

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA



TESIS PREVIA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA:

**“GESTIÓN DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN
HOSPITALES PUBLICOS DE IMBABURA, 2015”.**

AUTOR: Edwin Santiago Yépez Reyes

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Geovanna Altamirano

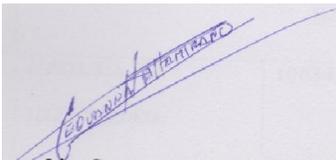
IBARRA, ECUADOR

2015

APROBACION DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo. MSC. Geovanna Altamirano en calidad de directora de la tesis titulada: “GESTIÓN DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN HOSPITALES PUBLICOS DE IMBABURA, 2015”, de autoría de Yépez Santiago. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas científico que esta apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Atentamente.



Lic. Geovanna Altamirano Zabala

C.I. 1801847086



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN

A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003450119		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Yépez Reyes Edwin Santiago		
DIRECCIÓN:	Atuntaqui, Barrio Santo Domingo Calle Bolívar		
EMAIL:	santiyepz@hotmail.es santiyepz2707@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2908-126	TELÉFONO MÓVIL:	0994042557

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	GESTIÓN DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN HOSPITALES PUBLICOS DE IMBABURA, 2015.
AUTOR (ES):	Yépez Reyes Edwin Santiago
FECHA:	10-11-2015
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermeria
ASESOR /DIRECTOR:	Lcda. Geovana Altamirano

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

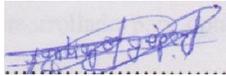
Yo, Edwin Santiago Yépez Reyes, con cédula de identidad Nro. 1003450119, en calidad de autor (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 10 días del mes de 11 de 2015

EL AUTOR:



(Firma).....

Yépez Santiago

C.C: 1003450119

ACEPTACION:



.....

Ing. Betty Chávez

JEFE DE BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Yépez Reyes Edwin Santiago, con cédula de identidad Nro. 100345011-9, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: "GESTIÓN DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN HOSPITALES PUBLICOS DE IMBABURA, 2015", que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciadas de Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 10 días del mes de 11 de 2015

Firma.....

Edwin Santiago Yépez Reyes

C.C: 1003450119

DEDICATORIA

Con mucho amor dedico este trabajo a mi Dios por ayudarme y darme fuerzas para seguir adelante, a mis padres que siempre están pendientes de mí y me han llevado por el camino del bien, en especial a mi madre que es la que se ha sacrificado el día a día, apoyándome aconsejándome y extendiéndome la mano para poder cumplir una meta más, a mis hermanos a mi novia que han sido un soporte esencial para poder culminar con mis estudios académicos y finalmente a todos quienes estuvieron ahí apoyándome siempre para que esto sea posible

“Santiago”

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento más sincero y especial a mi Dios por permitirme culminar una etapa más en mi vida, por brindarme sabiduría, paciencia y fe, para poder afrontar las adversidades y problemas que se han presentado diariamente mismas que se han solucionado satisfactoriamente.

A la universidad técnica del norte quien me acogió durante todo este tiempo y se convirtió en mi segundo hogar, a los docentes que me enseñaron a ir formando cimientos para tener un perfil profesional optimo y me ayudaron a cumplir un sueño personal más.

Un agradecimiento muy especial a mi directora de tesis que con paciencia, y sus conocimientos supo ayudarme con sugerencias, aportaciones e ideas en el trabajo. A la licenciada Janeth Vaca quien fue muy generosa al brindarme consejos, ideas y correcciones en el trabajo que ahora culmino con mucha satisfacción.

Como no agradecer a mis padres, hermanos, familiares, novia y amigos por todo el apoyo que me brindaron, a todos quienes se sienten orgullosos por haber culminado este trabajo.

Un agradecimiento a mi abuelito Cesar Yépez quien siempre estuvo con sus consejos, sus aportaciones para ser una persona de bien, Dios lo llevo para tenerle en su gloria pero sé que desde el cielo me brindo muchas bendiciones para culminar este trabajo.

“Santiago”

INDICE

APROBACION DE LA DIRECTORA DE TESIS	i
2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	iv
CAPITULO I	1
1.- EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1.-Planteamiento del problema	1
1.2.- Formulación del Problema	3
1.3.- Justificación	4
1.4.- Objetivos	5
1.4.1 Objetivo General	5
1.4.2 Objetivos Específicos	5
1.5 Preguntas de Investigación	6
CAPITULO II	7
2.- MARCO TEÓRICO	7
2.1. Marco Contextual	7
2.1.1 Antecedentes del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra.	7
2.1.2 Misión	7
2.1.3 Visión	8
2.2. Antecedentes del Hospital San Luis de Otavalo.	8
2.2.1 Misión	8
2.2.2 Visión	9
2.3. Antecedentes del Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi.	9
2.3.1. Misión	10
2.3.2 Visión	10
2.4. Antecedentes del Hospital Público de Atuntaqui.	11
2.4.1 Misión	11
2.4.2 Visión	11
2.2. Marco Conceptual	12
2.2.1 Infecciones nosocomiales	12
2.2.2 Medidas de prevención	13
2.2.3. Riesgo del personal de salud	15

2.2.4. Medidas preventivas	20
2.2.5. Bioseguridad	22
2.2.6. Medidas de control de infecciones.....	24
2.2.7. Focos infecciosos	25
2.2.8. Infección por staphilococcus	25
2.2.9. Material contaminado	27
2.3. MARCO LEGAL	29
2.3.1. Plan del buen vivir	29
2.3.2. Constitución Nacional.....	30
2.3.3. Ley Orgánica de Salud.....	30
CAPÍTULO III	36
3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	36
3.1. Tipo de investigación	36
3.2. Diseño de la investigación	36
3.3. Lugar de estudio	36
3.4. Población	36
3.5. Muestra	37
3.5.1 Criterios de inclusión	37
3.5.2 Criterios de exclusión	37
3.6. Métodos	38
3.7. Instrumentos y técnica	38
3.8. Procedimiento de la investigación	38
4.- ANALISIS	40
4.1 Resultados	40
4.3. Conclusiones	53
4.4. Recomendaciones	53
5. PROPUESTA	54
CURSO AUTOADMINISTRADO DE LAVADO DE MANOS	54
5.1. Introducción	54
5.2 Objetivos	55
5.2.1 Objetivo General:.....	55
5.2.2 Objetivos Específicos:.....	55
5.3 Justificación	55

5.4 Metodología	56
5.5 Plan temático	56
5.6 Logros	57
BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	64
ETAPAS DEL PROYECTO – CALIDAD DE INFORMACIÓN AL PACIENTE	64
CONFIDENCIAL	82
Cuestionario modular	82

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de categorización de variables	32
Tabla 2 Etapas del proyecto – calidad de información al paciente	66
Tabla 3 Tabla de vaciamiento de datos	72

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Estrategia integral de higiene de manos	40
Figura 2 Material y desinfección	42
Figura 3 Estrategia integral de higiene de manos	43
Figura 4 Material y desinfección	44
Figura 5 Estrategia integral de higiene de manos	46
Figura 6 Material y desinfección	47
Figura 7 Estrategia integral de higiene de manos	48
Figura 8 Material y desinfección	49

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN HOSPITALES PUBLICOS DE IMBABURA, 2015.

RESUMEN

Autor: Edwin Santiago Yépez Reyes

Directora de tesis: Lic. Giovanna Altamirano

La gestión de calidad, es un principio rector del cuidado de enfermería, con la finalidad de brindar una atención de calidad al usuario, con un talento humano excelente de competencia clínica. La preocupación surge por mejorar la práctica clínica y atender los procesos de evaluación continua y acreditación de los hospitales. El objetivo de este estudio es evaluar la gestión de la calidad en prevención y control de infecciones al personal sanitario y personal administrativo de limpieza, con estándares internacionales de calidad, utilizando el cuestionario Practice Environment Scale of Work Index en hospitales públicos de la Provincia de Imbabura. Se realizó una investigación observacional, descriptiva y explicativo la cual fue dirigida al personal sanitario y de administración de limpieza acerca de los diversos procedimientos clínicos. El presente estudio utilizó un cuestionario estructurado con escala Likert aplicando los estándares QMENTUM Internacional de Acreditación Canadá con sus tres categorías: ORO 25 A 50%. PLATINO 75% y DIAMANTE 100%. Como resultado de esta investigación identificamos que el lavado de manos es una de las principales problemáticas debido a que en las 4 entidades públicas mantienen un porcentaje de 25% a 50% del cumplimiento del procedimiento de lavado de manos para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias. Cabe recalcar que en las entidades de salud que se realizó este estudio si se están estableciendo seguimientos a la práctica clínica para un mejoramiento continuo por el bien de las instituciones sanitarias y de los usuarios.

PALABRAS CLAVES: Lavado de manos, prevención y control, infecciones intrahospitalarias.

**QUALITY MANAGEMENT IN INFECTION PREVENTION AND CONTROL IN
PUBLIC HOSPITALS IMBABURA, 2015.**

SUMMARY

Author: Edwin Santiago Yépez Reyes

Thesis supervisor: Lic. Geovanna Altamirano

Quality management is a guiding principle of the nursing care, with the aim of providing quality care to the users, with an excellent human talent of clinical competence. The concern is to improve clinical practice and the management of processes of continuous evaluation and accreditation of hospitals.

The aim of this study is to assess the quality control management and prevention of infections in healthcare staff and cleaning employees with international quality standards, using the average ENVIRONMENT Practice Questionnaire Job Index Scale in public hospitals in the province of Imbabura. A descriptive and explanatory study was directed to health and cleaning employees performing some clinical procedures.

The study used a Likert scale structured apply QMENTUM international Accreditation Canada standards questionnaire into three categories: Gold 25 - 50%. PLATINUM 75% to 100% DIAMOND. As a result this investigation identified hand washing is one of the main problems because in the 4 public hold a percentage of 25% to 50% of the compliance of handwashing procedure for the prevention and control of nosocomial infections. It should be noted that health institutions conducted this study monitoring clinical practice for continuous improvement for health institutions and users.

KEY WORDS: Wash hands, prevention and control, hospital-acquired infections.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales son la causa más frecuente de eventos adversos y mortalidad en el mundo en pacientes en estadía hospitalaria. Ocasionan efectos incalculables en sus vidas, llevando un deterioro de imagen en los hospitales, centros de salud y las demás entidades de salud, ocasionando un impacto en la economía del país. Se identificó a la infección intrahospitalaria como la principal problema de la salud comunitaria lo cual conlleva a implementar estrategias para disminuir el índice de infecciones intrahospitalarias

A pesar del avance alcanzado en la atención hospitalaria y de salud pública, siguen manifestándose infecciones intrahospitalarias en muchos pacientes debido a que todavía se siguen realizando procedimientos inadecuados, cabe recalcar que todo el personal que trabaja en las entidades de salud son propensas a contraer estas infecciones lo cual se debe tomar las medidas necesarias para la prevención y control de infecciones. Las tasas de prevalencia son en pacientes con edad avanzada, en pacientes con quimioterapia y en niños.

El presente trabajo da a conocer un sustento teórico que brinde la oportunidad de observar, reconocer y analizar los errores que se están realizando en los procedimientos que se realizan en las entidades de salud estudiadas. Realizar un cuidado que este a la altura de los pacientes hospitalizados, donde se sientan seguros y satisfechos con los mejores recursos humanos, material y aspectos técnico-científico, así logrando resultados muy buenos y una atención con calidad y calidez, evitando las infecciones intrahospitalarias mejorando la estadía del paciente.

Por tal razón este estudio realizado tiene el propósito de evaluar y de observar la gestión de la calidad en prevención y control de infecciones intrahospitalarias con estándares internacionales utilizando el cuestionario Practice Environment Scale of Work Index en hospitales públicos de la

Provincia de Imbabura, con la finalidad de conocer el entorno laboral del personal sanitario y el personal administrativo de limpieza.

El estudio está distribuido en 5 capítulos: CAPITULO I (El problema de la investigación, CAPITULO II (Marco teórico), Capítulo 3 (Metodología), CAPITULO IV (Análisis de resultados, CAPITULO V (Propuesta).

TEMA:

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES EN
HOSPITALES PUBLICOS DE IMBABURA, 2015.

CAPITULO I

1.- EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1.-Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud califica la seguridad de los pacientes como un problema grave de la salud a nivel mundial y según sus estimaciones en los países desarrollados dan a conocer que en los últimos años ha incrementado el porcentaje de infecciones relacionadas con la atención de salud. (Oms, 2014).

En los últimos dos años en el Ecuador los riesgos a producirse son muy frecuentes en cada uno de los procedimientos realizados por el personal de enfermería, entre ellas tenemos la administración de medicamentos. Investigaciones realizadas anteriormente nos muestran que entre el 5% y 10% de los enfermos hospitalizados adquieren por lo menos un episodio de infección durante su estadía, estos problemas aparecen especialmente en entidades de salud que no tienen personal adecuado y con conocimientos previos. (Gonzabay & Gonzalez, 2013).

En Ecuador las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales, es decir las que, se adquieren en centros médicos es de mucho interés a causa de mortalidad entre la población hospitalizada es relativamente reciente. A pesar de que en el código de salud diga que las declaraciones de las infecciones intrahospitalarias son de declaración obligatoria. (Mejia, 2009)

Las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales se define aquellas enfermedades que resulta de la presencia de un agente infeccioso o toxina y que no estaba presente ni incubándose en el momento de admisión del hospital, se establece un tiempo de 48-72 horas luego del ingreso a una entidad hospitalaria para poder establecer que la infección ha sido adquirida en la entidad sanitaria. (Capua, 2004).

El conocimiento inicial de las infecciones intrahospitalarias se encuentran: Sir John Pringle en los años de (1740-1780), quien fue el primero que defendió la teoría del contagio animado como responsable de las infecciones nosocomiales y el precursor de la noción de antiséptico para mejorar la atención de los pacientes en estadía hospitalaria. (Scielo, 2007).

Las infecciones asociadas a la atención de salud por bacterias multiresistentes a antimicrobianos (BMR) se relacionan con aumento de la morbilidad, mortalidad y del costo de la atención. La pronta identificación de pacientes colonizados o infectados por bacterias multiresistentes antimicrobianas y la consecuente instauración de precaución de contacto es una de las medidas más efectivas para controlar la diseminación de estos patógenos. Se debe tomar en cuenta que a los pacientes con bacterias multiresistentes se debe realiza un tratamiento más estricto de antibioticoterapia.

Sin embargo, la adherencia del personal de salud a las guías nacionales o locales de aislamiento es baja y tiene relación, en parte, con la pérdida de información durante traslados internos o cuando estos pacientes colonizados son readmitidos al hospital. Es por eso que se debe tomar mucho en cuenta la identificación de pacientes con infecciones. (Scielo, 2008)

En el último tiempo ha aumentado sostenidamente el uso de sistemas informáticos en las prácticas de salud. Sin embargo, aún falta aprovechar estos sistemas para mejorar la adherencia a las medidas de control de infecciones. Considerando que la educación al personal sanitario y de administración de limpieza, generalmente tiene un efecto modesto y no sostenido y que las rondas de vigilancia de la enfermera de control de infecciones consumen considerablemente tiempo, este trabajo aporta evidencia demasiadamente útiles para implementar un sistema informático de alertas que facilite el cumplimiento de las recomendaciones locales de los comités de control de infecciones. (Scielo, 2008).

En Ecuador la mayoría de hospitales no cuentan con un lineamiento específico para cumplir con las normativas por ende el personal de enfermería debe ser participe en la promoción y prevención de la salud con diagnósticos de enfermería para así poder establecer nuevas normativas de bioseguridad. (Gonzabay & Gonzalez, 2013).

1.2.- Formulación del Problema

Los hospitales públicos de la provincia de Imbabura presentan una problemática a la que recoge la literatura científica internacional, en la que se refiere que las infecciones hospitalarias, se constituyen en el primer problema de co-morbilidad en la estancia hospitalaria. Esta situación se agrava al no contar los hospitales con las condiciones óptimas de infraestructura, insumos y materiales requeridos en la atención del paciente.

¿Cuáles serían las estrategias implementadas en la gestión de la calidad en prevención y control de infecciones en hospitales públicos de Imbabura?

1.3.- Justificación

La importancia de controlar las infecciones intrahospitalarias constituye a una responsabilidad de todas las personas y servicios proveedores de servicios de salud que deben trabajar en cooperación con la finalidad de disminuir el riesgo de infecciones entre el paciente en estadia hospitalaria y el personal sanitario y administrativo de limpieza

La presente investigación se justifica por la necesidad de los diversos problemas de salud que se presentan en los pacientes a causa del inadecuado cumplimiento de las normas básicas de bioseguridad por parte del personal sanitario y personal administrativo de limpieza que tienen un contacto directo con el paciente.

Las infecciones intrahospitalarias es de mucha preocupación para todo el personal de salud por los casos específicos que se han presentado en distintos hospitales a nivel mundial, debido al desconocimiento de procesos preventivos de bioseguridad en contacto directo con el paciente y de material utilizado.

La siguiente investigación tiene como idea específica observar y evaluar la gestión de la calidad en prevención y control de infecciones en hospitales públicos de Imbabura para proporcionar al paciente una atención de alta calidad donde reciba solo beneficios sin obtener riesgos.

Con esta investigación los beneficiados directos de una atención de calidad serán los usuarios de las entidades públicas de salud, y las unidades de salud, en la medida que participaron en el diseño de estrategias para mejorar la práctica clínica a partir de la evidencia científica en lo relacionado con el control de infecciones.

1.4.- Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Evaluar la gestión de la calidad en prevención y control de infecciones en hospitales públicos de Imbabura, 2015.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Observar y analizar los riesgos del personal de salud.
- Valorar las medidas para el control y prevención de las infecciones intrahospitalarias en los hospitales públicos de Imbabura.
- Identificar el manejo del material utilizado en procedimientos clínicos para la prevención de infecciones intrahospitalarias.
- Diseñar un curso autoadministrado para la prevención de infecciones intrahospitalarias.

1.5 Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son los riesgos del personal de salud al tener un contacto directo con el paciente?
- ¿Cuáles son las medidas para el control y prevención de las infecciones intrahospitalarias en los hospitales públicos de Imbabura?
- ¿Cómo identificar el manejo del material de prevención de infecciones intrahospitalarias?
- ¿Diseñar un curso autoadministrado para la prevención de infecciones intrahospitalarias?

CAPITULO II

2.- MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Contextual

La provincia de Imbabura se encuentra en el centro del país, siendo una de las 11 provincias que forma la región sierra, se encuentra edificada a las faldas del volcán que lleva el mismo nombre de la provincia, nos presenta una cultura incomparable y una industria textil excelentísima. (Arevalo & Bustillos, 2009)..

2.1.1 Antecedentes del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra.

En 1641, el hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo recibe los bienes del capitán Francisco López para gastos de las personas pobres después de la batalla de Ibarra ocurrida en el año de 1823, a raíz de la batalla de Ibarra las huestes del coronel Agualongo saquean la capilla del hospital llevándose todos los utensilios de plata, luego siendo derrotadas estas tropas por Bolívar a orillas del río Tahuando. En el año de 1868 Ibarra sufre un fuerte terremoto destruyendo toda la ciudad, el 28 de abril de 1872 es reconstruida Ibarra y el hospital bajo los planos del hermanito Benito Aulin con el nombre de San Vicente de Paul en ese entonces siendo uno de los mejores de América y se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas. (Msp, 2015).

2.1.2 Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas

del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social. (Msp, 2015).

2.1.3 Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente. (Msp, 2015).

2.2. Antecedentes del Hospital San Luis de Otavalo.

La historia de este centro hospitalario inició en 1922 cuando, un grupo de otavaleños y otavaleñas, conformaron la Asociación Liga de la Caridad, con el fin de recaudar fondos y empezar la construcción de lo que sería el hospital cantonal. Se dice que con los fondos recaudados se compraron dos hectáreas de terreno donde se empezó el hacinamiento del centro de salud.

Luego de transcurridos 30 años, el hospital San Luis de Otavalo (HSLO) al fin se convirtió en una realidad en ese entonces el presidente de la república del Ecuador, José María Velasco Ibarra, el 6 de septiembre de 1953, inauguró esta entidad de salud ubicada en las calles Sucre y Quito. (La Hora , 2008)

2.2.1 Misión

El Hospital “San Luis de Otavalo”, protege la salud de la zona norte del país a través del mejor servicio, con alta calidad, el empleo de tecnología moderna, con talento humano capacitado, comprometido y motivado en la mejora continua, la seguridad del paciente, la accesibilidad y la

cordialidad, con una gestión de procesos orientada hacia la ampliación de las políticas de salud del Estado. (Cruz, 2014).

2.2.2 Visión

En el año 2015. El Hospital “San Luis de Otavalo”, es una institución líder en atención de servicios de salud en la provincia de Imbabura y el mejor referente de salud pública a nivel nacional. (Cruz, 2014).

2.3. Antecedentes del Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi.

El 6 de Julio de 1.977 en una ceremonia llena de emotividad y orgullo con la presencia mayoritaria de la población de Cotacachi se procede a la inauguración de este Centro de Salud Hospital que lleva el nombre de “Dr. Asdrúbal de la Torre”. Quienes el gestor para realizar esta entidad de salud. En un primer tramo que abarcaba los Servicios de Consulta Externa y Odontología, dos años más tarde esto es en el año 1.979 se complementaba la que actualmente es la infraestructura que comprende los servicios de: hospitalización, centro quirúrgico, sala de partos, laboratorio, rayos X, emergencia y servicios generales.

Desde el año 1.992 el Centro de Salud Hospital Asdrúbal de la Torre pasa a convertirse en Jefatura del Área de Salud No. 3 que corresponde al Cantón Cotacachi, por disposición del Ministerio de Salud Pública mediante Decreto Ejecutivo No. 3292 del 29 de Abril de 1.992 publicado en el Registro Oficial No. 932 del 11 de Mayo del mismo año.

El hospital Asdrúbal de la torre es una entidad de salud para atender a la comunidad y ayudar a la prevención y control de enfermedades con una responsabilidad generalizada, cuenta con una

infraestructura adecuada para brindar el mejor servicio a la comunidad, se encuentra en la calle Pedro Moncayo S/n. (Albuja, 2011).

2.3.1. Misión

El Hospital Asdrúbal de la torre es una unidad del Ministerio de Salud Pública, que brinda servicios de salud de primer y segundo nivel, a la población del Cantón Cotacachi y de la Provincia de Imbabura, con talento humano capacitado sin discrimen de credo, etnia, genero, orientación, sexual, nacionalidad, preferencia política, estatus económico y social, con acciones de fomento, protección, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, a través del continuo de atención según ciclos de vida, priorizando grupos vulnerables y discapacitados, con calidad, calidez, eficiencia, equidad y solidaridad; en el marco del nuevo modelo de atención: fortaleciendo la atención primaria, la intercultural respetando los saberes ancestrales, con una amplia participación comunitaria y control social; articulado a través del sistema de referencia y contra referencia. (Albuja, 2011).

2.3.2 Visión

Para el año 2015 seremos un Hospital docente, un centro de investigación científica y modelo de la red de los servicios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la prestación de servicios, con infraestructura funcional, segura, con capacidad suficiente para su nivel de complejidad, con talento humano suficiente y capacitado, con equipamiento de alta tecnología; con servicios con adaptación cultural, encargado de proteger la salud con procedimientos basados en evidencia científica y manejo de protocolos de atención, que asegure la calidad y calidez de la atención. (Albuja, 2011).

2.4. Antecedentes del Hospital Público de Atuntaqui.

El hospital Básico de Atuntaqui se creó con la finalidad de proteger la salud de la comunidad, cuenta con una infraestructura adecuada para brindar servicios de salud a la comunidad y se encuentra ubicado en las calles Olmedo y Juan de Velasco. (Perugachi, 2010).

2.4.1 Misión

Brindar atención, al individuo sano y enfermo en el proceso de prevención, curación, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr el bienestar de la población del cantón Antonio Ante. (Benitez & Calderon, 2006).

2.4.2 Visión

Proporcionar atención integral en forma óptima, con calidad y calidez a toda el área de influencia del cantón Antonio Ante, con énfasis en la atención de los grupos vulnerables, en los aspectos preventivos, con la finalidad de disminuir los índices de morbi-mortalidad y mejorar el estilo de vida de la población. (Benitez & Calderon, 2006).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 Infecciones nosocomiales

La palabra nosocomial proviene del griego nosokomein que significa nosocomio, que es lo mismo que hospital, y que a su vez deriva de las palabras griegas nosos, enfermedad, y komein, cuidar, “donde se cuidan enfermos”. Por lo tanto infección nosocomial es una infección asociada con un hospital o con una institución de salud, donde quiere decir “lugar donde se cuidan enfermos”.

El origen de las infecciones intrahospitalarias o nosocomiales se dan a comienzos en el año 325, se dice que la primera causa de infección intrahospitalaria es el propio hospital debido a que en los hospitales han mezclado toda clase de pacientes en sus salas. De esta manera las epidemias, cólera, tifoidea, viruela, fiebres tifoidea, fueron propagadas a los enfermos ya sea por procesos quirúrgicos o por otros procesos ejecutados por el personal de salud. (SciELO, 2002)

Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un medio hospitalario o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende principalmente las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

Las infecciones nosocomiales más principales o frecuentes son de las vías respiratorias inferiores, las vías urinarias y las heridas quirúrgicas. Según estudios realizados se ha demostrado que en la unidad de cuidados intensivos también tiene una prevalencia muy alta de infecciones nosocomiales. La mayor prevalencia de infecciones nosocomiales se da en pacientes con mayor

vulnerabilidad a causa de enfermedad subyacente o edad avanzada. Las infecciones nosocomiales es un aviso urgente para todo el personal de salud y de limpieza debido a que nos da a conocer que se está ejecutando de manera incorrecta las normativas para prevenir las infecciones intrahospitalarias. (Oms, 2002)

Las infecciones intrahospitalarias, representan un problema de salud pública y son un indicador de la calidad de la prestación y gestión del servicio. Implican un aumento del uso de antimicrobianos y de la estancia hospitalaria y se asocian a un mayor riesgo de mortalidad, con consecuencias sociales y económicas que son muy relevantes para pacientes e instituciones y, por ende, un aumento de los costos de atención para el sistema de salud y para el paciente. (SciELO, 2010)

Desde hace más de 30 años se sabe que los estudios integrados de control de infección, que incluyen la vigilancia, pueden disminuir las tasas de infección hasta en 30% y, por consiguiente, reducir los valores de la atención en salud. La vigilancia de las infecciones intrahospitalarias que son asociadas a la atención en salud es el primer paso para reducir el riesgo de infección intrahospitalarias en los pacientes vulnerables por ende una de las funciones primordiales de los comités de infecciones es la vigilancia activa pero, esta vigilancia es de carácter muy estricto. (SciELO, 2010)

2.2.2 Medidas de prevención

Las medidas preventivas se dan en base a la infección que se quiere evitar, pero existen también algunas normas que tenemos que seguir para diferentes casos.

1. Realizar una adecuada asepsia de las manos del personal hospitalario antes y después de toda intervención realizada en el paciente, además que en alguno de los casos necesarios se debe usar guantes para el procedimiento a realizarse.
2. Proceder una excelente asepsia del material que usa el personal hospitalario en todo procedimiento realizado sobre el paciente, (lavar bien el material para luego proceder a su respectiva esterilización).
3. Realizar una correcta distribución, control y contacto con los pacientes, aislando en especial de los pacientes que tengan ya establecidas infección intrahospitalarias.
4. Mantener un control estricto de los procedimientos permanentes que se realiza sobre el paciente, como: la farmacoterapia,, catéteres venosos , entubaciones endotraqueales, sondaje nasogástrico, sondaje vesical, cateterismo central, donde vamos a tener un buen resultado si se realiza adecuadamente el control de los procedimientos, siendo que si realizamos un buen seguimiento evitaremos la para práctica clínica.
5. Adecuada asepsia de las dependencias hospitalarias en las cuales están internados los pacientes.

Se debería evitar la ocurrencia de tales infecciones al interior de las entidades sanitarias que brindan atención a la comunidad, para tal efecto contamos con diferentes medidas que reducen satisfactoriamente la propagación de las mismas, estas deberían ser cumplidas con estricto control. La primera y más importante de las medidas es la prevención de las infecciones intrahospitalarias, la segunda cuando ya está establecida la infección, es el tratamiento con la administración de antibiótico terapia, este tratamiento debe ser constantemente actualizado, consultado y vigilado e informado al paciente y a os familiares, cabe recalcar que así como aparecen nuevos fármacos, de

la misma forma aparecen patógenos más resistentes a los tratamientos que regularmente son convencionales y necesitan de antibióticos más fuertes. (Scielo, 2010).

2.2.3. Riesgo del personal de salud

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria siguen siendo un problema serio en todo el mundo sea en países desarrollados o no desarrollados, ya que complican el tratamiento, prolongan las estancias, incrementan los costes y amenazan tanto el bienestar, como la vida de los pacientes. Ante esta situación, la higiene de las manos (HM) emerge y es la medida más importante como la práctica preventiva que goza de mayor difusión y eficacia. Sin embargo, a pesar de haberse evidenciado su efectividad en numerosas ocasiones su extensión entre los profesionales de la salud (PS) ha encontrado numerosas barreras.

Las barreras que más destacan son las que están relacionadas con:

- Los conocimientos que tienen el propio personal sanitario y de administración de limpieza.
- Las actitudes y motivaciones para realizar una correcta higiene de manos.
- La importancia concedida por el personal de salud al riesgo de no adecuarse a las recomendaciones sobre higiene de manos.
- La propia disponibilidad de dispensadores, la formación recibida o el tiempo que se emplea en ello. (Scielo, 2014)

Por lo cual, en el año 2006 dentro de las actividades incluidas en el Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios, bajo el apoyo de la Vice consejera de Sanidad, se elaboró una Guía para la Prevención y el Control de las infecciones nosocomiales.

En su realización estuvieron representadas por Sociedades Científicas, a través de la Sociedad Madrileña de Medicina Preventiva y la Sociedad Madrileña de Microbiología Clínica, como los

profesionales sanitarios expertos en el tema y las Direcciones Generales competentes en dicha materia y que son lo que han tomado una importancia acerca de esta problemática.

A todos ellos, y a los componentes de la entonces Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección que promovió y coordinó su realización, se agradeció por toda su dedicación, su esfuerzo y el compromiso constante por la mejora continua para una atención adecuada. (SciELO, 2011)

La vigilancia de las infecciones intrahospitalarias, como indicador de calidad hospitalaria está promovido desde la Comunidad Europea mediante la Decisión 2119/98 of the European Parliament and the Council. (SciELO, 2011) (CHRISTOPH, 2006)

La higiene de manos es una de las medidas y normativas más importantes establecidas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas en general y de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en particular.

Tras la publicación de diversos estudios muestran que el personal sanitario cumple con las recomendaciones de higiene de manos en porcentajes muy inferiores a los deseables, oscilando entre un 20% y un 50% de las ocasiones en las que está indicada, y particularmente desde que la Organización Mundial de la Salud estableciera la promoción en higiene de manos como la estrategia fundamental del primer reto global de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente.

Se debe concientizar que cuando se realiza una asistencia limpia es una asistencia segura, y que el fomento de la Higiene de Manos se ha convertido en una estrategia prioritaria. Por ende se han enfatizado en poner en marcha numerosas intervenciones educativas dirigidas a proporcionar información acerca de las recomendaciones sobre higiene de manos y en algunos casos se han introducido estímulos inmediatos para la acción en el punto de atención al paciente.

En general, el personal sanitario manifiesta una cierta resistencia a cualquier cambio de comportamientos previamente aprendidos. Perciben sus propias conductas como adecuadas y mejores que las de otros compañeros y han automatizado una serie de pautas de actuación muy difíciles de modificar.

Las razones que alegan para explicar el bajo cumplimiento pueden actuar como refuerzos negativos (falta de tiempo, agresión de los productos, rutina), mientras que los refuerzos positivos son escasos. El grado de cumplimiento se relaciona de forma inversa con la categoría profesional y con la carga de trabajo, de forma que cuanto mayor es la necesidad de higiene de manos menor es la adherencia.

Se ha generalizado internacionalmente, la calidad de los estudios de intervención destinados a aumentar el cumplimiento de higiene de manos es decepcionante, al igual que parece necesario explorar la eficacia de las intervenciones diseñadas e implementadas en relación con la higiene de manos mediante una investigación sólida a nivel metodológico. Sin embargo, pocos estudios analizan las causas reales de esta conducta, en particular aquellas que se asocian a la posibilidad de lograr un cambio de comportamiento estable en el tiempo, es por eso que se están estableciendo nuevas investigaciones en relación acerca de estos temas relacionados con prevención de infecciones.

A nivel psicológico, numerosas teorías, técnicas y procedimientos de intervención de corte cognitivo conductual han puesto de relieve la importancia de los factores internos y externos al individuo como elementos de previsión de su conducta, incluyendo los comportamientos sociales aprendidos en relación con la higiene de manos.

Entre los estudiantes de medicina y enfermería, una intervención inadecuada podría ocasionar un papel muy importante para modelar el comportamiento futuro a medio y largo plazo. La conducta en relación con la higiene de manos del personal sanitario en formación se transmite fundamentalmente por imitación, influido por la escasa repercusión que la higiene de manos tiene durante la formación de pregrado. La formación universitaria de personal sanitario y personal que trabaja en las entidades de salud deberían abordar, tanto a nivel conceptual como práctico, y siempre de forma transversal, las indicaciones y métodos para la higiene de manos. (Pvs, 2010)

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud son una de las complicaciones muy frecuentes y durante la internación de pacientes y son una causa frecuente de demanda de consulta médica en todos los niveles de atención. (Lilacs, 2014)

Estos eventos adversos aumentan la morbimortalidad, comprometen la seguridad del paciente y del personal de salud, prolongan la estadía hospitalaria, pueden producir discapacidades y aumentar la resistencia antimicrobiana de la antibioticoterapia. Se calcula que del 25 al 33% de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentan complicaciones asociadas al uso creciente de nuevas tecnologías y procedimientos invasivos, necesarios para el diagnóstico y tratamiento. Esta situación representa una carga considerable de salud tanto para el paciente y su familia como para los Servicios de Asistencia Pública, impactando en todos los aspectos socioeconómicos involucrados.

La posibilidad de adquirir una infección nosocomial está determinada por factores referentes al paciente (edad, inmunidad, comorbilidades, malnutrición) y a aquellas intervenciones invasivas que intensifican el riesgo (procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y Quirúrgicos). El paciente está expuesto a diversos microorganismos e agentes patógenos que durante la hospitalización y aunque se conocen en términos generales los gérmenes patógenos condicionantes

de procesos infecciosos adquiridos en la comunidad, el espectro microbiano se amplía en aquellos que requieren cuidados intensivos, al agregarse los patógenos adquiridos en la estancia hospitalaria con perfiles de susceptibilidad antimicrobiana menos predecibles, producto, en parte, del fenómeno de selección antimicrobiana.

Las infecciones nosocomiales son causadas y pueden ser causadas por un microorganismo transmitido por otra persona, objeto inanimado o sustancias contaminadas en el hospital o proveniente de la propia flora del paciente, es por eso que muchos pacientes llegan a los hospitales con una patología y después de un tiempo salen con otra patología. (Bvs, 2014)

El personal de salud se encuentra expuesto al contacto con múltiples gérmenes patógenos, situación que lo convierte en potencial portador y transmisor de dichos patógenos a otros pacientes. De manera que en la atención de pacientes es importante tener las manos limpias. Su higiene es la medida de control más simple, sencilla y económica que permite controlar las complicaciones infecciosas debidas a microorganismos patógenos institucionales y disminuir su transmisión; a su vez hace más segura la asistencia sanitaria tanto del paciente como de quienes lo cuidan y hay que tomar en cuenta que quienes cuidan son los que tienen el contacto más directo. (Bvs, 2014)

A pesar de lo sencillo y costo-efectivo de la recomendación, el apego de los profesionales de la salud, en general, es menor a 60%. Los argumentos o justificación para no llevarlo a cabo son múltiples, e incluyen la carga excesiva de trabajo, la falta de insumos, la insuficiente infraestructura y los efectos adversos a los antisépticos en la piel, entre otros.

Las actividades de capacitación son desestimadas por ser consideradas una estrategia demasiado convencional. Sin embargo, algunos estudios han demostrado el cambio de actitud en

pro de la higiene de manos con dichas actividades, además del beneficio económico que esto representa en forma secundaria para las instituciones de salud.

Pittet y colaboradores demostraron que, mediante un proceso de intervención en el que se incluyó la capacitación y uso de una estrategia multimodal, se logró una importante y un notable apego a la higiene de manos en los profesionales de la salud, a la par de una reducción significativa en la tasa de infecciones.

2.2.4. Medidas preventivas

2.2.4.1. Lavado de manos

Estos antecedentes se tomaron como apoyo para realizar la Guía de Higiene de Manos en el Cuidado a la Salud, emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2009, considerando su importancia y proponiendo su implementación. En esta Guía se resalta la importancia de cumplir con las características óptimas para llevar a cabo la estrategia de un estudio multimodal caso contrario no sea de utilidad la estrategia. (Scielo, 2012)

El lavado de las manos es el procedimiento más importante para reducir la mayor cantidad de microorganismos presentes en la piel y uñas; por lo tanto, es un método básico de prevención.

Todo el personal de salud debe lavarse siempre las manos antes y después de examinar o tratar a cada uno de sus pacientes, antes y después de colocarse los guantes, de tocar cualquier objeto que pueda ser susceptible de contaminación con sangre, saliva o secreciones respiratorias, y cada vez que se deja el consultorio.

Antes de comenzar todo procedimiento se deben eliminar todas las prendas de las manos y antebrazos, estos son centros de retención de elementos contaminados que además producen la necesidad de exponerse con más frecuencia y durante más tiempo al jabón. Lavarse las manos después de que se han retirado los guantes se debe a que estos pueden tener perforaciones, visibles o no, lo que puede permitir la entrada de bacterias y otros microorganismos que se multiplican rápidamente.

El lavado de manos debe ser con agua potable, se recomiendan las manijas que se activan por sensores o llaves de manijas largas para ser cerradas por los codos. Para procedimientos de rutina se puede utilizar el jabón común y para los procedimientos quirúrgicos se debe utilizar un jabón con antiséptico, que contenga alguna sustancia antibacteriana, tales como clorhexidina al 4%, hexaclorofeno al 3%, cloruro de benzalconio o yodopovidona al 0.75%.

Para procedimientos de rutina y quirúrgicos, la mejor presentación de los jabones es en forma líquida, lo ideal es el dispensador que evita el contacto directo con las manos, recomendando también los dispensadores activados mediante pedales o sensores. El contacto repetido de las formas sólidas del jabón puede favorecer el crecimiento de bacterias y otros microorganismos provenientes tanto de la piel del profesional de salud o como de la boca del paciente. Cuando los guantes se rasgan, cortan o perforan, deben retirarse tan rápido como la seguridad del paciente lo permita y lavarse completamente las manos, secarse y cambiarse los guantes para completar el procedimiento clínico, por eso hay muchas de las veces que se acostumbra a utilizar doble guante para evitar anomalías de que se rasgan los guantes o se rompan. (www.salud.gob.mx, 2015)

2.2.4.2. Secado de manos

Para el secado de las manos utilizar secadores de aire o toallas de papel desechables para mayor seguridad.

Las toallas de tela (no esterilizadas) no son recomendadas, ya que en ellas pueden crecer bacterias provenientes tanto de la piel del estomatólogo como del paciente.

El secado debe realizarse con una toalla de papel para cada mano, debe comenzar en los dedos, para luego dirigirlo a la palma y dorso de las manos, y finalmente a la superficie de los brazos. (www.salud.gob.mx, 2015)

2.2.5. Bioseguridad

La bioseguridad es un concepto muy amplio donde implica una serie muy amplia de normativas para proteger a todo el personal que labora en un medio de salud y a los pacientes, visitantes y medio ambiente que puede ser contaminado como resultado de la actividad asistencial, por lo cual se debe cumplir con las medidas ya establecidas con el fin de reducir o eliminar los riesgos de infecciones ocasionados por agentes infecciosos, físicos, químicos y mecánicos. (Msp, 2004)

Las normas de bioseguridad están elaboradas para todo el personal de salud, quienes manipulan material infeccioso con microorganismos potencialmente peligrosos (desde bacterias hasta virus), también se aplican estas normas al trabajo con agentes que causan otras enfermedades transmitidas por la sangre, como el virus de la hepatitis B (VHB). Estas normas permiten dar información precisa a todo el personal de salud sobre cómo protegerse adecuadamente y evitar infecciones de acuerdo al nivel de riesgo en el que cada uno se encuentre. Es por eso que debemos tomar conciencia y aplicar las normas de bioseguridad por nuestro bien y el de los pacientes. (Bvs, 2015)

Para evitar la propagación de las enfermedades o de contagio, es necesario interrumpir el proceso de transmisión de las mismas, por lo que se deben considerar los siguientes aspectos:

2.2.5.1. Normas universales de bioseguridad

Las principales normas de bioseguridad exigen tomar en cuenta medidas generales como son:

- ❖ Protección
- ❖ Prevención
- ❖ Asepsia
- ❖ Antisepsia
- ❖ Tratamiento específico a cada tipo de desecho.

2.2.5.2. Precauciones universales

Se conoce como precaución al conjunto de medidas y procedimientos que son destinados a proteger al personal de salud, de posibles infecciones. Todos los fluidos corporales y todos los pacientes independientemente del diagnóstico de ingreso deben ser tratados potencialmente con desinfectantes, tomando las respectivas precauciones para evitar posibles infecciones.

2.2.5.3. Líquidos de precaución universal

- ❖ Leche materna
- ❖ Líquido pleural
- ❖ Líquido amniótico
- ❖ Líquido cefalorraquídeo
- ❖ Líquido peritoneal

- ❖ Líquido pericardio
- ❖ Secreciones vaginales
- ❖ Sangre
- ❖ Semen

Por otra parte el vómito, las secreciones nasales, saliva, heces, orina nos son catalogados como un infectante potencial, pero si están contaminados con sangre si son un medio de potencial de contaminación. (Medrano & Muñoz, 2008)

2.2.6. Medidas de control de infecciones

- Universalidad.
- Inmunizaciones.
- Barreras físicas de protección para procedimientos clínicos y quirúrgicos.
- Lavado de manos.
- Manejo y esterilización del instrumental.
- Desinfección del equipo y superficies contaminadas.
- Manipulación y disposición de los residuos peligrosos biológico infecciosos.

Se refiere a considerar a todo paciente como potencialmente infeccioso, y a todo fluido corporal como potencialmente contaminante. Sobre esta base es necesario realizar las mismas medidas de protección según el procedimiento y no de acuerdo al paciente, es decir, deben ser aplicadas para todas las personas sin excepción ninguna, donde la igualdad de género y raza sobresaldrá.

El concepto de universalidad está justificado ante la evidente situación de que no es posible determinar si los pacientes se encuentran sanos o enfermos, ya que muchas enfermedades pueden permanecer sin signos y síntomas durante el periodo de incubación; así mismo, no todos los

pacientes responderán asertivamente durante el interrogatorio que se efectúa en la historia clínica del Expediente Clínico guardado de consultas anteriores. (www.salud.gob.mx, 2015)

2.2.7. Focos infecciosos

Se realizó una investigación para evaluar algunos de los factores de riesgo presentes en las infecciones posquirúrgicas susceptibles de ser modificados por la organización de salud. El trabajo abarcó 6 712 intervenciones limpias realizadas en 8 hospitales de la provincia Ciudad de la Habana y La Habana, la tasa global encontrada fue de 6,3 %. Se reportan asociaciones significativas entre la duración del tiempo quirúrgico, la estadía preoperatoria, la presencia de focos infecciosos endógenos y el equipo de cirujanos actuante. En el origen de la sepsis existió un predominio franco de los gérmenes gramnegativos por mala limpieza de los quirófanos por medio del personal de limpieza, también se observó que personal encargado de realizar material utilizado como succionador no lo realizan adecuadamente y se convierte en otro medio de contaminación. (Lilacs, 2015)

2.2.8. Infección por staphilococcus

En el complejo desafío que suponen las altas tasas de morbilidad y mortalidad de las infecciones intrahospitalarias, un factor determinante es el intercambio de material genético y el surgimiento espontáneo de mutantes entre los diversos agentes causales, los microorganismos se van desarrollando a medida de las enfermedades que se diagnostiquen en la estadía hospitalaria, por lo cual conforme las clonas susceptibles pre-existentes van desapareciendo del ambiente al entrar en contacto con los numerosos internos que reciben tratamientos antimicrobianos.

Se realizó un primer reporte de resistencia a penicilina en gran positivos se publicó sólo cerca de un año después de iniciada la aplicación de este antimicrobiano para tratar infecciones en humanos. A partir de ese entonces, los estafilococos han seguido adquiriendo resistencia a una mayor cantidad de agentes terapéuticos, complicando cada vez más la curación de los pacientes afectados y poniendo énfasis en la investigación para la creación de nuevos fármacos.

El paso previo a la inquietante etapa en que se encuentra actualmente la lucha contra los padecimientos nosocomiales ocasionados por *S. Aureus* consistió en la aparición de las cepas HA-MRSA. Éstas, como muchas otras bacterias, producen altas concentraciones de β -lactamasas, enzimas que inactivan a la mayor parte de los antibióticos clasificados como β -lactámicos, tales como las penicilinas y cefalosporinas; sin embargo, también resultan resistentes a oxacilina, meticilina y cloxacilina, antibióticos clasificados como penicilinas no degradables por β -lactamasas.

Otras alternativas incluyen el desarrollo de nuevos antimicrobianos, el estudio de la posibilidad de incrementar la concentración de los antibióticos conocidos y el establecimiento de terapias múltiples consistentes en administrar simultáneamente dos, tres o más fármacos a los enfermos. Estas últimas opciones representan la posibilidad de mayores efectos colaterales, aunque también una alta probabilidad de rebasar la capacidad de los microorganismos para neutralizar la acción de los antimicrobianos y se debe conocer a los pacientes debido a que muchos son alérgicos y se debe realizar otro tipo de tratamiento. (Scielo, 2013)

2.2.9. Material contaminado

Un material contaminado o residuo es aquel material que puede provocar una infección después de tener un contacto directo con el paciente, por ende la manipulación debe ser con precaución y con mucho cuidado evitando la contaminación del ambiente, del personal de salud y limpieza. (Gamboa, 2008)

Definiciones:

Material contaminado: es todo aquel que tiene contacto directo con fluidos corporales, sangre y algunas secreciones.

Esterilización: es un conjunto específico de actividades, acciones y procedimientos los cuales están destinados a eliminar la mayoría de seres vivos que se encuentran en el material utilizado.

Limpieza: es la disminución de carga microbiana por arrastre, pero no destruye los microorganismos; puede ser realizada de manera manual o automatizada utilizando las normas de bioseguridad.

Descontaminación: el objetivo es eliminar los agentes microbianos de los artículos contaminados ya sea de fluidos o materia orgánica durante la atención al usuario, logrando la descontaminación con una limpieza estandarizada.

Lavado: es un procedimiento que permite reducir los microorganismos del material contaminado durante la atención al usuario. (Republica de Chile Ilustre Municipalidad de Chile, 2013)

El tratamiento y el desecho de material contaminado reducen muchos riesgos, es posible que surjan nuevos riesgos sanitarios indirectos debido a la liberación de al medio de contaminantes tóxicos como proceso de la evacuación de desechos. Hoy en día existen soluciones, alternativas, procedimientos a la incineración, como la esterilización en autoclave y el tratamiento químico que son de mucha validez, debido a que colaboran y evitan la propagación de agentes patológicos y ayudan con la prevención de infecciones intrahospitalarias. (Oms, 2011).

2.2.9.1. Clasificación de los desinfectantes.

Los desinfectantes se clasifican en tres grupos que son los siguientes:

1. Alto nivel: se encarga de destruir a toda clase de organismos a excepción de las esporas bacterias, se aplica en las áreas más críticas.
2. Nivel intermedio: se encarga de destruir a bacterias, mico bacterias, a todos los agentes micóticos, y en la gran mayoría a los virus, se aplica en las áreas semicríticas.
3. Bajo nivel: se encarga de la destrucción específica de bacterias, algunos virus y algunos agentes micóticos, se aplica en las áreas que no son críticas.

Una solución con efecto desinfectante es una sustancia química que cumple con la labor de eliminar, matar, desaparecer todo agente patógeno, pero no tienen la capacidad de evitar la proliferación de microorganismos.

2.2.9.2. Clasificación de las áreas para la limpieza

Para estandarizar los métodos de limpieza y desinfección de las áreas se debe conocer el tipo de procedimientos y su clasificación.

Son tres áreas divididas en:

Áreas críticas: Son los lugares, o servicios de los hospitales donde debemos tener el mayor cuidado posible, debido a que se concentran los pacientes más graves, con procedimientos invasivos y con enfermedades crónicas (mayor contacto con fluidos corporales).

Áreas semicríticas: En estas áreas el paciente puede tener una larga estadía o también podría estar de manera transitoria, durante esta estancia puede tener contacto con elementos contaminados, por lo cual se recomienda mantener las precauciones pertinentes.

Áreas no críticas: Son las áreas donde las personas están de paso y no tienen un contacto directo con elementos hospitalarios.

Se debe conocer que las superficies que son solo limpiadas logran reducir solo el 80%, mientras que las superficies que son limpiadas y desinfectadas logran reducir un 99% el número de agentes patógenos. (Motta, 2012).

2.3. MARCO LEGAL

2.3.1. Plan del buen vivir

2.3.1.1. Mejorar la calidad de vida de la población

Buscamos condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas las personas, familias y colectividades respetando su diversidad. Fortalecemos la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada, sustentable y creativa de las necesidades de ciudadanas y ciudadanos.

Garantiza el derecho a la salud, su promoción y protección incorporando prácticas de medicina tradicional y alternativas, involucrando a todos los sectores y actores responsables en los ámbitos nacional, provincial y local mediante la organización y funcionamiento del SISTEMA

NACIONAL DE SALUD, de manera concentrada, descentralizada y participativa, cumpliendo con los principio de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia.

El ministerio de salud Publica asegurara el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para la comunidad y personal de salud y pondrá atención en la formulación y aplicación desconcentrada y descentralizada de las políticas sanitarias. (Plan del buen vivir, 2013).

2.3.2. Constitución Nacional

En la constitución de la República del Ecuador, art. 32 y 42, se hace hincapié en el derecho a la salud, como un bien público y ligada a otros derechos, entre ellos se refiere a:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 42.- El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitucion de la Republica del Ecuador, 2008).

2.3.3. Ley Orgánica de Salud

La ley orgánica de salud (Ministerio de Salud Pública, 2010) en los artículos 6 y 7 indica lo siguiente:

Art. 2.- Derecho a una atención digna.- Todo paciente tiene derecho ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba el centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos que medicamente está expuesto a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimientos a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia. (Ley Oranica de Salud, 2006)

Tabla 1. Matriz de categorización de variables

Variable	Dimensión	Pregunta orientadora	Indicador	Escala Likert
ESTRATEGIA INTEGRAL DE HIGIENE DE MANOS	Capacitación regular en higiene de manos.	<ul style="list-style-type: none"> • Se utilizan las técnicas de lavado de manos según el objetivo. • Existe un programa periódico de formación. • El personal conoce las diferentes técnicas de lavado de manos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Si se cumple con totalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado
	Recursos y acceso para seguir las recomendaciones de higiene de manos.	<ul style="list-style-type: none"> • Existen dispositivos alcohólicos en la unidad (Cuantos, a que distancia, son suficientes). • Existen lavabos para el lavado de manos debidamente condicionados (Cuantos, a que distancia, son suficientes). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Si se cumple con totalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado

		<ul style="list-style-type: none"> • Existen jabones neutros con poder aseptizaste en cada lavabo de manos y papel desechable para el secado de manos (son suficientes para cada turno de trabajo). • Existen carteles o incentivos que recuerden el lavado de manos a los profesionales. 		
	Proceso de selección de desinfectantes de alcohol para las manos.	<ul style="list-style-type: none"> • Se selecciona el tipo de desinfectante de manos según las recomendaciones de la OMS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Si se cumple con totalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado

MATERIAL Y DESINFECCION	Protocolo de manejo y desinfección de material contaminado.	<ul style="list-style-type: none"> • Se establecen las precauciones necesarias para el manejo de material usado en enfermedades transmisibles (uso individualizado de material de instrumentos por paciente y desinfección antes de su uso con otro paciente). • Se maneja adecuadamente la comida y los desechos de la misma. • Se utilizan las técnicas adecuadas para la limpieza del material sanitario (según las recomendaciones del fabricante). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Si se cumple con totalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado
	Protocolo de limpieza de	<ul style="list-style-type: none"> • Existe protocolo de limpieza 		

	<p>instrumentos y espacios físicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se usa el desinfectante adecuado compatible con cada instrumento. • Se desinfectan los instrumentos para su uso para cada paciente. • Se limpia el espacio físico (cada vez que este sucio, una vez en cada turno, para cada paciente nuevo.). • Se comprueban diariamente la concentración de desinfectantes con tiras reactivas y desechan antes de las dos semanas. • Se establecen comprobaciones de la esterilización del material. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si la mitad no se cumple 2. Si más de la mitad se cumple 3. Si se documenta pero no se ha implantado o difundido 4. Si se cumple con totalidad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia 2. En proceso 3. Elaborado 4. Desarrollado
--	---	--	--	---

CAPÍTULO III

3.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La presente es una investigación no experimental con metodología cuali-cuantitativo debido a los resultados ya que tiene un análisis subjetivo individual y predomina la escritura y la explicación. No experimental, debido a que se utiliza predominantemente información observacional que permite recoger, procesar y analizar las características del grupo de estudio.

3.2. Diseño de la investigación

El diseño del presente estudio fue observacional, descriptivo y explicativo en la medida que describe los hechos como son observados, explicativo porque busca el porqué de los hechos estableciendo las causas y explicación de los hechos en la prevención y control de infecciones. De corte transversal en la cual se realiza un marco de tiempo determinado.

3.3. Lugar de estudio

La investigación fue realizada en 4 hospitales públicos de IMBABURA, entre los cuales se hacen referencia a:

- Hospital San Vicente de Paul
- Hospital San Luis de Otavalo
- Hospital Asdrúbal de la Torre (Cotacachi)
- Hospital Público de Antonio Ante

3.4. Población

En esta investigación la población estudiada fue el personal de salud y el personal de limpieza de los servicios de emergencia, medicina interna y pediatría de los 4 hospitales públicos ya antes mencionados.

La población fue de 50 trabajadores de salud y de limpieza de los 4 hospitales públicos de Imbabura que colaboraron con la investigación.

3.5. Muestra

El muestreo escogido fue no probabilístico por conveniencia en cuanto a que se seleccionó de los diferentes servicios de salud un determinado número de personal de salud en especial personal de Enfermería y personal de limpieza que cumplen con los requisitos de inclusión requeridos para el estudio.

3.5.1 Criterios de inclusión

Personal de salud de los servicio de emergencia, medicina interna y pediatría que se encontró en el momento de la aplicación del instrumento y acepto voluntariamente participar en la investigación.

3.5.2 Criterios de exclusión

Personal de salud de los servicio de emergencia, medicina interna y pediatría que no se encontró en el momento de la aplicación del instrumento y personal que no acepto voluntariamente participar en la investigación.

3.6. Métodos

El método utilizado en la presente investigación de tipo bibliográfico porque posee una revisión bibliográfica con un alto contenido analítico y sintético; empírico porque presenta una observación directa, a través de encuestas.

3.7. Instrumentos y técnica

La técnica e instrumento que se utilizará para lograr nuestro objetivo será la encuesta, la misma que será modificado y adaptado a nuestra realidad. Tomando como referencia principal la Escala multifactorial SERVQUAL (Service Quality) con una escala de Likert modificada, que nos será útil a partir del paradigma de la desconfirmación de la literatura de satisfacción del cliente de evaluar y/o medir los servicios ofrecidos.

3.8. Procedimiento de la investigación

La investigación se desarrolló en 4 entidades de salud prestadoras de servicios de salud pública, se realizó el día lunes 17 de noviembre del 2014 en el Hospital San Vicente de Paul, el día martes 18 de noviembre del 2014 en el hospital San Luis de Otavalo, el día jueves 20 de noviembre del 2014 en el Hospital Asdrúbal de la Torre en el cantón Cotacachi y el día viernes 21 de Noviembre en el hospital Básico de Atuntaqui, siendo los servicios de emergencia, pediatría y medicina interna los escogidos para realizar el estudio en sus diferentes etapas del proyecto.

La población que se escogió fue a todos los profesionales de la salud y personal administrativo de limpieza que se encontraban realizando sus respectivos turnos y que cumplen con los requisitos de inclusión requeridos para el estudio.

Criterios de inclusión.-Personal de salud de los servicio de emergencia, medicina interna y pediatría que se encontró en el momento de la aplicación del instrumento y acepto

voluntariamente participar en la investigación. Criterios de exclusión.- Personal de salud de los servicio de emergencia, medicina interna y pediatría que no se encontró en el momento de la aplicación del instrumento y personal que no acepto voluntariamente participar en la investigación.

El instrumento utilizado fue la encuesta, utilizando la técnica de cuestionario individual al personal sanitario y personal administrativo de limpieza de las entidades de salud estudiadas. Se utilizó un formulario adaptado a los estándares QMENTU. Internacional Canadá que está enfocado en el proyecto de estudio sobre control y prevención de infecciones intrahospitalarias de los servicios de salud, llevándose a cabo con la colaboración de la UTN y las 4 entidades de salud, siendo validada por profesionales expertos en el tema.

Los datos obtenidos de este estudio se evaluaron a través Estándares Canadienses, el sistema que utilizamos mide 3 niveles para evaluar la situación actual de cada entidad sanitaria y también la implementación de las recomendaciones de los consultores para la mejora de cada servicio de los hospitales estudiados. Los 3 niveles que mide son; nivel oro es el que marca los elementos fundamentales de la calidad y seguridad, nivel platino se enfatiza en el cuidado del paciente y en la entrega del servicio y nivel diamante se concentra en los resultados como evidencia de la implementación y recomendaciones para mejorar el servicio a los usuarios.

El formulario que se utilizó para el estudio de la gestión de la calidad en prevención y control de infecciones consta de dos partes: de 6 indicadores y 18 subindicadores.

Este estudio fue medido bajo una escala Likert lo cual nos daba dos respuestas si se cumplen o no se cumplen con una puntuación de 1(Ausencia), 2 (En proceso), 3 (Elaborada), 4 Desarrollado).

CAPITULO IV

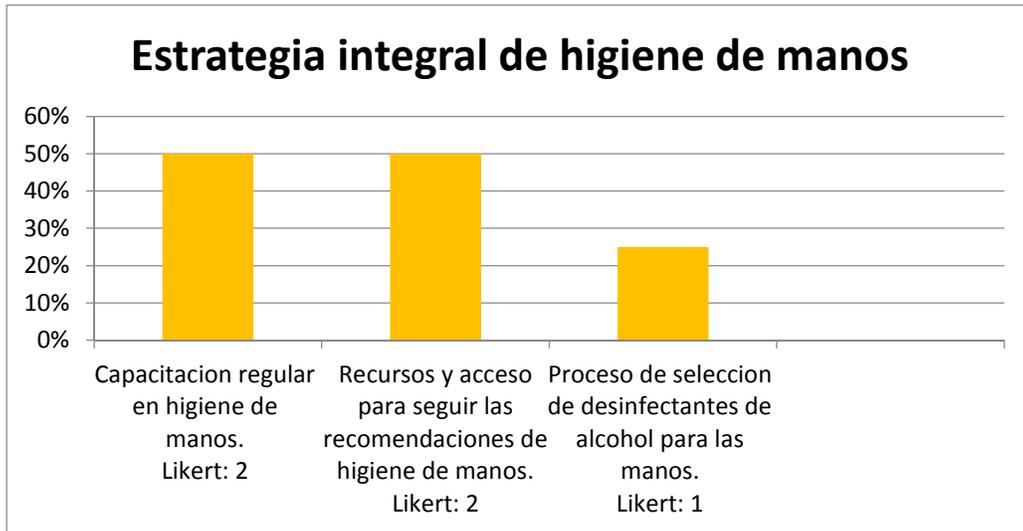
4.- ANALISIS

4.1 Resultados

El presente estudio fue realizado en los hospitales publicos de IMBABURA se realizo una encuesta al personal de salud y al personal de limpieza.

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL

Figura 1 Estrategia integral de higiene de manos

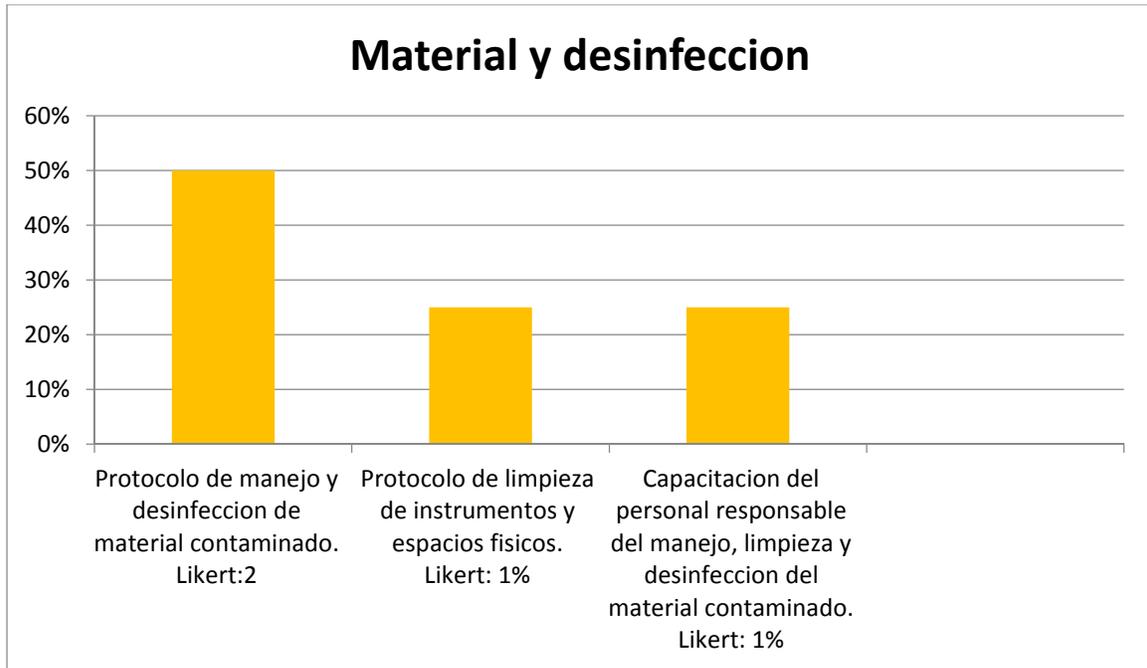


Fuente: Adaptado Instrumento QMENTU "Acreditación Canadá"

ANALISIS: En la figura 1 de estrategia integral de higiene de manos podemos medir la capacitación regular y las recomendaciones de higiene de manos, que tienen una escala de Likert de 2 equivalentes al 50% (En proceso- NIVEL ORO). Lo cual afirma que se cumple la mitad del porcentaje esperado dándonos a notar que se necesita un enfoque más profundo y aplicado en los dos procesos antes mencionados no cuenta con todos los recursos necesarios para el efecto. En el proceso de desinfectantes de alcohol para manos se tiene como resultado una escala de Likert de

1 equivalente al 25% (Ausencia- NIVEL ORO), afirmando la falta de interés y de ejecución responsable del personal estudiado. No existe un proceso de selección adecuado en el tipo y calidad de desinfectantes de manos de acuerdo al grado de desinfección requerido.

Figura 2 Material y desinfección

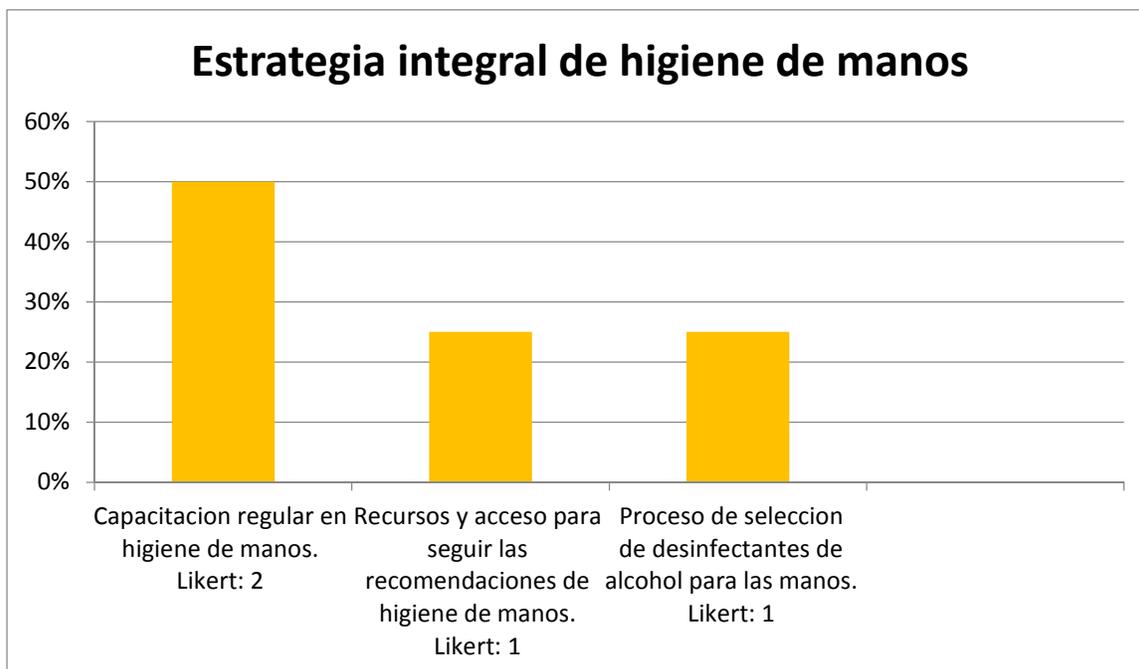


Fuente: Adaptado Instrumento QMENTU "Acreditación Canadá"

ANALISIS: En la figura 2 de material y desinfección podemos apreciar que el protocolo de manejo y desinfección de material contaminado tiene una escala de Likert de 2 equivalente al 50% (En proceso- NIVEL ORO), recalcando que se debe tomar en cuenta la correcta aplicación del protocolo y un mayor interés para llegar a los estándares establecidos según Acreditación Canadá. En el protocolo de limpieza de instrumentos y la capacitación del personal responsable del manejo, limpieza y desinfección del material contaminado tiene una escala de Likert de 1 equivalente al 25% (Ausencia- NIVEL ORO), ya que no se está ejecutando con la seriedad y responsabilidad que lo amerita sabiendo que cuando hay fallas en los procedimientos hospitalarios aumenta el riesgo de morbilidad de los pacientes y trabajadores de limpieza y personal de salud. (Vignoli rafael, 2011).

HOSPITAL SAN LUIS DE OTAVALO

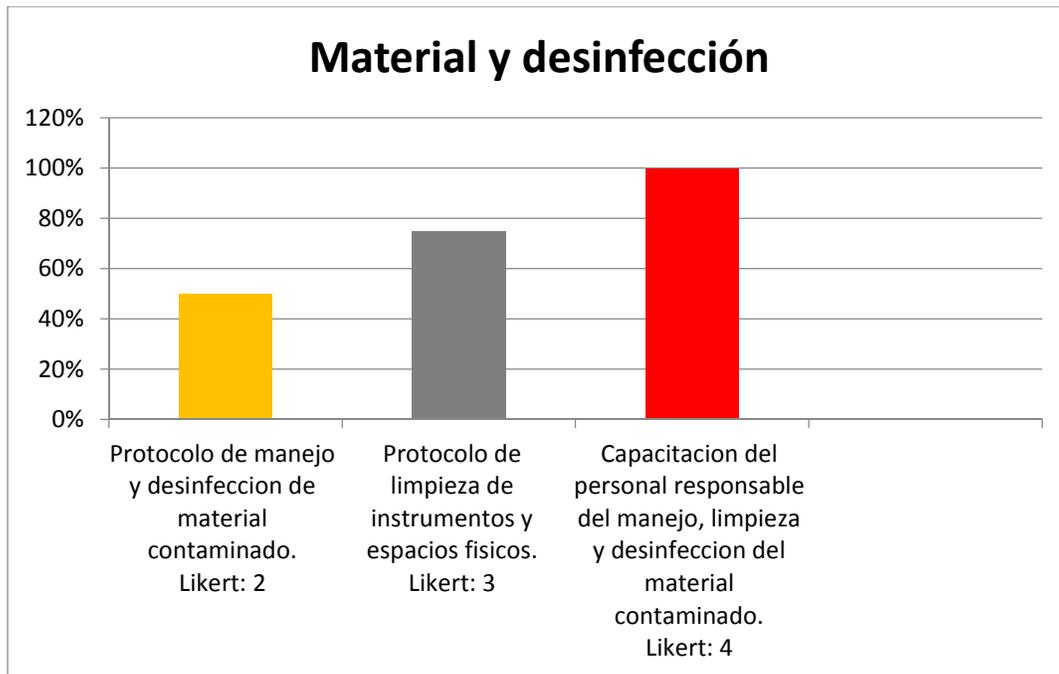
Figura 3 Estrategia integral de higiene de manos



Fuente: Adaptado Instrumento QMENTU "Acreditación Canadá"

ANÁLISIS: En la figura 3 que se refiere a la estrategia integral de higiene de manos podemos medir la capacitación regular en higiene de manos que tiene una escala de Likert de 2 equivalente al 50% (En proceso- NIVEL ORO), lo cual nos dice que en esta entidad de salud no se lleva a cabo la capacitación regular y no se cumple con el lavado de manos según el objetivo que los estándares de Acreditación Canadá establecen. Los recursos para seguir las recomendaciones de higiene de manos y el proceso de selección de desinfectantes tiene una escala de Likert de 1 equivalente al 25% (Ausencia-NIVEL ORO), donde Acreditación Canadá dice que la desinfección con alcohol gel reduce al mínimo el riesgo de efectos adversos, pero que en esta entidad no se cumple ninguna normativa establecida.

Figura 4 Material y desinfección



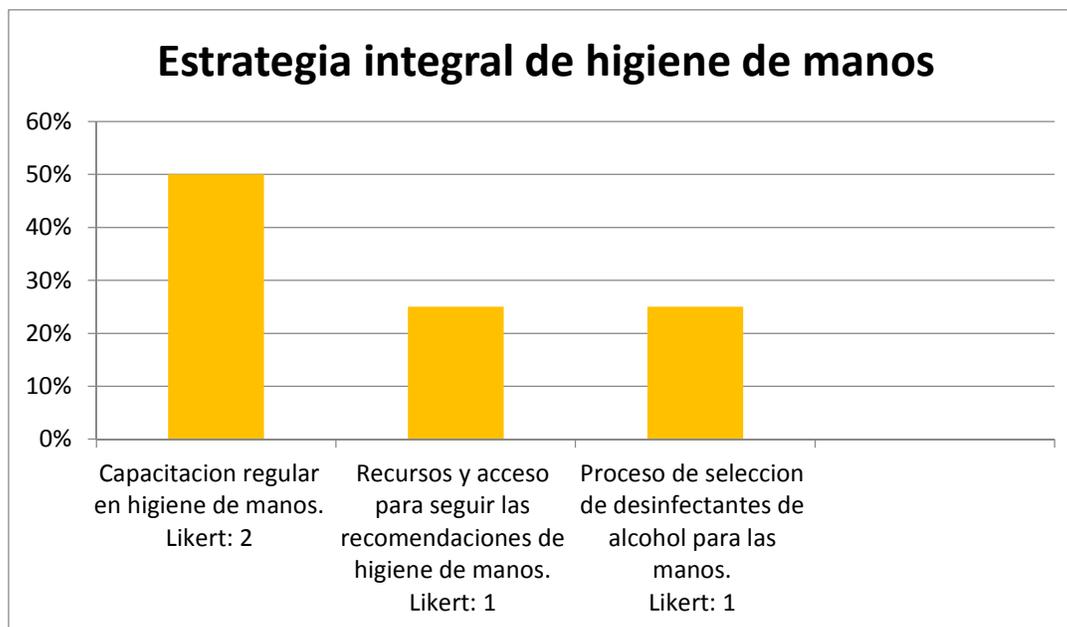
Fuente: Adaptado Instrumento QMENTU "Acreditación Canadá"

ANALISIS: En la figura 4 de material y desinfección podemos apreciar que en el hospital San Luis de Otavalo, el protocolo de material contaminado tiene una escala de Likert de 2 equivalente al 50% (En proceso- NIVEL ORO) que nos dice que estamos avanzando, con la finalidad de obtener mejores resultados en el cumplimiento del protocolo y en el manejo de desechos de comida. En el protocolo de limpieza de instrumentos y espacios físicos tiene una escala de Likert de 3 equivalente al 75% (Elaborado- NIVEL PLATINO), por ende el hospital san Luis de Otavalo está cumpliendo con las normas, reglas y procedimientos establecidos que establece Acreditación Canadá especialmente en las comprobaciones de la esterilización del material. La capacitación del personal responsable del manejo, limpieza y desinfección del material contaminado tiene una escala de Likert de 4 equivalente al 100% (Desarrollado- NIVEL DIAMANTE), nos hace referencia que más allá de la capacitación con periodicidad de material contaminado los que

deberían adoptar esta temática son el personal sanitario y personal administrativo de limpieza en cuanto a que son los que más contacto directo mantienen con el paciente y a lo que hace referencia Acreditación Canadá.

HOSPITAL ASDRUBAL DE LA TORRE

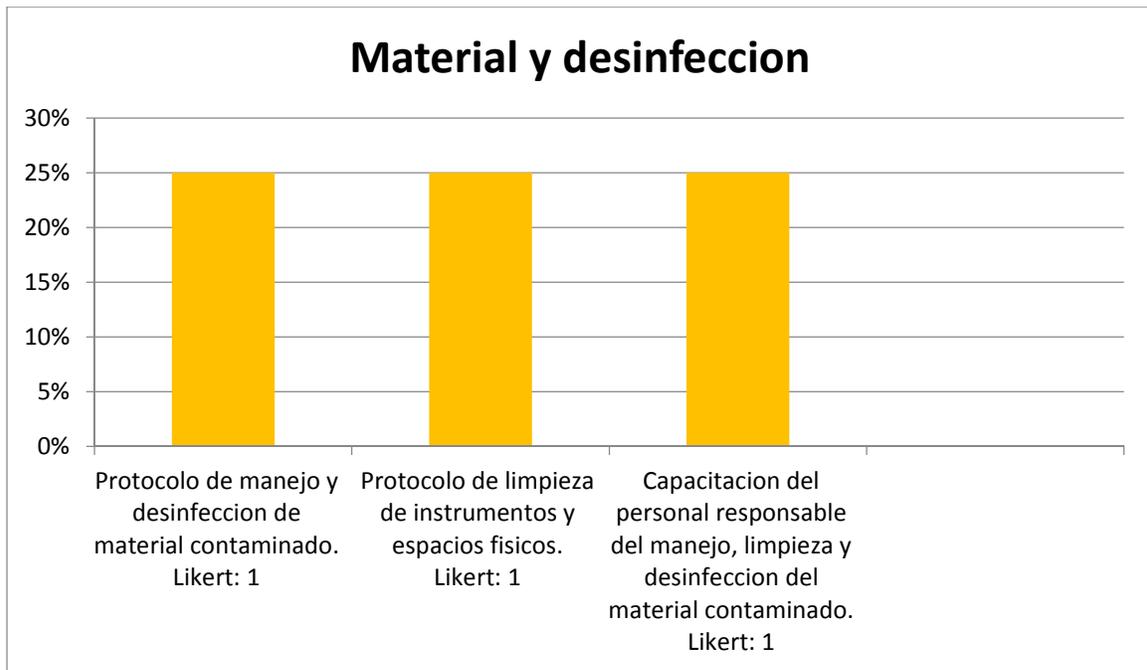
Figura 5 Estrategia integral de higiene de manos



Fuente: Adaptado Instrumento QMENTU "Acreditación Canadá"

ANÁLISIS: En la figura 5 de la estrategia integral medimos que la capacitación regular de higiene de manos tiene una escala de Likert de 2 equivalentes al 50% (En proceso- NIVEL ORO), que según Acreditación Canadá nos dice que tenemos que fomentar un mayor interés para llegar a los resultados esperados, realizando programas de capacitación continuos con la finalidad de llegar a escala de Likert de 4. En recursos para seguir las recomendaciones y el proceso de selección de desinfectantes tiene una escala de Likert de 1 equivalente al 25% (Ausencia-NIVEL ORO) por ende hay que poner énfasis en mejorar la infraestructura y ayudar a proveerse de insumos que son muy importantes como el gel antiséptico, jabones neutros. Según otra bibliografía hace referencia a que la aplicación de la estrategia de lavado de manos es de mayor importancia para conseguir un efecto excelente en la seguridad del paciente y no correr riesgos de una infección intrahospitalaria. (Secretaría de salud Bogotá, 2015)

Figura 6 Material y desinfección

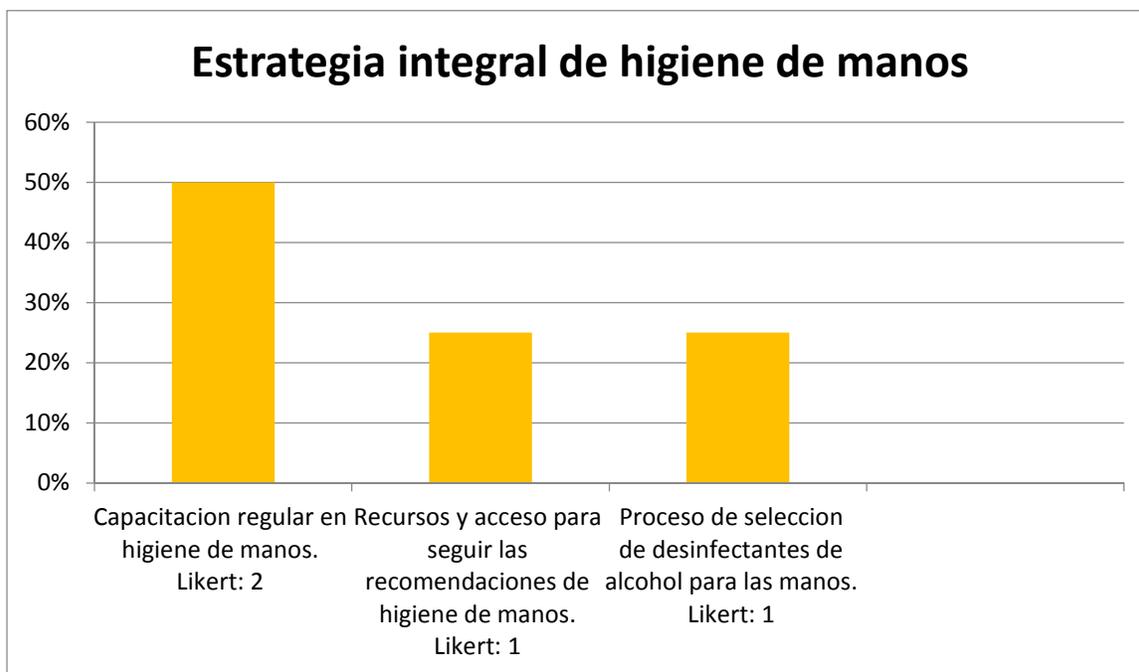


Fuente: Adaptado Instrumento QMENTU "Acreditación Canadá"

ANALISIS: En la figura 6 de material y desinfección podemos apreciar que el protocolo de manejo, capacitación y desinfección de material contaminado y de instrumentos tiene una escala de Likert de 1 equivalente al 25%(Ausencia- NIVEL ORO), que según Acreditación Canadá no se están desarrollando con la seriedad y responsabilidad que lo amerita el cumplimiento del uso individualizado de material, el manejo de desechos de comida, lo cual sería muy factible pedir colaboración a otras instituciones de salud que tienden a cumplir con estos tres puntos evaluados para un mejoramiento del hospital Asdrúbal de la Torre.

HOSPITAL BASICO DE ATUNTAQUI

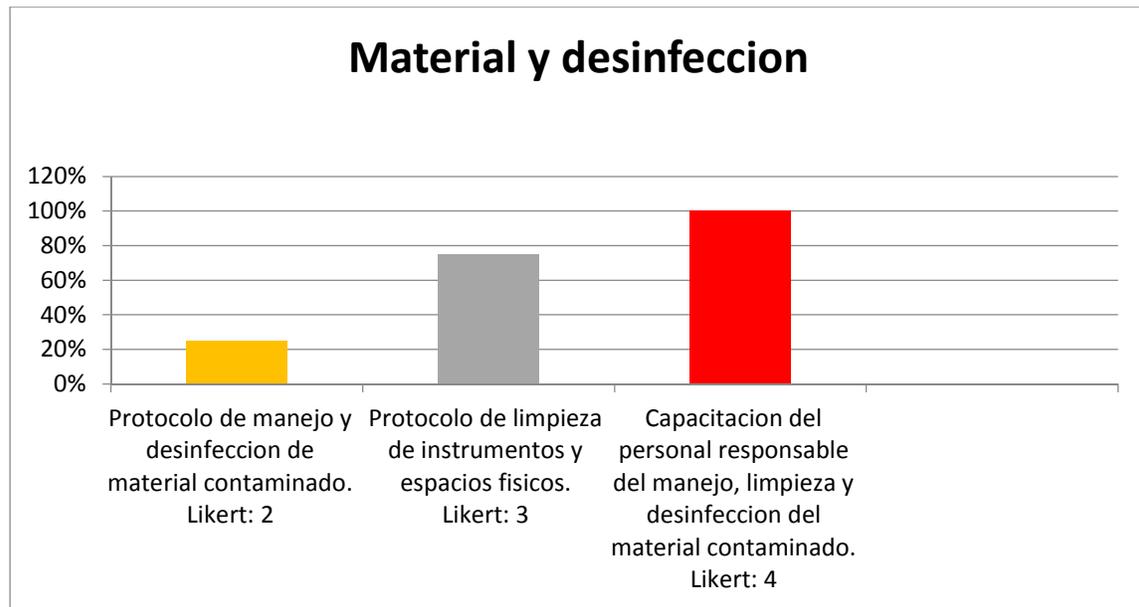
Figura 7 Estrategia integral de higiene de manos



Fuente: Adaptado Instrumento QMENTU "Acreditación Canadá"

ANALISIS: En la figura 7 de estrategia integral podemos apreciar que la capacitación regular de higiene de manos tiene una escala de Likert de 2 equivalentes al 50% (En proceso- NIVEL ORO), lo que Acreditación Canadá no hace referencia es que debemos tener un conocimiento continuo para poder aplicar de forma correcta con el usuario en estadía hospitalaria, utilizar y conocer el adecuado lavado de manos según el objetivo. En acceso para seguir las recomendaciones de higiene de manos y el proceso de selección de desinfectantes para manos tiene una escala de Likert de 1 equivalente al 25% (Ausencia- NIVEL ORO), en otras citas bibliográficas la concientización, el compromiso y la responsabilidad del personal de salud y de limpieza nos llevara al mejoramiento de los puntos mencionados. (Oms , 2010)

Figura 8 Material y desinfección



Fuente: Adaptado Instrumento QMENTU "Acreditación Canadá"

ANALISIS: En la figura 8 de material y desinfección mediremos el protocolo de manejo y desinfección de material contaminado que tiene una escala de Likert de 2 equivalentes al 25% (Ausencia- NIVEL ORO), la OMS nos hace referencia que se encuentra iniciado más no desarrollado tomando en cuenta que el protocolo de manejo de y desinfección de material contaminado es un proceso emergente para evitar procesos infecciosos. El protocolo debe diseñarse y estar expuesto en los lugares claves para su ejecución. En el protocolo de limpieza de instrumentos y espacios físicos tiene una escala de Likert de 3 equivalente al 75% (Elaborado- PLATINO), por ende el hospital Básico Atuntaqui está cumpliendo con las normas, reglas y procedimientos establecidos por Acreditación Canadá como la comprobación de material esterilizado. La capacitación del personal responsable del manejo, limpieza y desinfección del material contaminado tiene una escala de Likert de 4 equivalente al 100% (Desarrollado-

DIAMANTE), que según Acreditación Canadá da a conocer que el hospital mencionado cumple a cabalidad con el protocolo requerido para obtener este resultado adecuado.

Discusión

De acuerdo al estudio realizado nos basamos en la observación de los riesgos del personal de salud, se encontró que los riesgos a los cuales estamos promisos son de una importancia muy alta, siendo un punto importante por cuanto todo personal sanitario y de administración de limpieza mantienen un contacto directo con el paciente sea por un corto tiempo o largo tiempo, resultado equitativo al de la investigación de José Luis, Becario Poggio que nos dan a conocer que los trabajadores sanitarios constituyen una población con alto riesgo de contraer enfermedades por un contacto inseguro en su servicio donde labora.

Las medidas para el control y prevención de las infecciones intrahospitalarias en los hospitales públicos de Imbabura son totalmente inadecuadas por cuanto no se realiza un seguimiento, no se realiza una concientización, no se da información actualizada para realizar una práctica clínica adecuada, basada en el cumplimiento de todas las normativas establecidas en las entidades sanitarias.

La OMS establece que para realizar la práctica clínica el personal sanitario debe tener una buena seguridad, tener los materiales necesarios a su alcance y observar o revisar si el material que va a ser utilizado está prácticamente limpio para ser utilizado en el procedimiento.

En las 4 entidades sanitarias estudiadas se observa e identifica que en el manejo material si cumplen con la normativa establecida por cuanto no hay mayor dificultad en este aspecto, se pudo conocer que si tiene déficit de material en todos los servicios que se realizó el estudio.

En cuanto la UNICEF y el Ministerio de Salud nos dan las razones más importantes para la práctica de un buen lavado de manos, el cual nos dice que disminuye el costo económico hospitalario, previene las infecciones adquiridas en los hospitales, remueve la suciedad visible de

las manos, disminuir la colonización de los pacientes con gérmenes nosocomiales y reconoce que el procedimiento de lavado de manos es muy sencillo lo cual se debe poner en práctica para evitar la propagación de microorganismos.

Se observó que el principal problema de las 4 entidades sanitarias es el lavado de manos antes y después de mantener un contacto con el paciente, por cuanto tenemos un porcentaje de 25 a 50%, siendo un porcentaje en el cual nos dice que no se está cumpliendo los procedimientos con la responsabilidad que lo amerita, según la OPS da a conocer que lavado de manos es la práctica clínica que más se debe realizar ya que es el medio donde más microorganismos patógenos tiene el ser humano.

Las líderes de los servicios estudiados y el personal encargado de epidemiología de las 4 entidades sanitarias nos brindan información en la cual nos dan a conocer que se están estableciendo grupos encargados de dar un seguimiento, de dar charlas, de hacer respetar el protocolo establecido por la OMS acerca del lavado de manos, para que el personal sanitario ponga en práctica y pueda brindar una mejor atención al paciente y como resultado disminuir las infecciones intrahospitalarias.

Hacemos hincapié en el uso del gen antiséptico por cuanto Scott Fridkin nos dice que se debe utilizar antes y después del contacto con cada paciente, el resultado en nuestra investigación es de un porcentaje bajo 25%, en cuanto se debe dar capacitaciones para proporcionar una información donde se tome conciencia de que se está brindando una práctica clínica inadecuada.

El personal administrativo de limpieza proporciono información sobre el protocolo de limpieza donde se conoció que ellos conocen el protocolo y saben cómo realizar una adecuada limpieza pero la problemática es que no les brindan el material y los desinfectantes establecidos y adecuados para una correcta limpieza de los espacios físicos.

4.3. Conclusiones

- En nuestro estudio encontramos que la capacitación regular en higiene de manos no cumple con las reglas establecidas dadas por Acreditación Canadá.
- En el proceso de selección de desinfectantes de alcohol para manos observamos que no se cumple a cabalidad con los estándares establecidos, lo cual no hace referencia que debemos concientizar y mejorar para la satisfacción del usuario.
- En el estudio realizado apreciamos que un buen lavado de manos conlleva a evitar las infecciones intrahospitalarias.
- Según el estudio realizado en los hospitales públicos de Imbabura no tienen personal encargado para realizar un seguimiento a los protocolos ya establecidos.

4.4.Recomendaciones

- Implementar programas y capacitaciones que recalque la importancia del lavado de manos para la prevención de infecciones intrahospitalarias.
- Ejecutar políticas, protocolos y promover un seguimiento continuo, adecuado que podamos obtener resultados satisfactorios acerca de la higiene de manos en las entidades sanitarias estudiadas.
- Realizar y ejecutar un protocolo específico para la limpieza de instrumentos y espacios físicos con el fin de mejorar la calidad de atención en los servicios de los hospitales estudiados.
- Monitorizar y evaluar las actividades y acciones del personal de salud en la selección de desinfectantes de alcohol para manos.
- Incentivar a los estudiantes de la UTN a realizar estudios donde exista un seguimiento a la práctica clínica, especialmente al personal sanitario.

CAPITULO V

5. PROPUESTA

CURSO AUTOADMINISTRADO DE LAVADO DE MANOS

5.1. Introducción

Este curso 100% virtual se ha diseñado con la finalidad de promover el interés acerca del lavado de manos para el control y prevención de infecciones intrahospitalarias, a partir de situaciones reales que evidencian la necesidad de realizar este curso. La idea es iniciar un proceso formación en la apropiación y comprensión de contenidos y herramientas relacionadas con el lavado de manos para el control y prevención de infecciones para que Ud. pueda, posteriormente, investigar y analizar incidentes hospitalarios e implementar las acciones necesarias para transformar las instituciones en unas entidades de salud completamente seguras y confiables por el usuario. El lavado de manos hoy en día es uno de los procedimientos más importantes en salud, pero cabe recalcar que no se cumple como debería de ser. Por eso es importante implementar un modelo de lavado de manos siendo este de ayuda personal para el equipo de salud y para el de limpieza.

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo General:

Desarrollar un curso autoadministrado de lavado de manos, con el fin de desarrollar habilidades para la prevención de control de infecciones.

5.2.2 Objetivos Específicos:

- Revisión teórico metodológica que sustente el curso autoadministrado de seguridad del paciente.
- Diseñar la herramienta tecnológica para la revisión del curso web autoadministrado.
- Socializar el curso autoadministrado de lavado de manos.

5.3 Justificación

Las infecciones relacionadas con la atención a la salud que reciben los usuarios se han descrito en todo el mundo y se producen tanto en países desarrollados, como en aquellos de escasos recursos que suelen ser los más afectados. Estas infecciones de transmisión en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. En la historia del control y la prevención de las infecciones, hay una mínima cantidad de investigaciones para mejorar la salud de millones de personas mediante la promoción de prácticas tan básicas y a la vez tan esenciales como las del lavado de manos.

En los países desarrollados entre el 5 y el 10% de los ingresos en los hospitales desarrollan una infección nosocomial (IN). En Estados Unidos que cuenta con tecnología altamente sofisticada y tratamientos complejos en la atención a los pacientes ocurren de 5 a 8 infecciones nosocomiales por cada 100 ingresos a un hospital de cuidados agudos. Otros reportes demuestran tasas de incidencias superiores a las ya mencionadas anteriormente, las cuales dependen de múltiples

factores como las características de las poblaciones, de los procedimientos y la adherencia a prácticas de prevención.

Se ha podido constatar que infecciones nosocomiales generalmente se difunden a través de las manos del personal sanitario y de las demás personas que están en contacto con los pacientes infectados o con las superficies situadas en sus cercanías, pero el personal médico y paramédico puede convertirse en un posible vehículo de transmisión de estas.

Posteriormente en este contexto se debe situar la gestión en el control y prevención de infecciones intrahospitalarias en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos claves para la mejora de la atención al paciente, por lo cual siendo de mucha preocupación para el personal de salud, personal de limpieza y usuarios de entidades de salud, me he visto en el deseo de planear una guía auto administrada de lavado de manos con la finalidad de mejorar los resultados obtenidos.

5.4 Metodología

El curso se impartirá en 4 módulos de forma virtual apoyados del marco teórico.

Duración: Tiempo que el usuario lo requiera

Evaluación: 1 al 10

5.5 Plan temático

Módulo 0: Presentación

Módulo de curso

Cuestionario Módulo 0

Módulo 1: Lavado de manos y secado de manos

Módulos de curso

Cuestionario Módulo 1

Módulo 2: Normas universales de bioseguridad

Módulos de curso

Cuestionario Módulo 2

Módulo 3: Clasificación de los desinfectantes

Módulos de curso

Cuestionario Modulo 3

Módulo 4: Material contaminado

Módulos de curso

Definiciones

Cuestionario Módulo 4

5.6 Logros

- Al finalizar el curso Ud. estará apto para:
- Definir la importancia del lavado de manos
- El porqué del lavado de manos
- Porque se debe tener en cuenta las normas de bioseguridad
- Realizar un análisis sobre las infecciones intrahospitalaria

BIBLIOGRAFIA

1. (2008). Recuperado el 2008, de constitucion de la republica del ecuador:
http://www.inocar.mil.ec/web/images/lotaip/2015/literal_a/base_legal/A._Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.pdf
2. (2013). Recuperado el 2009-2013, de plan del buen vivir : <http://www.buenvivir.gob.ec/33>
3. (2015). Recuperado el 2009, de Bvs: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-322422>
4. (2015). Recuperado el julio-agosto de 1980, de Lilacs:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-80937>
5. Albuja byron . (2011). Implmentacion de un programa de practicas de alimentacion y estilos de vida saludables para niños menores de doce años de la zona rural del canton cotacachi 2010-2011. Ibarra .
6. Arevalo Diego, Cesar Bustillos. (2009). sistema de gestion de calidas para los servicios de mantenimiento del hospital san vicente de paul de la ciudad de ibarra . Quito .
7. Benitez Seneida,calderon Oswaldo. (2006). implementacion de protocolos de atencion en el servicio de consulta externa del hospital basico de atuntaqui . Ibarra .
8. Bvs. (diciembre de 2014). Conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud relacionados con el lavado de manos clínico en una unidad de cuidados intensivos. medical rosario. Obtenido de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-740636>

9. Bvs. (diciembre de 2014). Conocimiento, actitudes y prácticas del personal de salud relacionados con el lavado de manos clínico en una unidad de cuidados intensivos. medical rosario. Obtenido de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-740636>
10. Cecilia di capua . (2004). "Infecciones intrahospitarias: vigilancia epidemiologica.
11. CHRISTOPH, R. A. (2006). Determinación de la calidad de la atención del profesional de Enfermería en servicios de Hospitalización de las Instituciones prestadoras de Salud especializadas en salud mental y psiquiatría de la ciudad de Barranquilla. Tesis de Maestría. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Barranquilla.
12. de jesus medrano marjorie; martinez muñoz jenyfer nelita . (2008). factores que inciden en la falta de conocimientos actitudes y practicas en las normas de bioseguridad y manejos de desechos hospitalarios en el personal que labora en el hospital luis gabriel davila de la ciudad de tulcan . ibarra .
13. De la cruz carmen. (2014). En fortalecimiento del sistema de dispensacion de medicamentos por dosis unitaria en el hospital San Luis de Otavalo 2013 (pág. 12). Ibarra.
14. Gonzabay hector;Gonzalez tomala adrian. (2013). intervencion de enfermeria en la prevencion de infecciones intrahospitlarias hospital manglaralto. guayaquil.
15. JIMÉNEZ, M. O. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica.
16. La Hora . (3 de noviembre de 2008). midiendo la presion del san luis . diario la hora .

17. Lilacs. (diciembre de 2014). Conocimiento actitudes y practicas del personal de salud relacionados con el lavado de manos clinicos en una unidad de cuidados intensivos. Medica de rosario. Obtenido de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-740636>
18. MALVÁREZ, S. (2006). La regulación de la práctica y la educación de Enfermería. Nuevos determinantes. Presentación realizada durante el XIII CURSO OPS/OMS-CIESS Legislación de la Salud: LaRegulación de la Práctica Profesional en Salud. México, D. F.
19. Mejia edwin. (2009). En M. edwin, infecciones nosocomiales y uso de antibioticos en el hospital binacional de macara (pág. 12). loja.
20. MENDOZA, T. B. (1988). Evaluación de la Calidas de Atención de Enfermería en Hospitalización. Revista de Enfermería.
21. ministerio de salud . (2004). manual de bioseguridad. lima-peru.
22. Motta santana mercedes. (2012). Guia de tecnicas de procedimiento en la limpieza y desinfeccion hospitalaria. Mexico .
23. Msp. (2015). Hospital San vicente de Paul. Ibarra .
24. Oms . (2010). Limpieza y desinfeccion de superficies hospitalarias , 9-10.
25. Oms. (2002). Prevencion de las infecciones nosocmiales. En o. m. salud, guia practica (pág. 1). Lyon y Ginebra: segunda edicion.
26. OMS. (2002). Prevencion de las infecciones nosocomiales .
27. Oms. (2009). Formulacine recomendadas por la OMS para la desinfeccion de las manos , 5.

28. Oms. (2009). guia de aplicacion . guia de aplicacion de la estrategia multitodinal de la OMS para la mejora de la higiene de manos, 7.
29. Oms. (2010). Limpieza y desinfeccion de superficies hospitalarias , 9.
30. Oms. (2010). limpieza y desinfeccion de superficies hospitalarias , 10-11.
31. Oms. (2010). limpieza y desinfeccion de superficies hospitalarias , 9-10 .
32. Oms. (2011). desechos de las actividades de atencion sanitaria.
33. Oms. (3 de agosto de 2014). uno de cada 10 hospitalizados sufre un daño. crhoy.com.
34. Ortiz C, B. S. (2014). Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermeria en el hospital san vicente de paul periodos 2013-2014. Ibarra .
35. Perugachi evelyn . (2010). enfermedades cervicouterinas detectadas mediante la toma de papanicolaou em usuarias que acuden al hospital basico de atuntaqui provincia de Imbabura . Ibarra .
36. Prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares en pacientes pediátricos. (octubre de 2011). Boletín médico del Hospital Infantil de México, 68(5).
37. Promocion de la Calidad Guia de Buenas Practicas. (2011). Recuperado el 01 de 08 de 2011, de Scielo: http://srfilehost.com/ru/SPSS_21_Crac_%28www.freeware24.blogspot.com%29.rar
38. Pujol m, L. e. (2013). enfermedades infecciosas y microbiologia clinica.

39. Pvs. (diciembre de 2010). CONSTRUCCIÓN, 84(6). Obtenido de Bvs:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/ibc-83026>
40. republica de chile ilustre municipalidad de chile . (2013). decreto numero 10674, 2.
41. scielo . (enero de 2013). La importancia clínica actual de Staphylococcus aureus en el ambiente intrahospitalario, 24(1). Recuperado el enero de 2013, de scielo.
42. Scielo. (2002). Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias . Revista cubana de medicina militar.
43. SCIELO. (05 de 2007). Modelo BUNDLE en infecciones nosocomiales. Recuperado el 19 de MAYO de 2015, de SCIELO :
<file:///C:/Users/Karina%20Yepez/Desktop/tesis/scielo%20infecciones.htm>
44. Scielo. (febrero de 2008). Alertas electrónicas en el control de infecciones nosocomiales. Revista chilena de infectología, 25(1).
45. Scielo. (diciembre de 2010). Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención. ciencia medica, 13(2). Obtenido de
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332010000200009&lang=pt
46. Scielo. (diciembre de 2010). La prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud. un reto en el mejoramiento de la seguridad del paciente, 14(4).
47. Scielo. (2012). Recuperado el 5 de septiembre/octubre de 2012, de scielo:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000500009

- 48.** Scielo. (Octubre de 2014). Revista Chilena Infecto. Scielo, 31(5). Obtenido de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-730269>
- 49.** Secretaria de salud Bogota. (2015). lineamientos higiene de manos unidades de hemodialisis o instituciones nuevas.
- 50.** sofia gutierrez de gamboa . (2008). laboratorio de microbiologia. eliminacion del material contaminado, 1.
- 51.** Vignoli rafael. (2011). Esterilizacion y desinfeccion. 1.
- 52.** www.salud.gob.mx. (2015). Recuperado el 23 de julio de 2003, de Prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la practica estomatologica: http://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3__manualprevencioncontroles.pdf
- 53.** www.salud.gob.mx. (2015). Recuperado el 23 de julio de 2003, de Prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la practica estomatologica: http://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3__manualprevencioncontroles.pdf
- 54.** www.salud.gob.mx. (2015). Recuperado el 23 de julio de 2013, de Prevencion y control de infecciones y riesgos profesionales en la practica estomatologica: http://c.ymcdn.com/sites/www.osap.org/resource/resmgr/Docs/3__manualprevencioncontroles.pdf

ANEXOS

ETAPAS DEL PROYECTO – CALIDAD DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Versión Noviembre 2014-2015

Instrucciones:

Señalar por unidad si cumple con el símbolo y si no cumple con el símbolo

Unidad A: Hospitalización

Unidad B: Pediatría

Unidad C: Emergencias

Unidad D: Farmacia/ Dirección

En **observaciones** se indican las incidencias de los descriptores o dudas aparecidas durante el proceso de cumplimiento del descriptor concreto.

Según la valoración anterior de cada descriptor de los indicadores de calidad medidos, se debe tener en cuenta que si la mitad no se cumple, se establecerá un 1 en la escala Likert, si la mitad + 1 se cumple se señalará con un 2, si se documenta pero no se ha implantado o difundido se señalará con un 3 y si se cumplen con la totalidad se puntuará con un 4.

Señalar en la escala Likert según la siguiente numeración:

1. Ausencia
2. En proceso
3. Elaborado
4. Desarrollado
5. Clasificación Canadá (O: oro; P: Platino; D: Diamante)

Tabla 2 Etapas del proyecto – calidad de información al paciente

Desarrollo e implementación de control de infecciones		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO				
		Unidad				Observaciones	2	3	4	1
Indicador		A	B	C	D					
Política y procedimientos de prevención y control de infecciones										
	Definición de la política y procedimientos de prevención y control de infecciones <ul style="list-style-type: none"> • Existe un documento escrito con las medidas específicas de control de infecciones • Existen procedimientos escritos sobre prevención y control de infecciones 									
	Documento físico de la política.									
	Vías de difusión de la política <ul style="list-style-type: none"> • ¿Lo conoce el personal de salud? • ¿La información es visible? 									
	Se ha consensuado la política con el personal de salud									
	Existe relación de la política establecida con las evidencias científicas y las buenas prácticas									
	Existe relación de la política establecida con las infecciones prevalentes en la comunidad									
	Se definen las medidas estándares de Aislamiento									
	Se especifican las medidas de manejo de muestras y material contaminado									
	Se especifican el uso de antibióticos profilácticos en pacientes quirúrgicos									
	Se establecen las medidas de asepsia y esterilización en procedimientos invasivos (catéteres, sondajes, etc.)									

	Se establece la vía de reporte de Enfermedades Infecciosas a las autoridades sanitarias												
	Existencia de manuales de procesos y procedimientos.												
	Revisión y actualiza de políticas y procedimientos de prevención y control de infecciones por lo menos cada tres años (revisar cuando han sido las dos últimas revisiones)												
Protocolos de prevención y control de infecciones basados en la evidencia científica													
	Existen físicamente los protocolos												
	No más de 5 años desde su elaboración												
	Acceso a la evidencia científica y uso de la misma en los protocolos												
	Nombrado responsable de renovación y revisión del protocolo												
	Uso de guías de práctica clínica actualizadas												
	Se especifican las Medidas universales de prevención												
	Capacitación del personal de salud en control y manejo de los protocolos de prevención y control de infecciones en el último año												
	Se especifica el rol de cada uno de los profesionales ante las intervenciones en control de infecciones												
	Existen guantes para todos los profesionales de la salud y el número de pacientes e intervenciones												
	Existen contenedores de desechos de material contaminado según la normativa de seguridad y riesgos biológicos												
	Se separa el material contaminado del desecho orgánico normal. Existen bolsas de diferentes colores y grosor según el material desechado y se procesa adecuadamente por el hospital y el personal de salud												
	Se especifica el procedimiento de seguridad del paciente y el personal ante una situación de contaminación biológica												
	Revisión de protocolos de control de infecciones al menos cada 3 años o cada actualización de la evidencia científica												

Recursos para el rastreo de infecciones											
	Existe control informatizado o mecanizado de infecciones prevalentes en el hospital										
	Está establecido un sistema de detección de infecciones nosocomiales										
	Todos los pacientes con sospecha de infección se realizan cultivos de sangre, orina, saliva u otros										
	Existe laboratorio de microbiología <ul style="list-style-type: none"> ○ Reactivos ○ Recursos para cultivos ○ Personal especializados 										
	Existe responsable de infecciones en el hospital (¿Quién, funciones, controles?)										
Capacitación en control de infecciones		Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
		Unidad					2	3	4	1	C
Indicador		A	B	C	D	Observaciones					
Programa de capacitación adaptado al centro hospitalario para el personal y usuarios en control y prevención de infecciones											
	Existe implicación de los pacientes en el plan de capacitación										
	Está diseñado el plan de capacitación en infecciones de forma periódica										
	Se adapta el plan de capacitación a las enfermedades prevalentes atendidas en el hospital										
Existencia de equipos de protección individual (EPI) según el riesgo de infección											
	Se adapta el plan de capacitación a las enfermedades prevalentes atendidas en el hospital										
	Existen EPI de aislamiento respiratorio (mascarilla de alta filtración y guantes)										
	Existen EPI de aislamiento por gotas (mascarilla, patucos, bata y guantes)										
	El instrumental sanitario en los aislamientos de contacto son de uso único e individual para el paciente										
Recursos y capacitación en manejo de material de riesgo biológico											

	Existen bolsas diferenciadas para material contaminado													
	Existe un circuito para el procesamiento de las muestras biológicas													
	Existen carteles de información de cada una de las medidas ante los riesgos biológicos													
Manejo del riesgo de infecciones en el personal y el usuario						Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO				
						Unidad				2	3	4	1	C
Indicador						A	B	C	D	Observaciones				
Protocolo de uso de material cortante (debería ir en el apartado de abajo)														
	Los dispositivos cortantes usados tienen incorporados medidas de seguridad (vía con seguro tras canalización, agujas con seguridad...)													
	Existe un protocolo de procesamiento del material cortante								Manifiesta tener pero no existe documento escrito					
	Los profesionales conocen y utilizan las medidas generales de precaución del manejo del material cortante													
	Existen accidentes en la unidad en el personal por el uso del material cortante (registrar protocolo de accidente por riesgo biológico)								Se sigue protocolo existente					
Inmunización según riesgo														
	Existen registros de inmunizaciones que incluyan vacunas y número de dosis de las mismas, fechas de administración, responsable, lote													
	Los profesionales están vacunados de la Hepatitis A y B													
	Los profesionales de salud están vacunados de la Fiebre Amarilla y Tifoidea													
	El servicio de salud laboral existe y vacuna al personal de salud													
	Inmunización en Influenza al personal y usuarios de riesgo								Se vacuna al personal solo en campañas					
Cadena del frío de las vacunas														
	Verificación del buen funcionamiento del refrigerador, congelador; temperatura del mismo entre 2 y 8° C y su registro en la hoja correspondiente.													
	Ubicación del biológico correctamente dentro del refrigerador.													
	Existe plan de Contingencia en caso de cortes de energía eléctrica.													
Protocolos de manejo de las vacunas														

	Se usan técnicas antisépticas cuando preparan, manipulan y se administran las vacunas.														
	Existe Kárdex del biológico que incluya fecha de caducidad.														
Prácticas seguras de inyección															
	Se usan técnicas antisépticas cuando preparan, manipulan y se administran inyecciones.														
	Se identifica correctamente la zona de inyección IM, SC o EV														
	Se utiliza algún antiséptico antes de la inyección según la recomendación para cada vía de administración														
	Se utiliza el ángulo adecuado según la vía de administración														
Estrategia integral de higiene de manos						Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO				
						Unidad				2	3	4	1	C	
Indicador						A	B	C	D	Observaciones					
Capacitación regular en higiene de manos															
	Se utilizan las Técnicas de lavado de manos según el objetivo														
	Existe un programa periódico de formación														
	El personal conoce las diferentes técnicas de lavado de manos														
Recursos y acceso para seguir las recomendaciones de higiene de manos															
	Existen dispositivos alcohólicos en la unidad (Cuántos, a qué distancia, son suficientes)														
	Existen lavabos para el lavado de manos debidamente condicionados (Cuántos, a qué distancia, son suficientes)														
	Existen jabones neutros con poder asepticante en cada lavabo de manos y papel desechable para el secado de manos (son suficientes para cada turno de trabajo)														
	Existen carteles o incentivos que recuerden el lavado de manos a los profesionales.														
Proceso de selección de desinfectantes de alcohol para las manos															
	Se selecciona el tipo de desinfectante de manos según las recomendaciones de la OMS														

Material y desinfección		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO				
		Unidad				Observaciones	2	3	4	1
Indicador		A	B	C	D					
Protocolo de manejo y desinfección de material contaminado										
	Se establecen las precauciones necesarias para el manejo de material usado en enfermedades transmisibles (uso individualizado de material de instrumentos por paciente y desinfección antes de su uso con otro paciente)									
	Se maneja adecuadamente la comida y los desechos de la misma									
	Se utilizan las técnicas adecuadas para la limpieza del material sanitario (según las recomendaciones del fabricante)									
Protocolo de limpieza de instrumentos y espacios físicos										
	Existe protocolo de limpieza									
	Se usa el desinfectante adecuado compatible con cada instrumento									
	Se desinfectan los instrumentos para su uso para cada paciente									
	Se limpia el espacio físico (cada vez que esté sucio, una vez en cada turno, para cada paciente nuevo...)									
	Se comprueban diariamente la concentración de desinfectantes con tiras reactivas y se desechan antes de las dos semanas									
	Se establecen comprobaciones de la esterilización del material									
Capacitación del personal responsable del manejo, limpieza y desinfección del material contaminado										
	Existe un plan de capacitación con perioricidad									

Tabla 3 Tabla de vaciamiento de datos

CATEGORIA	DESCRIPCION	ANALISIS DEL AUTOR	BILIOGRAFIA
<p>Capacitación regular en higiene de manos.</p>	<p>1.- Es la práctica de control de infecciones más antigua, sencilla e importante que debe realizar el personal, para minimizar la transmisión de Infecciones entre los pacientes y personal.</p> <p>2.- la capacitación del personal de salud garantiza la eficiencia de los programas de control de infecciones. Sin embargo a pesar de</p>	<p>El proceso de lavado de manos es indispensable para evitar infecciones intrahospitalarias causadas por virus, hongos y bacterias evitando la proliferación de microorganismos patógenos reduciendo la internación del paciente y el aspecto socio económico.</p>	<p>1. http://www.unpa.edu.mx/~blopez/SoftwareEnfermeria/SE/sitios2012/lavado/lavado%20de%20manos.pdf.</p> <p>2. http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v24n2/docs/Articulo8.pdf</p>

	<p>las de brindarse las capacitaciones los profesionales de la salud no ponen en práctica las normativas enseñadas.</p> <p>3.- La higiene de manos acentúa e incrementa la protección contra virus y bacterias.</p>		<p>3. http://www.mspbs.gov.py/v3/lavado-de-manos-vital-para-prevenir-enfermedades/.</p>
<p>Recomendaciones de higiene de manos.</p>	<p>1.- utilizar solo los geles de lavado de manos en seco, sobre las manos limpias, es importante lavarse las manos con agua y</p>	<p>Conocer y realizar el adecuado lavado de manos con el jabón establecido para este proceso para de esta forma</p>	<p>1. http://www.consijosdelimpieza.com/2013/05/Lavar-y-desinfectar-las-manos.html.</p>

	<p>jabón cada vez que están visiblemente sucias.</p> <p>2.- El lavado de manos y el uso adecuado de guantes son las medidas básicas de protección del personal sanitario y del paciente.</p> <p>3.- El lavado de manos con jabón, es la intervención de salud más costo-efectiva.</p>	<p>mantener un buen resultado con los pacientes después de ser dados el alta médica.</p>	<p>2. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/103576-triptico_Seguridad.pdf.</p> <p>3. http://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition_18992.htm.</p>
Proceso de selección de desinfectantes	1.- Estos son clasificados en tres niveles (alto,	Usar alcohol desinfectante adecuado después	1. http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/esterilizacio

<p>de alcohol para manos.</p>	<p>mediano y bajo), según la intensidad de su actividad sobre bacterias y esporos, virus (lipídicos y no lipídicos), hongos y sus esporos, etc.</p> <p>2.- Su mecanismo de acción corresponde a la desnaturalización de las proteínas. Tienen buena acción contra las formas vegetativas de las bacterias Gram + y -, bacilo tuberculoso, hongos y virus, hepatitis B y VIH.</p> <p>3.- el alcohol gel no reemplaza el lavado</p>	<p>de tener contacto con el paciente o material contaminado evitando la contaminación personal y del siguiente paciente con el que vamos a mantener contacto.</p>	<p>nydesinfeccion.pdf.</p> <p>2. http://www6.uc.cl/manejoheridas/html/antiseptico.html.</p> <p>3. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos/Direcciones/dnn/archivos/LIBRO%20DESECHO%20FINAL.pdf.</p>
-------------------------------	---	---	--

	de manos, no surte efecto en manos sudorosas y sucias.		
Protocolo de manejo y desinfección de material contaminado.	<p>1.- Todo instrumental y equipo destinado a la atención de pacientes, requiere de limpieza previa, desinfección y esterilización, con el fin de prevenir el desarrollo de procesos infecciosos.</p> <p>2.- Es bien sabido que las superficies limpias y desinfectadas consiguen reducir cerca de un 99% el número de</p>	<p>Para el manejo y desinfección de material contaminado se debe utilizar elementos de protección personal para seguir con el proceso de limpieza con el fin de prevenir el desarrollo de infecciones y dar una excelente atención y aspecto de relevancia a los usuarios de los establecimientos de salud.</p>	<p>1. https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/protocolos/TBE.34.pdf</p> <p>2. http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/Tecnicas_limpieza-licitacion.pdf</p> <p>3. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos/Direcciones/dnn/archivos/LIBRO%20DESECHO</p>

	<p>microorganismos, en tanto las superficies que solo fueron limpiadas los reducen en un 80%.</p> <p>3.- En el sitio de lavado del instrumental el personal responsable debe contar con los elementos de protección personal específicos para este proceso.</p>		S%20FINAL.pdf
<p>Protocolo de limpieza de instrumentos y espacios físicos.</p>	<p>1.- Para esta etapa no se debe utilizar otras sustancias como por ejemplo lavandina, solución de yodopovidona jabonosa etc., sólo</p>	<p>Conocer los procedimientos y sustancias específicas para la limpieza de instrumentos y de espacios físicos</p>	<p>1. http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres387_2004.pdf.</p> <p>2. http://www.bioteorios.com/2013/p</p>

	<p>usar agentes de limpieza reconocidos por la autoridad sanitaria.</p> <p>2.- Se considera material contaminado al instrumento que estuvo en contacto con sangre u otros líquidos orgánicos. Debe comenzarse entonces con un paso previo al lavado: la descontaminación y así transformarlo en bioseguro.</p> <p>3.- el procedimiento deber ser específico para lo que es</p>	<p>para transformar en material y espacio físico seguro donde el usuario se sienta con una bioseguridad adecuada.</p>	<p>ost.php?s=2013-07-01-mtodos-de-limpieza-desinfeccin-y-esterilizacion.</p> <p>3. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos/Direcciones/dnn/archivos/LIBRO%20DESECHOS%20FINAL.pdf</p>
--	--	---	--

	<p>mobiliario, puertas, paredes, ventanas, vidrios, pisos y zócalos. Frecuencia por lo menos una vez por día en caso de mobiliario, una vez por semana ventanas, vidrios y paredes y cuando este visiblemente sucio de manera inmediata.</p>		
<p>Capacitación del personal del manejo, limpieza y desinfección de material contaminado.</p>	<p>1.- Es importante tener en cuenta que cuando se manipulan materiales impregnados con sustancias posiblemente contaminadas (heces, sangre, orina, etc.), es necesario realizar un proceso de</p>	<p>Es de mucha importancia saber manipular el material contaminado por ende hay que conocer las normas ya establecidas y así ayudamos a la proliferación de</p>	<p>1. http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_farmacia/catedraMicro/08_Tema_14_Limpieza_desinfecci%C3%B3n.pdf.</p> <p>2. http://www.saludpreventiva.com/</p>

	<p>desinfección antes de su limpieza, para ello se debe agregar directamente el desinfectante sobre el material. En estos casos es necesario emplear una cantidad abundante del producto, para evitar que éste sea inactivado por la presencia de la materia orgánica presente.</p> <p>2.- La limpieza, la desinfección y la esterilización constituyen las estrategias básicas sobre las que descansa la prevención de la</p>	<p>microorganismos. Patógenos.</p>	<p>web/index.php?pagina=capitulo2.html&comando=des_recomendaci_</p> <p>3. https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentos/Direcciones/dnn/archivos/LIBRO%20DESECHO%20FINAL.pdf</p>
--	--	--	---

	infección hospitalaria. 3.- siempre se realizara la limpieza desde el área más limpia a la más sucia.		
--	--	--	--

CONFIDENCIAL

Cuestionario modular

Para el mejoramiento de lavado de manos

Instrucciones

1. De una definición acerca de las infecciones intrahospitalarias.
2. Infecciones intrahospitalarias (paginas 22,23).
3. Escriba porque la importancia de lavado de manos y el secado de manos.
4. Medidas Preventivas "Lavado de manos y secado de manos" (paginas 27, 28 y 29).
5. Que entiende por bioseguridad y escriba cuales son las medidas universales de bioseguridad
6. Bioseguridad y medidas universales de bioseguridad (páginas 28 y 29)
7. Escriba toda la clasificación y sus definiciones de los desinfectantes
8. Desinfectantes y sus definiciones (paginas 33)
9. Escriba una definición acerca del material contaminado y su clasificación
10. Material contaminado (páginas 32 y 33).