



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**Mejoramiento de la efectividad de la atención del centro
quirúrgico del Hospital General Enrique Garcés mediante la
implementación de cambios en la gestión de las infecciones
hospitalarias durante el período de julio a septiembre del 2018**

**Directora de Tesis: Dra. Rosa Goyes
Tutor Metodológico: Dr. José Sola
Alumna: Valeria Estefanía Pasquel Carrillo**

Quito, 2019

Agradecimiento

Un agradecimiento a mi Directora y mentora de Tesis Dra. Rosa Goyes, por la realización de este proyecto, su gran ayuda, dedicación y tiempo.

Al Dr. José Sola, por transmitirme sus conocimientos, ser ese apoyo y motivación estos 2 años de carrera.

A mis compañeros, por su amistad y por esos momentos inolvidables.

Dedicatoria

A mi madre Yolanda, por todo el apoyo recibido, por su motivación para seguir cumpliendo mis metas y sus consejos, siendo una madre ejemplar. A mi padre Juan, por su ejemplo de perseverancia, de seguir a pesar de los obstáculos que se dan en el camino. A mi hermano Oscar, por escucharme en todo momento. A mi abuelo Oscar, a quien con cada recuerdo y enseñanza suya, le dedico este logro. A mi familia, por su cariño y por compartir momentos significativos de mi vida.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA.....	1
AGRADECIMIENTO.....	2
DEDICATORIA.....	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	4
ÍNDICE DE TABLAS.....	6
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	7
ÍNDICE DE ANEXOS.....	8
1. RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
2. INTRODUCCIÓN.....	11
3. ANÁLISIS SITUACIONAL.....	11
3.1. Lugar de investigación.....	14
3.2 . Planteamiento del problema.....	19
4. MARCO CONCEPTUAL.....	22
4.1.Segundo nivel de atención.....	22
4.1.1. Funciones del segundo nivel de atención.....	22
4.2. Calidad de atención.....	23
4.2.1. Efectividad de la atención.....	23
4.2.2. Control de infecciones.....	24
4.3. Infecciones hospitalarias.....	24
4.3.1. Definición.....	24
4.3.2. Prevención, vigilancia y control de infecciones hospitalarias....	25
4.3.3. Bioseguridad.....	25
4.3.4. Lista de verificación de cirugía segura.....	26
4.3.5. Higiene de manos.....	26
5. ALTERNATIVAS DE CAMBIO.....	28
6. HIPÓTESIS DE CAMBIO.....	31
7. OBJETIVOS.....	31
8. INSTRUCCIONES OPERATIVAS.....	32
9. METODOLOGÍA.....	32
9.1 Tipo de investigación.....	32
9.2 Mapeo de actores.....	33
10. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34

10.1. DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA.....	34
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	38
13. BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Población del sector de Chilibulo.....	11
TABLA 2. Causas de Mortalidad por servicio.....	12
TABLA 3. Indicadores de Gestión Hospitalaria.....	13
TABLA 4. Eficiencia Hospitalaria.....	14
TABLA 5. Calidad de Atención.....	14
TABLA 6. Horario Quirófano.....	16
TABLA 7. Tiempo de ocupación de quirófano.....	17
TABLA 8. Recursos Humanos de quirófano HEG.....	18
TABLA 9. 9 Monitoreo Lavado de quirúrgico de manos.....	21
TABLA 10. : Priorización de las alternativas de cambios.....	30
TABLA 11. : Instrucciones Operativas.....	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Distribución geográfica.....	12
GRÁFICO 2. Modelo descriptivo.....	22
GRÁFICO 3. Modelo prescriptivo.....	28
GRÁFICO 4. Mapeo de actores.....	34

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Formulario Consentimiento Informado.....	43
ANEXO 2. Guía de Entrevista	46

RESUMEN

La falta de efectividad de la atención en el centro quirúrgico del Hospital Enrique Garcés, en el período de julio a septiembre del 2018, se evidenció por un alto porcentaje de infecciones en cirugías programadas (10%) y de emergencia (15%).

Con este antecedente, la presente investigación implementó una estrategia multimodal, en el cual se realiza una capacitación del personal de salud, se colocan recordatorios en el centro quirúrgico sobre la importancia de la lista de verificación de cirugía segura y se establece una matriz de control de lavado de manos.

El objetivo buscado fue la mejora de la efectividad de la atención del centro quirúrgico, disminuyendo el porcentaje de infecciones del Hospital General Enrique Garcés; para lo cual se realizó una investigación - acción; con la que se socializa a los responsables del cambio para mejorar la atención de los pacientes, se eligieron las propuestas consensuadas para su aplicación. Además, se escogió la investigación acción debido a que es metodología que estudia la realidad social; al haber una participación activa de los involucrados en todo el proceso, se obtuvo como resultado un cambio en el porcentaje de infecciones un 6% en cirugías programadas y un 10% en cirugías de emergencia.

PALABRAS CLAVE: *Infecciones, lavado de manos, efectividad, capacitación, centro quirúrgico, investigación-acción, capacitación, matriz.*

ABSTRACT

The lack of effectiveness of the care in the surgical center of the Hospital Enrique Garcés, in the period from July to September 2018, showed a high percentage of infections in programmed (10%) and emergency (15%) surgeries.

With this background, the research intended to implement a multimodal strategy, which allows, through the capacitation of the health staff, reminders in the surgical center about the importance of the safe surgery checklist and to establish a control matrix for hand washing.

With the objective of improve the effectiveness of the attention of the surgical center and diminishing the percentage of infections of the General Hospital Enrique Garcés; an action-research was carried out. The people responsible for change were instructed to improve patient care and consensus proposals were chosen for the application.

In addition, action research was chosen because it is a methodology that studies social reality; besides to the active participation of those involved in the entire process. The result was a change in the percentage of infections 6% in scheduled surgeries and 10% in emergency surgeries.

KEY WORDS: *Infections, hand washing, effectiveness, training, surgical center, action research, matrix*

INTRODUCCIÓN

2. ANÁLISIS SITUACIONAL

2.1 Lugar de investigación

Aspectos Geográficos

El Hospital General Enrique Garcés, es una unidad operativa perteneciente a la Red Integral de Servicios de Salud Pública, se encuentra ubicado en el sector sur de la ciudad de Quito, calle Chilibulo S/N y Av. Enrique Garcés; es un hospital de segundo nivel de atención, con influencia a nivel nacional, en especial de las zonas Andinas del norte del país y directamente en la población de la zona N° 9, provincia de Pichincha, Distritos del 17D01 al 17D09, principalmente del Distrito 17D06 donde se localiza.

Características Demográficas

El Hospital General Enrique Garcés, tiene una población de responsabilidad total de 1'400.000. Encontrando, como dato importante que más del 60% de la población residente en el sur de Quito, es resultado de migración interna del país, los principales orígenes de donde provienen estas personas son las provincias de Loja, Cotopaxi, Chimborazo, Tungurahua, Imbabura, así como también de los cantones de la provincia de Pichincha, tales como Mejía y Rumiñahui. Siendo este el Hospital de Especialidades del Sur perteneciente al Ministerio de Salud Pública, está enfocado en subsanar las necesidades médicas de la población ubicada en el Provincia de Pichincha, Cantón Quito en el sector de Chilibulo.

Tabla Nro. 1: Población del sector de Chilibulo

GRUPOS	NUMERO	%
MENORES DE 1 AÑO	13575	7,49%
1 A 4 AÑOS	12850	7,09%
5 A 9 AÑOS	18560	10,23%
10 A 14 AÑOS	19876	10,96%
15 A 19 AÑOS	3750	2,07%
20 Y +AÑOS	10850	5,98%
EMBARAZADAS	17520	9,66%
MUJERES EN EDAD FERTIL 10-49 AÑOS	36854	20,32%
MUJERES EN EDAD FERTIL 15-49 AÑOS	14200	7,83%
D.O.C 25 A 64 AÑOS	14560	8,03%
D.O.C 35 A 64 AÑOS	18756	10,34%

Fuente: Estadística Hospital Enrique Garcés

Elaboración: Pasquel Valeria.

Distribución geográfica

La distribución geográfica de las personas que acuden del área de responsabilidad del Hospital General Enrique Garcés, corresponde a Chilibulo, San Bortolo, Chimbacalle, La Argelia, Solanda, La Mena, La Magdalena, La Ferroviaria y la Parroquia rural: Lloa. Siendo la procedencia de pacientes del Hospital del área urbana-rural.

Gráfico 1 Distribución geográfica



Fuente: Estadística Hospital Enrique Garcés Elaborado: Estadística Hospital Enrique Garcés

Características estructurales y funcionales

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Tasa de morbilidad hospitalaria por 1.000 egresos

14,21

Tasa neta mortalidad hospitalaria por 1.000

11,56

Tabla Nro. 2 Causas de Mortalidad por servicio

Nº	CAUSAS	TOTAL ÁREA	%
1	Complicaciones de embarazo	2312	10,44%
2	Infecciones respiratorias agudas	1356	6,12%
3	Enfermedades diarreicas agudas	1121	5,06%
4	Desnutrición	7546	34,97%
5	Anemia	3654	16,50%
6	Neuromusculares	1350	6,10%
7	Parasitosis	2365	10,68%
8	Vías urinarias	789	3,56%
9	Embarazo bajo de peso anemia	1654	7,47%
Total		22147	100,00%

Fuente: Estadística Hospital Enrique Garcés

Elaborado: Pasquel Valeria.

1.5 Indicadores de Gestión del Hospital General Enrique Garcés

Tabla No. 3 Indicadores de Gestión Hospitalaria

SERVICIO/PROCESO	INDICADOR	PROMEDIO MENSUAL
TOTAL PRODUCCIÓN HOSPITALIZACIÓN: ESPECIALIDADES CLÍNICAS, OBSTÉTRICAS Y QUIRÚRGICAS	Ingresos programados	350
	Ingresos urgentes	862
	Total de Ingresos	1041,92
	Estancia media	6,41
	Exitus(total defunciones)	19
	Total egresos	1033,92
	Tasa Mortalidad General	1,85
	Tasa Mortalidad Hospitalaria	11,56
	No camas asignadas	327
	Promedio camas disponibles	311,40
	Índice de Rotacion (Giro)	3,33
	Índice de ocupación	76%
Intervalo de giro	2,38	

Fuente: Análisis situacional del Hospital Enrique Garcés Elaboración: Pasquel Valeria.

Tabla No. 4 Eficiencia Hospitalaria

EFICIENCIA HOSPITALARIA	
No. Camas hospitalarias disponibles	323
<i>Días-Camas disponibles</i>	118,218
Número de egresos	18,506
Días de estada	94,654
Promedio días de estada	5
% de ocupación de camas	80,07%
Rendimiento o giro de camas	57,29
Promedio diario de camas ocupadas	259,33
Egresos	18,243
Altas días estada	91,730
Altas promedio días estada	5,0
Egresos menos de 48 horas	49
Egresos 48 horas y más	214
Fallecidos días estada	2,924
Fallecidos promedio días estada	11,12

Fuente: Análisis situacional del Hospital Enrique Garcés Elaboración: Pasquel Valeria.

Tabla No. 5 Calidad de Atención

PORCENTAJE DE CESAREAS	
<i>Porcentaje de cesáreas</i>	44,9
No. total de partos	226

Fuente: Análisis situacional del Hospital Enrique Garcés Elaboración: Pasquel Valeria.

Centro quirúrgico

El servicio de centro quirúrgico del Hospital General Enrique Garcés, es la unidad técnica administrativa cuya especialidad es brindar una resolución quirúrgica de emergencia y cirugías programadas, a todos los pacientes que ameriten y el servicio esté en la capacidad de resolverlo de manera eficiente y eficaz.

En el proceso de atención en centro quirúrgico, se propone un método de trabajo organizado y científicamente planificado, de tal manera, se brinde al usuario una atención integral calificada, abarcando los aspectos biopsicosociales y la satisfacción de las necesidades quirúrgicas. Se establece la aplicación del proceso de atención de enfermería

combinando los recursos humanos con la complejidad de los procedimientos y especialidades anestésicas quirúrgicas de las diferentes especialidades.

Financiamiento

El financiamiento del centro quirúrgico es otorgado por el estado ecuatoriano.

Ubicación del centro quirúrgico

Sala de Operaciones

Está dotada con el aparataje y sistemas de apoyo mínimo necesario para realizar una intervención quirúrgica, cumpliendo con un 100%.

Tabla No. 6 Horario Quirófano

Quirófano	
Quirófano 1	Lunes oftalmología Martes cardiotorácica y cirugía vascular. Miércoles oftalmología. Jueves urología. Viernes cirugía vascular. Horario 07:00-15:30
Quirófano 2	Lunes, miércoles, jueves y viernes traumatología. Martes cirugía plástica. Horario 07:00-15:30
Quirófano 3	Lunes urología pediátrica y cirugía plástica Martes urología y traumatología. Miércoles jueves y viernes cirugía general Horario 07:00-19:00.
Quirófano 4	Los días lunes, miércoles, jueves y viernes cirugía general Martes otorrinolaringología y maxilofacial. Horario 07:00-19:00.
Quirófano 5	Todos los días emergencias. Su funcionamiento es de 24 horas.

Tiempo de ocupación de quirófano

Se tomó en cuenta el tiempo de ocupación desde que ingresa el paciente a quirófano hasta que sale y en cuanto tiempo tarda la limpieza de la sala.

Tiempo de ocupación de la sala de operaciones varía dependiendo de la cirugía que se está realizando ese momento.

Cada quirófano tiene un equipo de trabajo.

Tabla No. 7 Tiempo de ocupación de quirófano

Quirófano	Tiempo
Quirófano 1	2 horas a 2 horas y media.
Quirófano 2	1 hora a 2 horas y media.
Quirófano 3	2 horas a 2 horas y media.
Quirófano 4	2 horas a 3 horas y media.
Quirófano 5	1 horas a 2 horas y media.

Fuente: Análisis situacional del Hospital Enrique Garcés Elaboración: Pasquel Valeria.

Listas de espera

El coordinador de quirófano realiza todos los días una programación de cirugías, la cual es realizada por el coordinador de quirófano, de esta manera, el paciente tiene conocimiento el día anterior de su intervención quirúrgica, además, cada piso será responsable de llevar a quirófano los partes operatorios de esta manera, se coordina la hora en que se llevará a cabo la intervención, por tal motivo, no se tiene lista de espera.

En cuanto, al tiempo de espera antes de entrar a quirófano se estima 30 minutos a una hora, donde se alista al paciente, se revisa el consentimiento informado lo que permite entrar al paciente al centro quirúrgico para ser intervenido.

Gestión de recursos humanos

Tabla No 8 Recursos Humanos de quirófano HEG

Sala de quirófano	
1	Médico tratante (cirujano)
2	Ayudantes en cirugía
1	Anestesiólogo
2	Ayudantes en anestesiología
2	Enfermeras (1 instrumentista y 1 enfermera circulante

Quirófano	
1	Secretaria
5	Auxiliares Administrativas de limpieza con horario cíclico
1	Auxiliar Administrativo de Limpieza de reemplazo con horarios cíclicos
2	Auxiliares Administrativos Camilleros con nombramientos
16	Auxiliares de enfermería
23	Enfermeras
7	Médicos tratantes de planta
8	Médicos contratados
1	Médico devengante de beca
4	Médicos residentes asistenciales
4	Médicos de postgrado UC. R2
5	Médicos de postgrado UC. R1
Personal de anestesiología cubren 24 horas distribuidos con horarios rotativos	

Fuente: Análisis situacional del Hospital Enrique Garcés

Elaboración: Pasquel Valeria.

Gestión de medicamentos e insumos

Planificación de medicamentos

Para establecer los requerimientos de insumos y medicamentos se realiza una reunión anual. Conjuntamente con el coordinador de quirófano se determina la lista de fármacos que se utilizarán.

Ruptura de stock

No se puede dar una ausencia o escasez de material, ya que, el centro quirúrgico es de vital importancia que los medicamentos o insumos están disponibles. Pero si se da una ruptura de stock se realizan nuevos pedidos semanales, específicamente los días martes con todo lo que necesario.

Si el medicamento es de alta rotación se repone en las siguientes 24 horas; si no es de alta rotación en una semana, si el medicamento no está disponible y se necesita de urgencia se repone con otro alternativo.

Disponibilidad de Medicinas

Listado de medicamentos

Como se menciona con anterioridad, el listado de medicamentos es realizado y entregado por el coordinador de quirófano una vez al año.

Si el medicamento es de alta rotación se deberá disponer de 200 a 600 unidades disponibles cómo son: Atropina, Propofol, Bromuro de Rocuronio, Neostigmine.

Si es de baja rotación se tendrá un mínimo de 10 y un máximo de 30 unidades cómo es el caso de: Adrenalina, Noradrenalina, Dopamina, Bicarbonato de Sodio, Gluconato de Calcio.

En caso de que faltara uno de estos medicamentos cómo es el caso del Propofol, se provee una receta al paciente para que lo adquiera fuera de las instalaciones del hospital. Sin embargo, el tiempo estimado de que el medicamento esté nuevamente disponible será de 24 horas.

Calidad de atención

Control de infecciones

Higiene de manos

La higiene de manos es el proceso que se lleva a cabo para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos por medio del lavado mecánico con productos antisépticos, antes y después de tocar a un paciente o de llevar a cabo un procedimiento.

Este procedimiento debe ser aplicado por el equipo de salud en todos los procesos de atención sanitaria para evitar las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud y garantizar a los pacientes cuidados de calidad.

Según Alba (2014), refiere que existen pocas publicaciones que evidencien que la higiene en los servicios de salud disminuyen el riesgo de adquirir infecciones nosocomiales, sin embargo, existen múltiples hallazgos que demuestren que el uso correcto de medidas higiénicas disminuyen la mortalidad y morbilidad por infecciones nosocomiales desde el siglo XIX.

Pues fue Semmelweis, un obstetra húngaro quien a mediados del siglo XIX, quien logró descubrir la naturaleza infecciosa de la fiebre puerperal, logrando controlar su

aparición con una simple medida de antisepsia debido a que en este tiempo los médicos no limpiaban el instrumental después de tratar a cada paciente y tampoco se lavaban las manos, a diferencia de la práctica ancestral de las matronas, que era mucho más higiénica, lo que evitaba que las madres no sucumbieran a las infecciones del postparto (Miranda, 2008).

Debido a este descubrimiento, en un futuro se instaló lavabos y obligó, tanto a los estudiantes como a los médicos a lavarse las manos, además de esterilizar el instrumental que utilizaban en cada procedimiento, con esta intervención, se redujo la mortalidad de las parturientas en los años siguientes, demostrando que la higiene ayudaba a salvar vidas (Miranda, 2008).

Por tal motivo la OMS (2007), menciona que si médicos y enfermeras se lavaran las manos regularmente durante su jornada laboral, se evitarían cada día en todo el mundo 1.4 millones de casos de infecciones adquiridas en hospitales y servicios de salud.

Limpieza y desinfección

Es la fase del proceso de esterilización en el cual se realiza la verificación del lavado y funcionamiento de los instrumentos y equipos quirúrgicos antes de la preparación y equipamiento de los mismos. Asegurando y garantizando un material limpio y seguro con buenas condiciones de funcionalidad, previo a ser sometido al proceso de esterilización.

Su umbral de cumplimiento es el de un 80%. La limpieza y desinfección terminal se realiza los días domingos en la mañana, por el equipo de enfermas y auxiliares de enfermería, con clorhexedrina al 5%. Cumpliendo las normas internacionales en un 100%.

2.2 Planteamiento del problema

La infección hospitalaria sigue constituyendo un grave problema de salud pública en todo el mundo. Entre sus principales medidas de prevención y control está el lavado de manos, que según Semmelweis y Florence Nightingale, es un instrumento importante para la reducción de sus índices (Coelho, Arruda & Simoes, 2011). Por tal razón, se encuentra históricamente comprobado, que el lavado de manos es una importante norma de prevención de infecciones, siendo la medida primordial contra la propagación de los microorganismos en el ámbito hospitalario (Souza y colaboradores, 2008).

La adopción de esta práctica posee importancia en el hecho de que un gran porcentaje de infecciones nosocomiales pueden ser evitadas, una vez que la mayoría de

los microorganismos asociados a la microbiótica transitoria de las manos, aquella que puede ser adquirida por el contacto con personas o materiales colonizados o infectados, podrían ser fácilmente eliminados a través de un adecuado lavado, donde además se comprobará la efectividad de la atención recibida, ya que, si no se recibe un adecuado lavado de manos, se podrá encontrar un mayor sufrimiento en el paciente, ya sea por incremento en los días de estada, incremento de intervenciones quirúrgicas, y donde las tasas de morbilidad y mortalidad se incrementarán (Oliveira y colaboradores, 2003).

Según García (2012), la incidencia de eventos adversos que pone en peligro la efectividad de atención de un servicio de salud será de un 70% los cuales, serán eventos adversos que se consideran prevenibles. Pues por esta razón la OMS en el año 2008, crea la lista de Verificación de Cirugía Segura para reforzar las prácticas de seguridad y evitar estos eventos adversos prevenibles que traen consecuencias negativas a los pacientes. Entre los efectos más frecuentes se encontró el aumento de infecciones, el gasto de bolsillo en pacientes, el incremento de intervenciones quirúrgicas, el aumento de gastos hospitalarios, el incremento de días de estada, la morbilidad prolongada y la mortalidad.

En el centro quirúrgico del Hospital Enrique Garcés, se encontró un porcentaje de infección alto de un 10% en cirugías programadas y un 15% en cirugías de emergencia, siendo el problema de mayor relevancia, en cuanto a calidad del servicio, debido al resultado encontrado, pues el estándar de infección quirúrgica en cirugía limpia es $<2,7$ (EPINE,2006).

A más de encontrar que un 100% de médicos y un 33,3 % de estudiantes no cumplen con los cinco momentos de higiene de manos en el centro quirúrgico, aumentando así la tasa de infecciones en el servicio, siendo una falta de acatamiento de normas establecidas por el centro quirúrgico.

Para determinar este porcentaje se realizó una observación para comprobar que se realice durante el lavado de manos los 5 momentos por todo el personal del centro quirúrgico.

Tabla No 9 Monitoreo Lavado de quirúrgico de manos

DENOMINACIÓN	No de observaciones	Cumplimiento	% Cumplimiento	No Cumplimiento	% No cumplimiento
ENFERMERAS	8	8	100%	0	0
MÉDICOS	15	0	0	15	100%
ESTUDIANTES	6	4	66%	2	33,3%

Fuente: Análisis situacional del Hospital Enrique Garcés

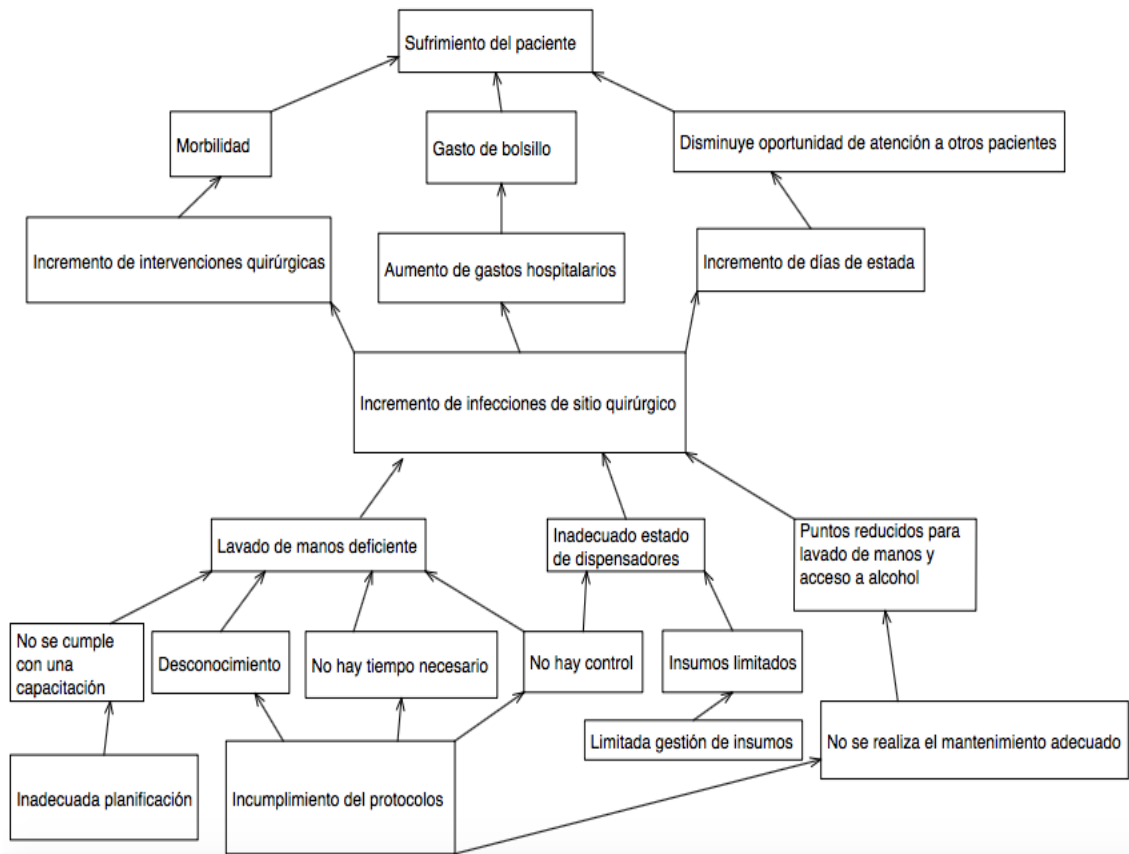
Elaboración: Pasquel Valeria.

Finalmente, se encontró que en la lista de verificación de cirugía segura solamente un 70% de cirugías cumplen, la cual será llenada por la enfermera circulante antes y en el transcurso de la cirugía, entregada con el parte de la intervención que se llevó a cabo en quirófano.

Al determinar el problema se realizó una reunión en las instalaciones del centro quirúrgico del Hospital General Enrique Garcés, con la participación del coordinador de quirófanos y la coordinadora de enfermeras. Se presentó los hallazgos de la investigación. En donde se estableció, que este será el problema de mayor importancia o impacto.

MODELO DESCRIPTIVO

Gráfico 2 Modelo descriptivo



3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Segundo nivel de atención

Funciones del segundo nivel de atención

Los niveles de atención en salud, se definen como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para subsanar las necesidades de la población (Salabarría, 2006). Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven (Salabarría, 2006).

El segundo nivel de atención, al agruparse en un mayor nivel de complejidad se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población (Etchebarne, 2001).

Este nivel tiene cómo principal rol asegurar la continuidad de la atención curativa a los pacientes cuyos problemas de salud sobrepasan la capacidad resolutoria del primer

nivel de atención, por tal razón el hospital, forma parte de un sistema integrado que tiene una responsabilidad de la salud de la población. (Mercenier, P. Van Balen, H. 1982).

3.2 Calidad de atención

Cuando se menciona a calidad de atención dentro de los servicios de salud, en la actualidad se refiere ya no solo a calidad técnica, sino por el contrario, calidad que pueda ser percibida por el usuario, mediante actos. Englobando, en el sector salud a cuatro palabras clave: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. Las cuales hablan del usuario, donde al hablar de equidad, por ejemplo, sea dar a quien más necesita garantizando la accesibilidad; eficacia en tecnologías adecuadas dentro de un servicio; efectividad en alcanzar cobertura e impactos adecuados y finalmente eficiencia, en costos y rendimiento, evitando el gasto de bolsillo en el usuario, de esta manera, se constituye la calidad de atención dentro de los servicios de salud (Forrellat, 2014).

La calidad de atención no será un tema de complejidad, sino de mejoramiento continuo, la cual puede ser medible y no dependa solo de un grupo de personas sino que involucra a toda la sociedad, es decir, podemos estar hablando de los determinantes de salud, que permita conformar estándares y elaborar procesos que logren mejoras continuas (Forrellat, 2014).

Efectividad de la atención

Según Machado (2011) la efectividad de la atención, pretende medir lo mismo que la eficacia pero bajo condiciones reales de actuación que difieren de las condiciones óptimas.

Esto quiere decir, que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde la acción se llevó a cabo. Dicho de otra manera, cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y este se consigue en las condiciones reales existentes, entonces los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos (Bouza, 2000).

Por tal motivo, al hablar de efectividad es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población, de tal manera refleja el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo. Es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real (Lam, 2008).

Control de infecciones

Según Yagui, (2002), al hablar de control de infecciones menciona las diversas estrategias y acciones cuyo objetivo será la prevención de la transmisión de las infecciones al interior de los establecimientos de salud.

La prevención del control de infecciones optimiza los resultados para los pacientes y es parte de la responsabilidad de los gobiernos proveer servicios de salud efectivos, eficientes y de calidad.(OMS,2004).

3.3 Infecciones hospitalarias

Definición

Cuando se habla de infecciones hospitalarias, intrahospitalarias o nosocomiales adquiridas en el marco de una internación dentro de un nivel de atención, constituirán un problema de salud pública, pues no solo involucra a los pacientes, sino también a sus familias y la comunidad, especialmente por representar un costo en salud (OPS,2007).

El origen de las infecciones hospitalarias podrá ser por vía exógena a través de gérmenes presentes en el ambiente o bien podrá ser por la propia flora corporal del paciente que se encuentre hospitalizado (Daschner, 1981).

Por tal motivo, al conocer que las infecciones hospitalarias constituyen un factor socioeconómico importante a nivel mundial, al ser un problema de salud pública; algunos países han establecido programas de prevención y control (Vargas de la Rosa, 1982).

Según la OMS (2003), las infecciones del sitio de una intervención quirúrgica también son frecuentes, donde su incidencia varía de 0,5 a 15% según el tipo de operación y el estado subyacente del paciente, en el cual, la infección suele contraerse durante la propia operación, ya sea en forma exógena (es decir, del aire, el equipo médico, los cirujanos y otro personal médico), endógena (de la flora de la piel o del sitio de la operación) o, en raras ocasiones, de la sangre empleada en la intervención quirúrgica. Los microorganismos infecciosos son variables, según el tipo y el sitio de la intervención quirúrgica, y los antimicrobianos que recibe el paciente.

Prevención, vigilancia y control de infecciones hospitalarias

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública en el año 2006, realiza un proceso de participación de hospitales de todo el país, donde se elabora un manual de normas de

prevención de infecciones nosocomiales, y se anuncia el establecer un programa integral para prevenir infecciones hospitalarias, pues anteriormente no se había iniciado acciones sobre el tema, por esta razón se organizan comités de vigilancia de infecciones nosocomiales (OPS,2007).

Por este motivo, el Ministerio de Salud Pública incluye 16 normas que previenen las infecciones tomando en cuenta la vigilancia epidemiológica, el ambiente hospitalario y el saneamiento; la limpieza de áreas hospitalarias donde se incluye técnica de limpieza y descontaminación de áreas; además de medidas de higiene y bioseguridad; lineamientos que debe de cumplir el personal de salud (OPS,2007).

El ente regulador y el que vigilará los servicios de salud públicos y privados, apliquen las normas de prevención y control de infecciones será el Ministerio de Salud Pública, por lo que se dispuso la nueva Ley Orgánica de Salud (OPS,2007).

Bioseguridad

La bioseguridad se considera un conjunto de normas y medidas que protejan la salud del personal, ya sea, frente a riesgos biológicos, químicos, físicos, a los que estén expuestos en el desempeño de sus funciones, donde también se incluirán los pacientes y su entorno (OMS, 2005).

Pues cuando se habla de bioseguridad, según la OMS(2005), será beneficioso para el personal sanitario que se encuentra expuesto, donde se considera el tomar medidas preventivas; las cuales deben de garantizar responsabilidades en el contexto laboral a fin de evitar la contaminación con agentes biológicos, los cuales dependerán de varias medidas de control.

Las medidas de control lograrán que en un centro quirúrgico cuente con los estándares universales aplicados, por ejemplo, en el personal de enfermería el cual dependerá de 7 patrones de prevención importantes, que se tienen que considerar al ser aplicados en el área laboral para evitar contaminación por exposición a riesgos biológicos en el medio sanitario que puede ser causa de inoculación accidental con sangre u otro material séptico (INO, 2013).

Además, se presentan precauciones estándar, las cuales se establecen en el año 90, realizadas para reducir el riesgo de patógenos hemáticos y otro tipo de patógenos en los hospitales, estas precauciones establecerán que todo fluido biológico así como materia que pueda transmitir infección debe de considerarse infeccioso, donde se incluirán varias medidas, entre estas la higiene de mano y el realizar los 5 momentos (Sanidad, 2015).

Lista de verificación de cirugía segura

El crear la lista de verificación de cirugía segura, según la OMS(2008), se crea con el objetivo reducir el número de muertes de origen quirúrgico, en las cuales se abordan cuestiones de seguridad importantes, como son las prácticas inadecuadas de seguridad de la anestesia, infecciones quirúrgicas evitables y la falta de comunicación del equipo de trabajo, durante intervención quirúrgica.

Estableciendo en cada equipo de trabajo, una lista de verificación, la cual no es una normativa, ni un elemento político, sino es una herramienta para los profesionales sanitarios, en cuanto a la mejora de seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y muertes quirúrgicas que se podrán dar durante una intervención (OMS,2008).

Al hablar de una intervención quirúrgica, el paciente que puede tener una mala intervención posee características especiales, ya sea ser intervenido nuevamente, ausencia de mecanismo de defensa y el paso por distintos servicios (Gonzalo, 2006).

La prevalencia global de eventos adversos en pacientes de mayor riesgo son los quirúrgicos, en los cuales las intervenciones donde se infecciones de herida quirúrgica corresponde un 8.2%, y complicaciones relacionadas con intervenciones quirúrgicas o procedimientos son 6.4%. Mientras que, la incidencia global de pacientes con al menos un efecto adverso fue de 19.8%, los cuales pudieron haberse evitado en el 65% de los casos (Ibeas,2009).

Higiene de Manos

Según Allegranzi (2011), la higiene de manos es la medida más efectiva para prevenir la transmisión de patógenos asociados a la atención en salud. Por tal motivo, la higiene de las manos puede realizarse frotando las manos con un preparado de base alcohólica o lavándolas con agua y jabón.

Usando la técnica y el producto adecuado, las manos quedan libres de contaminación potencialmente nociva y segura para la atención al paciente. La forma más efectiva de asegurar una higiene de manos óptima es realizar una fricción de las manos con un preparado de base alcohólica, la cual para ser una higiene de manos eficaz, ya sea, por fricción o por lavado depende de una serie de factores: la calidad del preparado de base alcohólica (su conformidad con los estándares europeos y norteamericanos), la cantidad de producto que se usa, el tiempo que se dedica a la fricción o al lavado y la superficie de la mano que se ha frotado o lavado (OMS,2009).

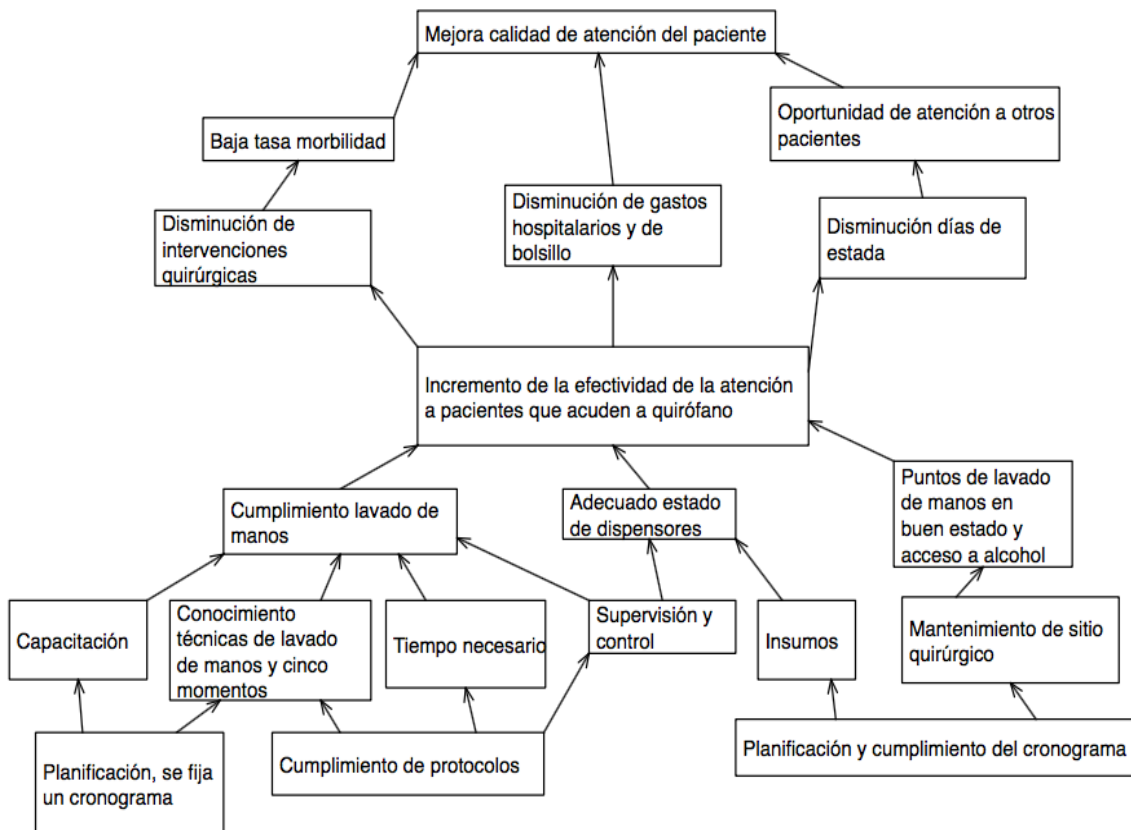
Las acciones de higiene de las manos tienen más eficacia cuando la piel de las manos se encuentra libre de cortes, las uñas son naturales, cortas y sin esmalte y las manos y los antebrazos no tienen joyas y están al descubierto.

Por tal motivo, es importante que se sigan una serie de pasos a la hora de realizar la higiene de las manos para que éstas sean seguras para la prestación de asistencia (OMS,2009).

El modelo de «Los cinco momentos para la higiene de las manos» propone una visión unificada para los profesionales sanitarios, los formadores y los observadores con objeto de minimizar la variación entre individuos y conducir a un aumento global del cumplimiento de las prácticas efectivas de higiene de las manos. Proponiendo el modelo de los cinco momentos, el cual integra las indicaciones para la higiene de las manos recomendadas por las Directrices de la OMS (OMS,2009).

Modelo prescriptivo

Gráfico 3 Modelo prescriptivo



4. ALTERNATIVAS DE CAMBIO

a. LISTADO DE ALTERNATIVAS

De acuerdo al marco conceptual arriba descrito, relacionado al diagnóstico situacional del centro quirúrgico Hospital Enrique Garcés con el equipo investigador se plantean las siguientes alternativas de cambio:

1. Adecuar la infraestructura para que todo el equipo de salud pueda practicar higiene de manos en el centro quirúrgico.

Esto incluye dos elementos esenciales:

- Puntos de lavado de manos óptimos.
- Disponibilidad de productos antisépticos.

2. Capacitar:

Formaciones periódicas acerca de la importancia de la higiene de manos, basada en el enfoque “ Los cinco momentos en el que se debe realizar a cabo la higiene de manos” y el uso de la lista de verificación de lista segura. Además, incorporar los procedimientos correctos para lavar las manos, a través de presentaciones, módulos de capacitación virtual, afiches que se encuentren a la vista.

3. Evaluar el cumplimiento de los cinco momentos, mediante un monitoreo y control de cumplimiento, el cuál será evaluado, por medio, de una matriz de control, donde se podrán conocer los nudos críticos que se necesitan capacitar en el lavado de manos del centro quirúrgico.

4. Recordatorios en el centro quirúrgico:

Por medio, de afiches que estén a la vista del personal de salud y familias de pacientes que acuden a centro quirúrgico, se enfatizará la importancia de la higiene de manos y de la lista de verificación de lista segura.

b. PRIORIZACIÓN DE ALTERNATIVAS DE CAMBIO

Para priorizar las alternativas junto con el equipo de investigación se escogieron los siguientes criterios:

- **Relevancia:** Importancia o significación que destaca de algo.
- **Evitar duplicidad:** Investigación no se ha realizado anteriormente en centro quirúrgico.
- **Factibilidad:** Se refiere a la disponibilidad de recursos necesarios para llevar a cabo las actividades propuestas.

- **Aceptabilidad:** Que tenga una aceptación política de los actores, que están relacionados al problema.
- **Aplicabilidad:** Todo aquello que se puede aplicar en el lugar del problema y sea real.
- **Resultados a corto plazo:** Resultados de la investigación en el menor tiempo posible.
- **Aceptación Ética:** No cause efectos adversos a los participantes de la investigación.

Una vez establecido los criterios por medio de votación simple, se solicitó al equipo su votación, considerando 1 menos importante y 3 más importante, quedando de la siguiente manera:

Tabla Nro. 10: Priorización de las alternativas de cambios

ALTERNATIVAS	R E L E V A N C I A	E V A R D O	F A C I L I D A D	A C E P T A B I L I D A D	A P L I C A B I L I D A D	R E S U L T A D O C O R T O P L A Z O	A C E P T A C I Ó N	E F E C T O S S E C U N D A R I O S P O S I T I V O S O R E G A T I V O S	T O T A L
Contar con la infraestructura necesaria para que todo el equipo de salud puedan practicar higiene de manos en el centro quirúrgico. Esto incluye dos elementos esenciales: • Adecuados puntos de lavado de manos y disponibilidad de productos antisépticos.	3	1	2	3	3	3	3	3	21
Capacitar: Formaciones periódicas acerca de la importancia de la higiene de manos, basada en el enfoque “ Los cinco momentos en el que se debe realizar a cabo la higiene de manos” y el uso de la lista de verificación de lista segura. Además, incorporar los procedimientos correctos para lavar las manos, a través de presentaciones, módulos de capacitación virtual, afiches que se encuentren a la vista.	3	2	3	3	3	3	3	3	23
Evaluar : Adecuada supervisión de cumplimiento de los cinco momentos para realizar higiene de manos. Mediante un monitoreo y control de cumplimiento. El cuál será evaluado, por medio, de una matriz de control.	3	3	3	3	3	3	3	3	24
Recordatorios en el centro quirúrgico: Por medio, de afiches que estén a la vista del personal de salud y familias de pacientes que acuden a centro quirúrgico, se enfatizará la importancia de la higiene de manos y de la lista de verificación de lista segura.	3	3	3	3	3	3	3	3	24

Fuente: Equipo Investigador

Elaborado: Pasquel Valeria.

Una vez calificados los criterios se decide adoptar las alternativas calificados con 23 y más e implementar las siguientes estrategias:

1. Capacitar: Formaciones periódicas acerca de la importancia de la higiene de manos, basada en el enfoque “Los cinco momentos en el que se debe realizar a cabo la higiene de manos” y el uso de la lista de verificación de lista segura . Además, incorporar los procedimientos correctos para lavar las manos, a través de presentaciones, módulos de capacitación virtual, charlas.
2. Recordatorios en el centro quirúrgico: Por medio, de afiches que estén a la vista del personal de salud y familias de pacientes que acuden a centro quirúrgico, se enfatizará la importancia de la higiene de manos y de la lista de verificación de lista segura.
3. Evaluar: Mediante una matriz de control, se logrará supervisar el cumplimiento de los cinco momentos, al conocer cuales serán los nudos críticos que se necesitan capacitar en el lavado de manos del centro quirúrgico.

5. HIPÓTESIS DE CAMBIO

Mediante una capacitación a los profesionales de la salud sobre la importancia de la higiene de manos, el uso de la lista de verificación de lista segura, recordatorios e implementación de una matriz de control de lavado de manos en el centro quirúrgico, se logrará disminuir el porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico, un incremento de la efectividad de la atención de aquellos pacientes que acuden a quirófano lo que permitirá a la vez mejorar la calidad de atención del paciente dentro del servicio.

6. OBJETIVOS

Objetivo

Orientar la efectividad de la atención del centro quirúrgico del Hospital Enrique Garcés, a través de una estrategia multimodal que permita mediante la capacitación del personal de salud, recordatorios en el centro quirúrgico sobre la importancia de la lista de verificación de cirugía segura y la implementación de una matriz de control de lavado de manos, mejorar de calidad del servicio y disminuir el porcentaje de infecciones encontrado en el centro quirúrgico.

Objetivos Específicos

- Establecer un plan de capacitación para el personal de salud.
- Mostrar recordatorios en el centro quirúrgico.
- Implementar matriz de control de lavado de manos.

7. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Tabla Nro. 11: INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Actividades	Contenido	Cuando	Cuántas	Responsable
Formación al personal de salud	Formación	3 primeras semanas de Agosto	3 sesiones	Lic. De Enfermería y Coordinador de Quirófano
Implementación de recordatorios en centro quirúrgicos sobre la importancia de higiene de manos	Afiches sobre la importancia de higiene de manos y de la lista de verificación de cirugía segura	Última semana de Agosto y primera semana de Septiembre	6 afiches sobre higiene de manos	Personal de salud asignado / maestrante
Evaluación del personal de salud mediante una matriz de control	Evaluación	Segunda semana de Septiembre	Septiembre	Lic. De Enfermería

Fuente: Equipo Investigador

Elaborado: Pasquel Valeria.

8. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

a. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Con el objeto de generar un cambio en la efectividad de atención de los pacientes del centro quirúrgico y junto a la participación activa del equipo de salud se propone realizar Investigación – Acción; en donde se socializa a los responsables del cambio para

mejorar la atención de los pacientes, se elige las propuestas consensuadas para su aplicación.

Además, se escogió la investigación acción debido a ser una metodología que estudia la realidad social, en el cual su creador Kurt Lewin menciona que su fin será el responder los problemas sociales, la cual incluirá una observación dinámica que puede interactuar en un determinado contexto, siendo un proceso dispuesto a cambio, ya que, es un modelo que involucra a los actores, los cuales se comprometen a ser parte (Colmenares, 2008)

Técnicas e instrumentos de estudio

- Entrevista al personal del centro quirúrgico del Hospital Enrique Garcés.
- Observación.
- Matriz de control de lavado de manos.

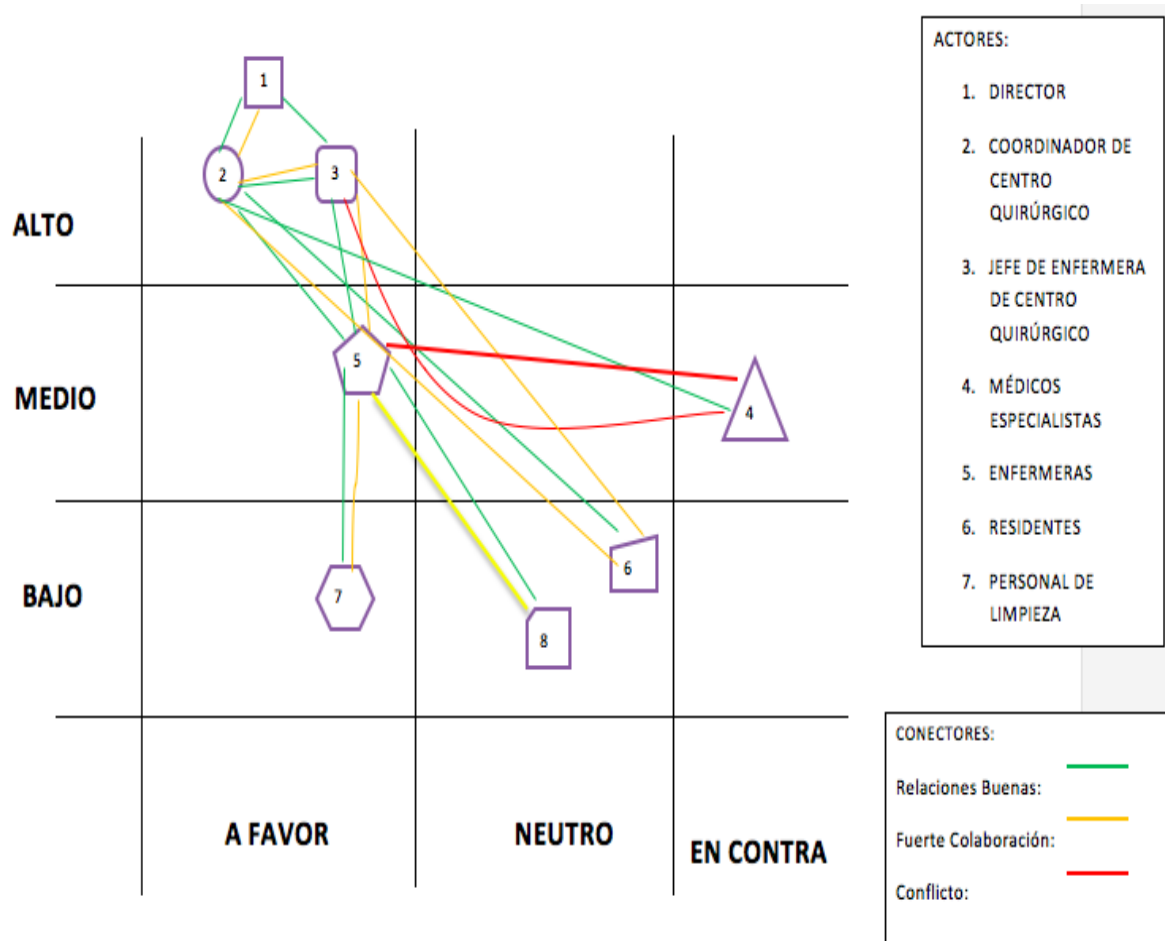
b. MAPEO DE ACTORES

Se realiza en base a la propuesta de cambio, con el objetivo de conocer la posición de los actores, sus relaciones y las posibles intervenciones que se pueden implementar a favor de la propuesta.

Quirófano:

- Director
- Coordinador de Centro quirúrgico
- Jefe de enfermeras de centro quirúrgico
- Médicos especialistas
- Enfermeras
- Residentes
- Personal de limpieza

Gráfico 4 Mapeo de actores



9.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio de mejoramiento de la efectividad de la atención del centro quirúrgico del Hospital General Enrique Garcés, mediante la implementación de cambios en la gestión de las infecciones hospitalarias durante el período de julio a septiembre del 2018, permitió contar con la participación activa del personal de salud del centro quirúrgico, quienes implementaron una matriz de control para el lavado de manos, respondiendo a las debilidades identificadas en el servicio, logrando un mejoramiento continuo de la calidad de atención, con un sistema de evaluación rápido y oportuno, para que sirva a la planificación, administración y retroalimentación del proceso.

9.1 DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA

9.1.1 Formación al personal de salud

La formación inició con la creación de un listado del personal del centro quirúrgico del Hospital Enrique Garcés, que estaría involucrado en la aplicación de la estrategia, invitándolos a un taller, que tuvo como objetivos:

- El alto incremento de infecciones en las cirugías programadas y de emergencia.
- Sensibilizar a los actores sobre la importancia del lavado de manos.
- Sensibilizar a los actores sobre la importancia del uso de la verificación de cirugía segura.
- Presentación de una matriz de control para el lavado de manos, a cargo de la líder de enfermeras del centro quirúrgico.

Para el taller, se preparó una presentación de Power Point. En el cual, asistieron 19 personas.

Se desarrollaron las siguientes actividades:

1. Verificación de asistencia.
2. Presentación sobre la importancia de cinco momentos de higiene de manos y su técnica correcta, mediante una demostración en el centro quirúrgico a cargo del personal de enfermería.
3. Presentación sobre la importancia del uso de la verificación de cirugía segura.
4. Presentación de una matriz de control para el lavado de manos, a cargo de la líder de enfermeras del centro quirúrgico.

$$\frac{\text{Número de personas capacitadas}}{\text{Total de personas convocadas}} \times 100$$

$$62/77 \times 100$$

80%

$$\frac{\text{Número de reuniones realizadas}}{\text{Número de reuniones programadas}} \times 100$$

$$3/3 \times 100$$

100%

9.1.2 Implementación de recordatorios en centro quirúrgicos sobre la importancia de higiene de manos

Se prepararon afiches, los cuáles incluyen los cinco momentos de higiene de manos, ayudando cómo reforzadores de la importancia del lavado de manos y de la lista de verificación de cirugía segura, colocados en lugares estratégicos del centro quirúrgico y visibles por todo el personal de salud.

Afiches

$$\frac{\text{Número de afiches realizados}}{\text{Número de lugares estratégicos en CQ}} \times 100$$
$$6/6 \times 100$$

100%

9.1.3 Evaluación del personal de salud mediante una matriz de control

Con el objetivo de realizar un seguimiento continuo del lavado de manos, se diseñó una matriz de control a cargo de la líder de enfermería del centro quirúrgico; en el cual se tiene como finalidad recolectar inconvenientes y tomar decisiones de cambio, para mejorar la calidad del servicio.

$$\frac{\text{Número de controles ejecutados}}{\text{Número de controles programados}} \times 100$$
$$4/4 \times 100$$

100%

El porcentaje obtenido de los indicadores de mejoramiento de la efectividad de la atención del centro quirúrgico, son obtenidos en base a la ejecución de los procesos de: observación, entrevista, revisión documental y revisión de matriz de control.

Indicadores de Evaluación Analítica

Mediante una capacitación a los profesionales de la salud sobre la importancia de la higiene de manos, el uso de la lista de verificación de lista segura, recordatorios e implementación de una matriz de control de lavado de manos en el centro quirúrgico, se logra disminuir el porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico, lo que permitirá a la vez mejorar la calidad de atención del paciente dentro del servicio.

Discusión

El artículo de Zamudio (2012), sobre la higiene de manos, demuestra, el apego que presenta el personal de salud a la higiene de manos, es menor a 60%, a pesar de la sencillez y la efectividad del proceso, por tal motivo, se realiza una estrategia multimodal, que tiene como objetivo el cumplimiento de los cinco momentos, mediante, cambios en infraestructura y disponibilidad de los insumos para el lavado de manos y alcohol-gel; capacitación y educación para los profesionales de la salud; monitoreo de las prácticas de higiene de manos y mecanismos de retroalimentación, recordatorios (carteles) en los

lugares de trabajo y la instauración de una cultura de seguridad mediante la higiene de manos con la participación de los profesionales de la salud y el personal directivo.

El cual lleva tres periodos, presentando como resultados en el primer estudio (2009) la prevalencia de lavado de manos fue de 53.84; menos del 10% realizó los cinco momentos. Para el segundo periodo en junio 2010, la prevalencia fue 62.74; 13.23%. En 2011 la prevalencia fue 51; 38.9% lo hizo en los 5 momentos ($p < 0.05$).

Mientras, que el porcentaje de cumplimiento de los cinco momentos de higiene de manos en el centro quirúrgico al realizar, de igual manera, una estrategia multimodal se obtuvo como resultado en el personal médico del centro quirúrgico Hospital Enrique Garcés que de un 100% de incumplimiento se cumplió un 80% de los cinco momentos de higiene de manos; por otro lado, los residentes del centro quirúrgico de un cumplimiento del 30%, se logro por medio de la estrategia un 85% del cumplimiento.

Por otro lado, el estudio de Arévalo (2003), tuvo como objetivo el aplicar un programa de control de infecciones intrahospitalaria para modificar conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y su efecto sobre la prevalencia, el cual tuvo como pilares a la educación permanente y la vigilancia epidemiológica, para conocer las características de los procesos infecciosos de los pacientes hospitalizados, permitiéndonos racionalizar la toma de decisiones y aplicar las medidas de control oportunas, además de un compromiso y participación del personal de salud.

Obteniendo como resultados, modificar las actitudes y prácticas del personal de salud en establecimientos de salud de la región San Martín, Perú ; como al igual que el estudio realizado donde el realizar un matriz de control del lavado de manos al personal de salud, ayudo a un mejoramiento en el centro quirúrgico en cuanto a su practica y concientización.

El estudio de Ponce (1998), presenta como objetivo el poder determinar la frecuencia de infecciones nosocomiales en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) desde la instauración del programa de vigilancia, en el cual se tuvo como resultado una disminución del 56% en cuanto a infecciones nosocomiales.

Al igual, que el monitoreo realizado en la matriz de lavado de manos en el centro quirúrgico Hospital Enrique Garcés, se obtuvo de un porcentaje de infección del 10% en cirugías programadas a un 6% y de un 15% en cirugías de emergencia a un 10%.

12.CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

De los resultados del presente trabajo de investigación acción se extraen las siguientes conclusiones, expuestas de acuerdo al orden formulado en el planteamiento de los objetivos específicos:

- Para disminuir el porcentaje de infecciones, el establecer una matriz de control de lavado de manos, aseguró el cumplimiento de los 5 momentos, logrando que se realizaran con mayor frecuencia y la correcta aplicación del procedimiento técnico.
- La sostenibilidad de la estrategia multimodal se logro por una capacitación continua y una evaluación mensual dada por la lider de enfermería.
- Mediante, la gráfico 2, donde se encuentra el porcentaje de infecciones en cirugías programadas (10%), se logró disminuir el porcentaje de infecciones a un (7%); al igual que las cirugías de emergencia (15%), se disminuyó a un (10%).
- El cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura, la cual presentaba un porcentaje del 70%, al implementar los afiches en el cuál se recalca su importancia se logró un cumplimiento del 90%, además de las capacitaciones donde se realizan presentaciones sobre su importancia.
- La formación y participación del personal relacionado directamente con la matriz de control de lavado de manos, permitió sensibilizar su cumplimiento e importancia, además de que la matriz permite, conocer necesidades y realidades, logrando una mejor adaptación a la realización de los 5 momentos del lavado de manos.
- Se observa que la participación y consenso para implementar estrategias de cambio es de gran importancia al momento de aplicarla entre los actores, debido a su participación activa.
- El mapeo de actores como herramienta para conocer el apoyo o no, hacia la estrategia a implementarse permite prever los posibles conflictos y posibles soluciones. Además de las reacciones al conocer el problema y posibles resistencias.

Recomendaciones

- Establecimiento de un comité de infecciones dentro del Hospital Enrique Garcés.
- Llevar a cabo programas de control de infecciones dentro de cada servicio.
- Ante ausencia de agua, la cual puede darse en algún momento, usar cloramina T. Al 0,25% en el lavado de manos, antes de realizar procedimientos que requieran contacto con el paciente, hasta que se conozcan resultados con otros antisépticos.
- Realizar un estudio, el cual logre tomar en cuenta todos los factores que pueden intervenir en un incremento en el porcentaje de infecciones.
- Implementar una matriz de control para el cumplimiento de la lista de verificación de cirugía segura.
- De todas maneras el proceso de implementación alcanzó los resultados esperados en cuanto a mejorar de calidad del servicio y disminuir el porcentaje de infecciones encontrado en el centro quirúrgico.

13. BIBLIOGRAFIA

- Alba-Leonel, A., Fajardo-Ortiz, G., & Papaqui-Hernández, J. (2014). La importancia del lavado de manos por parte del personal a cargo del cuidado de los pacientes hospitalizados. *Revista de Enfermería Neurológica*, 13(1), 19-24.
- Allegranzi, B., Kilpatrick, C., & Pittet, D. (2011). Higiene de manos. *Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC*, 151.
- Arévalo, H., Cruz, R., Palomino, F., Fernández, F., Guzmán, E., & Melgar, R. (2003). Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en establecimientos de salud de la región San Martín, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 20(2), 84-91.
- Bolis, M. C. Infecciones hospitalarias. Legislación en América Latina. Washington, DC: OPS, 2007. *Documento Técnico HDM/CD/A/500-07 pag, 3.*
- Bouza Suárez, A. (2000). Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Revista cubana de salud pública*, 26, 50-56.
- Cañellas, T. P. S., Navarro, M. B., Sala, N. F., & Gaité, F. B. (2008). Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. *Medicina clínica*, 131, 56-59.

- Coelho, M. S., Silva Arruda, C., & Faria Simões, S. M. (2011). Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. *Enfermería Global*, 10(21), 0-0.
- Coca Fernández, G. (2011). Infecciones Post Quirúrgicas. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 15, 870.
- Colmenares, A. M., & Piñero, M. L. (2008). La investigación acción. Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas. *Laurus*, 14(27), 96-114.
- Daschner, F., (1981), Infecciones hospitalarias en una clínica universitaria. *Dtsch Med Wchenschr* 106(4):101-106.
- Etchebarne, L. (2001). Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. *Temas de medicina Preventiva y Social. Montevideo: Fefmur*, 75-82.
- Forrellat Barrios, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183.
- García, M. D. R., González, A. N., Bates, M. L. P., & Villarreal, G. C. (2012). Nivel de cumplimiento y factores que influyen en la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura. *Rev Mex Enferm Cardiol*, 20, 47-53.
- IBEAS, B. D. (2010). red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica: Hacia una atención hospitalaria más segura. *Organ Mund la Salud*, 16.
- Lam Díaz, R. M., & Hernández Ramírez, P. (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad¿ son sinónimos en el área de la salud?. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 24(2), 0-0.
- Larson, E. (1988). A causal link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 9(1), 28-36.
- Larson, E. L., Albrecht, S., & O'Keefe, M. (2005). Hand hygiene behavior in a pediatric emergency department and a pediatric intensive care unit: comparison of use of 2 dispenser systems. *American Journal of Critical Care*, 14(4), 304-311.
- Machado, M., (2011), Eficacia, Efectividad, Eficiencia, Universidad Carlos III, Madrid.
- Mercenier, P. Van Balen, H. (1982), Bases de Organización de los servicios de salud, Cochabamba, Bolivia.

- Miranda, M., & Navarrete, L. (2008). Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Revista chilena de infectología*, 25(1), 54-57.
- Oliveira, A. C. D. (2003). Infecções hospitalares: repensando a importância da higienização das mãos no contexto da multirresistência. *REME rev. min. enferm*, 7(2), 140-144.
- Organización Mundial de la Salud, (2003), Prevención de las infecciones nosocomiales, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud, (2005), Manual de bioseguridad en el laboratorio, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud, (2008), Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud, (2004), Control de infecciones, Suiza.
- Pittet, D., Allegranzi, B., & Boyce, J. (2009). World Health Organization world alliance for patient safety first global patient safety challenge core group of experts. *The World Health Organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations. Infect Control Hosp Epidemiol*, 30(7), 611-622.
- Pittet, D., Hugonnet, S., Harbarth, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touvencieu, S., & Perneger, T. V. (2000). Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*, 356(9238), 1307-1312.
- Ponce de León, S., Rangel-Frausto, S., Elías-López, J. I., Romero-Oliveros, C., & Huertas-Jiménez, M. (1999). Infecciones nosocomiales: tendencias seculares de un programa de control en México. *Salud pública de México*, 41, S05-S11.
- Salabarría, J. (2006). Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 0-0.
- Safety, W. P., & World Health Organization (2009), WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care.
- Sanidad, (2015), Guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, Madrid.
- Sistema Nacional de Vigilancia de las Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2016), Protocolo de vigilancia y control de la infección de localización quirúrgica , Protocolo-ILQ, Madrid.

- Souza, F. C., Rodrigues, I. P., & Santana, H. T. (2008). Perspectiva histórica. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília (DF)*, 11-15.
- Vargas de la Rosa, R., Gutiérrez, G. y Peniche, A. (1982), Tendencias y otras características de las infecciones hospitalarias de pediatría del Centro Médico Nacional del IMSS, *Rev Med IMMS*, 20(5),543-555.
- Zamudio-Lugo, I., Meza-Chávez, A., Martínez-Sánchez, Y., Miranda-Novales, G., Espinosa-Vital, J. G., Rodríguez-Sing, R., & Miranda-Novales, M. G. (2012). Estudio multimodal de higiene de manos en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 69(5), 384-390.
- Yagui, M., (2002), Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, *Revista de Salud Pública*, 14(2).

ANEXOS

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Formulario Consentimiento Informado

Nombre del investigador principal Valeria Estefanía Pasquel Carrillo

Título de la investigación: Mejoramiento de la efectividad de la atención del centro quirúrgico del Hospital General Enrique Garcés mediante la implementación de cambios en la gestión de las infecciones hospitalarias durante el período de julio a septiembre del 2018.

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres que se encuentran siendo parte del personal del centro quirúrgico del Hospital General Enrique Garcés.

Nombre del investigador principal Valeria Estefanía Pasquel Carrillo

Organización del investigador Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Datos de localización del investigador principal 2275-499, 0984427698,
valepasquel@hotmail.com.

Yo Valeria Estefanía Pasquel Carrillo, psicóloga clínica, actualmente trabajo para el Ministerio de Salud Pública en el distrito 17d09 y maestrante de la Maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Me encuentro investigando sobre el mejoramiento de la efectividad de la atención del centro quirúrgico del Hospital General Enrique Garcés mediante la implementación de cambios en la gestión de las infecciones hospitalarias durante el período de julio a septiembre del 2018.

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle.

Propósito del estudio

Analizar la efectividad de la atención del centro quirúrgico del Hospital Enrique Garcés, a través de una estrategia multimodal que permita mediante la capacitación del personal de salud, recordatorios en el centro quirúrgico sobre la importancia de la lista de verificación de cirugía segura y la implementación de una matriz de control de lavado de manos, se tendrá como finalidad mejorar de calidad del servicio y disminuir el porcentaje de infecciones encontrado en el centro quirúrgico. Según García(2012), la incidencia de eventos adversos que pone en peligro la efectividad de atención de un servicio de salud será de un 70% los cuales, serán eventos adversos que se consideran prevenibles.

Participación Voluntaria

Este formulario se dirige a hombres y mujeres que se encuentran siendo parte del personal del centro quirúrgico del Hospital General Enrique Garcés, su participación es totalmente voluntaria Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Descripción de los procedimientos

De acuerdo, al diagnóstico encontrado en el centro quirúrgico, para mejorar la calidad de atención de aquellos pacientes que acuden a quirófano, se plantea:

- Capacitar: capacitaciones periódicas acerca de la importancia de la higiene de manos, basada en el enfoque “Mis cinco momentos para realizar higiene de manos” y el uso de la lista de verificación de lista segura. Además, incorporar los procedimientos correctos para lavar las manos, a través de presentaciones, módulos de capacitación virtual, afiches que se encuentren a la vista.
- Recordatorios en el centro quirúrgico: Recordar a los profesionales de la salud la importancia de la higiene de manos y de la lista de verificación de lista segura. Por medio, de afiches que estén a la vista del personal de salud y familias de pacientes que acuden a centro quirúrgico.
- Evaluar: Adecuada supervisión del cumplimiento de los cinco momentos para realizar higiene de manos. Mediante un monitoreo y control de cumplimiento. El cuál será evaluado, por medio, de una matriz de control, donde se podrá conocer los nudos críticos que se necesitan capacitar en el lavado de manos del centro quirúrgico.

Descripción del Proceso

Se realizará una entrevista al personal del centro quirúrgico del Hospital Enrique Garcés, de manera anónima que permita conocer, su opinión sobre las infecciones asociadas a la atención de salud y la higiene de manos, el cual tomará no mas de 12 minutos.

Duración del estudio

La investigación durará 3 meses en total. Durante ese tiempo, se realizarán las entrevistas, las cuáles no tomarán más de 12 minutos. Al finalizar los 3 meses, se finalizará la investigación.

Riesgos y beneficios

No existe ningún tipo de riesgo.

Se obtendrá como beneficio un incremento de la efectividad de la atención de aquellos pacientes que acuden a quirófano lo que permitirá a la vez mejorar la calidad de atención del paciente dentro del servicio. Y se concientizará el cumplimiento de 5 momentos de la higiene de manos y el uso de la lista de verificación de cirugía segura.

Costos e incentivos

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio.

Confidencialidad de los datos

Se protegerán todos los datos provistos. La identidad de los mismos será mantenida en absoluta confidencialidad. Mantener su privacidad es importante. Aplicaremos las siguientes medidas para mantener segura la información que usted nos proporciona:

- La información será vista únicamente por el investigador y el supervisor del proyecto
- Solo las personas directamente relacionadas con la investigación sabrán su nombre.
- Su nombre no será mencionado en las publicaciones o reportes de la investigación.
- El Comité de Bioética podrá tener acceso a los expedientes en caso de necesidad por problemas de seguridad o ética en el estudio.

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Los resultados de la investigación los informaremos al final del estudio, en noviembre del 2018, a todos los interesados.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0984427698 que pertenece a Psi. Cl. Valeria Pasquel, o envíe un correo electrónico a valepasquel@hotmail.com

Consentimiento informado	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

Entrevistas al personal del centro quirúrgico

Preguntas

- ¿Qué cargo desempeña dentro del centro quirúrgico?
- ¿Ha recibido formación sobre higiene de manos en los últimos dos años?
- En su opinión, ¿cuál es el porcentaje promedio de pacientes hospitalizados que contraen una infección asociada a la atención sanitaria (entre 0 y 100%)?
- En general ¿qué repercusión en el desenlace de la enfermedad del paciente tienen las infecciones relacionadas con la atención sanitaria?
- ¿Qué eficacia tiene para usted la higiene de las manos en la prevención de las infecciones asociadas a la atención en salud?
- ¿Qué prioridad se asigna a la higiene de manos dentro del centro quirúrgico?
- En su opinión, ¿Cuál sería la efectividad de la que existan posters sobre higiene de manos en los puntos de atención del centro quirúrgico a modo de recordatorio, mejorando así la efectividad del servicio?
- En su opinión, ¿Cuál sería la efectividad de la que los profesionales sanitarios reciban capacitaciones sobre higiene de manos, mejorando así la efectividad del servicio?
- ¿Qué importancia le da su jefe directo o jefe enfermería del centro quirúrgico al hecho de realizar higiene de manos de acuerdo a recomendaciones de OMS dentro del servicio?

- ¿Cuánto esfuerzo considera que necesita usted para realizar una buena higiene de manos?