

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA  
PREVENCIÓN DE INFECCIONES HOSPITALARIAS EN LA UNIDAD  
CLINICA DE MEDICINA II DEL HOSPITAL Dr. JOSE MARIA VARGAS.  
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2009.**

**Autores:**

**Basalo Yajaira. C.I.10.696.593  
Cornejo Jennifer. C.I.17.686.303  
González Dayana. C.I 15.164.727**

**Tutor:**

**MSc. Romero Marisol.**

**Caracas, Noviembre del 2009**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA  
PREVENCIÓN DE INFECCIONES HOSPITALARIAS EN LA UNIDAD  
CLINICA DE MEDICINA II DEL HOSPITAL Dr. JOSE MARIA VARGAS.  
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2009.**

(Trabajo Especial de Grado que se presenta como requisito parcial para  
obtener el título de Lic. Enfermería)

**Autores:**

**Basalo Yajaira. C.I 10.696.593  
Cornejo Jennifer. C.I.17.686.303  
González Dayana. C.I 15.164.727**

**Tutor:**

**MSc. Romero Marisol**

**Caracas, Noviembre del 2009**

## DEDICATORIA

Mis más sinceros y profundos agradecimientos a Dios Todopoderoso, Señor amoroso, lleno de gracia y bondad por su ayuda indescriptible en la realización de este trabajo.

A mis compañeros de trabajo, por apoyarme y sobre todo, por su paciencia hermosa los quiero mucho.

A mi familia, por su respeto y apoyo.

A mi esposo por su infinito amor e incondicional apoyo.

A mis hijos, Danell y José, que son la luz de mis ojos y mi respiro en la angustia.

A mi tutora, Licenciada Romero, deseo que Dios la guie e ilumine su gran talento y conocimiento.

Gracias a todos.....

**Dayana....**

## DEDICADO

**A** Dios, nuestro señor que mediante su amor infinito me ha guiado por el sendero de la luz y el saber.

**A** mis padres, Milvida y José quienes siempre han estado a mi lado me han dado el impulso necesario para no flaquear. A ustedes que han sido mi apoyo y mi luz para seguir adelante y alcanzar mis sueños.

**A** Ines, mi tía y segunda mami, a quien respeto y quiero con todo el corazón. A ti quien me brindas tu apoyo y tu amor para levantar mi ánimo en tiempos tristes.

**A** Cristian, mi novio quien tiene un lugar muy especial en mi corazón, y por estar en mis momentos difíciles con la palabra precisa dándome el incentivo para seguir adelante.

**A** mis hermanas y hermanos por quienes siempre me he preocupado, espero que la culminación de esta meta les sirva de apoyo para alcanzar sus sueños. **Los Quiero.**

**A** Dayana y a Yajaira, quienes más que compañeras han sido amigas, al darme ánimos para seguir adelante cuando flaqueaban las fuerzas de este inmenso camino.

**A** mis amigas, Miriam, Candida, Yennifer, Alba y a mis amigos Eleomar quienes han comprendido mis ausencias.

**Jennifer**

## DEDICATORIA

Primeramente a Dios por su inmensa misericordia y manifestaciones de amor.

A Antonia Margarita, mi madre quien me dio su amor y su apoyo incondicional, más que madre eras mi pilar, me enseñaste a ser madre y amiga de mis hijos. Y aunque físicamente ya no me acompañas, sé que en espíritu estás conmigo siempre.

A mi familia quienes se han preocupado por mí.

A mis hijos, Víctor y Nahum mis dos razones para continuar adelante.

A mi esposo Abad, por su compañía y colaboración.

A mis amigas por su paciencia e incondicional apoyo para mantenerme firme y continuar.

**Yajaira...**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios Nuestro Señor, por guiar nuestros pasos por el camino correcto para así cumplir con nuestra meta trazada.

A nuestra tutora Marisol Romero por darnos su apoyo para la realización del Trabajo Especial de Grado.

A mi amigo Cristian Benavides por su valiosa colaboración y receptividad en la realización de este trabajo, ya que sin tu empeño y dedicación no se hubiera podido terminar a tiempo.

A nuestras familias por su amor, apoyo, comprensión y preocupación en este arduo camino.

**A todos Gracias....**

**Dayana....**

## AGRADECIMIENTOS

**A** Dios Todopoderoso por ser mi guía para encontrar el camino del bien en este mundo de locos, tal vez yo también lo sea, aun así como todo padre amoroso me protege de todo peligro.

**A** mi Familia por todo el amor que me brinda, gracias por su apoyo, su ayuda y por su comprensión en este arduo camino, espero este sea el primero de muchos logros.

**A** José, mi papá por tu apoyo tanto emocional como económico, sin ti no hubiera podido seguir. Gracias porque tus reprimendas, más que eso, son el recordatorio de lo bueno y lo malo que hago. **Te Quiero.**

**A** mi Milvida, mi mami, siempre he creído que saliste de otro mundo porque tu amor y espíritu de lucha son infinitos. A ti mami porque eres mi amiga mi confidente mi luz y por ser quien siempre vela mis sueños y me reconforta en mis desvelos. **Te Adoro.**

**A** Cristian, mi novio por su noble corazón, por su inmenso amor e incondicional apoyo y sobre todo por su gran paciencia. Gracias por colaborarnos en la culminación de este trabajo. Sé que no ha sido fácil tolerarme. **Te Amo.**

**A** mis hermanas Catherine, Jacqueline, Angie y Jessica y a mis hermanos Joseph y Jorge, por su ayuda y sus grandes aportes. Muchachos sigamos adelante porque con paciencia y dedicación Lograremos Todo. **Los Quiero.**

**A** mis amigas y amigos por su apoyo y comprensión. En especial a ti Yaja, gracias por tenerme como tú amiga y permitirme compartir con tu

familia. Recuerda que la batalla se gana peleando, sigamos adelante. Te  
aprecio mucho.

**A** Licenciada Marisol Romero por ser tutora de este trabajo de grado y  
por encaminar nuestras ideas a la culminación de esta meta.

Sin Ustedes no hubiera sido posible.

**Jennifer**



## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por darme la paciencia y ayudarme a conseguir las soluciones más prudentes.

A mi madre, aunque ya no estás a mi lado físicamente, siempre estarás en corazón.

A mis hijos por su generosa alegría, por sus sonrisas, por su amor y entendimiento a pesar de mis ausencias por trabajo o estudio, Gracias por su apoyo.

A mi esposo, por su apoyo cuando lo he necesitado.

A mis amigas por sus palabras de aliento.

A la Licenciada Marisol Romero, quien ha sido tutora de este trabajo y nos apoyo para el desarrollo y culminación del mismo.

Gracias por su ayuda y apoyo incondicional.

**Yajaira.**

## APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de Grado (TEG) titulado: **INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS DE LA UNIDAD CLINICA DE MEDICINA II DEL HOSPITAL Dr. JOSE MARIA VARGAS. CARACAS PRIMER SEMESTRE DEL 2009.** Presentado por los Técnicos Superiores en Enfermería: Basalo, Yajaira portadora de la CI N° 10.696.593, Cornejo, Jennifer portadora de la CI. N° 17.686.303 y González, Dayana, portadora de la CI. N° 15.164.727. Como requisito parcial para optar al título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y meritos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

---

MSc. Marisol Romero

C. I. N° \_\_\_\_\_

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	vi
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	x
TABLA DE CONTENIDO.....	xi
LISTA DE CUADROS.....	xiii
LISTA DE GRAFICOS.....	xvi
RESUMEN.....	xix
INTRODUCCIÓN.....	1

### CAPITULO I. EL PROBLEMA

1.1.-Planteamiento del problema.....	4
1.2.-Objetivos de la Investigación.....	7
1.3.-Justificación de la Investigación.....	7

### CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1.-Antecedentes de la Investigación.....	10
2.2.-Bases Teóricas.....	15
2.3.-Sistema de Variables.....	63
2.4.-Operacionalización de Variables.....	64
2.5.-Definición de Términos.....	66

### CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1.-Diseño de la Investigación.....	68
--------------------------------------	----

3.2.- Tipo de Estudio.....	69
3.3.-Población y Muestra.....	70
3.4.-Técnicas e Instrumentos de Recolección de información.....	70
3.5.-Validez y Confiabilidad.....	72
3.6.-Tabulacion de la información.....	73

#### **CAPITULO IV. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS**

4.1-Presentación y análisis de los resultados.....	74
--	----

#### **CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1.-Conclusiones.....	97
5.2.-Recomendaciones.....	98

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>100</b>
--	------------

#### **ANEXOS**

- A.- Instrumento
- B.- Confiabilidad
- C.- Comunicaciones

## LISTAS DE CUADROS

Cuadros	Pág.
1. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la promoción de la salud. Sub-indicador: Actividad Educativa. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre de 2009.....	75
2. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Higiene personal. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	77
3. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Higiene bucal. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	78
4. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicadores: Valoración de los signos vitales. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	79
5. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Alimentación. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	81
6. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Métodos de barreras. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	82

7. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Lavados de manos. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....84
8. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Cambio de lencería. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....85
9. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Limpieza del área de hospitalización. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....87
10. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Manejo del material e instrumental quirúrgico. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....88
11. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Cura de heridas. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....90
12. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el diagnóstico precoz. Sub-indicador: Valoración de signos y síntomas de infección en sitios de inserción de método invasivos. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....91
13. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el diagnóstico precoz. Sub-indicador: Registro de exámenes de laboratorio. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....93

14. Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el tratamiento oportuno. Sub-indicador: Administración antibióticos según prescripción médica. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	95
---	----

## LISTA DE GRAFICOS

Gráficos	Pág.
1. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la promoción de la salud. Sub-indicador: Actividad Educativa. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre de 2009.....	76
2. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Higiene personal. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	77
3. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Higiene bucal. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	78
4. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicadores: Valoración de los signos vitales. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	80
5. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Alimentación. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	81
6. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Métodos de barreras. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....	83



7. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Lavados de manos. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....84
8. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Cambio de lencería. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....86
9. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Limpieza del área de hospitalización. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....87
10. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Manejo del material e instrumental quirúrgico. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....89
11. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Cura de heridas. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....90
12. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el diagnóstico precoz. Sub-indicador: Valoración de signos y síntomas de infección en sitios de inserción de método invasivos. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....92
13. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el diagnóstico precoz. Sub-indicador: Registro de los exámenes de laboratorio. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....94

14. Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el tratamiento oportuno. Sub-indicador: Administración antibióticos según prescripción médica. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009.....96



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA  
PREVENCIÓN DE INFECCIONES HOSPITALARIAS EN LA UNIDAD  
CLINICA DE MEDICINA II DEL HOSPITAL Dr. JOSE MARIA VARGAS.  
PRIMER SEMESTRE DEL 2009.**

Autoras: Basalo Yajaira. C.I.10.696.593  
Cornejo Jennifer. C.I.17.686.303  
González Dayana. C.I. 15.164.727  
Tutora: MSc. Romero Marisol.  
Fecha: Noviembre del 2.009

**RESUMEN**

El presente trabajo de grado tuvo como objetivo general: Determinar la intervención del profesional de enfermería en la prevención de las infecciones hospitalarias en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas en el primer semestre del 2009. El estudio se caracteriza por un diseño de campo no experimental de tipo descriptivo y transversal, con una población y muestra conformada por 11 profesionales de enfermería que laboran en la unidad antes mencionada. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento una guía de observación que consta de 44 ítems con respuestas dicotómicas (SI-NO). La validez del instrumento se determinó mediante el juicio de expertos y la confiabilidad a través del constructo según el fenómeno observado, que es la intervención del profesional de enfermería en la prevención de las infecciones hospitalarias. Los resultados permiten concluir que, la intervención realizada por los profesionales de enfermería dirigidas a prevenir, promover, diagnosticar y tratar oportunamente no se llevan a cabo con la rigurosidad ameritada, por lo que se infiere que tal desempeño influye negativamente en la prevención de infecciones hospitalarias, en tal sentido se deben implementar alternativas a fin de adoptar medidas para la prevención de las infecciones hospitalarias en ese centro asistencial.

**Descriptor:** prevención, infecciones hospitalarias, infecciones nosocomiales, prevención primaria, promoción para la salud, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno e intervención de enfermería.

## INTRODUCCION

De acuerdo con los estudios realizados por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) (2003) se determinó que las “infecciones hospitalarias afectan un promedio de 5 de cada 100 pacientes establecidos en los hospitales del mundo, produciendo morbilidad agregada, mayor estancia hospitalaria (4 días promedio por paciente), aumento de la letalidad (cerca al 2% de los infectados), incremento de los costos hospitalarios directos e indirectos y repercusiones familiares y sociales (p.76).

Las infecciones hospitalarias son consecuencia de la adquisición de bacterias y gérmenes patógenos en el hospital y son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población; representando un problema que lejos de haberse solucionado ha ido en aumento haciéndose más complejo. De igual manera las actividades que comprende la práctica hospitalaria, el tratamiento farmacológico y la utilización de procedimientos invasivos tanto diagnósticos como terapéuticos, han dado lugar a un fenómeno propicio en la proliferación de microorganismos e infecciones cruzadas dentro de los hospitales.

Enmarcando éstas ideas, principalmente en el área de hospitalización, donde el cumplimiento de normas de bioseguridad, medidas de asepsia y antisepsia, protocolos para desinfección y esterilización son fundamentales para mantener un ambiente hospitalario adecuado para la atención, garantizándose un despliegue de procedimientos asépticos que representen una tasa baja en infecciones hospitalarias. De allí la responsabilidad del equipo de salud, especialmente del profesional de enfermería, en la

prevención de infecciones en la práctica de una buena técnica aséptica y antiséptica para evitar la transmisión de gérmenes de una persona a otra.

En este sentido, la presente investigación se encaminó a determinar la intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas, durante el primer semestre del 2009. Planteando su metodología en un diseño de campo no experimental, de tipo descriptivo y transversal, con una población y muestra conformada por 11 profesionales de enfermería que laboran en la unidad antes mencionada.

Este trabajo de investigación se estructura en cinco capítulos:

-El capítulo I. Contiene el problema de investigación, donde se efectúan las interrogantes, los objetivos de la investigación y la justificación del mismo.

-El capítulo II. Consta del marco teórico, se hace referencia a los antecedentes relacionados con el tema en estudio, se reflejan las bases teóricas que sustentan la investigación, describiendo así la variable y su operacionalización.

-El capítulo III. Se presenta el marco metodológico, en donde se describe el procedimiento metodológico que corresponde al tipo de estudio, población y muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para la validez y confiabilidad, plan de tabulación y análisis de resultados.

-El capítulo IV. Denominado resultados de investigación, donde se hace la presentación de los resultados y el análisis interpretativo de los resultados.

-El capítulo V. Representa las conclusiones de la investigación, para finalizar con las recomendaciones y presentar las referencias bibliográficas y los anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1. Planteamiento del problema:**

Existe una problemática a nivel mundial que se encamina al incremento de infecciones hospitalarias, el cual aún no se ha podido resolver a pesar del gran avance tecnológico y científico de finales del siglo pasado e inicios del III milenio. Sin embargo, sigue siendo hoy día un problema de primer orden en todos los hospitales del mundo, hecho sustentado por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) (2003), en la que se afirma que “las infecciones hospitalarias se presentan en un promedio de 5 por cada 100 pacientes establecidos en los hospitales del mundo” (p.76). De acuerdo a la referencia, las infecciones hospitalarias son un riesgo presente en cualquier persona que ingresa a cualquier hospital independientemente de la patología de base.

A su vez, Mandel, G., Douglas, J. y Bennet, R. (2002) señalan que “en Estados Unidos las infecciones hospitalarias se desarrollan en un promedio del 5% del total de los pacientes internados en hospitales pasando estas infecciones a ser responsable de 88.000 decesos por año” (p.3.604). Según esta afirmación se puede interpretar que las infecciones hospitalarias son una realidad que pone en peligro la vida del paciente.

Siguiendo el orden secuencial con respecto a las infecciones hospitalarias, vale mencionar a Venezuela, país ubicado al sur de América, en el cual de acuerdo a informes estadísticos emanados por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, actual Ministerio del Poder Popular para la Salud

(MPPS) (2003) señala que” de un 50% de casos de infecciones hospitalarias ocurridas anualmente en todos los hospitales del país, un promedio de 13.21% representa casos de mortalidad”. (p.10).

Esta situación se presenta con marcada frecuencia en el Hospital Dr. José María Vargas, un hospital tipo IV perteneciente al Distrito Sanitario N° 1 de Caracas, en donde según registros estadísticos emanados por el Departamento de Epidemiología de este centro, hubo una prevalencia de infecciones hospitalarias en el área de hospitalización de la Unidad Clínica de Medicina con 1,9% en el segundo semestre de 2.006 y un notable aumento para el 2007 de 8,1% disminuyendo en 1,76% para el 2008 con respecto al año anterior. Sin embargo, a principios del 2009, se ha incrementado el porcentaje de pacientes que presentan signos y síntomas durante su estadía dentro del recinto hospitalario reflejando el desarrollo de infecciones hospitalarias.

Tomando en consideración esta situación es necesario recordar al profesional de enfermería cuyas funciones forman parte de la asistencia multidisciplinaria, las cuales les permiten estar en contacto con estos pacientes las veinte cuatro horas el día (7am-1pm, 1pm-7pm, 7pm-7am, 7pm-7am) debiendo mantener su intervención enfocada al aporte de una atención de calidad que permita en lo posible minimizar del entorno los factores causales de la ocurrencia de infecciones hospitalarias. En ese sentido, la intervención de enfermería puede ser fundamental para la prevención primaria y secundaria de las infecciones hospitalarias a través del uso de medidas específicas como por ejemplo, utilización de gorro, mascarilla, guantes y técnicas de asepsia y antisepsia encaminadas para el alcance de la prevención de infecciones hospitalarias.



Dentro de ese orden de ideas, Enfermería por medio del uso de métodos de barrera (lavado de manos, guantes, batas, gorros, mascarilla) acompañado de la presencia de higiene del ambiente hospitalario (por ejemplo de: muebles, paredes y pisos) puede conducir a minimizar del entorno situaciones coadyuvantes a la presencia de microorganismos patógenos causantes de infecciones hospitalarias.

Desde esas perspectivas enfermería podría fomentar la reducción de la flora residente y la flora contaminante en lo personal y en el medio hospitalario que rodea al paciente.

Partiendo de los preceptos enunciados, las autoras consideran necesario plantear las siguientes interrogantes de investigación:

¿Qué acciones de prevención primaria en las infecciones hospitalarias realiza el profesional de enfermería en la Unidad Clínica de Medicina II?

¿Qué acciones de prevención secundaria en las infecciones hospitalarias realiza el profesional de enfermería en la Unidad Clínica de Medicina II?

En respuesta a las interrogantes se hace el siguiente planteamiento de investigación:

¿Cuál es la intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas, primer semestre 2009?

## **1.2. Objetivos de la Investigación:**

### **1.2.1. Objetivo General:**

Determinar la intervención del profesional de enfermería en la prevención de las infecciones hospitalarias en la Unidad Clínica de Medicina II en el Hospital Dr. José María Vargas, primer semestre 2009.

### **1.2.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar las acciones de prevención primaria en las infecciones hospitalarias que realiza el profesional de enfermería en la Unidad Clínica de Medicina II.
- Identificar las acciones de prevención secundaria en las infecciones hospitalarias que realiza el profesional de enfermería en la Unidad Clínica de Medicina II.

## **1.3. Justificación:**

El nivel de conocimiento y educación de un país es indispensable para poder adoptar los conceptos de promoción y prevención en salud como elementos claves para la intervención de enfermería cuya función es el cuidado de otro ser humano y no simplemente tratar o curar una patología, ya que a medida que la población conozca más acerca de sí misma se disminuirá el riesgo de contraer las infecciones.

En ese orden de ideas, se justifica el desarrollo de la investigación, al indagar acerca de la intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias en sus componentes primaria y secundaria, con la aplicación de las medidas de asepsia y antisepsia como principal medio, bien sea a través del lavado de manos, utilización de métodos de barreras, esterilización de equipos quirúrgico, aseo personal y del ambiente, entre otros.

En ese sentido, se justifica la investigación en el área de hospitalización de la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas, con la finalidad de alcanzar beneficios para los usuarios a través de las herramientas necesarias para la prevención de las infecciones hospitalarias, y por esta vía disminuir su incidencia.

Asimismo, los resultados de la investigación representan beneficios para la comunidad de trabajadores del Hospital Dr. José María Vargas, ya que podrán establecerse mejores estrategias para la educación, en cuanto a la intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias.

Con respecto a los aportes al Hospital Dr. José María Vargas, se puede fortalecer la función en la educación del equipo de salud, en especial del personal de enfermería y de la población que labora y asiste a dicho centro, mediante diversos temas que de una u otra forma amplían los aspectos de los temas investigados en este centro asistencial.

Desde el punto de vista metodológico la presente investigación podrá servir de marco referencial para estudios posteriores, pues aportará resultados acerca de la intervención de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias y también ser utilizados como un sistema de

referencias basado en los niveles de prevención, además de fortalecer la práctica de enfermería en la atención directa al paciente influyendo significativamente en los beneficios de salud y bienestar del paciente en el área hospitalaria.

Por último, las autoras consideraron necesario ofertarle a la institución una útil herramienta en contenidos y conceptos en función del aporte ilustrativo referido a la intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias en la población adulta.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

En este capítulo se amplía la descripción del problema integrándose la teoría con la investigación; según Tamayo M. (2000), el marco teórico es “un conjunto de proposiciones lógicamente articuladas que tienen como fin la explicación y predicción de las conductas en un área determinada” (p. 97).

Por ello el investigador hace referencia a los elementos contenidos en la descripción del problema, como: los antecedentes relacionados con la investigación, y la descripción detallada de las bases teóricas que sustentan la investigación, de tal forma que puedan ser manejados con facilidad para describir la variable y su operacionalización y, por último, se realiza la definición de términos que se encuentran durante el desarrollo de la presente investigación.

#### **2.1. Antecedentes de la Investigación:**

La revisión bibliográfica se utiliza para hacer una síntesis conceptual de las investigaciones realizadas previamente relacionadas con la variable en estudio. En este sentido, Polit y Hungler (2000) refieren que “los antecedentes se realizan con el fin de integrar los conocimientos acumulados”. (p.137)

El objetivo primordial de los antecedentes es plasmar en la obra investigaciones previas que mantenga un vínculo con el objeto en estudio. La revisión bibliográfica efectuada sobre estudios de investigación relacionados

con el tema de estudio intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias.

Barreto, L., Piña, Y., Vera, A. (2003) realizaron una investigación titulada Intervención del profesional de enfermería en la prevención y control de infecciones hospitalarias, Unidad de Trauma Shock de la Emergencia Pediátrica del Hospital General Dr. Victorino Santaella Ruiz, Los Teques, Estado Miranda. Primer semestre del 2002. Cuyo objetivo general fue determinar la intervención del profesional de enfermería en la prevención y control de las infecciones hospitalarias en la Unidad de Trauma Shock de la Emergencia Pediátrica del Hospital antes mencionado. El estudio fue de tipo descriptivo transversal prospectivo, aplicaron como instrumento una guía de observación a una población de 16 profesionales de enfermería que constituyeron el 100% de la muestra. Los resultados evidenciaron que las medidas de prevención relativas a la medición de signos de infección y precauciones universales no eran cumplidas por un porcentaje significativo y, por otra parte, no llevan un control adecuado de las infecciones hospitalarias dentro de la unidad.

La investigación anterior es de importancia para el presente trabajo porque sirve como fuente en el análisis de las estrategias y acciones que desarrolla el profesional de enfermería en cuanto a prevención de infecciones en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas en su intervención como promotor de salud.

Asimismo, García, R. y García, Y. (2004) realizaron una investigación que se titula: Medidas de asepsia y antisepsia aplicadas por el personal de enfermería en la atención del recién nacido con infecciones perinatales, Sala de Parto, Maternidad Concepción Palacios, 2º semestre del 2004. Los objetivos estuvieron dirigidos a identificar las medidas de asepsia (indumentaria) y antisepsia (lavado de manos)

aplicadas por el personal de enfermería en la atención del recién nacido; fue un estudio de tipo descriptivo. La población estuvo conformada por 16 individuos que constituyen el personal de enfermería que laboran en la Sala de Partos, la muestra fue la totalidad de la población. El método escogido para la recolección de datos fue la observación y como instrumento utilizaron una guía de observación, dicho instrumento se sometido a juicio de expertos. Los resultados en cuanto al cumplimiento de las medidas de asepsia en relación con la indumentaria: Bata, gorro y los guantes, se obtuvo casi siempre; pero se registró que el uso de la mascarilla en 56% nunca se implementó por el personal. Mientras que en las medidas de antisepsia Lavado de Manos en sus indicadores equipo, procedimiento y duración, se identificó que se cumple casi siempre, menos en la duración que nunca se cumple, se presume que posiblemente la causa es la falta de conocimientos o simplemente por la escasez de recursos en el área.

La similitud existente entre ésta investigación y la que se pretende plasmar, es la aplicación de las medidas de asepsia y antisepsia que aplica el personal que labora en dicha área, así como también los factores que intervienen en el manejo y los procedimientos en el área de la salud.

En ese mismo orden de ideas, Arguello, L., Berrios, J. y Labrador, A. (2004) realizaron una investigación titulada: Información que poseen los profesionales de enfermería acerca del reprocesamiento de mascarillas de nebulización en las Unidades de Emergencia del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Los Magallanes de Catia. El objetivo de la misma fue determinar la información que posee el personal de enfermería acerca del procedimiento a seguir en el reprocesamiento de las mascarillas

de nebulización en la Unidad de Emergencia. Para lo cual se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Tomando como muestra 15 enfermeras de la Unidad de Emergencia Pediátrica y de Adultos del mencionado hospital. A las mismas se le aplicó una encuesta auto administrada de 24 preguntas de alternativas múltiples para determinar el nivel de información que poseen. Los resultados más relevantes reportan que en promedio de acuerdo a los resultados, puede decirse que la mayoría de las enfermeras de las Áreas de Emergencia tiene información teórica sobre el proceso de desinfección; pero llama la atención acerca de cómo se lleva a cabo el proceso, el 57% respondió incorrectamente, lo que indica que existen ciertas carencias de información en este aspecto. En cuanto al número de veces que se reutiliza una mascarilla de nebulización, teniendo resultado que el 7% respondió correctamente, y el 93% respondió incorrectamente llegando a la conclusión de que acerca de los pasos a seguir en el reprocesamiento de los dispositivos respiratorios, los resultados demuestran que existe un conocimiento deficiente con respecto a estos pasos, lo que podría traer como consecuencia que se obvian algunos al momento de reutilizar la mascarilla de nebulización. Queda comprobado que la reutilización de las mascarillas de nebulización es una conducta generalizada y aceptada en las Unidades de Emergencia del Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, ya que los resultados reportan la reutilización de hasta 7 veces la misma mascarilla, faltaría saber si esta conducta obedece a políticas de ahorro del hospital o a decisión del profesional de enfermería.

Este estudio apoya la presente investigación, ya que en él se confirma la necesidad de aplicar las técnicas de asepsia y antisepsia como medidas practicadas por parte del equipo de salud, con la finalidad de evitar la aparición y diseminación de las infecciones hospitalarias.



Asimismo, Corro, D., Chacon, Y., Marchán, E., Romero, M. (2006) realizaron una investigación titulada: Acciones de enfermería en la prevención de infecciones de las heridas quirúrgicas en las Unidades Clínicas de Cirugía del Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño". El objetivo fue determinar las acciones de enfermería en la prevención de infecciones en la herida quirúrgica en las Unidades Clínicas de Cirugía. Para lo que realizaron un estudio descriptivo, transversal, y de campo. La muestra estuvo conformada por 18 profesionales que conformaba el 45% de la población. Utilizaron como método de recolección de los datos la observación y un instrumento tipo guión de observación estructurado en tres partes y 53 aspectos observables en 3 oportunidades. Los resultados arrojaron que el uso de las técnicas de antisepsia era deficiente entre el personal de enfermera(os); el uso de la vestimenta no se cumple; las medidas de control del materia y equipo es violado según las normas de bioseguridad en la comprobación y preparación del material médico quirúrgico.

Por tal razón la investigación se relaciona con la presente, ya que se evidencia la necesidad de intensificar las intervenciones de enfermería en materia preventiva contra las infecciones hospitalarias.

De igual manera, Rivas, Nilma; Montilla, María Ana (2007) realizó una investigación titulada: Práctica de enfermería en la prevención y control de infecciones postoperatorias en pacientes e la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital "Dr. José María Vargas" de Caracas. Su objetivo fue determinar la práctica de enfermería en la prevención y control de las infecciones postoperatorias en pacientes del la Unidad Clínica de Cirugía. Fundamentado en un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. Constituido por una muestra de 20 profesionales de

enfermería; siendo el instrumento un guión de observación la cual comprendía en 24 aspectos a observar. Obteniendo como resultado que en los métodos de barreras, enfermería no cumple en su totalidad con estas acciones, sobre todo con el lavado de manos; el cumplimiento de antibiótico terapia como función interdependiente se lleva a cabo en un 100%, siendo deficientes en el seguimiento del paciente. Por lo que se recomienda la realización de jornadas de actualización de conocimientos.

En ese mismo sentido el estudio se relaciona a la presente investigación porque evidencia con sus resultados la relevancia de las acciones de enfermería para prevenir las infecciones hospitalarias que lesionen aun más la salud de los pacientes.

## **2.2 Bases Teóricas:**

A través de la revisión bibliográfica se elaboró el marco referencial que puntualiza las bases teóricas enfocando los conceptos de la variable de estudio: Intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias, así como sus dimensiones e indicadores.

Balestrini (2001), lo define como “un conjunto de proporciones teóricas interrelacionadas, que fundamentan y explican aspectos significativos del tema o problema en estudio y lo sitúan dentro de un área específica del conocimiento” (p. 139).

### **Participación del Enfermera(o) Profesional**

La profesión de enfermería representa ciencia y la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005) expresa:

**El enfermero o enfermera es un profesional egresado de una universidad, instituto o colegio universitario**

**venezolano de acuerdo con las leyes especiales sobre la materia, con conocimientos, habilidades y destrezas que se ocupan del cuidado de las personas, familias y comunidades durante todas las fases del proceso del crecimiento y desarrollo, en la salud y en la enfermedad, durante la discapacidad, la rehabilitación y hasta en la muerte, así como la gestión del cuidado. (p.2)**

Es decir, la enfermera profesional posee destrezas y habilidades especializadas de valoración y práctica clínica. De igual manera, el ejercicio de la enfermería está enmarcado en la Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005) que señala:

**El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano. (p.3)**

En ese sentido, Beare y Myers (1993) señalan que “una función primaria de la enfermera clínica es la prestación de cuidados directos a pacientes seleccionados en cualquier marco, incluso la práctica privada”. (p.73). Además, el profesional de enfermería es el responsable por la atención del paciente durante las 24 horas por lo que debe actuar como la principal coordinador de los demás servicios profesionales que se presten a los enfermos.

De allí que la intervención de enfermería enmarca una serie de estrategias o acciones de enfermería seleccionadas después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados.

En el mismo orden de ideas, Potter y Perry (2002) al citar a Gordon, definen como intervención de enfermería a “las acciones pensadas para ayudar al cliente a progresar del estado presente de salud, el cual se describe en el objetivo y se mide en los resultados esperados”. (p.344)

En otras palabras, la práctica de dichas acciones se produce durante la fase de ejecución del proceso de atención de enfermería, se debe tener presente que la enfermería “es una profesión dinámica y cuya práctica cambia de manera constante, es una de las profesiones de mayores y más honorable tradición entre las que brindan asistencia directa al ser humano”. (Dugas 2000, p.39)

Elegir intervenciones de enfermería apropiadas es un proceso de toma de decisiones, donde Potter y Perry (2002) expresan:

**La enfermera deberá utilizar el pensamiento crítico poniendo en práctica actitudes y patrones, que sintetice la información de los datos de valoración del paciente, de su conocimiento y su experiencia para escoger intervenciones que puedan llegar con éxito a los objetivos y los resultados esperados y establecidos para cada formulación diagnóstica. (p.344)**

Igualmente, Potter y Perry citan al teorizante Bulechek quien indica que dentro de los tipos de intervenciones están las acciones y estrategias iniciadas por la enfermera, la cual define como: “la respuesta independiente de la enfermera a las necesidades del cliente y los diagnósticos de enfermería” (p.345). Este tipo de intervenciones además son acciones autónomas basadas en un fundamento científico que se lleva a cabo en beneficio del paciente en una forma predeterminada en relación con el diagnóstico y los objetivos centrados en el paciente.

El mismo Potter (Op.Cit.) señala que “los actos de la práctica de enfermería en la mayoría de los casos pertenecen a las actividades de la vida cotidiana, educación para la salud, promoción de la salud, y consejos los cuales constituyen el dominio de la práctica de enfermería” (p.345).

Por ello como en toda ciencia que basa sus conocimientos en pro del beneficio hacia una activación certera, enfermería y su cuerpo de conocimiento bio-psico-social da respuesta a las necesidades interferidas o alteradas en toda persona, familia o comunidad que ameritando su cuidado logra obtener de los profesionales de enfermería una atención equitativa, oportuna y eficaz.

En relación a lo anterior, Bulechek citado por Potter y Perry (Op.Cit.) señala que:

**La enfermera debe conocer las áreas de su competencia para iniciar la intervención, comprendiendo éstas en tres fases que son: a) conocer el fundamento científico de la intervención; b) poseer la necesaria habilidad psicológica y motriz e interpersonal; y c) ser capaz de funcionar en un entorno determinado para utilizar los recursos sanitarios disponibles de manera efectiva. (p.347)**

Aunado a lo expuesto sobre intervención, Mc Closkey citado por Kozier, B. (2005), expresa que la intervención de enfermería en la práctica profesional “consiste en la sensibilidad para captar un gran número de sugerencias en la problemática o situación; el dominio intelectual de una serie de alternativas y la capacidad de predecir y explicar las situaciones” (p.58). Por lo descrito anteriormente, el profesional de enfermería no sólo debe poseer el conocimiento, también ponerlo en práctica utilizando los recursos apropiadamente, por lo tanto, se debe contar con la disponibilidad

de equipos desechables que contribuyan de manera importante a la seguridad de los pacientes.

Por ello, el profesional de enfermería debe estar familiarizado con los métodos estándares de aseo, las técnicas de desinfección y esterilización y practicar las precauciones universales para asegurar la protección de sí mismos y de sus pacientes. Además, si el profesional de enfermería conoce, hace conocer y pone en práctica los procedimientos necesarios para prevenir y evitar la diseminación de infecciones dentro de su unidad, disminuye de manera significativa el tiempo de hospitalización de los pacientes.

Igualmente, se desea que haya en el área de hospitalización una intervención del profesional de enfermería que ejerza acciones que influyan en todo el equipo de salud a controlar o generar cambios en función de sus competencias contra la infección hospitalaria. Al respecto, Ann Marriner (2003) citando a Peplau (1992) expresa que:

**La competencia se define como el acto de luchar para superar y obtener supremacía; se considera la forma más eficaz para el aporte de habilidades y destrezas en las actividades. La competencia implica la presencia de una relación de igualdad, estos subrayan la importancia del alcance de metas orientadas en el bienestar o recuperación oportuna del paciente y/o cliente. Se afirma que por medio de la cooperación y el vínculo profesional da la oportunidad del alcance de una asistencia de calidad. (p.220)**

Se infiere de la cita anterior que en calidad de intervención, el profesional de enfermería debe conceder una condición verdaderamente profesional que refiera una entidad autónoma entre enfermeras y enfermeros

en el establecimiento y conservación de convenios mediante los cuales se ejerzan controles sobre las prácticas.

Asimismo, el profesional de enfermería debe considerar que el cliente o paciente requiere de la asistencia de todos los miembros adscritos al área de hospitalización y la meta es prevenir la infección hospitalaria en lo cual es en buena parte una entidad que ocurre como complicación, aparte de la patología de base y, que es favorecida por el estado de alteración de las defensas del organismo en el período post trauma o post quirúrgico. En atención a ello, se debe mostrar énfasis en un manejo preventivo durante la manipulación del paciente.

Hablar de prevención cabe mencionar a Leavell y Clark (1965) citado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005):

**La prevención es un término dirigido al empleo de técnicas que abarcan desde la identificación de posibles susceptibilidades a la enfermedad así como también la valoración del riesgo, ello requiere calcular las posibilidades de que en una persona, con un conjunto determinado de características, enferme o muera de algunas enfermedades seleccionadas en un lapso de tiempo determinado. La prevención permite que esas personas aprendan a conocer sus probabilidades en función de la disminución de esas posibilidades de enfermar. (p.105)**

De acuerdo a la referencia, se da a entender que al hablar del concepto de prevención es ir a la búsqueda de medidas fundamentadas para la supervivencia. Desde allí que, enfermería debe estar consciente de los factores que fomentan o estimulen las conductas preventivas sobre la salud; por lo que deben estar informados para fomentar una percepción realista a

problemas específicos, así como de las consecuencias de las enfermedades a las que puedan estar propensas las persona.

Las intervenciones de parte de enfermería en la prevención de infecciones estarán establecidas para reducir la vulnerabilidad al riesgo para que ocurra la infección hospitalaria. Destaca la OPS (Op.Cit.) “utilizar la prevención en situaciones de riesgo es actuar por intermedio de los cálculos donde se presenta mayor probabilidad a la ocurrencia de un daño” (p.39). Lo que implica, por parte del profesional de enfermería fomentar el empleo de los servicios preventivos proponiendo intervenciones apropiadas para ello y manifestando aprobación a todos los profesionales en salud, pacientes y familias a los intentos del fomento de la conducta. De allí que el profesional de enfermería realice actividades de prevención primaria y prevención secundaria.

### **Prevención Primaria**

Según López Luna, M. (1993) refiere que la prevención primaria “consiste en un vasto programa de educación y de acciones específicas antes que ocurra la enfermedad” (p.193). De acuerdo a la referencia, la prevención primaria incluye la promoción de la salud y protección específica contra una situación dada.

Por su parte, la OPS (2005) considera que la prevención primaria está basada “en el fomento de la salud y el establecimiento de medidas para la protección específica de una enfermedad en persona o grupos y comunidad” (p.126). En ese sentido, la prevención primaria permite proporcionar conocimientos adecuados sobre procesos para el fomento de actitudes objetivas y comprensibles hacia la prevención de la enfermedad.



Relacionando la prevención primaria con la prevención de infecciones hospitalarias por medio de la intervención del profesional de enfermería en el área de hospitalización, se requiere en primera instancia una intervención de enfermería la cual debe estar ante todo dirigida a romper la cadena de infecciones, en la cual no sólo haga referencia a la presencia o ausencia de un proceso patológico, sino también a todo aquello que implica las acciones y estrategias enmarcadas a la optimización y mantenimiento de un total estado de protección del paciente a contraer infección.

Joanne, E., Hall, B. (1990) manifiestan “las enfermeras están activamente comprometidas a la prevención primaria que precede a la enfermedad y aplica sus acciones en función de educación y protección” (p.322). La prevención primaria dirigida a la promoción de la salud incluye planes de educación sanitaria, entre otros. Las actividades de educación o promoción son sinónimos de las actividades identificadas como prevención primaria.

En ese sentido, la prevención primaria en el área de hospitalización estará orientada a las acciones destinadas en la etapa prepatogénica sobre los diversos factores en los que se ha demostrado o se suponen constituyen riesgos que favorecen la aparición de infecciones en los pacientes. En este caso, se actuaría tanto con el personal de salud como empleados y visitantes en donde se incluyen la promoción de la salud así como actividades de bienestar que se centran en el mantenimiento de medidas específicas contra la presencia de microorganismos.

Desde estas perspectivas, se actuará en función del riesgo a la presencia de infección hospitalaria.

Al respecto, Liébana, J. (2002) refiere:

**Riesgo a enfermar siguiendo la línea de actuar contra ello, significa medidas preventivas, tanto individuales como para grupo de población encaminadas al reconocimiento de la mayor probabilidad de ocurrencia al daño para actuar por medio de medidas sanitarias donde haya mayor probabilidad al daño. (p.194)**

Por lo anterior, el énfasis en las medidas de prevención debe prestarse en una atención sin límite, para el alcance de los esfuerzos en el fomento de responsabilidades en el área de hospitalización, probablemente esto representaría un mayor peso en lo que respecta la intervención del profesional de enfermería en el componente prevención. Para Sánchez Moreno (2000) “Componente prevención son procedimientos que actúan sobre factores de riesgo de determinada enfermedad. Estas actuaciones pueden ser a nivel individual o de grupo. Un ejemplo típico de la prevención es el uso de sustancias quimioprolácticas para prevenir determinada enfermedad. (p.21)

Aunado a lo expuesto en la referencia, este autor considera que las medidas de prevención pueden utilizarse contra la enfermedad o las infecciones por medio del uso de procedimientos terapéuticos basados en ensayos preventivos. En este caso, el personal de salud, principalmente enfermería, interviene introduciendo medidas preventivas al área de hospitalización en grupos de pacientes adultos, en lo cual se adaptarán formas de asistencias o de atención centrada principalmente para evitar complicación sumada a la presencia de infecciones hospitalarias.

Esto requiere de un despliegue de estrategias y actividades en la intervención de enfermería dentro del área de hospitalización poniendo de manifiesto la reducción de las causas que están en el entorno y que

conducen a la ocurrencia de infecciones hospitalarias; incluyendo dentro de estas el entorno social, el físico, y el cultural. Además se suman las condiciones biofísicas de la persona. Por ello se considera que la multicausalidad provoca procesos patológicos.

En el caso específico de la infección hospitalaria, hay que considerar que este tipo de procesos son producidos por agentes vivos: parásitos, hongos, bacterias y virus que contagian a pacientes hospitalizados, a los que provocan una infección específica seguida o no de enfermedad clínica evidente. Desde ese marco referencial, para el profesional de enfermería su principal objeto para implantar la prevención debe depender de su capacidad de cognición acerca del componente epidemiológico de las infecciones hospitalarias como enfermedad transmisible.

Señala Drew, L. citada por Kenneth (2005):

**El componente epidemiológico de una infección (transmisible) corresponde a la capacidad del agente etiológico para el alcance de la invasión del huésped, la multiplicación, la producción de toxinas y otras propiedades que definen la virulencia del agente infeccioso y, por otra parte, del huésped, a través de la respuesta inmunitaria que sigue a su contacto con el agente etiológico. Sin embargo, se considera que los microorganismos son causas necesarias pero no suficiente. (p.162)**

Implica la comprensión de aceptar según la referencia, la presencia de factores determinantes biológicos, sociales y del propio paciente para que ocurra la infección hospitalaria. Desde lo expuesto, se hace necesario definir el componente de infecciones hospitalarias, definida por la OMS (2003) como “aquella infección contraída en el ambiente hospitalario y que no se encontraba presente ni en incubación al momento de ingreso, a partir

de las 48 horas de hospitalización se habla de infección hospitalaria” (p.120). Se evidencia entonces con lo definido anteriormente, que la incidencia de infecciones hospitalarias está muy ligada al manejo del personal de salud, incluyendo las medidas de asepsia y antisepsia así como los equipos implementados en los distintos procedimientos siendo ambos elementos fundamentales para garantizar una atención segura y libre de infecciones.

Por tanto, se considera que las infecciones son un proceso infecto transmisible que hace su aparición en pacientes hospitalizados después del ingreso y durante la estadía, sin que hubiese evidencias en el momento en que ingresó.

Cuando esas personas han ingresado sin síntomas de infección y luego de dos días de internación comienzan estos síntomas, la infección se considera nosocomial u hospitalaria. Mandell, D. y Bennet, G. (2002) refieren “La enfermedad hospitalaria es una infección que está producida por microorganismos que son residentes del hospital, es decir, que habitan en la institución misma. (p.304)

Las infecciones hospitalarias suelen tener una población de gérmenes que son, en general, multirresistentes a diversos antimicrobianos. El término “multirresistente” o resistencia múltiple a los antimicrobianos es definido por Prescott, L.M (1999) al hablar de “una población de microorganismos, ya sea bacterias, hongos o virus, que se vuelven invulnerables a varios antimicrobianos debido que han logrado cambiar su estructura genética” (p.713). De acuerdo a la referencia, las infecciones adquiridas en los hospitales prolongan la permanencia del enfermo en la institución que originan gastos adicionales, pero siempre que existan enfermos los microorganismos presentes representan una amenaza grave para la salud,

dado que el paciente suele ser muy susceptible a la infección por su debilidad generalizada.

La flora microbiana del hospital ha variado desde la introducción de los antibióticos en la terapéutica. Estos antibióticos no sólo alcanzan los gérmenes patógenos contra los cuales van dirigidos, sino que también perturban el equilibrio de la flora del paciente, atacando los gérmenes de la flora normal, los cuales quedan expuestos a procedimientos diagnósticos invasores y al uso de catéteres intravenosos, entre otros.

Kozier (2005) señalan que “la piel y las mucosas intactas constituyen en primer línea las defensas del cuerpo frente a los microorganismos, a menos que la piel y las mucosas se agrieten producto de los procedimientos ya mencionados” (p.482). En la misma forma señala que una infección ocurre cuando un microorganismo o sus toxinas invaden el huésped, provocando cambios en su fisiología, conduciéndolo a un estado patológico y la cadena de eventos que ocurren podrían resumirse en: predisposición, contaminación e infección.

De acuerdo a lo antes mencionado, se puede describir la sensibilidad del paciente a la infección, en el que van influir diversos factores como la edad, el estado inmunológico, el tipo de enfermedad subyacente, el efecto de los procedimientos y el tratamiento. En tal sentido, en las edades extremas de la vida, infancia y vejez, existe un aumento considerable de la susceptibilidad a las infecciones.

De igual manera, los enfermos que presentan una afectividad crónica, tipo cáncer, leucemia, diabetes, nefrosis, entre otros, pueden volverse más susceptibles a las infecciones hospitalarias; de igual manera, la

susceptibilidad de los hospitales favorece también la transmisión de microorganismos, los cambios de temperatura o de humedad, pueden influenciar en el desarrollo de una infección en el paciente relativamente sano y el más complicado; lo cual plantea problemas de difícil control.

Con respecto a los factores de riesgo que influyen en las infecciones hospitalarias, los factores del huésped son poco modificables (inmunosuprimidos, por ejemplo), factores del ambiente que tienen una importancia relativa y son modificables. Y el factor de mayor riesgo es la atención clínica, y es importante porque es modificable y depende de la conducta del equipo de salud.

Potter y Perry (2002) definen la fuente de infección como “la persona, cosa, objeto, sustancia, de la cual un agente infeccioso pasa directamente a un huésped susceptible” (p.851). En tal sentido, la fuente humana del hospital está constituida por toda la población hospitalaria, pacientes, persona visitantes y quienes por cualquier motivo ingresan en el ambiente hospitalario y las fuentes inanimadas más comunes son suelo, aire, alimentos, donde el microorganismo vive y se multiplica causando la infección.

De igual manera explican que el término infección “es la entrada y multiplicación de un agente infeccioso en los tejidos de un huésped” (p.851). Enmarcando que en el proceso de infección participan seis factores o elementos: “el agente etiológico o patógeno, la fuente reservorio, en el mecanismo de salida de la fuente, la forma de transmisión o vehículo, el mecanismo de entrada o puerta y la susceptibilidad de la persona (huésped)”. (p.852)

Al ingresar a un hospital, los pacientes muchas veces aumentan la vulnerabilidad a adquirir infecciones, por los procedimientos invasivos, el estrés, la cercanía a otros pacientes con infecciones y al manejo inadecuado de las técnicas asépticas y antisépticas.

A los hospitales ingresan pacientes inmunosuprimidos o con enfermedades como la diabetes mellitus, que constituyen hospederos susceptibles. Las condiciones del ambiente físico, algunas veces el hacinamiento e instalaciones deficientes en cuanto a medidas de seguridad e higiene, son factores que pueden influir significativamente al inicio de una infección hospitalaria la cual añade sufrimiento y preocupación al enfermo y su familia ya que agravan su pronóstico, alargando la estancia en el hospital.

El personal de salud, especialmente la enfermera(o), debe conocer todas las posibles puertas de entrada y salida para los diferentes microorganismos para que pueda prevenir en forma correcta las infecciones hospitalarias.

En ese sentido, la prevención debe ser enfilada para actuar en el rompimiento de la cadena epidemiológica como:

- Reservorio.
- Vehículo de infección.
- Huésped.
- Agente etiológico.
- Medio externo.

**Reservorio:** Según Carmona Oswaldo (1999) "el reservorio, llamado también fuente de infección, es persona, el animal, el artrópodo,

plantas, el suelo o material, donde normalmente vive y se multiplica un agente infeccioso, de la que depende para su supervivencia y donde se reproduce para poder ser transmitido a un huésped susceptible”.

**Vehículo de infección:** Puede estar relacionado según Carmona (1999) con la supervivencia del microorganismo según las condiciones ambientales (temperatura, humedad o pH), también el agua, el suelo, en los cuales los microorganismos tienen mayor ventaja de supervivencia.

**Huésped:** Según Liébana (2002) Las características presentes en el huésped dada por la interacción (agente-huésped) están relacionados con las condiciones de respuestas inmunitarias en el huésped, el cual depende del contacto y de las posibilidades de enfermar.

**Agente etiológico:** Según Kenneth (2005) Todo agente o microorganismo que provoque la enfermedad clínica sin importar que sean: bacterias, hongos, protozoos, helmintos, representan los componentes necesarios para que haya el período prepatogénico y patogénico.

**Medio externo:** Dice la OPS (2005) “la clave para que se produzca una enfermedad infecciosa, el ambiente determina el acto para que se produzca la infección o la enfermedad, entre ellos, la educación, los recursos, el clima y la estación del año” (p.120).

Relacionando todo lo antes expuesto sobre la epidemiología de la infección-enfermedad con la infección hospitalaria, la prevención se vislumbra a las provisiones de medidas específicas de protección hacia el paciente para que el agente causal no consiga en el entorno situaciones que le permitan la supervivencia en el entorno y de ser posible la introducción de las toxinas en cada paciente del área de hospitalización.



Al respecto, Sánchez Moreno (2000) refiere:

**Para la prevención en las enfermedades infecciosas es importante considerar la epidemiología como proceso tanto de la infección como de la enfermedad. La infección es la penetración y multiplicación de un agente potencialmente patógeno en un huésped susceptible, a través de una exposición al medio o a otros huéspedes infectados. La enfermedad infecciosa aparece cuando los gérmenes o toxinas han sobrepasado la barrera inmunitaria, han conseguido multiplicarse en los tejidos del huésped, a partir de este momento se manifiestan en la persona como un trastorno progresivo, con una consecuencia temporal, en el que los signos y síntomas constituyen su manifestación más evidente. (p.260)**

Considerando lo anterior, al establecer medidas de prevención contra infecciones hospitalarias se deben crear acciones específicas en dos espacios, una antes de aparecer la infección y otra cuando ya está en manifiesto la infección. Por lo tanto, el profesional de enfermería debe actuar para impedir cada una de las fases conducentes al desarrollo de las infecciones, las cuales se mencionan a continuación:

- Período antes de la infección.
- Período de incubación.
- Período de transmisión.
- Período clínico.

Por lo tanto, las medidas de prevención deben ser, una para que no ocurra la enfermedad y otra en función de limitar el daño. Sin embargo, para controlar la multicausalidad, hecho que da pie a la infección hospitalaria no basta con achacar toda la culpa al agente etiológico. Lo que implica tomar en cuenta características concretas como por ejemplo el área hospitalaria donde convergen diferentes microorganismos generadores de enfermedades e

infecciones, las capacidades inmunológicas del paciente, la edad, la enfermedad de base y por supuesto el personal de salud u otras personas que estén en contacto al paciente. Plantear respuesta hacia el control de la multicausalidad como fundamento básico a la prevención según Sánchez Moreno (Op.Cit.) “es la coexistencia de un sistema productivo que principalmente conduzca al personal de salud que da asistencia a estos pacientes, a reducir al máximo por medio de medidas profilácticas la supervivencia del reservorio, el modo de transmisión, el período de incubación y la susceptibilidad y resistencia del huésped” (p.167).

Estas medidas de prevención permitirán modificar el entorno en función de tratar de eliminar las fuentes o los vectores de los agentes etiológicos. Es decir, el profesional de enfermería debe encaminar sus intervenciones para inactivar a los agentes infecciosos del entorno y ello será por medio de dos grandes aspectos antes de aparecer la infección del paciente y en algunos casos cuando aparece la infección llamados por López Luna (1993) “prevención primaria y prevención secundaria”. (p.76)

Las medidas de prevención primaria contra el riesgo de las infecciones hospitalarias, estarán encaminadas tanto a evitar que la fuente de infección continúe diseminando la infección como a la protección de la salud paciente por medio de las medidas internacionales (contra el riesgo de una infección previamente identificada en otro).

Con referencia a esto, Evans y Albornoz (1995) refirieron que la prevención primaria era “aquellas acciones destinadas a actuar en la etapa pre-patogénica sobre los diversos factores en los que se ha demostrado o se suponen constituyen riesgos que favorecen la aparición o el mantenimiento de una enfermedad” (p.65).

De allí que enfermería planifica y ejecuta acciones como medidas de prevención a la aparición de enfermedades, pero cuando ya existe una patología se exhortara a la vigilancia y disminución de riesgos que agraven el estado de salud de los individuos.

Igualmente Kroeger, Axel (1992) señala que la prevención primaria enmarca “acciones de promoción y protección específica de la salud” (p.405). Por lo tanto, el profesional de enfermería enfilará su intervención hacia toda situación dada para el riesgo con la intención de prevenir desde orden primario. Estas medidas preventivas contra el riesgo incluyen:

- Acciones esenciales de educación al paciente y familiares, así como el equipo de salud.
- Protección del contacto directo e indirecto.
- Intervención específica con pacientes de alto riesgo.
- Intervención específica en la protección del área (materiales).

Aunado a lo expuesto sobre la prevención primaria específica a la infección hospitalaria, enfermería puede intervenir también en un ámbito de atención constituida por actividades permanentes en el área de hospitalización, dando a conocer los reglamentos y medidas de prevención por medio del acto de promoción para la salud y de actividades de protección específica.

### **Promoción para la salud:**

La promoción para la salud según la OMS (2001) “son actos para exhortar a la población por medio de demostraciones y explicaciones de los procedimientos requeridos para el fomento de la salud” (p.139). Estos

procedimientos pueden estar relacionados a servicios institucionales, personal, social y de orden psico-afectivo.

Por tanto, el profesional de enfermería como parte del equipo de salud adscrito a las áreas de hospitalización, debe dar a conocer por medio del acto de promoción, todas las acciones tendientes a mejorar la prevención contra las infecciones hospitalarias, llenando su cometido por medio de instrucciones e información incorporándolos a la cotidianidad. En ese sentido, el profesional de enfermería durante la promoción para la salud, según OMS (Op.Cit.) requiere de la comprensión de los elementos involucrados en la enseñanza, la dirección de la misma, los recursos a utilizar y, por supuesto, a quién va dirigido el acto de promoción para lograr que el mensaje llegue con claridad y poder disminuir el riesgo de infecciones en el área hospitalaria.

Por ello el profesional de enfermería toma en cuenta el universo de trabajo y el conjunto de personas que están en contacto con los pacientes; hecho que desde un orden práctico, es necesario cuando se imparte promoción para la salud válida en la prevención primaria de las infecciones hospitalarias, en el que se cuente con en el desarrollo de actividades que pueden ser cumplidas con facilidad. El objetivo que se busca con la promoción de salud es adquirir cambios de actitud o conducta; acción esperada en toda actividad de promoción desarrollada que los profesionales de enfermería cumplen a través de las actividades docentes.

El profesional de enfermería en el marco de promoción de salud desarrolla actividades educativas, en este caso, sobre las infecciones hospitalarias cuyo contenido puede ser ajustado según la situación, lo importante es que el mensaje sea captado. Para ello debe utilizarse material didáctico (trípticos, carteleras, audio visuales, entre otros) con explicaciones

sencillas pero concretas sobre temas de interés mediante actividades educativas.

Entre las actividades educativas de las cuales puede valerse el profesional de enfermería son: la comunicación oral con el propósito de informar rigurosa y objetivamente sobre temas que ayuden tanto al paciente, como a sus familiares a evitar el desarrollo de infecciones. Asimismo, es una herramienta esencial para modificar los hábitos y conductas de los individuos para mejorar su salud.

De esta misma forma según Restrepo (2001) “para construir una vida saludable puede utilizarse la plática o charla, que se cataloga como un método estereotipado e invariable y es representada por medio de la exposición oral” (p.126), que ayuda a brindar información sencilla y muy breve de algún tema de interés, en este caso sobre la prevención de infecciones hospitalarias. Estos procedimientos pueden ser ajustados según la situación, lo importante es que el mensaje sea captado por las personas a las que se dirige. Por lo cual enfermería debe utilizar material didáctico con un mensaje sencillo y concreto sobre la prevención de infecciones hospitalarias.

Enfermería como promotor de salud debe informar al paciente y familiares sobre de la normativa del servicio, como horario de visitas, tipo de alimentación del paciente, normas de aseo personal, y orientar sobre cualquier inquietud del paciente referente a su tratamiento.

Por lo que ha de tomarse en cuenta, que el acto de promoción para la salud representado por el profesional de enfermería debe contar con las técnicas y procedimientos anteriormente mencionados, así como de material didáctico(trípticos, folletos, afiches), ya que se facilita la captación del

mensaje, y asimismo, alcanzar los objetivos trazados por el profesional de enfermería y demás miembros del equipo de salud, en la promoción de condiciones conductuales para prevenir las infecciones hospitalarias, como un proceso que tiende a lograr que los pacientes se apropien de nuevas ideas, utilizando y complementando sus conocimientos para disminuir los riesgos a contraer nuevas infecciones durante su estadía hospitalaria y durante la convalecencia. Además de reducir la incidencia de dichas infecciones en el complejo ambiente hospitalario.

### **Protección Específica:**

Generalmente se refiere al conjunto de medidas utilizadas para atacar directamente una enfermedad o deficiencia. Como su nombre lo indica, la protección específica puede ser definida como una tarea que requiere ser cumplida con total especificidad contra las infecciones hospitalarias.

Asimismo Aranda, P. (1986) señala “la protección específica congrega a aquellas medidas que persiguen proteger al individuo específicamente contra una y un grupo de enfermedades antes de ser atacado”. (p.140)

En este sentido, la intervención de enfermería estará encaminada a poner en práctica acciones que ayuden a los integrantes de una población con riesgo a contraer enfermedades o sufrir lesiones que agraven su estado de salud, proporcionándoles herramientas para mantener su bienestar.

En cuanto a la prevención de infecciones hospitalarias, la protección específica debe estar dirigida a evaluar los cuidados de enfermería relacionados con la prevención de la infección, las técnicas aplicables, el mantenimiento de las medidas invasivas y no invasivas, el uso correcto de

antisépticos y desinfectantes, la utilización de técnicas asépticas así como las precauciones universales.

Por lo que el personal de enfermería al controlar el cumplimiento de la higiene del paciente (personal y bucal) encamado o no; así como la medición de los signos vitales y cuidado de la nutrición del paciente al consumir los alimentos de la dieta indicada en el hospital, proporciona protección específica. De igual manera al vigilar que se mantenga el saneamiento en el área de hospitalización, esterilización del material médico quirúrgico y descarte del material desechable. Tomando en cuenta que cada procedimiento se debe realizar bajo las medidas explícitas de asepsia y antisepsia, entre ellas el lavado riguroso de manos; todos los aspectos señalados acompañados del uso de métodos de barrera, representa la protección específica como parte de las intervenciones del profesional de enfermería contra infecciones hospitalarias.

- **Higiene personal e higiene bucal:**

Potter y Perry (2002) refieren: "los baños periódicos eliminan los microorganismos transitorios de la superficie de la piel" (p.873). Por lo cual el profesional de enfermería en el marco de conservar la integridad de la primera barrera de protección del organismo, instará al cumplimiento del aseo personal diario, evitando lesiones que faciliten la invasión de microorganismos en el tejido corporal, utilizándose para ello, abundante agua y jabón que permitirá eliminar las secreciones secas o transpiración excesiva.

Sustentando lo anterior Dugas (2000) expresa: "Higiene es la ciencia de la salud y su conservación. La higiene personal es importante para la salud general de una persona" (p.551). Además debe mantenerse la piel bien lubricada con la ayuda de cremas hidratantes.

También es relevante, mantener una higiene bucal frecuente que evite según Potter (2002) “las proteínas de la saliva que atraen a los microorganismos” (p.872). Por ello, al tener una higiene adecuada se evita las caries producto de las bacterias que forman la placa dental por la presencia de restos de alimentos en los dientes.

En este mismo orden de ideas, Higashida (2005) al hablar de protección específica se “refiere a la prevención de algunas enfermedades, atendiendo al cumplimiento de la higiene personal, aplicación de flúor para evitar caries, eliminación de condiciones peligrosas y el uso de nutrientes específicos” (p.14).

De allí que el mantenimiento de la integridad de la piel y las membranas mucosas reduce las oportunidades para que los microorganismos causen lesiones agravantes del estado de salud del paciente.

- **Valoración de los signos vitales:**

Según Vial, Blanca; Figuera M. y otros (1995) expresa:

**“Es la cuantificación de los signos que reflejan el estado fisiológico y el funcionamiento de los órganos vitales del organismo. Ellos son: temperatura (bucal, rectal y axilar), pulso (periférico y central); respiración y presión arterial” (p.25)**

De allí que estos datos objetivos (medibles, observables) indican la existencia de vida en un individuo. Estos proporcionan a enfermería datos fisiológicos que se utilizan para determinar el estado general de salud de un individuo, así como, su respuesta ante el tratamiento médico y de enfermería.



De esta forma el profesional de enfermería al valorar y llevar registro de cada uno de signos vitales, evalúa la existencia de alteraciones que puedan interferir con el funcionamiento fisiológico básico de cada usuario. Tradicionalmente se conocen como signos vitales la temperatura, el pulso y respiratoria, y la presión arterial; los cuales no se interpretan por separado, ya que el cuerpo humano debe ser concebido como un grupo de sistemas interrelacionados donde los órganos no funcionan aisladamente.

**-Temperatura corporal:** según Koziér, B. (2005) “refleja el equilibrio que existe entre la producción y la pérdida del calor corporal, y se mide en unidades llamadas grados” (p.539). La temperatura suele variar ligeramente durante las 24 horas del día, siendo más bajas en las primeras horas de la mañana y más alta en la tarde. Por lo que su elevación es uno de los primeros indicadores observables de alteración de las funciones orgánicas, debidas a la invasión de bacterias o virus que desencadenan una respuesta inmune del organismo; cuando esto ocurre hay que tomar en cuenta si la temperatura aumenta por encima de 37.5°C y hasta 40°C. Algunos signos de temperatura elevada son calor de la piel, escalofrío, piel seca y rubor, temblores y sensación de frío.

**-Pulso:** referente a este signo vital Koziér (Op.Cit) expresa “es una onda sanguínea generada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón” (p.539). En general la onda pulsátil corresponde a la expulsión del volumen de eyección y a la cantidad de sangre que se pasa de las arterias en cada contracción ventricular. Cuando existe alguna alteración su ritmo es irregular y acelerado. Si el número de pulsaciones está por debajo de 60 pulsaciones por minuto se llama bradicardia, y si está por encima de 100 pulsaciones por minuto se llama taquicardia.

**-Respiración:** la supervivencia de los individuos depende de la capacidad de las células para alcanzar oxígeno y para eliminar dióxido de carbono de las mismas. El autor citado en los párrafos anteriores, expresa que la respiración “es el acto de respirar” (p.565). La respiración es el proceso de intercambio gaseoso del organismo entre la atmosfera y las células. Se considera anormal según Koziér (2005) una frecuencia respiratoria menor de 10 respiraciones por minuto que evidencia bradipnea y mayor de 20 respiraciones por minuto que refleja taquipnea, momento en el cual enfermería debe avisar al médico. Al valorar la respiración debe buscarse signos de disnea como fases de angustia, aleteo nasal, cianosis proximal o distal, tiraje intercostal y supraclavicular.

**-Presión arterial:** es la presión que ejerce la sangre al circular por las arterias, según Koziér (Op.Cit). De igual manera, como la sangre se mueve en forma de ondas existen dos valores de la tensión arterial que son: presión sistólica es la producida en la parte más alta de la onda sanguínea, y presión diastólica es la que se registra durante el reposo ventricular. La presión arterial es una función de la adaptación biológica a las variaciones externas e internas, afectando no solo al sistema cardiovascular sino también al organismo en su totalidad. Asimismo los lineamientos de la presión arterial optima son: presión arterial sistólica (PAS) igual a 120mmHg y presión arterial diastólica (PAD) igual a 80mmHg. Luckman (2002) expresa “la presión arterial se eleva por la vasoconstricción durante el desarrollo de fiebre en infecciones” (pag.301).

- **Alimentación:**

Según Sánchez Moreno (2000) los alimentos “son sustancias orgánicas de origen diverso que al ser ingeridas aportan las sustancias

nutritivas” (p.264). Por medio de los alimentos las personas obtienen la energía necesaria para realizar sus funciones vitales y realizar las tareas cotidianas.

Durante la estadía hospitalaria de los individuos, el profesional de enfermería estimula la ingestión de líquidos y una dieta equilibrada indicada desde el ingreso según requerimientos de cada caso. Alertando sobre el consumo de alimentos no adecuados en el régimen terapéutico; debido a que las deficiencias nutricionales de proteínas, vitaminas o minerales reducen las defensas del huésped e incrementan la susceptibilidad a la infección.

- **Métodos de barreras:**

El uso de métodos de barrera corresponde a las precauciones requeridas para minimizar del entorno determinadas influencias a que el paciente contraiga la infección hospitalaria, su finalidad es evitar transmisión de infecciones por contacto directo o indirecto, con secreciones o exudados.

Según Dugas (2000) los métodos de barreras son aquellos utilizados para “proteger al paciente inmunosuprimido de los gérmenes que pueden llegarle procedentes del personal del hospital, de otros pacientes, visitas o a través del material y equipo sanitario” (p.291)

Por lo que el profesional de enfermería entre los cuidados inmediatos que proporciona a los pacientes de hospitalización, población que es objeto de estudio en esta investigación, debe poner en práctica el uso de vestimenta especial, lavado de manos y el uso de guantes, mascarilla, bata, lentes protectores y gorros, que se han de utilizar cuando previsiblemente se hagan

maniobras que pueden originar la formación de gotitas de sangre o de los líquidos orgánicos.

Existen diferentes tipos de mascarilla, batas, gafas y máscaras para cada situación, los cuales deberán ser utilizados por el profesional de enfermería desempeñándose como base en la conciencia produciendo orgullo en la propia persona en sus logros, así como la confianza interior de la que está administrando una asistencia de calidad. Según Smeltzer, S. y Bare, B. (2002) refieren que “la finalidad del uso de vestimenta especial es proporcionar barreras eficaces que eviten el contacto del usuario con microorganismos patógenos estrictos u oportunistas. No obstante, éstas al mismo tiempo protegen al personal de enfermería de pacientes infecciosos”. (p.2127)

El vestuario de barrera se presenta según la utilidad donde se trabaje y existen en una gran variedad de estilos, pero la mayoría debe cumplir con las siguientes características: deben ser limpios, cómodos y frescos para evitar la incomodidad; en caso de ser de dos piezas, la blusa debe ir dentro del pantalón y éste debe tener manguito elástico o goma en su parte inferior para retener los microorganismos derramados por la piel.

Otra barrera de protección en las infecciones hospitalarias implícita en las precauciones estándar, es la mascarilla para procedimientos en los que es posible que generen gotitas de sangre o líquidos. Potter (2002) refieren que “el personal debe utilizar la mascarilla para así evitar al mínimo la contaminación de los microorganismos que viajan por el aire. Este accesorio sirve para retener y filtrar las microgotas que contienen microorganismos de la orofaringe y la nasofaringe”. (p.878)

Por tal motivo, la mascarilla no debe permitir las fugas de aire y ha de cubrir por completo la zona de nariz y boca. Al mismo tiempo, no debe

interferir con el habla, la respiración o la visión y ha de ser compacta y cómoda. Al quitarse la mascarilla, sólo deben tocarse las cintas para evitarse la contaminación de las manos, esta barrera de protección permite evitar el contacto del que presta el cuidado al usuario.

Otra barrera de protección es el gorro, Smeltzer, S. y Bare, B. (2002) refieren lo siguiente:

**El gorro debe cubrir por completo el cabello, de manera que no caigan madejas de cabello, ganchos, sujetadores o partículas de caspa o polvo en el campo estéril o herida abierta. Los gorros deben ser desechables y estar hechos de material similar al del paño. (p.383)**

Según Smeltzer y Bare (Op.Cit.), quienes hacen referencia a otra medida de barrera, señalan que los protectores o cubre botas, se usan una sola vez y se quitan al salir del área. Cuando el personal de enfermería utiliza las medidas de protección junto con el lavado de manos eficaz, se reduce la transmisión de agentes patógenos de un paciente a otro.

Dugas (1998) señala que “cuando se establecen barreras mecánicas es para limitar a los microorganismos a un área determinada” (p.589). Estas barreras eliminan la contaminación por contacto. Esta técnica se basa en la utilización de guantes y batas para evitar la contaminación por la piel, gorros, para evitar la dispersión de los gérmenes patógenos contenidos en el cabello; mascarilla, para evitar la contaminación de la flora bacteriana provenientes de las vías respiratorias.

Asimismo los guantes serán estériles si se manipulan espacios estériles; de exploración en los otros casos (piel no intacta y mucosas); y de

tipo doméstico o industrial para efectuar la limpieza. Se procederá al cambio de guantes tras cambio de paciente o de actividad.

Según Diccionario Mosby (2000) los guantes:

**Son cubiertas estériles para las manos que suelen tener una vaina separada para los dedos, incluido el pulgar. Los guantes se llevan para proteger al personal sanitario de los fluidos corporales pero también para proteger a los pacientes del personal sanitario. (p.6)**

De esta manera se puede decir que el uso de los guantes es de suma importancia, ya que protegen al personal de salud actuando como método de barrera en el manejo de sustancias orgánicas, entre otras, y de esta manera proteger al paciente de microorganismos patógenos. Por lo que el error de no cambiarse los guantes entre contactos con pacientes es un riesgo para el control de la infección. Los guantes se ponen cuando se va a entrar en contacto con los fluidos orgánicos

En ese sentido, el profesional de enfermería del área de hospitalización debe limitar al máximo los riesgos de infección por medio de los aspectos siguientes:

- Lavado de manos: realizar según las medidas estándar.
- Guantes: Deben ser estériles y usados siempre que se entre en contacto con el paciente y retirarlos al tratar de abordar otro paciente.
- Batas: Utilizarlas cuando se esté en contacto directo con el paciente y retirar al salir de la habitación; es de uso exclusivo durante la atención al paciente.
- Ropa: No requiere tratamiento especial después de su uso por el paciente.

- Visitas: Deben ser restringidas, colocando aviso en la puerta y en el control de enfermería, donde se explicarán las normas de acceso.
- Limpieza: Se procurará que la limpieza de la habitación de aislamiento sea la última, siguiendo las normas generales.
- Instrumental: El material no desechable, debe ser desinfectado y esterilizado.
- Apósitos y pañuelos: de un solo uso y desechados en bolsa roja.

Tomando en cuenta lo antes expuesto, el profesional de enfermería debe reconocer la importancia de utilizar los métodos de barrera, pues estos contribuyen a su seguridad, la del paciente, familia o visitantes y otros miembros del equipo de salud, considerándose una práctica de protección.

- **Lavado de manos:**

Para el profesional de enfermería es obligatorio lavarse las manos al entrar o salir de la habitación, así como también antes y después de manejar algún procedimiento directo con el paciente, ejemplo: cura de heridas o sitios de punción de los catéteres, tratamiento, higiene en cama y equipos, etc.

El lavado de manos es la medida más importante para evitar la diseminación de microorganismos; una buena técnica aséptica es la que evita la transmisión de gérmenes de una persona a otra. El profesional de enfermería debe lavarse las manos antes y después de estar en contacto con un paciente.

Por lo tanto, el lavado de manos es una de las prácticas de antisepsia más importantes, ya que las manos son el principal vehículo de contaminación externa de la infección hospitalaria.

Las bacterias presentes en la piel se encuentran principalmente en la capa más superficial, pero también pueden estar presentes en otros estratos e incluso en los conductos y glándulas sudoríparas. Estas bacterias que viven en profundidad y sólo comienzan a ser eliminadas después de 15 minutos de enérgico cepillado.

De acuerdo a la Comisión de Infecciones, Higiene Hospitalaria y Política de Antibióticos de Culiacán (1997) el lavado de manos higiénico se realiza con agua y jabón neutro, durante un tiempo que varía según los autores desde 20 segundos hasta los dos minutos y a continuación el aclarado con agua corriente. El secado se debe realizar con toalla de papel. Este lavado se realizará con frecuencia, en general, siempre antes y después de entrar en contacto con cada paciente (p.5)

Se debe utilizar jabón líquido en envase no reutilizable, ya que el jabón en pastillas frecuentemente se contamina. El lavado de manos quirúrgico está indicado en la realización de técnicas quirúrgicas o instrumentales específicas. Se utilizan antisépticos, siendo los más utilizados los yodoformos (povidona iodada) y la clorhexidina.

El lavado de manos es un tema ciertamente importante, así lo señala Larson (1996) citado por Potter y Perry (2002) cuando expresa: “la técnica más importante y más básica de prevención y control de la transmisión de las infecciones” (p.868).

De igual manera señala el autor antes citado: “El lavado “antes” evita llevarle microorganismos de alguna otra persona o artículo. El lavado “después” reduce al mínimo la diseminación de microorganismos a otras personas”. (p.535)



Incluso la Comisión de Infecciones, Higiene Hospitalaria y Política de Antibióticos de Culiacán (1997) señaló:

**Recientemente lo infrecuente y esporádico que es el lavado de manos entre los profesionales. Aunque se estiman que el personal de salud solo se lava las manos antes de inspeccionar a un paciente en un 73% de las ocasiones, la frecuencia observada es de sólo el 9%. Además existe una revisión sistemática sobre el lavado de manos que demuestra cómo el cumplimiento de esta medida puede reducir en más de un 50% las tasas de infección (p.24).**

En este mismo orden de importancia, vale la pena destacar el uso de guantes no reemplaza la necesidad del lavado de manos, porque los guantes pueden tener defectos pequeños, incluso inaparentes, los cuales pueden producirse durante el uso de esta forma, las manos quedarían contaminadas al quitárselos.

De allí la responsabilidad del profesional de enfermería de realizar un lavado de manos meticuloso y minucioso durante los procedimientos a los pacientes inmunosuprimidos.

- **Cambio de lencería:**

El personal de enfermería debe evitar la contaminación tanto del entorno como de toda persona que esté en contacto con el paciente por lo que induce embolsar los artículos contaminados, cambiar constante de la ropa de cama y al paciente para evitar la reinfección por gérmenes patógenos.

Igualmente Potter y Perry (2002) refieren: “la ropa de cama sucia se debe colocar en una bolsa de lavandería resistente a la perforación en la habitación del cliente”. (p.819).

Por ello el profesional de enfermería siempre estará atento al cumplimiento del cambio de la ropa de cama, así como de la vestimenta del paciente por otra adecuadamente limpia, cuidando que sea lavada antes de usarse de nuevo para disminuir la proliferación de microorganismos.

- **Limpieza del área de hospitalización:**

Cronológicamente, la limpieza es un paso previo a la desinfección, por lo que constituye un factor de importancia prioritaria, ya que su ejecución incorrecta o defectuosa planteará múltiples problemas para la realización de posteriores procesos tales como la desinfección o la esterilización.

Según Potter y Perry (2002) la limpieza “es la eliminación de materiales extraños, como tierra y materia orgánica”. (p.865)

En ese mismo sentido Sánchez Moreno (2000) señala que la limpieza “se debe interpretar como una actitud defensiva que busca eliminar los factores del entorno o establecer barreras entre el agente etiológico y la población” (p.42)

De allí que la limpieza y la desinfección constituyen, junto con la esterilización, los elementos primarios y más eficaces para romper la cadena epidemiológica de la infección.

Aunado a lo anterior y como parte básica de la cadena epidemiológica, las manos se consideran el mecanismo más importante de transmisión de la infección desde un enfermo o desde el personal del equipo de salud a otro paciente del hospital. Por lo que el profesional de enfermería se convierte en el vigilante del cumplimiento de una práctica adecuada de las precauciones universales cuando intervenga con el paciente no contaminado para protegerlo contra agentes externos en todos los espacios hospitalarios.

En ese sentido se debe prever que se cumpla con la limpieza del entorno hospitalario que si bien no pueden ser esterilizados si deben ser desinfectados lo mejor posible para disipar la acumulación de polvo contentivo de esporas.

En ese sentido se debe prever que se cumpla con la limpieza del entorno hospitalario el cual se clasifica en animado e inanimado, que si bien no pueden ser esterilizados si deben ser desinfectados lo mejor posible para disipar la acumulación de polvo contentivo de esporas que pudieran contaminar al paciente.

Al respecto Kenneth, J. (2005) señala que “el aire, las paredes, pisos, ropa, artículos similares del hospital no son estériles por lo que pueden causar infección hospitalaria” (p.993)

De allí que su relación con las infecciones nosocomiales u hospitalarias se establece tanto a nivel del origen de la infección como a nivel de las vías de transmisión, sin embargo se hace necesario una vez más considerar al medio ambiente animado, el cual está constituido por los pacientes hospitalizados, el personal que trabaja en el hospital y los visitantes del centro.

El factor ambiental animado es fuente de infección o mecanismo de transmisión importante de microorganismos patógenos estrictos u patógenos oportunistas, que se desencadenan con frecuencia procesos cruzados, ya que las infecciones constituyen un riesgo para el resto de los pacientes, para el personal sanitario e incluso para los visitantes; y en ese sentido inverso el personal del equipo de salud y las visitas pueden constituir fuente de infección de microorganismos patógenos para los pacientes ingresados.

De igual forma el factor inanimado es un componente importante en la proliferación de infecciones sino se mantiene una adecuada limpieza de las paredes, pisos, estantes, camas, muebles con desinfectantes. Refiere Carmona Oswaldo (1999) que la “desinfección es la destrucción de los microorganismos por agentes químicos” (p.30).

El profesional de enfermería debe ser parte de un sistema básico de vigilancia que haga cumplir medidas profilácticas, notificaciones de situaciones epidémicas en el hospital, entre otras actividades de orden epidemiológico.

Además los pacientes y familiares deben estimularse a colaborar con el aseo de mesitas las cuales se mantendrán secas y limpias. Generalmente es recomendable usar agua y jabón para limpiar y para desinfectar las superficies usar hipoclorito al 5%, excepto en superficies metálicas.

Otra área inanimada importante es la cama de paciente que se debe asear para disminuir los gérmenes y proteger el colchón con funda plástica, y retirar lencería sin sacudir las ropas de cama, depositándolas directamente en la bolsa para ser enviada a la lavandería. Cabe recordar que estos pacientes se encuentran en el área de hospitalización por lo que se requiere mantener de manera constante la limpieza del área.

Además la antisepsia y la desinfección son los procedimientos que se emplean para disminuir los microorganismos patógenos presentes en un área, a través del uso de antisépticos y desinfectantes. De allí que Dugas (2000) definen la antisepsia y desinfección como “procedimientos mediante el cual los microorganismos patógenos se destruyen o por lo menos se impide su multiplicación”. (p.180)

Según el autor antes citado los antisépticos son:

**Aquellos productos químicos que destruyen o inhiben el crecimiento de microorganismos sobre la piel o el tejido, frente a los desinfectantes que son los utilizados sobre objetos inanimados o superficies. En ocasiones, estos últimos pueden ser utilizados como antisépticos, si no producen irritación de los tejidos, ni toxicidad por absorción sistémica y no se inactivan en presencia de materia orgánica. (p.193)**

Con relación a lo citado antes se infiere que la antisepsia y desinfección hacen referencia al mismo procedimiento de eliminación virtual de todos los microorganismos patógenos reconocibles, utilizando el término de antisepsia cuando el procedimiento se aplica sobre piel y mucosas, mientras que desinfección se utiliza cuando se refiere a los materiales clínicos como suelos y superficiales.

Tanto los desinfectantes como los antisépticos pueden clasificarse según su estructura química en dos grandes grupos: compuestos químicos inorgánicos y compuestos químicos orgánicos.

Además existen tres niveles de desinfección, los cuales se realizan a través de agentes químicos y físicos. Según Ponce, S. (1996), los define en “bajo nivel, intermedio nivel y alto nivel”. (p.44)

**De bajo nivel:** Se destruyen la mayoría de las formas vegetativas bacterianas, algunos virus y hongos, no *Mycobacterium tuberculosis*, ni esporas bacterianas.

**De nivel intermedio:** Se inactivan todas las formas bacterianas vegetativas, incluido el *Mycobacterium tuberculosis*, la mayoría de los virus y hongos, pero no asegura la destrucción de esporas bacterianas.

**De alto nivel:** Se destruyen todos los microorganismos excepto algunas esporas bacterianas.

Debido a que en numerosas ocasiones las mismas sustancias pueden emplearse como desinfectante o como antiséptico, resulta necesario establecer una clasificación conjunta de todos los productos químicos empleados.

De allí que el antiséptico ideal debe reunir las siguientes propiedades: amplio espectro, rapidez de acción, baja toxicidad para los tejidos vivos, alta actividad residual, actividad en presencia de materia orgánica, solubilidad, estabilidad, aceptación por el personal que lo maneja y bajo coste.

- **Manejo de material e Instrumentos quirúrgico:**

En un hospital o centro sanitario, es necesario que todo producto y material usado para el tratamiento de los pacientes sea absolutamente seguro en su uso ya que el riesgo de infecciones debe mantenerse lo más bajo posible.

Según Diccionario de medicina Océano Mosby (2000) define que: “un instrumento es un aparato quirúrgico diseñado para realizar una función específica, ya sea cortar, disecar, raspar, abrasar, retraer o suturar” (p.756). Este tipo de material suelen estar hechos de acero y reciben un tratamiento específico que los hace resistentes al calor, oxidación y los tintes.

El profesional de enfermería velará por el mantenimiento del instrumental quirúrgico una vez utilizado. Para ello deberá ponerse mascarilla, lentes protectores y guantes cuando limpie instrumental manchado de sangre u otra secreción corporal.

Potter y Perry (2002) refieren: “para limpiar el instrumental se utiliza un cepillo de mango rígido y detergentes o jabón” (p.866). Para limpiar y esterilizar los instrumentales enfermería primero los lavará con agua corriente para eliminar la materia orgánica, luego lavara el instrumental con agua caliente y jabón emulsionando la suciedad. Se utiliza el cepillo para eliminar los restos de suciedad acumulada en las ranuras. Después se secan se desinfectan y esterilizan.

Además se debe tener presente el proceso de envoltura de los instrumentos quirúrgicos, y verificar la fecha de esterilización, la cinta testigo indicativo de que el material esta estéril.

Asimismo Fuller (1998) señala:

**Existen distintos materiales para envolver los artículos y el equipo que se va esterilizar. El envoltorio debe proteger los artículos de polvo, de los insectos y de la penetración. Debe resistir el desgarró o la de laminación. (p.65)**

Si bien el profesional debe percatarse del estado del material antes de ser utilizado también ha de hacerlo una vez esterilizado, ya que el paquete debe estar marcado tanto con la fecha actual como con la fecha de vencimiento, verificar que la cinta testigo haya cambiado de color claro antes de esterilizar a color oscuro después de ser esterilizada.

- **Cura de heridas:**

Existen diversos tipos de heridas y cada una tiene procedimientos diferentes de cómo curarlas.

Con referencia a esto Vial y Figueroa (1995) refiere que la cura de herida abierta “es el procedimiento que se realiza en una herida con bordes

no afrontados para facilitar el proceso de cicatrización, prevenir y pesquisar complicaciones” (p.55). De allí que el profesional de enfermería debe tener en cuenta el equipo adecuado y esterilizado adecuadamente, lavarse las manos, cambiar constantemente los apósitos, para así, disminuir el riesgo de infección.

Según Cameron, E. (1998) “las infecciones de la piel y los tejidos blandos, así como las lesiones abiertas (úlceras comunes o por decúbito, quemaduras) fomentan la colonización bacteriana y puede ocasionar infecciones sistémicas” (p.96).

Con respecto a lo anterior señala Sánchez Moreno (2000) “los microorganismos que contaminan los tejidos de una herida proceden generalmente de la flora endógena del paciente, de la piel o de cavidades próximas involucradas en la herida” (p.380)

Debido a esto ha de usarse guantes estériles, apósitos y gasas, además solución antiséptica para asegurar que no se infecten las heridas, así como realizar el cambio de los vendajes, apósitos, gasas a diario. Asimismo deberá utilizarse un instrumental quirúrgico debidamente esterilizado. Para evitar la entrada de microorganismos en la herida debe limpiarse siempre hacia el exterior; limpiando primero los bordes de la herida y por ultimo hacia el exterior.

En ese mismo orden, Potter y Perry (2002) debe “mantenerse los tubos de drenaje y bolsas de recogida visibles, para evitar el cúmulo de líquidos serosos bajo la superficie de la piel” (p.868).

Las medidas de prevención en las que el profesional de enfermería influye con mayor peso son aquellas relacionadas con los cuidados higiénicos preoperatorios. De igual forma en el cuidado de las heridas se



aplican los principios de asepsia y antisepsia, y como señala Potter y Perry (2002) “el cuidado de las heridas es para eliminar las secreciones infectadas y ayudar a la integridad de la cicatrización de las heridas” (p.865)

### **Prevención Secundaria**

El profesional de enfermería si bien es el encargado de desarrollar planes de acción en la prevención primaria, en la prevención secundaria dirigirá sus esfuerzos en detectar precozmente una infección que complique aún más la condición de salud de un paciente. Al respecto, Beare y Myers (1993) refieren que la prevención secundaria comprende “la detección temprana de la enfermedad y el tratamiento temprano, para disminuir la discapacidad y la mortalidad”. (p.57)

Del mismo modo, Higashida (2005) expresa lo siguiente: “la prevención secundaria se centra en individuos que están experimentando problemas de salud o enfermedad y que están en riesgo de desarrollar complicaciones”. (p.11)

De allí que, la prevención secundaria comprenda en el Diagnóstico precoz y en el tratamiento oportuno. En relación a esto, Higashida (2005) refiere que “aunque la persona se sienta bien, en el caso de las enfermedades infecciosas, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno evitan su difusión”. (p.15).

Es en esta etapa cuando el personal de enfermería suministra cuidados encaminados a reducir la gravedad y permitirle al paciente volver a un estado normal de salud tan rápido como sea posible. Po ello, el tratamiento es oportuno en cada caso, ya que se pueden presentar agentes multirresistentes en los cuales el tratamiento ha de ser muy agresivo.

Así como señala Aranda P. (1986) señala que: “las medidas de prevención secundaria están dirigidas a interrumpir el curso del proceso en el hombre”. (p.137)

En este caso específico, la prevención secundaria indagará en la modificación del entorno en búsqueda de los aspectos que a continuación se mencionan:

- La modificación del entorno para tratar de eliminar las fuentes o los vectores de los agentes etiológicos.
- Eliminación de las oportunidades en el área de la transmisión de la infección.
- Tratar oportunamente para evitar la proliferación.
- Inactivación en el organismo de los agentes patógenos.

Por medio de estos aspectos, la prevención secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) debe actuar según la OMS (2003) “en medidas contra los agentes por medio clínicos, cultivos, revisión de historia clínica, informes de laboratorios, aunado a otros procedimientos que incluyen la cuantía en número de personas que padecen el daño” (p.139). Esto va acompañado, por supuesto, de la verificación de que exista un brote.

### **Diagnóstico Precoz**

Este diagnóstico precoz representa la investigación de contactos, estudio microbiológico de la especificidad del caso con el interés de poder descartar la presencia de infección y de esa manera tomar las medidas oportunas del caso.

En el caso específico del caso de la infección hospitalaria, el MPPS (2006) señala:

**El objetivo del diagnóstico precoz es descartar y limitar los agentes microbianos. En ese sentido, de acuerdo a la aprobación de la Resolución del Consejo del Ministerio y Presidencia (2006) se acordó que en cada institución hospitalaria la constitución de una red de vigilancia epidemiológica orientada, inicialmente a la detección temprana y continua de las infecciones hospitalarias. Por medio de valoraciones clínicas y cultivos bien sea para descartar la enfermedad o tratarla. (p.18)**

Entonces la detección temprana de lesiones corresponde a todas las intervenciones cuyo propósito permita proteger al paciente de manera específica, en lo cual puede ubicarse acciones de pesquisa y de utilidad para la protección, esto requiere de las siguientes intervenciones:

- Control del paciente con alto riesgo.
- Control del contacto.
- Control del ambiente inmediato.
- Control de los grupos que puedan actuar en la transmisión.

**Control del paciente de alto riesgo:** Toda persona con sospecha de acuerdo al diagnóstico clínico y de laboratorio se debe clasificar sus intervenciones que le aseguren su protección.

**Control del contacto:** Notificación aunado a la declaración médica y de servicio correspondiente para la asistencia específica del paciente (aislamiento), lo cual requiere una habitación individual y contar con la revisión o control epidemiológico. La intención es evitar la proliferación del agente por medio de la vigilancia.

**Control del ambiente inmediato:** Las precauciones están diseñadas para cuidar a los pacientes en cualquier lugar dentro de las instalaciones hospitalarias.

**Control de los grupos que puedan actuar en la transmisión de las infecciones:** Para evitar la transmisión de microorganismos por contacto directo e indirecto debe aplicarse todas las medidas de asepsias y antisepsias.

Estas acciones requieren que en las áreas de hospitalización se cuente con un servicio de vigilancia epidemiológica, del cual el profesional de enfermería forme parte del comité encargado de reconocer de manera precoz las infecciones hospitalarias. En ese sentido, se estaría hablando del componente vigilancia epidemiológica o red de vigilancia.

Según la OMS (2003):

**El acto de vigilancia debe estar conformado por expertos: Microbiólogos, epidemiólogos, enfermeras, internistas, entre otros, en donde sus funciones se fundamentan: Carácter de subsidio, aporte de información operativa, toma de decisiones para el control tanto individual como colectivo, interés supra hospitalario en términos de epidemia, endemia y riesgo. Su estructura dependerá de las autoridades hospitalarias, regionales y nacionales. (p.14)**

En atención a la referencia, el profesional de enfermería formaría parte del comité de vigilancia epidemiológica dando así un paso para actuar en los componentes del diagnóstico precoz, por lo que se requiere del dominio para el reconocimiento de:

A).- Signos y síntomas de infección.

## B).- Alteración en los exámenes de laboratorio.

De allí que el profesional de enfermería busque indicios de invasión de microorganismos que causen lesiones agravantes del estado del paciente, la misma puede hacerse durante la realización de higiene y confort, cuando se realicen las curas de las heridas, o en el momento en el cual se administre el tratamiento. Asimismo debe estar alerta en las alteraciones de los exámenes de laboratorio los cuales corroboran la clínica encontrada.

- **Valoración de signos y síntomas:**

La infección aparece cuando los gérmenes, o su toxina, han sobrepasado la barrera inmunitaria y han conseguido multiplicarse en los tejidos del huésped. A partir de ese momento se da inicio de manera progresiva a los trastornos en una secuencia temporal. Es allí precisamente donde aparecen los signos y síntomas, constituyendo durante ese período según Sánchez Moreno (2000) “su manifestación más evidente en donde el microorganismo puede ser localizado en tejidos u órganos superficiales o transmisibles, abriendo una nueva dimensión” (p.162).

Por ello es importante que el profesional de enfermería realice la observación y búsqueda de signos y síntomas de las respuestas generales y locales del cuerpo. Cuando un agente patógeno ha invadido el organismo se presentan una serie síntomas localizados, según Dugas (2000) son: “dolor, calor en la zona o perdida de la función” (p.532). De igual forma se pueden evidenciar exudados de las heridas, secreciones purulentas en los oídos, ojos, garganta que indican procesos de infección.

Además Sánchez Moreno (Op.Cit.) señala que “la capacidad del agente de salir del organismo humano o animal y difundirse, es lo que lo convierte en transmisible” (p.162)

Visto así, los procesos infecciosos pasan por diferentes etapas que corresponden al:

- Período de incubación.
- Período de transmisión.
- Período clínico.

**Período de incubación:** Es el tiempo que transcurre entre la exposición inicial a un agente infeccioso y el comienzo de la enfermedad en el huésped, ya explicado en otros párrafos.

**Período de Transmisión:** Este período como ya ha sido planteado, es el tiempo en el que el agente infeccioso puede pasar a otra. Es variable y puede iniciarse antes que la enfermedad sea patente.

**Período Clínico:** Corresponde a la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, se da paso a los órganos con la aparición del síndrome infeccioso y puede presentar: fiebre, taquicardia, disnea, sudación, dolores, tos, exantemas, etc. Posteriormente, si no ocurren daños fatales, hay una regresión de los síntomas y se pasa al período de convalecencia o de reparación de los daños causados.

De allí que el profesional de enfermería según Vásquez, L. y Romero, M. (1998) “observe a los pacientes en aislamiento y pacientes con fiebre” (p.146) indicativo de un proceso patológico.

Asimismo refieren los autores antes citados se debe “inspeccionar la superficie de la piel con cada cambio para observar lesiones, úlceras, aéreas de presión, presencia de edema periférico, abultamiento o cambio de temperatura o el color de cualquier extremidad” (p.144)

- **Registro de los exámenes de laboratorios:**

Durante el período clínico se puede actuar para constatar la fuente de infección con la intención de la detección del caso; por lo tanto, se requiere de estudios de laboratorio como: hematologías, cultivos, antibiogramas, etc., a fin de cumplir en dos vertientes:

- Evitar la infección.
- Evitar la propagación de la infección.

**Evitar la infección:** Tratar con métodos de barrera al paciente en función de su protección.

**Evitar la propagación de la infección:** Tratar con especificidad según resultados del estudio clínico y de laboratorio (como las hematologías, cultivos y antibiogramas).

Por ello el profesional de enfermería de hacer cumplir la toma de muestras y registrar las mismas para llevar control de la incidencia de las infecciones, así como elaborar planes de trabajo para prevenir las infecciones y tener fidedignamente los resultados.

De allí que se verifique por ejemplo en una hematología la cuenta blanca indicativo del estado inmune del paciente, ya que si están elevadas indican un proceso infeccioso o bacteriano. Las razones clínicas para la realización de laboratorios se relacionan con la necesidad de definir si el paciente está infectado o colonizado y evitar el uso indiscriminado de antibióticos.

## **Tratamiento Oportuno**

Según Enciclopedia Color (2007) el tratamiento “es el conjunto de medidas que se emplean para curar enfermedades o para combatir plagas”, (p.1.162)

Por ello el uso correcto de farmacoterapia como parte de las medidas importantes para la prevención de la infección, requiere conciencia de todo el equipo de salud y del paciente para cumplir su administración exactamente como se indica y durante el tiempo prescrito por el especialista. Desde ese sentido, el tratamiento oportuno busca la limitación del daño.

En relación con la intervención del profesional de enfermería es cumplir y hacer cumplir las reglas de la antibioterapia desde el orden farmacológico:

- Ser vigilante de la permeabilidad de las vías centrales o periféricas, evitando la flebitis al trasvasar los vasos sanguíneos.
- Revisión del buen estado de los equipos de infusión intravenosa (macros y micros goteros, solucep), ya que al ser utilizados por largos periodo de tiempo quedan residuos de medicación, se impregnan de polvo o se contaminan con sangre del paciente.
- Ser vigilante en el cumplimiento del fármaco siguiendo las reglas de administración de fármacos y valorar la respuesta del paciente a los medicamentos administrados.

Todo este sistema de intervención por parte del profesional de enfermería se encuentra orientado en razón de la rutina sanitaria



(incidencia, prevalencia, gravedad), capacidad para limitar el daño por medio del soporte de una intervención sanitaria en pro del bienestar del paciente.

- **Administración de antibióticoterapia:**

La administración de medicamentos es el procedimiento mediante el cual se introducen al organismo sustancias medicamentosas. Aunque esta actividad es dependiente de una indicación médica, el profesional de enfermería vigilará su cumplimiento de forma correcta. Igualmente Luckman (2002) refiere que “el uso profiláctico de antibióticos suele ser necesaria antes de procedimiento con penetración corporal “(p.208)

De allí que el uso de antibióticos en el hospital significa una gran responsabilidad para quien lo indica, pues su costo es elevado, se desarrollan resistencias y pueden ocasionar problemas peores que los que pretende resolver.

Asimismo los datos de cada medicamento han de registrarse en la historia clínica del paciente, y administrados según Kozier Bárbara (2005): utilizando los seis “puntos correctos” de la administración de fármacos. (p.878). Referidos al: fármaco correcto, dosis correcta, momento correcto, vía correcta, paciente correcto y documentación correcta.

### 2.3. Sistema de Variable:

**Variable Única:** Intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias.

**Definición conceptual:** Según Potter y Perry (2002) se refiere a las “acciones pensadas para ayudar al paciente a progresar del estado presente de salud, el cual se describe en el objetivo y se mide en los resultados“(Pag.344)

**Definición Operacional:** se refiere a las acciones realizadas por el profesional de enfermería durante su asistencia directa para la prevención primaria y secundaria contra las infecciones hospitalarias.

## 2.4. Operacionalización de Variable:

**Variable Única:** Intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias.

**Definición Operacional:** Se refiere a las acciones realizadas por el profesional de enfermería durante la asistencia directa para la prevención primaria y secundaria de las infecciones hospitalarias.

DIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
<p><b>Prevención Primaria:</b> Se refiere a las estrategias realizadas por el profesional de enfermería, encaminadas a la promoción de la salud y a la protección específica de las infecciones ocurridas en pacientes adultos hospitalizados.</p>	<p><b>Promoción para la salud:</b> Se refiere a las acciones educativas que efectúa el profesional de enfermería en el fomento de la prevención de las infecciones hospitalarias.</p>	<p>Actividades educativas para la prevención de infecciones hospitalarias.</p>	1,2,3,4,5
	<p><b>Protección específica:</b> Se refiere a las acciones del profesional de enfermería para proteger al paciente de las infecciones por medio del cumplimiento de:</p>	<p>Higiene personal. Higiene bucal. Valoración de signos vitales. Alimentación. Métodos de barreras. Lavado de manos. Cambio de lencería. Limpieza del área de hospitalización.</p>	<p>6,7,8 9 10,11 12,13 14,15,16,17 18,19,20 21,22 23,24</p>

DIMENSIONES	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
<p><b>Prevención Secundaria:</b> Son actividades preventivas del profesional de enfermería relacionadas a la detección temprana y tratamiento oportuno de las infecciones hospitalarias.</p>	<p><b>Diagnóstico Precoz:</b> Son acciones para la detección temprana de las infecciones hospitalarias efectuadas por enfermería referidas a:</p> <p><b>Tratamiento Oportuno:</b> Son actividades ejecutadas por enfermería en el cumplimiento y administración de tratamiento.</p>	<p>Manejo de material e instrumentos quirúrgico.</p> <p>Cura de heridas.</p> <p>Valoración de signos y síntomas de infección en: -Sitios de inserción de métodos invasivos (catéteres periféricos, catéteres centrales, sondas de Foley y naso gástricas).</p> <p>Registro de exámenes de laboratorio.</p> <p>Administración de antibiótico terapia según indicaciones medicas.</p>	<p>25,26,27,28,29</p> <p>30,31</p> <p>32,33,34,35,36</p> <p>37,38,39,40</p> <p>41,42,43,44</p>

## 2.5.- Definiciones de términos básicos:

.- **Antisepsia:** Desinfección química de la piel o las mucosas.

.- **Antiséptico:** Sustancia aplicada en la piel u otro tejido vivo que previene o detiene el crecimiento o acción de microorganismos por inhibición de su actividad por su destrucción.

.-**Asepsia:** Es el conjunto e técnicas que se utiliza para prevenir contaminaciones e infecciones.

.-**Esterilización:** Técnicas que consiguen la destrucción de todas las formas de vida, incluidas las esporas microbianas.

.-**Fuente de infección:** Es aquella donde los gérmenes patógenos viven y se multiplican, es decir, que puede ser una persona ciertos animales, el suelo o las aguas estancadas entre otro.

.- **Huésped:** Son los organismos simples o complejos incluyendo al hombre que es capaz de ser infectados por un agente específico.

.-**Infecciones Nosocomiales:** Denominación que reciben las infecciones contraídas por el paciente durante su estadía en el hospital o en los días inmediatos al alta hospitalaria. Son aquellas que desarrolla el paciente por microorganismos contagiados en el mismo centro hospitalario.

.-**Intervención de enfermería:** son las acciones que el profesional de enfermería realiza para alcanzar los objetivos del paciente.

.-**Prevención:** Es la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales o a impedir que las

deficiencias cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

**.-Prevención Primaria:** Programa de actividades destinadas a la mejora de bienestar general.

**.-Prevención Secundaria:** Nivel de prevención que se centra en el diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento para detener una enfermedad.

## CAPITULO III

### MARCO METODOLÓGICO

Los aspectos que se describen en el presente capítulo tienen como propósito describir el procedimiento metodológico utilizado para llevar a cabo la investigación planteada, que corresponde al tipo de estudio, población y muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, procedimientos para la recolección de la información, procedimientos para la validez y confiabilidad, el plan de tabulación y análisis que se utilizó para el estudio de la intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas, primer semestre del 2009.

#### **3.1. Diseño de la Investigación:**

Hernández, R. (2003) refiere “el diseño consiste en el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea” (p.184). Para la realización de una investigación se debe tener presente el tipo de diseño que ha de utilizarse, el cual señala al investigador lo que debe hacer para lograr los objetivos planteados.

La presente investigación tiene un diseño de campo, no experimental. El diseño de campo según Tamayo, M. (2000):

**Cuando los datos se recogen directamente de la realidad, los denominados primarios, su valor radica en que permiten cerciorarse de las verdaderas condiciones en que**

**se han obtenido los datos, lo cual facilita su revisión o modificación en caso de surgir dudas. (p.110)**

De igual manera, el diseño de campo no experimental es definido por Hernández, R. (2003) de la siguiente manera “es la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente las variables, lo que se hace es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos” (p.187). Relacionándolo con la investigación, los datos son recogidos de fuentes primarias directamente donde ocurren los hechos, es decir, en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas.

### **3.2. Tipo de Estudio:**

El tipo de estudio, según Canales, F. (2002), se refiere al “esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden al problema y objetivos planteados”. (p.134)

La presente investigación se inserta en un tipo de estudio descriptivo en donde según Hernández, R. (2003) “describe un fenómeno o situación, mediante el estudio del mismo, es decir, cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno”. (p.117)

En este mismo orden de ideas, Canales, F. (2002) define los estudios descriptivos citando a Galán “son aquellos que están dirigidos a determinar cómo está la situación de las variables que se estudian en el problema” (p.245). Además posee características de un estudio transversal porque los datos se recolectan en una sola ocasión haciendo un corte en el tiempo, es decir durante el primer semestre del 2009.



### **3.3. Población y Muestra:**

Según Tamayo, M. (2000):

**Una población está determinada por sus características definitorias, por tanto, el conjunto de elementos que posee estas características se denomina población o universo. Población es la totalidad del fenómeno a estudiar, en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. (p.114)**

La población en esta investigación estuvo conformada por el total de los profesionales de enfermería de atención directa que labora en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas, en los turnos de 7 a.m.-1 p.m. / 1 p.m.-7p.m./ 7 p.m.-7am, en relación al número 11.

La muestra según Arias Fidias (2006) “es el conjunto de operaciones que se realiza para estudiar la distribución de determinados caracteres en la totalidad de una población, universo o colectivo, partiendo de la observación”. (p.27).

En la presente investigación la muestra representa el 100% del total de la población ya que no se tomó una cantidad representativa de la misma, es decir, no hay muestreo.

### **3.4. Técnica e Instrumento para la Recolección de Datos:**

En esta fase se describen las herramientas que se emplean en la finalidad de recopilar informaciones que permitan alcanzar los objetivos planteados en la investigación.

En este sentido Hurtado, J. (2000), define que: “la técnica de recolección de datos comprende procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuesta a las preguntas hechas en la investigación.” (p.427). Con relación a lo mencionado el autor explica las características que debe tener una herramienta, que debe ser construida con la mayor objetividad posible y enfocada hacia los resultados que pretende el investigador.

Asimismo Canales (2002) lo considera como “medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de los datos y el logro de los objetivos” (p.160).

El instrumento para la recolección de datos de esta investigación es una guía de observación con el uso de la técnica de la observación, donde el observador que recoge los datos, está en contacto con el grupo a estudiar pero sin participar, comportándose como un espectador. Esto implica que los datos fueron recolectados durante las acciones de enfermería de manera directa con los pacientes, cumpliendo medidas de prevención primarias y secundarias de las infecciones hospitalarias.

A través de este método se observa y reúne diversos criterios acerca de la problemática investigada, ya que se caracteriza por obtener datos por medio de la observación. Definida ésta por Aranguren (1989) como “la acción del investigador de mirar un fenómeno dentro de principios establecidos” (p.76). Es importante destacar, que la recolección de información exigió el tiempo necesario para evitar algún sesgo.

Para medir la variable objeto de este estudio; Intervención del profesional de enfermería en la prevención de infecciones hospitalarias en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas, se aplicó

una guía de observación durante quince días permitiendo esto obtener la información. La misma consta de 44 ítems y tres observaciones por cada elemento muestral, es decir, treinta y tres (33) observaciones con respuestas en escala dicotómica (SI-NO) donde se selecciona la respuesta marcando con una "X".

### **3.5. Validez y Confiabilidad:**

Según Polit (2000) la validez se refiere al "grado en que un instrumento cuantifica lo que se pretende medir" (p, 681)

De igual manera Tamayo (2000) considera que validar es "determinar cualitativa y/o cuantitativamente un dato" (224).

La validez del instrumento de recolección de datos de la presente investigación, se realizó a través de la validez de contenido, es decir, se determinó hasta donde los ítems que contiene el instrumento fueron representativos del dominio o del universo contenido en lo que se desea medir. Para comprobar la validez del instrumento se somete a evaluación por medio del "juicio de expertos", que consiste según Arias F. (2006) en "proporcionar el instrumento a un grupo de especialistas en el área a investigar, así como en la elaboración y construcción de instrumentos".

En tal sentido se proporcionó el instrumento a 3 especialistas en contenido, metodología estadística y epidemiología.

La confiabilidad es definida por el mismo Polit como "el grado de congruencia o formalidad con que un instrumento cuantifica el atributo que pretende medir" (p.664). Un instrumento es confiable cuando las mediciones

hechas no varían significativamente, ni en el tiempo, ni por la aplicación de diferentes personas.

La confiabilidad del instrumento se efectuó mediante el constructo que es la coincidencia de criterios entre las investigadoras para observar lo que se quiso medir de la variable en estudio.

Además para la confiabilidad del instrumento de esta investigación se realizó una prueba piloto en el Hospital Universitario de Caracas, en la Unidad Clínica de Medicina II durante los diferentes turnos (7:00 am-1:00pm; 1:00pm-7:00 pm; 7:00pm-7:00 am) laborales para recoger la información por medio de la observación hecha a la población objeto a estudio (5 enfermeras) arrojando la confiabilidad de la guía de observación.

### **3.6. Tabulación de la información**

Después de aplicar el instrumento para la recolección de los datos, los mismos se tabularon y analizaron, para ser presentados en cuadros estadísticos de frecuencias absolutas y porcentuales, así como sus respectivos gráficos, esto se realizó por cada ítem agrupados según el subindicador, que refleje los resultados del instrumento aplicado a los profesionales de enfermería, que labora en la Unidad de Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas.

## **CAPITULO IV**

### **PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

#### **4.1.-Presentacion y análisis de los resultados:**

En esta etapa de la investigación, se expone el análisis de los datos obtenidos mediante la aplicación del instrumento a la muestra objeto de estudio, referente a la Intervención del profesional de enfermería que labora en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas, tal población constituida por 11 profesionales de enfermería que laboran repartidos en los diferentes turnos en la Unidad Clínica de Medicina II.

Cabe destacar que, se hizo pertinente utilizar técnicas y procedimientos estadísticos para interpretar la información recabada; para obtener dichos datos fue utilizado como instrumento una guía de observación que consta de 44 ítems de respuestas dicotómicas en tres observaciones por cada elemento muestral, es decir 33 observaciones. Es importante mencionar que, la interpretación de la información exigió minuciosidad en el ejercicio experimentado por los autores en rol de investigadores, concretando el juicio de los autores en un proceso continuo dinámico encaminado a explicar, organizar y depurar la data, por ello se amoldaron los datos en las observaciones para ser presentados en cuadros de frecuencia absoluta y porcentual, a cada cuadro se le realiza un análisis cuantitativo y cualitativo, y además se representan en gráficos tipo barras.

**CUADRO N° 1**

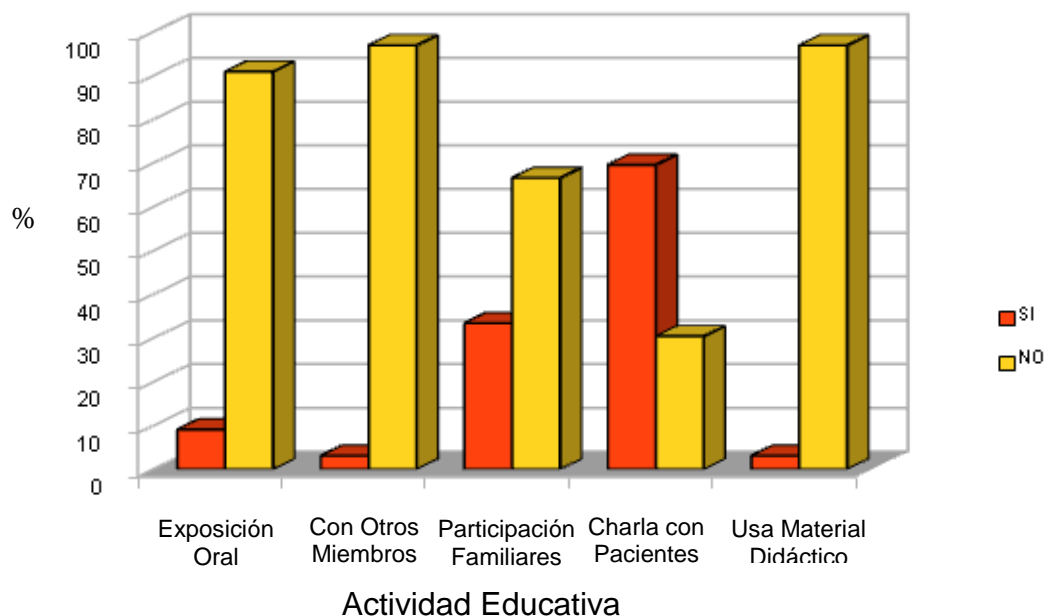
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la promoción de la salud.  
Sub-indicador: Actividad Educativa. Hospital Dr. José María Vargas.  
Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM N°	PREGUNTA	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
01	Realiza exposición oral a los pacientes en la prevención de infecciones hospitalarias.	3	9,1	30	90,9	33	100
02	Realiza exposición con otros miembros del equipo de salud en la prevención de infecciones hospitalarias.	2	3,1	31	96,9	33	100
03	Promueve la participación de los familiares en la prevención de infecciones hospitalarias.	11	33,4	22	66,6	33	100
04	Charla o habla con los pacientes sobre la prevención de infecciones hospitalarias.	23	69,6	10	30,1	33	100
05	Durante su intervención usa material didáctico en la promoción de la prevención de infecciones hospitalarias.	1	3,1	32	96,9	33	100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

### GRAFICO N° 1

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la promoción de la salud. Sub-indicador: Actividad Educativa. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



El cuadro N° 1 muestra que en relación a la actividad educativa la exposición oral refleja que la opción "No" se destacó con un 90,9% al igual que en la exposición con otros miembros del equipo de salud dio 96,9% en la opción "No" en cambio, en la participación de los familiares tenemos que el "Si" dio 33,4% y el "No" dio un 66,6% en cuanto a la charla con los pacientes la observación arrojó que la opción "Si" dio 69,6% y el "No" fue de 30,4% y por último tenemos que en uso de material didáctico la opción "No" representó el 96,9%

### CUADRO Nº 2

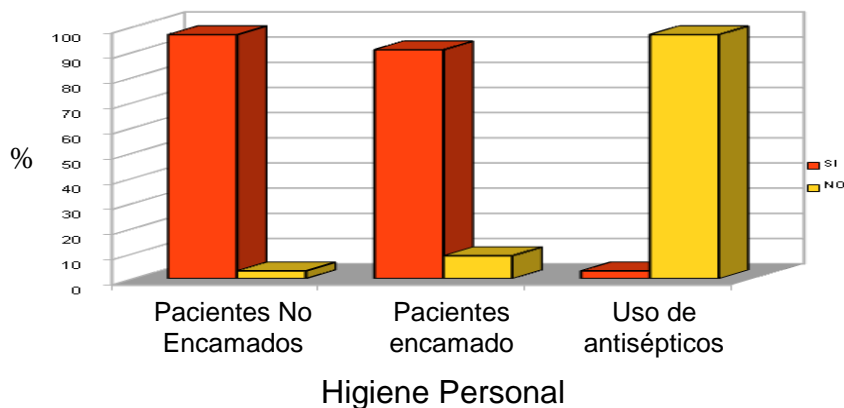
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observación al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Higiene personal. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM Nº	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
06	Verifica que pacientes no encamados realicen su higiene personal.	31	96,9	2	3,1	33	100
07	Realiza higiene personal a los pacientes encamados.	30	90,9	3	9,1	33	100
08	Utiliza jabón y/o antiséptico cuando realiza higiene al paciente.	1	3,1	11	96,9	33	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

### GRAFICO Nº 2

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Higiene personal. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



En el cuadro Nº 2 se muestra que en un 96,9% el profesional de enfermería verifica que los pacientes no encamados practiquen su aseo



personal y en un 90,9% se cumple con la realización de la higiene personal de los pacientes encamados, de igual manera se observa que en un 96,9% no se utiliza jabón y/o solución antiséptica al momento de realizar la higiene el paciente.

### CUADRO Nº 3

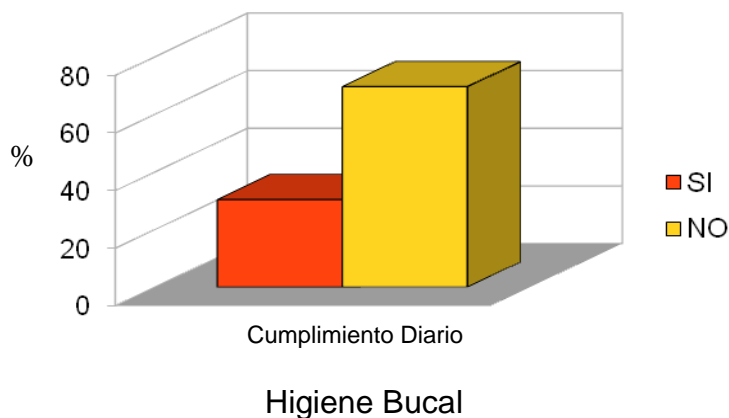
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observación al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Higiene bucal. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM Nº	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
09	Verifica que los pacientes cumplan con el higiene bucal diariamente	10	30,4	23	69,6	33	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

### GRAFICO Nº 3

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Higiene bucal. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



El cuadro N° 3 muestra que en un 69,6% el profesional de enfermería que de los cuatro turnos que laboran en la Unidad Clínica de Medicina II No verifica el cumplimiento de la higiene bucal de los pacientes, observándose de igual forma en un 30.4% el cumplimiento de esta práctica dentro de la intervención del profesional de enfermería con los pacientes.

#### CUADRO N° 4

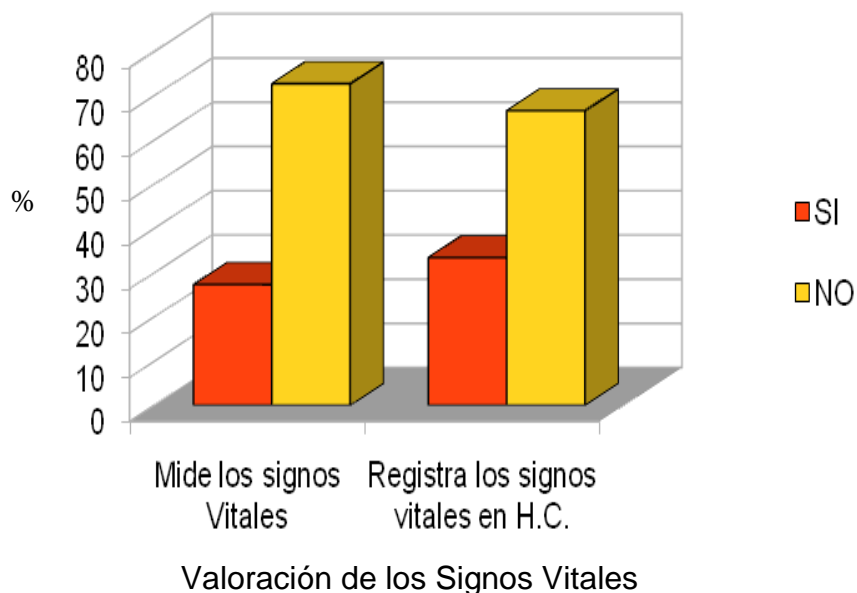
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicadores: Valoración de los signos vitales. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

<i>ITEM Nº</i>	<i>PREGUNTAS</i>	<i>OPCIONES</i>					
		<i>SI</i>		<i>NO</i>		<i>TOTAL</i>	
		<i>Fr</i>	<i>%</i>	<i>Fr</i>	<i>%</i>	<i>Fr</i>	<i>%</i>
10	El profesional de enfermería mide los signos vitales por cada turno a los pacientes.	9	27,3	24	72,7	33	100
11	El profesional de enfermería registra en la historia clínica los signos vitales del paciente.	11	33,4	22	66,6	33	100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

### GRAFICO N° 4

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicadores: Valoración de los signos vitales. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



En el cuadro N° 4 se muestra que solo el 27,3% de los profesional de enfermería cumplen con medición de los signos vitales del paciente y en un 72,7% no cumplen este evento; además se observa que un 27.3% si cumple con el registro de los signos vitales en las historias clínicas de los pacientes, mientras que un 66.6% no realiza esta actividad.

### CUADRO Nº 5

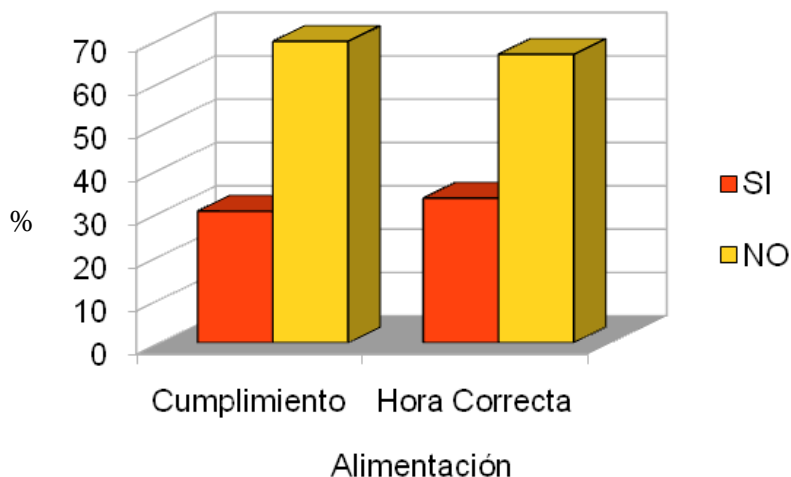
Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Alimentación. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009

ITEM Nº	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
12	El profesional de enfermería vigila que se cumpla la alimentación del paciente.	10	30,4	23	69,6	33	100
13	El profesional de enfermería vigila que el paciente cumple con la ingesta de alimentos a la hora correcta	11	33,4	7	66,6	33	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

### GRAFICO Nº 5

Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Alimentación. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009



El cuadro N° 5 muestra que un 69.6% equivalente a 23 de las observaciones realizadas a los profesional de enfermería, no vigilan que se cumpla con la alimentación del paciente, y solo un 30.4% si vigila que se cumpla la alimentación del paciente. Además se observa que 11 de las observaciones equivalentes al 33.4% si vigila que el paciente ingiera los alimento a la hora correcta, mientras que un 66.6% no realizan la vigilancia para que los pacientes ingieran sus alimentos a la hora correcta.

### CUADRO N° 6

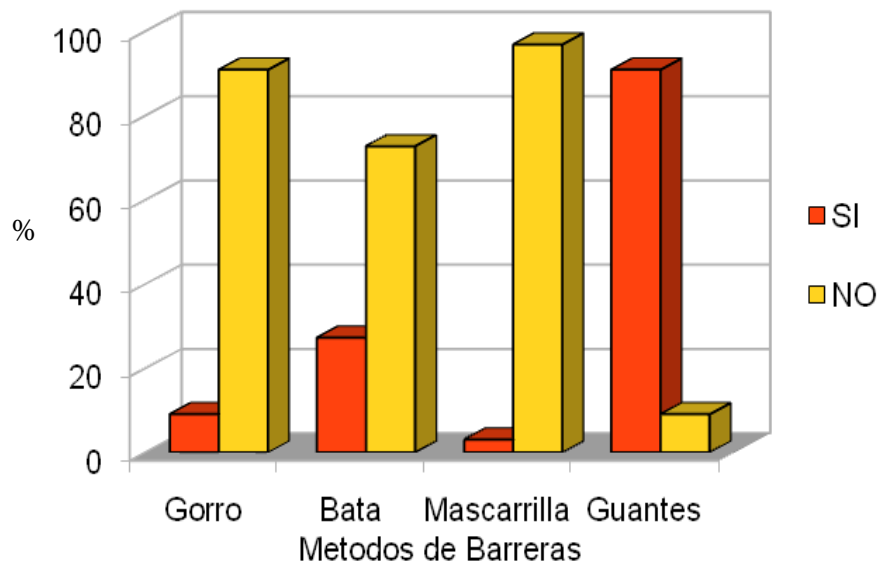
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Métodos de barreras. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM N°	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
14	Usa gorro exclusivo para el área de sala de hombres.	3	9,1	30	90,9	33	100
15	Lleva bata descartable exclusiva para el área.	9	27,3	24	72,7	33	100
16	Utiliza mascarilla cuando tiende a los pacientes.	1	3,1	32	96,9	33	100
17	Utiliza guantes estériles y/o descartables cuando realiza un procedimiento al paciente.	30	90,9	3	9,1	33	100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

### GRAFICO N° 6

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Métodos de barreras. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



El cuadro N° 6 muestra que un 90,9% de los profesionales no llevan gorro y él 96,9% no usa mascarillas de forma exclusiva para el área de hospitalización de la Unidad Clínica de Medicina II, así como solo un 27.3% lleva bata descartable en el área y un 72.7% no lleva a cabo esta práctica. Además se observa que un 90,9% utiliza guantes estériles y/o descartables al realizar un procedimiento al paciente.

### CUADRO N° 7

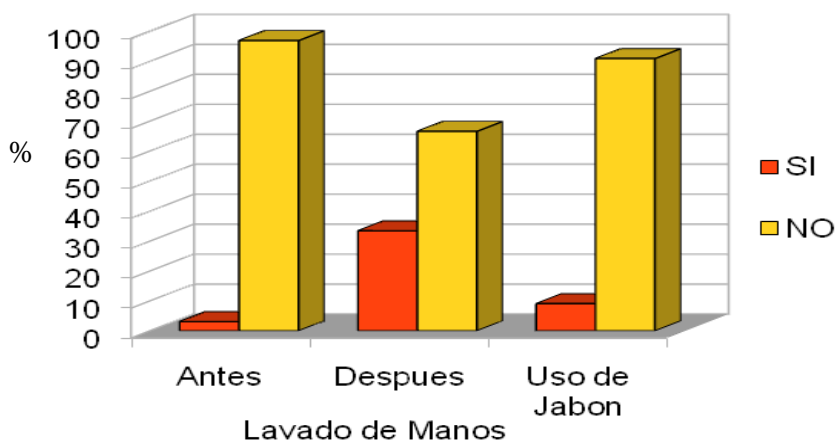
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Lavados de manos. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM N°	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
18	Se lava las manos antes de intervenir con el paciente.	1	3,1	32	96,9	33	100
19	Se lava las manos después de atender a los pacientes.	11	33,4	22	66,6	33	100
20	Utiliza solución jabonosa y agua para el lavado de las manos.	3	9,1	30	90,9	33	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

### GRAFICO N° 7

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Lavados de manos. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



En el cuadro N<sup>o</sup> 7 se muestra que un 96,9% de los profesionales de enfermería no se lava las manos antes de intervenir con el paciente, así como tampoco un 90,9% de los profesionales utiliza solución y agua para el lavado de manos y en contraste un 66,6% de los mismos no se lava las manos después de atender a los pacientes.

### CUADRO N<sup>o</sup> 8

**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Cambio de lencería. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

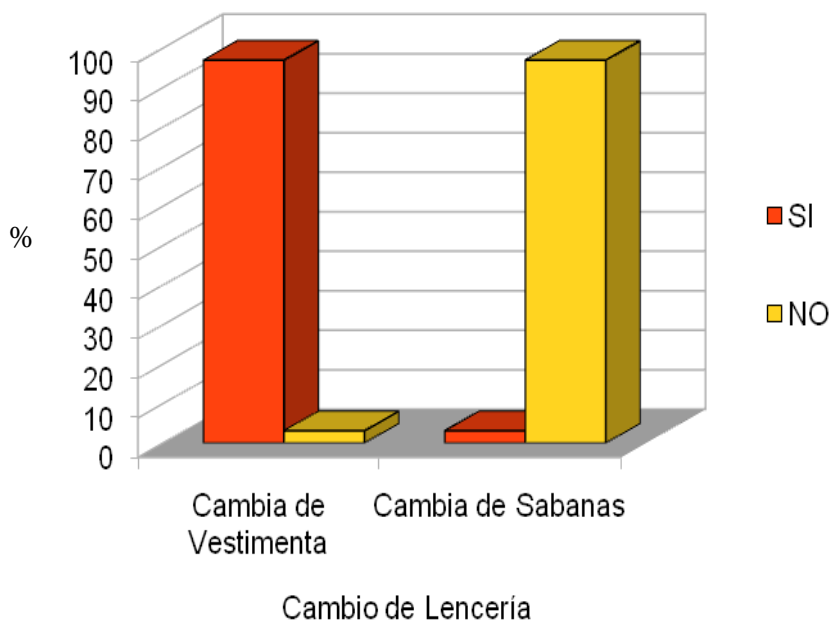
ITEM N <sup>o</sup>	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
21	Cambia de vestimenta al paciente cada vez que es necesario.	32	96,9	1	3,1	33	100
22	Cambia las sabanas cada vez que el paciente lo amerite.	1	3,1	32	96,9	33	100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.



### GRAFICO N° 8

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Cambio de lencería. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



El cuadro N° 8 muestra que un 96,9% los profesionales de enfermería si cambia de vestimenta a los pacientes cada vez que sea necesario, y en contraste se muestra que en un 96,9% no cambian las sabanas cada vez los pacientes lo ameriten.

### CUADRO N° 9

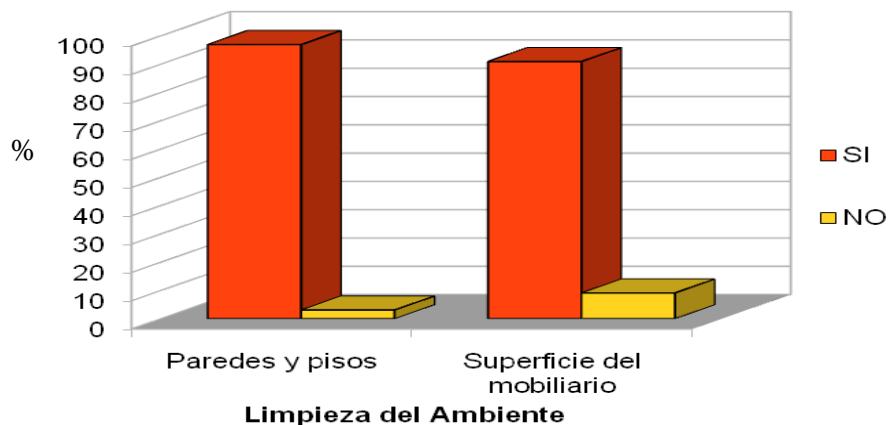
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Limpieza del área de hospitalización. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM N°	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
23	Verifica que se cumpla el aseo de paredes y pisos.	32	96,9	1	3,1	33	100
24	Verifica que las superficies del mobiliario este seco limpio y sin restos de alimentos.	3	9,1	30	90,9	33	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

### GRAFICO N° 9

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observación al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Limpieza del área de hospitalización. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



El cuadro N° 9 muestra que un 96,9% de los profesionales que laboran en la Unidad de Medicina II verifica el cumplimiento del aseo de paredes y pisos del área de hospitalización, así como también un 90,9% de los mismos verifica que las superficies del mobiliario este seco, limpio y sin restos de alimentos.

### CUADRO N° 10

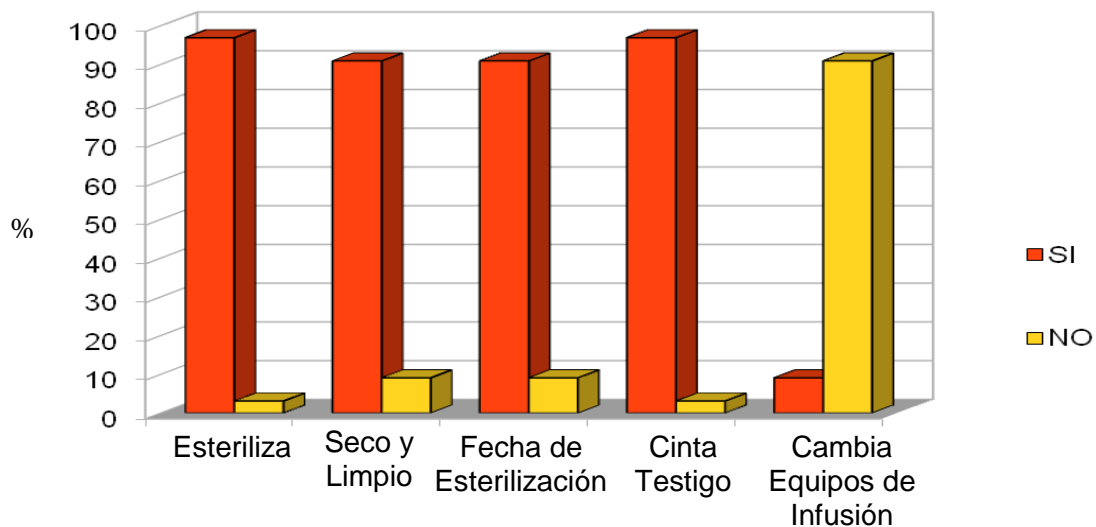
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Manejo del material e instrumental quirúrgico. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM N°	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
25	Verifica que el material quirúrgico del área este estéril.	32	96,9	1	3,1	33	100
26	Inspección que el material e instrumental quirúrgico este seco y limpio.	30	90,9	3	9,1	33	100
27	Verifica la fecha de esterilización del material quirúrgico antes de ser utilizado.	30	90,9	3	9,1	33	100
28	Verifica que la cinta testigo del material esterilizado tenga el color indicado.	32	96,9	1	3,1	33	100
29	Cambia cada 72 horas los equipos de infusión intravenosa (micros y macros goteros, solucep, etc.)	3	9,1	30	90,9	33	100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

### GRAFICO N° 10

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Manejo del material e instrumental quirúrgico. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



#### Manejo del Material e Instrumental Quirúrgico

En el cuadro N° 10 se muestra que un 96,9% de los profesionales verifica la esterilidad del material quirúrgico y el 90,9% ven la fecha de esterilización y de igual manera el 90,9% inspecciona que el material este seco y limpio; y un 90,9% de los profesionales no cambia cada 72 horas con es lo ideal los equipos de infusión intravenosa.

## CUADRO N° 11

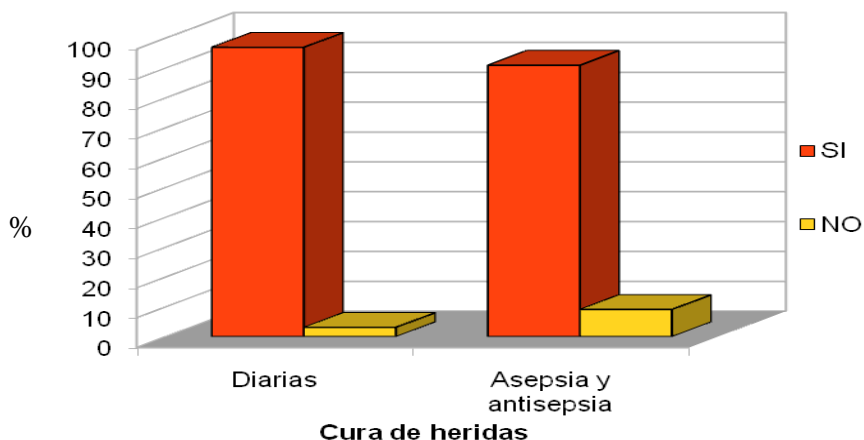
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica.  
Sub-indicador: Cura de heridas. Hospital Dr. José María Vargas.  
Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM N°	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
30	El profesional de enfermería realiza las curas diariamente.	32	96,9	1	3,1	33	100
31	El profesional de enfermería exige el cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia (lavado de manos, uso de guantes estériles, etc.)	30	90,9	3	9,1	33	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

## GRAFICO N° 11

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según la protección específica. Sub-indicador: Cura de heridas. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



El cuadro N° 11 muestra que un 96,9% de los profesionales que laboran en todos los turnos en sala de hombres realiza las curas de las heridas y el 90,9% exige el cumplimiento de las normas de asepsia y antisepsia al realizar las curas de heridas a los pacientes.

### CUADRO N° 12

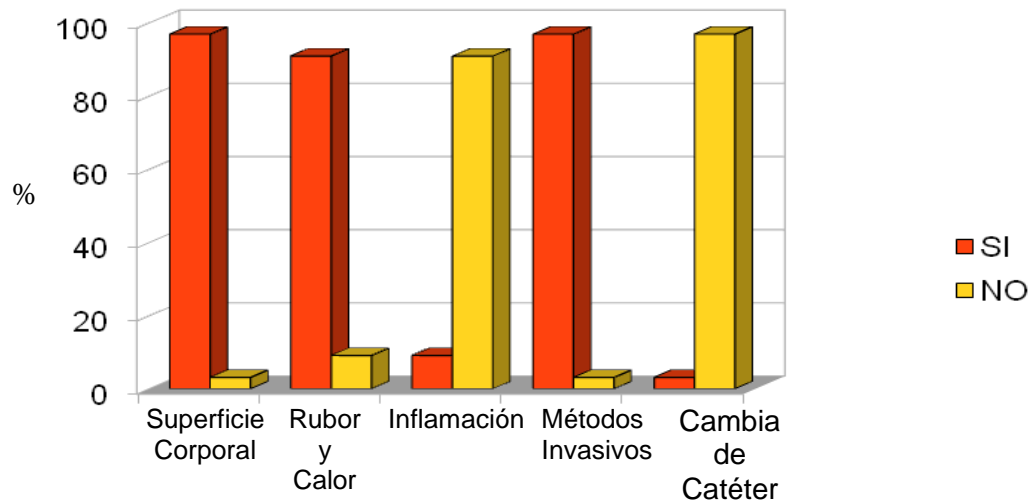
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el diagnóstico precoz. Sub-indicador: Valoración de signos y síntomas de infección en sitios de inserción de método invasivos. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM N°	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
32	Revisa la superficie corporal del paciente en el reconocimiento de signos de invasión de agentes contaminantes.	32	96,9	1	3,1	33	100
33	Verifica si las zonas de inserción de lo catéteres presenta rubor y calor.	30	90,9	3	9,1	33	100
34	Verifica si las zonas de inserción de lo catéteres y sondas están inflamados.	3	9,1	30	90,9	33	100
35	Valora los signos de infección en las zonas de inserción de los métodos invasivos (venoclisis, sondas etc.)	32	96,9	1	3,1	33	100
36	Cambia cada 72 horas los catéteres venosos del paciente.	2	3,1	31	96,9	33	100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

### GRAFICO N° 12

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el diagnostico precoz. Sub-indicador: Valoración de signos y síntomas de infección en sitios de inserción de método invasivos. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



Valoración de signos y síntomas de infección

El cuadro N° 12 muestra que un 96,9% de los profesionales de enfermería revisan la superficie corporal en busca de signos de invasión microbiana, el 90,9% verifica la existencia de rubor y calor pero u otro signo de infección en la zona de inserción de los catéteres, además se evidencia que un 90,9% de los profesionales no verifica inflamación en la zona de inserción de los catéteres y sondas, así como un 96,9% no cambia cada 72 horas los catéteres venosos del paciente.

CUADRO N° 13

Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el diagnóstico precoz. Sub-indicador: Registro de los exámenes de laboratorio. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009

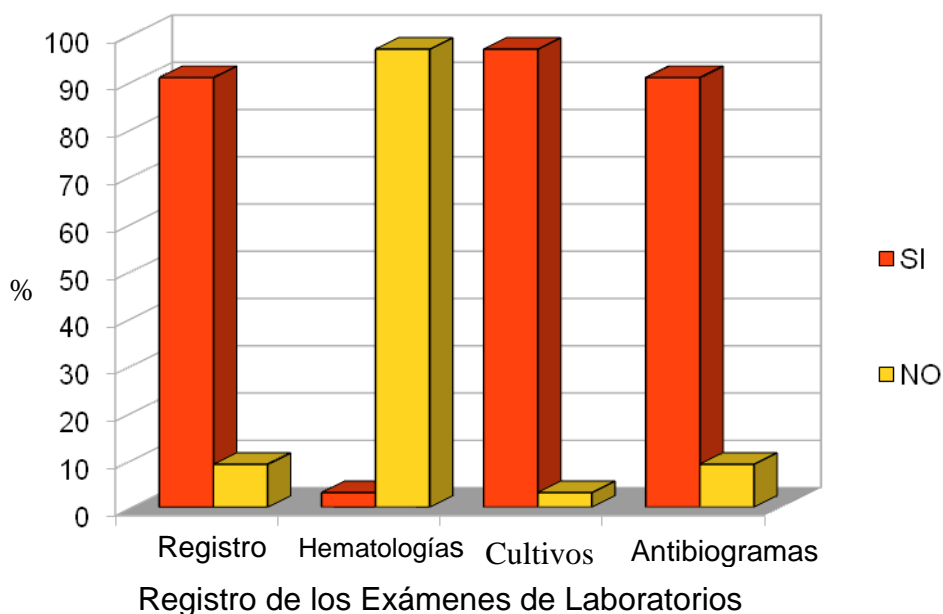
ITEM N°	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
37	Lleva registro de los resultados de los estudios realizados a los pacientes.	30	90,9	3	9,1	33	100
38	Verifica los resultados de las hematologías realizadas a los pacientes.	2	3,1	31	96,9	33	100
39	Toma las muestras de los cultivos y otros laboratorios indicados a los pacientes.	32	96,9	1	3,1	33	100
40	Lleva registro de los antibiogramas realizados a los pacientes.	30	90,9	3	9,1	33	100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.



### GRAFICO N° 13

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el diagnostico precoz. Sub-indicador: Registro de los exámenes de laboratorio. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



El cuadro N° 13 se muestra que casi un 90% de los profesionales de enfermería si lleva registro de los resultados de los estudios realizados a los pacientes, así como de los antibiogramas y un 96,9% toma las muestras de los cultivos y laboratorios indicados al paciente. Un 96,9% de los profesionales no verifica los resultados de las hematologías realizadas a los pacientes.

## CUADRO N° 14

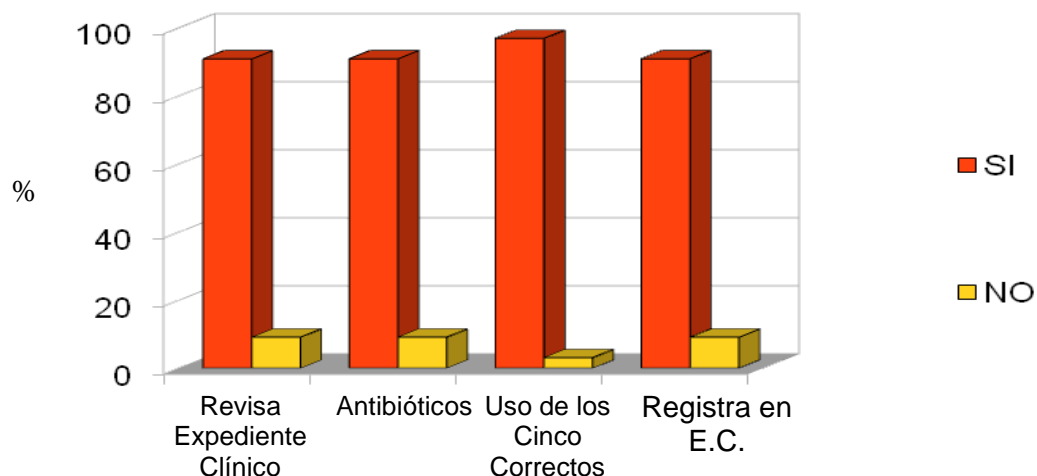
**Distribución de la frecuencia absoluta y porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el tratamiento oportuno.  
Sub-indicador: Administración antibióticos según prescripción médica.  
Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**

ITEM N°	PREGUNTAS	OPCIONES					
		SI		NO		TOTAL	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
41	Verifica los tratamientos en la historia clínica del paciente.	30	90,9	3	9,1	33	100
42	Cumple con la administración de antibióticos según la prescripción médica.	30	90,9	3	9,1	33	100
43	Cumple con la verificación de los cinco correctos antes de administrar el tratamiento.	32	96,9	1	3,1	33	100
44	Registra en el expediente clínico por turnos los fármacos administrados al paciente	30	90,9	3	9,1	33	100

**Fuente:** Instrumento Aplicado.

### GRAFICO N° 14

**Distribución de la frecuencia porcentual de las Observaciones al elemento muestral según el tratamiento oportuno. Sub-indicador: Administración de Antibióticos según prescripción médica. Hospital Dr. José María Vargas. Caracas. Primer Semestre 2009**



Administración de antibióticos según prescripción médica

El cuadro N° 14 muestra que un 90,9% de los profesionales de enfermería "SI" verifica el tratamiento de los pacientes en las historias clínicas como también cumple con la administración de los antibióticos según la prescripción del médico y el 96,9% cumple los cinco correctos antes de su administración y por último registran en el expediente clínico los medicamentos administrados al paciente.

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **Conclusiones**

Tomando en cuenta los resultados obtenidos al determinar la Intervención de los profesionales de enfermería que labora en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas de Caracas, se procede a enunciar las conclusiones y recomendaciones derivadas del trabajo de investigación.

- Se identificó que a nivel de prevención primaria en cuanto a la promoción de salud un poco más del 90% de los profesionales de enfermería no lleva a cabo actividades educativas (exposiciones orales) ni utilizan material didáctico que ayude al fomento de las medidas de prevención de infecciones hospitalarias, así mismo se observó que en cuanto a la protección específica los profesionales de enfermería no practican en un 70% algunas medidas básicas como el lavado de manos antes y después de realizar procedimientos, no miden ni registran signos vitales, no hacen cumplir la ingesta de alimentos a los pacientes, no utilizan de forma exclusiva los métodos de barreras en el área de hospitalización; para de forma rigurosa cumplir con la prevención de la infección con microorganismos y diseminación de los mismos.

- En cuanto al nivel secundario referido al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno se tiene que un 80% los profesionales de enfermería cumplen con la verificación de signos y síntomas de infección, toman y registran exámenes de laboratorios, y en más del 70% no cambia los catéteres invasivos cada 72 horas. Asimismo si bien cumplen la toma de muestras de sangre y cultivos de secreciones, los profesionales de enfermería no verifican los resultados para tomar las medidas preventivas según las alteraciones de los mismos. De igual manera en un 90% se observó el cumplimiento de la administración de antibióticos según el reglamento básico y prescripción médica.
- Se considera, según los resultados obtenidos que, la intervención realizada por los profesionales de enfermería dirigidas a prevenir, promover, diagnosticar y tratar oportunamente no son realizadas en su totalidad por lo que puede inferirse que tal desempeño influye negativamente en la prevención de las infecciones hospitalarias en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas.

### **Recomendaciones**

Una vez concluida la presente investigación se considera necesario realizar las siguientes recomendaciones.

- Presentar los resultados al profesional de enfermería de la Unidad Clínica de Medicina II que laboran el Hospital en estudio.

- Presentar los resultados a la junta directiva y la dirección de enfermería del Hospital en estudio.
- El equipo gerencial de enfermería debe concientizarse que hay problemas que deben mejorarse para prevenir las infecciones hospitalarias.
- Incrementar el recurso de enfermería, y los insumos necesarios en el cuidado de los pacientes.
- Se recomienda evaluar exhaustivamente las condiciones laborales y condiciones del ambiente físico que pueden influir en la aparición de infecciones hospitalarias.
- Dar a conocer los resultados de la investigación a las autoridades competentes del referido Hospital, para que se conozca la magnitud del problema y se cercioren de la necesidad existente dentro de la investigación para la prevención de las infecciones hospitalarias

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ARANDA, PASTOR (1986) **Epidemiología General**. Tomo I. Universidad de los Andes. Consejo de Publicación. Mérida. Venezuela.

ARANGUREN, BASILIO (1989) **Métodos de Investigación**. Editorial Eneva, C.A. Caracas.

ARGUELLO, L., BERRIOS, Y., LABRADOR, A. (2004) **Información que posee los profesionales de enfermería acerca del procesamiento de mascarillas de nebulización en las unidades de emergencia del hospital General del oeste “Dr. José Gregorio Hernández” los Magallanes de Catia, Caracas segundo semestre 2004**. Trabajo de grado. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

ARIAS, FIDIAS (2006) **El Proyecto de Investigación**. Introducción a la Metodología Científica. 5ª Edición. Editorial Episteme. Caracas.

BALESTRINI, M. (2001) **Como se elabora un proyecto de investigación**. Caracas. Venezuela.

BARRETO, L., PIÑA, Y., VERA, A. (2003) **Intervención del profesional de enfermería en la prevención y control de infecciones hospitalarias, Unidad Clínica de Trauma Shock de la Emergencia Pediátrica del Hospital General Dr. Victorino Santaella Ruiz, Los Teques Edo. Miranda. Primer Semestre del 2002**. Trabajo de grado. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

BEARE, PATRICIA; MYERS, JUDITH (1993) **Enfermería Principios y Practica**. Tomo III - Tomo IV. Editorial Médica Panamericana. España.

CAMERON, E. (1998) **Tratado de Enfermería Médico-Quirúrgico. Control de infecciones.** Editorial Mc Graw Hill. México.

CANALES, FRANCISCA (2002) **Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud.** Editorial Limusa. México.

CARMONA, OSWALDO (1999) **Microbiología Médica de Divo.** 5ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana. Caracas. Venezuela.

CENTRO PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS (2003). **Guía de prevención de infecciones relacionados con el control de cáteres intravasculares.** EUA.

COMISIÓN DE INFECCIONES, HIGIENE HOSPITALARIA Y POLITICAS DE ANTIBIOTICOS DE CULIACAN (1997) **Tratamiento de infecciones hospitalarias.** México.

CORRO, D.; CHACON, Y.; MARCHAN, E.; y ROMERO M. (2006) **Acciones de enfermería en la prevención de infección de las heridas quirúrgicas en la unidad clínica de cirugía del Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño” Caracas. Primer semestre 2006.** Trabajo de grado. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA (2008) **Libro de Mortalidad y Admisión.** Hospital Dr. José María Vargas. Caracas.

DICCIONARIO DE MEDICINA (2000) **Océano Mosby.** 4ª edición. Océano Grupo Editorial, S.A. Barcelona-España.

DICCIONARIO ENCICLOPEDICO COLOR (2007) **NUEVO OCEANO COLOR.** Océano Grupo Editorial S.A. Barcelona-España.



DUGAS, D.; WITTER, B. (1986) **Tratado de Enfermería Practica**. Editorial Interamericana. México.

DUGAS D.; WITTER, BEVERLY (2000) **Tratado de Enfermería Práctica**. 4ª Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw. Hill. México.

EVANS, RONALD; ALBORNOZ, RAFAEL (1995) **Principios de Epidemiología Moderna**. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México.

FULLER, JOANNA (1998) **Instrumentación Quirúrgica. Principios y Práctica**. 3ª Edición. Editorial Médica Panamericana. México.

GARCIA, R. y GARCIA, Y. (2004) **Medidas de asepsia y antisepsia aplicadas por el personal de enfermería en atención del recién nacido con infecciones perinatales, Sala de partos Maternidad Concepción Palacios. Segundo Semestre del 2004. Caracas**. Trabajo de grado. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

HERNANDEZ S., R.; FERNANDEZ C., C.; BAPTISTA L., P. (2003) **Metodología de la investigación**. 3ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. México.

HIGASHIDA H., BERTHA (2005) **Educación para la Salud**. 2ª Edición. Editorial Interamericana-Mc Graw. Hill. México.

HURTADO, JAQUELINE (2000). **Metodología de la investigación holística**. Editorial Fundación Sypal. Caracas. Venezuela.

JOANNE, E. HALL; BARBONA, READING y WEARVER (1990) **Enfermería Médico Quirúrgica. Planeamiento para mejorar el proceso de enfermería**. Vol. II. Editorial Interamericana. México, D.F.

KENNETH J., RYAN; RAY, GEORGE C. (2005) **Microbiología Médica**. 4ª Edición. Editorial McGraw Hill. México.

KOZIER, B; ERB, G; BERMAN, A. (2005) **Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica**. 7ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana. España.

KROEGER, Axel (1992) **Atención Primaria en Salud**. 2ª Edición. Editorial Limusa. México, D.F.

**LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA** (2005). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.263.

LIEBANA U., JOSÉ (2002) **Microbiología Oral**. 2ª Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. México.

LOPEZ, LUNA (1993) **Salud Pública**. Editorial Interamericana. México, D.F.

LUCKMAN, JOAN (2002) **Cuidados de Enfermería**. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. Volumen I. México.

MANDELL, G.; DOUGLAS, J.; BENNET, R. (2002) **Enfermedades Infecciosas**. 5ª Edición. Editorial Panamericana, S.A. Buenos Aires-Argentina.

MARRINER, ANN (2003) **Modelos y teorías de enfermería**. 5ª Edición. Editorial Mosby. España.

MINISTERIO POPULAR PARA LA SALUD (2006) **Incidencia de las Infecciones Hospitalarias**. Caracas. Venezuela.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001) **Prevención de Infecciones Nosocomiales**. Guía Práctica. OMS: Autor.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003) **Estrategias Globales para la Contención de la Resistencia Antimicrobiana**. OMS: Autor.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005) **Infecciones Hospitalarias como causas de muerte**. Directorio Latinoamericano y del Caribe de hospitales. Washington. D.C.

POLIT, D.; HUNGLER, B. (2000) **Investigación Científica en Ciencias de la Salud**. 3ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. México.

PONCE, S. (1996) **Manual de prevención y Control de Infecciones Hospitalarias**. OPS. OMS. Washington.

POTTER, P.; PERRY, A. (2002) **Fundamentos de enfermería**. 5ª Edición. Editorial Harcourt, S.A. Volumen I. Madrid. España.

PRESCOTT L., M. (1999) **Microbiología**. 5ª Edición. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana de España S.A. España.

RESTREPO, HELENA Y MALAGA, HERNAN (2001) **Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable**. Editorial Panamericana. Colombia.

RIVAS, NILMA; Y MONTILLA, MARIA ANA (2007) **Práctica de enfermería en la prevención y control de infecciones post operatorias en pacientes de la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas. Segundo Semestre 2007**. Trabajo de grado. Facultad de Medicina. UCV. Caracas.

SANCHEZ MORENO, A. (2000) **Enfermería Comunitaria I. Conceptos de la Salud y Factores que la Condicionan**. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. España.

SMELTZER, S.; BARE, B (2002) **Enfermería Medico Quirúrgica**. 9ª Edición. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. México.

TAMAYO, M. (2000) **El Proceso de la Investigación Científica**. 4ª Edición. Editorial Limusa. México.

VASQUEZ M., LUIS; ROMERO, MARISOL Y OTROS (1998) **Introducción a la Bioestadística y Epidemiología**. Editorial Mc Graw Hill. Interamericana. Venezuela.

VIAL, B.; FIGUEROA, M.; SOTO, L. (1995) **Procedimientos de Enfermería Médico Quirúrgico**. Editorial Interamericana. España.

# ANEXOS

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**INSTRUMENTO:**

**GUIA DE OBSERVACION**

**PARA MEDIR LA VARIABLE:**

**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA  
PREVENCIÓN DE INFECCIONES HOSPITALARIAS EN LA UNIDAD  
CLINICA DE MEDICINA II.**

**Autores:**

**Basalo Yajaira. C.I.10.696.593.  
Cornejo Jennifer. C.I.17.686.303.  
González Dayana. C.I 15.164.727.**

**CARACAS, Junio de 2009**

## **PRESENTACION**

La presente Guía de observación tiene la finalidad de recoger información relacionada con la variable Intervención del profesional de enfermería en la prevención de las infecciones hospitalarias en la Unidad Clínica de Medicina II del Hospital Dr. José María Vargas, durante el primer semestre del 2.009

Gracias  
Las Autoras.

## **INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA GUIA DE OBSERVACION**

- 1.- No interferir en el proceso o actuación de la enfermera u enfermero en observación.
  
- 2.-Mantener la mayor discreción en la observación de la actuación de la enfermera u enfermero.
  
- 3.- Marcar con una "X" la respuesta correspondiente a la acción observada.



## GUIA DE OBSERVACION

### A.- PREVENCIÓN PRIMARIA:

I.-PROMOCION DE LA SALUD	1era Observación		2da Observación		3era Observación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
01.- El profesional de enfermería realiza exposición oral referida a la prevención de infecciones hospitalarias con pacientes adultos.						
02.- El profesional de enfermería realiza exposición oral con los demás integrantes del equipo de salud en el marco de la prevención de infecciones hospitalarias.						
03.- El profesional de enfermería durante la exposición promueve la participación de los familiares de los pacientes en la prevención de las infecciones hospitalarias.						
04.- El profesional de enfermería charla o habla con pacientes y familiares sobre la prevención de infecciones hospitalaria.						
05.- Durante la intervención educativa el profesional de enfermería usa material didáctico para la promoción de la prevención de infecciones hospitalarias.						
II.-PROTECCION ESPECIFICA						
06.- El profesional de enfermería verifica que los pacientes no encamados realicen su higiene personal diariamente.						
07.- El profesional de enfermería realiza la higiene a los pacientes encamados a diario.						

## GUIA DE OBSERVACION

### A.- PREVENCIÓN PRIMARIA:

II.-PROTECCION ESPECIFICA	1ra Observación		2da Observación		3era Observación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
08.- El profesional de enfermería utiliza jabón y/o solución antiséptica cuando cumple con la higiene del paciente.						
09.- El profesional de enfermería verifica que los pacientes cumplan con la higiene bucal diariamente.						
10.- El profesional de enfermería mide por turnos los signos vitales de los pacientes.						
11.- El profesional enfermería registra diariamente en la historia clínica los signos vitales encontrados en el paciente.						
12.- El profesional de enfermería es vigilante en el cumplimiento de la alimentación del paciente.						
13.- El profesional de enfermería constata que el consumo de alimentos por el paciente sea el horario correcto.						
14.- El profesional de enfermería lleva gorro de uso exclusivo para el área.						
15.- El profesional de enfermería lleva bata descartable exclusiva para el área.						
16.- El profesional de enfermería lleva mascarilla cuando atiende al paciente.						
17.- El profesional de enfermería utiliza guantes cuando realiza procedimientos al paciente.						

## GUIA DE OBSERVACION

### A.- PREVENCIÓN PRIMARIA:

II.- PROTECCIÓN ESPECÍFICA	1era Observación		2da Observación		3era Observación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
18.- El profesional de enfermería se lava las manos antes de intervenir con el paciente.						
19.- El profesional de enfermería después de atender al paciente se lava las manos.						
20.- El profesional de enfermería utiliza solución jabonosa y agua para el lavado de las manos.						
21.- El profesional de enfermería cambia de vestimenta al paciente cada vez que es necesario.						
22.- El profesional de enfermería promueve el cambio de sábanas cada vez que el paciente lo requiera.						
23.- Verifica el profesional de enfermería que los aseadores cumplan con la higiene de pisos y paredes del área de hospitalización.						
24.- Verifica el profesional enfermería que las superficies del mobiliario presente en el área de hospitalización este seca, limpia y sin restos de alimentos.						
25.- Verifica el profesional de enfermería que el material quirúrgico del área este estéril.						
26.- El profesional de enfermería inspecciona que el material e instrumental quirúrgico este seco y limpio.						

### GUIA DE OBSERVACION

#### A.- PREVENCIÓN PRIMARIA:

II.- PROTECCIÓN ESPECÍFICA	1era Observación		2da Observación		3era Observación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
27.- El profesional de enfermería verifica la fecha de esterilización del material quirúrgico antes de ser utilizado.						
28.- Verifica el profesional de enfermería que la cinta testigo del material esterilizado tenga el color indicado.						
29.- El profesional de enfermería cambia cada 72 horas los equipos de infusión intravenosa (micros y macros goteros, solucep, etc.)						
30.-El profesional de enfermería verifica que en el cambio de curas el material quirúrgico utilizado sea estéril.						
31.- El profesional de enfermería exige el lavado de manos, el uso de guantes y otras medidas de asepsia y antisepsia, durante la cura de heridas u otros procedimientos quirúrgicos realizados a os pacientes.						

#### B.- PREVENCIÓN SECUNDARIA:

III.- DIAGNÓSTICO PRECOZ						
32.- El profesional de enfermería revisa la superficie corporal del paciente en el reconocimiento de signos de invasión de agentes contaminantes.						
33.- Verifica el profesional de enfermería si las zonas de inserción de lo catéteres presenta rubor y calor.						

### GUIA DE OBSERVACION

#### B.- PREVENCIÓN SECUNDARIA:

III.- DIAGNOSTICO PRECOZ	1era Observación		2da Observación		3era Observación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
34.- El profesional de enfermería verifica si las zonas de inserción de los catéteres y sondas están inflamados.						
35.- El profesional de enfermería valora los signos de infección en las zonas de inserción de los métodos invasivos (venoclisis, sondas etc.)						
36.- El profesional de enfermería cambia cada 72 horas los catéteres venosos del paciente.						
37.- El profesional de enfermería lleva registro de los resultados de los estudios realizados a los pacientes.						
38.- Verifica el profesional de enfermería los resultados de las hematologías realizadas a los pacientes.						
39.- El profesional de enfermería toma las muestras de los cultivos y otros laboratorios indicados a los pacientes.						
40.- El profesional de enfermería lleva registro de los antibiogramas realizados a los pacientes.						

### GUIA DE OBSERVACION

#### B.- PREVENCIÓN SECUNDARIA:

IV.- TRATAMIENTO PRECOZ	1era Observación		2da Observación		3era Observación	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
41.- El profesional de enfermería verifica los tratamientos en la historia clínica del paciente.						
42.- Cumple el profesional de enfermería con la administración de antibióticos según la prescripción médica.						
43.- Cumple el profesional de enfermería con la verificación de los cinco correctos antes de administrar el tratamiento.						
44.- Registra en el expediente clínico por turnos los fármacos administrados al paciente.						