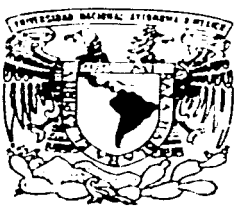


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ DE LA S.S.A., EN MEXICO, D. F.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
ELVIRA GARCIA TORRES

ASESORA: MAESTRA INIGIA PEREZ CABRERA



MEXICO, D.F.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Cuarto de mayo de 2002
Servicio Social



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatona

Con gran admiración y cariño a mis padres, y en especial a mi madre en agradecimiento al apoyo, comprensión y cariño que me ha brindado para alcanzar la meta que me he propuesto.

Agradecimientos

A mi asesora Mtra. Iliaga Perez Cabrera, sabiendo que jamás existiría una forma de agradecer en esta vida de lucha y superacion constante, deseo expresarle que mis ideales, esfuerzos y logros han sido tambien suyos, los que constituyen el legado más grande que pudiera recibir

A los revisores de tesis: Mtra. Sofia Sánchez Peña, Lic. Laura Alfonso Gutierrez, Mtra. Cristina Balán Cleaves; por la disponibilidad que tuvieron para la revisión de este trabajo.

Al Profesor Hugo Tudón, por su colaboración en la realización del análisis estadístico.

Al Enfermero quirúrgico Ismael Espinosa Flores, por el apoyo brindado para la realización de esta investigación.

Al Hospital General "Dr. Manuel Gea González", por brindarme la oportunidad de realizar la presente investigación.

"Los hombres pueden hacer bueno lo que es malo y malo lo que es bueno"
(Cicerón).

"Lo bueno es bueno aunque carezca de nombre"
(Shakespeare).

"No se puede ser bueno a medias"
(L. Tolstói).

"La calidad requiere de planeación, control y mejoramiento"
(J. M. Juran).

"Calidad es hacer todo bien"
(Higuera y Espinel).

"Lo intangible del servicio no debe ser excusa para no medir su calidad"
(H. Cantú).

"El grado de calidad en salud es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios"
(A. Donabedian)

"La calidad en salud es una gran fortaleza en contra de muchas amenazas"
(Higuera y Espinel).

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción de la situación problema	1
1.2. Identificación del problema	4
1.3. Ubicación del tema de estudio	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.5. Objetivos	6
1.5.1. General	6
1.5.2. Específicos	6

2. MARCO TEORICO

2.1. El rol de la enfermera en el control de infecciones	7
2.2. Garantía de calidad en los servicios de salud	12
2.3. Actitud	14
2.3.1. Concepto	14
2.3.2. Funciones	17
2.3.3. Actitudes y conducta	18
2.4. Infección intrahospitalaria	23
2.5. Control de infecciones intrahospitalarias	31
2.5.1. Limpieza	31

2.5.2 Desinfección.....	33
2.5.3 Esterilización.....	40
2.5.4 Asepsia-antisepsia.....	42
2.5.5 Precauciones estándar universales.....	43
2.5.6 Aislamiento.....	47

3. METODOLOGIA

3.1 Hipotesis.....	53
3.1.1. General.....	53
3.1.2. Nula.....	53
3.2 Variables e indicadores.....	53
3.2.1 Dependiente.....	53
Actitud.....	53
3.2.2 Independiente.....	55
Grado Académico.....	55
Puesto que desempeña.....	56
Capacitación continua.....	57
Experiencia laboral.....	59
3.2.3 Modelo de Relación Causal de las Variables.....	60
3.2.4 Operacionalización de las variables.....	61
3.3 Tipo y diseño de investigación.....	62

3.3.1. Tipo	62
3.3.2. Diseño	62
3.4. Cronograma de actividades	63
3.5. Técnicas e instrumentos de investigación	64
3.5.1. Fichas de trabajo	64
3.5.2. Entrevista	64
3.5.3. Cuestionario	64
3.6. Organización de la investigación	64
3.6.1. Recursos Humanos	64
3.6.2. Recursos Materiales	65
3.6.3. Recursos Financieros	65
4. <u>INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA</u>	
4.1. Universo, población y muestra	66
4.1.1. Universo	66
4.1.2. Población	67
4.1.3. Muestra	67
4.2. Comprobación de hipótesis	69
4.3. Análisis e interpretación de resultados	77
5. <u>CONCLUSIONES</u>	90

6. <u>RECOMENDACIONES</u>	94
7. <u>DISCUSION</u>	97
8. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	100
9. <u>ANEXOS</u>	
9.1. Cuestionario	103
10. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	104
11 <u>CUADROS Y GRAFICAS</u>	108

INTRODUCCION

La presente Tesis pretende identificar las actitudes del personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias en el Hospital General "Dr. Manuel González" en México, D.F.

Para tal efecto, se ha dividido dicho trabajo de investigación en once capítulos los cuales se dividen de la siguiente manera

El primer capítulo describe la Fundamentación del tema de Investigación que incluye la descripción de la situación problema, identificación del problema, ubicación del tema de estudio, justificación de la investigación y objetivos

El segundo capítulo consiste en el Marco Teórico, donde se define y analiza lo referente a la actividad profesional de enfermería, a las actitudes y a el control de infecciones intrahospitalarias

El tercer capítulo, contiene todo el aspecto metodológico que incluye hipótesis, variables e indicadores, tipo y diseño de investigación, cronograma de actividades, las técnicas e instrumento de investigación y la organización de dicha investigación

En el cuarto capítulo, se presenta la instrumentación estadística en la que se describe el universo, la población y la muestra. De igual forma se incluyen el procesamiento de datos, comprobación de hipótesis y el análisis e interpretación de resultados

En el quinto y sexto capítulo, se integran las conclusiones y recomendaciones a las que se llegó durante la investigación

El séptimo capítulo, incluye la discusión relacionada a los resultados obtenidos en la investigación.

El octavo capítulo contiene el glosario de términos

En el noveno capítulo se integran los anexos donde se incluye el cuestionario para la recolección de datos

El décimo capítulo, incluye las referencias bibliográficas.

Finalmente el décimo primer capítulo integra los cuadros y graficas obtenidas de la recolección de datos

La presente investigación espera proporcionar una visión más amplia en cuanto al complicado aspecto humano del personal de enfermería, permitiendo así, optimizar los recursos creando nuevas estrategias educativas y de capacitación al personal, para reducir las infecciones intrahospitalarias y proporcionar una mejor atención al paciente, así como crear un ambiente de trabajo más seguro para el personal de salud

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales han sido problema desde que existen áreas especializadas para la atención de enfermos. El hospital general "Dr. Manuel Gea González" no es la excepción, ya que muestra altas tasas de Infecciones Nosocomiales, muestra de ello son los resultados reportados por el comité de control de infecciones de dicho hospital, en el periodo de Enero a Septiembre del año 2000.

TASA DE INFECCION NOSOCOMIAL POR SERVICIO
DEL PERIODO DE ENERO - SEPTIEMBRE 2000.

SERVICIO	EPISODIOS	EGRESOS	TASA DE INFECCION %
Urgencias	5	3,409	0.15
Unidad de Cuidados Intensivos	60	234	28.21
Medicina Interna	62	779	7.96
Glucología	18	357	5.04
Obstetricia	7	1,754	0.19
Cirugía General	59	1,289	4.58
Cirugía Plástica Reconstructiva	20	938	2.13
Ortopedia	4	444	0.89
Cirugía Vascular	0	75	0.00
Otorrino	0	504	0.00
Oftalmología	0	390	0.00
Urología	0	291	0.00
Neonatología (UCIN)	83	537	15.46
Pediatría Médica	25	220	11.36
Ortodoncia	0	16	0.00
Total	358	13,237	2.58

Fuente: Informe Anual del Comité de Control de Infecciones Enero - Septiembre 2000.

De acuerdo a estos resultados, es razonable suponer que existe un subregistro importante ya que el personal de Enfermería y Médico no se encuentra sensibilizado hacia la vigilancia epidemiológica; por lo cual, no colabora de manera adecuada con el Comité de Control de Infecciones. Analizando el cuadro anterior, se observa que en servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediatría Médica donde existe una vigilancia estrecha del paciente, muestran una elevada tasa de infección nosocomial en comparación con los servicios que atienden a pacientes en condiciones similares con el mismo riesgo de infección donde las tasas reportadas hacen pensar en un subregistro; ya que si consideramos que en el servicio de Medicina Interna ingresan un mayor número de pacientes en condiciones clínicas y con procedimientos invasivos similares a los de la UCI es probable que la tasa de infección nosocomial sea similar o mayor a la reportada por la UCI. De igual manera, es importante considerar que dichas infecciones pueden estar relacionadas con un inadecuado manejo de técnicas y procedimientos hacia el paciente por parte de todo el personal de salud, tomando en cuenta la naturaleza de los microorganismos que se asocian con más frecuencia en dichas infecciones, como son el Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas, Staphylococcus coagulasa negativo, Staphylococcus epidermidis, etc

Es importante destacar que las instituciones de salud han sido creadas para procurar la salud y el bienestar de la población que se atiende, para lo cual existen tres niveles básicos de atención: en el que el primer nivel destaca por brindar servicios preventivos, el segundo nivel por servicios curativos y el tercer nivel por medicina especializada y rehabilitación. Resulta ilógico al revisar las funciones de cada uno pensar o siquiera imaginar que cuando la comunidad espera una atención de calidad que restaure la salud en el tiempo más corto posible al acudir a un centro hospitalario, se encuentre con que su salud puede verse afectada además

de su patología de base por una infección que es ocasionada dentro de su estancia en dicha Institución. Esta situación se ve acrecentada por la crisis socioeconómica por la que cursa nuestro país, como es el caso del Hospital General Dr. Manuel Gea González y como muchas otras instituciones de nuestro país, en los que es insuficiente el personal de salud y en especial de enfermería, existe desabasto de medicamentos, además de existir la necesidad de volver a esterilizar el material desechable hasta el límite de su resistencia material, existe escasez o falta de filtros de aire y, la falta de jabón y toallas para casi todos los servicios, aunado a esto persiste la gran cantidad de pacientes que atiende no solamente del Distrito Federal sino de varias regiones de la República Mexicana. Dicho nosocomio, cuenta con personal multidisciplinario para brindar atención a la población que así lo requiere, dentro de dicho personal destaca el gremio de enfermería, médico, laboratorio de microbiología, inhaloterapia, camillería, intendencia, radiología y de servicios administrativos. Todo este personal debe trabajar para el control de infecciones intrahospitalarias, pero es el personal de enfermería uno de los más importantes al tener contacto con la mayoría del equipo de salud, familiares y visitantes del paciente y con el propio paciente. Por esto la actitud que adopte el personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias influye en el comportamiento, aceptación y correcta ejecución de estas medidas en el familiar o visitante del paciente, del estudiante que está en etapa de formación, del personal de nuevo ingreso y de la comprensión del mismo paciente ante estas medidas, encontrándose en esto el éxito o el fracaso para lograr la salud y la pronta recuperación del paciente.

1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

El problema de la presente investigación se puede enunciar de la siguiente forma:

¿La actitud que presenta el personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias se relaciona con su grado académico, experiencia laboral, capacitación continua y con el puesto que desempeña?

1.3 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO

La presente investigación se ubica en las siguientes disciplinas: enfermería, psicología, y epidemiología.

Se ubica en enfermería porque son precisamente los profesionales de Enfermería los sujetos de estudio de esta investigación.

Se ubica en psicología porque es la que estudia el comportamiento humano, tomando al individuo como un ser que adopta distintas actitudes de las cuales dependerá el beneficio o perjuicio de los individuos que lo rodean.

Se ubica en epidemiología porque es la disciplina que estudia la incidencia, prevalencia, diseminación, prevención y control de los procesos morbosos y patológicos de los pacientes infectados y que requieren un tratamiento y manejo específico.

1.4 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

El desarrollo de las actividades de enfermería están encaminadas al cuidado de los pacientes y es común ver en la realización de los procedimientos de intervenciones cruentas el limitado cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana para el control de infecciones. Sin embargo no siempre se presenta la infección, en parte por que los huéspedes de la trada ecológica, o sea los pacientes, tienen diferente respuesta inmunitaria y susceptibilidad a las agresiones de los agentes patógenos; Por lo tanto ante la falta de racionalización para llevar a cabo las técnicas de aislamiento (o en su caso de respetar dichas técnicas si otro personal hizo el esfuerzo de llevarlas a cabo) o ante la contaminación de un campo quirúrgico, de una herida o de una solución de continuidad, afortunadamente solo un porcentaje menor evoluciona hacia la infección, dependiendo del grado y tipo de contaminación, lo cual se traduce en elevar el riesgo con acciones que comprometen la esterilidad y la asepsia de los procedimientos realizados con un "a lo mejor no pasa nada" y si pasa existen agentes antimicrobianos que pueden reducir el grado de infección. En este sentido la cultura manifestada a partir de las actitudes y los comportamientos determina que las acciones preventivas del riesgo de infección se minimicen en una actitud de consenso donde no existe la autoridad moral para dar cumplimiento a la norma activa establecida por la Secretaria de Salud en relación con las infecciones intrahospitalarias. Por otra parte el compromiso de las enfermeras para identificar los factores y realizar actividades que ayuden a disminuir las infecciones intrahospitalarias son insuficientes ante la presión de otros profesionales de Salud.

Por lo que consideramos importante conocer las actitudes del personal de enfermería e identificar si ciertos factores como el grado académico, la experiencia laboral, la capacitación continua y el puesto que desempeña, influyen en una u otra forma en la presencia o ausencia de infecciones intrahospitalarias.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Conocer si las actitudes del personal de Enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias se relaciona con el grado académico, experiencia laboral, capacitación continua y con el puesto que desempeña.

1.5.2 Específicos

- Identificar el grado académico del personal de enfermería para determinar si este influye en la actitud ante el control de infecciones intrahospitalarias
- Identificar los diferentes puestos que desempeña el personal de enfermería para determinar su relación ante el control de infecciones intrahospitalarias
- Identificar si el personal de enfermería recibe capacitación continua con relación al control de infecciones intrahospitalarias y determinar si esto influye en la actitud de dicho personal para la aplicación de medidas tendientes al control de infecciones
- Identificar la experiencia laboral del personal de enfermería y determinar si existe relación con las actitudes ante el control de infecciones intrahospitalarias.

2. MARCO TEORICO

2.1 El Rol de la Enfermera en el Control de Infecciones Intrahospitalaria (ECI).

Entre las preocupaciones de la comunidad de la salud, las **Infecciones Hospitalarias** cobraron mayor interés cuando a mediados del siglo XX una pandemia de enfermedades causadas por *staphylococcus* azotó a los hospitales públicos de Europa. Fue así como a fines de 1959 en Gran Bretaña- se diseñó un (denominado) "*nuevo proyecto para el Control de las Infecciones*", quedando con él planteada una respuesta innovadora y cuya mayor originalidad consistía en emplear los servicios de *una enfermera especializada* en este tipo de controles. El cargo fue ocupado por la supervisora de quirófano del Hospital de Oxford *EM Courell* y sus responsabilidades a tiempo completo fueron, básicamente, descritas en los siguientes términos:

1. Documentar la incidencia de las infecciones
2. Aconsejar sobre la adopción y ejecución de medidas preventivas
3. Asegurar el cumplimiento de tales acciones

Cuatro años después, en los Estados Unidos, la enfermera *Key Wenzel* se convirtió en la pionera de nuestra actividad profesional. Designada como la figura central del Programa de Control de Infecciones en el hospital de la Universidad de Stanford, sus responsabilidades primarias fueron:

- Vigilar la incidencia de infecciones hospitalarias
- Supervisar las técnicas de aislamiento de pacientes
- Capacitar al personal del hospital
- Aconsejar al Comité de Control de Infecciones
- Incrementar el nivel de cuidado, en atención al paciente, reduciendo el riesgo de adquirir IH

Simultáneamente, Haley y colaboradores se dedicaron a estudiar la eficacia del Control de las Infecciones Hospitalarias. Su trabajo, conocido como Proyecto SENIC, fue realizado a principios

de 1974 y consistió, además de la revisión de las historias clínicas, en recabar la información que permitió calcular la estructura de los programas de control de infecciones (PCI) y su incidencia durante el periodo comprendido entre 1970 y 1976. El cuestionario realizado a tal fin estaba destinado a indagar si particularmente alguna de las acciones comprendidas por los PCI, determinaba la reducción de las infecciones en los hospitales y fue así como el citado SENIC proveyó información descriptiva sobre las funciones de la enfermera en el control de infecciones (ECI), indicando también que el 94% de los profesionales que desempeñaban el rol, eran enfermeras.

Asimismo, cabe recordar que en 1972 también en EE UU fue creada la *Asociación de Profesionales de Control de Infecciones (APCI)*, una prestigiosa entidad científica que en la actualidad, por medio de un examen, certifica a los profesionales dedicados al control de infecciones.

En la Argentina, el control de infecciones comenzó en 1979, cuando el Dr. Daniel Stamboulián tras su formación en los Estados Unidos creó un servicio de Infectología y Control de Infecciones en el Sanatorio Guemes de Buenos Aires. Para la época, la introducción de esta práctica fue una idea a todas luces novedosa. También, el hecho de seleccionar a dos enfermeras profesionales para cumplir importantes tareas en su equipo, *Eviana Fernández* y *Beatriz Donnelly* junto a *Stella Mamone*, que un año después fue integrada al equipo, se convirtieron en las ECI pioneras de la Argentina. Las tres habían trabajado en unidades de cuidados intensivos de cirugía cardiovascular, experiencia que fue decisiva a la hora de ser elegidas para complementar un rol novedoso en su país: por vez primera las enfermeras ocuparon un espacio operativo central en los programas de control de infecciones, siendo ejes coordinantes y ejecutantes de las funciones antes descritas.

De no menor trascendencia resultó, luego, la creación de la Asociación Argentina de Enfermeros

en Control de Infecciones (ADECI), fundada el 17 de septiembre de 1994, con los principales objetivos:

- Estudiar y difundir los conocimientos relacionados con la prevención y el control de las infecciones
- Organizar y/o participar en congresos, jornadas u otro tipo de reuniones científicas que se realicen dentro o fuera del país
- Hacer efectiva y orgánica la relación permanente con sociedades o centros especializados análogos nacionales o extranjeros promoviendo un fluido intercambio científico - cultural
- Brindar asesoramiento sobre toda medida de gobierno concerniente a la prevención y el control de infecciones que afecten la salud pública en sus conceptos profilácticos, sanitarios y/o asistenciales
- Promover la creación de filiales en todo el país

En cumplimiento de sus fines, ADECI elaboró y publicó normas de control de infecciones para hospitales, organizó congresos nacionales e internacionales, participó en actividades científicas fuera del país, asesoró al Ministerio de Salud Pública y Acción Social sobre un sistema de vigilancia (SIVENIH), es miembro de la Federación Internacional de Control de Infecciones; y continúa editando su propia revista institucional VISION.

También Chile, durante 1982, inició un programa de Control de Infecciones a nivel nacional. Su pionera ECI fue la enfermera Pola Brenner Fridman, quien fue contratada por el Ministerio de Salud. Cuatro años después, ese mismo ministerio creó el cargo de ECI en todos los hospitales

del país, iniciando un proceso que condujo a la implementación de un sistema de vigilancia activa llevado a cabo por personal especializado.¹

En México se reconoce el problema hasta finales de la década de los 60's, cuando en el Hospital de Pediatría del IMSS se realizaron los primeros estudios al respecto, dando como resultado la creación del Programa Prioritario de Control de Infecciones Hospitalarias de los Institutos Nacionales de Salud:

Sin embargo, a pesar de la existencia de estos programas, falta mucho por hacer, ya que en estudios realizados se detecta un problema en el 6% de los hospitales de segundo nivel y hasta un 17% en hospitales de tercer nivel. Así mismo se detectó un 12% de mortalidad asociada a infección intrahospitalaria lo que significa 21,600 muertes por año aproximadamente²

Esto demuestra la necesidad de continuar investigando para detectar factores de riesgo para su pronta modificación en lo que se refiere a técnicas y procedimientos, epidemiología, y en especial en el factor humano, es decir, la profesionalización de este y sus aspectos socioculturales que en estos existe y que influyen en su comportamiento profesional. Las actitudes, según Goldrik y Turner, son un factor predisponente junto con las opiniones y creencias, formando un entorno psicológico que afectan también a la motivación y deseo de cambiar el comportamiento³

¹ <http://www.inec.org.mx/informacion/infzoresol.htm>

² DE LA FUENTE, Juan Ramón, *La Investigación en Salud, Islámico y Transición*, Fondo de Cultura Económica, SSA, México, primera edición 1979, p.251, pp. 476

³ KUMATI, J. et al, *Manual de Intelectología Clínica*, Editorial Mendiz Ediciones, 14ª Edición, México 1994, p. 645, 647

⁴ NORTE, Barbara y COLS, *Intelectos y prácticas de Enfermería (Praxisión y Control)*, Editorial Masses-Dowma Libros, Barcelona España, 1996, pp. 513, p. 196, 196

Para poder realizar intervenciones educativas eficaces en el personal de enfermería, no solo se requiere de un aspecto puramente informativo, sino también requiere de cambios de actitudes que se ven influidos con el entorno físico y social.

Pero no sólo allí el Control de Infecciones Hospitalarias (CHI) es un tema acuciante, una problemática que gana el creciente interés y la preocupación permanente de las autoridades sanitarias y la comunidad de Salud. También en el mundo lo es: distintas publicaciones indican que las infecciones hospitalarias aún no han podido ser erradicadas, ni sus efectos resueltos, sugiriendo su exposición a distintas causas que tienden a agravar el problema.

Factores como el impacto de nuevas tecnologías y procedimientos invasivos empleados para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, el crecimiento poblacional de pacientes en edades extremas de la vida, el impacto indirecto del SIDA, la aparición de microorganismos resistentes a los antibióticos y de nuevas y antiguas enfermedades infecciosas, dan como resultado que las tasas de infección intrahospitalaria tiendan a aumentar en lugar de disminuir. Por ello, las instituciones de Salud deberán conocer con detalle tales cambios y adecuar anticipadamente sus estrategias de atención, alertando a su personal y no solo basando sus programas de control en indicadores como las tasas de infección.

No obstante lo dicho, y siendo cada vez mayor la demanda de ECI, observamos que la mayoría de los solicitantes no reconocen claramente cual es el verdadero rol de los enfermeros/as en control de infecciones. Peor aun, no son pocos quienes hoy, ocupando ese cargo, desconocen su función.

En consecuencia, comprender el proceso de desarrollo del rol de la ECI resulta necesario y a la vez complicado. En parte, por la falta de definiciones sobre la capacitación especial que debiera recibir este profesional. Por otro lado, por la falta de definición de su rol.

En ese sentido, uno de los cuestionamientos más usuales se refiere al interrogante de por qué dicho rol debe ser exclusivamente ejercido por una enfermera. Lo cierto es que desde su inicio, el

sistema de prevención y control de infecciones siempre estuvo protagonizado por una enfermera profesional, altamente capacitada en esa especialidad.

2.2 GARANTIA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La **calidad** se refiere a las características para alcanzar la excelencia. La **excelencia** se puede establecer mediante la determinación de los resultados, es decir, si cumplen o no favorablemente los estándares para los cuales se crearon. La **calidad** de la atención en los servicios de salud para individuos y poblaciones es adecuada cuando se incrementan los resultados sanitarios deseados y son consistentes con el conocimiento profesional presente, teniendo como parte central de la definición de calidad el equilibrio de los beneficios a la salud y los perjuicios a los pacientes (Donabedian, 1980).

La **calidad** se puede describir en términos de efectividad y eficiencia, beneficios y daños, o lo adecuado de la atención. Es así que la **calidad** existe en el grado en el que el servicio sea eficiente, bien desempeñado, efectivo y apropiado (Stetler, 1992). Asimismo, se describe como consistente en dos partes interdependientes: **calidad de hecho** y **calidad en percepción**. La **calidad de hecho** es conforme a los estándares y la satisfacción de las expectativas propias. La **calidad en la percepción** es satisfacer las expectativas del consumidor (Omachuno, 1990).

Philip Crosby llama a la **calidad** **cero defectos**, dice que la **calidad** es una cuestión de actitud para hacerlo bien. **Trabajo hecho, trabajo bien hecho.**

Los primeros informes de **calidad** en medicina se originaron a finales del siglo XIX. El escenario fue la guerra de Crimea y el registro más importante fue la **mortalidad en los hospitales de campaña**, elaborado por Florence Nightingale.

En el Reino Unido se publicó el primer informe sobre muerte relacionada con anestesia. En este caso, se trataba de un paciente al que se le había administrado cloroformo, por tanto, se recomendó la monitorización continua del pulso como medida para prevenir accidentes.

En la década de los sesenta el Instituto Mexicano del Seguro Social inicia programas de evaluación de Calidad en Salud.

El Doctor Humberto Demoraes Novaes, de la Organización Panamericana de la Salud, en Enero de 1992 define la **garantía de calidad** como: Un subprograma de los servicios de salud, que garantiza a cada paciente recibir atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los avances recientes de las ciencias médicas, y en relación con la enfermedad principal o secundaria a la edad, y al régimen terapéutico asociado. Para ello se utilizó el mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades consecuentes al tratamiento, obteniéndose la máxima satisfacción por los servicios recibidos, independientemente de que el nivel institucional de atención sea primario, secundario o terciario.*

La calidad, así como la ética, la paz, la equidad, etc. **"No se crea, si no se hace. Crear es sacar de la nada."**

La calidad no se puede hacer con una clase de 8 a 9 o con un curso, no se hace por norma jurídica, debe ser el producto de una educación continua. La mejor clase académica de calidad se puede obtener mediante ejemplos prácticos de los padres, de los educadores, los colegas, los gobernantes y en general de toda la sociedad.

* MALAGON-LONDONO Op. Cit. P.

La calidad es dinámica no estática, y desarrollar un programa de garantía de calidad requiere del concurso de muchas personas y de muchos elementos; pero, básicamente del compromiso total, serio y responsable de la Institución, partiendo de quien dirige, orienta y regula.

Los esfuerzos deben dirigirse al "Desarrollo de una cultura de calidad" que busque el mejoramiento continuo, en concordancia con las necesidades, requisitos y expectativas de cada sociedad.

2.3 ACTITUD

2.3.1 Concepto de actitud

La historia del concepto nos remite a principios del siglo XVIII en 1710 cuando la palabra *attitude* se introduce en el Inglés via el Francés desde el Italiano *attitudine* - un derivado del latín medieval *aptitudo*, del clásico "aptus".⁸ Aptus, que significa disposición o adaptabilidad, cognotando un estado mental o subjetivo de preparación para la acción.⁹

Thurstone en 1928 se refiere a la actitud como " la suma total de inclinaciones y sentimientos humanos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores y convicciones acerca de un asunto determinado "

⁸ MALACONZ (1983) p. 291 Cap. 14 p.

⁹ LAMBRAS FERNANDEZ, María Las actitudes. Situación social y ambientes de relación. Ed Promedio Valencia 1997 pp 293 p. 14

¹⁰ Diccionario enciclopédico Roldans

¹¹ THURSTONE, Gene F. Medición de actitudes. Ed Trillas México, 1978 pp 580 p. 14

Allport (1935) define a las actitudes como "un estado psíquico-intelectivo y neurológico de la disposición, nacido de la experiencia, que ejerce una influencia orientadora o dinámica sobre las reacciones del individuo frente a todos los objetos y situaciones con que esta relacionado". Así pues, las actitudes son el resultado de procesos de aprendizaje y por ello están determinadas en gran medida por el medio ambiente. Se van formando lenta y continuamente a partir del primer día de vida. Son algo más que unos simples conocimientos adquiridos a través del aprendizaje. Están profundamente ancladas en la vida y las vivencias psíquicas de una persona siendo diferente según los individuos, están inmersas en su comportamiento y determinan el grado, el tipo y la dirección de las formas de sus vivencias psíquicas, es decir, sus acciones y reacciones, sus necesidades, sus percepciones, representaciones e ideas, sus sentimientos y sus estados de ánimo. Todos nosotros representamos numerosas actitudes que tienen un carácter individual según nuestra formación y nuestros antecedentes personales. Nuestras actitudes influyen en nosotros en forma de opiniones personales, juicios (o prejuicios), simpatías o antipatías, sentimientos y costumbres, y en el ámbito psíquico-intelectivo pueden adoptar determinadas formas de ideologías.

Una característica esencial de esta definición es la idea de que la actitud es una disposición a actuar de cierta manera, sin que implique que este estado potencial pase a ser acto. Esta definición aunque importante históricamente olvida el elemento clave de la actitud: la valoración.

¹¹ BERANDI, Gustav. Psicología y trabajo social. Ed Herder Barcelona España, 1963 pp 911 p 125-132

A partir de esto los investigadores abordaron una dimensión valorativa para identificar a las actitudes. Según Rosenberg y Hovland (1960), definen a las actitudes como " predisposiciones a responder ante cierta clase de estímulos con ciertas clases de respuesta". Estas clases son:

- **El afectivo:** Es el sentimiento o reacción emocional del individuo hacia el objeto de actitud. Las reacciones afectivas pueden ser positivas o negativas.
- **El cognoscitivo:** Lo que una persona cree acerca del objeto de la actitud, cómo es ese objeto, de modo objetivo. Es decir influyen los aspectos más racionales y analíticos de la conducta humana. Estas creencias son básicamente la aceptación de alguna conclusión. Para Fishbein y Ajzen "una creencia vincula un objeto con algún atributo. Para convertir una creencia en una actitud se necesita un ingrediente de valor que, por definición, tiene que ver con el sentido del individuo acerca de lo deseable, bueno, valioso, meritorio y demás. Rokeach a su vez, distingue dos tipos de valores. Los valores **terminales** como metas, estados, fines-deseables, por ejemplo sabiduría, vida emocionante, igualdad, o salud (ya sea su conservación o recuperación) y los **valores instrumentales** que son atributos deseables como capacidad, utilidad e intelectualidad, los primeros son deseables por sí mismos mientras que los últimos son deseables como medios para lograr los primeros.
- **El conductual:** Es la disposición conductual del individuo a responder al objeto. Describe las acciones tanto favorables como desfavorables que puede realizar la persona en relación con los estímulos y con base al afectivo y cognoscitivo.

Según el **modelo de expectativa-valor** de Fishbein y Ajzen (1975), las actitudes están en función de las creencias, cuando las creencias se representan como la suma de los valores esperados de las características atribuidas al objeto actitudinal, en donde cada característica tiene vinculados una expectativa y un valor. Según esto, se deberían tener actitudes positivas (o negativas) hacia cosas que se considera que tienen características buenas (o malas). Asume de

manera implícita que se forman actitudes mediante sumar varias características de los objetos actitudinales pero en ocasiones pueden tomarse en cuenta sólo una o unas cuantas características o se pueden formar las actitudes con base en las respuestas o conductas afectivas, más que en las creencias

2.3.2 Funciones

Las actitudes proporcionan reacciones preconcebidas ante los eventos e interpretaciones de los mismos, de la misma manera que lo hacen otros aspectos del equipo cognoscitivo, como los esquemas y estereotipos. Las actitudes ayudan a ahorrar energía, dado que no tiene que decidirse cómo se siente acerca de los objetos o eventos cada vez que se entra en contacto con ellos. Sin embargo no todas las actitudes satisfacen la misma función y una de las principales clasificaciones acerca de las funciones de las actitudes es la de Katz. A este investigador le preocupaban los motivos a los cuales satisfacen las actitudes y considero que algunos de estos motivos son conscientes mientras que otros son inconscientes. Según Katz algunas actitudes serán más resistentes a los esfuerzos de cambio que otras, en particular aquellas que satisfacen una función de defensa del yo, esto es de especial importancia cuando se trata de explicar el prejuicio y los intentos por reducirlo.

Según Katz son cuatro las principales funciones de las actitudes:

- **Función del conocimiento.** Se busca un grado de pronosticabilidad, consistencia y estabilidad en la propia percepción del mundo, las actitudes dan significado y dirección a la experiencia, proporcionando marcos de referencia para juzgar a los eventos, objetos y personas.

- **Función adaptativa (instrumental o utilitaria).** Se obtienen respuestas favorables de otros mediante presentar actitudes socialmente aceptables, de modo que éstas se asocian con importantes recompensas (como recibir aprobación y aceptación de parte de otros); estas actitudes se pueden expresar de manera pública pero no necesariamente se cree en ellas, como en la sumisión
- **Función de valores.** Se logra su autoexpresión mediante valores por los que se siente aprecio. La recompensa puede no ser la obtención de aprobación social, sino la confirmación de los aspectos más positivos del propio autoconcepto, en especial en un sentido de integridad.
- **Función de defensa del yo.** Las actitudes ayudan a protegerse de tener que admitir las deficiencias personales. Por ejemplo, el prejuicio ayuda a mantener el autoconcepto mediante conservar un sentido de superioridad sobre otros. la defensa del yo significa con frecuencia la evitación y negación del autoconocimiento.

2.3.3 ACTITUDES Y CONDUCTA

Las actitudes sólo son una de las determinantes de la conducta, representan una predisposición a comportarse, pero la manera en que se actúa en realidad dentro de una situación en particular dependerá de las consecuencias inmediatas de la conducta, de como se piensa que los otros evaluarán estas acciones y de los modos habituales de comportarse en este tipo de situaciones.

Según Ajzen y Fishbein (1977), cada medida individual de la conducta implica: a) una acción específica, b) dirigida a un blanco, c) en un contexto y d) en un momento u ocasión. En contraste, la mayoría de las actitudes estudiadas con más frecuencia indica sólo el blanco de

una actitud (u objeto actitudinal). Lo que se requiere es una muestra representativa de todas las conductas relevantes para la actitud en cuestión: entre más estrechamente se defina la actitud, más estrecho será el rango de conductas relevantes.

Según Hogg y Voughman (1995), lo que surgió durante los decenios de 1980 y 1990 es una perspectiva de que las actitudes y la conducta expresa no se relacionan en una forma simple, uno a uno. A fin de pronosticar la conducta de una persona, debe ser posible explicar la interacción entre actitudes, creencias e intenciones conductuales; al igual en que todas ellas se conectan con la acción posterior. Como parte de esta ecuación se necesita saber tanto la fortaleza como el valor de las creencias de un individuo, algunas tendrán mayor peso que otras con relación al acto final. Un intento por formalizar estos vínculos es la teoría de la acción razonada (TAR), en esencia la teoría afirma que la causa próxima (inmediata) de la conducta es la intención de una persona de realizarla. Supone que

- ⇒ La conducta humana es racional,
- ⇒ La conducta blanco está bajo el control consciente del actor, y
- ⇒ La intención en si está en función, tanto de la actitud del actor para llevar a cabo la conducta (una variable personal), como en su percepción del grado en que otras personas significativas consideren que debería realizarla (variable social) ¹²

La teoría de la acción razonada (TAR) está basada en la premisa de que las personas toman decisiones racionales de acuerdo con la información de la que disponen. Propone que las

personas decidan adoptar un comportamiento basándose en la creencia de que les conducirá a alcanzar un resultado deseado por ellas que pueda satisfacer las expectativas de su grupo social. Así, la determinación de adoptar un comportamiento y la posibilidad de acción están determinados por lo deseables que son las consecuencias del comportamiento y la presión social percibida."

La aplicación de esta teoría a la práctica del control de infecciones, tendría como objetivo prácticas y procedimientos seguros y sin riesgo llevados a cabo por el personal de enfermería, para lo cual el personal debe creer que esto reduce el riesgo de adquirir alguna infección y evita la propagación de infecciones intrahospitalarias en sus pacientes. Pero, para esto, es importante que el personal de la Institución, Hospital o medio donde labore lleve a cabo medidas para el control de infecciones intrahospitalarias y considere dichos procedimientos importantes para conservar su salud y el bienestar de sus pacientes. Si esto ocurre así el personal nuevo y en etapa de formación tendrá una influencia positiva para la aceptación y ejecución de estas medidas, de lo contrario posiblemente tendrán actitudes negativas frente a dichos procedimientos por influencia social.

Según la T.A.R., el comportamiento relativo a la salud se atribuye a las creencias subyacentes en actitudes específicas y en las presiones sociales percibidas en favor o en contra de ciertos comportamientos. Esta teoría se limita a la explicación de la conducta volitiva o voluntaria y por tanto ignora en gran medida el hecho de que algunas conductas están bajo un menor control de parte de uno, que otras. En consecuencia, la teoría de la conducta planificada se diseñó para

" GROSS, Richard Pasodoss. La Ciencia de la mente y la conducta. Ed FJ Manual Moderno, S.A. de C.V., 2a. de México D.F. 1978 pp. 996. p.455-457.

explicar tanto las conductas involuntarias como las voluntarias, al añadir a la TAR un nuevo medio de predicción de la intención, es decir, el control conductual percibido. La percepción de la facilidad o dificultad para ejecutar la conducta, lo cual refleja tanto la experiencia pasada como los obstáculos actuales. El control percibido está, a su vez, en función de las creencias del individuo acerca de la posibilidad y oportunidades necesarias para ejecutar la conducta. "

La posible transmisión profesional del VIH ha estimulado el interés por incrementar intervenciones que protejan a los profesionales sanitarios. Las precauciones universales fueron elaboradas por la CDC para reducir el riesgo de transmisión ocupacional protegiendo a los profesionales de enfermería y a los demás trabajadores sanitarios del contacto con sangre y otros fluidos corporales que podrían transmitir el VIH o la hepatitis.

Es probable que profesionales de enfermería analicen su actuación en relación con los obstáculos y los beneficios asociados con el cumplimiento de las estrategias de protección de la salud en el lugar de trabajo. Por ejemplo, aunque puedan estar motivadas para evitar la infección, las características de la relación profesional de enfermería-paciente pueden dificultar el cumplimiento de las precauciones universales. Cuando se produce un traumatismo o situaciones de urgencia, los pacientes en crisis pueden ser vulnerables y correr el riesgo de sufrir resultados clínicos adversos si se retrasa el tratamiento. Si las enfermeras/os creen que el resultado del cuidado del paciente depende de la acción inmediata, quizá no empleen el tiempo necesario para utilizar el equipo protector personal. La utilización de este tiempo en un momento de crisis puede indicar la discordancia entre las acciones y las creencias. Así pues, la

¹⁰ SOULE, Barbara y Cole, p. 77

¹¹ GROSS, Richard, p. 461-463

conciencia que tienen los profesionales de enfermería de la naturaleza crítica que depende de un tiempo límite para este tipo de trabajo quizá no favorezca el empleo de un equipo de protección personal en estas circunstancias. Los profesionales de enfermería suelen citar la falta de tiempo como barrera para emplear este tipo de equipo protector."

Las actitudes predisponen el sentido, dirección u orientación de la conducta manifiesta, ya que las respuestas que el personal de enfermería da a su ambiente no son completamente innatas, sino que generalmente actúan en relación de sus experiencias, motivos propios y la información que recibe del medio externo que le rodea. La importancia de las actitudes con relación a la conducta sobresale si consideramos que el personal actúa no de acuerdo a una lógica formal sino de acuerdo a la psicológica, es decir, a la información particular que recibe del ambiente que le rodea y la vivencia que guarda del mismo. Así, las actitudes presentes del personal resumen acertadamente sus experiencias pasadas y a su vez, producen efectos directivos sobre su actividad en curso, orientándolo a sus metas y objetivos actuales y futuros, los cuales se han ido modificando en relación con los efectos vividos en el momento. Thurstone en 1928, expuso que para quien las opiniones son entendidas como una expresión verbal o escrita de la actitud no debe haber dificultad para entender el empleo de los dos términos ya que se utilizarían las opiniones como medio para medir las actitudes del personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias."

2.4 INFECCION INTRAHOSPITALARIA

La Infección intrahospitalaria (III) es aquella que se desarrolla en un individuo durante su estancia hospitalaria, no estando presente antes del internamiento, ni encontrándose en periodo de incubación." En general se acepta que ocurre en las primeras 48 a 72 horas de ingreso del paciente en el hospital" y en ciertas circunstancias (una infección adquirida en el hospital) puede ponerse de manifiesto luego del alta del paciente.

La III puede ser endógena o exógena. Es endógena cuando es producida por la propia flora del paciente y es exógena cuando la transmisión de gérmenes es a partir de un foco distinto al propio paciente.

La III debe ser considerada ya que puede hacerse extensiva a los trabajadores del hospital, familiares y visitantes.

INCIDENCIA

La frecuencia de las infecciones nosocomiales o III varía mucho de un hospital a otro. En términos generales las infecciones nosocomiales en México es de aproximadamente el 5%. Si en nuestro país se hospitalizan más de tres millones de pacientes por año, tendremos un total de 450 mil episodios de infección nosocomial en este periodo y si asumimos conservadoramente

" Consejo de Salubridad General. SSA. Norma para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales

" ARRIETA RUIZ GARCIA, José Luis y Ernesto Calderón James. Conceptos Clínicos de Epidemiología. Ediciones Médicas. 11a edición. México, 1995. pp. 730 p. 623

" Consejo de Salubridad General. SSA. Norma para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales Diario Oficial de la Federación. 26 de Enero del 2002

que la mortalidad asociada es del 5%, es posible que ocurran 22 500 fallecimientos por infección intrahospitalaria anualmente.

FACTORES PREDISONENTES

Los factores predisponentes o de riesgo para el desarrollo de Infección nosocomial los podemos dividir en:

Factores del huésped

- **Edad:** Los extremos de la vida son las etapas de mayor susceptibilidad para las infecciones; así las unidades de cuidados intensivos neonatales y los servicios donde se atienden a pacientes geriátricos, son los que muestran mayor frecuencia de IHI. Muchos de los recién nacidos, principalmente los prematuros tienen una inadecuada madurez de su sistema inmune, y con frecuencia es necesario implementar en su manejo, medidas de tipo invasivo como intubación endotraqueal o instalación de sondas y catéteres, todo ello facilitará el desarrollo de infecciones. Por lo que respecta a los pacientes ancianos, estos con frecuencia cursan con padecimientos asociados, que favorecen la aparición de complicaciones.
- **Padecimientos asociados:** Se ha observado que los pacientes que cursan con enfermedades crónicas debilitantes o que condicionan inmunodepresión, están predispuestos al desarrollo de IHI. " Los padecimientos, condiciones diversas y terapéuticas que pueden alterar los mecanismos de defensa son principalmente los siguientes: Quemaduras y traumatismos, SIDA, cáncer, pacientes trasplantados, padecimientos crónicos o hematológicos, cardiopatías

crónicas, nefropatías, hepatopatías, diabetes mellitus de larga duración, tratamiento de esteroides o inmunosupresores, operaciones extensas e instalación de prótesis e injertos.*

- **Estado nutricional:** Existe la asociación entre la malnutrición y un incremento en la susceptibilidad a las infecciones. Muchos de los pacientes que son hospitalizados tienen deficiencias en su estado nutricional, en algunos casos debido a la enfermedad motivo que causa el internamiento, mientras que en otros, el problema nutricional está relacionado al nivel socioeconómico de donde provienen.
- **Días de estancia hospitalaria:** Hay una relación directamente proporcional entre el número de días de hospitalización y el desarrollo de infecciones nosocomiales, entre más días un paciente este hospitalizado mayores posibilidades tendrá de desarrollar una complicación infecciosa agregada.

FACTORES DEL MEDIO

- **Servicio tratante:** Los servicios de tipo quirúrgico muestran tasas más elevadas de IIH que los servicios médicos, esto sucede debido a los manejos de tipo intervencionista propios a las especialidades quirúrgicas. Las terapias intensivas también muestran una mayor frecuencia de infecciones nosocomiales, la explicación se encuentra en que, entre más grave sea el padecimiento de un enfermo, mayor es el número de procedimientos invasivos que se realizan, de esta manera los pacientes atendidos en las Unidades de Cuidados Intensivos con frecuencia reciben ventilación asistida, se les realiza traqueostomía, o tienen

* KUMATE, Jesús y cols. *Manual de infectología clínica*, Ed. Médica, S.A. de C.V. 15a edición, México, 1998 pp. 703 p. 583

un número mayor de catéteres intravenosos²¹. Los procedimientos y maniobras practicadas en los pacientes son particularmente riesgosas en la génesis de las IHH, entre estos están: Las venoclisis instaladas con malas técnicas de asepsia y antisepsia, que no se conservan adecuadamente protegidos los catéteres o que permanecen instaladas por más de 48 horas; instalación de catéteres endovenosos, intra arteriales o peritoneales, Sondas vesicales, hemodíalisis, uso de termómetros mal desinfectados, inadecuada vigilancia del catéter de presión intracraneana y/o alimentación parenteral²².

- **Higiene hospitalaria:** El hospital siempre debe aplicar, como mínimo, las medidas higiénicas habituales a cualquier otro centro con una alta cota de higiene. Mas aún, por haber en el hospital personas con enfermedades infectocontagiosas y otras con defensas disminuidas es necesario exagerar y ampliar las medidas higiénicas. Una higiene hospitalaria racional y exigente es la base de la lucha contra la infección intrahospitalaria. Las medidas de limpieza, desinfección y esterilización, constituyen el fundamento de la higiene hospitalaria y deben ser conocidas, aplicadas y controladas de manera estricta. La higiene del agua (estéril, potable o residual), la alimentación, la ropa, los desperdicios, los útiles de limpieza personal (lavabos, cuñas, orinales, sanitarios, peines, etc.) de los enfermos, etc. debe aplicarse de manera rigurosa. Además de realizar una adecuada eliminación y separación de la basura hospitalaria, como es el desecho de objetos punzo cortantes, piezas patológicas, productos biológico-infecciosos, entre otros.

²¹ ARREDONDO GARCIA, José Luis y Ernesto Calderón p.625

²² KUMATE, Jesús y cols. Op. cit. p. 581 y 582

- **Manejo de los pacientes por un número reducido de personas:** Otro factor que favorece la transmisión de infecciones es el manejo de los enfermos por un número reducido de personal, que contribuyen e intercambian la flora con facilidad.²¹
- **Conducta del personal médico y paramédico:** El seguimiento de las normas adecuadas de aislamiento de pacientes infectocontagiosos, la implementación de medidas adecuadas de asepsia y antisepsia, y la práctica tan sencilla del lavado de manos antes y después de revisar a los pacientes, son todas medidas para el CIHH.

Factores del agente:

Aspectos tales como la patogenicidad de las especies, la virulencia de la cepa, invasibilidad, inmunogenicidad, toxigenicidad, especificidad, afinidad por los tejidos, número de microorganismos presentes, su capacidad de supervivencia en el medio ambiente y la capacidad de resistencia a los agentes y métodos germicidas, son determinantes en las IHH.²²

Entre las infecciones intrahospitalarias las de fácil transmisión directa son la tuberculosis, salmonelosis gastroentericas, el sarampión, la varicela, la rubéola, etc., constituyen desde hace años, enfermedades a tener en cuenta entre los enfermos ingresados y el personal sanitario. Las Infecciones intrahospitalarias que han adquirido una importancia numérica importante son las producidas por los agentes muchas veces habituales en nuestro organismo (estafilococos, estreptococos, enterobacterias y pseudomonas), o las que invaden durante la hospitalización

²¹ VERGER GARAU O. *El CIHH de la Infección*. Ediciones EUNSA.

²² MALACON-LONEROSO, Hernandez y Espavel. *Infecciones Hospitalarias*. Editorial Medico Internacional LTDA., 2a edición. Bogotá Colombia, 1979. pp. 870 p. 626.

(*Legionella*, micobacterias, etc.) y son capaces de desarrollar su potencial patógeno con relación a unas bajas defensas generales del organismo o una maniobra agresiva (Cirugía, Sonda vesical, cateterismo venoso, etc.)

La flora saprófita de la piel y las mucosas de un enfermo que ingresa, va intercambiándose con la de los otros enfermos y el personal sanitario, de forma que, tras un cierto tiempo, sobre todo si se trata de una enfermedad severa o en las que se administran antibióticos, se observa la flora desplazada por la dominante en el hospital. En muchos casos, estos microorganismos (bacilos gramnegativos, sobre todo) no infectan de modo directo a los enfermos sino que sólo les colonizan y, en una segunda fase, cuando el microorganismo es transportado mediante alguna maniobra agresiva a un lugar normalmente estéril o el enfermo sufre una disminución importante de las defensas que favorece su multiplicación incontrolada, sobreviene la infección.

De las especies bacterianas, solamente cinco o seis son responsables de la mayoría de las Infecciones Intrahospitalarias. Mas de dos terceras partes de las infecciones hospitalarias son causadas por:

⇒ *Staphylococcus aureus* - *S. epidermidis*

⇒ *Escherichia coli* - *Candidas*

⇒ *Klebsiella spp* - *Candidas*

⇒ *Pseudomonas spp* - *Citrobacter*

⇒ *Enterobacter* spp - *Citrobacter*

⇒ *Proteus* spp - *Serratia*

⇒ *Bacillus* spp - *Enterococcus*.*

Mecanismos de transmisión

Los microorganismos se diseminan en los hospitales por varias rutas, y algunos pueden transmitirse por más de una ruta. Existen 5 rutas principales de transmisión: contacto, gotas, vía aérea, vehículos comunes y vectores.

1. **Transmisión de contacto:** Es el más importante y frecuente modo de transmisión de infecciones nosocomiales, se divide en 2 subgrupos: *transmisión de contacto directa* y *transmisión de contacto indirecta*

La *transmisión de contacto directo* involucra el contacto de una superficie corporal con otra superficie corporal permitiendo la transferencia física de microorganismos entre un huésped susceptible y una persona colonizada o infectada, tal como ocurre cuando una persona baña o realiza otras tareas de atención a un paciente. Este tipo de transmisión también puede ocurrir entre 2 pacientes, uno de los cuales actúa como fuente del microorganismo y el otro como huésped susceptible. La *transmisión de contacto indirecto* involucra el contacto de un huésped susceptible con un objeto intermediario contaminado, habitualmente inanimado, tales como instrumental contaminado, agujas, gasas y otros elementos de tela, o las manos contaminadas que no se han lavado así como los guantes que no se han cambiado entre los pacientes.

* MALACÓN - LONDÓN, Hernández Esquivel Op. cit. p.

2. **Transmisión por gotas:** teóricamente, es una forma de transmisión de contacto. Las gotas son generadas desde una persona fuente primariamente durante la tos, el estornudo, y el habla, y durante la realización de determinados procedimientos tales como aspiración y broncoscopia. La transmisión ocurre cuando las gotas generadas por la persona infectada y que contienen microorganismos son propagados a una corta distancia y son depositados en las conjuntivas, mucosa nasal, o boca del huésped. Debido a que las gotas no quedan suspendidas en el aire, no se requiere un manejo especial del aire y la ventilación para prevenir la transmisión por gotas; esto es, la transmisión por gotas no debe confundirse con la transmisión por la vía aérea.

3. **Transmisión por la vía aérea:** ocurre tanto por diseminación de núcleos de gotas generadas en la vía aérea (residuos pequeños [tamaño $\approx 5\mu\text{m}$] de gotas evaporadas que contienen microorganismos y que permanecen suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo) o partículas de polvo que contienen microorganismos infectantes. Los microorganismos transportados de esta manera pueden dispersarse ampliamente por corrientes de aire y pueden ser inhalados por un huésped susceptible dentro de la misma habitación o a través de distancias mayores desde un paciente fuente dependiendo de factores ambientales, por lo tanto se requieren medidas especiales de manejo del aire y la ventilación para prevenir la transmisión por la vía aérea. Los microorganismos transmitidos de esta manera incluyen *Mycobacterium tuberculosis* y los virus de la rubéola, sarampión y varicela.

4. **Transmisión por vehículos comunes:** se aplica a microorganismos por elementos contaminados tales como comida, agua, medicamentos, dispositivos y equipos.

5. **Transmisión por vectores:** ocurre cuando vectores (mosquitos, moscas, ratas y otros) transmiten microorganismos; esta ruta de transmisión es de menor importancia en los hospitales.²⁷

2.5 CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

2.5.1 LIMPIEZA

La limpieza es el proceso que pretende remover cualquier sustancia (suciedad) que no forme parte de la estructura o función de lo que está siendo limpiado,²⁸ pretendiendo la eliminación del material extraño y en especial del material orgánico de los objetos (el material extraño se define como todo un conjunto de partículas capaces de albergar microorganismos). El material extraño llega a los objetos a partir de factores como la **contaminación directa**, por razón de su uso específico que los expone a determinadas sustancias, la **contaminación indirecta**, por el depósito de partículas provenientes del aire, el abandono temporal o definitivo sobre superficies contaminadas, el contacto con partículas provenientes de secreciones de seres humanos, el depósito directo de gérmenes por contacto con artrópodos o roedores.²⁹

Con la limpieza se aspira a conseguir una reducción del número de microorganismos existentes en el medio hospitalario evitando así que se diseminen y puedan producir contaminantes. Las características de limpieza que requiere un hospital van mucho más allá de los aspectos estéticos

²⁷ <http://www.saci.org.ar/estacionero.htm>

²⁸ GARCÍA GARCÍA SAAVEDRA, Ma. J. Y José Carlos Vicente García Técnicas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización. Ed. Paraninfo, España 1997, pp. 251.

²⁹ MALACON-LONDÑO, Op.cit. p.165

o de simple comodidad (suficiente en otro tipo de medios, como un hotel o una estación de tren). Se requiere una limpieza tal que asegure el control de la población microbiana responsable de la propagación de Infecciones Intrahospitalarias. Con ella se pretende eliminar no únicamente la suciedad visible, sino también la carga microbiana no visible potencialmente patógena para el ser humano o, al menos, para determinadas personas especialmente susceptibles.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA LIMPIEZA DEL MEDIO HOSPITALARIO

- Es un proceso que no inactiva todos los gérmenes pero que elimina muchos de ellos.
- Deberá realizarse siempre de forma correcta y completa, antes de proceder a la antisepsia, desinfección o esterilización
- Al limpiar nunca se debe producir polvo. No se debe barrer ni usar plumeros; ni sacudir alfombras, sábanas o colchones. Se debe usar un trapo húmedo, aspirador, filtros adecuados y bolsas desechables
- Debe ser considerada como una responsabilidad compartida por todo el personal del hospital
- Contará con la colaboración del personal del comité de control de infecciones en todo aquello referente a:
 - & Elaborar protocolos de limpieza más convenientes.
 - & Elegir los materiales más adecuados en cada caso.

& Seleccionar productos de limpieza mas convenientes.

- Un proceso de descontaminación ha de considerarse siempre como un complemento de la limpieza, pero no puede sustituir a aquella ni compensar sus deficiencias.
- Debido a que toda materia organica en general inactiva los desinfectantes, es preferible realizar una limpieza antes de proceder a un proceso de desinfeccion. Es más eficaz la limpieza y postdesinfeccion en dos etapas bien diferenciadas⁴⁰.

2.5.2 DESINFECCION

La desinfección es el proceso que elimina todos los microorganismos patógenos en objetos inanimados. Es un proceso básico que se realiza para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas a partir de instrumentos, guantes, insumos médicos en general, superficies, desechos y excretas.

La desinfección tiene como fin destruir los microorganismos patógenos y no patógenos capaces de producir enfermedades infecciosas en los huéspedes susceptibles, actuando sobre objetos inanimados e insumos médicos en general, potencialmente portadores de microorganismos y capaces de causar infección cruzada.⁴¹

⁴⁰ GARCIA GARCIA SAAVEDRA, Ma. J. y José Carlos Vicente García. Op.cit. p.

⁴¹ GARCIA GARCIA SAAVEDRA Ma. J. y José Carlos Vicente García. Op. Cit., pp.120

En el hospital existe una contaminación sistemática y continua por microorganismos, fundamentalmente patógenos de procedencias muy diversas (pacientes en régimen de aislamiento, pacientes con tratamiento antibiótico, etc.) Las floras propias de estas personas, al estar alteradas, contienen una gran cantidad de gérmenes o de partículas que son potencialmente patógenas y susceptibles de multiplicarse fuera del organismo acarreado graves consecuencias al medio hospitalario que es necesario paliar en la medida de lo posible ¹²

OBJETIVOS Y CAMPOS DE LA DESINFECCIÓN

- Actúa sobre los microorganismos presentes en los objetos inanimados fundamentalmente.
- Destruye microorganismos patógenos
- Evita la diseminación de microorganismos y por lo tanto, la infección cruzada.

Clasificación de la desinfección según su alcance:

Desinfección de alto nivel. Destruye todos los microorganismos, con la excepción de alta carga de esporas bacterianas

Desinfección de nivel intermedio. Inactiva el organismo *Mycobacterium tuberculosis*, las bacterias vegetativas, la mayoría de los hongos, pero no destruye las esporas bacterianas.

¹² MALAGON-LONDOSO Op. Cit. p

Desinfección de nivel bajo. Destruye la mayoría de las bacterias, algunos virus y algunos hongos; pero no se puede depender de ella para eliminar microorganismos resistentes, tales como los bacilos de la tuberculosis o las esporas bacterianas.¹¹

Por lo que los elementos que van a ser desinfectados se categorizan como críticos, semicríticos o no críticos sobre la base de su grado de contacto con el paciente. Por lo que se siguen las siguientes pautas para la limpieza, desinfección y la esterilización del instrumental médico.¹²

CLASIFICACION	DEFINICION	EJEMPLO	NIVEL MINIMO DE DESINFECCION	EJEMPLO DE AGENTES
CRITICA	Un objeto introducido directamente en el torrente sanguíneo o en otras áreas normalmente estériles del cuerpo (cavidades estériles, mucosas y zonas internas)	Instrumental quirúrgico, cateteres cardíacos, implantes, componentes de un oxigenador para corazón y pulmones	Esterilización	Vapor Óxido de etileno Esterilizadores químicos
SEMICRITICA	Un objeto que entra en contacto con mucosas intactas	Endoscopio flexible de fibra óptica, tubo endotraqueal, tubuladura respirador	Desinfección química de alto nivel o pasteurización húmeda	Gluaraldehído Peroxido de Hidrogeno Alcohol etílico Cloro
NO CRITICA	Un objeto que entra en contacto con la piel intacta	Manguito de sismómetro, electrodos de ECG	Limpieza sola o desinfección de bajo nivel	Compuestos de bajo amonio cuaternario

¹¹ GARCIA GARCIA SAATEDRA y Jose Carlos Venero (García, Op. Cit. p.122)

¹² MANDELL, Enfermedades, infecciones y principios de Prevención, Ed. Panamericana, 4ª ed. 1997, Madrid España. P.21008

UTILIZACION Y CONSERVACION DE DESINFECTANTES:

- A la hora de sumergir el material en la sustancia desinfectante, debe comprobarse que ya haya sido limpiado.
- De forma general, el tiempo durante el cual la sustancia desinfectante debe permanecer en contacto con el material dependerá de:
 - El tipo de microorganismo a eliminar.
 - La cantidad de microorganismos presentes.
 - El nivel de desinfección que se pretende conseguir.

PROTOCOLOS DE HIGIENE DEL MATERIAL DE USO FRECUENTE A NIVEL HOSPITALARIO

Métodos de higiene aplicados al material hospitalario de utilización más frecuente.

Agua	A
Detergente	D
Glutaraldehído	G
Glutaraldehído fenolado	Gf
Oxido de etileno	OE

Material	Limpieza	Desinfección	Esterilización
Ambo	Desmontarlo y limpiarlo con A + D Aclarar con agua	Sumergir en Gl (10%) Aclarar con agua Secar con aire a presión	Oxido de etileno Ciclo frío (32°C)
Aparato de anestesia	Exterior A + D Interior A + D	Exterior sumergir en Gl (10%) Interiormente aclarar con agua, secar con aire a presión	Oxido de etileno Una vez a la semana
Aparatos de endoscopia para cavidades continuadas	Desmontar las piezas Retirar la parte eléctrica Limpiar el resto con A + D	Gl 2% (30' 30") Gl (10%)	Oxido de etileno Ciclo frío (32°C)
*Gastrosocopo	Aclarar con agua	Aclarar con agua después de utilizarlo	
*Hematosocopo			
*Atriosocopo			
Aparatos de endoscopia	Desmontar las piezas Retirar la parte eléctrica Limpiar el resto con A + D	Gl 2% (30' 30") Gl (10%) Aclarar con agua después de utilizarlo	Si la patología lo requiere, en OE
*Rectosocopo	Aclarar con agua		
*Colonosocopo			
*Blatac de anal			
Aparatos de endoscopia para cavidades externas	Desmontar Limpiar con A + D las partes ópticas y las de caudal		Oxido de etileno Ciclo frío (32°C)
*Laparosocopo			
*Atriosocopo			
*Neofistuloscopo			
*Cistoscopo			
Aparato de tensión arterial	Desmontar el manguito El material textil a G	Pucho de caucho sumergido en alcohol a 70%	

	lavandera		
	El manómetro y las juntas con un trapo húmedo		
Aparato de rayos X	Diariamente limpiar con A+D	GE (10) o alcohol 70% cuando se contamine	
Aparato de Presion Venosa Central (PVC)	Manómetro A+D	Paño con alcohol 70%	
Biberones	Limpiar con A+D Aclarar Secar con paños limpios		Autoclave de vapor
Bombas de infusion continua de medicacion Aparato*jeringa	Limpiar con A+D Secar con un paño limpio	*Aparato Alcohol 70% Lapero si no se usa	*Jeringa Autoclave de vapor
Campos de flujo laminar	Paños con A+D Techo Paredes Superficie de trabajo	Mezcla de alcohol 70%	
Carrro de extracciones	Limpiar con A+D despues de cada turno Tirar las bolsas y limpiar el carro Cada semana limpiar los carrros	Alcohol al 70% por las superficies horizontales	
Carrro de unidades			
Carrro de electros	Terminales cables placas A+D Aparato A+D 1 semana	Terminales cables Alcohol 70% cada dia	
Cepillo de uñas	A+D Aclarar muy bien		Autoclave de vapor
Colechon de plastico	A+D	Lejia al 0.1%	
Desfibrilador	Palas A+D Aparato A+D Uternaria	Palas Alcohol 70% Secar muy bien Aparato Alcohol 70%	
Dispensador detergente	Agua caliente al cambiar de ampolla si es reusable		
Frascos de antiséptico			
Dispensador de toallas	A+D Uternaria		
Equipo de limpieza	A+D Cubo bien abito Paños colgados	Lejia 1% (15 - 30) Escarrir bien y secar	
Espectrometro	A+D Secarlo bien	Alcohol 70%	Osado de esteroil Ciclo fro 32° C
Frascos de aspiracion	Frascos vaciar a diario A+D Cortas y tubos A+D	Frascos Lejia 1% (2h) Enrropar y dejar secar y retraccion	Frascos, jeringas y tubos Autoclave de vapor
Humidificadores de oxigeno	A+D Cambiar agua / 24 horas	Lejia 1% (30) Secar muy bien	
Incubadoras	A+D	GE 1-16 (10)	Filtros GE

		Paño con agua estéril	
		Ventilacion adecuada	
Laringoscopio	A+D	Alcohol 70%	Autoclave de vapor
		G 2% (30-60) o	
		Gl (10)	
Mesas de instrumental	A+D Después de utilizarlas	Pasar paño con alcohol 70% o mezcla de alcohol	
Mesas de comida	A+D 1/semana	Alcohol 70% Después del alta del paciente	
Nebulizador	Reservorio A+D	R. metálico Alcohol 70%	Metal metálico
	Gomas y tubos A+D	R. plástico Leja 1%	Autoclave de vapor
	Secar con aire a presión	Aclarar con agua estéril	Material de goma OE
		Gomas y tubos	
		G 2% (30-60) o	
		Gl (10)	
Tripies	A+D 1/semana	Paño con leja 1%	
		Respiradores de presión	
Humidificador	A+D	G 2% (30-60) o	OE
		Gl (10) o leja 1%	
Filtros	A+D Cambiar a diario		
Gomas y tubos	A+D Aclarar muy bien	G 2% (30-60) o	OE
	Secar con aire a presión	Gl (10)	
		Secar con aire a presión	
Termómetros	A+D	Alcohol 70% desde el bulbo hacia el otro extremo Secar bien	
Tetras	A+D		OE
Tubos endotraqueales	A+D Usar capullo Secar con aire a presión		OE
Transductor de presión	Desconexión mecánica		OE
	Capsula A+D		Ciclo frío (37°C)
	Empaquetar la capsula		
Tiendas de extremo	A+D	Mezcla de alcohol (20) o leja 0.1% Secar bien	

2.5.3 ESTERILIZACIÓN

Consiste en la destrucción de toda forma de vida microbiana incluyendo esporas y sólo se puede conseguir en sustancias o en objetos inanimados. La ciencia a puesto al servicio de los hospitales esterilización segura a través de equipos de:

- Calor húmedo.
- Calor seco
- Óxido de etileno.
- Plasma de baja temperatura generado por peróxido de Hidrógeno o formaldehído.

Métodos de esterilización

Método	Concepto	Materiales	Ventajas	Desventajas
Vapor	Calor saturado con alta presión, funciona como agente germicida dado que produce hidratación, coagulación e hidrólisis de las albuminas y proteínas de las bacterias.	Textil Gasas, compresas, apósitos, vendas, algodón y torundas. Ropa quirúrgica, sábanas, paños y batas. Fundas y toallas. Goma y latex. Drenajes, guantes y tetinas. Instrumental envasado: Cajas de instrumental, agujas, artículos de acrílico, artículos de plástico termorresistentes, biberones, cánulas de plata, conexiones de material termorresistente, prótesis metálicas y de cerámica y vidrio.	<ul style="list-style-type: none"> • Económico • rápido • seguro • Se obtienen objetos materiales sin residuos tóxicos 	Daña el material si este no es capaz de resistir altas temperaturas
Óxido de etileno	Agente alquilante, cuya propiedad consiste en reemplazar un átomo de Hidrógeno en las proteínas moleculares del microorganismo por un hidróxido, e interferir en su metabolismo.	Plásticos, papel, goma, cuero, madera y corcho. Histuras, electros, cateteres, prótesis de sílicea instrumental articulado de endoscopia, mascarillas, accesorios de respiradores, suturas.	<ul style="list-style-type: none"> • Bactericida esporicida y viricida • Útil para materiales termosensibles o delicados 	Explosivo e inflamable en estado gaseoso Tiende a polimerarse Lento Pueden quedar residuos tóxicos en materiales

	afectando su actividad fisiológica normal y provocando la muerte de los microorganismos.	respiradores, suturas	o delicados • No corrosivos	absorbentes tales como plásticos, gomas, etc. Necesidad de aireación del material esterilizado. Es tóxico. Es necesario que el personal que está en contacto con este método de esterilización se practique pruebas de función hepática, coagulación, plaquetas, hematocrito y hemoglobina. El OI es considerado mutagénico y cancerígeno por tal razón ninguna mujer embarazada debe encontrarse en contacto con él.
RADIACION	Las radiaciones ionizantes son rayos cargados de energía que al penetrar en la materia prima producen el alejamiento de los electrones del núcleo atómico al ceder parte de su energía (ionización). Producen ionización los rayos α , β y gamma. La acción de la radiación ocurre en los ácidos nucleicos del microorganismo que son muy sensibles a la radiación.	Materiales u objetos termosensibles: drogas, implantes, productos farmacéuticos, fluidos humanos como sangre y tejidos para trasplante.	• El proceso puede realizarse a temperatura ambiente. • El material no queda radiactivo.	Requiere infraestructura costosa. Los cristales se oscurecen. Es incompatible con el Óxido de etileno. Las gomas derivadas del cloruro y del butilo se deterioran. Dificultad para la esterilización de materiales de gran volumen y poca permeabilidad de las radiaciones.

2.4.4 ASEPSIA-ANTISEPSIA

ASEPSIA

Es la ausencia de todos los microorganismos que producen infecciones. Es un concepto muy relativo, ya que dicho estado es muy difícil de mantener durante periodos largos. Existen dos tipos de asepsia: médica y quirúrgica. La asepsia médica o técnica de limpieza es el conjunto de prácticas que limitan el número de gérmenes, su crecimiento y expansión. Comprende todas las medidas para confinar a un microorganismo específico a un área determinada. Son medidas de protección, ya que previenen las infecciones o evitan su expansión. La asepsia quirúrgica o técnica estéril trata de eliminar todos los gérmenes de una zona determinada, incluye prácticas que destruyen los microorganismos y las esporas."

ANTISEPSIA

Implica la eliminación o inhibición de la proliferación de microorganismo en los tejidos y/o fluidos corporales. Este proceso no necesariamente destruye los microorganismos pero los reduce a un nivel en el que no generan infecciones en el sitio de aplicación. La antisepsia se consigue mediante la aplicación de un antiseptico, el cual se define como compuesto orgánico o inorgánico formulado para utilizarse sobre tejido vivo con el fin de inhibir la proliferación de microorganismos endógenos, es decir, la flora residente. Los antisépticos están diseñados para eliminar o destruir el máximo de microorganismos posibles con el mínimo de efectos secundarios sobre la piel, mucosas y el organismo en general cuando se

* KUZER Opus p 449

aplican. Algunas de estas preparaciones poseen un efecto residual, es decir, la actividad antibacteriana continua por un cierto tiempo después de su aplicación.*

2.5.5 PRECAUCIONES ESTÁNDAR O UNIVERSALES

El concepto de precauciones universales se basa en la suposición de que la sangre y ciertos líquidos corporales (líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido cefalorraquídeo, semen, flujo vaginal y cualquier líquido corporal visiblemente contaminado con sangre) de todos los pacientes estén potencialmente contaminados. A diferencia del aislamiento de las sustancias corporales, las precauciones universales no se aplican a las heces, las secreciones nasales, el esputo, el sudor, las lágrimas, la orina y los vómitos, a menos que estén visiblemente teñidos con sangre.

Los trabajadores de la salud constituyen una población en riesgo para la adquisición de enfermedades infecciosas tales como SIDA, hepatitis virales, tuberculosis, entre otras. La presentación asintomática de muchos de estos casos requiere suponer que todo paciente es portador de una enfermedad transmisible hasta demostrar lo contrario. Por lo cual las Precauciones Universales fueron creadas para proteger a los trabajadores de la salud más que para los pacientes.*

* MALACON (1987) Op.cit. p.181-182

* MANTRELL, y cols. *Enfermedades Infecciosas (Tratamiento práctico)*. Ed. Médica Panamericana, cuarta edición. Madrid España, 1997. pp.3258 p.2808-2891

* <http://www.infectologia.es/infec/infecc/infecc/infecc.htm> Manual de recomendaciones para el Control de Infecciones Intrahospitalarias

Dichas precauciones tienen como propósito prevenir infecciones cruzadas entre el personal y los pacientes por contacto con heridas y materiales contaminados con secreciones corporales. Esto se logra a través del cumplimiento de las siguientes premisas:

Lavado de manos

Después de tocar sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, lleve o no lleve guantes puestos

1. Inmediatamente después de quitarse los guantes
2. Entre contactos con pacientes
3. Puede ser necesario lavarse las manos entre varias tareas en un mismo paciente para evitar contaminación cruzada de otros lugares
4. Usar un jabón normal para el lavado de manos habitual.
5. Usar jabón antiséptico solo en la preparación para técnicas instrumentales agresivas o de alto riesgo de infección para el paciente

Guantes

1. Llevar guantes limpios (no es necesario que sean estériles) cuando se vaya a tocar sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones o artículos contaminados
2. Ponerse guantes limpios antes de tocar mucosas o piel no intacta.
3. Cambiarse los guantes entre tareas, en el mismo paciente, si se manchan con material altamente contaminado. Quitarse los guantes rápidamente tras su empleo, antes de tocar

artículos no contaminados y superficies ambientales y antes de dirigirse a otro paciente, y lavarse las manos inmediatamente.

Mascarillas y protección ocular

1. Emplearlas para proteger ojos, nariz y boca durante procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras de sangre, fluidos, secreciones o excreciones

Batas

1. Llevar bata limpia (no es necesario que sea estéril) para proteger la piel y prevenir el manchado de la ropa durante procedimientos que puedan producir salpicaduras de sangre, fluidos, secreciones o excreciones
2. Quitarse la bata manchada tan pronto como se pueda y lavarse las manos después.

Equipos de cuidados

1. Antes de su uso con otro paciente, asegurarse que el instrumental reutilizable haya sido limpiado y reprocesado adecuadamente
2. Asegurarse de que el material no reutilizable se desecha correctamente.

Control ambiental

1. El centro sanitario debe disponer de procedimientos adecuados para el cuidado, limpieza y desinfección rutinarios de superficies y materiales, debiéndose garantizar que estos procedimientos se lleven a cabo

Patógenos de transmisión sanguínea y riesgo ocupacional

1. **Tener cuidado para evitar heridas cuando se usan agujas, bisturíes y otro material punzante; también después de su uso, cuando se están limpiando o cuando van a desecharse**
2. **NUNCA REENCAPUCHAR AGUJAS ni manipularlas con las dos manos o de manera que implique dirigir la punta hacia alguna parte del cuerpo.**
3. **Nunca separar las agujas usadas de las jeringas con la mano y NO DOBLAR, ROMPER NI MANIPULAR LA AGUJA de ninguna otra forma**
4. **Colocar las agujas y material punzante para desechar en CONTENEDORES RÍGIDOS, que deben estar situados tan cerca como convenga del lugar de empleo del material.**
5. **Colocar el material para reutilizar en contenedores rígidos para su transporte**

Usar adaptadores de boca, bolsas de resucitación u otro material de ventilación como alternativa al boca a boca en maniobras de resucitación *

2.5.6 AISLAMIENTO

Se entiende por aislamiento la separación física de un paciente para evitar la propagación de una infección o para protegerle de factores desencadenantes del medioambiente *

El propósito del aislamiento consiste en prevenir la transmisión de microorganismo de pacientes infectados o colonizados a otros pacientes, a visitantes del hospital y a trabajadores de la salud (quienes pueden transmitir la infección a otros pacientes o infectarse ellos mismos). En la actualidad existen dos sistemas ampliamente aceptados para el aislamiento de los pacientes aconsejados por los Centres for Disease Control and Prevention (CDC). El aislamiento específico por categoría y el aislamiento específico por enfermedad.

AISLAMIENTO ESPECÍFICO POR CATEGORÍA

El aislamiento específico por categoría se fundamenta en la forma de transmisión de la enfermedad y comprende siete categorías cada una con diversos requerimientos. *

* <http://www.cdc.gov/od/ohrt/inf/infcon.html>

* TERAN BELIBERO. Temas de Infecciones. Módulo de Medicina y Cirugía de la Salud. Ed. Museo Lázaro Latorre. Madrid España. 1995. pp. 153b.

* MANDILELLI y cols. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias y Prácticas. Ed. Médica Panamericana, cuarta edición. Madrid España. 1997. pp. 1258 p. 2008. 2001.

ELEMENTOS ESENCIALES PARA LOS MÉTODOS DE AISLAMIENTO

	AISLAMIENTO				PRECAUCIONES		
	Estricto	De contacto	Respiratorio	Protección o Inverso	Secreciones y productos de drenaje	Sangre y líquidos corporales	Entéricas
Tipo de habitación	Está indicada una habitación privada. Los pacientes infectados por el mismo microorganismo pueden compartir la habitación si ello es necesario, la puerta se mantiene cerrada en caso de aislamiento estricto para tuberculosos.			Habitación privada con puertas cerradas.	No es necesaria una habitación privada.	No es necesaria una habitación privada.	Habitación privada si la higiene del paciente es deficiente.
Mascarilla o cubrebocas	Todas las personas. Para un contacto cercano con el paciente que ingresen a la habitación. Debe colocarse un cubrebocas al paciente cuando es trasladado fuera de la habitación.			Todas las personas que ingresen a la habitación.	No indicada.	En el caso de procedimientos que es probable que generen gotitas de sangre y líquidos corporales.	No indicada.
Batas	Todas las personas que ingresen en la habitación. Sólo si existe la posibilidad de contaminar la ropa.			Todas las personas que ingresen en la habitación.	Sólo si existe la posibilidad de contaminar la ropa.	Sólo si existe la posibilidad de contaminar la ropa.	No indicado.
Gautes	Todas las personas que ingresen en la materia infecciosa habitación.			Sólo cuando haya contacto directo con el paciente.	En caso de contacto con material infeccioso.	Para manipular sangre o líquidos corporales.	En caso de contacto con material infeccioso.
Lavado de manos	Debe realizarse antes de entrar a la habitación y tras manipular al paciente o tocar artículos potencialmente contaminados, así como antes de entrar en contacto con otro paciente.			Al entrar y salir de la habitación y antes de manipular al paciente.	Después del contacto con el paciente o con artículos contaminados, sangre o secreciones y antes de entrar en contacto con otro paciente.	En caso de contacto con sangre u otros líquidos corporales, así como antes y después de utilizar guantes.	Después del contacto con el paciente o con artículos contaminados, sangre o secreciones y antes de entrar en contacto con otro paciente.
Artículos contaminados	Empaquetados y etiquetados antes de ser desechados, descontaminados o reciclados.			Puesto que el cuarto y su contenido se consideran limpios. No es necesario tomar medidas especiales.	Empaquetados y etiquetados antes de ser desechados, descontaminados o reciclados.	Empaquetados y etiquetados antes de ser desechados, descontaminados o reciclados. Además de estar indicado un reprocesamiento en todos los artículos y equipos utilizados.	Empaquetados y etiquetados antes de ser desechados, descontaminados o reciclados.
Indicaciones	Constituye gran parte en meningitis, Hepatitis vírica, Difteria, Pertussis, Poliomielitis, Rubéola, Sarampión, Sífilis, Difteria cutánea, Impétigo, Linternas estafilocócicas entre otros.	Letargo paludario, Difteria tóxica, Difteria hemorrágica, Sífilis, Hepatitis vírica, Enterocolera, Botulismo, Varicela, Neumococo estafilocócico y estreptocócico.	Influenza por H ₁ N ₁ , Influenza por H ₂ N ₂ , Influenza por H ₃ N ₂ , Meningococo, Paratuberculosis, Sarampión, Tifus.	La mayoría de quemaduras, escaras, úlceras, lesiones por traumatismos, etc.	Meningitis vírica o bacteriana, infecciones de heridas, infecciones de quemaduras, peritonitis, meningitis, infecciones de decúbito, infecciones de heridas por laceraciones, infecciones cutáneas menores o limitadas, Heridas infectadas, meningitis o limitadas.	SIDA, Infección vírica transmitida por una picadura de mosquito, encefalitis, Enfermedad de Balam, Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Hepatitis B, Hepatitis C y hepatitis delta, Hepatitis no A no B, Leptospirosis, Malaria, Febre por mordedura de rata, Febre recurrente, SIDA primario o secundario con lesiones cutáneas o en las membranas mucosas.	Cólera, Difteria aguda de etiología infecciosa, Pseudotumor aneurismal, Enfermedad por virus Echovirus, Enfermedad por virus Ectovirus, Escarlatina (a menos que se descarte su etiología por enterococo), Enterocolitis por Clostridium A5/A6 o Staphylococcus aureus, Infección enterocócica, Hepatitis vírica tipo A, Hepatitis vírica tipo B, Enterocolitis bacteriana, Pseudotumor aneurismal, Febre diftérica, etc.

AISLAMIENTO ESPECIFICO POR ENFERMEDAD

Los CDC ofrecen una alternativa del aislamiento específico por categoría denominado aislamiento específico por enfermedad. Con este sistema se individualizan los requerimientos para cada enfermedad. Las precauciones necesarias son verificadas a partir de un menú de opciones enumeradas en un anuncio colocado fuera de la habitación del paciente. Con este sistema se evita el uso de precauciones innecesarias debidas al agrupamiento de las enfermedades en el método específico por categorías. No obstante, una desventaja es la relativa complejidad del sistema, que puede confundir a los trabajadores de la salud. Cuando el paciente es internado, el diagnóstico diferencial puede ser amplio y a menos que se implementen las precauciones apropiadas para todas las enfermedades que se estén considerando es posible que se usen técnicas de aislamiento inapropiadas.

AISLAMIENTO DE SUSTANCIAS CORPORALES

El aislamiento de las sustancias corporales es un sistema de aislamiento de aislamiento alternativa que se basa en la premisa de que todos los sitios y sustancias húmedas del cuerpo de todos los pacientes son potencialmente infecciosos. Por ende se requieren precauciones de barrera para evitar el contacto con sangre, secreciones mucosas, piel no intacta y sustancias corporales húmedas de todos los pacientes.

Al efectuar cualquier tipo de aislamiento deben tomarse en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Debe recordarse que el aislamiento es para la enfermedad, no para los enfermos, teniendo en cuenta que los pacientes son muy reacios a ser considerados contaminados.
2. Cuando la situación requiera aislamiento debe notificarse a todo el personal sanitario.
3. El lavado de manos es el método más eficaz para prevenir la infección intrahospitalaria. Debe realizarse antes de tocar a cualquier paciente, así como después de manipular cualquier secreción o drenaje. Se recomienda la aplicación de un antiseptico para manos antes de manipular una sonda vesical o un catéter endovenoso.
4. Las fuentes de infección nosocomial más frecuentes son las sondas vesicales y los catéteres endovenosos.
5. Las mascarillas, los guantes y las batas deben utilizarse solo una vez. Los guantes deben cambiarse tras tocar secreciones o productos de drenajes, incluso antes de acabar el cuidado del paciente.
6. Todas las heridas deben manipularse con un par de guantes para retirar el apósito usado y con otro par para aplicar el nuevo. El uso de guantes no excluye el lavado de

⁶ MANDRELL y cols. Op. Cit. p.2808-2809

⁷ Enciclopedia de la Enfermería, Ochoa y cols. Vol. I, p.123-130

manos, ya que en estudios anteriores se ha demostrado que los microorganismos se adhieren a los guantes y contaminan las manos en su interior.*

7. Los pacientes que estan inmunodeprimidos, debido a tratamiento o enfermedad, tienen un elevado riesgo de contraer infecciones por microorganismo presentes en su propio organismo. Por este motivo, el cuidado del paciente debe incluir dos baños al día, con cambio de ropa de cama y cuidado de la boca despues de cada comida y antes de acostarse. Por tal razon toda aquella persona que presente algún tipo de infección no debe entrar en contacto con estos pacientes
8. Las muestras remitidas al laboratorio deben ser etiquetadas con señal de aislamiento.
9. Cuando se obtienen los cultivos negativos como criterio para interrumpir el aislamiento, las muestras deben tomarse despues de interrumpir el tratamiento con antibiotico

Actualmente a las precauciones de Aislamiento se les denomina como precauciones basadas en la transmision que de igual modo son para pacientes infectados o sospechosos de estarlo con patogenos epidemiologicamente importantes que se transmiten por la via aerea "gotas", o contacto con la piel seca o superficies contaminadas

Las *Precauciones de Via Aerea (PVA)* reducen el riesgo de transmision por la via aerea. La transmision por la via aerea ocurre por diseminacion de nucleos de gotas de la via aerea (particulas residuales pequeñas [$5\mu\text{m}$] de gotas evaporadas que pueden permanecer suspendidas

* MANDILL, *Coch Op. Cit.* p. 2000, 2091

en el aire por largos periodos de tiempo) o partículas de polvo que contienen el microorganismo infectante. Los microorganismos transportados de esta manera pueden dispersarse ampliamente a través de corrientes de aire y pueden ser inhaladas o depositadas en un huésped susceptible dentro de la misma habitación o a distancias mayores desde el paciente fuente dependiendo de factores ambientales. Por lo tanto se requiere un manejo especial del aire y la ventilación. Las PVA se aplican a pacientes con diagnóstico o sospecha de infección por patógenos epidemiológicamente importantes transmitidos por esta vía.

Las *Precauciones de Gotas (DGI)* están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión a través de gotas emanadas de la cavidad nasal, bucal y vías respiratorias. Involucra el contacto de las conjuntivas o mucosa nasal u oral de un huésped susceptible con gotas grandes ($>5\mu\text{m}$) que contienen microorganismos generados por personas enfermas o portadoras. Las gotas se generan por la persona fuente a través de la tos, el estornudo, el habla o procedimientos como la aspiración y la broncoscopia. Esta transmisión requiere de contacto estrecho entre fuente y huésped susceptible debido a que las gotas no quedan suspendidas en el aire y recorren distancias cortas ($<1\text{ m}$) a través del aire. No requiere de manejo especial del aire y la ventilación y se aplican a pacientes infectados o sospechados de serlo con patógenos que se transmiten por esta vía.

Las *Precauciones de Contacto (DVI)* están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos epidemiológicamente importantes por contacto directo e indirecto. El contacto directo implica el contacto piel-a-piel y la transferencia física de microorganismos hacia un huésped susceptible desde una persona infectada o colonizada, tal como ocurre cuando un paciente es rotado en su cama por el personal, se baña a un paciente o se realiza cualquier otra actividad de

cuidado que requiere contacto físico. El contacto directo también puede ocurrir entre dos pacientes (ej. contacto de las manos). El contacto indirecto implica el contacto de un huésped susceptible con un objeto intermediario contaminado, habitualmente inanimado, que se encuentra en el ambiente del paciente. Las PC se aplican a pacientes específicos, infectados/colonizados o sospechados de estarlo con microorganismos epidemiológicamente importantes que pueden transmitirse por contacto directo o indirecto *.

* <http://www.ssd.cep.ac/assaluminio.htm>

3. METODOLOGIA

3.1 Hipótesis

3.1.1 General

Las actitudes del personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias se relacionan con el grado académico, puesto que desempeña, capacitación continua y experiencia laboral, es decir, que los aspectos antes mencionados influyen en el personal al brindar la atención a los pacientes del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en México, D.F

3.1.2 Nula

No existe ninguna relación entre las actitudes del personal de enfermería en el control de infecciones intrahospitalarias con el grado académico, puesto que desempeña, capacitación continua y experiencia laboral, es decir, que los aspectos antes mencionados no influyen de ninguna manera para mejorar la atención de los pacientes del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en México, D.F

3.2 Variables e Indicadores

3.2.1 Variable Dependiente

ACTITUD

Uno de los conceptos de Actitud según Kidder y Campbell, sostienen que "una multitud de términos aparentemente no relacionados como pulsión adquirida, creencias, reflejo

condicionado, fijación, juicio, estereotipia, valencia, solo por mencionar algunos, son sinónimos funcionales de actitud". Todos describen residuos de experiencias pasadas que constituyen el material del que están hechas las actitudes. Son los procesos fundamentales o las manifestaciones conductuales de procesos fundamentales, que son producto del aprendizaje *

Las actitudes predisponen el sentido, dirección u orientación de la conducta manifiesta, ya que las respuestas que el personal de enfermería da a su ambiente no son completamente innatas, sino que generalmente actúan en relación de sus experiencias, motivos propios y la información que recibe del medio externo que le rodea. La importancia de las actitudes con relación a la conducta sobresale si consideramos que el personal actúa no de acuerdo a una lógica formal sino de acuerdo a la psicológica, es decir, a la información particular que recibe del ambiente que le rodea y la vivencia que guarda del mismo. Así, las actitudes presentes del personal resumen acertadamente sus experiencias pasadas y a su vez, producen efectos directivos sobre su actividad en curso, orientándolo a sus metas y objetivos actuales y futuros, los cuales se han ido modificando en relación con los efectos vividos en el momento. Thurstone en 1928, expuso que para quien las opiniones son entendidas como una expresión verbal o escrita de la actitud no debe haber dificultad para entender el empleo de los dos términos ya que se utilizarán las opiniones como medio para medir las actitudes del personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias

Indicadores

Afectivos:

Sentimientos

* SUMMERS Op Cit. p 13-14

Reacciones emocionales**Cognoscitivo:**

Creencias

Conocimientos

Comportamiento:

Reflejo condicionado

Pulsión adquirida

Esteriotipia

3.2.2 Variables Independientes**GRADO ACADÉMICO**

El grado académico es el nivel de estudios formales alcanzados por el personal de enfermería, el cual tiene una amplia gama de actividades y funciones que contribuyen de manera importante al sustento de los servicios de salud en sus diferentes ámbitos, esta preparación le permite realizar actividades desde el nivel de atención comunitaria hasta un nivel de atención altamente especializado.

En el ámbito de sistema de cuidado y atención a la salud se pueden encontrar cuatro perfiles profesionales, los cuales son **auxiliar de enfermería, enfermería general, enfermería especializada (con una o varias especialidades) y la licenciatura en enfermería (con grados de maestría y doctorado).**

Los diferentes grados de preparación no suelen ser considerados en el concepto popular de "enfermería", lo que habitualmente representa un problema gremial, ya que por ejemplo, el auxiliar de enfermería enfrenta demandas de atención que rebasan su nivel de capacitación, o

bien, licenciados en enfermería que no son requeridos habitualmente para formar parte de grupos de investigación, esto se explica por la imagen preconcebida de "enfermería" tanto por parte de la comunidad como del resto del personal de salud.

PUESTO QUE DESEMPEÑA

Según Diane Huber, un puesto se define como " un grupo de tareas que se configuran entre si para su realización, a menudo por un individuo".*

Los puestos que se desempeñan en el área de enfermería se encuentran jerarquizados, según Pérez Sosa, de la siguiente manera: **Jefatura de enfermería, Subjefatura de enfermería, supervisión de enfermería, Jefatura de piso, Enfermería especializada, Enfermería general y Auxiliar de enfermería.****

Son puestos de la organización y cada uno tiene la descripción de su trabajo. Cada trabajo tiene cierto puesto en el marco organizativo, supone un grado predeterminado de autoridad y responsabilidad.

La autoridad se define como el derecho a actuar o comandar las acciones de los demás. Incluye el poder de dar instrucciones a los demás. Schmeing (1992), distinguió entre la autoridad organizativa y la profesional. La autoridad organizativa del personal de enfermería es la

* HUBER, Diane. *Liderazgo y Administración en Enfermería*. Editorial McGraw Hill Interamericana, México D.F., 1996, p.p. 647-622-224.

** PÉREZ, Susa. *Artículo: Administración de los Puestos de Salud en Enfermería*. Edita. Trillas, México D.F., 1992, p.p. 211, p.66-67-68.

responsabilidad de cumplir con las funciones profesionales del trabajo específico o el puesto directivo. La autoridad profesional es el derecho de practicar la enfermería profesional.

La responsabilidad se define como el hecho de aceptar una tarea. La responsabilidad es la obligación para consigo mismo y para los subordinados. Esto denota una obligación de asegurar los resultados deseados *

CAPACITACIÓN CONTINUA

Segun Rojas Alcántara, este término se aplica a "aquellas experiencias docentes que incrementan los conocimientos teóricos y prácticos de enfermería. Si la comparamos con la formación académica avanzada, los programas de capacitación continua son más específicos y menos prolongados, y están acreditados mediante certificados de complemento de estudios o especialización"

Segun Malagon la Capacitación Continua constituye uno de los pilares básicos de un programa de prevención de Infecciones Intrahospitalarias y debe estar dirigida no solamente a los ejecutores del plan, profesionales y auxiliares de la salud, sino al personal general, incluso del sector administrativo. Esta capacitación continua debe contener no solo la información general sobre los factores de riesgo sino lo pertinente a normas que deben cumplirse frente a la sospecha de infección o ante la evidencia de ella para evitar por todos los medios su progreso o su propagación

* HUBBARD, Diane. Cap. Cof. p. 223-224

* PASTOR, García Luis Manuel. J. Lora, Manuel de ética y legislación. Editorial Albatros, Madrid España, 1997. p. 239. p. 47-48

Las actividades que deben cumplirse para este propósito serán básicamente, reuniones dentro de los programas generales del hospital en los que se pondrá énfasis los factores de infección, los cuidados especiales de elementos, utensilios, instalaciones, materiales y equipos. Con los profesionales a través de conferencias, talleres, mesas redondas, se presentarán situaciones o casos de infección, se discutirán técnicas y procedimientos, y se comunicarán avances terapéuticos.

La actividad más importante es la que se debe desarrollar por parte de los trabajadores de la salud, es la educación de los usuarios, a quienes debe instruirse sobre cuidados básicos, signos precoces para detección, factores de riesgo, mecanismos de contaminación o transmisión. Esta actividad se debe realizar en lenguaje sencillo y didáctico.

La evaluación constante de protocolos, normas, procedimientos, programas, directrices en general, permiten introducir los correctivos oportunos y por consiguiente fomentará la actualización de métodos.

La responsabilidad del personal de la salud es muy grande, considerando las complicaciones que conlleva la infección nosocomial, lo cual obliga a actitudes precisas, ágiles y oportunas. Se destaca el hecho de que la prevención es inmensamente más económica que la curación, por este motivo debe ser amplia la actividad educativa que despliegue y se despliegue hacia el personal de enfermería, médico y demás miembros del equipo de salud del hospital.

EXPERIENCIA LABORAL

La experiencia es "el caudal de conocimientos, especialmente de índole práctico que uno adquiere en la vida o el ejercicio de una ocupación"

Según Vega Rodríguez "la experiencia directa con el entorno de trabajo es una fuente de aprendizaje: el empleado extrae de la experiencia socio-laboral conocimiento directo de los dominios personales, de las tareas a desempeñar, de las recompensas posibles y de cómo poder manejar su esfuerzo y aplicar las estrategias pertinentes para alcanzar las metas particulares. Aspectos, todos ellos, que afectan a las actitudes. El trabajo suministra, pues, el marco de actuación, la puesta en práctica y la comprobación de lo esperado y de lo asimilado"

La experiencia siempre tropieza con un estado de creencias anteriores. Se trata de una causa que trae como resultado una alteración en ese estado de creencia. "El estado resultante siempre surgirá al mezclar la influencia fresca con el antiguo estado de las cosas". Procesos tales como la educación y el entrenamiento deben ser invocados para explicar la implantación y distribución de los estados de la creencia anterior. Son absolutamente necesarios si la experiencia a de tener un efecto determinante. Estos procesos son asimismo necesarios para la comprensión de cómo se

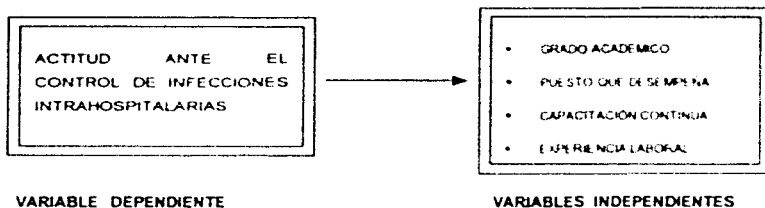
⁹ Diccionario Enciclopédico Ilustrado, Ed. Selecciones de Reader's Digest, México, 1978, Tomo II

¹⁰ Vega Rodríguez María Teresa, Experiencia Gerardo Martín, Psicología de las Organizaciones, Ed. Armonía, España, 1998, p. 147, p. 52.

sostienen las creencias resultantes y para explicar los patrones de relevancia que conectan las experiencias a algunas creencias y no a otras”¹⁴

Las actitudes hacia el trabajo y la empresa, de igual modo, están afectadas por la influencia vicaria u observación del desempeño de los iguales, la necesidad de afiliarse- en busca de feedback para definir, predecir y conocer lo que se espera de el y cómo es evaluado- motiva a la observación de los compañeros. De ellos aprende expectativas de resultado respecto a qué conductas son, con mayor probabilidad, recompensadas o censuradas y asimila actitudes y estrategias de afrontamiento acordes con la situación”¹⁵

3.2.3 Modelo de Relación Causal de Variables



¹⁴HARRY James A. "Cobertura de la información social del comportamiento" del CONAMA. Dirección General de Publicaciones México, 1985, p. 139-141

¹⁵Vega Rodríguez María Teresa. Op.Cit. p. 52

3.2.3 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DIMENSION	ESCALA	CATEGORIA	INDICADORES	PREGUNTAS
ACTITUDES ANTE EL CONTROL DE INFECCIONES	TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS	 LITERAL	EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE SI / NO NUNCA ALGUNAS VECES SIEMPRE ¿ POR QUÉ ?	CONSCIENTIVO - LIR - AISLAMIENTO - PRECAUCIONES - UNIVERSALES - COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES - ESTERILIZACIÓN - ELIMINACIÓN DE RESIDUOS BIOLÓGICOS INEFECOSOS AFECTIVO - AISLAMIENTO - PRECAUCIONES - UNIVERSALES - MANEJO DE RESIDUOS BIOLÓGICOS INEFECOSOS - LIMPIEZA - DESINFECCIÓN - LIR COMPORTAMIENTO - AISLAMIENTO - PRECAUCIONES - UNIVERSALES - ASEPSIA ANTISEPSIA - COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES - LIR	11, 12, 14, 20 34 10, 16 27 15 16, 22, 24, 33 29 78 78 29 30, 31 12 17 16, 25, 27, 28, 30 27, 30 21 32
GRABACAJE TÉCNICO	NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO	DE NOMINAL	ESPECIALIDAD LICENCIATURA TIC ENFERMERIA AUX. ENFERMERIA PASANTE	ESPECIALIDAD LICENCIATURA TIC ENFERMERIA AUX. ENFERMERIA PASANTE	2, 3
EXPERIENCIA LABORAL	AÑOS DE LABORAR EN ENFERMERIA	DE INTERVALOS EN	-1, 16, 6, 11, 12, 10, 26, 27, 28, 29, 30, -30	AÑOS DE LABORAR EN ENFERMERIA	6, 8
CAPACITACION CONTINUA	NO DE CURSOS TOMADOS SOBRE EL CONTROL DE INFECCIONES	INTERVALOS		CURSOS SOBRE EL CONTROL DE INFECCIONES	11, 7, 8
PUESTO DE TRABAJO	CATEGORIA LABORAL	NOMINAL	SUPERVISOR JEFE DE SERVICIO ENF. ESPECIALISTA ENF. GENERAL AUX. ENFERMERIA PASANTE	SUPERVISOR JEFE DE SERVICIO ENF. ESPECIALISTA ENF. GENERAL AUX. ENFERMERIA PASANTE	4

3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1 Tipo

La presente investigación es observacional, descriptiva y transversal.

Es observacional, ya que no se pretende modificar sino únicamente se describirá el fenómeno estudiado. Es descriptiva porque se pretende explicar el comportamiento de las variables de una muestra poblacional. Y es considerada de tipo transversal, porque las variables se miden una sola vez sin pretender evaluar la evolución de las variables en los sujetos de estudio.

Dicha investigación es considerada de campo, debido a que la investigación se llevó a cabo en el escenario natural donde labora el personal de enfermería y es exploratoria porque no hay investigaciones previas dentro de la Institución que nos puedan aportar conocimientos sobre la actitud del personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias.

3.3.2 Diseño

El Diseño de esta investigación es **no experimental**, ya que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones. Los sujetos son observados en su ambiente natural y en su realidad (Kerlinger, 1979).

3.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	OCT 2000	NOV	DIC	ENE 2001	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE 2002	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	
Planteamiento del Problema	XXX																									
Consulta Bibliográfica	XXX	XXX	XXX	XXX				XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX													
Elaboración de diseño de tesis			XXX	XXX	XXX																					
Registro de diseño de tesis ENEO				XXX																						
Aplicación del cuestionario piloto						XXX																				
Revisión del diseño de tesis en el Hospital				XXX																						
Realización del proceso estadístico										XXX	XXX	XXX	XXX													
Aprobación del diseño de tesis en el Hospital														XXX												
Elaboración del Marco Teórico				XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX													
Aplicación de cuestionario														XXX												
Interpretación de datos															XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX				
Revisión de tesis																						XXX				
Corrección de tesis																							XXX			
Tesis finalizada																								XXX		
Titulación																									XXX	XXX

3.5 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS

3.5.1 Fichas de Trabajo

A través de este instrumento se recopiló toda la información relacionada con las variables que puedan sustentar el marco teórico y conceptual de las mismas.

3.5.2 Entrevista

A través de esta técnica se cuestionó las actitudes del personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias.

3.5.3 Cuestionario

Este instrumento de recolección de datos, fue contestado por el personal de Enfermería, cada pregunta ha sido elaborada con base a los indicadores y tendría un tiempo aproximado de respuesta de 20 a 30 minutos.

Las preguntas fueron diseñadas de tal manera que eviten ser causa de malestar en el personal.

3.6 ORGANIZACION DE LA INVESTIGACION

3.6.1 RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos con los que se cuenta para la investigación son los siguientes:

Se cuenta con una asesora de tesis de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, la *Maestra Iñiga Pérez Cabrera*.

Además de contar con la valiosa asesoría externa de *QFB Rosario Vázquez Larios* Jefe del Laboratorio de Microbiología del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez".

También se cuenta con la colaboración del *Comité de Infecciones* del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", que proporcionó los datos estadísticos actualizados utilizados en esta investigación

Una pasante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

3.6.2 RECURSOS MATERIALES

Los recursos que se utilizarán consisten en una computadora, impresora, discos de 3.5 pulgadas, hojas, lápiz, sacapuntas, goma, bolígrafo, calculadora, bibliografía de las bibliotecas de la ENEO, ENEP Iztacala, Biblioteca Central y del Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

3.6.3 RECURSOS FINANCIEROS

Todos los gastos que genere la presente investigación desde su inicio hasta su finalización correrán por cuenta de la pasante en proceso de titulación

4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

4.1 UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

4.1.1 Universo

El universo representa el todo del fenómeno de estudio. Para el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", el universo lo constituyen las enfermeras especialistas, generales, pasantes de enfermería, auxiliares de enfermería y personal administrativo de enfermería. La totalidad de este es el 100% del personal del hospital y esta constituido de la siguiente manera:

CATEGORIA DEL PERSONAL	MATUTINO	VESPERTIN O	NOCTURNO		ESPECIAL	TOTAL
			A	H		
SUBDIR. DE ENFERMERIA	1	0	0	0	0	1
JEFE DEL DEPTO DE ENFERMERIA	1	0	0	0	0	1
JEFE DE ENFERMERIA "E"	0	0	1	1	1	9
JEFE DEL DEPTO. DE DOCENCIA	1	0	0	0	0	1
COORDINADOR DE ENSEÑANZA	2	1	0	0	0	3
JEFE DE SERVICIO CP	10	2	1	2	0	15
JEFE DE SERVICIO MP	1	0	0	0	0	1
ENF. ESPECIALISTAS	17	10	10	6	2	45
ENF. GENERAL	64	46	41	41	19	211
AUXILIAR DE ENFERMERIA	55	28	21	26	0	130
PASANTES DE ENFERMERIA	30	12	9	11	0	62
TOTAL	190	99	83	87	22	481

Fuente: Subdirección de enfermería del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", 1999

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

4.1.2 Población

La población esta representada por el personal de enfermería que labora en los siguientes servicios: Unidad de cuidados intensivos adultos, Unidad de cuidados intensivos neonatales, Medicina interna, Cirugía general y Ginecología; los cuales muestran una alta tasa de infección nosocomial

En estos servicios se encuestó al personal de enfermería de los cinco turnos, de acuerdo a su categoría eligiendo al jefe o encargado del servicio, a un especialista, a dos generales, a un auxiliar y a un pasante de enfermería; así, como al personal administrativo del departamento de enfermería.

4.1.3 Muestra

La muestra es de tipo convencional, ya que se encuestó al personal que se encuentre laborando en dichos servicios, sin perder de vista los criterios de inclusión mencionados en el rubro anterior.

La muestra se calcula de la siguiente manera:

Personal de enfermería a encuestar por servicio	Servicios a encuestar	Turnos a encuestar
1 Jefe encargado	U.C.I.A.	Matutino
1 Enf. Especialista	U.C.I.N	Vespertino
2 Enf. Generales	Medicina Interna	Velada A
1 Auxiliar de Enfermería	Cirugía General	Velada B
1 Pasante de Enfermería	Ginecología	
6 Personas por servicio	5 Servicios	4 Turnos
Personal directivo de enfermería:		
3 Coordinadores de Enseñanza		
1 Jefe de Departamento de Docencia		
4 Jefes de Enfermería		
8 Directivos		
Total de personal a Encuestar: 128 personas.		

TAMAÑO MINIMO DE MUESTRA(T.M.M.)

El tamaño mínimo de muestra se calcula con la siguiente fórmula.

$$N(zc)^2 \frac{P(Q)}{d^2}$$

$$d^2 = (N-1) \cdot (zc)^2 \frac{P(Q)}{d^2}$$

$zc = 1.96$ = Nivel de error aceptado

$N = 481$ = Universo

$P = 0.9$ = Probabilidad de que se presente el fenómeno

$Q = 0.1$ = Probabilidad de que no se presente el fenómeno

$d = 0.05$ = Confiabilidad

Sustituyendo tenemos:

$$481(1.96)^2 (0.9)(0.1)$$

$$481(3.84)(0.9)(0.1)$$

$$(0.05)^2 (481 - 1) \cdot (1.96)^2 (0.9)(0.1)$$

$$(0.025)(480) \cdot (3.84)(0.9)(0.1)$$

$$166.23$$

$$166.23$$

$$= 107.55 + 20\% = 128$$

$$1.2 \cdot 0.3456$$

$$1.5456$$

T.M.M. = 128 PERSONAS

4.2 COMPROBACION DE HIPÓTESIS

Se buscó correlacionar las dimensiones cognoscitiva, afectiva y de comportamiento, de la Actitud del personal de Enfermería ante el Control de las Infecciones con las siguientes variables

- 1) Grado Académico
- 2) Puesto que desempeña
- 3) Capacitación continua
- 4) Experiencia Laboral

Esta correlación se efectuó mediante el coeficiente de correlación de Pearson para el caso de aquellas variables ordinales que tuvieron tres o más categorías. En el caso de las variables dicotómicas se buscó esta relación por medio de la prueba Ji-cuadrada. Cabe hacer notar que cuando las variables independientes antes mencionadas tuvieron tres o más categorías se graficó la respuesta para obtener una recta y mostrar esta asociación.

De acuerdo con las hipótesis planteadas

H1: Las actitudes del personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias se relacionan con el grado académico, puesto que desempeña, capacitación continua y experiencia laboral, es decir, que los aspectos antes mencionados influyen en el personal al brindar la atención a los pacientes del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en México, D.F.

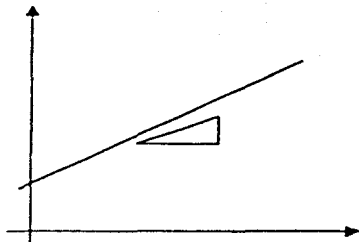
H2: No existe ninguna relación entre las actitudes del personal de enfermería en el control de infecciones intrahospitalarias con el grado académico, puesto que desempeña, capacitación continua y experiencia laboral; es decir, que los aspectos antes mencionados no influyen de ninguna manera para mejorar la atención de los pacientes del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en México, D.F.

Para realizar la comprobación de la Hipótesis se utilizó el método de mínimos cuadrados, que consiste en calcular una recta tal que la suma de todas las diferencias entre los valores observados y la recta sean los mínimos posibles. Por lo tanto buscamos la recta más sencilla pero exacta que nos demuestre la relación que existe entre las variables planteadas, utilizando la siguiente fórmula

$$y = a + bx$$

$$a = y - bx$$

$$a = y_1 - bx_1$$



$$a = y_2 - bx_2$$

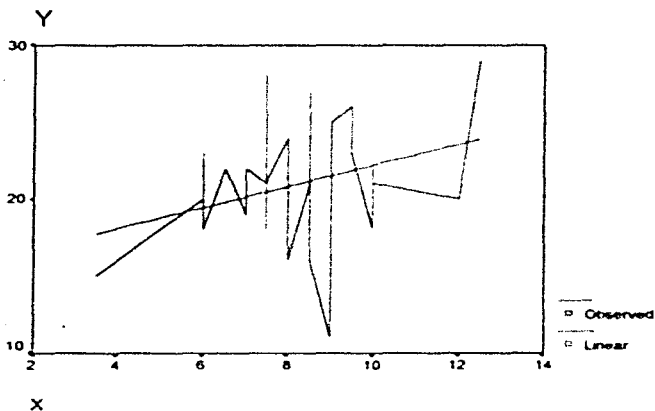
$$b = \frac{y_2 - y_1}{x_2 - x_1}$$

Se realizó una base de datos otorgándole un valor a cada respuesta de las variables y representándolos en un diagrama de puntos, dibujando así una recta. En la que

y = actitudes ante el control de infecciones

X =

- Grado académico
- Puesto que desempeña
- Experiencia laboral
- Capacitación Continua



Es necesario explicar que para demostrar la asociación entre las variables estudiadas fue fundamental la participación del personal de enfermería en la contestación íntegra (o completa) de todo el cuestionario aplicado, ya que dicho cuestionario fue diseñado de tal manera que permitiera evaluar las actitudes del personal y en caso de existir alguna pregunta sin contestar está dejada alguna variable ambigua y con ello obstacularía la investigación al relacionar las variables, por lo que solo se tomaron en cuenta 42 cuestionarios que fueron contestados completamente para correlacionar ambas variables.

El Coeficiente de correlación de Pearson permite estudiar la fuerza de asociación lineal entre las dos variables, utilizando el método de momentos, de la siguiente manera

$$bx_1 + bx_2 + bx_3$$

$$y_1 = a + bx_1$$

$$x_1 y_1 = ax_1 + bx_1^2$$

$$b(x_1 + x_2 + x_3)$$

$$y_2 = a + bx_2$$

$$x_2 y_2 = ax_2 + bx_2^2$$

$$\underbrace{\hspace{10em}}$$

$$y_3 = a + bx_3$$

$$x_3 y_3 = ax_3 + bx_3^2$$

$$\Sigma x$$

$$\Sigma bx = b\Sigma x$$

$$y_n = a + bx_n$$

$$x_n y_n = ax_n + bx_n^2$$

$$\Sigma y = na + b\Sigma x$$

$$\Sigma xy = a\Sigma x + b\Sigma x^2$$

$$\Sigma x = 344,5$$

$$\Sigma y = 880$$

$$\Sigma x^2 = 2924.75$$

$$\Sigma xy = 7286$$

$$\Sigma y^2 = 18\ 928$$

$$n = 42$$

Sustituyendo en la ecuación:

$$1) \Sigma y = na + b\Sigma x$$

$$2) \Sigma xy = a\Sigma x + b\Sigma x^2$$

$$42 a + 344.5 b = 880$$

$$344.5 a + 2924.75 b = 7\ 286$$

Despejando "a"

$$a = \frac{880 - 344.5 b}{42} = 20.952 - 8.202 b$$

Sustituyendo "a" en la ecuación 2.

$$344.5 (20.952 - 8.202 b) + 2924.75 b = 7286$$

$$7217.964 - 2825.589 b + 2924.75 b = 7286$$

$$99161 b = 68.036$$

$$b = \frac{68.036}{99161}$$

$$99161$$

$$b = 0.686$$

Sustituyendo "b" en la ecuación 1.

$$a = 20.952 - 8.202 (0.686)$$

$$a = 15.324$$

$$y = 15.324 + 0.686 x$$

Actitudes ante el control de Infecciones Intrahospitalarias = $15.324 + 0.686$ (Grado académico, Puesto que desempeña, Experiencia Laboral, y Capacitación continua).

$$b = 0.686 x$$

Lo que quiere decir que por cada unidad que aumente "x" la actitud ante el control de Infecciones Intrahospitalarias aumenta un 68,6 %.

TABLA ANOVA DE LA REGRESIÓN

ANOVA (ANÁLISIS OF VARIANCE) Análisis de la varianza.

El análisis de la varianza plantea el problema como un modelo matemático, en el cual la variable dependiente es la variable cuantitativa y la variable independiente la variable cualitativa, también llamada factor. Es decir, detecta diferencias entre medias analizando diferencias entre variables.

En donde

SC_{Total} (Suma de cuadrados total) - Representa la variabilidad cuadrática de la variable dependiente (Debida a todas las causas, las explicadas por la variable Independiente y las no explicadas por el modelo) $SC_{Total} = SC_{Reg} + SC_{Res}$

SC_{Reg} (Suma de cuadrados Regresión) - Representa la variabilidad cuadrática de la variable dependiente, explicada por la variable independiente

SC_{Res} (Suma de cuadrados residual) - Representa la variabilidad debida a causas no controladas por el modelo

n = Tamaño de la muestra

Los Cuadrados medios (CM) los calcularemos dividiendo las sumas de cuadrados entre sus correspondientes grados de libertad. Los grados de libertad correspondientes a la regresión son iguales al número de variables independientes, incluidos en el modelo (en el caso de la regresión simple, solamente uno). Los grados de libertad totales son iguales al número de

observaciones menos uno. Los grados de libertad correspondientes a la SC_{Res} son iguales a $n-2$.

	SC	gl	CM
SC_{Reg}	46,562	1	46,562
SC_{Res}	443,343	40	11,084
SC_{Tot}	489,905	41	

Si tenemos que:

$$SC_{Tot} = SC_{Reg} + SC_{Res}$$

$$SC_{Tot} = \sum (y - \hat{y})^2 = \sum y^2 - (\sum y)^2 / n$$

$$SC_{Tot} = 18\,928 - (880)^2 / 42$$

$$SC_{Res} = b \sum xy - b(\sum x \sum y / n)$$

$$= 0,6857 [72\,86 - (344,5)(880) / 42]$$

$$= 0,6857 (67,905) = 46,562$$

$$SC_{Tot} = SC_{Reg} + SC_{Res}$$

$$SC_{Res} = SC_{Tot} - SC_{Reg}$$

$$SC_{Res} = 443,343$$

$$\sum x^2 - \sum (x - \bar{x})^2 = \sum x^2 - (\sum x)^2 / n$$

$$= 2924,75 - (344,5)^2 / 42$$

$$= 99,030$$

La hipótesis que queremos contrastar en un modelo de regresión simple es que existe asociación lineal entre la variable dependiente y la variable independiente. Si existe asociación lineal debe ser significativamente distinto a cero.

Las hipótesis en este caso son las siguientes.

$$H_0: \beta_1 = 0$$

$$H_1: \beta_1 \neq 0$$

Existe regresión estadísticamente significativa, si el valor de la probabilidad experimental es menor que 0.05. Si la probabilidad es mayor que 0.05, no podremos rechazar la hipótesis nula y concluiremos que no tenemos evidencia de que exista relación lineal entre las variables.

Sb = Error Estándar de "b"

$$S_b = \frac{CM_{yy}}{\sum x^2} = \frac{11.084}{99.030} = 0.112 = 0.335$$

$$t_b = \frac{b}{S_b} = \frac{0.6857}{0.335} = 2.050$$

Ya que el valor de la t de student asociada a la pendiente es de 2.050, la probabilidad de acuerdo a esta es de 0.042 y como es menor que 0.05, la H_0 se rechaza concluyendo con esto que existe relación entre las variables planteadas.

4.3 ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

En el cuadro No.1 relativo a la edad del Personal de Enfermería, se observa que el 23.44% (30) se encuentra entre los 26 - 30 años, el 20.31% (26), se encuentra entre los 31 - 35 años; el 16.41% (21) de 36 - 40 años, el 15.62% (20) entre los 41 - 45 años, el 14.06% (18) entre los 21- 25 años y existe el mismo porcentaje de 15.6% (2) entre los 46 - 50 años y los mayores de 51 años. Siendo mínimo el personal de 18 - 20 años con un 0.78% (1)

El promedio de edad del personal de enfermería es de 33.21 con una desviación de 7.24 que indica que la mayor parte del personal esta entre los 25.97 y los 40.97. El coeficiente de variación es de 21.80 %, llama la atención el mínimo de personal de 18 - 20 años y la existencia de personal mayor de 46 años. Lo anterior refiere una población adulta con rutinas de las actividades bien aprendidas y poco susceptibles de cambios.

Cuadro No. 2 En relacion al grado académico del personal de enfermería el 75% (96) cuenta con la carrera técnica de Enfermería, el 7.03% (9) es auxiliar, El 6.2% (8) cuenta con la Licenciatura, el 4.7% (6) son pasantes, y el 7.03 % (9) no contesto

Llama la atención que la mayoría es personal técnico titulado, que responden a las necesidades técnico-científicas para la atención de los pacientes, a este se suma el 4.7% de pasantes, número muy reducido ya que en este año no hubo ingreso de pasantes al hospital por disposición oficial, y la gran mayoría de estos realiza su servicio en clínicas de primer nivel. Un poco más del 5% esta conformado por los Licenciados en Enfermería y Obstetricia los que por su menor antigüedad no tiene puestos administrativos. Además que solo el 28.12% (36) del personal de Enfermería cuenta con una especialidad, de los cuales el 12.5% (16) realizo especialidad en administración, de 8.59% (11) cuenta con la especialidad de Enf. Quirúrgica, el 3.9% (5) realizo especialidad en cuidados intensivos y solo el 3.1% (4) cuenta con especialidad en tanatología

Cuadro No. 3 En relacion al puesto que desempeña el personal de Enfermería encuestado, el 54% (69) es Enf. General, el 16.4% (21) auxiliar de Enfermería, el 13.3% (17) Enf. Especialista, el 7% (9) Jefe de Servicio, el 4.7% (6) Supervisor, el 3% (4) pasantes de Enfermería y el 1.5% (2) no contesto. En esta institución existe personal profesional en las diferentes categorías y en esta investigación es de gran importancia el grado de profesionalidad para valorar la conciencia que tiene ante el Control de Infecciones Intrahospitalarias, ya que en

esta disciplina el mayor grado de conocimientos implica a su vez un alto sentido de ética así como responsabilidad y compromiso

Cuadro No. 4. Respecto al turno laboral del personal encuestado, el 36% (46) corresponde al turno matutino, el 35% (45) al vespertino, el 18% (23) pertenecen a la velada A y el 11% (14) son de la velada B

La mayoría del personal encuestado fue del turno matutino y vespertino, ambos turnos tuvieron mayor disponibilidad para participar en dichas entrevistas en comparación con el personal de las veladas que presentó mayor renuencia a participar en dicha investigación, comprendiendo así que es un turno pesado ya que abarca 12 horas laborales además de la sobrecarga de trabajo que existe en la institución ocasiono que aun cuando el personal tuviera disponibilidad no le fuera posible colaborar con nosotros

Cuadro No. 5. De acuerdo a la Experiencia Laboral del Personal de Enfermería el 24% (31) cuenta con una experiencia de 11-15 años, un porcentaje igual lo representan los que tienen de 6-10 años, el 20% (28) cuenta de 2-5 años, el 14% (18) lleva de 16-20 años, el 10% (13) de 21-25 años, siendo los menores porcentajes el personal que ha trabajado durante un año y mas de 26 años, correspondiendo un 3% y un 2% respectivamente

En promedio el personal de Enfermería cuenta con una experiencia laboral entre 11-13 años con una desviación de 6.59 que indica que la mayor parte del personal cuenta entre 5 y 17 años de experiencia. El coeficiente de variación es de 57.65% que muestra una población diversa

Es importante hacer notar que la mayor parte del personal cuenta con mas de 5 años de experiencia, lo que los pone en una situación de mayor competitividad por la habilidad con la que se cuenta ya en esta etapa

Cuadro No. 6. Con relación a la asistencia del personal de Enfermería a cursos sobre el Control de Infecciones Intrahospitalarias en el último año el 74% (94) no ha asistido a cursos sobre el tema y el 24% (31) si ha asistido

Existe en el personal de Enfermería la idea de que el saber adquirido en la escuela es suficiente para el ejercicio profesional, además la falta de tiempo y oportunidades, aunado a la inadecuada difusión de estos cursos propicia falta de interés ocasionando con ello la inasistencia del personal. Resulta difícil para la institución obligar la asistencia de todo el personal a dichos

cursos, sin embargo, una adecuada planeación a través de formación de comisiones que apoyen la educación continua enviando personal a dichos cursos y posteriormente ellos enseñaran al resto del personal lo aprendido, se obtendría beneficio tanto para la Institución como para el personal, reflejándose con ello una mejor atención para los pacientes.

Cuadro No. 7 De acuerdo al personal encuestado el 97% (124) opina que si ha trabajado con pacientes infectocontagiosos y el 2% (3) no ha trabajado con pacientes infectocontagiosos

En nuestra profesion se tiene un contacto estrecho con el paciente, y todo paciente debe manejarse como potencialmente infectocontagioso, ya que en ocasiones manejamos al paciente sin las debidas precauciones y al complicarse o al darse de alta nos notifican de las infecciones por las que cursa o curso sin ninguna medida de control por parte de todo el equipo salud, poniendo en riesgo a otros pacientes y a nosotros mismos.

Cuadro No. 8 Con relacion a la asistencia a cursos de capacitacion sobre Control de Infecciones Intrahospitalarias, llevados a cabo por el hospital tenemos que el 5% (6) del personal siempre asiste, el 58% (74) asiste solo algunas veces, el 35% (45) nunca asiste a dichos cursos, y el 2% (3) no contesto

La sobrecarga de trabajo aunado a la falta de personal ocasiona falta de tiempo, ademas los horarios de dichos cursos son en horas laborales, la falta de becas y de motivacion hacia el personal ocasiona la inasistencia a dichos cursos. Aunado a esto la inadecuada difusion o invitacion para asistir a dichos cursos ocasiona que gran parte del personal opine que no se llevan a cabo dichos cursos.

Cuadro No. 9 Acerca de que si el personal conoce las normas del Hospital para el Control de Infecciones Intrahospitalarias el 65% (83) si las conoce, el 30% (38) no las conoce y el 5% (7) no contesto

Al analizar esta respuesta se verifico si en los servicios existia evidencia de las normas escritas, sin embargo la respuesta que obtuvimos por parte de los encargados de cada servicio es que no contaban con ellas, por lo que se solicitaron al Comité de Control de Infecciones pero en ese momento no se encontraban disponibles. Por tanto, en los servicios falta la referencia que apoye las acciones ante las multiples dudas que surjan en el manejo de equipo, material, tecnicas, residuos organicos o procedimientos invasivos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Cuadro No. 10. De acuerdo a como considera el personal su nivel de conocimientos en torno a la prevención de las Infecciones Intrahospitalarias tenemos que el 5% (7) considera que es excelente, el 9% (11) muy bueno, 48% (61) Bueno, 32% (41) regular, 5% (7) Deficiente y el 1% (1) no contesto. Y comparando estos resultados con las preguntas de conocimientos, obtuvimos que El 94% del personal contesto acertadamente la pregunta acerca del manejo de residuos biologico-infecciosos, el 94% contesto acertadamente la definicion de Infección Intrahospitalaria, el 90% contesto acertadamente la definicion de esterilizacion, el 77% conoce las Precauciones Universales, y solo el 18% identifico acertadamente los tipos de aislamiento y precauciones a seguir segun algunas patologias.

El colectivo de Enfermería en su mayoría esta bien preparado, sabe lo que tiene que hacer y como lo debe hacer y, sin embargo, en demasiados casos no lo hace. En ocasiones este profesional se encuentra envuelto en una rutina tal que no ignora su función, no ignora la importancia de su rol, ni las consecuencias de su actitud, sin embargo, no sale de ese círculo en el cual el desánimo, la falta de motivación van generando más desánimo, aburrimiento, rutina y finalmente produciendo un enorme daño a ellos mismos y a los usuarios. El mundo laboral, las condiciones de vida y de trabajo de la enfermería, los salarios, la legislación, los derechos del trabajador y otros elementos tienen mucho que ver con esta situación, y si analizamos la historia de nuestra profesión el camino no es fácil *

Cuadro No. 11. Con relación a que si todo profesional sanitario que trabaje con pacientes debe estar capacitado para prevenir y controlar infecciones el 98% (126) opina que si y solo el 2% (2) no contesto.

Llama la atención que casi el total del personal esta consciente de que debemos contar con una capacitación adecuada para el Control de Infecciones, ya que en este contexto implicaría la honestidad y la ética profesional de cada uno de nosotros. Ya que si el paciente llega con un problema de salud y en lugar de ayudarlo le complicamos el cuadro patológico, el paciente dejara de confiar en nosotros y su recuperación sera lenta y costosa, pero si tomáramos en cuenta que nosotros no somos inmunes y que corremos el mismo riesgo que los pacientes al no estar

* ANTON NARDEZ, M. Vicens. Las Enfermedades entre el descubrimiento de los virus (Una mirada al siglo XX). Ediciones Diaz Santos, S.A. Madrid, España. 1998. pp 141 p 77.

correctamente informados acerca del Control de Infecciones Intrahospitalaria cambiara nuestra actitud y compromiso, ayudando con ello a disminuir las altas tasas de morbimortalidad ocasionadas por las infecciones nosocomiales. La formación de los Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias surge como apoyo a este problema y por otra parte la Enfermería ha tenido acceso a una formación continua y de un nivel alto sobre todo al finalizar el siglo XX; sin embargo, la educación continua no tiene el impacto deseado para la profesionalización por la indiferencia tanto de las enfermeras como de los líderes en la profesión lo que ocasiona la apatía y el desencanto del profesional.

Cuadro No. 12. Se pidió al personal de Enfermería que ordenaran del 1-6 diferentes problemas infecciosos de acuerdo al riesgo de ser ocasionadas intrahospitalariamente de tal manera que el número 1 correspondiera al de mayor riesgo y el 6 al de menor riesgo, lo que se pretendía con esta pregunta es conocer si el personal conocia las tres infecciones más comunes de ser ocasionadas en el nosocomio, de lo que obtuvimos lo siguiente. El personal que contestó acertadamente las 3 infecciones con mayor riesgo fue el 19% (25), el personal que solo obtuvo dos correctas es el 46% (59), con una sola correcta fue el 29% (37), el 4% (5) no las conoce y el 2% (2) no contesto.

Llama la atención que solo un 19% de la población encuestada conozca las tres infecciones que pueden llegar a ser ocasionadas intrahospitalariamente, y el 46% solo dos, esto es de gran importancia, ya que si el personal no conoce que las neumonías, las infecciones de vías urinarias y las heridas quirúrgicas infectadas son las principales infecciones nosocomiales junto con otras pero en menor cantidad, no podrá tomar las medidas necesarias para el control de estas y a final de cuentas el daño en gran medida siempre será al paciente tanto en lo físico-emocional como en lo económico.

Cuadro No. 13. Respecto así el personal conoce cuando se considera una infección como intrahospitalaria el 92% (118) contesto acertadamente, el 5% (6) incorrectamente y el 3% (4) no contesto.

Cuadro No. 14. En relación al manejo correcto de desechos biológico-infecciosos el 94% (120) contesto acertadamente; el 4% (5) incorrectamente y solo el 2% (3) no contesto. Es importante notar que la mayoría del personal encuestado sabe el manejo correcto de estos

desechos, lo cual indicaría que esta actividad se lleva a cabo de acuerdo a los estándares establecidos; sin embargo, la realidad se muestra en el siguiente cuadro

Cuadro No 15 Se pregunto al personal si consideran que todo el personal realiza adecuadamente el manejo de residuos biológico-infecciosos y el 7% (9) considera que siempre lo realizan, el 80% (102) sólo algunas veces, el 12% (15) Nunca y el 1% (2) no contesto

Llama la atención que el 80% considere que solo algunas veces y el 12% nunca, ya que en la pregunta anterior el 94% del personal encuestado contesto acertadamente el manejo correcto de residuos biológico-infecciosos y en este cuadro opinan lo contrario. En cuanto a porque no se realiza adecuadamente el personal opina que es por falta de capacitación continua y actualizada, además de la inexistencia de manuales que oriente tanto al personal de base como de nuevo ingreso (incluyendo a personal medico). La sobrecarga de trabajo y la falta de material como bolsas y contenedores acrecientan el problema. Además de considerar la existencia de apatía, desdén, flojera e indiferencia del personal ante esta actividad por otra parte el personal de intendencia debe ser orientado en el manejo correcto de los desechos hospitalarios para evitar con ello que mezclen la basura en una sola bolsa.

Cuadro No 16 Se pregunto al Personal de Enfermería su opinion acerca de la asignación de camas a pacientes infectocontagiosos el 76% (97) considera que no es correcta la asignación de camas, el 19% (25) dice que si, y el 5% (6) no contesto

Algunas de las causas por las cuales el personal considera que la asignación de camas a pacientes infectocontagiosos no es correcta es por que en el hospital se atiende una gran cantidad de pacientes, lo que condiciona la falta de espacios suficientes o cubículos adecuados, aunado a la escasez de recursos materiales y sobre todo humanos. Lo que ocasiona sobrecarga de trabajo originando que no se lleven a cabo las técnicas adecuadamente o simplemente que no se realicen. Además la falta de comunicación entre el personal medico y de Enfermería para el manejo adecuado de estos pacientes, ocasiona que se mezclen a pacientes aislados con otros pacientes que no requieren aislamiento, observando con ello una inadecuada clasificación de los pacientes.

Cuadro No 17 Respecto a la pregunta de conocimientos que se realizo al personal de Enfermería, en relacion a correlacionar diferentes problemas o patologías con las precauciones o tipos de aislamiento a seguir, tenemos que solo el 18% (23) contesto acertadamente todos los

tipos de aislamiento y precauciones, el 4.7% (6) contestó acertadamente 6, el 12.5% (16) contestó 5 acertadamente, hubo una similitud entre 3 y 4 respuestas correctas ya que ambas obtuvieron un 14% (18); el 16.4% (21) contestó acertadamente 2, el 7.8% (10) contestó acertadamente 1, el 4% (5) no obtuvieron ninguna correcta, y el 8.6% (11) prefirió no contestar.

De acuerdo a los resultados antes mencionados podemos percatarnos que existe una gran confusión en el personal ante cual es el manejo que se debe seguir en cada problema o padecimiento, esto ocasionado por la falta de normas hospitalarias que orienten a el personal de Salud, este problema se ve reflejado en el siguiente cuadro

Cuadro No. 18. Se pregunto al personal que tipos de aislamiento ha realizado en este hospital, obteniendo que el 34% (43) ha realizado A. De Protección, el 10% (13) A. Estricto, el 8% (10) es similar para quienes han realizado A. Respiratorio y para quienes opinan que en esta Institucion no se llevan a cabo aislamientos, el 2% (3) ha llevado a cabo precauciones con secreciones, el 4% (5) menciona que ha llevado a cabo todos los tipos de aislamiento, el 3% (4) ha realizado A. VIH o pacientes con SIDA, El 21% (27) no contestó, y el 10% (13) a llevado a cabo otros tipos de aislamiento (Peste, Tuberculosis, Enf. viricas, pseudomona, salmonella, hepatitis, moderado, cerrado, etc.)

Llama la atencion varias de las respuestas del personal, por ejemplo algunos opinan que no se llevan a cabo aislamientos en esta Institucion, otros consideran que el paciente con VIH o SIDA debe permanecer aislado cuando solo debe manejarse con las precauciones de sangre y liquidos corporales, y un 10% menciona diferentes patologias como metodos de aislamiento, ademas de que un 21% prefirió no contestar.

Lo anterior demuestra que es necesario e indispensable la capacitacion continua del personal y que esta no es solo para brindar mayores beneficios a la poblacion que se atiende en el hospital, sino tambien consiste en educar al personal para que aprenda a autocuidarse y con esto tratar de cambiar actitudes y comportamientos del personal que estan mas sustentados en creencias o mitos que en conocimientos cientificos. Para lograr esto es necesario que el personal este convencido de que las medidas de aislamiento le proporcionan beneficios como menores riesgos de adquirir infecciones, (lo que conlleva a menores daños a la salud), lo que se reflejará en un mejor estado fisico, menor ausentismo laboral y tendrá menor repercusion economica.

Cuadro No. 19. Acerca de si el uso de guantes reduce el riesgo de infección aún sin el lavado de manos, el 60% opina que no, el 34% opina que si, y el 6% no contesto

En una tercera parte de los enfermeros existe la idea de que el uso de guantes por si mismo reduce el riesgo de Infección, en tanto que el resto considera que no, ya que el lavado de manos se debe realizar antes y despues del uso de guantes al realizar cualquier procedimiento, ya que si durante este se rompe el guante al que se pone en riesgo en gran medida es al paciente, en cambio dudo mucho que despues de realizar un procedimiento en el cual hayamos tenido contacto con secreciones o residuos hematicos nos retiremos los guantes y vayamos al comedor. El riesgo de adquirir o diseminar una Infeccion aun cuando se utilizan guantes esta latente, depende del personal de salud crear conciencia para evitar complicaciones a los pacientes que derivan en elevados costos economicos y en danos irreversibles en estos

Cuadro No 20 En relacion a que si el personal sabe si el Hospital cuenta con un Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias (C C I I), el 94% (120) si sabe de su existencia, el 5% (6) dice que no y el 1% (2) no contesto

Segun lo anterior la mayor parte del personal sabe del Comité ya que por la labor de éste mantiene una relacion continua con el personal en la funcion que le corresponde de controlar infecciones, sin embargo, en el siguiente cuadro se muestra que la realidad es otra

Cuadro No. 21 De la forma como interactua el C C I I con el personal de enfermeria, el 30% (38) señala que realiza todas las funciones programadas, el 29% (37) que ninguna, el 23% (30) lo enfoca a la vigilancia en la deteccion de brotes infecciosos y ratifica las medidas necesarias que el personal debe tomar, el 6% (8) menciona que brinda capacitacion teorica y practica, y el 5% (6) que elabora manuales, coordina supervisa y evalua tecnicas. Quizá una de las razones por las cuales el personal no conoce todas las funciones de este es por que generalmente trabaja solo en el turno matutino descuidando asi los otros turnos, ademas de que solo trabaja en la deteccion de brotes y ratifica las medidas necesarias

Cuadro No. 22 En relacion a la definicion correcta de Esterilizacion el 90% (116) contestaron acertadamente, un 6% (7) no contesto acertadamente y el 4% (5) no contesto

Aún cuando el 90% sabe la definición correcta de esterilización, en la realidad el manejo del material estéril en algunas ocasiones no cumple con los estándares de calidad tanto en el proceso de esterilización como en las técnicas para preservar la condición estéril

Cuadro No. 23. En cuanto a si pudiera elegir trabajaria con pacientes infectocontagiosos, el 61% (78) dice que no, el 33% (42) opina que si y el 6% (8) no contesto

Llama la atención que en una gran mayoría el personal prefiere no trabajar con este tipo de pacientes, aún cuando todo paciente que llega a la Institución para ser atendido es considerado infectocontagioso hasta comprobar lo contrario. Pero si tomamos en consideración que aún cuando este comprobado el diagnóstico el personal actúa generalmente de acuerdo a experiencias, motivos propios e información que recibe del medio externo que le rodea (creencias y/o mitos) más que por una lógica formal (fundamentación bibliográfica o científica), lo que ocasiona una modificación en su conducta teniendo mayor peso lo que se cree que puede llegar a pasar que en las medidas existentes para controlar las Infecciones Intrahospitalarias y que disminuyen los riesgos de Infección

Cuadro No. 24. En cuanto a que si las técnicas y procedimientos que se utilizan en pacientes con aislamiento le producen estrés laboral el 54% (69) opina que algunas veces, el 26% (33) dice que nunca, el 14% (18) siempre y solo el 6% (8) no contesto

Llama la atención que el 54% y el 14% opine que presenta estrés laboral algunas veces y siempre, esto ocasionado quizá por la falta de conocimientos para el manejo adecuado de estos pacientes ya que este evitara las falsas creencias o mitos sobre la transmisión de enfermedades, además de la sobrecarga de trabajo que condiciona estrés laboral al no poder dedicar tiempo suficiente a cada paciente

Cuadro No. 25. Respecto así las técnicas de aislamiento llevadas a cabo en este hospital se realizan adecuadamente, el personal considera el 4% (5) opina que siempre se realiza adecuadamente, el 67% (86) opina que solo algunas veces, el 24% (31) dice que nunca, y el 6% (8) prefirió no contestar

Las razones por las cuales el personal opina que no siempre se realizan adecuadamente son porque creen hace falta en el personal una buena base de conocimientos que unifique los criterios del personal de salud multidisciplinario para el manejo adecuado de estos pacientes, la

falta de interés por parte de los directivos de la institución, además de la falta de recursos materiales y de espacios adecuados para estos y la sobrecarga de trabajo acrecentan el problema.

Cuadro No. 26. Con relación a si es importante el lavado de manos el 96% (124) dice que si, el 2% (2) dice que no y sólo el 2% (2) no contesto. En general casi todo el personal tiene una actitud positiva ante la importancia del lavado de manos, además de ser la manera mas sencilla, rápida y barata de evitar Infecciones Intrahospitalarias

Cuadro No. 27. En cuanto a si existen condiciones que le impidan efectuar el lavado de manos el 25% (32) opina que si, el 71% (91) dice que no y el 4% (5) no contesto

De acuerdo a esto en su mayoría el personal opina que los factores que impiden efectuar el lavado de manos es la falta de jabon, toallas o papel para secarse las manos y la disfunción de los lavabos ocasionada por falta de mantenimiento de estos, además de la sobrecarga de trabajo incrementa el problema

Cuadro No. 28. en cuanto a si la limpieza del area donde trabaja es unicamente responsabilidad del personal de intendencia el 94% (120) dice que no, el 4% (5) opina que si, y el 2% (3) no contesto

Llama la atención que casi el total del personal encuestado señale que no es sólo responsabilidad del personal de intendencia, esta manera de pensar puede estar condicionada porque la limpieza del area laboral depende del equipo de personal que en ella trabaje o porque dado a que intendencia no cumple al 100% sus funciones, el resto del equipo se adapta a trabajar en escasas condiciones de limpieza

Cuadro No. 29. Con relación a que si la desinfeccion que se da a bombas de infusion, ventiladores, frascos receptales, probetas, ríñones, etc., es la adecuada el 79% (101) del personal opina que no, el 16% (21) dice que si y el 5% (6) no contesto

Las razones por las cuales el personal opina que no se realiza adecuadamente la desinfección de estos objetos es porque el Hospital no cuenta con material suficiente por lo que al desocuparse se colocan inmediatamente a otro paciente, sin una previa desinfeccion. Aunado a esto la ausencia de antisépticos o desinfectantes adecuados para cada uno de ellos y la falta de capacitación al personal que indique el manejo correcto de estos objetos acrecenta el problema.

Cuadro No. 30. En relación a si la desinfección de las áreas sépticas se realiza correctamente el 73% (94) opina que no, el 23% (29) dice que si y el 4% (5) no contesto

Llama la atención que una gran mayoría del personal opina que no se realiza adecuadamente, esto es de gran importancia ya que la desinfección correcta de estas áreas depende en gran medida el evitar la propapagación de infecciones a pacientes, y al mismo personal que ahí labora, lo que podría ser condicionado por falta de normas y/o protocolos que indiquen el manejo adecuado de estas áreas

Cuadro No. 31. En relacion a si existe indiferencia en el personal sanitario ante el control de infecciones intrahospitalarias el 43% (55) opina que si, el 50% (64) dice que no y el 7% (9) no contesto

Llama la atención el hecho de que el porcentaje de la opinión del personal sea casi similar tanto a favor como en contra de la indiferencia de este ante el Control de Infecciones Intrahospitalarias, lo que resultaria hasta cierto punto alarmante, ya que estaríamos restando importancia a ciertos procedimientos y actitudes que son vitales para lograr el bienestar de los pacientes y de nosotros mismos, esto que podría ser causado por la falta de informacion y de motivacion hacia la proteccion del mismo personal

Cuadro No. 32. En relacion a que si la atencion brindada a pacientes en aislamiento es la adecuada el 72% (92) opina que no, el 20% (26) dice que si y el 8% (10) no contesto

La inadecuada distribución física del hospital, la falta de recursos tanto materiales como humanos y la falta de aceptación por parte del personal de las normas para el control de infecciones intrahospitalarias pone en riesgo tanto a pacientes como a personal medico, de enfermeria e intendencia

Cuadro No. 33. En cuanto a si el personal conoce las precauciones universales el 77% (99) dice que si, el 20% (25) dice que no y el 3% (4) no contesto

De acuerdo a lo anterior observamos que el 77% conoce las precauciones universales lo que indicaria que el personal en su mayoría las aplica, pero al analizar el siguiente cuadro observamos que la realidad es otra

Cuadro No. 34. En relación a la frecuencia con la que el personal aplica las precauciones universales en la atención y cuidados de los pacientes el 38% (49) dice que siempre, el 45% (58) solo algunas veces, el 9% (11) nunca y el 8% (10) no contesto.

Más de la tercera parte del personal aplica las precauciones universales, en tanto que los demás señalan que algunas de las razones por las que no siempre aplican las precauciones es por que no las conocen, y para otros es la sobrecarga de trabajo y la falta de recursos materiales aunado a la indiferencia del personal.

Cuadro No. 35 De acuerdo al comportamiento que presenta el personal ante un paciente que sufre un paro cardiorrespiratorio es el 11% (14) inicia maniobras de RCP aún sin el equipo necesario, el 52% (66) avisa al personal medico e inicia maniobras de RCP, el 31% (44) notifica al médico se prepara calzandose guantes, cubrebocas y protección ocular e inicia maniobras de RCP.

En cuanto a la eleccion del momento de aplicar o no las precauciones universales ante un paciente en paro cardiaco en donde cada minuto es valioso para la recuperacion de este, no existe la opcion de aplicarlas o no, solo es cuestion de educacion y actuar de manera rapida pero aplicando correctamente el procedimiento, pensando no solo en el paciente sino tambien en nosotros mismos y que detras de nosotros hay gente que depende de nuestra actitud y comportamiento adecuado para evitar complicaciones por infeccion.

Cuadro No. 36. En relacion al comportamiento que tendria el personal en caso de que estuviera realizando un procedimiento con tecnica estéril y se contamina, en ese momento tiene sobrecarga de trabajo su reaccion es el 47% (60) eliminaria todo el material e iniciaria de nuevo el procedimiento, el 44% (56) Solo eliminaria lo que cree esta contaminado y continuaria con el procedimiento, el 2% (3) restaria importancia a lo sucedido y terminaria el procedimiento, y el 7% (9) no contesto.

En relacion a lo anterior es gratificante el conocer que la actitud de la mayoría del personal ante la problemática planteada es adecuada, ya que dicho comportamiento solo refleja el compromiso ético del personal ante el paciente, no podemos cuadrarnos en el hecho de que el eliminar todo el material sea lo más correcto ni que el eliminar solo el material contaminado sea inadecuado ya que cada uno de ellos ya ha estar determinado por el grado de contaminación y el criterio de cada uno de nosotros, ya que si hay escasez de material o no hay no podremos darnos el lujo de

cambiar todo o quizá se contamina una o dos piezas de material que pueden ser sustituidas sin repercusión alguna, sólo hay que considerar que cada acción nuestra tiene una repercusión en el estado de nuestros pacientes y en ocasiones hay que utilizar la empatía quizá para ser mejores

La calidad de la atención en los servicios de salud para individuos y poblaciones es adecuada cuando se incrementan los resultados sanitarios deseados y son consistentes con el conocimiento profesional presente, teniendo como parte central de la definición de calidad el equilibrio de los beneficios a la salud y los perjuicios a los pacientes (Donabedian, 1980)

La calidad se puede describir en términos de efectividad y eficiencia, beneficios y daños, o lo adecuado de la atención. Es así que la calidad existe en el grado en el que el servicio sea eficiente, bien desempeñado, efectivo y apropiado (Stetler, 1992)

Cuadro No. 37. Se preguntó al personal de Enfermería con que frecuencia esteriliza los frascos de los antisépticos (como merthiolate, alcohol, isodine, benzil, etc) del carro de curación, a lo cual contestó el 22% (28) cada 24 horas, el 7% (9) cada tercer día, hubo el mismo porcentaje del 6% (8) tanto para quien opina que cada 8 días que para quien manifestó que esa era responsabilidad solo del turno matutino, el 5% (7) fue similar tanto para quien opina que lo realiza cuando se termina el antiséptico como para quien dice que nunca lo realiza, un 20% (25) otros (comprende una variedad de respuestas como cada cinco días, 1 vez por semana, no hay frascos, cada 4 o 6 meses, en ocasiones, casi nunca o cuando hay tiempo), y el 28% (36) no contestó

llama la atención la falta de interés que se da a el cambio de frascos con soluciones antisépticas esto es bastante preocupante, ya que si no se da mantenimiento a estos se puede favorecer la proliferación de microorganismos en dichas soluciones antisépticas, lo cual originaría un efecto adverso para lo que están diseñados y causar graves daños al paciente.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo del trabajo de conocer: si las actitudes del personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias se relaciona con el grado académico, experiencia laboral, capacitación continua y con el puesto que desempeña; en el Hospital General " Dr. Manuel Giza González " Se pudo comprobar que si existe relación entre ambas variables, encontrándose que, aun cuando la ciencia y la tecnología han conseguido nuevas terapéuticas para el control de diversas patologías, esto no ha sido suficiente para garantizar una atención de calidad, toda vez que las intervenciones desarrolladas para el diagnóstico y tratamiento han dado lugar a complicaciones de mayor trascendencia y al no llevarse a cabo bajo las normas universales de asepsia con un minucioso control y responsabilidad los daños pueden ser irreversibles y/o resultan demasiado costosos para el paciente y la Institución en general.

Por otra parte, la situación económica de nuestro país ha tenido alto impacto en las Instituciones de Salud y el Hospital Dr. Manuel Giza González no es la excepción, ya que el personal menciona como factor determinante la escasez de material, el desabasto de soluciones antisépticas y germicidas, el ineficiente mantenimiento que se da a las instalaciones del hospital especialmente a tarjas, aunado a la inadecuada infraestructura física del hospital y la sobrecarga de trabajo ocasionada por la falta de personal, todos estos aspectos contribuyen al incremento de las infecciones intrahospitalarias. A esta problemática se suma la actitud ante la prevención de riesgo de las infecciones y la ética del equipo de Salud al realizar procedimientos propios de la atención a los pacientes. Sin embargo en el análisis de la preparación académica del personal de enfermería, observamos que el 74% cuenta con carrera técnica y el 62% licenciatura, por tanto asumimos que los conocimientos técnico-científicos son suficientes para llevar a cabo las técnicas con las precauciones para el control de infecciones. Además, la mayoría tiene una experiencia laboral entre los 5 y los 17 años, que si bien les da experiencia, esta sin educación continua ocasiona rutinización, mitos y ritmos de trabajo establecidos en forma sistemática. De

este modo se van transformando los conocimientos en actos rutinarios fundamentados más en las creencias que en bases científicas, ocasionando con ello apatía e indiferencia y una resistencia a cualquier cambio para el logro de la calidad. Dicha apatía no es exclusiva del personal de salud o de enfermería que trabaja directamente con el paciente, sino también de las autoridades, supervisores y directivos que no promueven la capacitación continua ni identifican las necesidades de su personal.

En cuanto al nivel de conocimientos del personal de enfermería la mayoría cuenta con conocimientos básicos para el control de infecciones intrahospitalarias, sabe lo que tiene que hacer y como lo debe hacer, pero es necesario hacer notar que existe confusión en el manejo adecuado de los aislamientos y precauciones, ya que al respecto solo el 17% de las enfermeras generales contestaron acertadamente, y los jefes de servicio solo el 1%, el 33% de los supervisores, el 23% de los especialistas, el 19% de los auxiliares y el 50% de los pasantes.

En cuanto al conocimiento de las precauciones universales el resultado obtenido fue mayor del 69% en los distintos elementos del equipo de enfermería, aun cuando algunos no las conocen, otros consideran que el VIH o SIDA debe ser manejado como aislamiento total cuando sólo se deben respetar las precauciones con sangre y líquidos corporales, lo que nos lleva a pensar que en ocasiones nos dejamos llevar más por lo que creemos que por lo comprobado científicamente y que en la mayoría predomina la creencia sobre la ciencia.

La opinión de como consideran las técnicas y procedimientos, con las que brinda atención a los pacientes de aislamiento y la distribución de estos, la mayoría del personal considera que el gran número de pacientes asignados y entre ellos los de aislamiento complica la realización de las técnicas específicas, así como la falta de espacios adecuados para estos, además la falta de unificación de criterios por parte del personal médico y de enfermería para establecer el manejo de los pacientes con infección. La problemática marca una situación alarmante cuando se analiza

la respuesta acerca de la frecuencia con la que se esterilizan los frascos que contienen los antisépticos del carro de curaciones, de que lo realizan desde cada 24 horas hasta cada 3 o 6 meses o nunca. En realidad, es necesaria una mayor participación por parte del Comité de Control de Infecciones y de los directivos del Hospital brindando capacitación a todo el personal que labora en el hospital y unificar criterios para el manejo correcto de los pacientes, además de hacer hincapié que los beneficios obtenidos beneficiarán tanto a los pacientes como a nosotros mismos.

En realidad una de las maneras más sencillas y económicas de actuar contra las infecciones intrahospitalarias es la capacitación continua en la que se enfatice la responsabilidad que tenemos de brindar una atención que equilibre los riesgos y beneficios que se brindan al paciente durante su tratamiento, además de la elaboración de normas y de una mayor participación por parte del Comité de Control de Infecciones para que divulgue estas normas y haga hincapié en respetarlas en procedimientos invasivos, lavado de manos, políticas de aislamiento, así como el manejo de objetos punzocortantes y el correcto uso de antibióticos. Dicha educación debe estar dirigida a todo el personal de salud de dicha institución tratando de unificar criterios principalmente entre el personal de enfermería y médico, recalando que dichos estándares están destinados a proteger al paciente y a los profesionales de la salud. En este proceso el personal de Enfermería es una pieza clave al tener contacto con la mayoría del equipo de salud, familiares y visitantes del paciente así como con el propio paciente, además de participar con el equipo médico durante los procedimientos invasivos o realizarlo solo el personal de enfermería, es por esto que la actitud que adopte este personal ante el control de infecciones intrahospitalarias influirá en el comportamiento, aceptación y correcta ejecución de estas medidas en el familiar o visitante del paciente, del estudiante en etapa de formación y de la comprensión del mismo paciente, sin embargo hay que considerar que es el personal médico quien presenta mayor reticencia para atender dichas recomendaciones y presenta mayor

resistencia si los señalamientos y advertencias provienen del personal de enfermería. Razón por la cual es necesario una constante preparación y actualización del personal, además debe existir una congruencia entre lo que se sabe y lo que se hace, ya que no es válido ni justificable que si conocemos que es una infección intrahospitalaria y los riesgos que pueden conducir a ella no realicemos un simple lavado de manos, o un control en la duración de catéteres invasivos o un procedimiento correcto para evitarla.

6. RECOMENDACIONES

En general el objetivo fundamental por el que se instituye el control de infecciones nosocomiales es el de garantizar la calidad de la atención médica

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

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

En Argentina, el papel que desempeña la enfermera en el control de infecciones es muy importante y está basado en las siguientes recomendaciones para lograr un programa efectivo:

- * Para comenzar un Programa de control de infecciones, la institución debe nombrar una ECI calificada
- * Todo Programa de control de infecciones debe implementar un sistema de vigilancia de infecciones hospitalarias, que requiera los siguientes elementos:
 1. Identificar el problema o evento a estudiar y describirlo
 2. Definir la población de riesgo
 3. Seleccionar los métodos apropiados de medición, incluyendo el paquete estadístico a utilizar.
 4. Identificar las fuentes de datos a utilizar y describirlas
 5. Seleccionar los eventos específicos a ser monitoreados partiendo de sistemas ya validados (si

es posible nacionales) a los efectos de establecer comparaciones

6. Preparar y distribuir informes escritos a los grupos apropiados.

* Los datos de la vigilancia deben ser analizados en detalle y usados para prevenir, controlar las infecciones y evaluar sus consecuencias

* Las normas de prevención y control de infecciones deben estar escritas, ser implementadas y mantenidas en el tiempo, y actualizarse en forma periódica, cumpliendo los siguientes criterios:

1. Estar validadas científicamente

2. Ser revisadas observando la vigencia de su practicidad e incidencia de costos

3. Estar dirigidas a mejorar la prevención de infecciones, el cuidado del paciente y el personal de la salud

* Los trabajadores de la salud deben consultar a la ECI para acordar políticas dentro de la institución que sean relevantes para el control de las infecciones

* El Programa de control de infecciones debe proveer información adecuada al Ministerio de Salud Pública y Acción Social, colaborando también con la denuncia de enfermedades transmisibles al Sistema Nacional de Vigilancia

* Con relación a las enfermedades infecciosas transmisibles, el Programa de control de infecciones debe contemplar el cuidado de la salud de los empleados y en todo momento la ECI estar dispuesta a evacuar las dudas que le efectúen al respecto

* El programa de control de infecciones debe establecer un plan de inmunizaciones para el personal y también, la metodología a seguir en caso de accidentes por punción o salpicadura con sangre.

* En todos los casos se observará que esta metodología se cumpla sistemáticamente a satisfacción

- Todos los trabajadores de la salud deben estar capacitados para identificar la ocurrencia de una epidemia y colaborar con la ECI en su estudio y resolución. La capacitación se refiere a:
 - Estar alerta ante un hecho inusual para comunicarlo a la ECI, aunque fuera una sospecha que luego no se confirma
 - El laboratorio de microbiología debe alertar sobre la aparición de todo germen con sensibilidad inusual (o bien, no endémico) en la institución, colaborando activamente en los estudios de vigilancia y de investigación de epidemias
- Todos los trabajadores de la salud deben asistir obligatoriamente a las clases de educación sobre el control de las infecciones. La institución debe facilitarles su asistencia.
- Los programas de capacitación deben ser evaluados periódicamente, en particular, observando su efectividad y asistencia
- La Institución debe proveer los recursos destinados al entrenamiento constante de las ECI suscripción a revistas especializadas, asistencia a cursos de perfeccionamiento, presentación en congresos, etc.

7. DISCUSION

Después de haber realizado la investigación de actitudes del personal de enfermería ante el control de infecciones intrahospitalarias, aún quedan muchas cosas en el aire, ya que si durante muchos años se ha trabajado en ello y los avances han sido escasos, es momento de cuestionarnos que es lo que esta pasando, y preguntarnos si acaso es cuestión de cultura ¿Qué este problema es un reflejo de la situación general que vive nuestro país?, ¿hace falta compromiso y ética al brindar el servicio de atención?. Ya que el problema involucra desde los supervisores hasta el personal que día a día trabajamos con los pacientes.

Las infecciones intrahospitalarias son un reflejo de la calidad de la atención que se brinda en los diferentes centros hospitalarios. La infección tiene impacto sobre los pacientes, el personal de atención y el empleo de recursos económicos, y hasta el momento la prevención y el tratamiento solamente se han centrado en acciones físicas de limpieza, antisepsia y descontaminación, desinfección, esterilización, olvidándose el ámbito de investigación, educación continua y evaluación, aspectos importantes para el control de infecciones.

Las actitudes del personal ante cada uno de estos aspectos son muy importantes, ya que todos y cada uno de nosotros reacciona diferente ante determinadas circunstancias todo depende de que tan valioso y gratificante consideremos resulte nuestro comportamiento. Por ejemplo se espera que la gente con mayor preparación académica tenga mejor actitud para llevar a cabo las técnicas y procedimientos para el control de infecciones, ya que el conocimiento te proporciona un grado de pronosticabilidad, marcos de referencia para juzgar eventos y llevar a cabo acciones. Esto sería lo ideal (pero sin entrar en el marco de generalizar) no siempre ocurre así, en ocasiones es este el personal que mayor renuencia presenta para el control de infecciones y si aunamos a ello el status profesional que representa al lado del personal de enfermería no suele aceptar sugerencias o recomendaciones para evitar riesgos. Este no es el unico problema, ya que además

ese sentido de superioridad sobre otros, ayudan a protegerse de tener que admitir las deficiencias personales utilizando para ello la evitación y negación del autoconocimiento.

Otro aspecto que influye en el control de infecciones, en cuanto a la actitud sería la aceptación o aprobación social. Esto es, comportarse de determinada manera para ser aceptado por los demás, en este caso si al llegar a una institución nueva en donde se lleva a cabo el control de infecciones siguiendo las normas establecidas del hospital, seguramente habrás de apegarte a los estatutos por que interesa la aprobación de la actitud en ese medio, pero si en su defecto ocurre lo contrario, en la institución no hay normas establecidas para el control de infecciones intrahospitalarias y cada quien realiza lo que considera necesario para evitar su aparición y propagación, los trabajos y esfuerzos en este sentido resultan pobres y culminan reflejándose en el objeto de nuestro trabajo el estado del paciente, y el personal de nuevo ingreso hará lo que por costumbre se hace y seguirá el mismo comportamiento por imitación.

Aunque no difícil de encontrar es la actitud del personal de enfermería que reacciona en función de los valores, en donde la recompensa no es la aprobación social, sino la confirmación de los aspectos más positivos del propio autoconcepto, en especial el sentido de la integridad.

El riesgo que los pacientes, el personal o las visitas adquieran una infección intrahospitalaria es muy grande, a no ser que la institución tenga una serie de medidas preventivas adecuadas como son la disciplina del personal, control de insectos, buen mantenimiento de equipos (autoclaves, sistemas de esterilización), buen entrenamiento del personal, buen suministro de elementos, buen aseo, buenos servicios de alimentación, entre otros, pero también es necesario para generar un cambio de actitud ante el control de infecciones intrahospitalarias crear que eso intangible e invisible que genera dichas infecciones nosocomiales, está presente y causa daños y estragos muy grandes en nuestros pacientes y que de ello también nosotros somos creadores, ya que es cierto la falta personal en los servicios de salud y también la escasez de material, a lo que se

suma la falta de racionalización y concientización de las consecuencias de las actividades pueden favorecer o dañar al paciente.

En este aspecto, darse cuenta que todos somos importantes es lo esencial y debemos trabajar en equipo en el control de infecciones intrahospitalarias, ya que si uno falla se vera reflejado inmediatamente en las estadísticas

En realidad no creo que el problema sea sólo por falta de conocimientos, sino también hace falta un cambio de actitud.

8. GLOSARIO DE TERMINOS

Ántrax: Infección estafilocócica importante que forma un absceso profundo con material purulento localizado en varios compartimentos interconectados. En ocasiones se abre hacia la superficie cutánea supurando. Las localizaciones habituales son el dorso del cuello y los glúteos.

Atetosis: Trastorno neuromuscular caracterizado por movimientos de torsión, lentos, continuos e involuntarios, que afectan a las extremidades, como puede verse en algunas formas de parálisis cerebral y en los trastornos motores derivados de las lesiones en los ganglios basales.

Babesiosis: Infección causada por protozoos del género *Babesia*. El organismo infectante es transmitido al huésped por garrapatas de la especie *Ixodes dammini*.

Conjuntivitis: Inflamación de la conjuntiva producida por infecciones virales o bacterianas, alergia o factores ambientales. Son característicos el enrojecimiento ocular, las secreciones densas, los párpados pegajosos al levantarse y la inflamación indolora. La conjuntivitis del recién nacido está caracterizada por secreción purulenta de los ojos del recién nacido durante las primeras tres semanas de la vida. Una causa frecuente es la infección gonocócica, que puede provocar ceguera si no se trata.

Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob: Encefalopatía mortal poco frecuente producido por un virus lento. La enfermedad aparece en sujetos de edad media con síntomas de demencia progresiva, disartria, pérdida de masa muscular y

movimientos involuntarios diversos, como mioclonias y atetosis. La muerte se produce generalmente en el transcurso de un año.

Escarlatina: Enfermedad contagiosa aguda de la infancia provocada por una cepa productora de eritrotina de *Streptococcus hemolytic* del grupo A. La infección se caracteriza por dolor de garganta, fiebre, aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello, postración y una erupción rojo brillante difusa.

Forúnculo: infección cutánea por estafilococos, localizada y supurativa, que se origina en una glándula o folículo piloso, caracterizado por dolor, enrojecimiento y tumefacción. La necrosis del centro de la zona inflamada forma un núcleo de tejido muerto que sale espontáneamente, a veces se reabsorbe o se extirpa quirúrgicamente.

Impétigo: Infección estreptocócica, estafilocócica o mixta de la piel, que comienza como un eritema focal y progresa a vesículas pruriginosas, erosiones y costras de color miel. Las lesiones suelen formarse en la cara y diseminarse localmente. Este proceso es muy contagioso, a través del exudado de las lesiones.

Leptospirosis: Enfermedad infecciosa aguda producida por varios serotipos de la espiroqueta *Leptospira interrogans*, transmitida por la orina de animales domésticos o salvajes, especialmente ratas y perros. Las infecciones humanas surgen tras el contacto directo con la orina o los tejidos de animales infectados, o indirectamente a través del agua o terrenos contaminados. Los síntomas clínicos consisten en ictericia, hemorragias cutáneas, fiebre, escalofríos y dolores musculares.

Meningitis: Cualquier infección o inflamación de las membranas que envuelven el cerebro y la médula espinal. Normalmente es purulenta y afecta al líquido del espacio subaracnoideo. Se caracteriza por cefalea intensa, vómitos y dolor y rigidez de nuca. Su causa más frecuente es la infección bacteriana por *Nisseria meningitidis* o *Haemophylus influenzae*. La meningitis aseptica puede estar provocada por otros tipos de bacterias, irritación química, neoplasias o virus.

Mioclonías: Espasmo de un músculo o de un grupo de músculos.

Peste neumónica: Forma muy virulenta y rápidamente mortal de peste caracterizada por bronconeumonía. Existen dos formas: **peste neumónica primaria** que se debe a la afectación de los pulmones en el curso de la peste bubónica, y **peste neumónica secundaria**, que se debe a la inhalación de partículas de esputo infectadas procedentes de una persona que padece peste neumónica.

Psitacosis: Enfermedad infecciosa producida por la bacteria *Chlamydia psittaci*, que se caracteriza por síntomas respiratorios, como los de la neumonía y que se transmite a los seres humanos por pajaros infectados, especialmente los loros.

Sarna: Enfermedad contagiosa producida por *Sarcoptes scabiei*, el acararo arador de la sarna, caracterizada por prurito intenso de la piel y excoicaciones debidas al rascado. El acaro se transmite por contacto estrecho con seres humanos o animales domesticos infestados, excava tuneles en las capas externas de la piel, donde las hembras depositan sus huevos.

CUESTIONARIO

El presente cuestionario es de suma importancia ya que proporcionará información muy valiosa para la investigación "ACTITUDES DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ANTE EL CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS". La información que se obtenga será estrictamente confidencial y anónima, por lo que se pide que conteste verazmente a todas las preguntas ya que esta información será de utilidad para mejorar las condiciones laborales y el servicio a los usuarios.
GRACIAS

INSTRUCCIONES: Marca con una "X" la respuesta que consideres correcta y responde con letra legible las preguntas abiertas.

1. Edad: _____

2. Grado académico:

- 1) Lic. en Enfermería
- 2) Técnico en Enfermería
- 3) Auxiliar de Enfermería
- 4) Pasante de Enfermería

3. Si ha cursado alguna especialidad mencione cual: _____

4. Puesto que desempeña:

- 1) Supervisor
- 2) Jefe de servicio
- 3) Enf. Especialista
- 4) Enf. General
- 5) Auxiliar de Enfermería
- 6) Pasante de Enfermería

5. Turno en que labora:

- 1) Matutino
- 2) Vespertino
- 3) Velada A
- 4) Velada B
- 5) Especial

6. Tiempo de experiencia laboral en Enfermería: _____

7. ¿En el último año ha asistido a algún curso sobre el control de infecciones intrahospitalarias?

- 1) Si
- 2) No

8. ¿Trabaja o ha trabajado alguna vez con pacientes infectocontagiosos?

- 1) Si
- 2) No

9. Acude a los cursos de capacitación llevados a cabo por el hospital para el control de infecciones intrahospitalarias:

- 1) Siempre
- 2) Algunas veces
- 3) Nunca

¿Por qué? _____

10. ¿Conoce los lineamientos o normas del hospital para el control de infecciones?

- 1) Si
- 2) No

¿Por qué? _____

11. Considera que su nivel de conocimientos y formación en torno a la prevención y control de infecciones intrahospitalarias, es:

- 1) Excelente
- 2) Muy bueno
- 3) Bueno
- 4) Regular
- 5) Deficiente

12. Todo profesional sanitario que trabaje con enfermos debe estar capacitado para prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias:

- 1) Si
- 2) No

13. Ordene las siguientes infecciones de acuerdo al riesgo de ser ocasionadas intrahospitalariamente (Ordene del 1 al 6, siendo el número 1 el de mayor riesgo y el 6 el de menor riesgo).

- Infección de vías urinarias
- Tuberculosis
- Pie diabético infectado
- Neumonías
- Gastroenteritis probablemente infecciosa
- Herida quirúrgica infectada

14. De las siguientes definiciones, ¿Cuál considera correcta para Infección Nosocomial?

- 1) Es una infección causada por el gusano cestodo Taenia saginata, transmitido al ser humano por la ingestión de carne de vaca contaminada
- 2) Infección que adquiere el paciente durante su hospitalización que no padecía previamente ni la estaba incubando al momento de la admisión. En general si los signos, síntomas y cultivos son positivos después de 48-72 horas de la admisión
- 3) Infección en la que el patógeno está distribuido por todo el organismo en vez de concentrarse en una zona

15. Según el programa de eliminación de residuos biológico-infecciosos, relacione las siguientes columnas:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| a) Gasas torundas
pañal, toalla sanitaria,
apósitos, jeringa
sin aguja, abate-lenguas,
recipientes hematícos,
etc. | () Bolsa
blanca |
| b) Envoltura de
medicamentos,
envolturas de gasas o
apósitos, etc. | () Bolsa
amarilla |
| c) Residuos
anatomopatológicos,
placenta, cordón umbilical,
etc. | () Contenedor
rígido |
| d) Objetos punzocortantes
usados, agujas, hojas de
bisturí, frascos de
medicamentos utilizados,
etc. | () Bolsa roja |

16. ¿Considera que la asignación de camas a pacientes infectocontagiosos es correcta?

- 1) Si
2) No
¿Por qué?

17. ¿Que tipos de aislamiento ha realizado en este hospital? _____

18. ¿El uso de guantes reduce el riesgo de infección aún sin el lavado de manos?

- 1) Si
2) No

19. ¿Sabe si el Hospital cuenta con un Comité de Control de Infecciones?

- 1) Si
2) No

20. Relacione las siguientes columnas de acuerdo a los requerimientos de aislamiento o precauciones que se deben tomar con estas patologías:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| a) Pediculosis, rubéola,
infecciones cutáneas,
drenaje purulento,
heridas extensas o caídas,
nadas por perches,
multirresistentes. | () Precauciones
Entéricas con |
| b) Antrax pulmonar, herpes
zoster diseminado. | () Precauciones
con sangre y
líquidos
corporales |
| c) Tuberculosis, neumonía
por meningococo. | () Aislamiento
Respiratorio |
| d) Pacientes quemados
o con leucopenia. | () Aislamiento
Contacto |
| e) SIDA, hepatitis B,
fiebre recurrente. | () Precauciones
con secreciones |
| f) Cólera, gastroenteritis,
probablemente infecciosa,
encefalitis. | () Aislamiento
estricto |
| g) Abscesos, conjuntivitis,
ulceras por decúbito. | () Aislamiento
Protección |

21. El Comité de Control de Infecciones interactúa con usted a través de:

- 1) Elabora manuales para el control de infecciones, coordina, supervisa y evalúa la técnicas y procedimientos para el control de estas.
- 2) Brinda capacitación teórica y práctica para el control de infecciones.
- 3) Realiza vigilancia en la detección de los brotes infecciosos y notifica al personal para tomar las medidas necesarias.
- 4) Todas las anteriores.
- 5) Ninguna de las anteriores.

22. De las siguientes definiciones, ¿Cual considera correcta para esterilización?

- 1) Es la remoción de material extraño (en especial orgánico) de los objetos, que se lleva a cabo con detergentes.
- 2) Eliminación o destrucción solo de parásitos y hongos.
- 3) Es la eliminación de toda forma de vida microbiana incluyendo esporas.

23. ¿Si pudiera elegir trabajaría con pacientes infectocontagiosos?

- 1) Si
- 2) No

24. ¿Las técnicas y procedimientos que se utilizan en los pacientes en aislamiento, le producen estrés laboral?

- 1) Siempre
- 2) Algunas veces
- 3) Nunca

25. Considera que las técnicas de aislamiento llevadas a cabo en este hospital se realizan adecuadamente:

- 1) Siempre
- 2) Algunas veces
- 3) Nunca

¿Por que?

26. ¿Considera importante el lavado de manos?

- 1) Si
- 2) No

27. ¿Existen condiciones que le impiden efectuar el lavado de manos?

- 1) Si
- 2) No

¿Por que?

28. Considera que todo el personal realiza adecuadamente el manejo de residuos biológico infecciosos:

- 1) Siempre
- 2) Algunas veces
- 3) Nunca

¿Por que?

29. ¿Considera que la limpieza del area donde trabaja es unicamente responsabilidad del personal de intendencia?

- 1) Si
- 2) No

30. ¿Considera que la desinfección que se da a objetos como bombas de infusión, ventiladores, frascos receptales, probetas, riñones, etc. es la adecuada?

- 1) Si
- 2) No

¿Por que?

31. Considera que la desinfección de las áreas sépticas se realiza correctamente?

- 1) Si
- 2) No

32. ¿Existe indiferencia en el personal sanitario ante el control de infecciones intrahospitalarias?

- 1) Si
- 2) No

33. ¿Considera que la atención brindada a los pacientes en aislamientos es la adecuada?

- 1) Si
- 2) No

¿Por que?

34. ¿Conoce usted las precauciones universales?

- 1) Si
- 2) No

35. Usted aplica las precauciones universales en la atención y cuidados de los pacientes...

- 1) Siempre
- 2) Algunas veces
- 3) Nunca

¿Por que?

36. Un paciente sufre un paro-cardiorrespiratorio, su primera reacción es:

- 1) Inicia inmediatamente maniobras de reanimación aun sin contar con el equipo necesario.
- 2) Avisa inmediatamente al personal medico e inicia maniobras de reanimación.
- 3) Avisa al personal medico, se prepara calzándose guantes cubrebocas y protección ocular e inicia maniobras de reanimación.

37. Usted realiza un procedimiento con tecnica esteril y se contamina, en ese momento tiene sobrecarga de trabajo, su reacción es:

- 1) Elimina todo el material e inicia de nuevo el procedimiento.
- 2) Solo elimina lo que cree este contaminado y continua con el procedimiento.
- 3) Resta importancia a lo sucedido y termina el procedimiento.

38. ¿Con que frecuencia esteriliza los frascos de los antisépticos (como merthiolate, alcohol, iodine, benzal, etc. del carro de curacion)?

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ALMANZA Martínez Pilar Metodología de los Cuidados de Enfermería. Diego Marín Librero Editor. España, 1999 pp.240 p 8-29.
- ALTEMEIER, William A. Manual de control de la infección en los pacientes quirúrgicos. Editorial Interamericana McGraw-Hill, 2a edición. España, 1987. p.402
- ANTÓN Almenara, Pilar Enfermería, ética y legislación. Ediciones científicas y técnicas, S A España
- ANTÓN NARDIZ, Ma Victoria Las Enfermeras entre el desafío y la rutina (Una mirada al siglo XX). Ediciones Díaz Santos, S.A. Madrid, España, 1998 pp 141 p 77.
- ARANDA PASTOR, Jose., Epidemiología General. Menda Venezuela, Universidad de los Andes, 1991
- ARCHUNDIA GARCIA, Abel Educación quirúrgica. Editores Mendez, S.A. de C.V., México, D.F., 1998, p.423
- ARNO, F. Witting Introducción a la Psicología. Editorial McGraw-Hill, México,D.F. p.322
- ARREDONDO GARCIA, José Luis y Ernesto Calderón James. Conceptos Clínicos de Infectología. Editores Mendez, 11a edición Mexico, 1995 pp 736 p. 623 .
- BALSEIRO ALMAIRO, Lasty Investigación en Enfermería. Editorial Prado, S.A. de C.V. Mexico, D.F. 1991 p 216
- BARRY BARNES y cols. La explicación social del conocimiento. Editorial UNAM Dirección General de Publicaciones. Mexico, 1985. p 399
- BERRY Y KOHN Técnicas de quirófano. Editorial Interamericana McGraw-Hill,6a edición, Mexico, 1992
- BRANDT, Gustav A. Psicología y trabajo social. Editorial Herder. Bracelona España, 1983. p. 391.

- BRANDT, Gustav. Psicología y trabajo social. Ed.Herder. Barcelona España, 1983. pp.931 p. 125-132
- Consejo de Salubridad General. SSA Norma Para la Vigilancia Epidemiológica, prevención y control de infecciones nosocomiales. Diario Oficial de la Federación. 26 de Enero del 2001.
- DE LA FUENTE, Juan Ramon, et al. La investigación en Salud. Balance y transición. Editorial Fondo de Cultura Económica, México,1990 p.476
- Diccionario Enciclopédico Ilustrado Editorial Selecciones Readers Digest. México, 1978. Tomo II.
- Enciclopedia de la Enfermería, Ocean-Centrum Vol 1 p 123-130.
- GALVES VARGAS Infección Hospitalaria, Editado por la Universidad de Granada, España, 1993 p 561
- GARCIA GARCIA SAAVEDRA, Ma J Y Jose Carlos Vicente Garcia. Técnicas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización. Ed Paraninfo, España 1997, pp.251
- GROSS, Richard Psicología La Ciencia de la mente y la conducta. Ed. El Manual Moderno, S A de C V, 2a de México, D F 1998 pp 986 p 455-457
- <http://www.ramosmejia.org.ar/Infecto/recomend/index.htm> Manual de recomendaciones para el Control de Infecciones Intrahospitalarias
- <http://www.sadi.org.ar/aislamiento.htm>
- HUBER, Diane Liderazgo y Administración en Enfermería. Editorial McGraw Hill-Interamericana Mexico, 1996 p 647
- KERLINGER, Fred N. Investigación del comportamiento. Editorial Interamericana, México, D.F. 1986 p 525

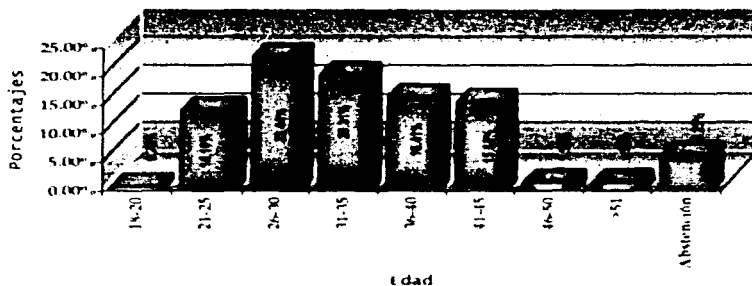
- KOZIER, Bárbara y cols. Enfermería Fundamental, procesos y prácticas. Ed McGraw-Hill, Interamericana. 4a. edición. España, 1993. pp. 743 p 3-5.
- KUMATE, Jesús y cols. Manual de Infectología clínica. Ed. Méndez, S.A de C.V. 15a. edición, México, 1998 pp. 703
- LAMEIRAS FERNANDEZ, Maria. Las Actitudes (Situación actual y ámbitos de aplicación). Editorial Promolibro. Valencia, 1997 p.293
- MALAGON-LONDOÑO, Hernández y Esquivel. Infecciones Hospitalarias. Editorial Médica Internacional LTDA. 2a edición Bogotá Colombia, 1999 pp 870 p.626.
- MALAGON-LONDOÑO. Garantía de calidad en Salud.
- MANDELL, y cols. Enfermedades Infecciosas (Principios y prácticas). Editorial Medica-Panamericana, cuarta edición. Madrid España, 1997 p 3258
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La garantía de calidad de control de Infecciones Hospitalarias. Washington E.U.A. Mayo, 1991 p 458
- PALMER, M B. Manual de Control de Infecciones. Editorial Interamericana, México, D.F., 1987 p 368
- PASTOR, García Luis Miguel, F J Leon. Manual de ética y legislación. Editorial Mosby, Madrid España, 1997. pp 239, p 47-48
- PEREZ, Sara A. Administración de los servicios de salud en enfermería. Editorial Trillas. México, 1992 p 211.
- PONCE DE LEON, Samuel R y cols. Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias. CHA, INNSZ, GlaxoWellcome. segunda edición, México, 1998 p 161
- PONCE DE LEON RS. Infecciones Intrahospitalarias y Calidad de la atención médica. ¿Es posible ahorrar en Salud?. Salud Pública en México 1991,33, 3-8.

- PROYECTO de Norma Oficial Mexicana Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Publicado por el Diario Oficial de la Federación. Jueves 30 de Marzo de 2000.
- RYTEL W., Michael, et al. Manual de Enfermedades Infecciosas Editorial Interamericana, México, 1986 p 546
- SOULE, Bárbara y cols Infecciones y práctica de Enfermería (Prevención y control), Editorial Mosby Doyma Libros, Barcelona España, 1996. p.513.
- SULMAN, Stanford T., MD y cols Enfermedades Infecciosas (Bases clínicas y biológicas), Editorial Mc-GrawHill Interamericana 5a. edición, México, 1999. p 709.
- SUMMERS, Gene F. Medición de Actitudes, Editorial Trillas México, 1978. p.580.
- TERAN BLEIBERG, Elena de, Diccionario Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud, Ed. Mosby Doyma Libros Madrid España, 1995 pp 1538
- VEGA RODRIGUEZ, Maria Teresa, Eugenia Garrido Martín Psicología de las organizaciones, Editorial Amary España, 1998 p 147
- VERGER G Enfermedades Infecciosas, Ediciones Doyma , Barcelona España, 1989. p.656.
- WESORICK, Bonnie y cols Estandares de calidad para cuidados de Enfermería, Ediciones Doyma, S A España, 1993 pp.393 p 2-8
- WRENCH, David F. Psicología un enfoque social, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina. 1971 p 344.

CUADRO No. 1

EDAD DEL PERSONAL
DE
ENFERMERIA

Edad	Frecuencia	%
18-20 años	1	0.78
21-25 años	18	14.06
26-30 años	30	23.44
31-35 años	26	20.31
36-40 años	21	16.41
41-45 años	20	15.62
46-50 años	2	1.56
> 50 años	2	1.56
Abstención	8	6.25
Total	128	100%



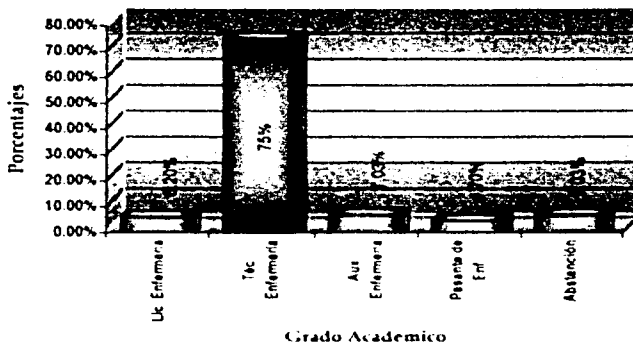
FUENTE CUADRO No. 1

TEMIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 2

GRADO ACADÉMICO

Grado Académico	Frecuencia	%
Lic. en Enfermería	8	6.2
Técnico en Enfermería	96	75
Aux. en Enfermería	9	7.03
Pasante de Enfermería	6	4.7
Abstención	9	7.03
TOTAL	128	100

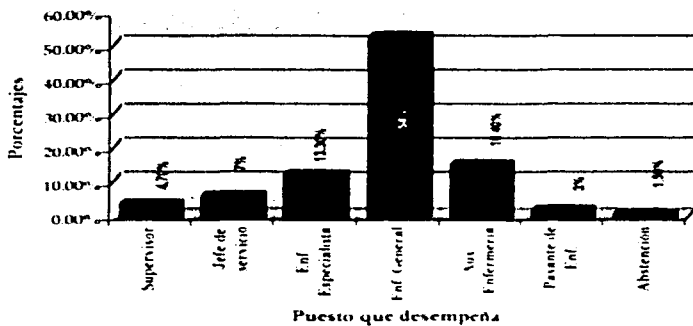


FUENTE CUADRO No. 2

CUADRO No. 3

PUESTO
QUE
DESEMPEÑA

Puesto que desempeña	Frecuencia	%
Supervisor	6	4,7
Jefe de servicio	9	7
Enf. Especialista	17	13,3
Enf. General	69	54
Aux. de Enf.	21	16,4
Pasante de Enf.	4	3
Abstención	2	1,5
Total	128	100

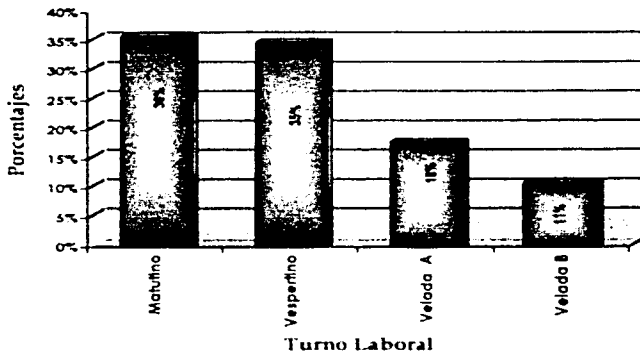


FUENTE CUADRO No. 3

CUADRO No. 4

TURNOS LABORAL
DEL
PERSONAL
ENCUESTADO

Turno Laboral	Frecuencia	%
Matutino	46	36
Vespertino	45	35
Velada A	23	18
Velada B	14	11
Total	128	100

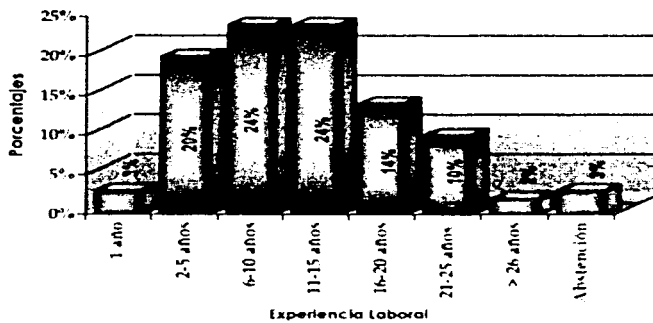


FUENTE CUADRO No. 4

CUADRO No. 5

EXPERIENCIA
LABORAL

Tiempo de Experiencia Laboral	Frecuencia	%
1 año	4	3
2-5 años	25	20
6-10 años	31	24
11-15 años	31	24
16-20 años	18	14
21-25 años	13	10
> 26 años	2	2
Abstención	4	3
Total	128	100

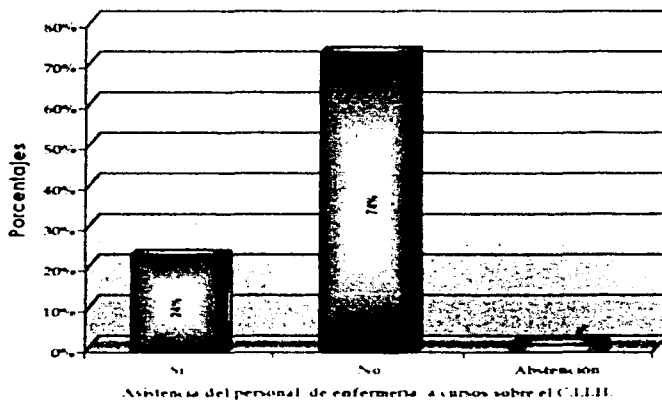


FUENTE CUADRO No. 5

CUADRO No. 6

ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A CURSOS SOBRE EL CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL ÚLTIMO AÑO.

Asistencia a cursos sobre el C.I.I.H. en el último año	Frecuencia	%
Sí	31	24
No	94	74
Abstención	3	2
Total	128	100

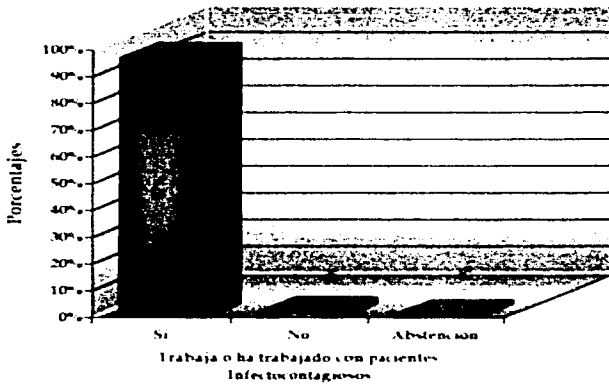


FUENTE CUADRO No.6

CUADRO No. 7

PORCENTAJE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA O HA TRABAJADO ALGUNA VEZ CON PACIENTES INFECTOCONTAGIOSOS

Trabaja o ha trabajado alguna vez con pacientes Infectocontagiosos	Frecuencia	%
Si	124	97
No	3	2
Abstención	1	1
Total	128	100

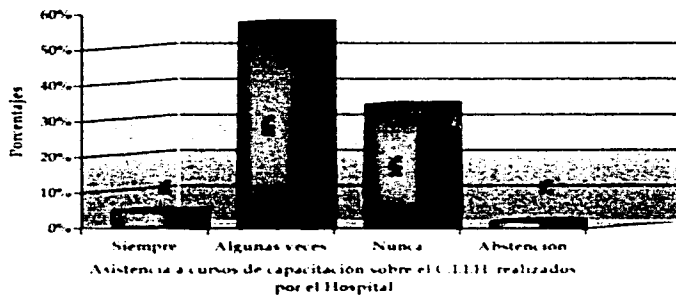


FUENTE CUADRO No. 7

CUADRO No. 8

ASISTENCIA A CURSOS DE CAPACITACIÓN SOBRE EL CONTROL DE INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS LLEVADOS A CABO POR EL HOSPITAL

Asistencia a cursos de capacitación sobre C.I.I.H. llevados a cabo por el Hospital	Frecuencia	%
Siempre	6	5
Algunas veces	74	58
Nunca	45	35
Abstención	3	2
Nulo	128	100

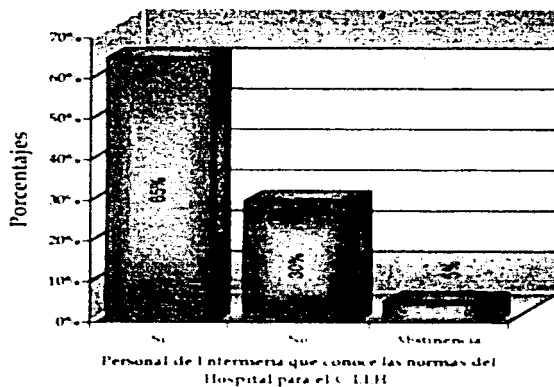


FUENTE CUADRO No. 8

CUADRO No.9

CONOCIMIENTOS SOBRE NORMAS DEL HOSPITAL PARA EL C.I.I.H.

Conoce las normas del Hospital para el C.I.I.H.	Frecuencia	%
Si	83	65
No	38	30
Abstencion	7	5
Total	128	100

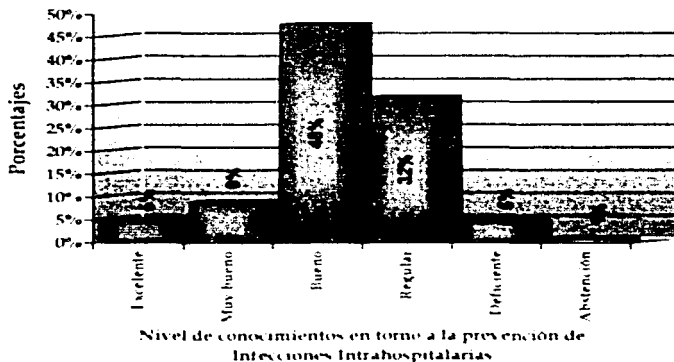


FUENTE CUADRO No. 9

CUADRO No. 10

EL PERSONAL DE ENFERMERIA CONSIDERA QUE SU NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN TORNO A LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS ES:

Nivel de conocimientos en torno a la prevención de Infecciones Intrahospitalarias	Frecuencia	%
Excelente	7	5
Muy bueno	11	9
Bueno	61	48
Regular	41	32
Deficiente	7	5
Nulo	1	1
Total	128	100

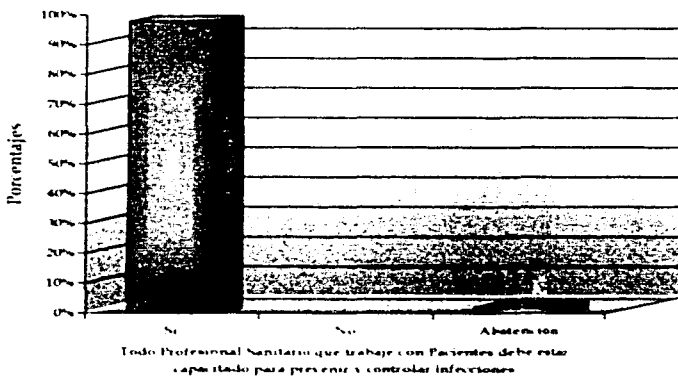


FUENTE CUADRO No. 10

CUADRO No. 11

EN RELACION A QUE SI TODO PROFESIONAL SANITARIO DEBE ESTAR CAPACITADO PARA PREVENIR Y CONTROLAR INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

El profesional sanitario debe estar capacitado para prevenir y controlar infecciones intrahospitalarias	Frecuencia	%
Si	126	98
No	0	0
Abstención	2	2
Total	128	100



FUENTE CUADRO No. 11

CUADRO No. 12

SE PIDIO ORDENAR LAS SIGUIENTES INFECCIONES DE ACUERDO AL RIESGO DE SER OCASIONADAS INTRAHOSPITALARIAMENTE DE TAL MANERA QUE EL NUMERO 1 FUERA EL DE MAYOR RIESGO Y EL 6 EL DE MENOR RIESGO.

Las infecciones que pueden ser ocasionadas intrahospitalariamente	Frecuencia	%
3 correctas	25	19
2 correctas	59	46
1 correcta	37	29
Incorrectas todas	5	4
Abstención	2	2
Total	128	100



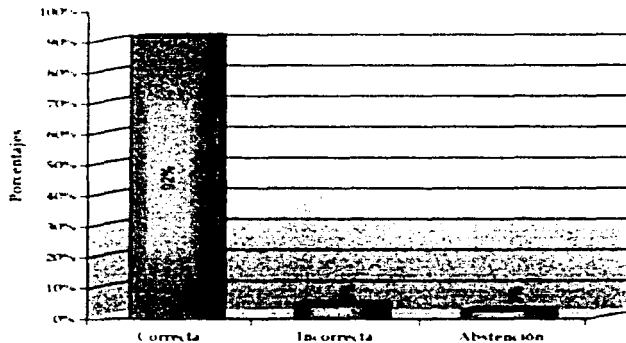
FUENTE CUADRO No. 12

SE S CON
FALLA DE UR.GEN

CUADRO No. 13

RESPECTO A LA DEFINICIÓN DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Definición de Infección Intrahospitalaria	Frecuencia	%
Correcta	118	92
Incorrecta	6	5
Abstención	4	3
Total	128	100

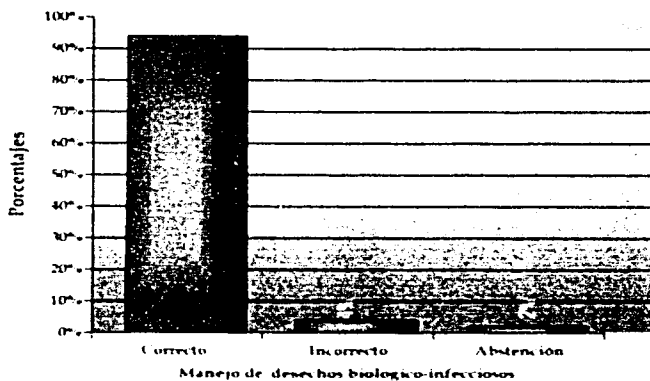


FUENTE CUADRO No. 13

CUADRO No. 14

MANEJO DE RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS

Manejo de Residuos Biológico-Infecciosos	Frecuencia	%
Correcto	120	94
Incorrecto	5	4
Abstención	3	2
Total	128	100

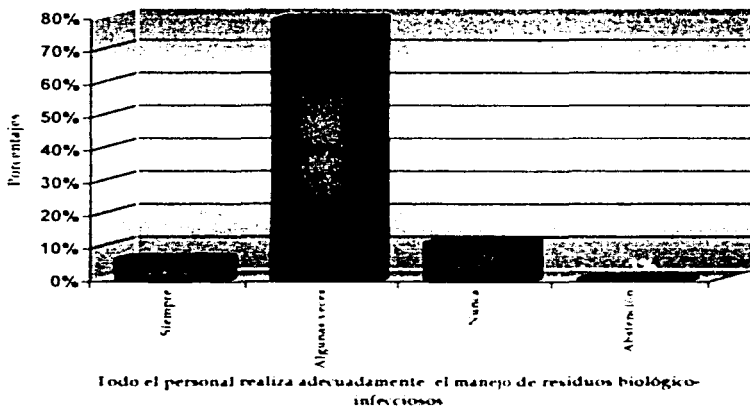


FUENTE CUADRO No. 14

CUADRO No. 15

CONSIDERA QUE TODO EL PERSONAL REALIZA ADECUADAMENTE EL MANEJO DE RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECTIOSOS

Todo el personal realiza adecuadamente el manejo de residuos biológico-infecciosos	Frecuencia	%
Siempre	9	7
Algunas veces	102	80
Nunca	15	12
Abstención	2	1
Total	128	100

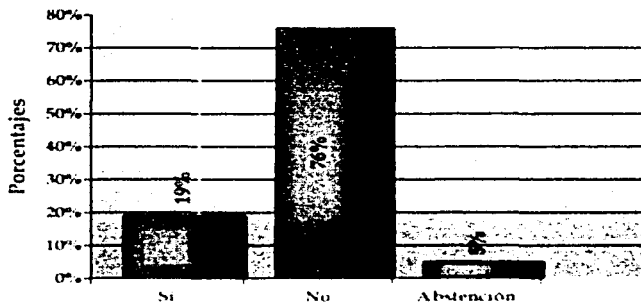


FUENTE CUADRO No. 15

CUADRO No. 16

RESPECTO SI LA ASIGNACIÓN DE CAMAS A PACIENTES INFECTOCONTAGIOSOS ES CORRECTA, EL PERSONAL CONSIDERA:

Asignación de camas a pacientes infectocontagiosos es correcta	Frecuencia	%
Si	25	19
No	97	76
Abstención	6	5
Total	128	100

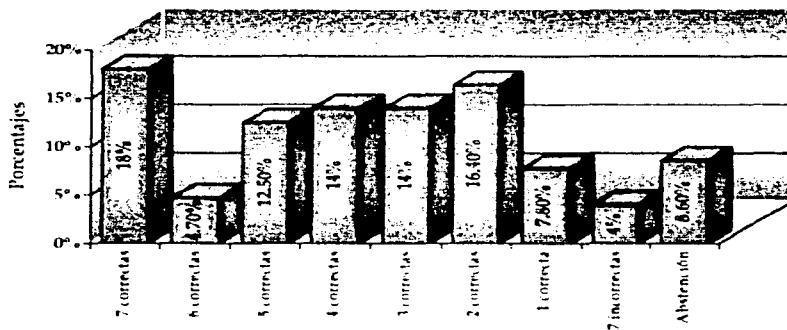


FUENTE CUADRO No.16

CUADRO No. 17

SE PIDIO AL PERSONAL CORRELACIONAR DIFERENTES PROBLEMAS O PATOLOGÍAS CON LAS PRECAUCIONES O TIPOS DE AISLAMIENTO A SEGUIR SEGÚN FUERA EL CASO Y SE OBTUVO:

Tipos de precauciones o aislamientos a aplicar de acuerdo a las patologías y problemas planteados	Frecuencia	%
Todas correctas	23	18
6 correctas	6	4.7
5 correctas	16	12.5
4 correctas	18	14
3 correctas	18	14
2 correctas	21	16.4
Todas incorrectas	5	4
Abstinencia	11	8.6
Total	128	100

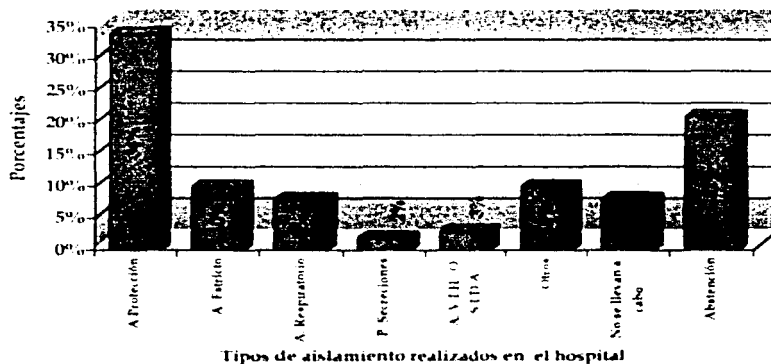


FUENTE CUADRO No. 17

CUADRO No. 18

TIPOS DE AISLAMIENTO QUE HA REALIZADO EN ESTE HOSPITAL

Tipos de aislamiento que ha realizado en este hospital	Frecuencia	%
A. Protección	43	34
A. Estricto	13	10
A. Respiratorio	10	8
P. secreciones	3	2
A. V.I.H. o S.I.D.A.	4	3
Todos los tipos de aislamiento	5	4
Otros	13	10
No se llevan a cabo	10	8
Abstención	27	21
Total	128	100

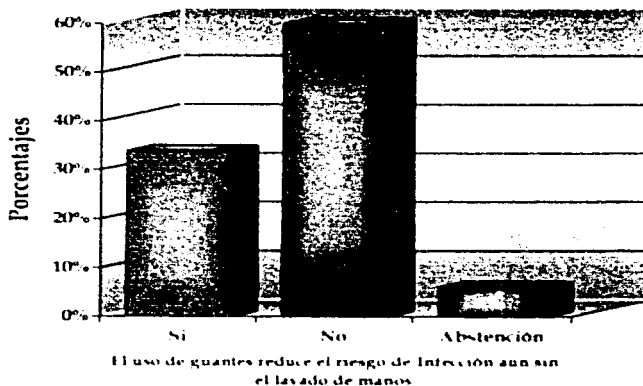


FUENTE CUADRO No. 18

CUADRO No. 19

EL USO DE GUANTES REDUCE EL RIESGO DE INFECCIÓN AUN SIN EL LAVADO DE MANOS

El uso de guantes reduce el riesgo de infección aún sin el lavado de manos	Frecuencia	%
Si	44	34%
No	77	60%
Abstención	7	6%
Total	128	100%

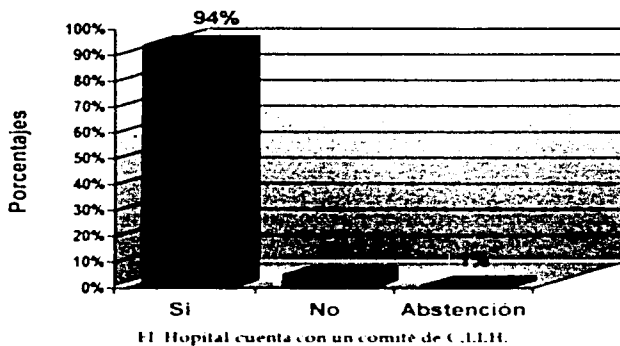


FUENTE CUADRO No. 19

CUADRO No. 20

SABE SI EL HOSPITAL CUENTA CON UN COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS

Sabe si el hospital cuenta con un comité de C.I.I.H.	Frecuencia	%
Si	120	94%
No	6	5%
Abstencion	2	1%
Total	128	100%

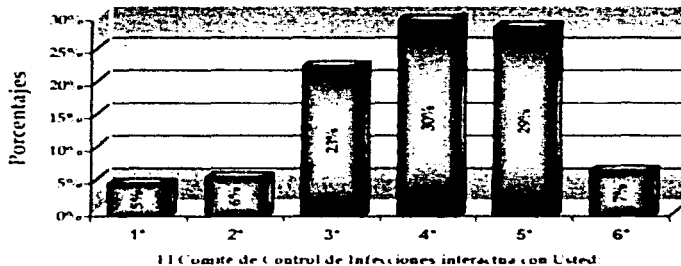


FUENTE CUADRO No.20

CUADRO No. 21

EL COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES INTERACTUA CON USTED:

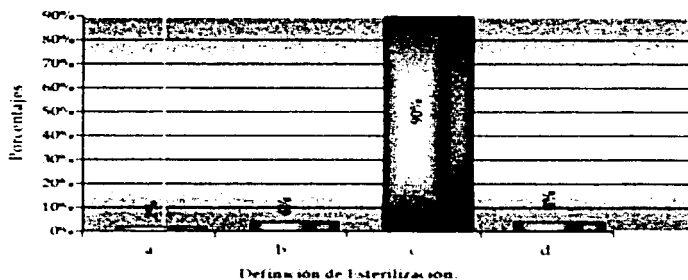
El Comité de Control de Infecciones Interactúa con Usted:	Frecuencia	%
1* Elabora manuales. Coordina, supervisa y evalúa técnicas y procedimientos para el Control de Infecciones Intrahospitalarias.	6	5
2* Brinda capacitación teórica y práctica para el Control de Infecciones Intrahospitalarias.	8	6
3* Realiza vigilancia en la detección de los brotes infecciosos y notifica al personal para tomar las medidas necesarias.	30	23
4* Todas las anteriores.	38	30
5* Ninguna de las anteriores.	37	29
6* Abstención	9	7
Total	128	100



FUENTE CUADRO No. 21

CUADRO No. 22
DEFINICIÓN DE ESTERILIZACIÓN

Definición de Esterilización	Frecuencia	%
a) Remoción de material extraño de objetos con detergentes.	2	2
b) Eliminación de parásitos y hongos.	5	4
c) Eliminación de toda forma de vida microbiana Incluyendo esporas.	116	90
d) Abstención	5	4
Total	128	100

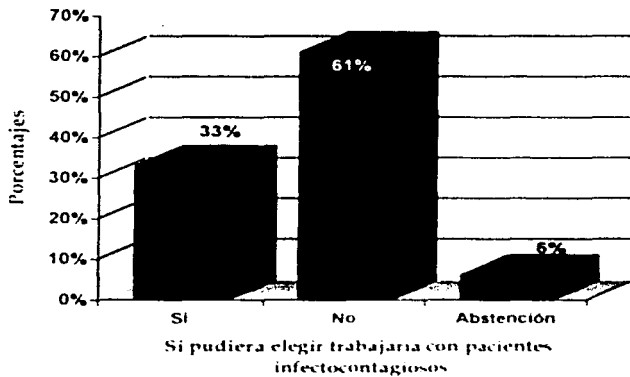


FUENTE CUADRO No. 22

CUADRO No. 23

SI PUDIERA ELEGIR TRABAJARIA CON PACIENTES INFECTOCONTAGIOSOS

Si pudiera elegir trabajaria con pacientes infectocontagiosos	Frecuencia	%
Si	42	33%
No	78	61%
Abstencion	8	6%
Total	128	100%

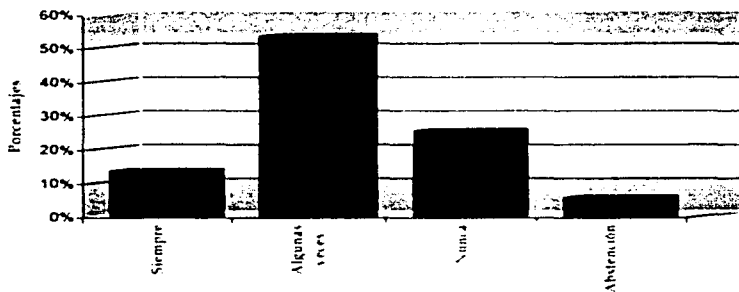


FUENTE CUADRO No. 23

CUADRO No. 24

LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE UTILIZAN EN LOS PACIENTES EN AISLAMIENTO LE PRODUCEN ESTRÉS LABORAL

Las técnicas y procedimientos que se utilizan en los pacientes en aislamiento le producen estrés laboral.	Frecuencia	%
Siempre	18	14
Algunas veces	69	54
Nunca	33	26
Abstención	6	6
Total	126	100



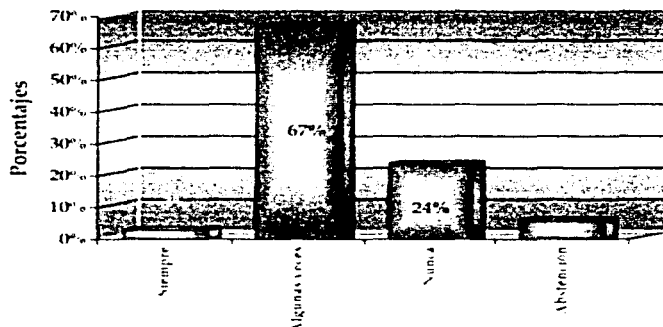
Las técnicas y procedimientos que se utilizan en los pacientes en aislamiento le producen estrés laboral

FUENTE CUADRO No. 24

CUADRO No. 25

CONSIDERA QUE LAS TÉCNICAS DE AISLAMIENTO LLEVADAS A CABO EN ESTE HOSPITAL SE REALIZAN ADECUADAMENTE

Las técnicas de aislamiento llevadas a cabo en este hospital se realizan adecuadamente...	Frecuencia	%
Siempre	4	3
Algunas veces	86	67
Nunca	31	24
Atención	8	6
Total	128	100



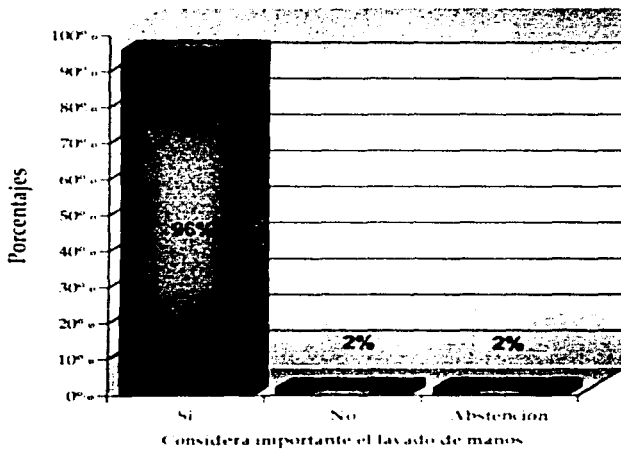
Las técnicas de aislamiento llevadas a cabo en este hospital se realizan adecuadamente

FUENTE CUADRO No. 25

CUADRO No. 26

CONSIDERA IMPORTANTE EL LAVADO DE MANOS

Considera importante el lavado de manos	Frecuencia	%
Si	124	96
No	2	2
Abstención	2	2
Total	128	100

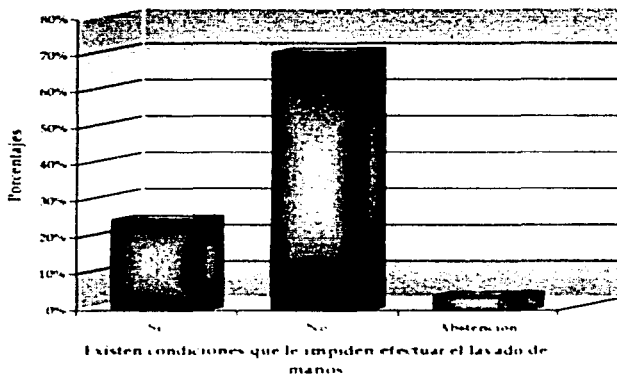


FUENTE CUADRO No.26

CUADRO No.27

EXISTEN CONDICIONES QUE LE IMPIDEN EFECTUAR EL LAVADO DE MANOS

Existen condiciones que le impiden efectuar el lavado de manos.	Frecuencia	%
Si	32	25
No	91	71
Abstención	5	4
Total	128	100

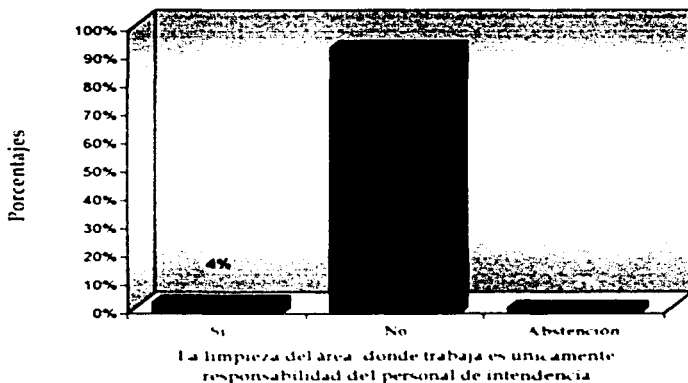


FUENTE CUADRO No. 27

CUADRO No. 28

CONSIDERA QUE LA LIMPIEZA DEL ÁREA DONDE TRABAJA ES ÚNICAMENTE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE INTENDENCIA

Considera que la limpieza del área donde trabaja es únicamente responsabilidad del personal de intendencia	Frecuencia	%
Si	5	4
No	120	94
Abstención	3	2
Total	128	100

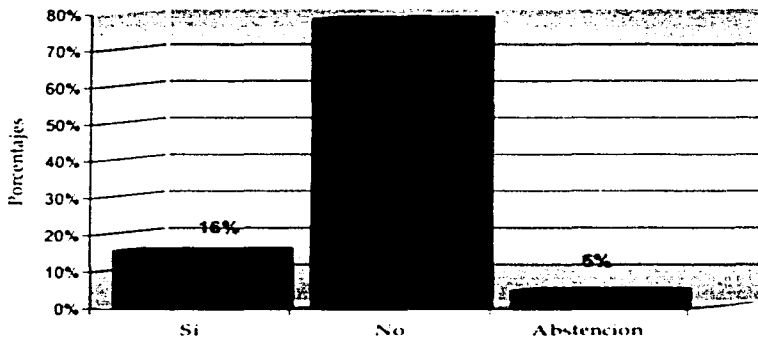


FUENTE CUADRO No.28

CUADRO No. 29

CONSIDERA QUE LA DESINFECCIÓN QUE SE DA A OBJETOS COMO BOMBAS DE INFUSIÓN, VENTILADORES, FRASCOS RECEPTALES, PROBETAS, RIÑONES, ETC.; ES LA ADECUADA.

La desinfección que se da a objetos como bombas, ventiladores, frascos receptales, probetas, riñones, etc. es la adecuada.	Frecuencia	%
Si	21	16
No	101	79
Abstención	6	5
Total	128	100



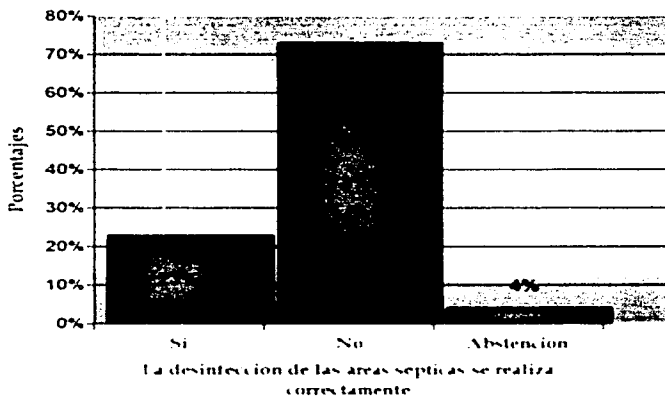
La desinfección que se da a bombas de infusión, ventiladores, frascos receptales, probetas, riñones, etc., es la adecuada.

FUENTE CUADRO No.29

CUADRO No. 30

CONSIDERA QUE LA DESINFECCIÓN DE LAS ÁREAS SÉPTICAS SE REALIZA CORRECTAMENTE.

La desinfección de las áreas sépticas se realiza correctamente	Frecuencia	%
Si	29	23
No	94	73
Abstención	5	4
Total	128	100

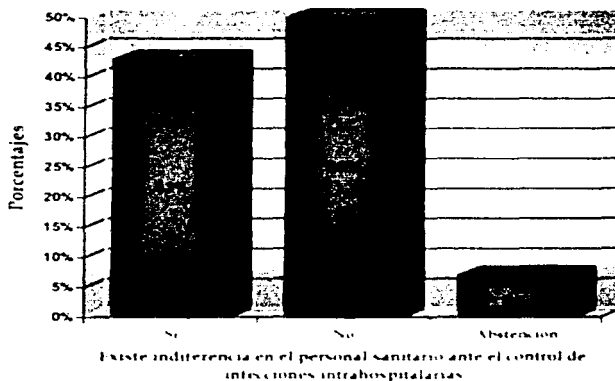


FUENTE CUADRO No. 30

CUADRO No. 31

EXISTE INDIFERENCIA EN EL PERSONAL SANITARIO ANTE EL CONTROL DE
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Existe indiferencia en el personal de sanitario ante el control de infecciones intrahospitalarias	Frecuencia	%
Si	55	43
No	64	50
Abstención	9	7
Total	128	100

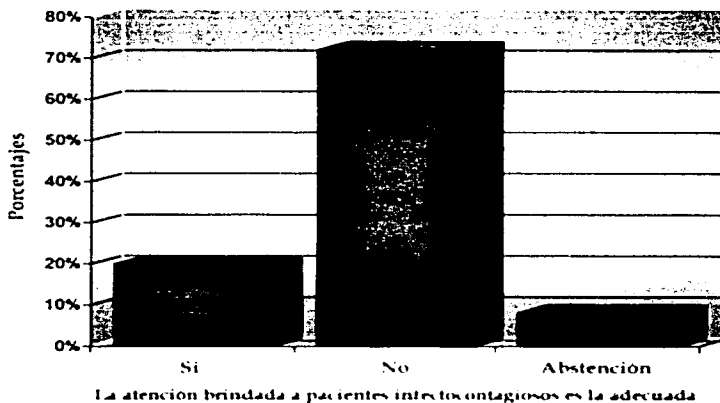


FUENTE CUADRO No. 31

CUADRO No. 32

CONSIDERA QUE LA ATENCIÓN BRINDADA A LOS PACIENTES EN AISLAMIENTO ES LA ADECUADA

La atención brindada a los pacientes en aislamiento es la adecuada	Frecuencia	%
Si	26	20
No	92	72
Abstención	10	8
Total	128	100

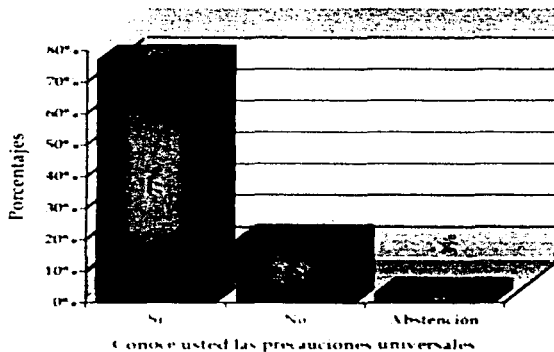


FUENTE CUADRO No. 32

CUADRO No. 33

CONOCE USTED LAS PRECAUCIONES UNIVERSALES

Conoce las precauciones universales	Frecuencia	%
Si	99	77
No	25	20
Abstención	4	3
Total	128	100

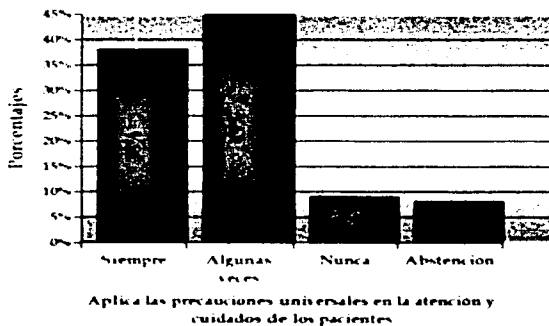


FUENTE CUADRO No. 33

CUADRO No. 34

USTED APLICA LAS PRECAUCIONES UNIVERSALES EN LA ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LOS PACIENTES...

Aplica las precauciones universales en la atención y cuidados de los pacientes...	Frecuencia	%
Siempre	49	38
Algunas veces	58	45
Nunca	11	9
Abstención	10	8
Total	128	100



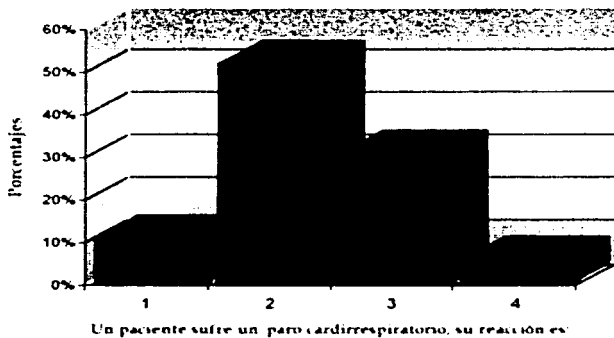
FUENTE CUADRO No. 34

TCIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 35

UN PACIENTE SUFRE UN PARO CARDIORRESPIRATORIO, SU PRIMERA REACCION ES:

Un paciente sufre un paro cardiorrespiratorio su primera reacción es:	Frecuencia	%
1) Inicia maniobras de reanimación aún sin contar con el equipo necesario	14	11
2) Avisa al personal médico e inicia maniobras de reanimación	66	52
3) Avisa al personal médico, se prepara calzándose guantes, cubrebocas, protección ocular e inicia maniobras de reanimación	40	31
4) Abstención	8	6
Total	128	100

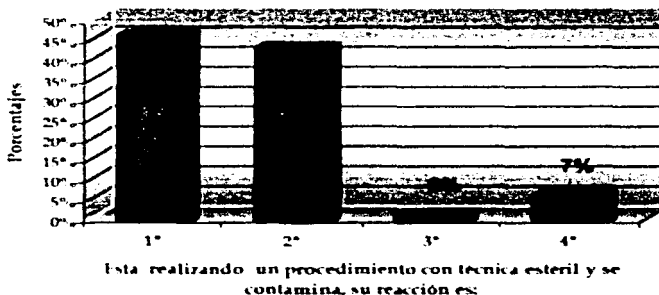


FUENTE CUADRO No. 35

CUADRO No. 36

EN RELACION AL COMPORTAMIENTO QUE TENDRÍA EL PERSONAL EN CASO DE QUE ESTUVIERA REALIZANDO UN PROCEDIMIENTO CON TÉCNICA ESTERIL Y SE CONTAMINA, EN ESE MOMENTO TIENE SOBRECARGA DE TRABAJO, SU REACCION ES:

En caso de que estuviera realizando un procedimiento con técnica esteril y se contamina, en ese momento tiene sobrecarga de trabajo, su reaccion es:	Frecuencia	%
Eliminaría todo el material e iniciaría de nuevo.	60	47
Sólo elimina lo que cree está contaminado y continúa el procedimiento.	56	44
Restaría importancia a lo sucedido y termina el procedimiento.	3	2
Abstención	9	7
Total	128	100

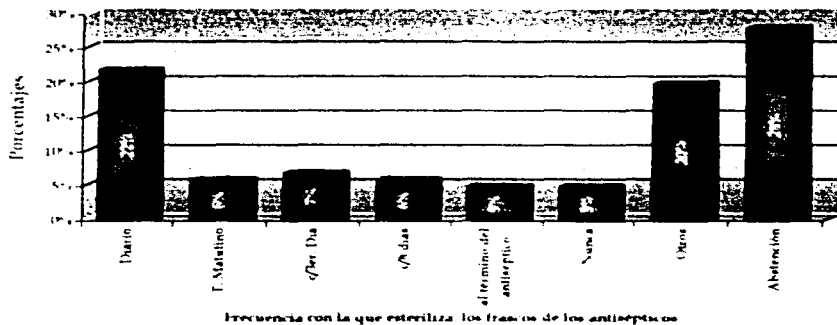


FUENTE CUADRO No. 36

CUADRO No. 37

FRECUENCIA CON LA QUE ESTERILIZA LOS FRASCOS DE LOS ANTISÉPTICOS (COMO MERTHIOLATE, ALCOHOL, ISODINE, BENZAL, ETC.) DEL CARRO DE CURACIÓN.

Frecuencia con la que esteriliza los frascos de los antisépticos del carro de curaciones	Frecuencia	%
Duano	28	22
Lo realiza el turno matutino	8	6
Cada tercer día	9	7
Cada ocho días	8	6
Cuando se termina el antiséptico	7	5
Nunca	7	5
Otros	25	20
Abstención	36	28
Total	128	99



FUENTE CUADRO No. 37