieza, desinfección, esterilización y la ausencia de implementación de guías y protocolos prácticos para el manejo de infecciones nosocomiales.

Los factores predisponentes comunes de infecciones nosocomiales (I.N) que se están presentando en el hospital se consideran: Factores de riesgo para el paciente, en el IHSS las personas más expuestas a padecer de I.N son los adultos mayores y los niños menores de 5 años. En relación al género pues se documenta que las personas más intervenidas quirúrgicamente son las mujeres por lo que se consideran las de mayor riesgo, y con enfermedades subyacentes, de igual forma es predisponente la nutrición en sus condiciones patológicas, el compromiso de su sistema inmunológico y sometido a tratamientos antimicrobianos, antidepresivos, etc. Técnicas diagnosticas invasivas, también se considera el déficit de personal por la sobre carga laboral y la inadecuada relación enfermera paciente.

Factores del medio ambiente que predisponen a Infecciones Intra hospitalarias (IIH): La permanencia prolongada de visitas de familiares, el hacinamiento en los ambientes. La mala ventilación, provocando el crecimiento de microorganismos (virulencia de las cepas, resistencia múltiple), deficiente limpieza de los ambientes hospitalarios, la segregación de los desechos hospitalarios peligrosos de manera inadecuada, la implementación deficiente de técnicas de bioseguridad

El aumento de las IIH que ha surgido en el hospital ha provocado efectos negativos en el paciente e institución tales como: prolongación de los días de estancia, Aumento de los costos hospitalarios, Aumento de días de improductividad y costos económicos para el paciente y familiares. Para el personal sanitario mayor tiempo y riesgo de exposición a microorganismos altamente infecciosos.

Y todo esto conlleva a la elevación de las tasas de morbilidad y mortalidad en el hospital.

**¿Cuáles son algunos factores que intervienen en las infecciones nosocomiales en pacientes post operados de cirugía selectiva?**, lo que permitió el diseño de guías de atención de buenas prácticas clínicas en el Instituto Hondureño De Seguridad Social.

## JUSTIFICACION

Las infecciones intrahospitalarias son aquellas que se adquieren dentro del hospital y pueden o no ser diagnosticadas durante el período de internamiento. Por lo que se decidió realizar el estudio en el tercer trimestre del año 2010 en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) para conocer cuál es la prevalencia, causas de las infecciones, complicaciones y aumento de los días estancias.

Todas las intervenciones quirúrgicas que se realizan en el IHSS son cirugía general y cirugías especializadas, de los cuales potencialmente se consideran que ha habido presencia de infecciones las cuales no se registran, esa es la razón por la que se hace el siguiente estudio ya que la Infeccion Nocosomial es una de las posibles complicaciones en los pacientes sometidos a cirugía selectiva además de ser una causa importante de morbilidad y mortalidad.

Durante la realización del ASIS llevado a cabo en el año 2009 en el IHSS se detectó que se presentan ocasionalmente infecciones en pacientes postquirúrgicos, Uno de los propósitos de salud de toda institución proveedora de servicios de salud es dar atención integral y de calidad, poder realizar el trabajo con eficiencia y eficacia por lo que es necesario un estudio de Factores relacionados a infecciones nosocomiales según teoría del auto cuidado y el entorno en pacientes de cirugía selectiva post operado en el IHSS en la ciudad de Comayagüela.

Las infecciones nosocomiales son un problema relevante de la salud pública y de gran transcendencia económica en nuestros hospitales, ya que generan más días estancia hospitalaria provocando problemas psicológicos y sociales en estos pacientes y sus familiares volviéndose inquietos deprimidos y estresados, por lo que no favorece a su pronta recuperación. Es por eso que el trabajo de investigación surge ante necesidades determinantes (9)

Las complicaciones más comunes en los procedimientos post quirúrgicas son los procesos infecciosos. Se han implementado las medidas apropiadas para reducir estas complicaciones antes mencionadas, ya que la educación, procedencia y los factores económicos, tiene mucha relación de cómo prevenir los procesos infecciosos después de una intervención quirúrgica. (9)

En el Instituto Hondureño De Seguridad Social tiene como principal acción la prevención y el establecimiento de notificación y control obligatorio. Se estará contribuyendo a mejorar los servicios brindando cuidados de calidad en la atención peri- operatoria del paciente, tomando en cuenta que el fin primordial es el paciente.

Con los resultados encontrados se obtiene la oportunidad valiosa de homogenizar el cuidado del paciente quirúrgico y el manejo del control de infecciones mediante el proyecto de estandarizar el cuidado del paciente quirúrgico en el hospital en estudio. Lo que llevó a realizar acciones de manera efectiva, y con guías de atención de las buenas prácticas clínicas elaboradas en forma científica con el fin de brindar atención a los pacientes de manera más segura.

La investigación será presentada en la página Web de la Secretaria de Salud, y en la revista de la Facultad de Ciencias Medicas, en la revista de post grado en jornadas científicas de enfermería.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Analizar los factores que intervienen en las infecciones nosocomiales en pacientes post operados de cirugía selectiva según teoría del auto cuidado y el entorno en el Instituto Hondureño De Seguridad Social.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1- Caracterizar a la población en estudio pacientes y personal de salud.
- 2 -Determinar los factores personales, de la atención y del ambiente relacionados a las infecciones nosocomiales en el IHSS de acuerdo a la teoría de Florencia Nightingale y Dorotea Oren
- 3 -Determinar las capacidades y acciones de cuidado dependiente (total mente compensatorio, parcialmente compensatorio y apoyo educativo) del personal de enfermería según Dorotea Orem
- 4- Elaborar guías de atención de las buenas prácticas clínicas estandarizados de atención al paciente quirúrgico.

## HIPÓTESIS

- El uso de antisépticos, desinfectantes y técnicas inadecuadas por parte del personal de salud, del IHSS, son factores que favorecen las infecciones post quirúrgicas en cirugías selectivas.
- El no tener los desinfectantes adecuados para la desinfección de los quirófanos, ambientes post quirúrgicos y no esperar el tiempo de acción de los mismos es un factor de riesgo para la presencia de infecciones nosocomiales.
- A mayor hacinamiento de la población hospitalaria mayor el riesgo de infecciones post operatorio.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

Comunidad Científica Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales. (INICC)

Esta comunidad nace de una tarea itinerante de información y entrenamiento, iniciada a fines de la década de los 90. Un grupo de Hospitales de América Latina, fueron pioneros en la aplicación de la nueva metodología; Aquel fue el origen de la actual base de datos internacional, y a partir de ella la oportunidad de establecer estándares desarrollados por INICC para los países con limitados recursos. Más de 600 investigadores participan en forma activa reportando sus mediciones desde más de 140 centros de salud pertenecientes a 108 ciudades de 36 países de África, Asia, Europa y Latino América. (1)

Los datos relevantes en cada uno de estos centros son enviados mensualmente a la oficina central de INICC en Buenos Aires Argentina. Conteniendo: Las tasas globales de infecciones asociadas al cuidado de la salud en porcentaje y por 1000 días cama, como indicadores de vigilancia de resultados; las tasas específicas de infecciones asociadas al cuidado de la salud por 1000 días dispositivo. (1)

Informes sobre el perfil microbiológico y la resistencia bacteriana.

Mortalidad extra atribuible a las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Días extra de internación de cada tipo de infección asociada al cuidado de la salud.

- ❖ Análisis de costos extra de cada tipo de infección.
- ❖ Estudios de costo efectividad de prácticas e insumos biomédicos.
- ❖ El cumplimiento con la higiene de manos, como un indicador de vigilancia de procesos.
- ❖ El cuidado de catéteres vasculares y urinarios.



- ❖ La prevención de la neumonía nosocomial.
- ❖ La prevención de la infección del sitio quirúrgico.

A través de la participación en este estudio multicentrico los profesionales adquieren nuevas y útiles herramientas para obtener mejoras en las medidas en los índices de infección, además logra realizar análisis de factores de riesgo y así establecer políticas dirigidas. Al formar parte de esta red los profesionales se constituyen en coautores de estudios multicentrico que son presentados en congresos, y publicados en revistas científicas internacionales. (1)

Las infecciones nosocomiales en USA ocurren en el 5 – 10% de los pacientes hospitalizados. Se estima 40 millones de admisiones por año en los Estados Unidos. 2 - 4 millones de infecciones nosocomiales; distribuidas de la siguiente manera: 35% infecciones del tracto urinario, 25% sitio quirúrgico, 10% neumonía nosocomiales, 10% torrente sanguíneo y 10% otras. (1)

El National Nosocomial Infections surveillance (NNIS) System. Evaluó durante el periodo de 1986 – 2003, las UCIS en los Estados Unidos de América buscando Infecciones nosocomiales por bacilos gran negativos aerobios. Se obtuvieron más de 410 mil aislamientos. Las infecciones por bacilos gran negativos tuvieron un incremento importante; tanto del torrente sanguíneo como del sitio quirúrgico. Muchas de ellas por cepas multiresistentes. (1)

El Término Nosocomial se origina de la palabra griega: Nosos: Enfermedad y Komeion: Tener cuidado de, que se puede definir como una condición localizada o Generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina que no estaba presente o en un período de incubación en el Momento del ingreso del paciente al hospital. (2)

Las infecciones nosocomiales (IN) son tan antiguas como el hospital mismo y no es sino hasta mediados de 1800 que se identifica la participación del personal de salud en la transmisión de estas. En 1848 Semmelweis publicó la primera observación experimental a cerca de la causa de la fiebre puerperal; a través de la

observación demostró que la mortalidad materna se redujo después de introducir una solución de cloruro de calcio para el lavado de manos previo al parto. (2)

El concepto de infección es un estado o condición en el cual un organismo es invadido por un agente patógeno que en condiciones favorables se multiplica y produce enfermedad. (3).

Una infección nosocomial (IN) 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. (4)

Las IN no solo afectan a los pacientes, sino a cualquier persona que se halle en el entorno hospitalario como los trabajadores de salud (médicos, enfermeras, auxiliares, tecnólogos), auxiliares de servicios, personal administrativo, visitas, voluntarios y personal de apoyo. Las IN conllevan un aumento de la morbilidad y mortalidad hospitalaria, añadido a un consecuente aumento de los costos monetarios, determinados fundamentalmente por la prolongación de la estancia hospitalaria y del uso de antimicrobianos de amplio espectro mucho más costosos. (5)

Las infecciones nosocomiales se asocian a instrumentación, procedimientos invasivos, pacientes graves e inmunosupresión.

La mayoría son endémicos.- Dependen de sitio clínico (Las infecciones urinarias, infecciones de heridas quirúrgicas, neumonías) por el tipo y tamaño del hospital, la edad del paciente (niños frente a pacientes mayores), tipo de servicio. (5)

Infecciones del sitio de una intervención quirúrgica, también son frecuentes: la incidencia varía de 0,5 a 15% según el tipo de operación y el estado subyacente

del paciente. Representan un problema grave que limita los beneficios potenciales de las intervenciones quirúrgicas. Tienen un enorme efecto en los costos de hospitalización y en la duración de la estadía postoperatoria (entre 3 y 20 días más). (6)

La definición es principalmente clínica: secreción purulenta alrededor de la herida o del sitio de inserción del tubo de drenaje o celulitis difusa de la herida. Las infecciones de la herida quirúrgica (por encima o por debajo de la aponeurosis) y las infecciones profundas de los órganos o de las cavidades orgánicas se identifican por separado. La infección suele contraerse durante la propia operación, ya sea en forma exógena (es decir, del aire, el equipo médico, los cirujanos y otro personal médico), endógena (de la flora de la piel o del sitio de la operación) o, en raras ocasiones, de la sangre empleada en la intervención quirúrgica. Los microorganismos infecciosos son variables, según el tipo y el sitio de la intervención quirúrgica, y los antimicrobianos que recibe el paciente. 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. (6)

Otros factores comprenden la 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.(6)

## **FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES**

Las razones por la cuales hay una alta incidencia de infecciones son múltiples y complejas. 32-34. Entre los muchos factores de riesgo mencionados en la literatura médica se encuentran los siguientes estado inmunitario, colonización bacteriana, estancia hospitalaria prolongada procedimientos cruentos, relación

enfermera-pacientes técnicas inapropiadas o inadecuadas para controlar la infección. La presencia de varios factores de riesgo en un paciente conlleva alto riesgo de Infecciones Nosocomiales por lo que la vigilancia con estudios con muestras de colonización en estos pacientes es importante, La aparición de signos clínicos de infección puede conllevar una política empírica antibiótica más ajustada al perfil microbiológico obtenido con anterioridad (7)

Los factores de riesgo se pueden agrupar en tres grupos: Individuales, médicos o quirúrgicos e institucionales.

1. Factores de riesgo individuales: edad, sexo, procedencia, estado nutricional, enfermedades asociadas que predisponen a infección, estado socioeconómico, raza, etc.
2. Factores médicos o quirúrgicos relacionados: instrumentación, materiales utilizados, intervención, exposición a catéteres, sondas etc., duración de cirugía, duración de hospitalización, clasificación de riesgo.
3. Factores institucionales: tipo de hospital, tipo de servicio, nivel de complejidad, servicio quirúrgico, tipo de unidad de cuidado intensivo, prevalencia institucional basal de infección, presencia de personal adecuado. Presencia de servicio / comité de infecciones, número de camas por empleado en diferentes áreas hospitalarias.(7)

A continuación se resumen los principales modos de transmisión de las infecciones nosocomiales:

El personal que labora en los establecimientos de atención a la salud, debe de conocer, dentro de la cadena de la infección las vías de entrada y salida y los

medios de transmisión de las infecciones, para que pueda aplicar en forma correcta la terapia antibiótica y romper la cadena.(6)

La cadena de infección está compuesta por seis eslabones.

**Agente infeccioso:** Es el microorganismo capaz de producir la infección. Las Probabilidades de infección aumentan cuanto mayor sea el número de microorganismos presentes.

**Reservorio de la infección:** El portador del agente infeccioso. Es una persona que está a punto de sucumbir a una infección, que tiene una infección, o que se está recuperando de una de ellas. Especial riesgo representa los portadores asintomáticos.

**Puertas de salida:** Es a través de la cual el agente infeccioso puede abandonar el reservorio (tos, estornudos, pus, heces, orina, sangre).

**Vías de transmisión:** Método por el cual el agente infeccioso es transferido de su portador a un nuevo anfitrión, y el reservorio, o por contacto indirecto a través de objetos contaminados.

**Puertas de entradas:** Es el medio por el cual los microbios infecciosos logran entrar a un nuevo anfitrión y es paralelo a la vía de salida: ingestión, respiración, punción de la piel, abrasión.

**Huésped susceptible:** Lo constituye otra persona. Un paciente, empleado o visitante. (6,4)

## DEFINICION DE CASOS

**Caso de infección nosocomial:** Es la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en período de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital. Estas infecciones ocurren generalmente desde las 48 a 72

horas del ingreso del paciente al hospital, o en el que hay evidencia suficiente para definir el evento infeccioso como inherente al padecimiento de base.

**Caso descartado de infección nosocomial:** Es todo caso que no cumple con los criterios de infección nosocomial porque se demuestra que la infección se adquirió fuera del hospital, o en el que hay evidencia suficiente para definir al evento infeccioso como inherente al padecimiento de base.

**Brote epidémico:** El término brote epidémico expresa el aumento inusual, por encima del nivel esperado (tasas del periodo pre epidémico), de la incidencia de determinada enfermedad, en general en un corto período de tiempo, en una sola población o grupo de pacientes.

### **Las heridas quirúrgicas**

1. Clasificación de las heridas quirúrgicas de las "infecciones nosocomiales" se incluyen las "infecciones de las heridas operatorias". Que son, por definición, exclusivas de pacientes expuestos a procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, los pacientes hospitalizados en servicios quirúrgicos corren al igual que otros pacientes el riesgo de adquirir cualquier otro tipo de infección nosocomial y así, la frecuencia de este tipo de infecciones tiende a ser mayor en los diferentes servicios de un departamento de cirugía de un hospital (6)

#### **Las heridas se clasifican como:**

- |    |        |              |
|----|--------|--------------|
| a. |        | Limpia.      |
| b. | Limpia | Contaminada. |
| c. |        | Contaminada. |
| d. | Sucia. |              |

**Herida limpia:** Heridas no traumáticas, se conserva bien la técnica aséptica. No hay compromiso gastrointestinal respiratorio ni genitourinario, no hay presencia de inflamación, no incluye cirugía de cavidades oro faríngeo. Revascularización de arterias coronarias, herniorrafias, cirugía de mama cirugía electiva de ojos, embolectomía, laparotomía exploratoria sin apertura de vísceras, procedimientos electivos de Neurocirugía, orquidopexia, procedimientos de cuello sin apertura de boca o faringe, tiroidectomía, resección de ovario, salpingooferectomía, injertos de piel, esplenectomía, ligadura de trompas por vía abdominal, cirugía vascular, cirugía de corazón abierto, histerectomía abdominales sin derrame de secreción vaginal ni inflamación.

**Herida limpia contaminada:** Cuando se abre el tracto digestivo, respiratorio o urinario pero no hay presencia de inflamación ni de infección, cesárea, gastrectomía, laringotomía, nefrectomía, fracturas abiertas resientes, Quiste pilonidal no infectado, lobectomía prostatectomía transvesical, disección de cuello con apertura de faringe o tráquea, cirugías de oro faringe o vagina con previa preparación, cirugías del tracto genitourinario sin infección urinaria, apendicetomía sin perforación, colecistectomía sin inflamación.

**Herida contaminada:** Se incluyen las heridas traumáticas recientes y las operaciones en las cuales ocurrió transgresión importante en la técnica aséptica. Puede haber inflamación de algún órgano o escape macroscópico del contenido de alguna víscera. Histerectomía abdominal con derrame de secreción vaginal, resección abdominoperineal, cesárea con derrame de líquido amniótico, ureterolitotomía con derrame macroscópico, plastia de vejiga con derrame macroscópico, lobectomía con derrame macroscópico, nefrectomía con derrame macroscópico, colecistectomía con derrame macroscópico.

**Herida sucia e infectada:** Cuando hay inflamación aguda, presencia de pus y/o víscera perforada, no se incluyen heridas traumáticas recientes, falla en la técnica aséptica, resección intestinal con presencia de infección, picroleasto, heridas infectadas, nefrectomía con inflamación aguda, lobectomía con presencia de

infección, apendicetomía con perforación y peritonitis cierre de colostomía, cirugía oro-dental, quiste pilonidal infectado, cirugía vaginal, cirugía anal, amigdalotomía, drenaje de osteomielitis. (7,8, 9)

### **Factores que influyen en la infección de las heridas quirúrgicas**

Comenta

Microorganismo Causal: Cualquier clase de microorganismo puede actuar como agente etiológico. Las infecciones pueden ser a causa de bacterias, virus, protozoarios, hongos, helmintos (10)

#### 1. Factores relacionados con el paciente:

Son factores que están determinados por las condiciones previas del paciente. Condiciones nutricionales: se debe mejorar un deficiente estado nutricional antes del acto quirúrgico especialmente en cirugías electivas; hay otros factores como la edad, condiciones fisiológicas del paciente Ej. Insuficiencias vasculares que no se pueden modificar. (10)

#### **Presencia de enfermedades asociadas:**

Pueden aumentar el riesgo de infección o poner en riesgo la vida del paciente Ej. Diabetes, insuficiencia renal, cirrosis, problemas respiratorios, obesidad, desnutrición. Es importante en el preoperatorio descartar la presencia de enfermedades asociadas, o tratarlas según el caso. Es importante saber si los pacientes están en tratamientos con esteroides ya que su sistema inmunológico estará deprimido y es necesario mejorar las técnicas de asepsia y antisepsia. (9)

#### Infección remota:

La presencia de infección en sitios distintos al área quirúrgica puede contribuir a la presencia de infección en la herida; por esto es importante posponer la cirugía en caso de presencia de: infección del tracto respiratorio, infección crónica del oído, infecciones de la piel, infección urinaria. (9, 10) Cuerpos Extraños en heridas Frecuentemente son asilo de gran número de bacterias y aumentan el riesgo de infección por su acción irritativa en los tejidos.



Localización de la Herida: Los tejidos en diferentes partes del cuerpo tienen distintos poderes de resistencia local a la infección. Ej.: las heridas del área perianal tienen gran tendencia a la infección. (10)

2. Factores relacionados con el personal: Es importante evitar exceso de personal en el área quirúrgica, cambiar de mascarilla entre cirugías, no hablar más de lo necesario durante el acto quirúrgico y cubrir completamente cabello y barba. (11)

Se considera que la fuente más común de infección bacteriana es el personal de salas de cirugía. El personal debe lavarse las manos antes de entrar a la sala de operaciones; debe usar el vestido adecuadamente (gorro, mascarilla, botas, vestido). Quien interviene en una operación no debe tener infecciones dérmicas (especialmente abscesos), ni infecciones respiratorias.

Las bacterias aerobias son otra fuente de contaminación de la herida en el quirófano. Estas bacterias son usualmente Gram positivas y provienen de la fuente humana, casi exclusivamente. Las concentraciones de bacterias aerobias en el quirófano pueden reducirse en un 80% con sistema de flujo laminar de aire, y puede lograrse una reducción adicional con el uso de aislamiento personal.

El uso de luz ultravioleta también mostró reducir la incidencia de las infecciones de heridas mediante la reducción del número de bacterias aerobias. (11)

3. Factores relacionados con el medio ambiente: La superficie de las salas de cirugía, las paredes, pisos y mobiliarios deben ser limpiados con agua y jabón al comienzo y al finalizar el día. Los instrumentos deben ser esterilizados a vapor o gas según sea indicado. (11)

#### **TEORÍA DE ENFERMERÍA QUE FUNDAMENTA LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

La teoría de Nightingale se centra en el entorno, Murray Zenter afirma que el entorno es capaz de prevenir, limitar o contribuir a la enfermedad, los accidentes o la muerte, representan todas las condiciones o influencias externas que pueden

Comenta  
que van ut  
términos d  
Por ejempl

Comenta

Comenta  
que van ut  
términos d  
Por ejempl

afectar a la vida y desarrollo de un organismo, la necesidad de limpieza era extensible al paciente, la enfermedad y el entorno. Consideraba que las alfombras y las paredes sucias contenían materia orgánica lo que la convertía en una fuente orgánica de infección, tanto una habitación sucia bien ventilada como una habitación limpia sin ventilación eran consideradas como sucias. (12)

Nightingale creía que la falta de lavado de la piel interfería en el proceso de curación y que el lavado eliminaba del medio la materia nociva, mas aun la enfermera debía lavarse la manos frecuentemente y mantener a sus pacientes muy limpios. Estos principios básicos de manipulación del entorno pueden ser aplicados a los numerosos ámbitos de la enfermería moderna. (12)

**Orem** describe tres etapas del proceso de cuidados de enfermería:

a-La primera etapa implica el diagnóstico de enfermería, esto es, determinar la demanda terapéutica de auto cuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más convenientes.(12)

b-La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado la consecución de las metas de salud; esta etapa incluye básicamente la planificación de acciones e intervenciones para satisfacer las necesidades de auto cuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes.

c-La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del auto cuidado.

En consecuencia, los candidatos a la atención de enfermería son pacientes que no tienen o no tendrán la capacidad suficiente para cuidarse por sí mismos. Orem dice: "La base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias (para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse) o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de auto cuidado" (Orem, 1980).

Comenta  
aplicación

Orem identifica tres sistemas de actividades de enfermería para satisfacer los requisitos de cuidados personales, conforme a la medida que se ven perturbados, a saber, los sistemas de compensación total, compensación parcial y de apoyo educativo para el desarrollo.

1-El sistema de compensación total. En este sistema la enfermera realiza todas las necesidades del enfermo ya que éste se encuentra incapacitado para asumir una función activa en su atención y la enfermera le ayuda actuando en lugar de él, como es el caso del paciente que se somete cirugía. (12)

2-El sistema de compensación parcial. En este sistema tanto el enfermo como la enfermera participan en las acciones de auto cuidados terapéuticos. La responsabilidad principal en la ejecución de estas acciones puede corresponder a la enfermera o al paciente, según las limitaciones de éste, sus conocimientos y aptitudes, y disposición hacia la realización de tales actividades, como el paciente post operado al que la enfermera le realiza limpieza de herida quirúrgica y el realiza cuidados higiénicos.

3-El sistema educativo y de apoyo. Este sistema se usa cuando el enfermo es capaz de atender (o aprender la forma de hacerlo) su cuidado personal pero necesita ayuda, consistente en apoyo moral y emocional, orientación e instrucción, como el paciente que recibe orientación de cómo continuar cuidando su herida quirúrgica en casa.

En el modelo de Dorothea Orem se hace hincapié en la función de la enfermera sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de auto cuidado. La intervención de enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con éste. (12)

## ESTUDIOS RELACIONADOS.

En el año 2007 Alonso Ibarra María del Rosario, Silva Lucero María del Carmen y Zacapala Gómez, Ana Elvira. Asesora Q.B.P. Barrios Casarrubias Aida realizaron un estudio sobre heridas quirúrgicas frecuencia de infecciones bacterianas. En pacientes hospitalizados en la clínica hospital issste y Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” de Chilpancingo, Guerrero, con el propósito de conocer diferentes tipos de infecciones nosocomiales encontraron que la infección de herida quirúrgica constituye el 25% del total de las infecciones **intra hospitalarias**. Las bacterias que infectan sitios quirúrgicos con mayor frecuencia son: Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis, Serratia marcescens y Escherichia coli, entre otros; cada una de ellas ha generado resistencia a una variedad de **antibióticos** así mismo, se logrará evaluar si las infecciones han disminuido, se han mantenido o han aumentado con respecto a resultados de estudios previos realizados en los hospitales mencionados, así también identificar si los agentes causales siguen siendo los mismos o han cambiado. (13)

Infección de la herida quirúrgica según datos de la Dirección Provincial de Salud, ciudad de La Habana En Cuba, de forma general, el comportamiento de la infección de heridas IH varía según el tipo de hospital así, las mayores tasas se observan en los hospitales clínico-quirúrgicos (3,6 por cada 100 egresados). A partir de la vigilancia epidemiológica de las infecciones hospitalarias en los últimos 5 años, la tasa global oscila entre 2,6 y 2,9 % por cada 100 egresados, con un promedio anual de 25 o 26 infectados; Según la localización, la tasa más elevada se detecta en la herida quirúrgica con 2,5 %. Dentro de los hospitales clínico-quirúrgicos de ciudad de La Habana los que mayor tasa de IIH aportan son el

Hospital “Joaquín Albarrán” (tasa de 6,4 por cada 100 egresados), el “Calixto García” (4,1 por cada 100 egresados) y el “Salvador Allende” con 3,8 por cada 100 egresados (14)

En año 2006 el Dr. Luis A. Bravo Pérez de Ordaz, 1 Dr. José M. Lamberte Marisma, 2 Dra. Jacqueline Barrial Moreno 3 y Lic. Yosnaiby Miranda Pérez. Realizaron un estudio de Infecciones nosocomiales después de cirugía cardíaca pediátrica: incidencia, microorganismos y resultados finales. Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo que incluyó a todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca en el Cardiocentro Pediátrico con el objetivo de describir la incidencia de las infecciones nosocomiales (IN) establecer su perfil clínico y bacteriológico, así como determinar su impacto sobre la evolución postoperatoria. De 228 pacientes, 26 (11.4%) desarrollaron 43 episodios de IN: tasa de episodios de IN = 18.9. Los principales tipos de infección nosocomial fueron: infección del torrente sanguíneo (35%) infección respiratoria (35%) e infección superficial de la herida quirúrgica: 23%. Los microorganismos más frecuentes fueron: estafilococo coagulasa negativo (44.4%), Enterobacter cloacae (11.1%) Cándida sp.: 11.1%. El riesgo de mortalidad de (IN) infección nosocomial fue 20 veces superior al de los pacientes que no desarrollaron infección: Las tasas de incidencia de infección nosocomial fueron menores que las reportadas en otros servicios de cirugía cardíaca pediátrica.\*(15)

En el año 2005 se realizaron algunas investigaciones en el manejo de heridas utilizando azúcar y vitamina “c” El azúcar granulada y la miel han sido utilizadas desde antes de la era cristiana para la cicatrización de heridas en el ser humano. Actualmente son utilizadas en todo el mundo para tratar heridas contaminadas, el mecanismo de acción de ambas sustancias fue dilucidado en el siglo XX (16)

En Argentina las primeras experiencias fueron realizadas por el doctor

Leonhershage y médicos cirujanos quien investigo este tipo de tratamiento y lo puso en práctica en animales y seres humanos. También en Brasil Rabal y Pereira realizaron experiencias similares por otra parte se sabe también que la vitamina "c" interviene en la relación a la formación de colágeno la proteína que contribuye a la membrana basal de los capilares y de las fibras del tejido conectivo, por lo tanto ayuda en la cicatrización de las heridas Según investigaciones podemos mencionar los resultados obtenidos en las primeras veinte y cuatro horas disminuye el dolor y la secreción, a los seis días se observa una gruesa capa de tejido conjuntivo que actúa evitando la sobre infección. El día diez del tratamiento los bordes de la herida están próxima quedando completamente cerrada la herida, doce días por segunda intención durante el tratamiento no se usa terapia antibiótica CONCLUSION: se observo en las primeras 24 horas disminuyo el olor y la secreción purulenta de 5-7 días la secreción se vuelve escasa quedando restos esfacelo o tejido necrótico de manera circunscrita que son resecado quirúrgicamente, de 7-10 días comienza el proceso de separación y se observa una gruesa capa protectora brillante de tejido conjuntivo de 12-15 días se observa la cicatrización por segunda intención el tiempo total de curación, varía entre 12-30 días dependiendo de la infección del túnel.(16)

En el año 2009 Astocóndor Luis 1, Samalvides Cuba Frine 2, Camacho Roncal Víctor Pedro 3, Herrera Fabiá Pedro 4, Echevarria Zarate Juan realizaron un estudio para Determinar la frecuencia y los factores asociados a la infección del sitio (ISQ) comparando dos técnicas Quirúrgicas diferentes en pacientes colecistectomizados. Estudio cohorte prospectivo. Se incluyeron 62 casos en el grupo de expuestos a laparotomía y 95 casos en el grupo de no expuestos a laparotomía (pero si expuestos a laparoscopia). La muestra que fue calculada con el programa EPIINFO con un nivel de Confianza de 95% y una potencia de 80%. Los pacientes fueron comparables en edad y sexo. (17)

**Resultados:** La mayoría de los pacientes estuvieron entre 26 y 65 años; el 77,42% en el grupo de laparotomía y 74, % en el grupo de laparoscopia fueron mujeres. La frecuencia de ISQ con laparotomía fue 11,29% y con laparoscopia 4,21%, ( $p= 0,089$ ). En el grupo de laparotomía, la hospitalización en el servicio A tuvo RR: 10,498, IC: 1,178 - 99,52, ( $p= 0,035$ ). En el grupo de laparoscopia la obesidad tuvo RR: 22,591, IC: 1,316 - 387,835, ( $p= 0,082$ ), la estancia Postoperatoria mayor a 4 días tuvo RR: 29,201, IC: 1,217- 700,51, ( $p= 0,037$ ).

**Conclusiones:** La diferencia en la frecuencia de ISQ en ambos grupos no fue significativa. Los factores asociados con ISQ en laparotomía fue la Hospitalización en el servicio "A" y en la laparoscopia fue la obesidad y la estancia postoperatoria mayor a 4 días. (Rev. Med Hered 2009; 20:22-30).

En el año de 2005 Elvir Lazo Ofelia Loani, Mendoza Xenia Pineda, Galo Andino Carmen realizaron un estudio sobre reutilización de circuitos de ventilación anestésica, un factor de riesgo de infección nosocomial. Con el objetivo: demostrar la presencia de contaminación como factor de riesgo para infecciones nosocomiales. (18)

En los sistemas y circuitos de ventilación anestésicos reutilizados que se usan para administrar anestesia general endotraqueal, en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos selectivos. material y métodos: estudio prospectivo transversal en los circuitos anestésicos nuevos y reutilizados se usaron para administrar anestesia general endotraqueal a 90 pacientes sometidos a cirugía electiva en los diferentes quirófanos del Hospital Escuela se tomo muestra en 6 diferentes puntos del sistema las cuales se llevaron a estudio microbiológico para determinar crecimiento de bacterias y hongos y conocer la sensibilidad a antimicrobianos, de los 90 casos estudiados en 78(86.6%)se emplearon circuitos reutilizados encontrando que había en ellos crecimiento de bacterias y hongos en más de un punto de los 6 investigados, los microorganismos que frecuentemente

crecieron fueron: estafilococos, bacilos gran negativos bacilos sp y entre los hongos penicillium sp, cándida sp, y cándida albicans.se observo que los quirófanos más contaminados eran los utilizados para emergencias quirúrgicas. (18)

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **TIPO DE ESTUDIO**

Se realizo un estudio descriptivo correlacional en los servicios de cirugía (sala de Operaciones, Recuperación Central de Esterilización y salas) del IHSS a fin de analizar los factores que intervienen en las infecciones nosocomiales en pacientes post operados de cirugía selectiva según teoría del auto cuidado y el entorno en el IHSS. Se recolecto y analizo la información obtenida de pacientes, empleados y libros de registros del servicio de cirugía y el departamento de estadística en el tercer trimestre del 2010.

#### **AREA DE ESTUDIO**

La presente investigación se realizo en el Hospital de Especialidades Instituto Hondureño de Seguridad Social ubicado en el Barrio la Granja en la ciudad de Comayagüela , la población en estudio que se tomo en consideración son personas mayores de 21 años de edad , que se programan para cirugía selectiva, las consultas son de lunes a viernes de 7:00am a 3:00pm en el área del circuito quirúrgico que depende de la consulta externa , si el paciente va ser intervenido, pasa por circuito quirúrgico para programar fecha y hora para el ingreso y cirugía en la institución .El listado de pacientes programados para cirugía se obtuvo del circuito quirúrgico , jefe médico y jefe de enfermería de sala de operaciones. Se



entrevistaron los pacientes previos a la intervención quirúrgica para obtener su autorización para la presente investigación firmando el consentimiento informado.

## **UNIVERSO Y MUESTRA.**

El universo fue todo el personal de salud del Servicio de Cirugía involucrado en el estudio: Licenciada en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Médicos, Técnicos Instrumentistas involucrados en la cirugía

El universo de los pacientes son todos los programados a cirugía selectiva.

La muestra es de 30 pacientes que reunió los criterios de inclusión del estudio tomado a conveniencia.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

Se consideraron criterios de rigurosidad para los sujetos de estudio en dicha investigación.

- ❖ Personas mayores de 21 años
- ❖ Que estén programados para cirugía selectiva.
- ❖ Paciente que no tenga infección previa al proceso quirúrgico.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- ❖ Los pacientes que requieran de cirugía de emergencia
- ❖ Los pacientes menores de 21 años
- ❖ Pacientes con diagnóstico psiquiátrico
- ❖ Pacientes con diagnóstico de infección confirmado, previo proceso

## FUENTES DE DATOS PARA EL ESTUDIO

La información se recopiló de los paciente mayores de 21 años de edad, que fueron sometidos a cirugía selectiva, en los diferentes servicios de cirugía del hospital de especialidades Instituto Hondureño De Seguridad Social, la información se recolectó mediante cuestionarios, previo a la firma del consentimiento informado que se dieron a conocer, se incluyó al personal de salud involucrado en el cuidado de los pacientes (médicos cirujanos, enfermeras, circulantes, instrumentistas) a quienes se les aplicaron un cuestionario a través de entrevista y observación, también se aplicó una guía de observación al ambiente hospitalario donde se desarrollo la investigación.

## VARIABLES

### DEFINICIÓN DE VARIABLES INSTRUMENTO # 1

**Máquina de afeitar eléctrica:** Es un pequeño electrodoméstico, fundamental para el cuidado de nuestra imagen personal, del que tenemos que hacer uso cada poco tiempo.

**Vestimenta quirúrgica:** prenda de vestir de tejido fino que cubre el cuerpo desde el cuello hasta más debajo de la cintura y se abre de arriba abajo por delante gorro existente de tela (reutilizable) y de papel (descartable). Se utilizan principalmente en los quirófanos, en las unidades con pacientes en situación crítica y en los aislamientos estrictos, mascarilla: existen varios tipos de mascarilla. Las de la tela son utilizable, mientras que las de papel son descartables (existen diferentes modelos

**Papel toalla:** es un corte de tela absorbente cuyo uso principal es secar la humedad en el cuerpo humano mediante el contacto directo; el secado de los objetos se realiza mediante paños o trapos.

**Médico:** Un médico es un profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.

**Enfermera circulante:** Conjuntamente con la enfermera instrumentista preparará el material quirúrgico, recibe al paciente identificándose e identificándolo, colabora con las necesidades del resto del equipo.

**Bisturí:** Instrumento de cirugía en forma de cuchillo, cuya lámina es fija o puede replegarse en el mango.

**Lavado quirúrgico de manos:** Es el procedimiento de reducir el mayor número de microorganismos patógenos de manos a tercio inferior de brazo, por medio de movimientos mecánicos y desinfección con productos químicos antes de practicar una intervención quirúrgica.

**Lavado clínico:** es la técnica mediante la cual se remueven los microorganismos transitorios y la suciedad de las manos, mata o inhibe el crecimiento de bacterias residentes. Puede reducir el riesgo de infecciones en situaciones de alto riesgo, como antes de realizar procedimientos invasores o antes o después de tener contactos con pacientes, se emplea jabón antiséptico cuando se realizan procedimientos invasores especiales, de lo contrario usar jabón corriente

**Área de trabajo:** El área de trabajo suele estar rodeada de diferentes accesos directos, herramientas y barras que permiten trabajar en esta.

**Quirófano:** Es una estructura independiente en la cual se practican intervenciones quirúrgicas y actuaciones de anestesia-reanimación necesarias para el buen desarrollo de una intervención y de sus consecuencias que tienen lugar en general en el exterior del quirófano.

**Material estéril:** es la ausencia de toda forma de vida. Un objeto, una superficie o área corporal esta estéril cuando reúne esta condición.

**Instrumentista:** la enfermera instrumentista debe de estar enfrente de del cirujano y procurando ver en todo momento el campo operatorio y mantener la asepsia durante todo el proceso quirúrgico.

**Descartar:** Desechar una cosa, separarla. Dejar las cosas que se tienen en la mano por inútiles sustituyéndolas por otras de las que no se han repartido.

**Materiales:** Son elementos agrupados en un conjunto el cual es, o puede ser, usado con algún fin específico. Los elementos del conjunto pueden tener naturaleza real (ser cosas), naturaleza virtual o ser totalmente abstractos. Por ejemplo, el conjunto formado por cuaderno, lápiz

**Asepsia quirúrgica:** La práctica de mantener en estado aséptico un área, se denomina técnica aséptica. Fue desarrollada por Bergman, tras los trabajos de Lister en la antisepsia, esterilizando no sólo el campo operatorio, sino los instrumentos, atuendos y partes del cuerpo de los cirujanos que estuviesen en contacto con el paciente. La asepsia quirúrgica consiste en la esterilización completa y la ausencia total de bacterias en un área. Es de fundamental importancia en la sala.

**Desinfectantes:** Son sustancias químicas capaces de destruir un germen patógeno que debido a su alta toxicidad celular se aplica sola mente sobre tejidos innominados es decir material inerte.

**Antisépticos:** son antimicrobianos que si se puede aplicar en tejidos vivos pero solo localmente en forma tópica en piel y mucosa.

**Sitio operatorio:** ubicación donde se hace la incisión quirúrgica.

**Desinfección:** a un proceso físico o químico que mata o inactiva agentes patógenos tales como bacterias, virus y protozoos impidiendo el crecimiento de microorganismos patógenos en fase vegetativa que se encuentren en organismos vivos.

**Unidad:** Se denomina unidad del paciente al conjunto de materiales, mobiliario y espacio de la habitación que se utiliza durante su estancia.

**Dilución:** Es una mezcla homogénea de dos o más sustancias. La sustancia disuelta se denomina soluto y está presente generalmente en pequeña cantidad en comparación con la sustancia donde se disuelve denominada solvente. En cualquier discusión de soluciones, el primer requisito consiste en poder especificar sus composiciones, esto es, las cantidades relativas de los diversos componentes.

**Concentración:** En química, la concentración de una disolución es la proporción o relación que hay entre la cantidad de soluto y la cantidad de disolvente, donde el soluto es la sustancia que se disuelve, el disolvente la sustancia que disuelve al soluto, y la disolución es el resultado de la mezcla homogénea de las dos anteriores. A menor proporción de soluto disuelto en el disolvente, menos concentrada está la disolución, y a mayor proporción más concentrada es ésta.

## VARIABLES DEL INSTRUMENTO # 2

Edad, Sexo, Procedencia, Religión, Creencias, Estado Nutricional, Cirugías

anteriores , Cirugía

Realizar,hemograma(hematocrito,hemoglobina,leucocitos),Enfermedades Asociadas(diabetes ,HIV ,cáncer) Procedimientos Invasivos ( sonda nasogastrica traqueotomía, hospitalización prolongada cirugías anteriores sonda vesical , cateterismo periférico)Pos Operatorio( controles) ,Higiene ,temperatura Proceso infeccioso( Fiebre ,inflamación dolor , desgarro seroso, desgarro purulento, enrojecimiento, sangrado) condiciones de egreso( alta ,muerte)

**Edad:** Tiempo vivido de una persona medido en años y meses

**Sexo:** Es lo que determina si es hombre o mujer

**Talla:** Distancia vertical de un cuerpo, respecto al suelo o a otra superficie.

**Procedencia:** Origen donde reside la persona del estudio.

**Creencias:** Es el resultado de una oscilación es individual que ha sido aceptada por el entorno del creador.

**Estado nutricional:** Son consecuencia de una compleja interacción entre la dieta, factores relacionados con la salud entorno físico, social y económico

**Cirugías anteriores:** Si ha sido operado en ocasiones anteriores (antecedente)

**Sondaje vesical:** Colocación de sonda Foley actualmente.

**Cirugías a realizar:** Es el proceso quirúrgico en el que será intervenido de acuerdo al diagnóstico

**Hemograma:** Es la prueba de laboratorio donde se va a cuantificar y evaluar diferentes grupos (hematocrito, hemoglobina, glóbulos blancos)

**Procedimientos invasivos:** Son los factores intrínsecos y extrínsecos que predisponen a infecciones (sonda nasogástrica, traqueotomía, hospitalización prolongada, cirugías anteriores sondaje vesical, cateterismo periférico)

**Pos operatorio:** es el proceso de agresión sobre el paciente después de la cirugía o periodo de tiempo después de una intervención quirúrgica

**Higiene:** preservar la salud a través de la limpieza

**Temperatura:** es la medida de calor o energía térmica

**Proceso infeccioso:** resulta de un desequilibrio en la relación entre el microorganismo y el huésped presentando cambios como ser:

**Fiebre:** Es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal. La temperatura normal del cuerpo humano es de 37 °C (98,6° F)

**Inflamación:** cambios hemodinámicas, alteración de la permeabilidad vascular y modificaciones leucocitarias.

**Dolor:** es una sensación desencadenada por el sistema nervioso.

**Desgarro seroso:** salida de líquido claro grasoso.

**Desgarro purulento:** salida de líquido amarillo espeso.

**Sangrado:** Es refiere a la pérdida de sangre y puede ocurrir dentro del cuerpo (internamente) o por fuera de éste (externamente).

**Condiciones de egreso:** es el registro de las condiciones de un individuo en condiciones de alta o muerte

### DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES DEL INSTRUMENTO # 3

**Cinta testigo:** En química, un indicador es una sustancia que siendo ácidos o bases débiles al añadirse a una muestra sobre la que se desea realizar el análisis, se produce un cambio físico que es apreciable, generalmente, un cambio de color; esto ocurre porque estas sustancias sin ionizar tienen un color distinto que al ionizarse.

**Control biológico:** Control Biológico: haciendo referencia a la utilización de microorganismos antagonistas para el control de enfermedades, entendiéndose por antagonistas, aquellos organismos que interfieren en la supervivencia o desarrollo de los patógenos.

**Central de esterilización:** La esterilización consiste en la destrucción o eliminación de cualquier tipo de vida microbiana de los objetos inanimados, incluyendo las formas esporuladas de hongos y bacterias. Significa el nivel más alto de seguridad y, por tanto, de letalidad (o eficacia biocida).

**Agua potable:** Es un estado de esta, caracterizado por su composición físico-química y biológica. Libre de microorganismo.

**Lavabos:** Es un recipiente sobre el que se vierte el agua para el aseo de las personal.

**Desechos comunes.** Son aquellos cuyos componentes básicos son: Papeles, cartones, plásticos, residuos de alimentos, vidrios, componentes de barrido generados en las áreas administrativas, limpieza en general, elaboración de alimentos, almacenes y talleres.



**Desechos potencialmente peligrosos:** Son todos aquellos materiales, que sin ser por su naturaleza peligrosos, por su ubicación, contacto o cualquier otra circunstancia puedan resultar contaminados, se incluyen los provenientes de áreas de hospitalización de los enfermos y de consulta externa.

**Aire acondicionado:** El acondicionamiento de aire es el proceso más completo de tratamiento del aire ambiente de los locales habitados; consiste en regular las condiciones en cuanto a la temperatura (calefacción o refrigeración), humedad, limpieza.

**Recipiente para corto punzantes:** simplemente basurero en otros lugares, es un recipiente usado para almacenar basuras que puede estar hecho de metal o plástico.

**Material contaminado:** Los desechos hospitalarios son las distintas variedades de desechos generados en los establecimientos de salud y , dado su potencial patogénico y la ineficiencia en su manejo , representan un riesgo para la salud.

**Manejo del material estéril:** El campo estéril siempre ha de estar lo más lejos posible nosotras no nos acercaremos mucho, al ir depositando el material en el campo estéril lo haremos con suma precaución es decir separaremos las manos del cuerpo, abriremos el paquete y tiraremos el material en el campo estéril. Si se nos cayera el paquete tocado en el campo estéril deberíamos de volver a preparar el campo estéril y utilizarlo todo como material limpio o volverlo a esterilizar.

**Esterilización:** Es el procedimiento mediante el cual se consigue con la supresión de todos los microorganismos patógenos o no tanto en forma vegetativa como de esporas.

**Visitas:** las restricciones en las condiciones de las visitas a los pacientes hospitalizados están en concordancia y obedecen a las medidas ordenadas por la

autoridad de salud, ante la declaración de la Organización Mundial de la Salud de la Fase 6 en el tratamiento de la pandemia por influenza humana en el mundo.

**Circulación:** Con amplitud suficiente y en una misma dirección, evitando el paso de materiales limpios por áreas sucias. El ingreso del personal del quirófano es por vestuario, colocándose en un área de uso exclusivo.

## **PROCEDIMIENTO**

### **PRUEBA PILOTO**

Previo a la recolección de los datos, se hizo la validación de tres instrumentos que se aplicaron en diferentes instituciones homologas del sistema de salud mediante una prueba piloto, tomando como muestra al personal de salud, pacientes y ambiente hospitalario.

Como resultado de esta prueba piloto se modificó y se eliminó algunas preguntas que no eran pertinentes al estudio, así mismo se determinó el tiempo requerido para la aplicación de los instrumentos.

El estudio se desarrollo en tres momentos que se describen a continuación, antes que cualquier actividad se aplico el consentimiento informado al personal, paciente y se obtuvo la firma de las autoridades correspondientes Se aplicaron los instrumentos uno dirigido al personal involucrado en el cuidado del paciente, segundo dirigido al paciente y un tercero al ambiente hospitalario (Quirófano, Recuperación, Sala de Cirugía), al paciente en estudio durante su estancia Hospitalaria se le aplicaron diferentes técnicas para la recolección de información tales como: entrevistas, observación, revisión de expedientes, realizadas Por las investigadoras en el mes de julio, agosto, septiembre y octubre 2010 en los servicios de cirugía (sala de operaciones, recuperación central de esterilización y salas de internamiento), las encuestas fueron identificadas haciendo uso de un código que permitió identificar al paciente, los cuidadores del mismo (médicos,

enfermeras, instrumentista, circulante) y el ambiente hospitalario durante el internamiento del mismo, para poder establecer la relación entre estado del paciente, cuidadores y ambiente, el código lleva iniciales del Hospital (IHSS) luego la especialidad que cursan las investigadoras (QX) seguido de un numero correlativo iniciando por (01). Ejem: (QXIHSS01)

El segundo momento consistió en la elaboración de la base de datos, el análisis de la información en el programa (SPSS 18) Paquete Estadístico para Ciencias Sociales y según las necesidades detectadas en el manejo del personal se socializaron los resultados con las autoridades institucionales y se elaboraron guías de atención para las buenas prácticas clínicas según necesidades detectadas las mismas se socializaron con el personal y se pondrán en práctica.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **Instrumento Nº 1,**

La fuente de obtención de datos fue el personal de salud, a través de la técnica de entrevista y la observación mediante un cuestionario de 30 preguntas

### **Instrumento Nº 2,**

La fuente fue el paciente, a través de un cuestionario con la técnica de observación y la entrevista consignando datos generales, aspectos socio demográfico y cultural, veinte siete preguntas generando respuesta dicotómica, continuas, abiertas, cerradas y categóricas.

### **Instrumento Nº 3**

La fuente fue la observación del ambiente hospitalario (de los servicios de cirugía, contiene 25 preguntas tipo Likert, abiertas y cerradas.)

## **MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Instrumentos para la recolección de datos:** se hizo por medio de tres instrumentos; el instrumento 1 es la entrevista al personal de salud, el instrumento 2 es la entrevista dirigida al paciente y el instrumento 3 es una guía de observación de los ambientes del servicio de cirugía (Sala de Operaciones, Recuperación, Central de Esterilización, sala de hospitalización de Cirugía)

**Procedimientos para recolección de información:** la información se recolecto en 30 pacientes y el total de los empleados del servicio de Cirugía involucrados. En diferentes horarios que permitió la captación de la muestra de estudio previo a la autorización de los participantes por medio de la firma del consentimiento informado. Una vez recolectada la información se realizo la tabulación y análisis de la misma en cada hospital seguidamente se hizo el intercambio de información de los nueve hospitales participantes para el análisis de los resultados.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICOS**

Se realizo la base de datos basado en el programa Paquete Estadístico para Ciencias Sociales versión 18 (SPSS) y se aplicaron como medidas estadísticas la Medidas de dispersión (rango, medio rango, varianza, chi cuadrada, valores p, correlación de pearson, tabla de contingencia) medidas de tendencia central (Moda, mediana, media).

## **LIMITACIONES**

- Que los pacientes no quisieron participar en el estudio.
- Cancelación de cirugías por razones de logística.
- Rechazo del personal en la aplicación del instrumento.
- Prolongación de la recolección de datos por emergencia nacional por el Dengue se reprogramaron las cirugías selectivas

## ÉTICA DEL ESTUDIO

Basado en buenas practicas clínicas obteniendo la autorización del estudio por parte de las autoridades de la institución; así mismo se aplico el consentimiento informado por medio del cual las personas aceptaron participar en el mismo.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### FACTORES CONDICIONANTES BASICOS (FCB) DE PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO SEGÚN TEORIA DE OREM

TABLA # 1

**Factores condicionantes basicos del personal involucrado en la atención de los paciente sometidos a de cirugía selectiva en IHSS**

Cargo personal involucrado en el estudio	N° personal en el estudio			
	Femenino		masculino	
	Fx	%	Fx	%
Auxiliar de enfermería	7	27		
Medico	3	12	5	19
Instrumentista/ Circulante	6	23	5	19
Total	16		10	

Fuente: Instrumento 1 aplicado al personal de salud (IAPS) 2010, n=26

**TABLA # 2**

**Tiempo de laborar del personal involucrado en el cuidado dependiente a los pacientes sometidos a cirugía**

	Tiempo de laborar en la institución de la auxiliar de enfermería	Tiempo laborar circulante	Tiempo laborar instrumentista	tiempo de laborar del medico
Media	4.84	8.78	8.82	7.23
Mediana	4.00	8.00	7.70	7.00
Moda	2	8	6	5
Desv. Típ.	2.828	5.553	6.509	2.861
Varianza	7.998	30.839	42.364	8.185
Rango	13	25	22	16
Mínimo	2	1	1	1
Máximo	15	26	23	17

*Fuente: Instrumento 1 IAP, 2010,*

*n=26*

El personal de salud involucrado en el estudio fueron 26 profesionales de los cuales el 27% fueron auxiliares de enfermería, 31% médicos, 42% circulantes / instrumentista, de todos ellos predomina el sexo femenino (62%) quienes brindaron cuidado dependiente a los pacientes sometidos a cirugía selectiva. (Tabla1) se aclara que el personal instrumentista/ circulante la persona desempeña la misma actividad ya que en una cirugía son instrumentistas y en otra son circulantes depende de la asignación de esa semana.

Tabla 2

Muestra las medidas de tendencia central del tiempo de laborar con una media de 8.82 años para la instrumentista y una desviación típica 6.5, un máximo de 26 años y un mínimo de 1 año.

Las circulantes/ instrumentistas que reportaron 20-26 años de laborar en la institución no completaron la primaria, los que entraron a laborar recientemente con 5-10 años de laborar han logrado completar la secundaria y dos con universidad incompleta.

**TABLA # 3**

**Factores Condicionantes Basicos de los pacientes operados de cirugía selectiva en IHSS**

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad del paciente</b>		
22 a 29 años	11	36.7
33 a 39 años	5	16.6
40 a 48 años	7	23.3
50 a 77 años	7	23.2
<b>SEXO PACIENTE</b>		
Femenino	20	66.7
Masculino	10	33.3
<b>PROCEDENCIA</b>		
Rural	4	13.3
Urbana	26	86.7
<b>RELIGION</b>		
Católica	17	56.7
Evangélica	12	40.0
Ninguna	1	3.3
Total	30	100.0

Fuente: Instrumento 2 aplicado al paciente (IAP2) 2010, n=30

Los factores condicionantes básicos (características socio demográficas) de los 30 pacientes en estudio , del 36.7% el promedio de edad es de ( 22-29 años ), que corresponde a 11 pacientes. El 16.6% de los pacientes ocilan en las edades de (33– 39 años),que corresponde a 5 pacientes. El 66.7% fueron del sexo femenino; el 86.7% procedían del area urbana, y el 56.7% profesa la religión católica.

## FACTORES RELACIONADOS A LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

### Factores relacionados al personal de salud

**TABLA # 4**

**Distribución de lavado simple de manos del personal que brinda cuidado dependiente a paciente sometidos a cirugía selectiva en IHSS**

Pasos del lavado simple de manos	Frecuencia	Porcentaje
Pre Mojar manos y muñecas		
Si	18	60.0
No	12	40.0
Pre Aplicar una vez jabón y frotarse las manos y muñecas		
Si	29	96.7
No	1	3.3
Pre Frotar la mano derecha sobre la izquierda		
Si	30	100.0
Pre Luego frotar la izquierda sobre la derecha		
Si	29	96.7
No	1	3.3
Pre Jabonar y frotar en espacios interdigitales		
Si	30	100.0
Pre Palma contra palma con los dedos entrelazados		
Si	30	100.0
Pre Se frota dedo por dedo de ambas manos con el puño		
Si	30	100.0
Pre La punta de los dedos de una mano contra la punta de los dedos de la opuesta		
Si	30	100.0



Pre se frota la punta de los dedos en ambas manos			
	Si	30	100.0
Pre Enjuagar con abundante agua			
	Si	29	96.7
	No	1	3.3
Pre Tomar papel toalla y séquese			
	Si	16	53.3
	No	14	46.7
	Total	30	100.0

Fuente: (IAPS1) 2010  $n=30$

**TABLA # 5**

**Estadística descriptiva de índices de lavado simple de manos involucrado en la atención de los paciente sometidos a de cirugía selectiva en IHSS**

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
índice de lavado de manos Auxiliar de enfermería	30	2	9	11	10.10	.845	.714
índice de lavado de manos Instrumentista	30	2	9	11	10.00	.263	.069
índice de lavado de manos Circulante	30	1	9	10	9.93	.254	.064
índice de lavado de manos Médico	30	2	9	11	9.87	.571	.326

Fuente: (IAPS1) 2010  $n=30$

<i>Índice de lavado simple de manos</i>	
<i>Excelente</i>	13
<i>Muy bueno</i>	12-13
<i>Bueno</i>	10-11

<i>Regular</i>	8-9
<i>Mal lavado</i>	<7

*Fuente: (IAPS1) 2010*      *n=30*

#### Tabla 4

El 40% del personal que brinda cuidado dependiente al paciente sometido a cirugía selectiva, no se pre moja manos y muñeca antes de jabonarse, y el 46.7% no utiliza papel toalla para secarse las manos.

El índice de lavado de manos en auxiliares de enfermería tiene un rango de 2 una media de 10, una desviación típica de 0.8, con varianza de 0.7, con un máximo de 11, que refleja que el índice de lavado simple de manos es bueno. ( los empleados no realizaron mal el procedimiento), el instrumento contiene algunos ítem, que en la institución no se realizan por ejemplo: “abre la puerta con el mismo papel y luego tire el papel en el sanitario” .El circulante tiene una media de 9.9, con una desviación típica de 0.2, y una varianza de 0.06, un máximo de lavado simple de manos de 10 como bueno, y un mínimo de 9. El índice medico refleja media de

9.8, una desviación típica de 0.5, un mínimo de 9, un máximo de 11 como bueno, según el índice de lavado de manos. Tabla 5

Referente a la vestimenta quirúrgica se observó que 100% del personal participante en la investigación, cumple en portar la vestimenta adecuada dentro del área de quirófano como: pijama/bata, gorro, mascarilla, botas y se cambia de ropa al salir del área de trabajo.

**TABLA # 6**

**Lavado quirúrgico de manos personal que atiende los paciente sometidos a cirugía selectiva en IHSS**

		Frecuencia	Porcentaje
	Si	30	100.0
Qx Se retira las alhajas			
	Si	30	100.0
Qx Se dobla mangas de la camisa			
Válidos	Si	22	73.3
	no	8	26.7
Qx Se coloca gorro y mascarilla antes del lavado de manos			
Válidos	Si	30	100.0
Qx mojar manos y muñecas			
Válidos	Si	30	100.0
Qx Aplicar una vez jabón y frotarse manos y muñecas			
Válidos	Si	30	100.0

Qx Pasar una mano sobre la otra frotar y luego intercambiar			
Válidos	Si	30	100.0
Qx Frotar espacios interdigitales			
Válidos	Si	30	100.0
Qx Frotar palma contra palma y dedos entrelazados			
Válidos	Si	30	100.0
Qx Frota el dorso de la mano de arriba hacia abajo sin regresar			
Válidos	Si	30	100.0
Qx Se enjuaga de los dedos al codo			
Válidos	Si	30	100.0
Qx no se sacude las manos			
Válidos	No	30	100.0
Qx Mantiene las manos a la altura de los hombros			
Válidos	Si	30	100.0
Qx se seca cada mano			
Válidos	Si	30	100.0

Fuente: (IAPS1) 2010 n=30

**TABLA # 7**

**Estadística descriptiva de índice de lavado quirúrgico de manos involucrado en la atención de los paciente sometidos a de cirugía selectiva en IHSS**

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
índice de lavado quirúrgico de manos Instrumentista	30	4	12	16	13.70	1.208	1.459
índice de lavado quirúrgico de manos Médico	30	5	11	16	13.70	1.368	1.872
N válido (según lista)	30						

Fuente: (IAPS1)2010 n=30

Índice de lavado quirúrgico de manos

<i>Excelente</i>	17
<i>Muy bueno</i>	15-16
<i>Bueno</i>	12-14
<i>Regular</i>	8-9
<i>Mal lavado</i>	<11

*Fuente: (IAPS1)2010      n=30*

### Tabla 6

Se refleja que 8 de los empleados que se realizo el lavado quirúrgico no se dobla la manga de la camisa esto corresponde al 26.7%, se observo que realizaron cada uno de los demás pasos.

Los instrumentistas tiene una media de 13.7, con un mínimo de 12 esto refleja en el índice de lavado quirúrgico de manos que está en el rango de bueno, con un máximo de 16 es muy bueno teniendo una desviación típica de 1.2 con varianza de 1.4 al referirnos al índice quirúrgico medico un rango de 5 con una desviación

típica de 1.3, una varianza 1.8 y una desviación típica de 1.3 con un máximo de 16 que es muy bueno y un mínimo de 11 reflejando un mal lavado quirúrgico. Tabla 7

En este procedimiento también se aclara que hay ítems que no se realizaron porque se cuenta con otro insumo para el lavado de manos quirúrgico como ser el Avagard (gel antiséptico) que sustituye al lavado quirúrgico con el cepillo tradicional.

**TABLA # 8**

**Tabla de distribución de frecuencias los cuidados trans operatorios.  
(Asepsia, conteo de material)**

<b>Circulante: Prepara el material y equipo antes de la cirugía</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Si	30	100.0
<b>Circulante: Abre las 3 pestañas de paquetes estériles</b>			
	Si	30	100.0
<b>Circulante: Mantiene la asepsia (no toca material estéril)</b>			
	Si	30	100.0

<b>Circulante: Prepara el material y equipo antes de la cirugía</b>			
	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Circulante: Cuenta el material utilizar y el utilizado</b>			
	Si	30	100.0
<b>Circulante: Documenta el trabajo realizado</b>			
	Si	30	100.0
<b>Quien realiza el conteo de material</b>			
Instrumentista y		28	93.3
circulante			
	todos	2	6.7
<b>Realiza el primer conteo de material al inicio de la cirugía</b>			
	Si	30	100.0
<b>Realiza un segundo conteo de material durante la cirugía</b>			
	Si	30	100.0
<b>Realiza un tercer conteo de material durante la cirugía</b>			
	Si	30	100.0

Fuente: (IAPS1)2010 n=30

**TABLA # 9**

**Estadísticos descriptivos de índice de si mantiene la asepsia del procedimiento quirúrgico**

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Índice si se mantiene la asepsia y orden durante el procedimiento quirúrgico	30	2	7	9	8.10	.995	.990

Fuente: Fuente: (IAPS1)2010 n=30

Tabla 8

Se observa que el personal cumple con todos los pasos requeridos para el trans operatorio y se denota que el conteo de material lo realiza el 93.3% solo los instrumentistas y circulantes en las cirugías observadas, el 6.7% lo relazaron todo el equipo médico, instrumentista circulante.

En el índice de la asepsia y el orden procedimiento quirúrgico nos da un rango de 2, media de 8.1, una desviación típica y varianza de 0.9, mínimo de 7 y un máximo de 9. En la tabla 9

**TABLA # 10**

**Tabla de distribución de cuidados post operatorios: curaciones, signos vitales, controles que se le realizaron a los pacientes operados en IHSS**

		Frecuencia	Porcentaje
Realiza curaciones del sitio operatorio	Si	30	100.0



T° mínima registrada	36.0-36.7	17	56.6
T° máxima registrada	37.0	26	86.7
	37.2-39.0	4	13.3
Primer control, 1 día post cirugía	Si	30	100.0
Segundo control	Si	28	93.3
	No	2	6.7
Tercer control, al alta	Si	7	23.3
	No	23	76.7
	Total	30	100.0

Fuente: (IAPS1) 2010 n=30  
Fuente: (IAP2) 2010 n=30

Se registraron 4 pacientes que corresponde al 13.3% con temperatura de 37.2-39.0 y se registra que no se realizó el tercer control a 23 pacientes que es el 76.7%, ya que estos pacientes, solo tuvieron dos días de estancia hospitalaria.

**TABLA # 11**

**Tabla de contingencia de existencia de agua con baño del paciente antes de la cirugía en IHSS**

	Dispone de agua potable en todas las áreas de los servicios de cirugía		Total
	Siempre	frecuentemente	

Cuántas veces por día se baña	1	4	0	4
	2	19	2	21
	3	5	0	5
		Afeita el área quirúrgica		
		Si	no	
Cuántas veces por día se	1	2	2	4
Baña	2	16	5	21
	3	2	3	5
		20	10	30

Fuente: (IAPS1)2010      n=30  
Fuente: (IAA3)2010      n=30

Tabla 11

19 de los 30 pacientes entrevistados se bañan 2 veces antes del procedimiento quirúrgico y siempre se dispone de agua potable en todas las áreas de los servicios de cirugía.

20 de los 30 pacientes que son sometidos a intervenciones quirúrgicas, llevan afeitada el área quirúrgica.

**TABLA # 12**

**Cirugías realizadas durante el trimestre de investigación en IHSS**

	Frecuencia	Porcentaje
Biopsia de mama	2	6.6
C.O.L.E-L.A.P	5	16.5

Extracción de quiste de maxilar derecho	1	3.3
Fijación de tibia; fijación clavos percutáneos	2	6.6
H.A.T	9	29.9
Hernio plastia	3	9.0
Septo plastia	7	23.3
Total	30	100.0

Fuente: (IAPS1)2010 n=30

Se observa que las intervenciones quirúrgicas realizadas a los pacientes que participaron en la investigación, la cirugía que más se realizó fue la Histerectomía abdominal es el (29.9%), total con 9 pacientes, seguido por Septo Plastia es el (29.9%), con 7 pacientes, como tercera es la Cole-Lap el 29.9%, con 5 cirugías realizadas.

### TABLA # 13

**Tabla de contingencia antiséptico que se utiliza para la limpieza quirúrgica \* Índice si presenta infección o no**

Antiséptico que se utiliza para la limpieza quirúrgica	Índice si presenta infección o no			Total
	Un signo	Dos signos	Tres signos	
Gluconato de clorhexidina al 4% y Yodo Povidone	12	13	5	30

Fuente: (IAPS1) 2010  
Fuente: (IAP2) 2010

n=30  
n=30

<i>Índice de infección</i>	
<i>1 signo</i>	<i>dolor</i>
<i>2 signos</i>	<i>Enrojecimiento de la herida</i>
<i>3 signos</i>	<i>fiebre</i>

Se puede observar que de los 30 pacientes encuestados 13 pacientes presentaron dos signos de infección que son: dolor, bordes de las heridas enrojecidas y 5 pacientes presentaron tres signos de infección: fiebre más de dos días, inflamación del sitio quirúrgico y dolor.

**TABLA # 14**

**Tabla de contingencia de los signos y síntomas de infección, fiebre más de dos días, bordes de la herida, sangrado, en los pacientes post operados de cirugía selectiva en IHSS**

	Índice si presenta infección o no			Total
	Un signo	Dos signo	Tres signos	

Bordes de la herida	limpia	5	8	0	13
	Enrojecido	7	5	5	17
		Índice si presenta infección o no			
		Un signo	Dos signo	Tres signos	Total
Sangrado	escaso	10	13	5	28
	moderado	2	0	0	2
		Índice si presenta infección o no			
		Un signo	Dos signo	Tres signos	Total
T° máxima registrada	37.0	12	12	2	26
	37.2	0	0	1	1
	38.0	0	1	1	2
	39.0	0	0	1	1
Total		12	13	5	30

Fuente: (IAPS1) 2010  $n=30$

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.704 <sup>a</sup>	6	.033
Razón de verosimilitudes	11.506	6	.074
Asociación lineal por lineal	6.048	1	.014
N de casos válidos	30		

a. 10 casillas (83.3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .17.

Fuente: (IAPS1) 2010  $n=30$

## TABLA # 15

**Estadísticos descriptivos de índice de infección de los pacientes que se someten a cirugía selectiva en IHSS**

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Índice si presenta infección o no	30	2	1	3	1.77	.728	.530

Fuente: (IAP2) 2010 n=30

En los 30 pacientes que participaron en la investigación reflejaron que 5 pacientes tuvieron tres signos de infección, bordes de la herida enrojecida 17, sangrado escaso 28 y temperatura controlada más de dos días de 37.2-39.0 grados centígrados fueron 5 pacientes.

Se observa un valor de chi-cuadrado de 13.7 con significancia estadística 0.03

Se obtuvo en el índice si presente infección o no un rango de 2, una varianza de .530, con una media 1.77, como un máximo de 3 y un mínimo de 1 en los pacientes que se sometieron a cirugía selectiva en los meses de Septiembre y Octubre del 2010

#### TABLA # 16

**Tabla de frecuencia, índice de masa corporal con enfermedades que padece el paciente que se somete a cirugía selectiva en IHSS**

*n=30*

Rango		Frecuencia	Porcentaje
índice de masa corporal	25-27	14	46.6
	27-29	13	43.3
	>30	5	16.1
Interpretación	Obesidad> De30	2	6.7
	Sobre peso de 25 a 29	28	93.3
Enfermedades que padece	Cáncer	2	6.7
	otra	6	20.0
	ninguna	22	73.3
Total		30	100.0

*Fuente:(IAP2) 2010*

<i>Índice de masa corporal</i>	
<i>obesidad</i>	>30
<i>Sobrepeso</i>	25-29
<i>Normal</i>	18.5-24.9
<i>Bajo peso</i>	<18.5

**TABLA # 17**

**Estadísticos descriptivos del índice de masa corporal**

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Índice de masa corporal	30	25	19	35	31.47	6.551	47.016

*Fuente: (IAP2) 2010 n=30*

**Tabla 16**

Los participantes de la investigación el (93.3%) 28 pacientes salieron con sobre peso y el (6.7%) 2 pacientes con obesidad, referente a las enfermedades que padece el (20%) 6 pacientes refieren otras enfermedades como ser Hipertensión, Insuficiencia Renal Aguda y el (73.3%) 22 pacientes no padecen de ninguna enfermedad.

El índice de masa corporal tiene un rango de 25, desviación típica de 6.5, media 31.4, con varianza de 47, un valor mínimo de 19 y valor máximo de 35 esto refleja que al mayor parte de los pacientes tienen sobre peso, según el índice de masa corporal presentado en la tabla anterior.



**TABLA # 18**

**Tabla de contingencia procedimientos invasivos realizados \* Índice si presenta infección o no**

		Índice si presenta infección o no			Total
		Un signo	Dos signo	Tres signos	
Procedimientos invasivos realizados	Sonda vesical y cateterismo periférico	11	1	5	29
	sonda naso gástrica	1	0	0	1
Total		12	13	5	30

Fuente: (IAP2) 2010 n=30

Al cruzar el índice de infección con los procedimientos invasivos realizados se encontró que a los cinco pacientes infectados, se les colocó sonda vesical y cateterismo periférico.

**TABLA # 19****Tabla de distribución de prácticas post operatorias en la limpieza del sitio operatorio**

		Frecuencia	Porcentaje
Tiempo para descubrir la herida quirúrgica en horas	menos de 12 hrs	20	66.7
	13 a 24 hrs	10	33.3
Realiza curaciones del sitio operatorio	Si	30	100.0
Gluconato y Yodo	30	100.0	3.3
Diluye antiséptico	No	30	100.0
Se mantiene los desinfectantes cerrados	Si	30	100.0
Total	30	100.0	100.0

*Fuente: (IAPS1) 2010**n=30*

**TABLA # 20**

**Estadísticos descriptivos de índice de limpieza del sitio operatoria**

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Índice de limpieza del sitio operatorio	30	1	7	8	8.97	.183	.033

Fuente: (IAPS1) 2010

n=30

<i>Índice de limpieza del sitio operatorio</i>	
<i>excelente</i>	8
<i>Muy bueno</i>	7
<i>Bueno</i>	6
<i>Mal limpieza</i>	< 5

Fuente: (IAPS1) 2010      n=30

El (66.7%), 20 pacientes las heridas quirúrgicas fueron descubiertas en menos de 12 horas y el (33.3%) 10 pacientes se realizó curación del sitio quirúrgico de 13 a 24 horas después de la cirugía.

Los antisépticos que se utilizaron no se diluyen, Gluconato de Clorhexidina al 4% y yodo povidone, estos se mantienen cerrados siempre, tabla 19

El índice de limpieza del sitio operatorio reflejó una mediana de 8.9, desviación típica de 0.2, con varianza 0.03, un rango de 1, valor mínimo de 7, y un valor máximo de 8 así que la condición de limpieza es excelente para los pacientes atendidos como lo refleja el índice del sitio operatorio enunciado anteriormente.

**TABLA # 21****Factores del ambiente****Tabla de distribución de frecuencias de factores del ambiente de los servicios básicos que dispone el IHSS**

	Frecuencia	Porcentaje
Dispone de agua potable en todas las áreas de los servicios de cirugía		
Siempre	28	93.3
Frecuentemente	2	6.7
Disponen de lavamanos en buenas condiciones los servicios de cirugía		
Siempre	6	20.0
Frecuentemente	24	80.0
Dispone de servicios sanitarios en buenas condiciones en los servicios de cirugía		
Siempre	26	86.7
Frecuentemente	4	13.3
Aire acondicionado con recambio para disminuir la contaminación		
Siempre	6	20.0
Frecuentemente	24	80.0
Total	30	100.0

*Fuente: (IAA3) 2010 n=30*

Se refleja que la institución cuenta con agua potable en todas las áreas de los servicios de cirugía con el 93.3%, disponiendo frecuentemente de lavamanos en buenas condiciones con el 80%, cuenta con servicios sanitarios en buenas condiciones siempre con 26 que es el 86.7% y con el aire acondicionado adecuado frecuentemente con 24 que es el 80% como se refleja la institución presta excelente servicio a los pacientes de cirugía.

**TABLA # 22**

**Tabla de distribución de bioseguridad con las que cuenta el servicio de cirugía**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Existe un recipiente para la colocación de instrumentos punzocortantes en el servicio de cirugía</b>		
siempre	30	100.0
<b>Todo material contaminado (desechos, ropa e instrumental) es transportado según líneas de asepsia.</b>		
algunas veces	5	16.7
muy raramente	25	83.3
<b>Área específica para tomar los alimentos en los servicios de cirugías</b>		
siempre	29	96.7
muy raramente	1	3.3
<b>Existe un control estricto de visitas de paciente</b>		
siempre	30	100.0
<b>Los pasillos de área quirúrgica son manejados como área restringida en los cuales solo el personal que labora en dicha área tiene acceso a la misma.</b>		
siempre	26	86.7
frecuentemente	3	10.0
muy raramente	1	3.3
<b>Existe dispensador para jabón líquido y papel toalla en salas de hospitalización</b>		
siempre	5	16.7
frecuentemente	25	83.3
<b>Cuenta con una ruta destino para transportar los desechos hospitalarios</b>		
frecuentemente	2	6.7
muy raramente	25	83.3
nunca	3	10.0
<b>Existe un lugar diseñado para colocar desechos hospitalarios</b>		
algunas veces	5	16.7
muy raramente	23	76.7
nunca	2	6.7
Total	30	100.0

Fuente: (IAA3) 2010 n=30

**TABLA # 23**

**Estadísticos descriptivos del índice del ambiente**

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
Índice del ambiente en la sala	30	14	47	61	53.90	3.407	11.610
Índice del ambiente en el quirófano	30	12	56	68	60.57	3.256	10.599
Índice del ambiente en recuperación	30	14	54	68	58.53	2.968	8.809

Fuente: (IAA3) 2010 n=30

<i>Índice del ambiente</i>	
<i>excelente</i>	76
<i>Muy bueno</i>	68-75
<i>Buen ambiente</i>	57-67
<i>Regular</i>	47-56
<i>Mal ambiente</i>	<46

Fuente: (IAA3) 2010 n=30

En el servicio de cirugía se depositan los desechos peligrosos en bolsas rojas y los desechos comunes en bolsas negras, siempre se cuenta con este material, los pasillos del área quirúrgica son manejados como área restringida siempre con el 86.7%, se observó que la ruta de destino de los desechos hospitalarios muy raramente con 83.3 % asimismo para la colocación de los desechos hospitalarios muy raramente con 76.7% por no ser el lugar adecuado para dejar los desechos en la ruta de acceso del personal como fuente de contaminación. Tabla 21

#### Tabla 23

El índice del ambiente en la sala de cirugía con un rango de 14, una media de 53.9, desviación típica de 3.4, una varianza 11.6, con un valor mínimo de 47, y un máximo de 61 esto refleja buen ambiente en sala según el índice.

En el índice del ambiente de quirófano tiene un rango de 12, una media de 60.5, desviación típica de 3.2, y una varianza de 10.5, un mínimo de 56 y un máximo de 68 según la tabla de índices está ubicado en muy bueno el ambiente.

Al referirnos al índice del ambiente en la sala de recuperación refleja que la institución cuenta con agua potable en todas las aéreas de los servicios de cirugía con el 93.3%, disponiendo frecuentemente de lavamanos en buenas condiciones con el 80%, cuenta con servicios sanitarios en buenas condiciones siempre con 26 que es el 86.7% y con el aire acondicionado adecuado frecuentemente con 24 que es el 80% como se refleja la institución presta excelente servicio a los pacientes de cirugía.

## CORELACION DE PEARSON.

	INDICE	lavado A/E	lavado circulante	lavado instrumentista	Lav manos Medico	masa corporal	Ambiente sala	Ambiente Qx	
índice de lavado de manos Médico	Correlación de Pearson	-.186	.412	.230	1				
	Sig. (bilateral)	.326	.024	.222					
índice de lavado quirúrgico de manos Instrumentista	Correlación de Pearson	-.003	-.068	-.109	-.410	1			
	Sig. (bilateral)	.986	.723	.567	.025				
T° máxima registrada	Correlación de Pearson	.356	.088	.000	-.061	.382	1		
	Sig. (bilateral)	.054	.645	1.000	.748	.037			
Índice del ambiente en sala	Correlación de Pearson	.363	-.168	-.116	-.007	-.065	1		
	Sig. (bilateral)	.049	.376	.543	.970	.732			
Índice del ambiente en el quirófano	Correlación de Pearson	.154	-.370	-.161	-.032	-.262	.496	1	
	Sig. (bilateral)	.416	.044	.394	.866	.161	.005		
Índice del ambiente en recuperación	Correlación de Pearson	.116	-.501	-.088	-.079	.239	.568	.699	1
	Sig. (bilateral)	.543	.005	.642	.680	.204	.001	.000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30



- Al mencionar el índice de lavado médico tiene una relación leve positiva con 0.4 con un valor p 0.2, tiene significancia estadística con el lavado de manos del circulante.
- El índice lavado quirúrgico de manos instrumentista presentó una correlación negativa moderada con un valor p de 0.02 es significancia estadística con el índice lavado de manos médico
- El índice del ambiente de quirófano presentó una correlación negativa leve de -0.3 con valor p de 0.04 este tiene significancia estadística con el índice lavado de manos del circulante, podemos decir que a mejor lavado de manos circulante, disminuyen las infecciones en el quirófano
- también tiene relación con el índice de ambiente de sala con correlación positiva leve de 0.4, valor p de 0.005 la significancia estadística es alta si mejora el manejo de índice de sala disminuyen las infecciones nosocomiales en el quirófano.
- En el índice ambiente de recuperación hay correlación negativa de - 0.5 y significancia estadística es alta con 0.005 con el índice lavado de manos circulante esto nos dice que una disminuye y la otra aumenta diciendo que a mejor lavado de manos circulante disminuye la infección en recuperación.
- También hay correlación positiva moderada de 0.5, valor p de 0.001 es significancia estadística es alta esto nos refleja que a mejor índice de sala al realizar los procedimientos con calidad disminuyen las infecciones en recuperación
- El índice ambiente recuperación hay correlación negativa moderada de -0.6 un valor p de 0.000 aquí la significancia estadística es alta con el índice de

ambiente en quirófano, si recuperación mejora el índice de ambiente disminuye el índice de infección.

## CAPITULO V

### DISCUSION

.El personal de salud involucrado en el estudio fueron 26 profesionales de los cuales el 27% fueron auxiliares de enfermería, 31% médicos, 42% circulantes / instrumentista, de todos ellos predomina el sexo femenino (62%) quienes brindaron cuidado dependiente a los pacientes sometidos a cirugía selectiva, en sala de operaciones y en recuperación.

De los factores condicionante básicos y las características socio demográficas se observa que el 36.7%de los pacientes tiene un promedio de edad de (22-29 años), que el 66.7% fueron del sexo femenino, el 86.7% procedían del área urbana, y el 56.7% profesa la religión católica.

De los treinta pacientes participantes en la investigación cinco presentaron tres signos de infección, bordes de la herida enrojecida, dolor y temperatura, a los cuales se les realizaron procedimientos invasivos como colocación de sonda vesical y cateterismo periférico. El 66.7% de los pacientes post operados, la herida quirúrgica se descubre a las doce horas después de la cirugía, se realizaron curaciones al 100% de los pacientes, no diluyen los antisépticos que utilizaron para realizar las curaciones, por lo que podríamos relacionar los signos de infección con la realización de procedimientos invasivos en pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos por lo que se hace necesario la aplicación de las guías de las buenas prácticas clínicas para estandarizar los procedimientos y brindar al usuario cuidados de enfermería libre de riesgo.

Las infecciones nosocomiales se asocian a instrumentación, procedimientos invasivos, pacientes graves e inmunosupresión.

La mayoría son endémicos.- Dependen de sitio clínico (Las infecciones urinarias, infecciones de heridas quirúrgicas, neumonías) por el tipo y tamaño del hospital, la edad del paciente (niños frente a pacientes mayores), tipo de servicio. (5)

La teoría de Florence Nightingale se centra en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar adecuados cuidados de enfermería.

El índice del ambiente de quirófano y sala de recuperación es muy bueno, cuenta con depósitos para desechos peligrosos y comunes, los pasillos son manejados como áreas restringidas, cuenta con lavamanos en buenas condiciones, con agua potable, y servicios sanitarios en buen estado, pero no cuenta con una ruta para trasladar los desechos hospitalarios, no reúne los requerimientos de las teorías de enfermería que fundamentan la investigación

El personal de salud involucrado en el estudio fueron 26 profesionales de los cuales el 27% fueron auxiliares de enfermería, 31% médicos, 42% circulantes / instrumentista, de todos ellos predomina el sexo femenino (62%) quienes brindaron cuidado dependiente a los pacientes sometidos a cirugía selectiva según la teoría de Dorotea Oren, la enfermera debe realizar las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital, el personal que atiende a los pacientes realizó el lavado simple y quirúrgico de manos con un índice de muy bueno. El personal instrumentista/ circulante desempeña la misma actividad ya que en una cirugía son instrumentistas y en otra son circulantes depende de la asignación que le corresponda.

Las circulantes/ instrumentistas que reportaron 20-26 años de laborar en la institución no completaron la primaria, los que entraron a laborar recientemente con 5-10 años han logrado completar la secundaria y dos con universidad

incompleta, se puede observar que el personal instrumentista cumple con todos los pasos requeridos durante el trans operatorio.

Factores relacionados con el medio ambiente: La superficie de las salas de cirugía, las paredes pisos y mobiliarios deben ser limpiados con agua y jabón al comienzo y al finalizar el día. Los instrumentos deben ser esterilizados a vapor o gas según sea indicado <sup>(11)</sup>.

Según la teoría de Florencia Nightingale se debe situar al paciente en las mejores condiciones ambientales posibles la institución cuenta con agua potable en todas las áreas de los servicios de cirugía con el 93.3%, disponiendo frecuentemente de lavamanos en buenas condiciones con el 80%, cuenta con servicios sanitarios en buenas condiciones siempre con 26 que es el 86.7% y con el aire acondicionado adecuado frecuentemente con 24 que es el 80% como se observar la institución presta excelente servicio a los pacientes que son sometidos a procedimientos quirúrgicos.

El índice del ambiente en la sala de cirugía con un rango de 14, una media de 53.9, desviación típica de 3.4, una varianza 11.6, con un valor mínimo de 47, y un máximo de 61 esto refleja buen ambiente en sala según el índice.

En el índice del ambiente de quirófano tiene un rango de 12, una media de 60.5, desviación típica de 3.2, y una varianza de 10.5, un mínimo de 56 y un máximo de 68 según la tabla de índices está ubicado en muy bueno el ambiente.

Al referirnos al índice del ambiente en la sala de recuperación muestra, que la institución cuenta con agua potable en todas las areas de los servicios de cirugía con el 93.3%, disponiendo frecuentemente de lavamanos en buenas condiciones con el 80%, cuenta con servicios sanitarios en buenas condiciones siempre con 26 que es el 86.7% y con el aire acondicionado adecuado frecuentemente con 24 que es el 80% como se refleja la institución presta excelente servicio a los pacientes

de cirugía, el contar con un buen hospitalario nos ayuda a disminuir el riesgo de infección para los pacientes y el personal.

Según Dorotea Orem el servicio que brinda el personal enfermería debe de ser especializado, se observo que el 100% del personal que labora en sala de operaciones y sala de recuperación, porta su vestimenta quirúrgica correctamente.

## **CONCLUSIONES**

La presente investigación;” FACTORES RELACIONADOS A INFECCIONES NOSOCOMIALES” de tipo descriptiva correlacional, fue realizada en el IHSS; en el tercer trimestre ( septiembre, octubre) 2010, donde se tomo una muestra de 30 pacientes sometidos a cirugía selectiva; que se selecciono a conveniencia utilizando tres instrumentos aplicados al personal, pacientes y el ambiente. (Observación y entrevista) que posterior a la recolección y análisis de datos se llevo a las siguientes conclusiones:

- La mayor parte del personal de enfermería que labora en el área de cirugía son del sexo femenino, algunos con secundaria completa y solo dos realizando estudios universitarios incompleta.
- Los pacientes que acuden al servicio de cirugía en su mayoría proceden del área urbana y profesan la religión católica.
- Los signos de infección encontrados en los pacientes en estudio sometidos a procedimientos quirúrgicos está estrechamente relacionados con los procedimientos invasivos que les realizaron (cateterismo periférico, cateterismo vesical)

- Se identificó deficiencia en el lavado de manos simples en el personal de enfermería en todos los cargos; relacionado a la falta de condiciones físicas de los ambientes e insumos necesarios; lo que contribuye a que se presenten infecciones en los pacientes que son atendidos en los servicios de cirugía
- Las salas de cirugía cuentan con un buen ambiente, agua potable permanente, lavamanos en buen estado, dispensador para material corto punzante, clasificación de los desechos sólidos y otros, pero el material contaminado (desechos, ropa e instrumental), no es transportado según las líneas de asepsia.
- En sala de operaciones y recuperación donde el cuidado del paciente es totalmente dependiente, el personal que atiende el paciente se realiza el lavado simple de manos y el lavado quirúrgico pero no cuentan con dispensadores de papel toalla para secarse las manos, mantienen el orden y la asepsia durante el acto quirúrgico , portando correctamente su vestimenta quirúrgica.
- El Gluconato de Clorhexidina al 4% el yodo povidone son los antisépticos que utilizan en las salas de cirugía para realizar la desinfección, los frascos los mantienen cerrados, para evitar el riesgo de contaminación.

## RECOMENDACIONES:

- Socializar con el departamento de Epidemiología y comité de control de infecciones los resultados de la investigación, sugerir colocar dispensadores con papel, en el área de lavado de quirófano para secarse las manos.
- Desarrollar programas de educación permanente a través del departamento de enfermería y el departamento de educación para la actualización los conocimientos y así mejorar la atención que se le brinda a los pacientes.
- Sugerir un mecanismo de solución al transporte de desechos, ropa e instrumental contaminado, no cumple con los estándares de transporte.
- Implementar guías de atención de las buenas prácticas clínicas de cumplimiento obligatorio en el servicio de cirugía del IHSS para garantizar que los cuidados Enfermería sean de forma estandarizada, beneficiando de esta manera al paciente e Institución, y proveer al usuario una atención de Enfermería libre de riesgo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Infecciones Nosocomiales - Infecciones Hospitalarias - INICC. INICC, Comunidad Científica Internacional de Control de Infecciones, nace de una insumos para la prevención de la neumonía nosocomial y de la herida [www.inicc.org/espanol/esp\\_index.php](http://www.inicc.org/espanol/esp_index.php) - En caché - Similares
2. Gonzales Saldaña Napoleon, Saltigeral Simental Patricia, Macías Parra Mercedes. Infectología Neonatal segunda edición Capitulo editorial McGraw-Hill Interamericana 38 pág. 322, 324 (2006)
3. Pisciana Jorge, Scarinci Adriana y Pérez Silvia Vuidepot. Ecología infección y residuos, Libro instrumentación quirúrgica Técnicas en cirugía general volumen Capitulo 17 pág. 563, 564, 565 1 agosto (2007).
4. G. Ducl, Fundación Hygie, Ginebra, Suiza, J. Fabry, Prevención de las infecciones nosocomiales, GUÍA PRÁCTICA 2a edición OMS Universidad Claude Bernard, Lyon, Francia, L. Nicolle, Universidad de Manitoba, Winnipeg, Canadá
5. Nuñez Freile Byron, | Hostmaster/ Webmaster: Cerebro periférico ¡La higiene de manos es la medida más simple, barata y efectiva para la prevención de la infección nosocomial y la diseminación de la resistencia bacteriana! ©2008 Universidad Central del Ecuador.
6. Membreño Sequeira Juana María, Residente III año de Pediatría, Tesis para Optar al Título de especialista en Pediatría Comportamiento Clínico y Epidemiológico de las Infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidados

Comenta



Intensivos Neonatales del Hospital Escuela. Oscar Danilo Rosales Argüello.  
Período Comprendido de (Octubre 2002 – Enero 2004 UNAN- LEON)

7. Gonzales Saldaña Napoleón, Patricia Saltigeral Semental, Mercedes Macías Parra. I. Infectología neonatal tercera edición. Capitulo 38 pág. 322, 324 (2006)
8. Membreño-Padilla Alejandro A \*. Cananuathi Rock Udía Elena \* \*. Peralta-paguada1 LUÍS Aberro infecciones de heridas operatorias: " una experiencia regional\*\* rev med post unah, vol3 número 1, enero-abril. (1998)
9. Ducl G et al. Guide pratique pour la lute contre l'infection hospitalière. who/bac/79.1.
10. H Rodas Jorge, e Ruiz Pérez Vicente, Villalba a Joaquín, Infección intrahospitalaria en cirugía electiva: frecuencia y costo II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, UNA, Asunción, Paraguay
11. Reunión de primavera de la SCCALP Mesa Redonda: Patología infecciosa. Problemas actuales Infecciones nosocomiales de las cuevas Terán Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander Bol pediatr (2009); 49: 162-166
12. Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha, Modelos y teorías en enfermería, sexta edición, paginas consultadas 75 a la 78 y 269 a 274 año (2007),
13. Ibarra Alonso, del Rosario María, Lucero Silva María del Carmen y Zacapala Gómez, Ana Elvira. Asesora Q.B.P. Barrios Casarrubias Aida realizaron un

estudio sobre heridas quirúrgicas frecuencia de infecciones bacterianas En pacientes hospitalizados en la clínica hospital issste y Hospital general Raymundo Abarca Alarcón" de Chilpancingo, Guerrero el año (2007)

14. Obtenido de <http://investigacion.uagro.mx/3coloquio/med/16.pdf>

15.. Bravo Pérez de Ordaz Luis A., Lamberte Marisma José M., 2 Barrial Moreno Jacqueline 3 y Lic. Miranda Pérez Yosnaiby. Realizaron un estudio de Infecciones nosocomiales después de cirugía cardiaca pediátrica En año (2006)

16. Disponible en [http://www.aamefe.org/curacion\\_azucar.htm](http://www.aamefe.org/curacion_azucar.htm)

17. Astocóndor Luis 1, Samalvides Cuba Frine 2, Camacho Roncal Víctor Pedro 3, Herrera Fabiá Pedro 4, Echevarria Zarate Juan realizaron un estudio para Determinar la frecuencia y los factores asociados a la infección del sitio (ISQ) comparando dos técnicas quirúrgicas diferentes en pacientes colecistectomizados. En el año (2009)

18. Elvir Lazo Ofelia Loani, Mendoza Xenia Pineda, Galo Andino Carmen reutilización de circuitos de ventilación anestésica, un factor de riesgo de infección nosocomial En el año de Revista. Facultad de ciencias medicas, U.N.A.H; vol.6. Tegucigalpa Honduras. Enero-Junio (2009 )

## **Anexo**

# ANEXO I



**IHSS**  
Instituto Hondureño de Seguridad Social

## MEMORANDUM

Julio 23, 2010

No. 080-GGDI-HDE

**PARA :** LIC. EMMA VASQUEZ  
JEFE DE ENFERMERIA, HDE

**DE :** DR. LUIS ROGELIO GARCIA  
GERENTE DE DOCENCIA E INVESTIGACION

**ASUNTO :** AUTORIZACION



Por este medio se procede a autorizar investigación y practica en el Centro Quirúrgico de este Hospital a las Licenciadas en Enfermería **CLARIZA CLARIBEL RAMOS LOVO Y SADY YANORY MEJIA**, pasante de la Especialidad de Quirófanos de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH) de la Facultad de Ciencias Medicas con la Investigación: **FACTORES RELACIONADOS A LA INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES NOCOSOMIALES.**

Dicha práctica es requisito para ellas en su graduación en la Especialidad en Quirófanos y el compromiso será presentar el estudio y las conclusiones del mismo a esta Gerencia.

Atentamente,

Cc. Dr. Eljo Sierra, Dirección Médica, HDE  
Lic. Clariza Ramos  
Lic. Sady Mejia

UN SEGURO PARA TODOS... MAS SEGURO

**ANEXO II**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ENFERMERIA**

**POST GRADO ENFERMERIA EN QUIROFANO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DE SALUD Y  
PACIENTES.**

Esta es una invitación a participar en un estudio sobre infecciones nosocomiales intrahospitalarias en pacientes postquirúrgicos de cirugía selectiva que ha sido aprobado por el Instituto Nacional Cardiopulmonar.

**Generalidades y Antecedentes**

Las Infecciones nosocomiales son aquellas contraídas en el hospital por un paciente internado por otra causa, que abarcan la invasión del cuerpo por microorganismos que producen infección. Todo paciente que es intervenido quirúrgicamente corre el riesgo de adquirir una infección post quirúrgica, que puede aumentar los días de estancia intrahospitalarias, posibles complicaciones y muerte.

La presente investigación se está desarrollando en 9 hospitales del país: Hospital Salvador Paredes Trujillo. Hospital Regional Atlántida la Ceiba, Hospital Tela, Hospital Progreso; Hospital Dr. Mario Catarino Rivas; San Pedro Sula, Hospital Regional Santa Teresa; Comayagua, Instituto Nacional Cardiopulmonar Tegucigalpa, Hospital Honduras Medical Center Tegucigalpa, Hospital Instituto Hondureño de Seguridad Social Tegucigalpa, Hospital San Lorenzo Valle

### **Procedimientos del estudio:**

La participación en este estudio consiste en contestar unas preguntas, conversación entre investigador y sujeto de estudio permitir que se le haga una evaluación de la herida quirúrgica antes y después de cada curación, se observara signos como: enrojecimiento del área intervenida quirúrgicamente, presencia de secreción, dolor, toma de temperatura.

### **Costos del estudio**

Usted no tendrá ningún gasto económico por participar en este estudio,

### **Riesgos**

El participante no tendrá ningún riesgo durante el transcurso de la investigación, ya que solo relatara como ha sido su proceso quirúrgico. Los posibles daños que se den en la presente investigación que pongan en riesgo la vida del paciente son casi nulos pues no tenemos procesos de intervención con la muestra de estudio. En relación a los posibles daños institucionales estamos dispuestas apegarnos a los lineamientos institucionales que establecen las autoridades legalmente nominadas

### **Beneficios**

No hay un beneficio directo por participar, sin embargo los resultados de este estudio permitirá comprobar cuales son los factores que intervienen en la presencia de infecciones nosocomiales en los hospitales, tomar acciones pertinentes para disminuir las infecciones nosocomiales.

## **Confidencialidad**

Toda la información brindada se maneja con discreción y profesionalismo. Al publicar los resultados no se revelará su nombre. En relación a los posibles daños institucionales estamos dispuestas apegarnos a los lineamientos institucionales que establecen las autoridades legalmente nominadas.

Se permitirá el acceso directo a autoridades regulatorias y a los registros originales que garanticen la verificación de los procedimientos y/o datos del estudio sin violar la confidencialidad de la población en estudio, y los objetivos propuestos en el estudio.

La muestra en estudio se elegirá tomando en cuenta los criterios establecidos en la investigación para que pueda ser incluido en la investigación. Del cual solicitaremos información que nos permita conocer su información confidencial, procedencia, domicilio, que nos garantice un enlace entre los investigadores y el sujeto de estudio. De necesitar más información referente al estudio haremos uso de consultas bibliográficas nacionales e internacionales, entrevistas a expertos nacionales, que avalen la investigación. Por algún daño relacionado con el estudio.

## **Derechos de los participantes**

Están fundamentados en el código deontológico del CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) para la profesión de enfermería, como de hacer preguntas, que se le conteste hasta que quede satisfecha(o), solicitar información adicional. Fijar normas para la práctica, investigación, formación y gestión de enfermería.

Proporcionar oportunidades de enseñanza y aprendizaje en fijación de normas para la práctica, investigación, formación y gestión de enfermería. Dirigir, difundir y utilizar la investigación para impulsar la profesión de enfermería. El sujeto de

estudio se da por incluido en la investigación una vez firmado el consentimiento informado contestando cinco preguntas dando respuestas correctas en un 90 al 100%. La participación en este estudio es voluntaria por lo que usted está en la libertad de decidir si quiere participar o no. Si su decisión es NO participar no hay problema, y nadie se molestará con usted y no le afectara en la atención que usted recibe en este centro asistencial.

### **Responsabilidad de la(s) investigadoras**

La(s) investigadora(s) del estudio tomará la información en cuestionarios que después se analizara, se escribirá un informe final y se socializará con los directivos de cada institución, se publicará en revistas nacionales y/o internacionales pero en ningún momento se publicara la identidad (nombres de las personas participantes).



### ANEXO III

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
POST GRADO ENFERMERIA EN QUIROFANO**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO (Paciente)**

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo con lo siguiente:

- He leído este formulario de consentimiento informado en su totalidad (o he solicitado que me lo lean) y comprendo lo que se me pide que haga.
- Acepto participar en este estudio
- Acepto que mi información personal confidencial quede disponible para revisión (acceso directo) de la investigadora o autoridad competente.
- Comprendo y acepto que la información relacionada con mi persona recolectada durante el estudio sea codificada de modo que mi nombre no aparezca en registro computarizado.
- He tenido la posibilidad de hacer preguntas, me han respondido y he quedado satisfecho(a).

Entiendo que tengo la libertad de retirarme del estudio en cualquier momento sin justificar mi decisión de hacerlo ni afectar mi atención médica

Nombre del

Paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Certifico que he explicado a la persona mencionada anteriormente, el estudio: el propósito del estudio, sus beneficios potenciales y los riesgos. He respondido a las preguntas que han surgido y he sido testigo de la firma incluida anteriormente. He explicado, según se describe en el formulario de consentimiento informado.

Nombre de la

Inv. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_Firma

año

día

mes



## ANEXO V

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
ESPECIALIDAD ENFERMERIA EN QUIROFANO

INSTRUMENTO # 1 APLICADO AL PERSONAL DE SALUD  
FACTORES RELACIONADOS A LA INCIDENCIA DE INFECCIONES  
NOSOCOMIALES EN 9 HOSPITALES DE HONDURAS, ANTES Y DESPUES DE  
LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

**Instrucciones:** (Aplique el siguiente instrumento después de obtenido el consentimiento informado del personal a observar, realice la observación durante un turno. La técnica utilizada para los datos generales es la entrevista, el resto es observación de la investigadora, no se permite preguntar al personal)

### I. DATOS GENERALES (*entrevista*)

1. Código \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Cargo: Medico \_\_\_ Lic. enfermería \_\_\_ Esp. Enf. \_\_\_ Auxiliar Enf. \_\_\_

Circulante \_\_\_ Instrumentista \_\_\_\_\_

3. Área: Quirófanos \_\_\_\_\_ Recuperación \_\_\_ Sala \_\_\_\_\_ Central de Esterilización \_\_\_ otro \_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

4. Estudios realizados \_\_\_\_\_

Primaria: completa \_\_\_ incompleta \_\_\_\_\_

Secundaria: completa \_\_\_ incompleta \_\_\_\_\_

Universidad: completa \_\_\_\_\_ incompleta \_\_\_\_\_

Post grado: (especifique) \_\_\_\_\_

5. Tiempo de laborar en la institución \_\_\_\_ (años) \_\_\_\_ (meses)

## II. OBSERVACIÓN AL PERSONAL

Observación de 8 horas, palotee el número de veces que la persona que observa realiza el procedimiento).

6. Realiza lavado simple de manos: (aplica a todo el personal)

<b>Pasos lavado simple de manos</b>	<b>Nº veces que lo realiza</b>  (Coloque palotes en cada inciso cada vez que lo hace)
Mojar manos y muñecas	
Aplicar una vez jabón y frotarse mano y muñecas.	
Pasar una mano sobre la otra y frotar luego y luego intercambiar	
Frotar espacios interdigitales	
Frotar palma contra palma y dedos entrelazados	

Frota las puntas de los dedos contra la palma de las manos (ambas manos)	
Frota circularmente cada dedo de cada mano con el puño de la otra	
Enjuagar con abundante agua	
Tomar toalla de papel	
Seca cada mano	
Cierra el grifo con el papel	
Abre la cerradura de la puerta con el mismo papel con el que se secó	
Descarta el papel	

### **OBSERVACIÓN DE PRÁCTICAS PRE OPERATORIAS EN SALAS**

7. Afeita el área quirúrgica.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ si su respuesta es sí:

8. Con que lo afeitan: máquina de afeitar eléctrica \_\_\_\_\_

Hoja de afeitar desechable \_\_\_\_\_ bisturí \_\_\_\_\_

9. Tiempo requerido para preparar el área quirúrgica previo a la cirugía:

< De 2 hrs. \_\_\_\_\_ 2 a 5 hrs. \_\_\_\_\_ 6 a 9hrs. \_\_\_\_\_ 1 día

10. Se baña el paciente antes de la cirugía:

NO \_\_\_\_ porque no \_\_\_\_\_  
 Si \_\_\_\_ (en caso que la respuesta sea Si conteste pregunta 11, de lo contrario pase a la pregunta 12).

11. Que utiliza para el baño:

Jabón de baño \_\_\_\_\_ solución desinfectante \_\_\_\_\_ nada \_\_\_\_\_

**OBSERVACION DE PRACTICAS TRANS OPERATORIAS** (aplica para circulante, instrumentista y medico, durante 1 turno, palotee el número de veces que realiza la actividad durante la cirugía observada)

12. Realiza lavado quirúrgico de manos no \_\_\_\_ si \_\_\_\_

13. Si respuesta es sí. Qué pasos sigue en el lavado quirúrgico de manos:

Pasos de lavado quirúrgico de manos	N° veces que lo realiza			
	Si		No	
	I	M	I	M
Se retira las alhajas				
Se dobla mangas de la camisa				
Se coloca gorro y mascarilla antes del lavado de manos				
Mojar manos y muñecas				

Aplicar una vez jabón y frotarse mano y muñecas.				
Pasar una mano sobre la otra y frotar luego y luego intercambiar				
Frotar espacios interdigitales				
Frotar palma contra palma y dedos entrelazados				
Toma el cepillo y lo humedece y aplica jabón desinfectante				
Limpia las uñas con un palillo				
Frota la palma de las manos con el cepillo siguiendo movimientos hacia abajo				
Frota el dorso de la mano de arriba hacia abajo sin regresar				
Frota con el cepillo de la muñeca al codo con movimientos de arriba hacia abajo por planos cara interna, lateral, y por último el codo (5 min x mano)				
Se enjuaga de los dedos al codo				
no se sacude las manos				
Mantiene las manos a la altura de los hombros.				



se seca cada mano				
-------------------	--	--	--	--

14. Uso de la vestimenta siguiente:

Vestimenta	N° veces que lo realiza	
	SI	NO
Usa Pijama/bata		
Usa gorro		
Usa mascarilla		
Usa botas		
Se cambia de ropa al salir del área de trabajo		

15. La **circulante** realiza durante la cirugía lo siguiente:

- a) Lavado simple de manos si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- b) Prepara el material y equipo antes de la cirugía si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- c) Abre las 3 pestañas de paquetes estériles si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- d) Mantiene la asepsia (no toca material estéril) si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- e) Cuenta el material utilizar y el utilizado si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- f) Documenta el trabajo realizado si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

16. Quien realiza el conteo de material médico \_\_\_Instrumentista \_\_\_ circulante \_\_\_

17. El conteo de material se realiza en los siguientes momentos:

Primer conteo           SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Segundo conteo        SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Conteo final            SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

18. Desinfectante/ antiséptico que se utiliza para la limpieza quirúrgica

---

19. Se mantienen los desinfectantes cerrados SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

20. Pasos para la limpieza del sitio operatorio:

	N° veces que lo realiza	
	Si	No
Descarta un poquito del líquido desinfectante		
Toma la torundas con la pinza auxiliar sin contaminar		
Parte de lo más limpio a lo más sucio		
toma las torundas con guantes estériles sin		

contaminar		
Limpia del centro hacia afuera		
Coloca campos estériles		
campos abdominales siguiendo un orden céfalo caudal		
coloca la sabana hendida (fenestrada) quedando el orificio en el sitio a operar		

21. **Cirujano e instrumentista** realiza lo siguiente:

mantiene la asepsia y orden durante el procedimiento quirúrgico	N° veces que lo realiza	
	Si	No
Realiza movimientos y postura en forma circular		
Se mueve dando espalda contra espalda		
Conserva ordenada la mesa de instrumentos		
Coloca tejidos o líquidos en recipientes adecuados		
Desinfecta la herida previo a la aplicación del		

apósito en la incisión quirúrgica		
Mantener el campo quirúrgico libre de humedad		
Descarta el material contaminado en el proceso quirúrgico		
Retira material usado como apósitos gasas, torundas etc, del área quirúrgica		

**OBSERVACION DE PRÁCTICAS POST OPERATORIAS.**

22. Tiempo para descubrir la herida quirúrgica en horas.

< De las 12\_\_\_\_\_ 13 a 24 hrs\_\_\_\_\_ > de las 25 hrs\_\_\_\_\_

23. Realiza curaciones del sitio operatorio: Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Que antiséptico usa \_\_\_\_\_ lo diluye SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Como lo diluye \_\_\_\_\_ quien lo realiza \_\_\_\_\_

Se mantiene los desinfectantes cerrados SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

24. – Se realiza limpieza de la unidad y cambio de ropa del paciente cuando.

<b>Actividad</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Cuando se humedece con secreciones		
Cada turno		
Diario		
Cada dos días		
O cuando el paciente es dado de alta o fallece		

25. Solución que utiliza en la desinfección final de la unidad

---

26 La solución utilizada para la desinfección es diluida SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

27.Si la diluye con que lo hace y qué cantidad de diluyente utiliza

---

28. Si la respuesta es sí a que concentración \_\_\_\_\_

---

Información tomada por

**ANEXO VI**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
POST GRADO ENFERMERIA EN QUIROFANO**

**INSTRUMENTO #2 ENTREVISTA Y OBSERVACIÓN APLICADO AL PACIENTE  
POST QUIRÚRGICO**

**FACTORES RELACIONADOS A LA INCIDENCIA DE INFECCIONES  
NOSOCOMIALES EN 9 HOSPITALES DE HONDURAS, ANTES Y DESPUES DE  
LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN**

**Instrucciones:** (Aplique el siguiente instrumento después de obtenido el consentimiento informado del paciente. Las técnicas utilizadas son la entrevista, observación y toma de datos de expediente por la investigadora).

Código \_\_\_\_\_ N° expediente \_\_\_\_\_

Fecha de captación \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**I. Datos generales:**

1. Institución \_\_\_\_\_

2. Fecha de ingreso \_\_\_\_\_ 3. Unidad \_\_\_\_\_

3. Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ 5. Edad \_\_\_\_\_ (años)

6. Dirección \_\_\_\_\_

7. Procedencia: Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

8. Religión: católica \_\_\_ evangélica \_\_\_

Otra \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

8. Cuáles son sus creencias y prácticas en el cuidado de heridas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Factores de riesgo del paciente:**

**PRE OPERATORIO:**

9. Estado nutricional

peso (kg) \_\_\_\_\_ talla \_\_\_\_\_ índice de masa corporal \_\_\_\_\_

Interpretación \_\_\_\_\_

10. Hemograma completo:

HB \_\_\_\_\_ HT \_\_\_\_\_ Leucocitos \_\_\_\_\_ Interpretación: N \_\_\_\_\_  
Anormal \_\_\_\_\_

11. Enfermedades que padece

- a. Diabetes si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- b. Cáncer: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_
- c. HIV: si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_

Otras: (describa)

---

---

12. Procedimientos invasivos realizados

Sonda naso gástrica SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Traqueotomía SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Sondaje vesical SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Cateterismo periférico SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Otro SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_

**Pos operatorio**

13. Cuántas veces por día se baña \_\_\_\_\_

14. Temperatura: T° de inicio \_\_\_\_\_ T° actual \_\_\_\_\_

T° registrada en el expediente: T° mínima \_\_\_\_\_ T° máxima \_\_\_\_\_

Presenta fiebre por más de dos días SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

15. Presenta inflamación del sitio quirúrgico: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



16. Si respuesta es sí, es: leve \_\_\_\_\_ moderada \_\_\_\_\_ severa \_\_\_\_\_

17. Presenta dolor: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

18. Si respuesta es sí, es: leve \_\_\_\_\_ moderado \_\_\_\_\_ severo \_\_\_\_\_

19. Presenta desgarro seroso: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

20. Si respuesta es sí, es: escaso \_\_\_\_\_ moderado \_\_\_\_\_ abundante \_\_\_\_\_

21. Desgarro purulento: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

22. Si respuesta es sí, es: escaso \_\_\_\_\_ moderado \_\_\_\_\_ abundante \_\_\_\_\_

23. Bordes de la herida: enrojecida \_\_\_\_\_ limpia \_\_\_\_\_

24. Sangrado: escaso \_\_\_\_\_ moderado \_\_\_\_\_ abundante \_\_\_\_\_

25. Condición de egreso: alta \_\_\_\_\_ muerte \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

Información tomada por: \_\_\_\_\_

## **INSTRUCCIONES GENERALES PARA LLENADO DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.**

INTRUMENTO- ENCUESTA

- I. Registre los datos generales como ser: institución servicio n- de historia clínica código encuestador, edad sexo, procedencia # de teléfono, fecha de ingreso, fecha de captación, creencias, religión.
- II. Factores de riesgo:
- A. FACTORES DE RIESGO DEL PACIENTE son los factores inherentes al propio enfermo que predisponen a la infección. Será llenado con las casillas Estado nutricional peso, talla, masa corporal, interpretación.  
Cáncer, diabetes: si , no.  
Recibió quimioterapia, radioterapia o ambas.  
Alteración de la función inmune: se medirá de acuerdo a exámenes de laboratorio: hematocrito, hemoglobina, leucocitos, cd4 e interpretar los resultados.
- B. FACTORES DEL PACIENTE:( procedimientos invasivos) son los factores externos al paciente que pueden predisponer a infecciones: será llenado como si o no: Sonda nasogástrica, Traqueotomía, Hospitalización prolongada, Cirugías anteriores, Sondaje vesical, Cateterismo periférico.
- III. PREGUNTAS AL PACIENTE (post operatorio)
- Primer control: Anote primer control a la visita pos quirúrgico en sala, o sea 1er día posoperatorio; se registrara la fecha y hora exacta.
- Higiene: baño diario: cuantas veces al día.
- Fiebre: t° de inicio, t° postquirúrgica, t° máxima registrada.
- Inflamación:** leve, moderada o severa.
- Dolor:** leve, moderado o severo.
- Desgarro seroso:** escaso, moderado o abundante.
- Desgarro purulento:** escaso, moderado o abundante.
- Sangrado:** escaso, moderado o abundante.

Fecha de egreso: se anotara el expediente.

Condición de egreso: alta, reingreso, y otros. (Fuga, traslado, referido o fallecido)

**Segundo control:** fecha de cita pos alta(a los diez días)

#### CRITERIOS PARA EL REGISTRO DEL LLENADO DE LA ENCUESTA

**Desnutrición:** Significa que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas.

**Alteraciones de la función inmunológica:** es la inmunosupresión o déficit de respuesta inmune. Estos se caracterizan por respuesta deficitaria o débil en donde tenemos: síndromes gripales, VIH, tuberculosis, cáncer, y otras.

**Diabetes:** En medicina, el término diabetes comprende un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por un aumento de la concentración de glucosa en el páncreas y el plasma sanguíneo; Otros nombres: Azúcar en la sangre, Diabetes de comienzo en la edad adulta, Diabetes no insulino dependiente, Glucosa en la sangr  
**Cáncer:** es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas).

**Obesidad:** término que se utiliza para describir el peso corporal que es mucho mayor de lo que se considera saludable.

**Factores de riesgo extrínsecos:** son los factores externos al paciente que pueden predisponer a infecciones.

**Factores de riesgo intrínsecos** son los factores inherentes al propio enfermo que predisponen a la infección.

**Sonda naso gástrica:** si actualmente se le ha colocado sonda a nivel de estomago

**Traqueotomía:** Es un procedimiento quirúrgico donde el cirujano crea una abertura a través del cuello dentro de la tráquea e inserta la cánula de

traqueotomía. Para suministrar una vía aérea y retirar secreciones de los pulmones.

**Hospitalización prolongada:** se refiere a la hospitalización actual, si ha habido motivos de postergar su estadía previa a la próxima intervención.

**Cirugía anterior:** si ha sido operado en ocasiones anteriores (antecedente)

**Sondaje vesical:** colocación de sonda Foley actualmente.

**Cateterismo periférico:** vena permeable para infusión

**Fiebre:** Es un aumento en la temperatura corporal por encima de lo que se considera normal. La temperatura normal del cuerpo humano es de 37 °C (98,6° F)

**Eritema:** Es un término médico dermatológico para un enrojecimiento de la piel condicionado por una inflamación debida a un exceso de riego sanguíneo mediante vasodilatación.

**Inflamación:** cambios hemodinámicas, alteración de la permeabilidad vascular y modificaciones leucocitarias.

**Dolor:** El dolor es una sensación desencadenada por el sistema nervioso.

**Desgarro seroso:** salida de líquido claro grasoso.

**Desgarro purulento:** salida de líquido amarillo espeso.

**Sangrado:** Es refiere a la pérdida de sangre y puede ocurrir dentro del cuerpo (internamente) o por fuera de éste (externamente).

**ANEXO VII**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE ENFERMERIA**  
**POST GRADO ESPECIALIDAD ENFERMERIA EN QUIROFANO**

**INSTRUMENTO # 3 GUIA DE OBSERVACION DEL AMBIENTE**  
**HOSPITALARIO.**

**FACTORES RELACIONADOS CON LA INCIDENCIA DE INFECCIONES**  
**NOSOCOMIALES EN 9 HOSPITALES DE HONDURAS ANTES Y DESPUES DE**  
**LA APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCION.**

**Instrucciones:** Aplique el siguiente instrumento de observación después de la aprobación del estudio. La técnica utilizada es la observación realizada por la investigadora durante el tiempo del levantamiento de la información).

**OBSERVACION DEL AMBIENTE HOSPITALARIO:**

1. **Central de Esterilización** se encuentra:

a. Dentro de Sala de Operaciones Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

b. Fuera de sala de operaciones Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

2. Central de Esterilización incluye:

Área estéril Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Área no estéril Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Una sola área Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

3. Uso de cinta testigo Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ uso de control biológico Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

4. Material esterilizado sale: húmedo \_\_\_\_\_ seco \_\_\_\_\_

5. procedimiento realizado posterior a la extracción del material estéril del autoclave.

6. El almacenaje del material estéril se encuentra en:

Espacio especial cerrado Si \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ espacios abiertos \_\_\_\_\_

**Área a observar:** Sala de Operaciones (OP) \_\_\_\_\_; Sala \_\_\_\_\_ Recuperación (rec)

<b>Parámetros a medir</b>	<u>Siempre</u> (Todos los días)	<u>Frecuente</u> mente (4 a 5 veces a la semana)	<u>Algunas</u> veces (2 a 3 veces por semana)	<u>Muy</u> raramente (1 vez o menos por	<u>nunca</u> (no existe o no se hace)

										<u>semana)</u>					
	<u>o</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>	<u>o</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>	<u>o</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>	<u>o</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>	<u>o</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>
7. Dispone de agua potable en las áreas de los servicios de cirugía															
8. Disponen de lavamanos en buenas condiciones los servicios de cirugía															
9. Dispone de servicios sanitarios en buenas condiciones en los servicios de cirugía															
10. Los desechos															

<p>peligrosos se depositan en bolsa roja</p>														
<p>11. Los desechos comunes son depositados en bolsas negras</p>														
<p>12. Se cuenta con aire acondicionado o que tengas 15 recambios de aire por hora y una presión positiva para disminuir la contaminación bacteriana</p>														
<p>13. Existe un recipiente para la colocación de instrumentos punzocortante</p>														



s en el servicio de cirugía															
14. Todo material contaminado (desechos, ropa e instrumental) es transportado según líneas de asepsia.															

Parámetros a medir	<u>Siempre</u> (Todos los días)			<u>Frecuente</u> mente (4 a 5 veces a la semana)			<u>Algunas</u> veces (2 a 3 veces por semana)			<u>Muy</u> raramente (1 vez o menos por semana)			<u>nunca</u> (no existe o no se hace)		
	<u>o</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>	<u>o</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>	<u>O</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>	<u>o</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>	<u>o</u> <u>p</u>	<u>sa</u> <u>la</u>	<u>re</u> <u>c</u>
15. Todo material estéril,(ropa,															

<p>instrumentos, material) es transportado según las medidas de asepsia (lavado de manos, traslado de material estéril arriba de la cintura, uso de recipientes adecuado para el traslado de material estéril)</p>														
<p>16. Se cuenta con un área específica para tomar los alimentos en áreas quirúrgicas. De acuerdo a lineamiento</p>														

de asepsia														
17. Los pasillos de área quirúrgica son manejados como área restringida en los cuales solo el personal que labora en dicha área tiene acceso a la misma.														

**Nota:** marque palotes en el espacio correspondiente cada vez que se observa.

Sala operaciones (OP)

Sala cirugía (sala)

Recuperación (Rec)

<b>OBSERVACIÓN SALAS DE HOSPITALIZACIÓN</b>					
PARAMETROS A MEDIR	SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNA	MUY	(NUNCA)

(Debe realizar la observación durante una semana, recuerde no debe preguntar sino observar)	E TODOS LOS DIAS	TE  (4- 5 VECES X SEMANA)	S VECES (2 A 3 VECES )	RARAMENT E (1 VEZ)	A  NO EXISTE O NO SE HACE)
18. Existe un control estricto de las visitas del paciente.					
19. Existe dispensador para jabón líquido y papel toalla en salas de hospitalización					
20. Cuenta con una ruta destino para transportar					

los desechos hospitalarios					
21. Existe un lugar diseñado para colocar los desechos hospitalarios mientras el personal de limpieza lo transporta a su lugar de destino					
22. El personal de enfermería realiza la limpieza concurrente y terminal de la unidad del pte.					
23. Existe un día destinado para la limpieza y fumigación de las salas de hospitalización de cirugía.					

<p>24. Los frascos para desechos cortopunzantes se colocan en recipientes cerrados listo para descartar.</p>					
<p>25. Existe un lugar de almacenaje de material estéril en las salas de cirugía.</p>					

---

Información tomada por

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA  
POST GRADO EN ENFERMERIA  
ESPECIALIDAD ENFERMERIA EN QUIRÓFANOS**

### **INSTRUMENTO № 3.**

## **FACTORES RELACIONADOS A LA INCIDENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN 9 HOSPITALES DE HONDURAS, ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN**

### **INSTRUCCIONES DE LLENADO**

El instrumento que se utilizara es una guía de observación aplicada al ambiente del servicio de cirugía, la recolección de la información se hará a través de la escala de Likert el cual consiste en un conjunto de ítems presentado en forma de afirmación o juicios.

Cada numeral de la guía de observación se medirá con las siguientes escalas:

- Siempre: la puntuación de esta escala es si se realiza o está presente todos los días
- Frecuentemente: la puntuación es si se realiza o está presente de cuatro a cinco veces al la semana.
- Algunas veces: la escala de medición es si se realiza o está presente de dos a tres veces por semana.
- Muy raramente: la escala de medición es si se realiza o está presente al menos una vez por semana.
- Nunca: no existe o no se hace.

Las escalas siempre y frecuentemente se considerarán al momento de la medición de la información recolectada como un factor positivo, sin embargo las escalas algunas veces, muy raramente y nunca se considerarán como negativas

## **ANEXO VIII**

### **ESCALA DE INTERPRETACION DE INDICES:**

TABLAS DE INDICES

INDICE DE LAVADO DE MANOS SIMPLE

Interpretación de lavado simple de manos del personal del servicio de cirugía:

Sala de Cirugía, Quirófano, Central de Esterilización, y Recuperación

Auxiliar de Enfermería



Circulante

Técnico Instrumentista

Licda. En Enfermería

Medico

Índice de lavado de manos simple	
Excelente	13
Muy buen lavado	12 a 13
Bueno	10 a 11
Regular	8 a 9
Mal lavado de manos	< 7

## INDICE DE LAVADO DE MANOS QUIRURGICO

Interpretación de lavado quirúrgico de manos del personal de quirófano

Técnico Instrumentista y Medico

Índice de lavado quirúrgico	
Excelente	17
Muy buen lavado quirúrgico	15 a 16
Buen lavado quirúrgico	12 a 14
Mal lavado quirúrgico	< 11

## INDICE DE LIMPIEZA DEL SITIO OPERATORIO

Interpretación de limpieza del sitio operatorio

Índice de limpieza del sitio operatorio	
Excelente limpieza del sitio operatorio	8
Muy bueno	7
Bueno	6
Mala limpieza	<5

## INDICE DE SI MANTIENE LA ASEPSIA Y ORDEN DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Índice de si mantiene la asepsia y orden durante el procedimiento quirúrgico	
Excelente asepsia	9 a 8
Muy bueno	8 a 7
Bueno	7 a 6

Mala limpieza	≤ 5
---------------	-----

## INDICE DE LOS AMBIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA

Sala de Cirugía, Quirófano y Recuperación

Interpretación de los índices de los ambientes

Índice de los Ambientes	
Excelente	76
Muy buen ambiente	68 a 75
Buen ambiente	60 a 67
Regular	47 a 59
Mal ambiente	< 46

Presenta o no Infección

Si tiene 2 o más de los siguientes signos o síntomas:

Fiebre de más de dos días, Enrojecimiento, Inflamación, y Secreción purulenta

### ANEXO IX

## MARCO CONTEXTUAL

El Instituto Hondureño de Seguridad Social fue fundado el 22 de mayo de 1959 mediante el decreto legislativo No 140 creado por el Estado, con rango constitucional para hacer la institución de servicios públicos de carácter obligatorio

para todos los empleadores y trabajadores de Honduras, sean de empresa nacionales y extranjeras y como está claramente en el artículo 1 de esta ley la seguridad social es un instrumento del Estado al servicio de la justicia social que tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia y a los servicios sociales necesarios para el logro del bienestar individual y colectivo. En él en torno de la protección de la contingencia de enfermedad y maternidad; luego en el ámbito de las pensiones e invalidez vejez y muerte; y finalmente en la protección de los trabajadores Hondureños.

El Instituto Hondureño de Seguridad brinda asistencia en tres niveles de atención médica en el artículo 53 el Primer nivel en salud se asocia a un cuidado de atención dirigida a la población asegurada, con servicios que promueven una práctica clínica de la salud en el contexto familiar y la comunitario; que consolida la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en la familia, comunidad y sociedad.

El primer nivel de atención es responsable de los servicios integrales de salud.

Promoción y prevención de la salud y prevención y control de enfermedades prevalentes. Promoción de estilos de vida saludable. Visitas domiciliarias, medicina general, servicios de enfermería y servicio de apoyo de laboratorio y farmacia definidos para este nivel. Salud oral preventiva etc.

Contando como segundo nivel las clínicas periféricas de instituto hondureño de seguridad social (IHSS) son tres clínicas periféricas. Periférica 1 hospital de especialidades, Periférica 2 Santa Fe, periférica 3 la Kennedy, el Nivel Central Barrio Abajo.

Concentrándonos en el primer nivel de atención que se refiere al Hospital de Especialidades cuenta con un edificio de 8 niveles detallados de la siguiente manera, octavo piso o nivel Pediatría "B", Séptimo piso Pediatría "A", Sexto nivel Patológico, Quinto nivel Cirugía de Hombres lado Derecho y Medicina de Mujeres

lado Izquierdo, cuarto nivel Cirugía y Ortopedia lado Derecho y Medicina de Hombres lado Izquierdo, tercer piso Ginecología lado Derecho y Puerperio Normal de lado Izquierdo, segundo piso Recién Nacidos, primer piso Sala Mixta, en la plata baja atrás de los a sensores está ubicado UCI de Adultos y al lado Derecho de los reloj marcadores de empleados UCI Pediátrico y al lado Izquierdo Sala de Operaciones, cuenta con personal calificado Médicos generales ubicados en consulta externa total 60 con jornada vespertina y diurna en Emergencia hay 10 Médicos, Médicos Especialistas son 30 ubicándose las diferentes especialidades consulta externa y área de internamiento, se cuenta con Licenciadas en Enfermería 147 empleadas permanentes y 46 de contrato, personal Auxiliar de Enfermería 455 empleadas permanentes y 60 por contrato. El edificio ubicado en el barrio la granja Comayagüela, colinda con las propiedades privadas al sur colinda con la cuarta estación policial, al este con propiedad privada (vivienda), al oeste con propiedad privada (predio vacío) contiguo al centro comercial plaza la graja, el hospital brinda servicios de atención en salud a la población adultos y pediátrica enfocándonos en las especialidades en adultos que ofrece la institución. Cardiología, Cirugía Vascular, Cirugía General, Endocrinología, Hematología, Ginecología, Gastroenterología, Infectología, Nefrología, Neumología, Medicina Interna, Neurología, Oncología, Neurocirugía, Ortopedia, Otorrinolaringología, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Fisiatría, Inmunología, Urología, Reumatología.

El Hospital de Especialidades tiene la modalidad de brindar consulta externa también área de internamiento en todas las especialidades que ofrece la institución a los derecho avientes que cotizan seguro social ofreciendo en el área

de internamiento por especialidad la capacidad de 25 a 27 camas de hospital con la diferencia que la área de observación de adultos cuenta con 12 camas, emergencia de adultos con la capacidad de 18 camas y 5 camillas, haciendo un total de 450 camas censables.

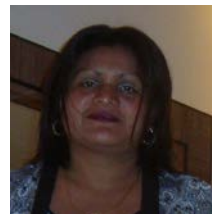
En el Instituto Hondureño de Seguridad Social se cuenta con comité de prevención y Control de Infecciones, Epidemiólogos, Centro de Atención Integral (CAI) este se encarga sobre enfermedades prevalentes como VIH/SIDA, que se mantienen en constante vigilancia e investigación para prevenir las infecciones nosocomiales.

## **ANEXO X**

### **Currículo Vitae**

Nombre                      Cliriza Claribel Ramos Lovo

Identidad                    0808-2002-00094



Nacionalidad	Hondureña
Edad	36 Años
Número de hijos	3
Estado civil	Casada
Dirección	Colonia la fraternidad; casa # 825
Teléfono	2236-8212
Lugar de trabajo	Hospital de especialidades IHSS
Teléfono	2225-0111 ext. 5702
Correo electrónico:	ClarizaClaribel@hotmail.com
Formación Académica:	
Títulos obtenidos:	Licenciada en enfermería U.N.AH
Educación Media:	Bachiller en salud opción saneamiento ambiental. Instituto Nacional General Francisco Menéndez. San Salvador El Salvador.
Educación Secundaria:	Colegio Leonardo Ascunaga. Ciclo común, San Salvador El Salvador
Educación Primaria:	Escuela Guadalupe

## San Salvador el Salvador

### Diplomas Obtenidos:

- Inteligencia emocional INFOP del 7 de oct. Al 17 de oct. 2008.
- Trasplante renal IHSS del 9 al 12 sept. 2008
- Taller de urgencias médicas quirúrgico, colegio de profesionales de enfermería de Honduras del 5 al 9 de marzo 2007.
- Taller básico de reanimación cardiopulmonar IHSS el 19 de junio del 2006
- Operador de paquete básico de Windor Siacom. 80 horas oct. 2005
- Aprovechamiento de espíritu de trabajo Cesamo Japón. sept. 2004
- Relaciones internacionales INFOP enero 2002.
- Salud mental laboral INFOP enero 2002.
- En el manejo de control eléctrico de flujo life care, ABBOTT laboratorios. El 27 de febrero 2002.
- Primer curso de enfermería en rehabilitación .Teletón del 13 al 15 de agosto 2002
- Asistencia en la jornada de investigación científica desarrollo sostenible y seguridad ciudadana UNAH 27 de agosto 2002.
- Formación y evaluación de proyectos INFOP del 30 de septiembre al 29 de octubre 2002.
- Medica temprana nivel dos UNAH 02 de noviembre al 15 de diciembre 1999
- Participación en la investigación, importancia de la lactancia materna UNAH 10 de diciembre 1999.



-Asistencia a la jornada de investigación científica, construyendo una práctica de enfermería con calidad. UNAH 28 de septiembre del 2000.

-Certificado de participación asistente en la primera jornada de actualización en geriatría 2 de octubre, duración 3:30 hora CEMENEC.

-Certificado por participación y como asistente en la primera jornada de actualización en ginecología desarrollada en el hospital de especialidades IHHS 27 de agosto 2008 3:20 horas CENEMEC.

-Asistente en el curso para enfermera de hospital

“Enfermera garante de la seguridad del paciente quirúrgico”

Tegucigalpa 17 y 24 de junio 2010. MENARINI

-Reconocimiento por haber aprobado el curso teórico practico “Soporte vital básico”

Con duración de 10 horas impartido en la ciudad de Tegucigalpa 9-10 de agosto 2010 Universidad Autónoma de Madrid .Escuela de enfermería comunidad de Madrid.

-Reconocimiento por haber aprobado el curso teórico practico “Soporte vital avanzado”

Dado en Tegucigalpa 11y12 de agosto 2010.

-Diploma de reconocimiento “Por su espíritu de solidaridad y apoyo atreves del programa de cirugía cardiaca pediátrica, realizada del 9 al 23 de octubre 2010

Instituto Nacional Cardiopulmonar

Experiencia laboral:

Enfermera general rotatoria con 5 años de servicio de la sala de medicina de Hombres

Cubrir la jefatura de la sala de medicina de hombres por 6 meses.

### **Currículo Vitae**

Nombre: Sady Yanory Mejia Osorio

Edad: 32 años

Estado Civil: Casada

Número de Hijos: 0

Dirección: Colonia san Miguel, frente al parquet infantil Santos Miguel Arcángel

Casa numero 5543

Número de Teléfono: 2221 6551

Celular: 97 809853

Correo electrónico: sadyyanorymejiaosorio@yahoo.com

Nacionalidad: Hondureña

Profesión u oficio: Licda. En Enfermería

Lugar de trabajo: Hospital Honduras Médicala Center

Centro quirúrgico.

Ubicado en la colonia las Minitas, en la ciudad de Tegucigalpa

Teléfono: 2280 1470

Estudios Realizados:

Títulos obtenidos

-Estudio superior: Licenciada en enfermería

U.N.A.H

Actualmente terminando la especialidad

En quirófano UNAH

-Educación Media: Bachiller en Ciencias y letras

Instituto Vicente Villaseñor, ubicado en la  
Colonia san Miguel en la ciudad de  
Tegucigalpa

-Educación Primaria: Escuela Juan Ramón Molina ubicada en  
La Colonia San Miguel en la ciudad de  
Tegucigalpa.

Diplomas obtenidos:

-Diplomado en esterilización con duración de un año recibido en el 2008  
promocionado por 3M y financiado por el hospital H.M.C.

-Uso y manejo de autoclave de vapor HMC febrero del 2009

-Técnicas y Procedimientos de enfermería HMC junio del 2009

-Ingestas y excretas HMC agosto 2010

-RCP básico HMC 2008

-RCP básico Facultad de Ciencias Medicas UNAH, 9 – 10 de agosto del 2010

-RCP avanzado Facultad de Ciencias Medicas UNAH, 11-12 de agosto del  
2010

-Electrocardiograma: pre congreso de enfermeria1 Diciembre 2010

-“Enfermería: Garante de la seguridad del paciente quirúrgico”

-Reconocimiento “Por su espíritu de solidaridad y apoyo a través del programa de cirugía cardíaca pediátrica del 9 al 23 de octubre 2010, Instituto Nacional Cardiopulmonar.

-Diploma de reconocimiento “Por su espíritu de solidaridad y apoyo a través del programa de cirugía cardíaca pediátrica, realizada del 9 al 23 de octubre 2010, en Instituto Nacional Cardiopulmonar.

Experiencia laboral:

-Un año de servicio social en el centro quirúrgico, sala de recuperación y central de equipo del Hospital Escuela

-Enfermera general de sala de operaciones, sala de recuperación y central de Equipo

-Supervisora de Enfermería en el hospital HMC.

## ANEXO XI

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Dic ie mb re	E n er o	Fe br er o	M ar z o	A b ri l	M a y o	j u n i o	J u l i o	A g os to	Se ptie mbr e	O ct ub re	No vie mb re	Dic ie mb re

ELABORACION DEL ASIS	x												
ELECCION DEL TEMA DE INVESTIGACION		x	x										
REVISION DE LITERATURA			x	x									
ELABORACION Y REVISION DEL MARCO TEORICO		x				x							
CORRECCIONES AL MARCO TEORICO						x							
DISEÑO DEL PRIMER INSTRUMENTO						x							
PRUEBA PILOTO ( VALIDACION DE ENCUESTA)							X						
SOLICITUD DE PERMISO EN CADA UNO DE LOS HOSPITALES EN ESTUDIO								x					
APLICACION DE ENCUESTAS PRIMER MOMENTO								x	x				
TABULACION DE DATOS Y ANALISIS ESTADISTICOS											x	x	X
DISEÑO DE LA SEGUNDA VERSION						x							







		Instrumento	
Transporte local	2 Personas	Movilización a las diferentes instituciones.	300
<b>Material y Equipo</b>			
Impresión de Protocolo para presentar al comité Ética	IHSS	Para Autorización por institución  (INCP)	200
Impresión de instrumentos	IHSS	Aplicación de instrumentos	1000
Tiempo de computadora	2 computadoras	Uso de Internet (14 meses)	2,000
Gasto de Teléfono		Uso de Celular	2,000
Alquiler de Data Show		Alquiler	0
Material de oficina		Lápiz, folder, papel bond, marcadores Etc.	1,500
<b>Imprevistos</b>			
Proyecto Administrativo	2 Personas	Compra de aire Acondicionado	800
Refrigerio	2 Hospitales	Refrigerio	1,000
Capacitación en informática	2 Personas	SPSS18	360
Informe Final mas copias	IHSS	Empastado	1,500
Total			13,660