

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

**PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE  
INFECCIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DE LA UNIDAD  
CLÍNICA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS” DE  
CARACAS, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2006**

(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para optar al  
título de Licenciado (a) en Enfermería)

**Tutora:  
Lic. María Ana Montilla**

**Autora:  
Rivas, M., Nilma, I.  
C.I. 3.751.656**

Caracas, Diciembre de 2006

**PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE  
INFECCIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DE LA UNIDAD  
CLÍNICA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS” DE  
CARACAS, DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2006**

## **DEDICATORIA**

A mi Dios Padre nuestro que estas en el cielo y en la tierra.

A mis padres, por su comprensión, su apoyo y su confianza.

A mi hijo, por su amor, cariño y compañía en mis estudios.

A mi esposo, por su amor y paciencia en los momentos más difíciles.

A todas aquellas personas que de una u otra forma fueron muy receptivas.

**Nilma**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi tutora Lic. María Ana Montilla, por sus aportes, orientaciones, recomendaciones y darme ánimo para la culminación del estudio.

A todos los profesores de la Escuela de Enfermería por apoyarme y guiarme.

A las Enfermeras de la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. José María Vargas”, por su valiosa participación en este estudio.

A todas aquellas personas, que hicieron posible el logro de esta meta.

**A TODOS MUCHAS GRACIAS**

**Nilma**

## **APROBACIÓN**

En mi carácter de tutor del trabajo especial de grado titulado **PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DE LA UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS” DE CARACAS**, presentado por la T.S.U...Rivas, Nilma, C. I. N° 3.751.656, considero que el mismo cumple con los requisitos de ley para ser sometido a la presentación y evaluación del jurado que se le designe.

En Caracas, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del 2007.

---

**Prof. María Ana Montilla**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
ACTA DE APROBACIÓN	V
LISTA DE TABLAS	VIII
LISTA DE GRÁFICOS	X
RESUMEN	XII
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULOS</b>	
<b>I EL PROBLEMA</b>	<b>3</b>
Planteamiento del Problema	3
Objetivos de La Investigación	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos	5
Justificación	6
<b>II MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
Antecedentes	8
Bases Teóricas	12
Sistema de variables	33
Operacionalización de la Variable	34
Definición de Términos Básicos	35
<b>III DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>37</b>
Tipo de Estudio	37
Población y Muestra	38
Métodos e Instrumento	38
de Recolección de Información	
Validez y Confiabilidad	39
Procedimiento para recoger información	39
Plan de Tabulación y Análisis	40

<b>IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	<b>41</b>
<b>V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>60</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>61</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>65</b>
<b>A: INSTRUMENTO</b>	
<b>B: Certificados de Validez</b>	
<b>C: Confiabilidad</b>	

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla</b>		<b>Pág.</b>
<b>1</b>	Distribución de Frecuencias Absolutas y Relativas Del Subindicador Lavado de Manos en La Práctica De Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>42</b>
<b>2</b>	Distribución de Frecuencias Absolutas y Relativas Del Subindicador Uso de Guantes en La Práctica De Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>44</b>
<b>3</b>	Distribución de Frecuencias Absolutas y Relativas del Subindicador Uso de Batas en La Práctica de Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>46</b>
<b>4</b>	Distribución de Frecuencias Absolutas y Relativas del Subindicador Uso de Mascarilla en La Práctica de Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>48</b>
<b>5</b>	Distribución de Frecuencias Absolutas y Relativas del Subindicador Uso de Material Estéril en La Práctica De Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>50</b>
<b>6</b>	Distribución de Frecuencias Absolutas y Relativas del Subindicador Cumplimiento de Antibioticoterapia en la Práctica de Enfermería en la Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>52</b>

<b>7</b>	Distribución de Frecuencias Absolutas y Relativas del Subindicador Vigilancia de los Factores de Riesgo en La Práctica de Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>54</b>
<b>8</b>	Distribución de Frecuencias Absolutas y Relativas del Subindicador Valorización de Factores de Riesgo en La Práctica de Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>56</b>
<b>9</b>	Distribución de los Promedios para las Dimensiones Funciones Dependientes y Independientes en la Práctica de Enfermería en la Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>58</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico</b>		<b>Pág.</b>
<b>1</b>	Distribución de Frecuencias Relativas Del Subindicador Lavado de Manos en La Práctica De Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>43</b>
<b>2</b>	Distribución de Frecuencias Relativas Del Subindicador Uso de Guantes en La Práctica De Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>45</b>
<b>3</b>	Distribución de Frecuencias Relativas del Subindicador Uso de Batas en La Práctica de Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>47</b>
<b>4</b>	Distribución de Frecuencias Relativas del Subindicador Uso de Mascarilla en La Práctica de Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>49</b>
<b>5</b>	Distribución de Frecuencias Relativas del Subindicador Uso de Material Estéril en La Práctica De Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>51</b>
<b>6</b>	Distribución de Frecuencias Relativas del Subindicador Cumplimiento de Antibioticoterapia en la Práctica de Enfermería en la Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>53</b>

<b>7</b>	Distribución de Frecuencias Relativas del Subindicador Vigilancia de los Factores de Riesgo en La Práctica de Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>55</b>
<b>8</b>	Distribución de Frecuencias Relativas del Subindicador Valorización de Factores de Riesgo en La Práctica de Enfermería en La Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>57</b>
<b>9</b>	Distribución de los Promedios para las Dimensiones Funciones Dependientes y Independientes en la Práctica de Enfermería en la Prevención de Infecciones Postoperatorias. Unidad Clínica de Cirugía “Hospital José María Vargas” de Caracas. Noviembre 2006	<b>59</b>

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

**PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE  
INFECCIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DE LA UNIDAD  
CLÍNICA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS” DE  
CARACAS**

**AUTORA:**

T.S.U. Rivas, Nilma

**TUTORA:** Prof. María Ana Montilla

**AÑO: 2007**

**RESUMEN**

Las Infecciones Hospitalarias continúan siendo un problema de Salud Pública en Venezuela, a pesar de que recientemente existe una legislación que regula la protección en el medio ambiente de trabajo. (LOPCYMAT). Esta situación atañe al profesional de enfermería, quien interviene directamente en la prevención y control de las infecciones. En ese sentido, se realizó esta investigación, cuyo propósito fue determinar la práctica de enfermería en la prevención y control de las infecciones postoperatorias en pacientes de la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital Dr. José María Vargas, de Caracas. Para ello, se fundamentó en un estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal. La muestra estuvo constituida por el 30% de las enfermeras que laboran en la precitada unidad, es decir veinte (20) profesionales de enfermería. El método utilizado para la recolección de la información fue la Observación y el instrumento un Guión de Observación, constituido por 24 aspectos a observar. Los resultados obtenidos evidenciaron que en los métodos de barrera, la conducta observada en las enfermeras es moderada, pues no se cumple en su totalidad con estas acciones, sobre todo en el lavado de manos. En cuanto a las funciones interdependientes, se destaca el cumplimiento de la antibioticoterapia en un 100% de cumplimiento, siendo deficientes los demás indicadores, es decir: seguimiento de pacientes, registro de datos, control de exámenes de laboratorio y valoración de factores de riesgo. Por lo que se recomienda realizar jornadas de actualización de conocimientos, en el grupo de enfermeras que participaron en el estudio.

**Descriptor:** Práctica de enfermería, Prevención, Control, Infecciones, Postoperatorio, Unidad Clínica de Cirugía.

## INTRODUCCIÓN

Pese a los esfuerzos y las disposiciones legales existentes son pocos los hospitales de Venezuela y especialmente en el Distrito Metropolitano, que cuentan con programas de prevención y control de infecciones, siendo uno de ellos el Hospital “Dr. José María Vargas”, de Caracas, un hospital Tipo IV, el cual de acuerdo al Departamento de Epidemiología existe una tasa de infecciones intrahospitalarias de alrededor del 16%. Esta situación es alarmante y llama a la reflexión en el sentido de emprender investigaciones que den resultados donde se pueda dar con alguna solución al problema.

Asimismo se ha registrado un alto índice de pacientes hospitalizados que ingresan infectados en período postoperatorio, que pudiera estar relacionado con la falla en alguno de los procedimientos implementados por el personal de salud para la prevención de infecciones postoperatorias.

En ese sentido se plantea esta investigación, la cual tiene como propósito indagar cómo es la práctica de enfermería en la Prevención y Control de Infecciones en pacientes postoperados de la Unidad Clínica de Cirugía, en sus dimensiones funciones independientes e interdependientes; Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas, durante el segundo semestre de 2006.

Para lograr este objetivo se estructura la investigación de la siguiente manera:

El capítulo I, con el planteamiento del problema, los objetivos de la investigación y la justificación de la misma.

El Capítulo II, donde se presenta el Marco Teórico, con los antecedentes, las bases teóricas, el sistema de variables y su operacionalización. El Capítulo III, correspondiente al Diseño Metodológico; el Capítulo IV, donde se hace la presentación y análisis de los resultados y el Capítulo V, con las conclusiones y recomendaciones pertinentes al estudio.

Finalmente se organizan las referencias bibliográficas y los anexos.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **Planteamiento del Problema**

Durante décadas en todo el mundo se han destacado enfermedades o situaciones que afectan la salud de los individuos a nivel hospitalario. Entre ellas las infecciones nosocomiales constituyen el centro de atención del equipo de salud, puesto que a pesar de los avances tecnológicos para prevenirlas, siguen siendo un problema en muchos países.

En Norteamérica fue organizada una reunión sobre la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales, con la participación de todos los países de América Latina y el Caribe incluyendo Venezuela, de la cual se desprendieron como conclusiones la importancia de crear, implementar y evaluar los mecanismos para retomar la preparación de normas sobre la Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias, siendo este uno de los más sencillos indicadores de calidad hospitalaria.

Los hospitales en Venezuela enfrentan un sin número de problemas tantos, que en ocasiones parecen no encontrar soluciones inmediatas. Las deficiencias presupuestarias y la creciente demanda de servicios aunado a un importante crecimiento de la tasa de infecciones intrahospitalarias (1,63%, de acuerdo al MSDS 2000) que aumentan los gastos y el promedio de hospitalización es mayor.

Sánchez, L. (2000), refiere que “la infección hospitalaria es un problema de salud pública a nivel mundial, el cual constituye un hecho de inestimable prevención” (p. 26). Así mismo, explica que el costo que se

encuentra asociado con estas infecciones en términos de morbilidad y mortalidad y más importante aún con el padecimiento humano pasa a ser incalculable y aunque se hayan efectuado estudios sobre la epidemiología y control de las infecciones asociadas al proceso hospitalario, la evidencia sugiere que en la actualidad la magnitud del problema es mayor a pesar de los esfuerzos por combatir la aparición de las infecciones.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y referido por Ponce, S. (1999), "... la tasa de infección entre los enfermos hospitalizados no debe ser mayor que el 7%" (P. 6), pero esto no es así en la realidad, pese a los esfuerzos y las disposiciones legales existentes son pocos los hospitales de Venezuela y especialmente en el Distrito Metropolitano, que cuentan con programas de prevención y control de infecciones, siendo uno de ellos el Hospital "Dr. José María Vargas", de Caracas, un hospital Tipo IV, con mas de 300 camas, donde de acuerdo a el Departamento de Epidemiología existe una tasa de infecciones intrahospitalarias de alrededor del 16%, cifra que llama la atención pues representa un poco más del doble del 7% admitido.

En el contexto de esta investigación, se pudo observar con preocupación que según datos extraídos del Servicio de Epidemiología del Hospital Vargas de Caracas, se ha registrado un alto índice de pacientes hospitalizados que ingresan infectados en período postoperatorio; en estos pacientes se observa presencia de enrojecimiento, fiebre, dolor, drenaje de secreción purulenta, calor local, endurecimiento y dehiscencia espontánea de las heridas quirúrgicas, que pudiera estar relacionada con el incumplimiento de la práctica de enfermería en sus funciones independientes e interdependientes.

Considerando la importancia que representan las infecciones de las heridas quirúrgicas en las unidades de cirugía, la autora se plantea las siguientes interrogantes:

¿Cómo es la práctica de enfermería en su dimensión funciones independientes para la Prevención y Control de Infecciones en pacientes postoperados?.

¿Cómo es la práctica de enfermería en su dimensión funciones interdependientes para la Prevención y Control de Infecciones en pacientes postoperados?.

Las respuestas a las interrogantes anteriores permitirá conocer: ¿Cómo es la práctica de enfermería en la Prevención y Control de Infecciones en pacientes postoperados de la Unidad Clínica de Cirugía, en sus dimensiones funciones independientes e interdependientes; Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas, durante el segundo semestre de 2006?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo General**

Determinar la práctica de enfermería en la Prevención y Control de Infecciones en pacientes postoperados de la Unidad Clínica de Cirugía, en sus dimensiones funciones independientes e interdependientes.

### **Objetivos Específicos**

Determinar las acciones que realiza el profesional de enfermería en su dimensión funciones independientes para la Prevención y Control de Infecciones postoperatorias.

Identificar las acciones que realiza el profesional de enfermería en su dimensión funciones interdependientes para la Prevención y Control de Infecciones postoperatorias.

### **Justificación**

La problemática de las infecciones hospitalarias aún sigue siendo un enigma para los entes encargados de brindar salud a la población. A pesar de los esfuerzos hechos para minimizar los riesgos, a través de avances tecnológicos en materia de medicamentos y técnicas para prevenir las infecciones postoperatorias. En ese sentido es importante continuar con las investigaciones que generen alternativas de prevención de infecciones.

En este contexto el presente estudio se justifica, desde el punto de vista profesional, ya que el ejercicio del profesional de enfermería, se fundamenta en los conocimientos científicos propios de la profesión, de tal manera que los resultados de esta investigación pueden contribuir con el mejor desempeño de las actividades que ofrecen en función de los cuidados específicos para la prevención de infecciones, lo que redundará en el progreso de los centros hospitalarios.

Desde el punto de vista social se justifica, en cuanto al aporte de estrategias que permitan optimizar los cuidados en prevención de infecciones, lo que se traduce en el restablecimiento de la salud del paciente, el retorno de estos a su grupo familiar, a su entorno laboral y social, disminuyendo la estadía y minimizando los costos hospitalarios.

Desde la perspectiva teórica, este estudio tiene importancia ya que se fundamenta en un marco teórico, que permite adecuar lo teórico al contexto

práctico y ver la confluencia entre teoría y práctica en enfermería. Además de servir de referencia teórica para trabajos posteriores.

En el contexto metodológico, se justifica en cuanto que la utilización de herramientas metodológicas, permite reproducir la realidad a través del proceso de investigación de forma sistemática y organizada. Además de poder visualizar el fenómeno estudiado a través de la representación de los resultados.

El estudio las prácticas del profesional de enfermería para el control y prevención de infecciones intrahospitalarias es una investigación que contribuye al diagnóstico de un problema cuya magnitud y consecuencias son casi desconocidas en los servicios de salud y que debe merecer mayor atención. Los resultados obtenidos son útiles para que los funcionarios y el personal de salud del hospital puedan diseñar y aplicar intervenciones orientadas a reducir la prevalencia de las infecciones intrahospitalarias lo que a su vez tiene un impacto importante en la calidad de la atención, los costos de hospitalización, uso de equipo médicos y de medicamentos.

Desde otro punto de vista, mejorar las prácticas del personal redundará en una mejor protección del mismo, ya que el incumplimiento de prácticas aumenta su riesgo de contaminación. Una modificación de las prácticas asegura que los trabajadores de la salud estén mejor protegidos de enfermedades transmisibles.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

El presente capítulo tiene como objetivo, fundamentar en un marco teórico referencial las variables en estudio, mediante la descripción de los antecedentes, las bases teóricas que las sustentan, el sistema de variables y su operacionalización, además de la definición de términos básicos.

#### **Antecedentes**

Castillejo, T.; Reyes, E. y Sifontes, O. (2002) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar las actividades que realiza el profesional de enfermería en la prevención de infecciones en heridas de pacientes postoperadas, de la Unidad Clínica de ginecoobstetricia del Hospital Uyapar de Puerto Ordaz, Edo. Bolívar. La misma se sustentó en una investigación de tipo descriptivo, transversal y de campo. Se seleccionó una muestra de 19 enfermeras que laboran en la unidad, a las que se les aplicó una guía de observación, que contenía 38 ítems con preguntas dicotómicas (si y no). Los resultados obtenidos indican que la dimensión medidas de asepsia se cumple en un 56% por parte del profesional de enfermería, pues se obvian algunos procedimientos importantes, y en cuanto a las medidas de antisepsia se cumplen en un 29%. Por lo que llegaron a la conclusión de que la situación de prevención de infecciones en heridas de pacientes postoperadas de la Unidad Clínica del Hospital Uyapar, de Puerto Ordaz, es preocupante pues el proceso de prevención no se cumple.

Este estudio sirve de referencia al destacar la importancia de utilizar las medidas de prevención de infecciones por parte del profesional de enfermería. Sobre todo las medidas de asepsia y antisepsia donde el conocimiento de todo el procedimiento es de vital importancia para prevenir las infecciones postoperatorias.

Castro, A. y Rojas, D. (2002), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar las actividades que realiza la enfermera en la prevención de infecciones en las heridas de pacientes post-cesareadas, en sus dimensiones: aplicación de técnicas de asepsia y antisepsia. Con una población de 20 enfermeras que laboran en los servicios de gineco-obstetricia del Hospital Central Dr. Antonio María Pineda de Barquisimeto, en los diferentes turnos. Para la recolección de la información se utilizó como método la observación y el instrumento fue una lista de cotejo, estructurada en 26 ítems con escala dicotómica SI y NO. Los resultados arrojaron que aunque en su mayoría las enfermeras realizan actividades relacionadas con la prevención de infecciones en las pacientes post-cesareadas, sin embargo descuidan aspectos importantes como la desinfección, observándose que no aplican los procedimientos requeridos para el lavado de manos antes y después de realizar el cambio de cura a las pacientes.

La relación existente entre este estudio y el que se pretende realizar, se evidencia la relevancia del cumplimiento de las actividades del profesional de enfermería en la prevención de infecciones en heridas postoperatorias, donde no se puede descuidar ningún procedimiento pues implica riesgo de infección para el paciente.

Ornella, F. (2000), realizó un estudio con el objetivo de identificar las causas endógenas que intervienen en la aparición de infecciones en heridas en las pacientes sometidas a operación cesárea en el Hospital "San Carlos"

de Maracay, Edo. Aragua. Para ello utilizó un instrumento basado en un guión de observación, el cual fue aplicado a una muestra de 23 enfermeras que laboran en el área de ginecoobstetricia del referido hospital. Los resultados demostraron que entre las causas exógenas implicadas en la incidencia de infecciones se encuentran: la no aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en el momento de la cura de las heridas, contaminación ambiental por falta de limpieza constante de equipos y mobiliario. Llegando a la conclusión de que debe realizarse una actualización de conocimientos a todo el personal que directa o indirectamente, tenga que ver con la asistencia a las pacientes en su fase post-operatoria.

Este estudio sirve de referencia en cuanto, se maneja la variable en estudio, arrojando los indicadores más importantes a tomar en consideración.

Sánchez, L. (2000) realizó una investigación con el objetivo de determinar la participación de la enfermera en la prevención de infecciones en mujeres cesareadas en la Unidad de Obstetricia del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" de Caracas. Fue un estudio de tipo descriptivo y de campo. La población estudiada estuvo conformada por 24 profesionales de enfermería que laboran en los diferentes turnos de la Unidad de Obstetricia del referido hospital. Para la recolección de datos se aplicó una lista de cotejo, utilizando una guía de observación estructurada en 40 ítems, con respuestas positivas (SI) y negativas (NO), correspondientes a los indicadores de la variable en estudio para observar a las enfermeras en la práctica de medidas preventivas para evitar infecciones en pacientes cesareadas. Los resultados demuestran que aún cuando el profesional de enfermería posee conocimientos sobre prevención de infecciones, se cumplen solamente de manera deficiente las técnicas necesarias para lograrlo.

Este estudio tiene relevancia en el contexto de la presente investigación, ya que demuestra la importancia del conocimiento del profesional de enfermería en el manejo de las medidas para prevenir infecciones postoperatorias.

García, L. y Mejía, G. (1999), realizaron un estudio en la Maternidad Concepción Palacios, con el objetivo de identificar el manejo de técnicas de asepsia y antisepsia por parte de la enfermera quirúrgica como medio de prevención de infecciones en pacientes intervenidas a cesárea. Se realizó un estudio descriptivo, con una población de 34 enfermeras que laboran en el área quirúrgica de la maternidad. El método escogido para la recolección de datos fue la observación y como instrumento un guión de observación. Los resultados demostraron que la enfermera quirúrgica aplica adecuadamente el manejo de la técnica de asepsia, técnica de esterilización y preparación del material, obviando solamente el uso de verificadores químicos y testigos, el manejo de la antisepsia se da bajo los parámetros establecidos en cuanto a uso de guantes y mascarillas, excepto en las indicaciones a seguir en el uso de botas y batas, y el lavado de manos. Lo que lleva a concluir que la enfermera quirúrgica no realiza completamente una prevención de infecciones en las pacientes intervenidas a cesárea. Recomiendan el adiestramiento en servicio y supervisión eficaz y eficiente.

Este estudio sirve de referencia a la presente investigación en el sentido de hacer ver la importancia del dominio por parte de enfermería de los procedimientos para prevenir las infecciones postoperatorias.

Camacho, M. (1998), realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en la relación entre las medidas de asepsia y la formación de abscesos de pared en los pacientes intervenidos en Ginecoobstetricia del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Valencia

Edo. Carabobo. El diseño utilizado fue de tipo descriptivo, expo-facto a través de un instrumento de escala de opinión de 45 ítems con cinco (5) puntos, tipo Likert; el cual se aplicó a una muestra de 17 profesionales de enfermería. Los resultados estadísticos más significativos reflejaron que un 26,3% de los profesionales de enfermería no están debidamente adiestrados para el cumplimiento de las técnicas de asepsia establecidas en el área de quirófano, al igual que hay factores como lo son el déficit de insumos, aunado a esto la falta de pruebas bacteriológicas del agua, que van a determinar la predisposición a la contaminación del área.

Esta investigación reafirma el grave problema que para los usuarios, familia, comunidad e institución representan las infecciones hospitalarias, así mismo lleva a la reflexión sobre el importante papel que debe desempeñar el profesional de enfermería en el control y prevención de dichas infecciones a través de la observación de actitudes y comportamientos en el ejercicio de sus funciones.

## **Bases Teóricas**

### **Infecciones Hospitalarias**

Las infecciones asociadas a los hospitales han constituido un problema desde hace algunos siglos, cuando las condiciones higiénicas eran precarias, se ignoraban los principios de asepsia y la acción patógena de los microorganismos. Colmes citado por Mazzaferro, V. (1998) sugirió que los médicos jugaban un papel importante en la ocurrencia de la infección. Situación esta que según el autor fue demostrado por Ignaz Phillip, 5 años después, estableciendo la obligatoriedad en el lavado de manos. Si a estos hechos se agrega la acción patógena microbiana comprobada por Pasteur, I. (1822-1895), el establecimiento de los principios de antisepsia por Lister (1827-1912), la aparición en escena de los quimioterápicos y antibióticos y la

utilización de guantes y material esterilizable y aún las infecciones constituyen un problema en nuestros días.

La importancia que reviste el estudio de las infecciones postoperatorias, tiene sentido en el contexto de que son un grave problema, pues están asociadas con una mortalidad importante, la prolongación de la permanencia en el centro hospitalario, el aumento en los costos de hospitalización; de tal manera que su incidencia se convierte en un indicador de la calidad de atención por parte del equipo de salud.

Potter, W. (2000) sostiene que todo paciente que se encuentran en los centros de salud, especialmente en hospitales de atención terciaria o de asistencia ampliada, pueden verse expuestos a un mayor riesgo de sufrir infecciones hospitalarias.

La infección hospitalaria es definida por Potter, W. (2000) como “aquella que no existía ni se encontraba en incubación para el momento de ingreso y que puede ser resultado o no de la prestación asistencial” (p. 622)

En concordancia con el autor, las infecciones hospitalarias son aquellas que aparecen en los pacientes, posterior a las 48 horas de ingreso al centro hospitalario. Potter (op cit) señala que la infección hospitalaria puede producirse a consecuencia de la disminución de la capacidad inmunitaria del paciente pero que desafortunadamente la mayoría de los casos de infecciones están causadas por “el personal asistencial a causas de una deficiente práctica de medidas de prevención y control de infecciones hospitalarias” (p. 622).

En ese sentido es importante resaltar la responsabilidad de enfermería, como personal asistencial en la prevención y control de infecciones hospitalarias considerando que es él quien permanece las 24 horas al lado del paciente.

La prevención y control de las infecciones hospitalarias depende en gran medida del cumplimiento estricto y constante de las normas establecidas para ello. Todo el personal de salud que participe en el cuidado de los pacientes quirúrgicos y en especial el de enfermería debe estar dispuesto a aplicar los principios de asepsia y antisepsia en el cuidado de todos los pacientes. Al respecto, Ponce, S. (1999), refiere:

Especial atención debe ponerse a la higiene del personal (lavado de manos), a la limpieza de las áreas, cuidando de no recomendar procedimientos y compuestos costosos y en ocasiones poco útiles, y a los procedimientos de desinfección y esterilización. Las técnicas de aislamiento de pacientes deberán ser bien conocidas por todo el personal de las áreas clínicas, y también los procedimientos que limitan el riesgo de los trabajadores del hospital para adquirir infecciones en su ámbito de trabajo (hepatitis B y C, tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana-VIH).(p. 34)

Brunner, L. (1998), explica que para el éxito de un programa de prevención y control de infecciones hospitalarias es fundamental que el profesional de enfermería lleve adelante un programa de instrucción y supervisión a todo el personal en lo relacionado al uso de las técnicas de asepsia y antisepsia, este programa debe ser de manera continua y debe existir una supervisión adecuada y eficiente de todo el personal (médico, de enfermería, mantenimiento, entre otros).

El mismo autor refiere que es importante que el profesional de enfermería instruya a los visitantes sobre los procedimientos prescritos para la prevención y control de las infecciones hospitalarias y que deben cumplir las normas del hospital, las instrucciones pueden ser verbales o impresas, de igual manera deben tener cuidado de los objetos personales del paciente, tales como termómetros, servilletas, entre otros.

## **Prevención y control de las infecciones postoperatorias**

Para lograr el control de las infecciones postoperatorias, primero deben conocerse la magnitud del problema y sus características y después, poner en marcha una serie de medidas encaminadas a disminuir el número de infecciones. Para Ponce, S. (1999)

Para poder contar con información fidedigna sobre la magnitud del problema se requiere de un sistema de vigilancia altamente eficaz, que funcione de manera permanente y que cubra todos los servicios de hospitalización, haciendo énfasis en los sitios de mayor riesgo (como son la unidad de cuidados intensivos, el servicio de hemodiálisis, las unidades de neonatología.) (p. 36)

Las infecciones de heridas quirúrgicas pueden surgir tanto por vía exógena debido a microorganismos presentes en el ambiente del hospital o bien a partir de la propia flora del paciente. En cuanto a la infección de las heridas, Castillejo, T.; Reyes, E. y Sifontes, O. (2002), señalan:

La infección de la herida puede entenderse como la descarga de pus por la misma. Puede ser primaria, cuando desde un primer momento existe supuración y secundaria cuando ésta ha sido precedida por una secreción de otro tipo. Si bien en ocasiones la heridas muestran signos inequívocos de infección, por presentarse enrojecida o tumefacta o por existencia de una supuración ostensible, hay que tener presente que a pesar de una apariencia inocente se puede ocultar una colección profunda. (p.30)

Es por ello que el profesional de enfermería debe explorar muy bien la zona de la herida con las técnicas apropiadas para ello.

Ahora bien, los microorganismos son los agentes responsables de las infecciones. De acuerdo a González, C. (1999) "Los mismos incluyen bacterias, virus, hongos y parásitos"(p. 92). Para los fines de la prevención de las infecciones, las bacterias se subdividen en tres categorías: vegetativas

(estafilococos), microbacterias (tuberculosis), y endosporas (gangrena y tétano), siendo estas últimas las más difíciles de matar debido a su recubrimiento protector.

Con frecuencia, la prevención de las infecciones depende de la colocación de barreras entre el huésped y los microorganismos. Las barreras protectoras son procesos físicos, mecánicos o químicos que ayudan a impedir la propagación de los microorganismos infecciosos de paciente a paciente, del personal de salud a los pacientes, o viceversa debido a la carencia de prácticas para la prevención de las infecciones o a partir de instrumentos o equipos contaminados.

Al respecto Malagón, G. y Hernández, L. (2003) señalan que el profesional de enfermería debe iniciar una práctica segura que le permita la prevención de las infecciones hospitalarias y esto incluye el Lavado de Manos, Uso de Métodos de Barrera y de Material Estéril. En cuanto al control de infecciones hospitalarias los mismos autores explican que se hace necesario establecer un Sistema de Vigilancia que incluye la Detección y captura de casos, así como la presentación de los informes de vigilancia.

### **Funciones de enfermería**

Con respecto a la función de la enfermera(o) conviene destacar lo referido por Kron, D., citada por Castillo, M. y Piña, E. (1996) cuando dice:

La función de la enfermera es emplear los procedimientos de enfermería que incluyen obtener información y valorar el estado del paciente, lo que le lleva a establecer el diagnóstico de enfermería. Después debe planificar el cuidado y llevar a cabo el plan previsto. Finalmente, debe evaluar la eficacia del tratamiento de enfermería administrado. (p.134)

La cita anterior permite argumentar, que las funciones de enfermería

abarcen un amplio espacio, ya que además de brindar cuidados debe planificar las actividades relacionadas con estos cuidados y evaluar el tratamiento dado por enfermería al paciente.

Por otra parte, el profesional de enfermería en el cumplimiento de su rol, pueden ejercer dos tipos de funciones: Las independientes y las interdependientes. Las cuales según Dugas, B. (2000),

Se refieren al grado de independencia que tiene la enfermera para tomar decisiones sobre cuándo y cómo llevar a cabo cada actividad, y si por cuenta propia decide que es necesario realizar algunas acciones en los cuidados del paciente y las hace por sí misma, o delega responsabilidades a otro miembro del grupo de enfermería independiente.(p. 49)

Es decir, existen funciones de enfermería que son inherentes a la profesión y pueden ejecutarse de manera independiente y otras que se derivan de las decisiones del resto del equipo de salud.

Las independientes, son definidas por Iyer, P (1999) como: “las funciones ejecutadas sobre la base de las responsabilidades de su área compromiso, no existiendo otro trabajador que pueda llevarlas a cabo”(p. 126).

En el contexto de esta investigación se definirán como funciones independientes en la prevención y control de infecciones postoperatorias, aquellas que tienen que ver con las precauciones universales, es decir la aplicación del lavado de manos y los métodos de barrera.

### **Lavado de manos y Métodos de Barrera**

Los microorganismos se transmiten en el hospital por varias rutas y el mismo microorganismo puede ser transmitido por más de una ruta. Las

principales vías de transmisión son cinco: contacto, gotas, vía aérea, vehículo común y vectores. Para los fines de esta investigación solo se mencionan las tres primeras.

Considerando que las Precauciones Estándar no cubren todas las posibilidades de transmisión se han diseñado las precauciones basadas en la transmisión, para reducir el riesgo de transmisión por vía aérea, por gotas y por contacto, en situaciones específicas. Ponce, S. (1999), las describe como sigue:

**Transmisión por contacto:** Es el modo de transmisión más frecuente e importante en el hospital y consta de dos tipos: a) Contacto directo. Ocurre con el contacto directo entre superficies corporales (saludar con la mano, bañar al paciente). b) Contacto indirecto. Ocurre con la participación de un objeto inanimado (usar guantes y no cambiarlos entre pacientes).

**Transmisión por gotas:** Teóricamente esta es una forma de transmisión por contacto pero el mecanismo es diferente del directo o indirecto. Las gotas son generadas por una persona al toser, estornudar, hablar y durante ciertos procedimientos (succión, endoscopías). Las gotas así generadas son de más de 5 micras de tamaño y no se desplazan más de un metro. La transmisión ocurre cuando las gotas expelidas se depositan en la conjuntiva, boca o mucosa nasal. Esta no es transmisión por vía aérea.

**Transmisión por vía aérea:** Este tipo de transmisión ocurre por la diseminación de núcleos de gotas (partículas de menos de 5 micras de tamaño que contienen microorganismos y permanecen suspendidas en el aire por largos períodos de tiempo) o por partículas de polvo con agentes infecciosos. Los microorganismos transportados de esta forma pueden diseminarse muy ampliamente por corrientes de aire. De esta forma los susceptibles pueden inhalarlas dentro del mismo cuarto o a largas distancias. (p. 52)

Antes de iniciar cualquier procedimiento o contacto con el paciente se deben recurrir al **Lavado de manos**.

Las manos, sobre todo los dedos y huecos angulares, son lugares que almacenan microorganismos en grandes cantidades. Por lo tanto, son los instrumentos naturales de contaminación más efectivos.

En cuanto al lavado de las manos, es una de las medidas más importantes para evitar la diseminación de microorganismos, ya que implica en la medida de lo posible la transferencia de microorganismos de uno a otro.

Con respecto al lavado de manos Tietjen, L. y otros (1999) señalan: “El lavado de las manos puede ser el procedimiento más importante para la prevención de las infecciones” (p.12). Es por ello importante contar dentro de las instituciones de salud con el material necesario para garantizar la puesta en marcha de todo lo concerniente al lavado de las manos.

Por otro lado Dugas, B. (2000), explica que intervienen medios mecánicos y químicos en la destrucción de microorganismos entre los que se menciona el agua que actúa en forma mecánica, ya que elimina elementos microscópicos por efecto de la presión y en tanto el jabón que ejerce un efecto químico emulsiona las materias extrañas y reduce la tensión superficial facilitando la eliminación de aceite, grasa y suciedad. Se hace necesario que la técnica del lavado de manos se practique en los servicios (cuidados intensivos, neonatal, pediatría, obstetricia, retenes, diálisis, entre otros).

El objetivo del lavado de manos en el cuidado del paciente es sencillamente eliminar la contaminación microbiana pasajera que se ha adquirido por contacto directo con enfermos infectados o fuentes ambientales de infección y se considera en general que es el procedimiento aislado más importante para el control de las infecciones hospitalarias. Con respecto a

ello Esteve, H. y Mitjan, K. (2000), explican que los objetivos del lavado de manos son:

Eliminar los microorganismos patógenos de las manos después del contacto con una superficie o fuente contaminada. Prevenir la transmisión de microorganismos de un paciente a otro y al personal sanitario y reducir la flora resistente de las manos antes de un proceso aséptico. (p. 123)

En concordancia con el autor el lavado de manos debe ser una práctica corriente y de rutina dentro de las labores asistenciales del profesional de enfermería.

Ponce, S. (op cit), recomienda:

Lávese las manos después de tocar cualquier fluido o secreción corporal, independientemente de que utilice guantes. Lávese las manos después de quitarse los guantes, entre contactos con pacientes y en cualquier otra ocasión que considere apropiada. Use jabón simple a menos que en circunstancias particulares se recomiende otro tipo. (p. 86)

El lavado de manos está indicado antes de examinar o tener contacto directo con un paciente, ponerse guantes estériles para procedimientos quirúrgicos. También debe usarse después del manejo de objetos o instrumentos que puedan estar contaminados con microorganismos, tocar membranas mucosas, sangre y fluidos corporales y después de quitarse los guantes, ya que estos pueden tener desgarraduras o perforaciones invisibles. Asimismo, Brunner, L. (1998), refiere que en cuanto al personal de salud: Médico, Bioanalista, Enfermería, Estudiantes, etc., el lavado de las manos debe realizarse cuando: entre en contacto con dos pacientes o dos camas, después de haberse colocado o bien tocado un tapa-boca, antes y después de tocar la cara o la boca del paciente, al entrar o salir de la habitación de un paciente aislado, después de manipular material como secreciones, sangre,

entre otros de igual importancia; después de manipular material sucio (orina, catéter, envases descartables, entre otros)

Con respecto a la técnica de lavado clínico de manos Malagón, G. y Hernández, L. (2003) refiere:

Subir las mangas por encima del codo y retirar todas las joyas. Adoptar una posición cómoda frente al lavamanos. Abrir la llave del agua, regular la temperatura. Jabonar manos y muñecas. ...debe utilizarse una solución antiséptica del tipo de yodopovidona espuma al 0,8%, clorhexidina al 3 o 4% o examidina sin diluir. Friccionar las manos para obtener espuma, especialmente entre los dedos. Lavar hasta el antebrazo, limpiar uñas. Enjuagar con agua potable. (p. 198)

Es fundamental que el profesional de enfermería realice el secado de las manos con todo cuidado, usando una toalla estéril. Durante el proceso de secado se deben mantener las manos en alto y con los codos separados del cuerpo, así evita humedecer la vestimenta que porte la enfermera.

Otro aspecto a tomar en consideración en la prevención de infecciones es el uso de guantes, batas y protectores quirúrgicos y de las mascarillas.

Todo miembro del equipo de salud debe **usar guantes** antes de entrar en contacto con la sangre o fluidos corporales de cualquier paciente. Al respecto Tietjen, L. y otros (1999) refieren que: "se debe utilizar un par de guantes diferentes para cada cliente con el fin de evitar la contaminación cruzada, es decir, la propagación de una infección de un cliente a otro, de un trabajador de salud al cliente o viceversa" (p. 13). Los guantes pueden ser de látex, de materiales naturales o de materiales sintéticos como el vinilo.

Para Ponce, S. (op cit), el uso de guantes es muy importante y recomienda al personal de salud:

Use guantes (limpios no estériles) cuando toque secreciones, excreciones, otros líquidos u objetos contaminados. Utilice guantes limpios antes de tocar membranas mucosas y piel no intacta. Remueva los guantes después de su uso antes de tocar cualquier superficie u objeto no contaminado y lávese las manos (p. 88).

Los guantes deben utilizarse cuando estén realizando procedimientos médicos tales como: exámenes pélvicos, para palpar heridas o llagas abiertas. De igual manera cuando se realicen procedimientos quirúrgicos; para la limpieza de los instrumentos y los equipos, y de las superficies contaminadas. No deben reutilizarse.

En cuanto a la ropa y los protectores quirúrgicos (batas), se puede decir que estos colocados entre las áreas estériles y no estériles del campo quirúrgico y el personal, actúan como barreras y protegen de esta forma contra la transmisión de bacterias de un área a otra. La característica más importante que debe tener la ropa quirúrgica es su impermeabilidad a la humedad, ya que el efecto capilar de un paño o uniforme mojado transmitirá bacterias de un lado a otro material.

Las batas de algodón o de otros tejidos, los delantales de plástico y las batas de laboratorio son el atuendo que se utiliza con más frecuencia. En este sentido:

Hoy se utilizan como alternativa batas desechables fabricadas con fibra de celulosa procesada y tratada, ya que las batas fabricadas con 810 hilos/m., son eficaces como barrera pero tienen el inconveniente de la pérdida de dicho efecto cuando se ha lavado más de 75 veces. ([www.atl-gestión.com](http://www.atl-gestión.com) p.16)

El **uso de la bata** es importante en cuanto que las superficies exteriores están contaminadas especialmente en aquellas áreas que entran en contacto con el paciente y la cama, ropa y otros artículos usados o

tocados por el paciente. De allí que, sería conveniente utilizar batas desechables como mínimo en intervenciones quirúrgicas de alto riesgo.

Al respecto Ponce, S. (1999), refiere:

Las batas y otras ropas protectoras se usan para evitar la colonización de la ropa y para proteger la piel de salpicaduras con sangre y otras sustancias corporales. Su utilización dependerá de las posibilidades y características de cada hospital.(p. 110)

Deben ser personales, usarse una sola vez y colocarla en un recipiente antes que la persona abandone el área contaminada. Por lo tanto debe haber un buen surtido de éstas fuera del área del paciente. Se debe usar bata (limpia no estéril) para proteger la ropa en procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras. También lavarse las manos después de remover la bata.

Por otra parte, **las mascarillas** se deben utilizar porque un porcentaje importante del personal de quirófano son portadores de gérmenes altamente patógenos en los orificios nasales o en la boca. Las mascarillas actúan como filtro y se llevan para disminuir el peligro de transmitir microorganismos patógenos al aire.

Al respecto, Soule, B. (1998), señala:

Las mascarillas quirúrgicas están diseñadas para atrapar las gotitas exhaladas por la persona que las lleva al respirar y para evitar que éstas caigan directamente sobre el paciente y además para evitar que las salpicaduras y las gotitas caigan en la mucosa facial o la piel cubierta de la persona que las lleva. (p. 126)

Es una norma que las mascarillas deben usarse en el entorno quirúrgico y cuando sea importante mantener una barrera física entre el sudor desprendido por el personal de salud y las zonas del paciente en

riesgo de infección, como en el caso de las heridas postoperatorias. Deben descartarse cuando estén mojadas y después de usarlas. También deben usarse para protegerse las membranas mucosas y la piel de la cara de salpicaduras corporales húmedas. Deben ser individuales. Usarse sólo una vez. Al humedecerse pierden su efectividad y deben descartarse en un receptáculo antes de abandonar el área. Debe haber un buen surtido fuera del área del paciente. Debe cubrir la boca y la nariz.

Ponce, S. (op cit), refiere que “El uso de máscaras, lentes y cubrebocas es útil para evitar la transmisión de agentes infecciosos. Las indicaciones de su utilización deberán ajustarse a las necesidades y posibilidades de cada hospital en cuestión(p.96).

En cuanto al **aislamiento**, esto describe lo que le puede ocurrir a un paciente que tiene infección, aún cuando el efecto psicológico en el mismo suele ser negativo. Dugas, B. (2000), explica que la palabra sucio, contaminado y aislado tiene un significado emocional en el enfermo que lo hace sentir indigno y rechazado, razón por la cual es importante que los enfermos sujetos a aislamiento no deben mantenerse aislados psicológicamente del resto de los pacientes.

La prevención de infecciones es parte integral de la planeación y ejecución de todas las actividades de enfermería y guarda relación directa con los cuidados del paciente.

### **Funciones Interdependientes**

Iyer, P (1999), define las funciones interdependientes, como “las que asume por delegación de otros profesionales, con los que interactúa tanto miembros del equipo de salud, e igualmente si por necesidad del momento, realiza unas acciones que no pertenecen a su función específica” (p.126).

En el contexto de este estudio se identificarán como funciones interdependientes, aquellas acciones puestas en práctica por el profesional de enfermería con otros miembros del equipo de salud para la vigilancia de los factores de riesgo para la prevención y control de las infecciones.

### **Control de Infecciones Hospitalarias**

Cuando se sabe o se sospecha que un paciente sufre de infección se deben tomar las medidas necesarias y estas dependerán de la naturaleza del proceso.

Malagón, G. y Hernández, L. (1999), refieren que la organización de un programa de control de infecciones hospitalarias no es una tarea fácil, ya que “la mayoría del personal de salud: Médicos, Enfermeras y Administradores de Hospitales desconocen lo que es una infección nosocomial” (p. 10). En ese sentido es importante que todo el personal de salud y en especial el profesional de enfermería debe poner en práctica todas aquellas actividades que permitan identificar las condiciones propias del enfermo a su ingreso al hospital y mientras dure su permanencia en el mismo.

Explican los mismos autores, que para iniciar el control de infecciones es necesario organizar un sistema de vigilancia que funcione de forma eficiente, este sistema debe ser activo, ya que las infecciones deberán ser buscadas en las distintas unidades clínicas en donde existan enfermos, aquí es donde el profesional de enfermería juega un papel importante pues será su función predominante. De acuerdo a Calíz, O., citado por Malagón, G. y Hernández, L. el modelo de vigilancia epidemiológica de infecciones hospitalarias es:

Un sistema de elementos conceptuales, tecnológicos y normativos con el fin de producir información sobre la situación de las infecciones adquiridas en el hospital; esta información es un indicador sobre la calidad de la atención

hospitalaria. La aplicación de este modelo permite el monitoreo regular y continuo de las infecciones para recomendar acciones administrativas de prevención y control en el hospital.(p. 53)

De allí que la vigilancia epidemiológica actúa como una herramienta de apoyo a la gestión hospitalaria. Una vez detectada la infección hospitalaria se procederá a informar al Comité de Control de Infecciones del Hospital o en su defecto a las autoridades del mismo para así poder tomar las precauciones necesarias.

La vigilancia de infecciones intrahospitalarias puede definirse como la observación sistemática, activa y continua de la ocurrencia y distribución de infecciones en una población y de los eventos que aumentan o disminuyen el riesgo de que la infección ocurra. Definida de esta manera, la vigilancia puede considerarse como una actividad permanente que debe incluir los siguientes elementos, según Ponce, S. (op cit):

- a) Definiciones concretas y prácticas;
- b) Obtención de los casos en forma sistemática;
- c) Organización de la información;
- d) Análisis y conclusiones. (p.41)

La vigilancia es quizás la actividad más importante dentro del programa de control de infecciones de un hospital. El conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para poder plantear alternativas de solución. La realización de las actividades de vigilancia permite simultáneamente un estrecho contacto con las áreas clínicas y muy diversas posibilidades de comunicación y de supervisión. De acuerdo al mismo autor, los objetivos específicos de la vigilancia son:

- a. Conocer la frecuencia (tasa) endémica de infecciones intrahospitalarias.
  - b. Identificar oportunamente elevaciones de las tasas endémicas habituales.
  - c. Identificar riesgos específicos en poblaciones sometidas a procedimientos o cuidados comunes.
  - d. Informar al personal del hospital sobre los riesgos que implican los cuidados y procedimientos que se proporcionan a los pacientes.
- (p.43)

El conocimiento de las tasas endémicas de las infecciones con mayor incidencia en el hospital permitirá establecer rutas de trabajo, que son las que propiamente constituirán el programa de prevención de infecciones. De la vigilancia se reconocerán también los cambios hacia el incremento o la aparición de nuevos problemas no presentes hasta entonces y también los cambios en los patrones de sensibilidad a antimicrobianos. La vigilancia continua permite además reconocer epidemias en desarrollo, aunque identificarlas de esta manera implica un retraso importante de una o dos semanas y quizás es mucho más apropiado reconocer las epidemias por comunicaciones generadas en los servicios clínicos.

Malagón, G. y Hernández, L. (op cit), sostienen que “la detección de infecciones hospitalarias es una labor que podría realizar con eficiencia el personal de enfermería” (p.33). En este sentido se hace necesario que el profesional de enfermería posea el conocimiento preciso sobre aspectos de infectología a fin de que le permita distinguir entre infecciones hospitalarias y las que el paciente pudiera portar desde su ingreso al hospital.

Las actividades de detección de infecciones hospitalarias incluyen según explican los mismos autores, el seguimiento de los pacientes hospitalizados, en donde el cumplimiento de antibioticoterapia, el registro de datos, la revisión de los resultados de laboratorio, la valoración de los factores de riesgo, son de vital importancia.

Para el **cumplimiento de la antibioticoterapia**, se puede señalar que se debe realizar la profilaxis antimicrobiana, que consiste en la administración de una dosis única de un antibiótico determinado, en función del tipo de cirugía, media hora antes de la intervención. Para Ponce, S. (op cit), para evitar infecciones se debe:

Vigilar el uso de antibióticos y establecer políticas de uso en profilaxis (quirúrgica y médica); mantener un control del uso de antibióticos en todas las áreas del hospital, por ejemplo, limitar el uso de vancomicina a las situaciones estrictamente necesarias. (p. 101)

En el caso del postoperatorio, Castillo, A. (2000) señala que “La profilaxis antimicrobiana debe interrumpirse entre 24 y 48 horas después de la cirugía, si ésta ha sido limpia, pues de lo contrario aumenta la probabilidad de sobreinfección bacteriana, así como la de aparición de resistencias”(p. 12). Este aspecto es vital para la prevención y control de las infecciones postoperatorias y en ese sentido enfermería juega un papel importante.

En cuanto al **registro de datos**, el profesional de enfermería debe estar constantemente informado sobre el número de pacientes y condiciones de los mismos, en este sentido Malagón, G. y Hernández, L. (op cit) sostienen que “sobre la integridad y cobertura de los datos se construye la calidad de la información epidemiológica; por ese motivo, a esta función se le presta la máxima atención”(p.55).

Los mismos autores refieren que el profesional de enfermería debe recoger información sobre los siguientes indicadores: identificación del paciente, datos demográficos, signos de infección, localización anatómica y diagnóstica de la infección, procedimientos practicados previos a la infección, antecedentes, cultivo, tratamiento antibiótico y evolución.

Con respecto a la **revisión de los resultados de laboratorio**, el profesional de enfermería debe prestar atención especialmente a los cultivos de secreciones orgánicas, en donde se puede reportar el crecimiento anormal de algún germen. Potter, W. (2000), refiere que el personal de enfermería debe entonces diferenciar los cultivos de pacientes externos de aquellos que se encuentran hospitalizados.

Ponce, S. (op cit), resume los dos pasos antes citados de la siguiente manera:

Revisión de los informes de enfermería y los expedientes clínicos de los pacientes con riesgo elevado de infección. En caso de cualquier duda se conversará con el personal médico y de enfermería directamente responsable. Revisión de los informes del laboratorio de microbiología. Específica y rutinaria-mente se revisarán los resultados de hemocultivos y urocultivos, registrándolos para usar estos datos durante la visita a los servicios. Simultáneamente, debe registrarse los aislamientos con patrones de resistencia que requieran de aislamiento específico. (p. 105)

Por su parte, Malagón, G. y Hernández, L. (op cit), señalan que en la **valoración de los factores de riesgo** el personal de enfermería debe reconocer riesgos particulares de los pacientes internados. El ambiente, los gérmenes patógenos, la población cerrada, entre otras son características inherentes al hospital, Los autores precitados señalan que:

Estas y otras características que son particulares en cada hospital requieren un conocimiento apropiado y oportuno sobre detalles y relaciones que guardan cada tipo específico de infección observado, a fin de evitar el efecto negativo que tienen las infecciones intrahospitalarias en la recuperación de la salud de los pacientes, costos, prestigio hospitalario, esfuerzo, esfuerzo, aspectos legales y otros efectos en la familia de cada paciente infectado dentro del hospital y que afectan además a la comunidad.(p. 633)

Entre los riesgos más importantes los autores antes mencionados señalan la edad del paciente, el tiempo de hospitalización y el diagnóstico. Al respecto refieren:

Los factores determinantes de riesgo son: edad, sexo, servicio, tiempo de internación, presencia de infecciones subyacentes, tipo de cirugía, duración de la cirugía, catéteres urinarios, catéteres centrales, apoyo ventilatorio continuo, terapia inmunosupresora, catéteres venosos, estado nutricional, inmunidad natural y artificial, factores genéticos y actores generales de resistencia alterada. (p. 634)

En cuanto a la edad los autores refieren que los extremos de la vida implican mayor riesgo, es decir, los recién nacidos y los ancianos tienen mayores riesgos de infección hospitalaria. Los pacientes en edad avanzada se hospitalizan cada vez más porque se dispone de medidas terapéuticas para enfermedades crónicas no infecciosas. En relación a los niños, Malagón, G y Hernández, L. (op cit), señalan:

Los niños de poco peso al nacer, con una resistencia a la infección muy reducida, sobreviven gracias a la existencia en los hospitales de medios ambientes controlados, pero durante ese proceso pueden introducirse en los vaporizadores, aparatos de aerosol y otras fuentes de agua, bacterias de los géneros Herella, Achromobacter, Proteus, Pseudomonas etc., lo que favorece la infección. (p. 635)

Esta referencia demuestra el grado de vulnerabilidad a las infecciones que puede representar la edad de los pacientes. Al respecto Ponce, S. (op cit), acota, "Se ha demostrado que el riesgo de herida infectada aumenta en forma proporcional a la edad del paciente, de tal suerte que pacientes mayores de 60 años tienen un riesgo mayor". (p. 105)

En relación con el tiempo de hospitalización los mismo autores, sostienen que “la estancia del enfermo por más de una semana permite el contacto con microorganismos multiresistentes”(p.35). Lo señalado por los autores permite entonces afirmar que durante la hospitalización del paciente el profesional de enfermería, debe poner en práctica medidas de prevención de infecciones hospitalarias a fin de reducir el riesgo.

Asimismo, con relación al tiempo de hospitalización Ponce, S. (op cit), señala:

La estancia preoperatoria intrahospitalaria aumenta la posibilidad de infección quirúrgica debido a que los pacientes se exponen y colonizan con los organismos prevalentes en el hospital. Estas cepas de bacterias son más resistentes a los agentes antimicrobianos y menos sensibles a los agentes usados para profilaxis. Es también posible que la hospitalización preoperatoria prolongada se deba a condiciones médicas, más graves que vuelven al paciente más débil a la infección. (p. 109)

De allí que el profesional de enfermería deba revisar la historia clínica del paciente, para determinar el tiempo de hospitalización que tiene, y así tomar las medidas adecuadas para prevenir las infecciones.

Ahora bien, en relación al diagnóstico los pacientes con resistencia natural disminuida puede deberse a la enfermedad. Para Malagón, G y Hernández, L. (op cit), “Un factor determinante, tanto de la infección como de su evolución en un paciente determinado es el estado de sus defensas inmunitarias”(p. 634). De allí que, los pacientes con cirugía del corazón abierto, los que presentan afecciones malignas, el paciente diabético, presentan gran susceptibilidad a infecciones por microorganismos relativamente inofensivos.

Por su parte, Ponce, S. (1999), refiere que el estado de salud del paciente previo a la cirugía es fundamental en el desarrollo de infección de herida quirúrgica. Argumentando que:

Haley determinó que si existen tres o más enfermedades asociadas existe un riesgo significativamente mayor de adquirir una infección de herida quirúrgica. Enfermedades tales como diabetes mellitus, cáncer, desnutrición, obesidad, hipoproteinemias, aumentan el riesgo de infección al disminuir la competencia inmunológica (del tipo de la hiposensibilidad tardía). La infección presente en un sitio remoto del organismo afecta adversamente la frecuencia de infección de herida quirúrgica. (p. 108)

Los pacientes con infección diagnosticada no deben de ser sometidos a cirugía electiva hasta que no se haya tratado y resuelto el sitio de la infección. La importancia de este hecho se puede ilustrar en la gran frecuencia de endocarditis después de cirugía de corazón abierto en pacientes con enfermedad periodontal crónica, urosepsis o prostatitis crónica. Dada la estrecha relación que existe entre las enfermedades coexistentes y el desarrollo de infección de herida quirúrgica, un abordaje terapéutico adecuado es, a la medida de lo posible, programar la cirugía electiva cuando las enfermedades coexistentes se encuentren tratadas o bajo control.

Por su parte León y Soto (op cit) hacen referencia a que otra medida empleada para el control de infecciones hospitalarias es la referida al **Informe de Vigilancia** que consiste en el registro de la situación epidemiológica de la institución de salud en cuanto a las infecciones detectadas, de acuerdo a Malagón, G y Hernández, L. (op cit) “La búsqueda sistemática de los casos de infección, el registro ordenado y su análisis, la publicación y distribución de los informes, representan las actividades principales de un trabajo de vigilancia”(p. 649), para ello es necesario que el

profesional de enfermería reporte de manera periódica (mensual, bimensual o trimestral), el número de pacientes que han sido diagnosticados con infección hospitalaria. Ponce, S. (op cit), refiere que para esto es necesario implementar un sistema de registro de enfermería;

Un sistema de registros de enfermería es el registro de la atención planeada y/o administrada a los pacientes/clientes individuales por enfermeras calificadas u otros prestadores de atención bajo la dirección de una enfermera calificada. Los sistemas de registro de enfermería pueden ser una manera eficaz de influir en la práctica de la enfermería. (p. 111)

Todos estos elementos deben ser del completo conocimiento del profesional de enfermería, para hacer más eficaz y eficiente sus funciones en la Prevención y Control de la Infecciones Postoperatorias.

### **SISTEMA DE VARIABLES**

**Variable:** Práctica de Enfermería en la Prevención y Control de Infecciones Postoperatorias en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. José María Vargas”, de Caracas.

**Definición Conceptual:** Para Dugas (2000), la práctica de enfermería se define como: “aquellas funciones independientes e interdependientes que la enfermera realiza para ayudar al pacientes-cliente a resolver sus problemas de salud”(p.19)

**Definición Operacional:** Se refiere al cumplimiento de las funciones de enfermería para prevenir y controlar las infecciones postoperatorias relacionadas con la utilización de los métodos de barrera y la vigilancia de los factores de riesgo.

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

**Variable:** Práctica de Enfermería en la Prevención y Control de Infecciones Postoperatorias en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. José María Vargas”, de Caracas.

**Definición Operacional:** Se refiere al cumplimiento de las funciones de enfermería para prevenir y controlar las infecciones postoperatorias relacionadas con la utilización de los métodos de barrera y la vigilancia de los factores de riesgo.

DIMENSIÓN	INDICADOR	SUBINDICADOR	ÍTEM
<p><b>Funciones Independientes:</b> Se refiere a la ejecución de acciones que realiza el profesional de enfermería, que eviten la propagación de infecciones postoperatorias entre las que se incluye el uso de métodos de barrera.</p> <p><b>Funciones Interdependientes:</b> Se refiere a las acciones puestas en práctica por el profesional de enfermería con otros miembros del equipo de salud para la vigilancia de los factores de riesgo.</p>	<p><b>Métodos de Barrera:</b> Se refiere a los procedimientos que realiza el profesional de enfermería para evitar la propagación de microorganismos por contacto en las heridas de los pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Lavado de manos</li> <li>.- Uso de guantes</li> <li>.- Batas</li> <li>.- Mascarillas</li> <li>.-Técnicas de aislamiento</li> <li>.- Material Estéril</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-2-3-4</li> <li>5-6</li> <li>7-8</li> <li>9-10</li> <li>11</li> <li>12-13-14-15-16</li> </ul>
	<p><b>Vigilancia de Factores de Riesgo:</b> Referido a las actividades que ejecuta el profesional de enfermería para la prevención y control de la infecciones basadas en las decisiones tomadas en consulta con otros miembros del equipo de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>.- Cumplimiento de antibioticoterapia.</li> <li>.-Seguimiento de pacientes.</li> <li>.- Registro de Datos.</li> <li>.- Control de Exámenes de laboratorio.</li> <li>.- Valoración de factores de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>17-18</li> <li>19</li> <li>20</li> <li>21</li> <li>22-23-24</li> </ul>

## DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Antisepsia:** Implica la eliminación o inhibición de la proliferación de los microorganismos en los tejidos o fluidos corporales.

**Asepsia:** Ausencia en el organismo de todo germen patógeno.

**Acciones de enfermería:** Actividades que realiza la enfermera en su práctica, para prevenir las infecciones en las heridas de pacientes post operados.

**Bacterias:** Microorganismos unicelulares, algunos patógenos, para las plantas, animales y hombres.

**Contaminación:** Presencia de microorganismos en la superficie del cuerpo sin invasión o reacción tisular o en la superficie de objetos inanimados.

**Desinfección:** Proceso físico, destrucción de la mayor parte de los microorganismos patógenos, excepto las esporas bacterianas.

**Infecciones:** Penetración de organismos patógenos en el interior del cuerpo humano donde se desarrollan y multiplican provocando la reacción orgánica.

**Infecciones Intrahospitalarias:** Son procesos infecciosos que se desarrollan después del ingreso del paciente al hospital.

**Infección en herida y piel:** Comprende toda secreción purulenta de un sitio de punción, o quirúrgico, puede confirmarse mediante cultivos y aspirado de líquidos.

**Prevención:** Precauciones que se toman en la realización de actividades para prevenir enfermedades.

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

En este capítulo se describe cómo se llevó a cabo la investigación, y está estructurado de la siguiente manera: tipo de estudio, población y muestra, métodos e instrumentos de recolección de información, validez, confiabilidad, procedimientos para la recolección de información, y plan de tabulación y análisis.

#### **Tipo de estudio**

De acuerdo al problema y a los objetivos planteados, ésta investigación es de tipo descriptivo, porque la información a recolectar va a permitir caracterizar e interpretar la variable práctica de enfermería en la prevención de infecciones postoperatorias en pacientes de la Unidad Clínica de Cirugía.

Canales, F. Pineda, E.; y Alvarado, E. (2004), señala: “Los estudios descriptivos están dirigidos a determinar “como es” ó “como ésta” la situación de la variable que deberá estudiarse en una población”. (Pág. 138).

También se define como de campo, lo cual significa de acuerdo a la Universidad Experimental Pedagógica Libertador (UPEL) (2006), se entiende como:

El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso

de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. (p. 14)

En ese sentido, el estudio se define dentro de esta categoría de investigación porque los datos fueron recogidos directamente de la realidad donde sucede el fenómeno, siendo estos originales o de fuente primaria.

### **Población**

La población para Canales, F; Pineda, E; Alvarado, E (2004), es “un universo; es un conjunto de individuos y objetos de los que se desee conocer algo en una investigación”(p.145).

Ahora bien, se puede decir que la población constituye la totalidad de los sujetos de la investigación, cada unidad de población tiene características comunes y es de allí donde precisamente se obtienen los datos de la investigación. La población para este estudio estuvo constituida por 60 enfermeras que laboran en las diferentes Unidades Clínicas de Cirugía del precitado Hospital.

### **Muestra**

Para Canales, F; Pineda, E; Alvarado, E (2004), la muestra es “un subconjunto de unidades que comprenden la población”. (p. 205)

Para efectos de este estudio, la muestra estuvo constituida por el 30% de las enfermeras que laboran en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. José María Vargas”, en los diferentes turnos: mañana, tarde y ambas noches, las cuales hacen un total de 20 enfermeras.

### **Métodos e instrumentos de recolección de información:**

Para la recolección de información se eligió la observación como método y la guía de observación como técnica. De acuerdo a Hurtado, J.

(2004), "La observación constituye un proceso de atención, recopilación, selección y registro de información, para el cual el investigador se apoya en sus sentidos (vistas, oído, olfato, tacto)" (p. 449). La misma fue elaborada por la investigadora y constó de 24 ítems que representaron los contenidos de los indicadores de la variable en estudio. El mismo se aplicó a las enfermeras participantes en tres (3) diferentes momentos. (Anexo A)

### **Validez**

Para determinar la validez del instrumento, el mismo fue sometido a juicio de experto a fin de verificar el grado en que se logra medir la variable. Los participantes de la validez fueron expertos en metodología de la investigación, enfermería y estadística. (Anexo B)

### **Confiabilidad**

Para realizar la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto con un grupo de ocho (8) enfermeras que no formaron parte de la muestra. A las mismas se les observó por espacio de tres días, lo que resultó en una distribución de frecuencia de 24. A los resultados de esa prueba se le aplicó el índice Kuder Richardson 20 (KR20), el cual dio como resultado 0,81, lo que indica que el instrumento es confiable. Para Hurtado, J. (2004), "la confiabilidad está dada por la coincidencia o concordancia en el registro que realizan dos observadores que se encuentran percibiendo simultáneamente el evento"(p. 455) En esta investigación la observación fue realizada por la misma investigadora en el Hospital Oncológico "Dr. Luís Razetti". Caracas.

### **Procedimiento para la recolección de información**

Luego de validado el instrumento se procedió a la recolección de la información, la cual pasó por varias instancias.

En primer lugar se solicita la autorización de la institución para realizar la investigación a través de la dirección de enfermería del Hospital “Dr. José María Vargas”, de Caracas.

Luego se realizó la observación, durante 3 días consecutivos, para lograr observar los cambios en la conducta observada en los tres momentos.

### **Plan de tabulación y análisis**

Para la tabulación se elaboró de forma manual una matriz de datos, para determinar la frecuencia de las respuestas. El análisis se realizó en función de los indicadores y subindicadores, estableciendo la frecuencia y porcentajes respectivos de acuerdo a la observación realizada para cada ítem. Con la finalidad de establecer las diferencias entre ambas dimensiones, se determinó la frecuencia de ocurrencia de las respuestas correctas.

De acuerdo al nivel de medición se analizaron los datos utilizando la estadística descriptiva (frecuencia y porcentaje), agrupando los datos de acuerdo a los subindicadores de cada una de las dimensiones: funciones dependientes e independientes.

Una vez obtenida la información se procedió a organizar los datos en una tabla de doble entrada, posteriormente se elaboraron las tablas con el análisis respectivo y se ilustraron gráficamente. Asimismo, se elaboró una tabla resumen, donde se establecieron los promedios de cada resultado para la dimensión “Funciones Dependientes” y “Funciones Independientes”.

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Luego de tabular los datos, los resultados fueron agrupados por cada indicador y representados en tablas contentivos de los subindicadores. Para efectos de la técnica de recolección de datos, se realizó entre oportunidades lo cual permitió presentar una distribución de frecuencias que da cuenta de los tres momentos.

Los resultados se presentan en tablas de doble entrada con las frecuencias relativas y absolutas de cada subindicador.

Asimismo, se representan gráficamente en gráficos de barra.

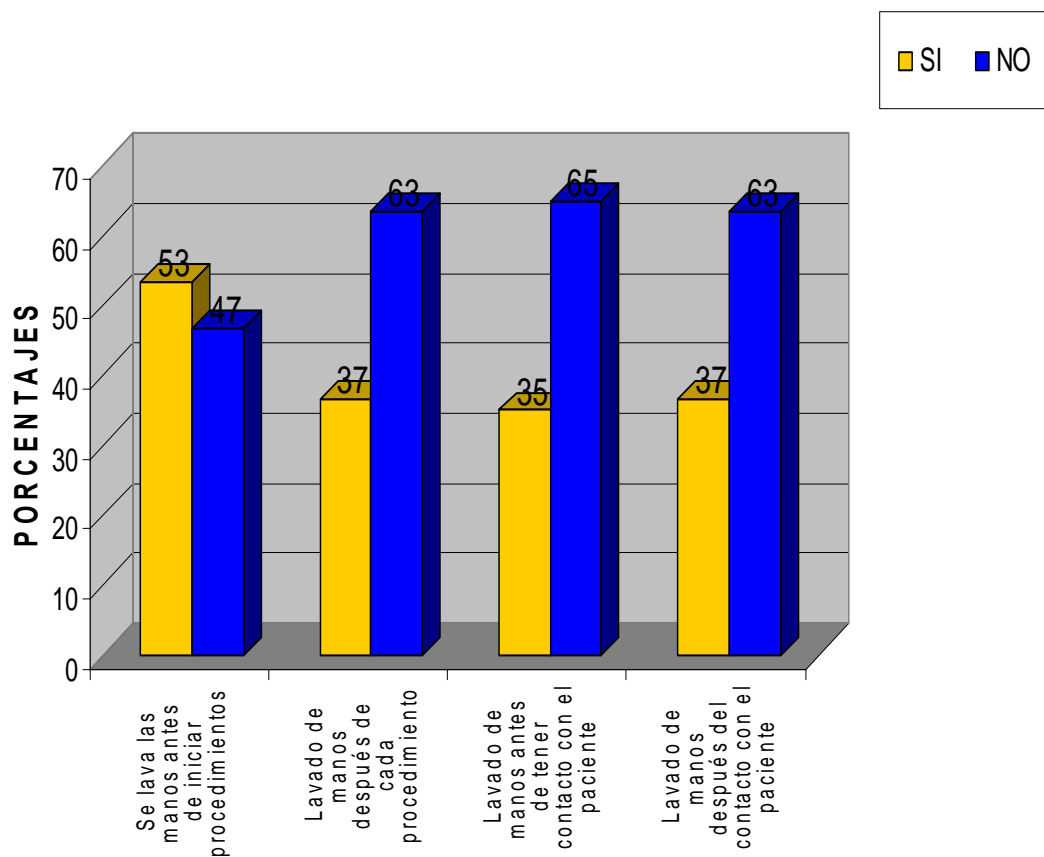
**TABLA N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DEL**  
**SUBINDICADOR LAVADO DE MANOS EN LA PRÁCTICA DE**  
**ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS**  
**NOVIEMBRE 2006**

<b>MÉTODOS DE BARRERA: Lavado de manos</b>						
<b>ITEMS</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Se lava las manos antes de iniciar procedimientos	32	53	28	47	60	100
Lavado de manos después de cada procedimiento	22	37	38	63	60	100
Lavado de manos antes de tener contacto con el paciente	21	35	39	65	60	100
Lavado de manos después del contacto con el paciente	22	37	38	63	60	100

Fuente: Guía de Observación

De acuerdo a los datos de la tabla N° 1, la práctica de enfermería en relación al lavado de manos como método de barrera tiene deficiencias en el grupo que participó en el estudio, ya que se observa que el 47% no realiza lavado de manos antes de iniciar cualquier procedimiento; un 63% no lo hace después de realizado los procedimientos; un 65% no realiza el lavado de manos antes de tener contacto con el paciente y otro 63% no lo realiza después de ese contacto. Lo que indica que la técnica de lavado de manos no es una práctica constante del profesional de enfermería que participó en el estudio.

**GRÁFICO Nº 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DEL SUBINDICADOR**  
**LAVADO DE MANOS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA**  
**PREVENCIÓN DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS. UNIDAD**  
**CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS” DE**  
**CARACAS**  
**NOVIEMBRE 2006**



Fuente: Tabla Nº 1.

**TABLA N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DEL**  
**SUBINDICADOR USO DE GUANTES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**  
**EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS. UNIDAD**  
**CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS” DE**  
**CARACAS**  
**NOVIEMBRE 2006**

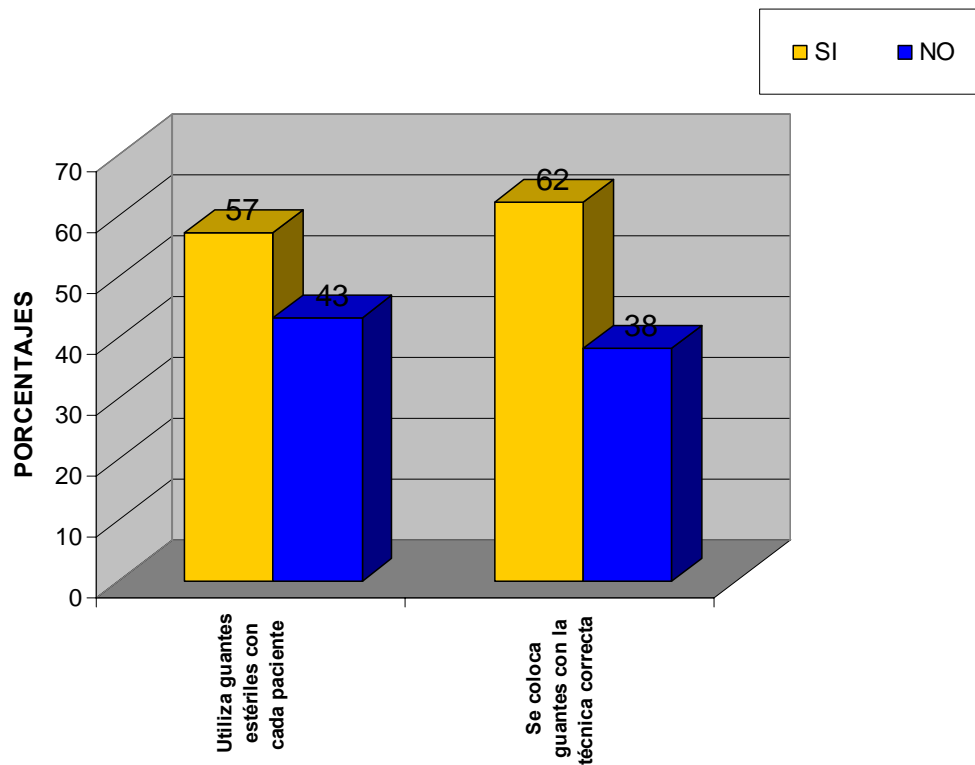
<b>MÉTODOS DE BARRERA: Uso de Guantes</b>						
<b>ITEMS</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Utiliza guantes estériles con cada paciente	34	57	26	43	60	100
Se coloca guantes con la técnica correcta	37	62	23	38	60	100

Fuente: Guía de Observación.

En la tabla N° 2, se puede observar que el 57% de las enfermeras participantes en el estudio, utilizan guantes estériles con cada paciente y el 62% se coloca los guantes con la técnica correcta. A pesar de ser positivo los resultados, existe un porcentaje importante que no realiza esta técnica correctamente, por lo que es importante tomar en cuenta este resultado ya que podría ser un indicador de no manejar la técnica con precisión.

## GRÁFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DEL SUBINDICADOR  
USO DE GUANTES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA  
PREVENCIÓN DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS. UNIDAD  
CLÍNICA DE CIRUGÍA "HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS" DE  
CARACAS. NOVIEMBRE 2006



Fuente: Tabla Nº 2.

**TABLA N° 3**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DEL**  
**SUBINDICADOR USO DE BATAS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**  
**EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS. UNIDAD**  
**CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS” DE**  
**CARACAS. NOVIEMBRE 2006**

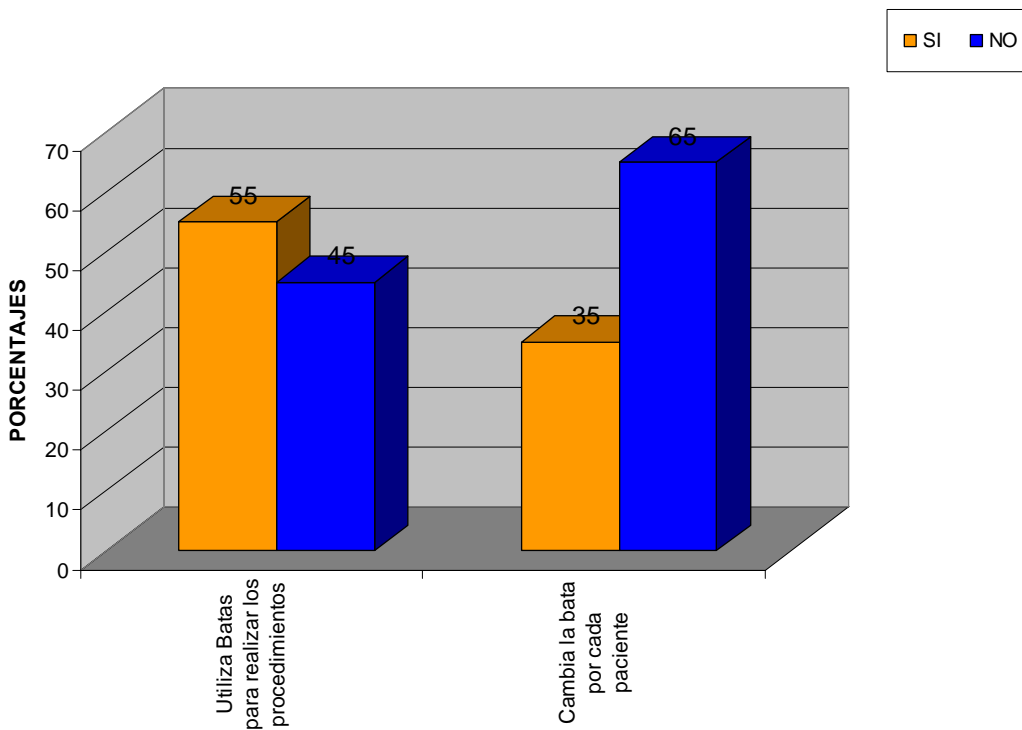
<b>METODOS DE BARRERA: Uso de Bata</b>						
<b>ITEMS</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Utiliza Batas para realizar los procedimientos	33	55	27	45	60	100
Cambia la bata por cada paciente	21	35	39	65	60	100

Fuente: Guía de Observación

La tabla n° 3 muestra los resultados del subindicador uso de batas, donde se puede observar que el 55% de los profesionales observados utiliza la bata para realizar los procedimientos, contra un 45% no lo hace. El 35% cambia la bata por cada paciente atendido y el 65% no lo hace; lo que evidencia que existe una deficiente práctica con relación al uso de la bata como método de barrera.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DEL SUBINDICADOR  
USO DE BATAS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA  
PREVENCIÓN DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS. UNIDAD  
CLÍNICA DE CIRUGÍA "HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS" DE  
CARACAS. NOVIEMBRE 2006



Fuente: Tabla N° 3

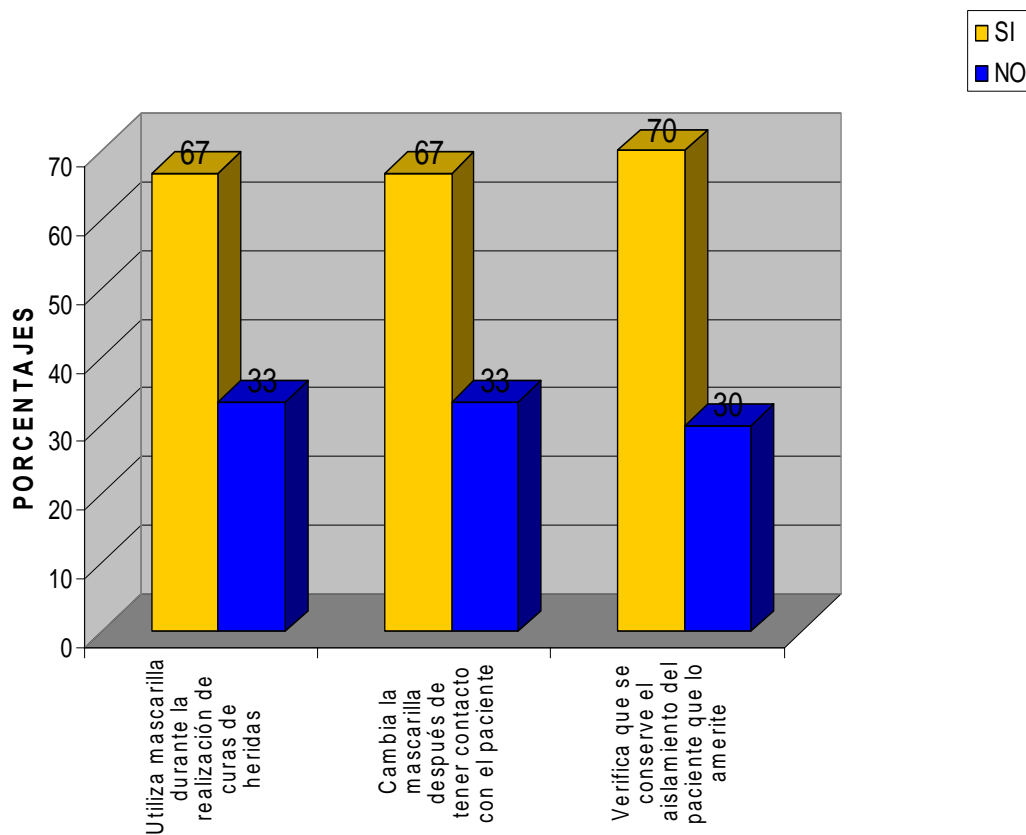
**TABLA N° 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DEL**  
**SUBINDICADOR USO DE MASCARILLAS EN LA PRÁCTICA DE**  
**ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**

METODOS DE BARRERA: Uso de Mascarilla ITEMS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Utiliza mascarilla durante la realización de curas de heridas	40	67	20	33	60	100
Cambia la mascarilla después de tener contacto con el paciente	40	67	20	33	60	100
Verifica que se conserve el aislamiento del paciente que lo amerite	42	70	18	30	60	100

Fuente: Guía de Observación

La tabla N° 4 muestra los resultados de acuerdo al subindicador uso de mascarilla en la prevención de infecciones postoperatorias, donde el 67% utiliza la mascarilla durante la realización de curas de heridas y el 33% no la utiliza; el 67% cambia las mascarilla después de tener contacto con el paciente y el 33% no lo hace. Por otra parte, el 70% verifica que se conserve el aislamiento del paciente que lo amerite y el 30% no lo hace. Como se puede observar el cumplimiento de estos métodos de barrera en la muestra estudiada es satisfactorio, pero debe ser realizado por la totalidad de las enfermeras que trabajan en esta unidad.

**GRÁFICO Nº 4**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DEL SUBINDICADOR**  
**USO DE MASCARILLAS EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA**  
**PREVENCIÓN DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS. UNIDAD**  
**CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS” DE**  
**CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**



Fuente: Tabla Nº 4.

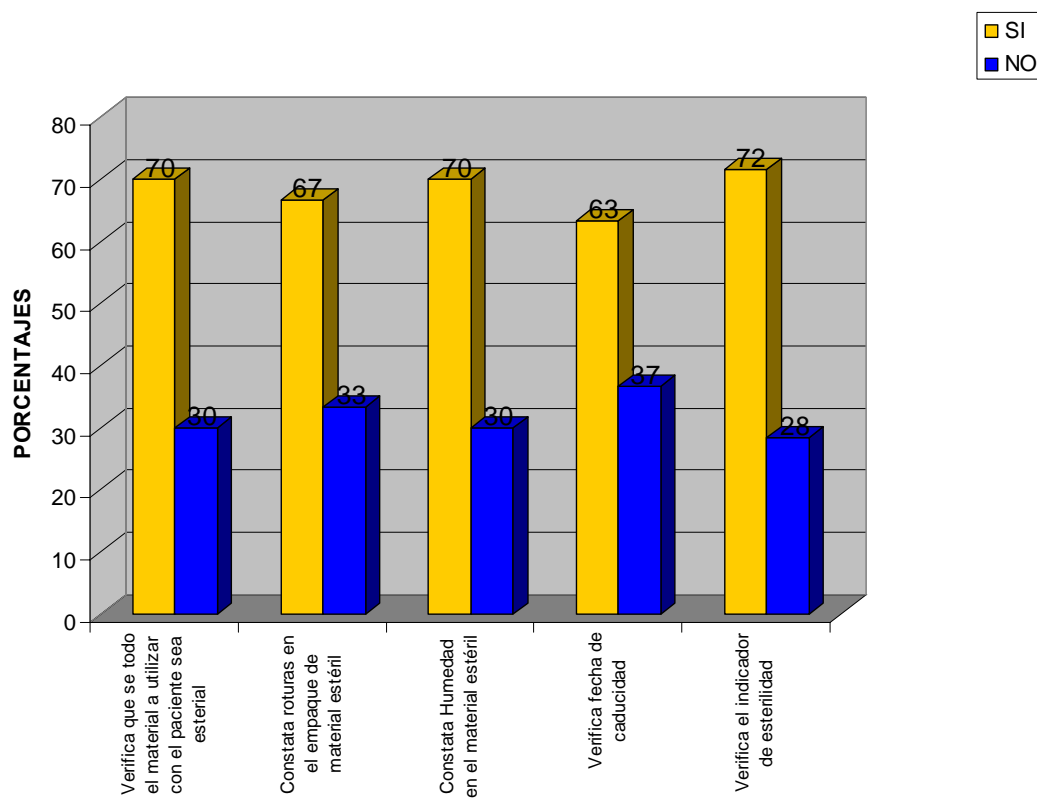
**TABLA N° 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DEL**  
**SUBINDICADOR USO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LA PRÁCTICA DE**  
**ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA**  
**“HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS” DE CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**

METODOS DE BARRERA: Material Estéril ITEMS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Verifica que todo el material a utilizar con el paciente sea estéril	42	70	18	30	60	100
Constata roturas en el empaque de material estéril	40	67	20	33	60	100
Constata Humedad en el material estéril	42	70	18	30	60	100
Verifica fecha de caducidad	38	63	22	37	60	100
Verifica el indicador de esterilidad	43	72	17	28	60	100

Fuente: Guía de Observación

En la tabla N° 5 se muestran los resultados del subindicador uso de material estéril en los métodos de barrera, donde se puede observar que el 70% de las enfermeras participantes en el estudio verifican que el material a utilizar con el paciente sea estéril y el 30% no lo verifica; el 67% constata roturas en el empaque de material estéril y el 33% no lo hace; el 70% constata humedad en el material y el 30% no lo hace; el 63% verifica fecha de caducidad en el empaque y el 37% no lo hace y el 72% verifica el indicador de esterilidad y el 28% no lo realiza. Aunque la mayoría realiza el manejo de material estéril correctamente, es importante insistir en esta práctica con el porcentaje restante que no lo hace.

**GRÁFICO N° 5**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DEL SUBINDICADOR**  
**USO DE MATERIAL ESTÉRIL EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA**  
**PREVENCIÓN DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS. UNIDAD**  
**CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ MARÍA VARGAS” DE**  
**CARACAS. NOVIEMBRE 2006**



Fuente: Tabla N° 5

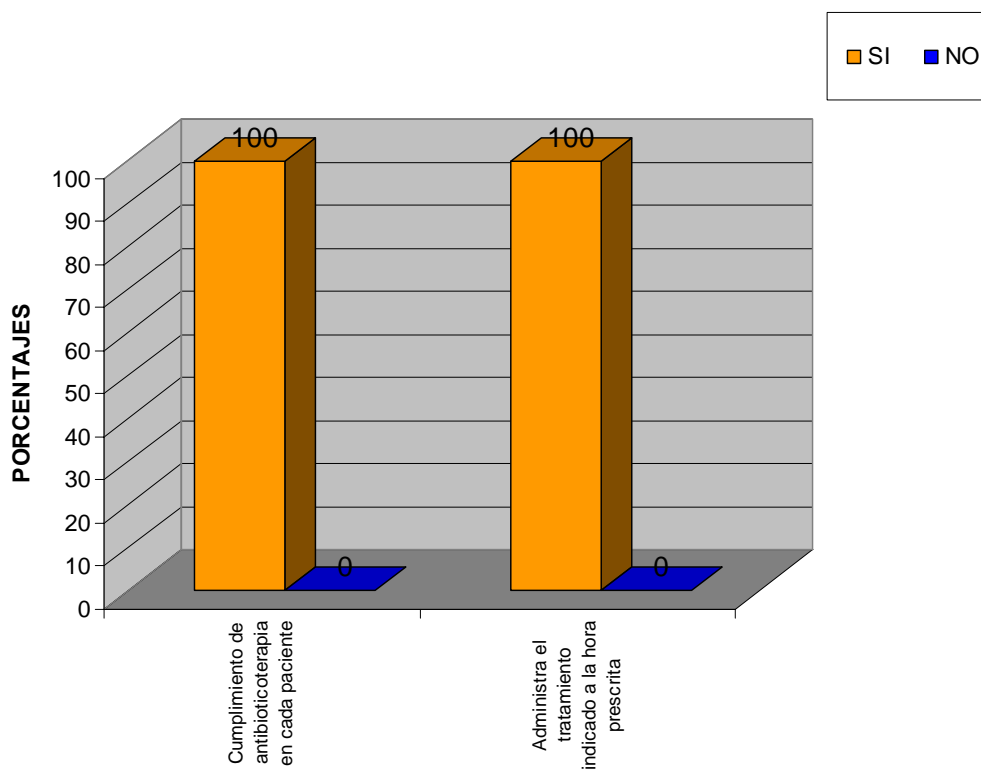
**TABLA N° 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DEL**  
**SUBINDICADOR CUMPLIMIENTO DE ANTIBIOTICOTERAPIA EN LA**  
**PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS. NOVIEMBRE 2006**

<b>VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO: Cumplimiento de antibioticoterapia</b>						
<b>ITEMS</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Cumplimiento de antibioticoterapia en cada paciente	60	100	0	0	60	100
Administra el tratamiento indicado a la hora prescrita	60	100	0	0	60	100

Fuente: Guía de Observación

En cuanto al cumplimiento de la antibioticoterapia como medida de vigilancia de los factores de riesgo en la prevención de infecciones postoperatorias, la tabla N° 6 muestra que la totalidad (100%) de la muestra de enfermeras participantes en el estudio cumple a cabalidad con esta medida. Este resultado es importante en cuanto da evidencia de un buen manejo de la prescripción de antibióticos, y su administración para evitar las infecciones.

**GRÁFICO N° 6**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DEL SUBINDICADOR**  
**CUMPLIMIENTO DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA EN LA PRÁCTICA DE**  
**ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**



Fuente: Tabla N° 6

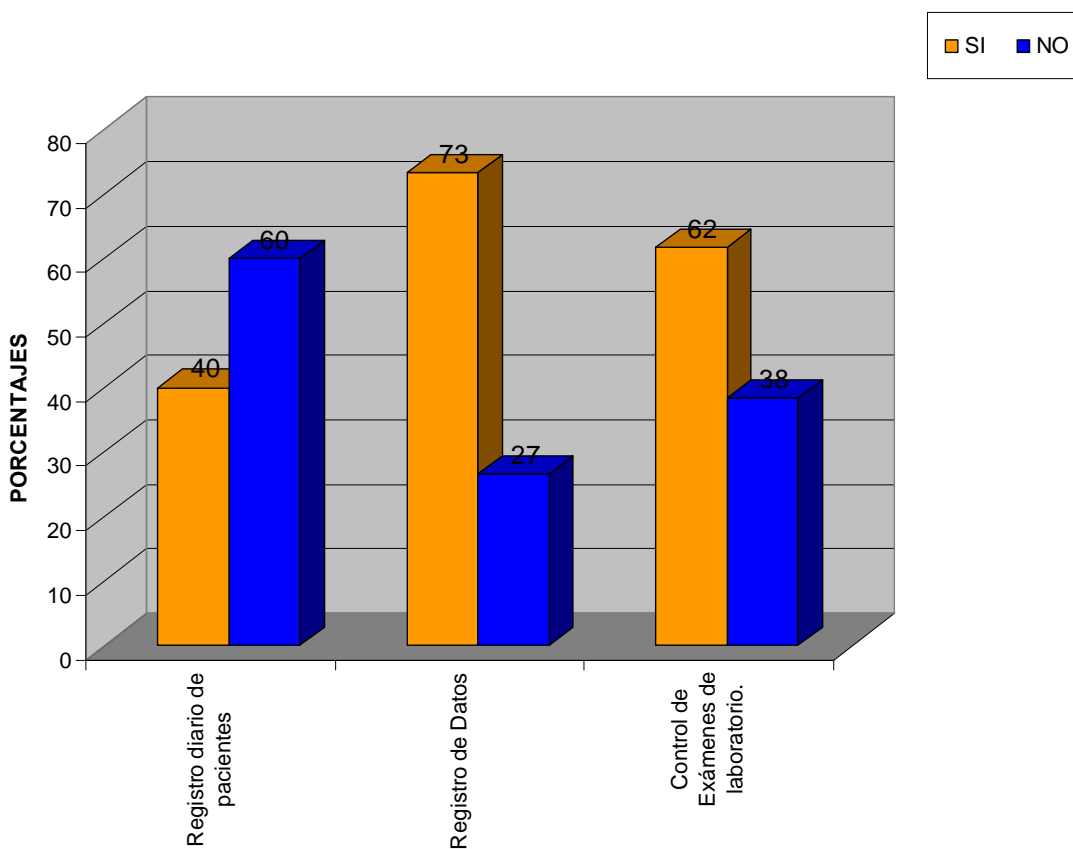
**TABLA N° 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DEL**  
**SUBINIDICADOR VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO EN LA**  
**PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**

ITEMS	VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO					
	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Registro diario de pacientes	24	40	36	60	60	100
Registro de Datos	44	73	16	27	60	100
Control de Exámenes de laboratorio.	37	62	23	38	60	100

Fuente: Guía de Observación

En la tabla N° 7 se puede observar la conducta de la enfermera ante la vigilancia de los factores de riesgo, donde el 40% cumple con el registro diario de pacientes y el 60% no lo hace; por otra parte el 73% realiza el registro de datos de cada paciente en el libro de reporte diario y el 27% no lo hace y el 62% constata diariamente los resultados de los exámenes de laboratorio de cada paciente cuando llega a la Unidad Clínica de Cirugía y el 38% no lo realiza.

**GRÁFICO N° 7**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DEL SUBINDICADOR**  
**VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO EN LA PRÁCTICA DE**  
**ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**



Fuente: Tabla N° 7.

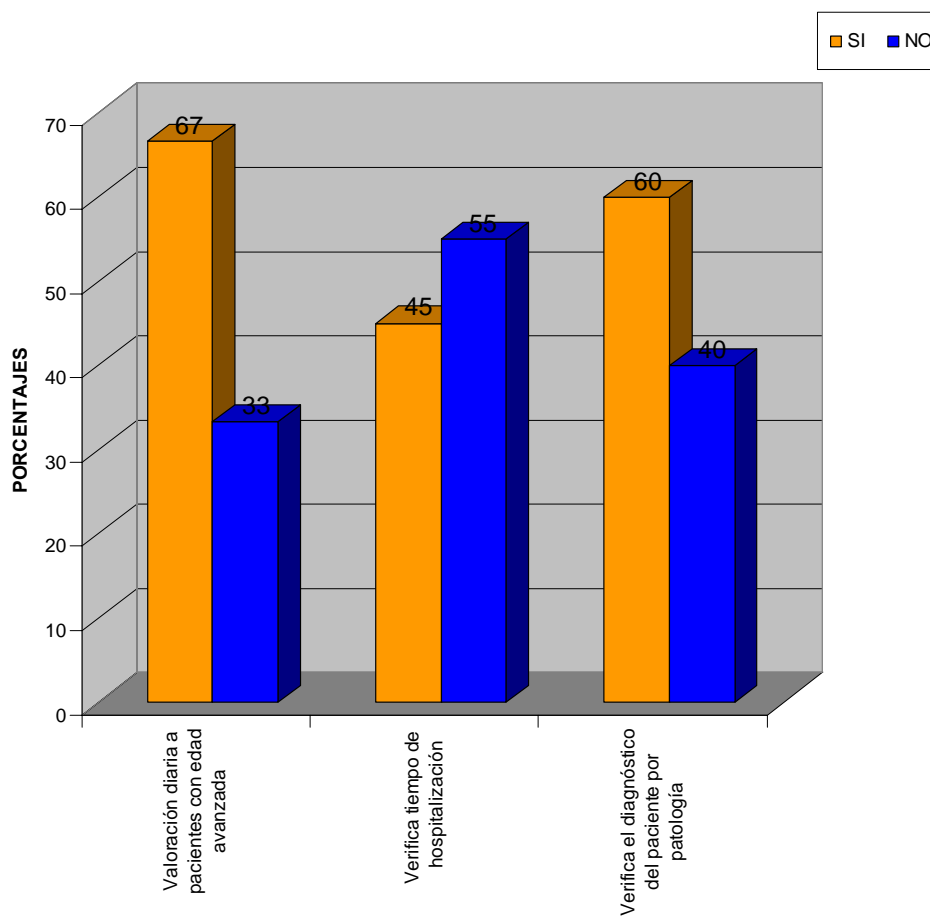
**TABLA N° 8**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS DEL**  
**SUBINDICADOR VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LA**  
**PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**

VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ITEMS	SI		NO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
Valoración diaria a pacientes con edad avanzada	40	67	20	33	60	100
Verifica tiempo de hospitalización	27	45	33	55	60	100
Verifica el diagnóstico del paciente por patología	36	60	24	40	60	100

Fuente: Guía de Observación.

En la tabla N° 8, se presentan los resultados con relación a la valoración de los factores de riesgo en la prevención de infecciones postoperatorias, donde el 67% realiza la valoración diaria a los pacientes en edad avanzada como factor de riesgo y el 33% no lo realiza; el 45% verifica el tiempo de hospitalización del paciente para evitar riesgo y el 55% no lo verifica y el 60% de la muestra participante en el estudio, verifica el diagnóstico del paciente para detectar patologías de base que constituyan factores de riesgo y el 40% no lo realiza. Se puede inferir que existe una deficiente práctica para la prevención de infecciones en el grupo objeto de estudio, en cuanto a la valoración de estos factores de riesgo.

**GRÁFICO N° 8**  
**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS RELATIVAS DEL SUBINDICADOR**  
**VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN LA PRÁCTICA DE**  
**ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**



Fuente: Tabla N° 8

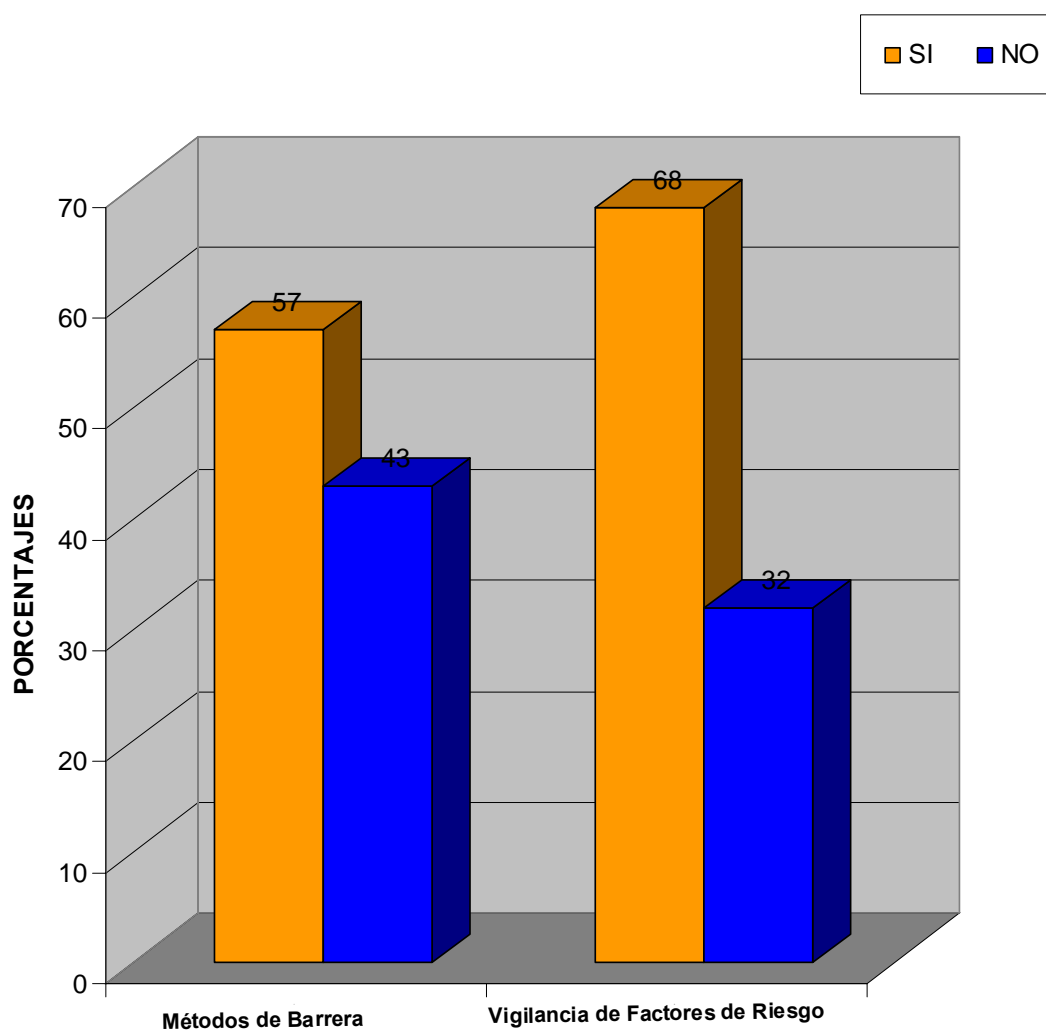
**TABLA N° 9**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PROMEDIOS PARA LAS DIMENSIONES**  
**FUNCIONES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES EN LA PRÁCTICA**  
**DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**

<b>FUNCIONES DEPENDIENTES</b>	<b>Σ de Porcentajes</b>		<b>PROMEDIO</b>		<b>TOTAL</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>MÉTODOS DE BARRERA</b>	917	683	57	43	100
<b>FUNCIONES INDEPENDIENTES</b>					
<b>VIGILANCIA DE FACTORES DE RIESGO</b>	547	253	68	32	100

Fuente: Tablas N° 1 a N° 8.

De acuerdo a la tabla resumen mostrada, la práctica de enfermería para la prevención de infecciones postoperatorias en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital José María Vargas”, de Caracas, podría decirse que es buena en general, ya que los promedios de conductas correctas observadas es mas de la mitad de cumplimiento (57% y 68% SI); pero vale la pena acotar que llama la atención el promedio en el “NO”, tanto en la funciones dependientes como en las independientes, a pesar de ser bajo es necesario que se cumpla en su totalidad.

**GRÁFICO N° 9**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS PROMEDIOS PARA LAS DIMENSIONES**  
**FUNCIONES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES EN LA PRÁCTICA**  
**DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES**  
**POSTOPERATORIAS. UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA “HOSPITAL JOSÉ**  
**MARÍA VARGAS” DE CARACAS.**  
**NOVIEMBRE 2006**



Fuente: Tabla N° 9

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Luego de realizado el análisis de los datos y hacer su presentación, se pueden arribar a las siguientes conclusiones y recomendaciones.

#### **Conclusiones**

Partiendo de los objetivos propuestos y de acuerdo a los resultados se puede inferir que, en cuanto a las acciones de enfermería para la prevención de infecciones postoperatorias para el indicador métodos de barrera, los resultados indican que es deficiente de acuerdo a los promedios esbozados en la tabla N° 9, ya que se espera que la totalidad del profesional de enfermería que labora en la Unidad Clínica de Cirugía, cumpla cabalmente con las funciones dependientes que amerita el proceso.

En relación al cumplimiento de las funciones independientes en su indicador vigilancia de los factores de riesgo se podría decir que los resultados indican que es regular, ya que el promedio de respuestas correctas en las conductas observadas es más o menos elevado (68%), sin embargo es válido acotar que se espera que este promedio suba, en la medida en que se mejore su práctica.

## **Recomendaciones**

De acuerdo a los resultados de este estudio se recomienda:

1. Tomar en consideración los resultados de esta investigación para realizar jornadas de actualización de conocimientos, en el grupo de enfermeras que participaron en el estudio.
2. Sugerir a la gerencia de enfermería que a partir de estos resultados se evite la rotación de personal, ya que parece ser un factor que interviene en el bajo cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de infecciones postoperatorias, por falta de experiencia.
3. Realizar jornadas de revisión de los protocolos de enfermería en la Unidad de Cirugía, para mejorar la atención en esta área.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- BRUNNER, L. (1998) **Enfermería Médico Quirúrgica**. Editorial Interamericana. S.A. México.
- CANALES, F. PINEDA, E.; Y ALVARADO, E. (2004) **Metodología de la Investigación**. Manual para el desarrollo de personal de Salud. Editorial Limusa. Noriega Editores: Venezuela.
- CAMACHO, M. (1998) **Relación entre las medidas de asepsia y la formación de abscesos de pared en las pacientes intervenidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” I.V.S.S. Valencia, Edo. Carabobo**. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.
- CASTILLEJO, T.; REYES, E. Y SIFONTES, O. (2002) **Actividades que realiza el profesional de enfermería en la Prevención de Infecciones en heridas de pacientes postoperadas de la Unidad Clínica de Ginecoobstetricia del Hospital Uyapar de Puerto Ordaz, Edo. Bolívar**. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.
- CASTILLO, A. (2000) **Cuidados de Enfermería en la Infección Nosocomial**. En: Tratado de Enfermería. Capítulo 11. Cameron, E. Tratado de Enfermería Médico-quirúrgica. McGraw-Hill . Pag. 203-223
- CASTRO, A. Y ROJAS, D. (2002) **Actividades que realiza la enfermera en la prevención de infecciones en las heridas de pacientes post cesareadas, en la Unidad de Ginecoobstetricia del Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda”, de Barquisimeto, Edo. Lara**. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.
- DUGAS, B. (2000) **Tratado de Enfermería Práctica**. 4<sup>ta</sup> Edición. Editorial Interamericana. España.
- ESTEVE Y MITJAN (2000) **Enfermería Práctica**. 1<sup>era</sup> Edición. Editorial Interamericana. Barcelona: España.
- GARCÍA, L. Y MEJÍA, G. (1999) **Manejo de técnicas de Asepsia y Antisepsia de la enfermera quirúrgica en la prevención de infecciones en pacientes intervenidas a cesárea en la Maternidad**

- Concepción Palacios.** Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.
- GONZÁLEZ, C. (1999) **Accidentes y complicaciones de la cirugía ginecológica.** McGraw Hill: Interamericana: España.
- HURTADO, J. (2004) **Metodología de la Investigación holística.** Caracas: Venezuela.
- IYER, P. (1999). Proceso y Diagnóstico de **Enfermería.** 3 ed. México: McGraw- Hill Interamericana
- LEÓN, S. Y SOTO, L. (1999) **Manual de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias.** O.P.S./O.M.S.
- MALAGÓN, G. Y HERNÁNDEZ, E. (1999) **Infecciones Hospitalarias.** 2<sup>da</sup> Edición. Editorial Panamericana: Bogota: Colombia.
- MAZZAFERRO, V. (1998) **Infecciones Hospitalarias.** Editorial El Ateneo. Buenos Aires: Argentina.
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (MSDS) (2003) **Informe Epidemiológico: Infecciones Hospitalarias.** Caracas/Venezuela.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) **Infecciones Nosocomiales. Apuntes para su control.** [www.paho.org.es.com](http://www.paho.org.es.com)
- ORNELLA, F. (2000) **Causas exógenas que inciden en las infecciones de las heridas operatorias de mujeres sometidas a cesárea en el Hospital San Carlos, de Maracay, Edo. Aragua.** Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.
- PONCE, S. (1999) **MANUAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.** INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN. México.
- POTTER, W (2000) **Fundamentos de Enfermería.** Editorial Interamericana: Madrid: España.
- SÁNCHEZ, M. (2000) **Participación de la enfermera en la prevención de infecciones en mujeres cesareadas en la Unidad de Obstetricia del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.** Caracas. Trabajo Especial de Grado. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. U.C.V.

SOULE, B. (1998) **Infecciones y práctica de enfermería**. Editorial Mosby: España.

TIETJEN, L.; CRONIN, W Y MCINTOSH, N. (1999) **Prevención de Infecciones**. Editorial JHPIEGO Corporation. E.E.U.U.

Universidad Experimental Pedagógica Libertador (UPEL) (2006) **Manual de trabajos de grado, de especialización y maestría y tesis doctorales**. 3<sup>era</sup> Edición: Caracas/ Venezuela: FEDUPEL

[www.atl-gestión.com](http://www.atl-gestión.com) “Asepsia y antisepsia”. Fecha de consulta: febrero 2006.

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

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA CONOCER LA  
PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES  
POSTOPERATORIAS EN PACIENTES DE LA UNIDAD CLÍNICA DE  
CIRUGÍA DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS” DE CARACAS  
(GUIÓN DE OBSERVACIÓN)**

**Tutora:  
Lic. María Ana Montilla**

**Autora:  
Rivas, Nilma**

## **PRESENTACIÓN**

El presente instrumento es un guión de observación y está diseñado con la finalidad de recabar información sobre la Práctica de Enfermería en la Prevención de Infecciones Postoperatorias en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas.

El guión de observación está estructurado en dos partes:

La primera medirá la dimensión Funciones Independientes.

La segunda medirá la dimensión Funciones interdependientes.

La investigadora marcará las alternativas de acuerdo con la frecuencia en que el profesional de enfermería realiza la actividad observada. La escala es de tipo dicotómica: SI y NO.

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**  
**GUIÓN DE OBSERVACIÓN.**

**PARTE I: Funciones Independientes**

El profesional de enfermería que la labora en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. José María Vargas”, para prevenir infecciones realiza las siguientes actividades:

Aspecto a observar	SI			NO		
	1	2	3	1	2	3
1.- Se lava las manos antes de iniciar cualquier procedimiento						
2.- Se lava las manos después de haber realizado cualquier procedimiento						
3.- Se lava las manos antes de tener contacto con el paciente.						
4.- Se lava las manos después de tener contacto con el paciente.						
5.- Utiliza guantes estériles con cada paciente atendido						
6.- Se coloca los guantes con la técnica correcta						
7.- Utiliza batas para realizar los procedimientos						
8.- Cambia la bata por cada paciente atendido.						
9.- Utiliza mascarilla durante la realización de curas de heridas.						
10.- Cambia la mascarilla después de tener contacto con el paciente.						
11.- Verifica que se conserve el aislamiento del paciente que lo amerite						
12.- Verifica que todo el material a utilizar con el paciente sea estéril.						
13.- Constata roturas en el empaque de material estéril						
14.- Constata humedad en el material estéril						
15.- Verifica fecha de caducidad						
16.- Verifica el indicador de esterilidad						

## Parte II: Funciones Interdependientes

El profesional de enfermería que labora en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. José María Vargas”, para prevenir infecciones realiza las siguientes actividades:

17.- Constata el cumplimiento de la antibioticoterapia en cada paciente.						
18.- Administra el tratamiento indicado a la hora prescrita.						
19.- Realiza el registro diario de pacientes en la hoja de evolución de enfermería.						
20.- Realiza el registro de datos de cada paciente en el libro de reporte diario.						
21.- Constata diariamente los resultados de laboratorio de cada paciente cuando llegan a la Unidad.						
22.- Realiza valoración diaria a los pacientes con edad avanzada como factor de riesgo.						
23.- Verifica el tiempo de hospitalización del paciente para evitar riesgos.						
24.- Verifica el diagnóstico del paciente para detectar patologías que constituyan riesgo.						

**ANEXO A**

**GUIÓN DE OBSERVACION**

**ANEXO B**  
**CERTIFICADOS DE VALIDEZ Y**  
**CONFIABILIDAD**

## **ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

Para determinar la confiabilidad del instrumento se llevó a cabo la prueba de KUDER RICHARSON 20, de acuerdo a la información recolectada mediante la prueba piloto del instrumento de recolección de información correspondiente a la variable del estudio titulado **PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES POSTOPERATORIAS EN LA UNIDAD CLÍNICA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL “DR. JOSÉ MARÍA VARGAS”, DE CARACAS.**

La prueba dio como valor del coeficiente K – R 20 una cifra igual a 0,81. Este resultado es favorable. El valor antes mencionado se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$K R 20 = (N^{\circ} \text{ total de items} / N^{\circ} \text{ total de items} - 1) \times (1 - (\text{suma de las varianzas de los items} / \text{varianza total de la prueba}))$$

$$KR 20 = (24/23) \times (1 - (3,50/ 15,55))$$

$$KR20= 1,04 \times 1 - 0,22$$

$$KR20= 1,04 \times 0,78$$

$$KR20= 0,81$$

Este resultado permite concluir que el instrumento usado en la prueba piloto es confiable y puede ser aplicado a la muestra seleccionada para el estudio.