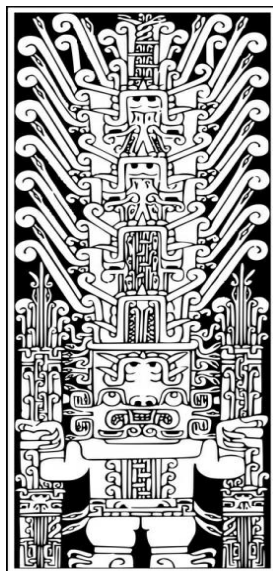


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”
OFICINA DE GRADOS Y TÍTULOS



**Conocimientos y actitudes sobre medidas de prevención de infección de sitio
quirúrgico en personal de salud del servicio de Cirugía General del Hospital Nacional**

Hipólito Unanue

*Knowledge and attitudes on surgical site infection prevention measures in health personnel
of the General Surgery service of the Hipolito Unanue National Hospital.*

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora:

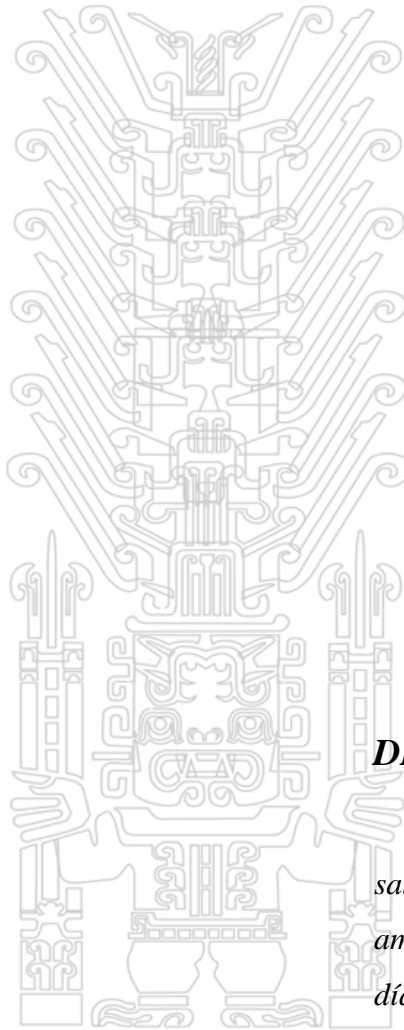
Rodríguez Galindez Mavel

Asesor

Dr. Jáuregui Francia, Filomeno

LIMA - PERÚ

2018



DEDICATORIA

A mis padres por las sabias enseñanzas, por todo el amor que me regalan día tras día y por todos los sacrificios invaluables por nuestra familia. A mi hermano porque sin su apoyo y cariño no podría sentirme completa.

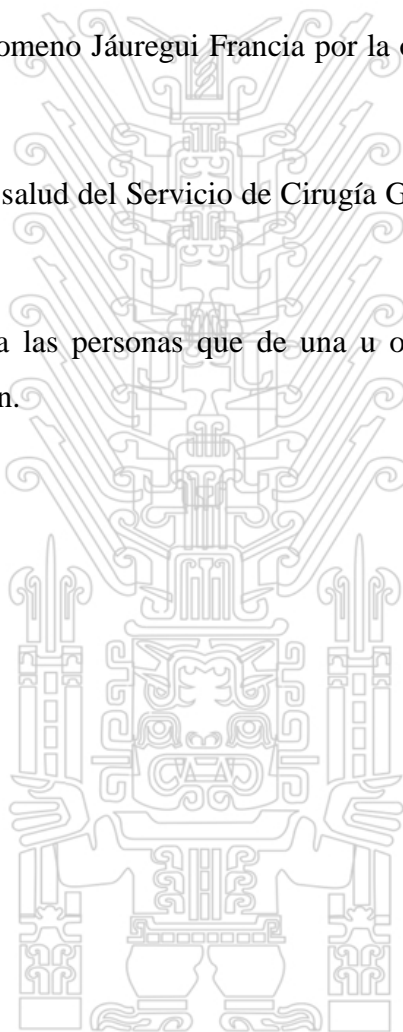
AGRADECIMIENTO

La culminación de la presente investigación no hubiese sido posible sin la orientación y cooperación de los docentes de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue”.

A mi asesor, el Dr. Filomeno Jáuregui Francia por la orientación en la elaboración del presente trabajo.

Además, al personal de salud del Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Finalmente, agradecer a las personas que de una u otra forma colaboraron en la realización de esta investigación.



ÍNDICE

Carátula.....	I
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Índice.....	4
Resumen.....	5
Palabras clave.....	5
Abstract.....	6
Key words.....	6
Introducción.....	7
Métodos.....	9
Resultados.....	11
Discusión.....	16
Conclusiones.....	22
Recomendaciones.....	23
Limitaciones.....	24
Referencias bibliográficas.....	25
Anexos.....	28

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas de prevención de infección de sitio quirúrgico en personal de salud del servicio de cirugía general del HNHU. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Se diseñó una base de datos en Microsoft Excel donde se colocarán todos los datos recolectados debidamente codificados para posteriormente ser exportados al programa estadístico STATA v.14. Posteriormente, se efectuó un análisis estadístico descriptivo a través de medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas. **Resultados:** Sobre los datos generales del 100% (216); 44% (95) de los profesionales tienen de 36 a 45 años, 40% (86) tiene menos de 35 años, y 16% (35) tiene de 46 años a más; 59% (127) son de sexo masculino y 41% (89) de sexo femenino; 82% (178) son profesionales de medicina y 18% (38) enfermeros; 56% (121) tiene menos de 10 años de tiempo de ejercicio profesional, 51% (110) tienen alguna vez, capacitación en temas de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ). **Conclusiones:** Los conocimientos de los profesionales de salud en la prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en el servicio de centro quirúrgico del HNHU, el mayor porcentaje conoce la estancia hospitalaria mínima, el material médico e instrumental estéril, y el lavado de manos previo a la curación de herida post operatoria; mientras que un menor porcentaje considerable no conocen la optimización de la técnica del lavado de manos quirúrgica, la técnica quirúrgica aséptica, y la importancia del lavado de manos.

Palabras clave: Infección de sitio quirúrgico, cirugía, prevención.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge and attitudes about surgical site infection prevention measures in health personnel of the HNHU general surgery service.

Materials and Methods: Observational, descriptive cross-sectional study. A database was designed in Microsoft Excel where all the data collected will be placed properly coded for later to be exported to the statistical program STATA v.14 where an analysis by descriptive statistics will be carried out through measures of central tendency and dispersion for the quantitative variables, and absolute and relative frequencies for qualitative variables. **Results:** On the general data of 100% (216); 44% (95) of the professionals are from 36 to 45 years old, 40% (86) are under 35 years old, and 16% (35) are 46 years old or older; 59% (127) are male and 41% (89) are female; 82% (178) are medical professionals and 18% (38) nurses; 56% (121) have less than 10 years of professional practice time, 51% (110) have ever trained in Surgical Site Infection (ISQ).

Conclusions: The knowledge of health professionals in the prevention of surgical site infection (SSI) in the HNHU surgical center service, the highest percentage knows the minimum hospital stay, the sterile medical and instrumental material, and the washing of hands prior to post-operative wound healing; while a smaller percentage do not know the optimization of the surgical hand washing technique, the aseptic surgical technique, and the importance of hand washing.

Key words: Surgical site infection, surgery, prevention.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Salud Pública enfrenta diversos problemas que tienen un impacto negativo. La infección asociada a la atención en salud (IAAS), antes conocidas como, infecciones nosocomiales representa un grave problema.

Según Martínez y Díaz (2015), “es una infección localizada o sistémica que se desencadena a partir de una reacción adversa a la presencia de uno o varios agente(s) infeccioso(s) o sus toxina(s), sin que haya evidencia de su presencia previa a la admisión en el centro de atención en salud respectivo”. En el Perú, se considera que una infección corresponde a una IAAS si se manifiesta al menos 48 horas después de la admisión en los centros de salud.

Las IAAS, representan un problema de salud de gran magnitud a nivel mundial. Esto se debe a la “elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de su tratamiento” (Zamora, et al., 2015). También, es considerado un indicador de la calidad de atención médica que “mide la eficacia de un hospital cuando se analiza junto con otros indicadores como los de morbimortalidad y eficiencia determinada” (Heredia, et al., 2010). Su importancia como problema de salud pública está dado por “el aumento de la morbilidad, mortalidad y de los costos en la atención hospitalaria que en gran parte son prevenibles” (Allegranzi, et al., 2011). Además, podemos afirmar que las IAAS constituyen una carga social y económica significativa para el paciente y el sistema de salud.

Según el estudio EPINE, que analiza la frecuencia y focos de la Infección Nosocomial en España, “en los cortes de prevalencia del año 2014, de 3461 pacientes

estudiados con Infecciones Nosocomiales, 994 fue causada por Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ), 627 por Infección del Tracto Urinario, 364 por bacteriemia

confirmada microbiológicamente y 358 pacientes con Neumonía (NEUS)” (SEMPSPH, 2015).

Según Unahualekhaka (2003), “las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) se presentan tanto en países desarrollados como en naciones en desarrollo; donde aproximadamente cada día 1,4 millones de pacientes adquieren una infección de este tipo”. En Francia, ocupan el tercer lugar de las infecciones más comunes asociadas a la atención sanitaria (Birgand, 2014). En los Estados Unidos de Norte América, Los Centers for Disease Control (CDC) estiman que casi dos millones de pacientes adquirirán una IAAS cada año mientras permanezcan en un hospital (Leaper, et al., 2015).

Según Wong en Mayhall (2004), el costo atribuible a las IAAS varía, dependiendo del tipo de procedimiento quirúrgico y del patógeno infectante; los datos calculados y publicados hasta el momento ascienden cerca de 10 billones de dólares al año en salud de Estados Unidos. De acuerdo a Coello, et al., (1993) en hospitales de Inglaterra evalúan las IAAS calculando los costos unitarios en los diferentes servicios, donde el uso de los antibióticos implica un costo significativo.

En el contexto nacional, de acuerdo al MINSA (2014), a partir de 1993 se han desarrollado estudios de prevalencia de IAAS; siendo el primer estudio nacional de prevalencia donde se obtuvo cifras de 0 a 37%. Según Peralta, et al., (2004), “estos estudios aportaron información importante para la formulación y evaluación del sistema de vigilancia de IAAS del país”. Debemos resaltar que según López (2017), “Se vienen desarrollando estudios de forma aislada y bajo la iniciativa de los centros de salud”.

Consideramos necesario fortalecer mecanismos que aborden esta grave problemática de

De acuerdo a diversas investigaciones, se ha demostrado que “las ISQ están asociadas a múltiples factores de riesgo como: diabetes, desnutrición u obesidad, infecciones distantes, uso de esteroides sistémicos, respuesta inmune alterada, el cigarrillo, edades extremas y estancia hospitalaria prolongada” (Centers For Disease Control and Prevention, 1999). Así mismo, “el lavado quirúrgico, antisepsia y esterilización, la urgencia de la intervención, la profilaxis antibiótica, la ventilación de salas de operaciones y la intensidad del trauma tisular pueden contribuir a un aumento del riesgo de ISQ” (Southwell, et al., 2004). De acuerdo a la OMS (2005), en los países en vías de desarrollo se relacionan también con deficiencias de las instalaciones y limitaciones en los suministros de fármacos y otros bienes esenciales. Londoño, et al., (2011) “recomiendan controlar los problemas subyacentes antes de las cirugías y reducir la estancia pre quirúrgica”.

En relación a las investigaciones recientes en el Perú, existen escasos estudios que evalúen los conocimientos y actitudes sobre prevención de ISQ de los profesionales de la salud, relacionando estos a “la prevalencia de ISQ en los servicios de cirugía general de los hospitales, reporto una tasa de 41.9% en ISQ en uno de los estudios previos” (Nicho, 2016). Según la investigación realizada en el Hospital Sergio Bernales por Chávez (2017), “la prevalencia en infecciones hospitalarias en pacientes post operados representa el 8.4 %”.

En el presente estudio, nos hemos propuesto como objetivo general determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre medidas de prevención de infección de sitio quirúrgico en personal de salud del servicio de cirugía general del HNHU.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal

Área o sede de estudio

Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima.

Población y muestra

La población considerada para el presente estudio fue el personal de salud (internos, residentes, médicos y enfermeras) del servicio de cirugía general del hospital. No se usó ningún método para calcular el tamaño muestral debido a que se aplicó el instrumento para la recolección de datos a todo el personal de salud del servicio de cirugía general a incluir en el estudio.

Se incluyó solo al personal de salud que pertenecía al servicio de cirugía general y que hayan contestado las encuestas a usar adecuadamente en todas sus secciones, y que firmaron el consentimiento informado (Anexo 1) que fue entregado para participar en el presente estudio. Se excluyó del estudio al personal de salud que se encuentre de licencia o descanso médico.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos un cuestionario que consto de varios ítems (Anexo 2). Posteriormente, se llevó a cabo la validación externa por el juicio de los expertos especialistas en el tema y la prueba piloto con el 10% de la población de estudio para obtener la validez interna estadística mediante la prueba de alpha de Cronbach.

Finalmente, se procedió a aplicar el instrumento a todo el personal de salud del servicio de cirugía general del hospital, según los criterios de inclusión y exclusión previamente planteados.

Procesos de recolección, procesamiento y análisis de datos

Se realizó el trámite administrativo necesario para llevar a cabo el estudio en el servicio en mención; a fin de solicitar la autorización respectiva para ejecutar el estudio. Según el cronograma se inició con la recolección de datos en el mes de noviembre, considerando aproximadamente de 10 a 15 minutos para la aplicación del cuestionario al personal de salud previo consentimiento informado.

Se diseñó una base de datos en Microsoft Excel donde se colocaron todos los datos recolectados debidamente codificados para posteriormente ser exportados al programa estadístico STATA v.14 donde se efectuó un análisis por estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.

Aspectos éticos

El presente estudio tomo en cuenta las consideraciones expuestas en “la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), adoptada en la 18va asamblea médica mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada en su última versión por la 64ta asamblea general, Fortaleza, Brasil, octubre 2013” (World Medical Association, 2013)

Se procedió a entregar un consentimiento informado a todo participante, y este deberá de ser firmado por el posible participante si desea participar en el estudio. Se

tomaron todas las precauciones con respecto a conservar la privacidad de los

participantes y la confidencialidad de sus datos. También, el presente proyecto de investigación fue enviado a un comité institucional de ética para su aprobación.

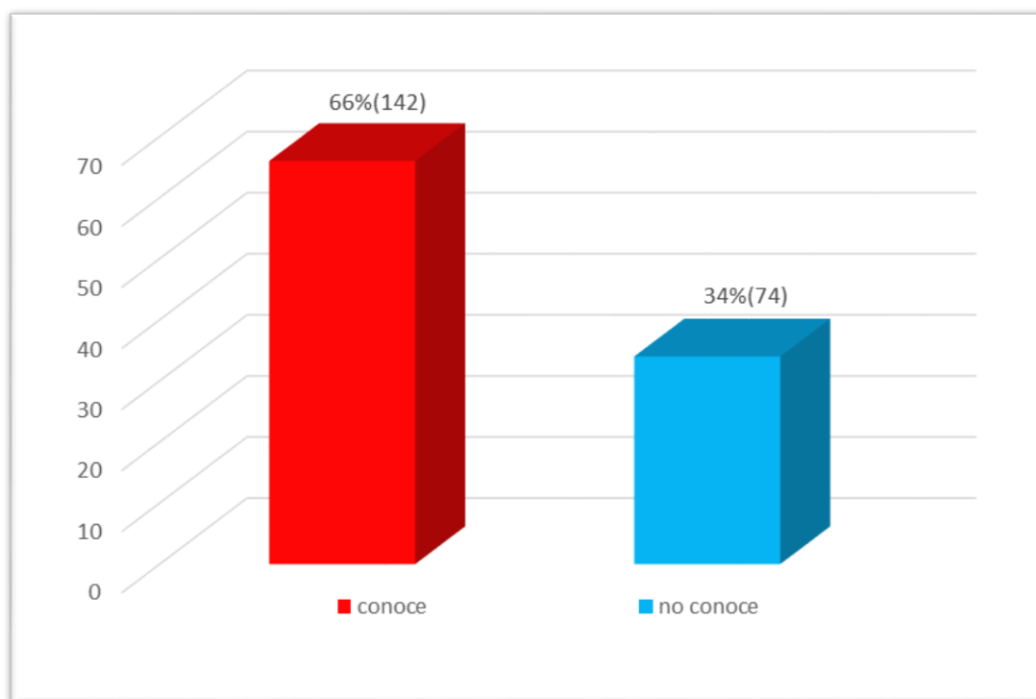
RESULTADOS

Sobre los datos generales del 100% (216); 44% (95) de los profesionales tienen de 36 a 45 años, 40% (86) tiene menos de 35 años, y 16% (35) tiene de 46 años a más; 59% (127) son de sexo masculino y 41% (89) de sexo femenino; 82% (178) son profesionales de medicina y 18% (38) enfermeros; 56% (121) tiene menos de 10 años de tiempo de ejercicio profesional, 51% (110) tienen alguna vez, capacitación en temas de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ).

Por lo que se puede evidenciar que la mayoría de los profesionales son adultos jóvenes y maduros ya que tiene de menos de 35 años a 45 años, son profesionales médicos, y el mayor porcentaje son de sexo masculino, tienen menos de 10 años de tiempo de ejercicio profesional y tiene capacitación en temas de infección de sitio quirúrgico.

Respecto al conocimiento de los profesionales de salud en la prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en el servicio de centro quirúrgico del HNHU, del 100% (216); 66%(142) conoce y el 34% (74) no conoce. (Grafico N°1) 64% (138) está referido a la estancia hospitalaria mínima, 69% (148) el material médico e instrumental estéril, 63% (137) el lavado de manos previo a la curación de herida post operatoria; mientras que los aspectos que no conocen 51% (110) manifiestan la optimización de la técnica del lavado de manos quirúrgica, 44% (96) la técnica quirúrgica aséptica, y 60% (130) importancia del lavado de manos.

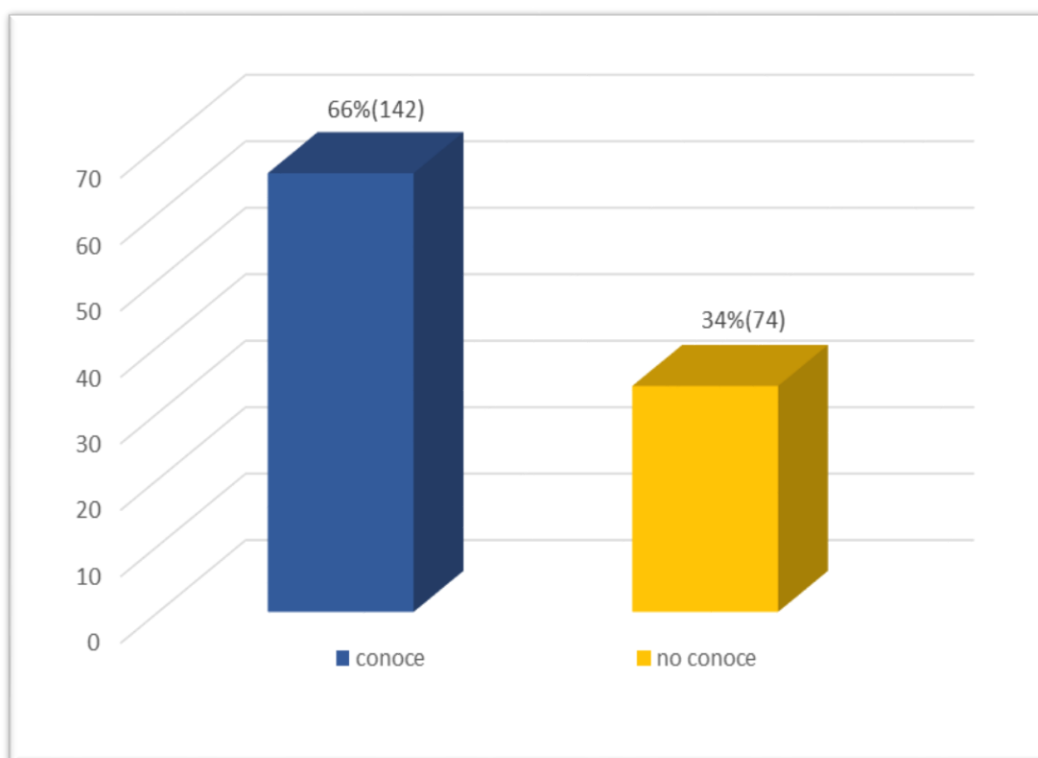
Gráfico N° 01. Distribución porcentual del conocimiento de los profesionales de salud en la prevención de infección de sitio quirúrgico en el servicio de centro quirúrgico del HNHU. Lima – Perú, 2017.



Fuente: Elaboración en base al instrumento aplicado a los profesionales de salud del servicio de centro quirúrgico del HNHU.

En cuanto al conocimiento del profesional de salud sobre la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en la etapa pre operatoria en el servicio de centro quirúrgico del HNHU, del 100%(216); 66% (142) conoce, 34% (74) no conoce. De los cuales 81% (175) conocen como compensar la hiperglicemia, 77% (166) la restricción de personal con infección respiratoria aguda y 71% (154) el tratamiento de infecciones previas a la intervención; seguido de 69% (148) que no conocen la profilaxis antibiótica, 67% (145) la preparación de la piel y 56% (120) las consideraciones a tener en cuenta durante el lavado de manos quirúrgica.

Gráfico N° 02. Distribución porcentual del Conocimiento del profesional de salud sobre la prevención de infección de sitio quirúrgico en la etapa pre-operatoria en el

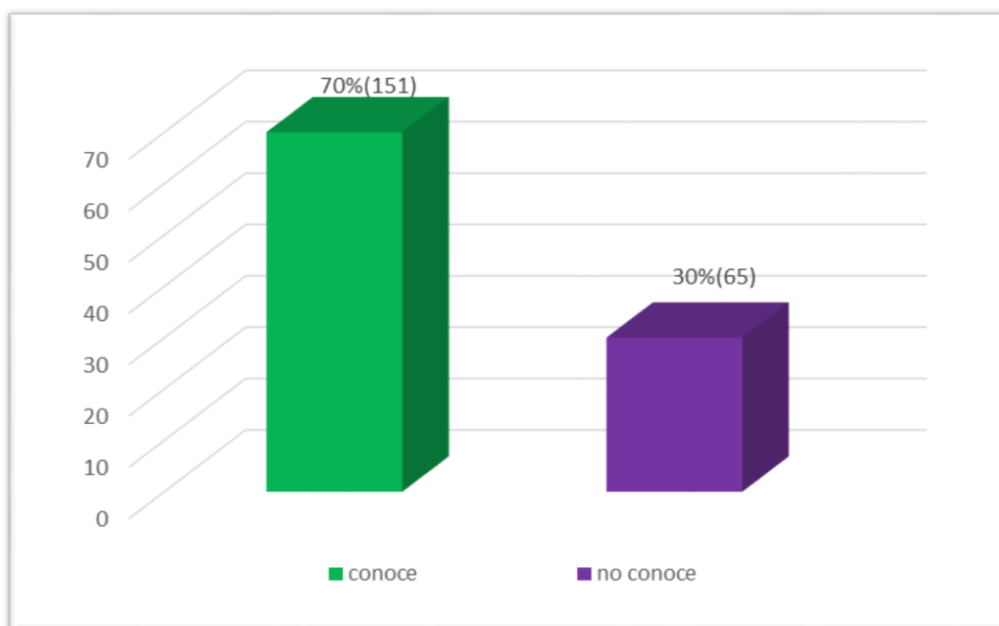


servicio de centro quirúrgico del HNHU. Lima – Perú, 2017.

Fuente: En base al instrumento aplicado a los profesionales de salud en el servicio de centro quirúrgico del HNHU 2017.

Acerca del conocimiento del profesional de salud sobre la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en la etapa intra operatoria en el los métodos de barrera (mascarilla, guantes, gorro, batas y mandilones) y 75% (163) la lista de verificación de cirugía segura; mientras que 81% (174) no conocen el procedimiento de antisepsia de la zona operatoria, 78% (168) mantener la glicemia < 200 mg y 49% (106) la duración del acto quirúrgico.

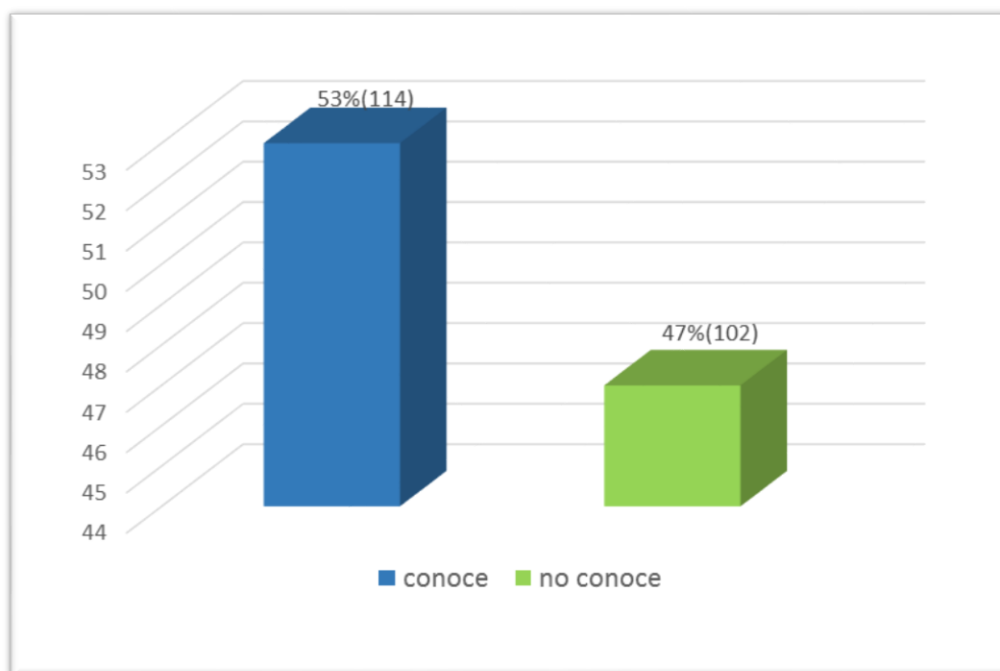
Gráfico N° 03. Distribución porcentual del conocimiento del profesional de salud sobre la prevención de infección de sitio quirúrgico en la etapa intra-operatoria en el servicio de centro quirúrgico del HNHU Lima – Perú 2017.



Fuente: En base al Instrumento aplicado a los profesionales de salud en el servicio de centro quirúrgico del HNHU 2017.

Sobre los conocimientos del profesional de salud sobre la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en la etapa post operatoria inmediata en el servicio de centro quirúrgico del HNHU, del 100%(216); 53% (114) conoce, 47% (102) no conoce. Los aspectos que conocen 79% (171) manifiestan la educación de cuidados del sitio quirúrgico, 77% (167) el cuidado aséptico de la herida quirúrgica y 65% (141) antibiótico post operatorio; y los aspectos que no conocen 87% (168) el manejo del dolor y 74% (159) los métodos de barrera (mascarillas, guantes, gorro, botas, y mandilones).

Gráfico N° 04. Distribución porcentual del conocimiento del profesional de salud sobre la prevención de infección de sitio quirúrgico en la etapa post-operatoria inmediata en el servicio de centro quirúrgico del HNHU Lima – Perú 2017.



Fuente: En base al Instrumento aplicado a los profesionales de salud en el servicio de centro quirúrgico del HNHU 2017.

DISCUSIÓN

Las infecciones Intrahospitalarias son un problema de salud que, cada año, van tomando mayor relevancia como un factor de riesgo en la práctica asistencial de muchas instituciones sanitarias. Según Tapia (1999), las Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ), son una “complicación devastadora desde el punto de vista biológico y económico, con consecuencias que pueden generar desde una seria incapacidad hasta la muerte del paciente, de manera que constituye un desafío para el personal médico y de enfermería responsable de su atención” (citado en López, 2017). Por lo tanto, el profesional de salud, que participa en la atención directa del paciente que va ser sometido a una intervención quirúrgica debe tener un nivel de conocimiento que garantice una cirugía

Al respecto Ayuba et al. (2015), en su estudio concluyó que “el 46,9% de los encuestados manifestaron que las mejores maneras de prevenir las infecciones nosocomiales son estricta técnica aséptica, el aislamiento adecuado y barrera de enfermería de casos infecciosos y la educación de trabajadores de salud en la prevención y control de infecciones”. Asimismo concluyó que sobre la necesidad de hacer énfasis en un programa de entrenamiento regular para el personal (citado en López, 2017). De igual manera Rakesh et al. (2014), concluyó en su estudio “que el conocimiento de los profesionales de enfermería en materia de prevención de la infección del sitio quirúrgico es satisfactorio, si estos profesionales tienen conocimientos acerca de las causas de los signos y síntomas de la infección”. (Citado en López, 2017).

En relación a lo anteriormente citado, los datos obtenidos en el estudio de conocimientos del profesional de salud en la prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en el servicio de cirugía general del HNHU, permite concluir que el mayor porcentaje conocen acerca de la estancia hospitalaria mínima, el material médico e instrumental estéril, el lavado de manos previo a la curación de herida post operatoria; seguido por un menor porcentaje considerable de profesionales de la salud que no conocen la optimización de la técnica del lavado de manos quirúrgica, la técnica quirúrgica aséptica, y la importancia del lavado de manos; lo cual nos permite deducir que existe un riesgo a mediano o corto plazo de presentar infecciones sobre agregadas que pueden ocasionar serias repercusiones en el proceso de recuperación, prolongar la estancia hospitalaria y los costos que pueden conllevar a un déficit de la calidad de atención y en el desempeño profesional.

Bombilla y Cano (2016) señalan que el pre-operatorio comienza con la decisión de efectuar la intervención quirúrgica. Termina con el paciente en el quirófano. En este proceso se efectúan todas las preparaciones, tanto administrativas, como clínicas del paciente sometido a una cirugía. El manejo del cuidado del paciente se planifica con base en la historia médica del paciente realizándose una valoración integral para planificar y dar comienzo a las intervenciones.

Esta etapa a su vez se divide en preoperatorio mediato e inmediato. En el preoperatorio los cuidados deben orientarse a “mejorar el estado general del paciente, corregir el déficit, mantener y/o recuperar el estado nutricional, prevenir la infección y planear la indicación quirúrgica correcta a través del examen médico, anamnesis y estudios complementarios de rutina y especiales” (Díaz, 2016).

Dentro de las medidas preventivas en el pre-operatorio, tenemos que considerar:

De acuerdo a Paniagua y Pérez (2009), debemos considerar:

- Identificar y tratar toda infección antes de realizadas las cirugías electivas.
- Identificar y compensar la diabetes mellitus (hiperglicemia) en los pacientes que la padezcan y que serán intervenidos quirúrgicamente. Diversos estudios sugieren que la hiperglucemia postoperatoria es un factor de riesgo independiente para la infección, tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos. El mantenimiento de la glucemia entre 150 y 200 mg dL durante las 48 horas posteriores a la cirugía disminuye el riesgo de infección esternal en un 66% en los pacientes diabéticos, igualando la incidencia observada en los sujetos sin diabetes. (Citado en López, 2017)
- De acuerdo al MINSA (2011), El lavado de manos quirúrgica. “Todo el equipo quirúrgico debe realizar un exhaustivo lavado de manos quirúrgica de 3 a 5 minutos utilizando un agente antiséptico adecuado”. Antes del primer procedimiento, se debe retirar la suciedad bajo las uñas con un limpiador de uñas. Evitar el uso de uñas largas y/o postizas.

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

De acuerdo a Vargas (2013), refiere que para el lavado quirúrgico debe

UNFV

recordarse el tiempo y el tipo de jabón a utilizar, en la actualidad se recomienda suficiente jabón antiséptico como clorhexidina o yodopovidona haciendo un recorrido exhaustivo desde las manos hasta un tercio arriba del codo. El motivo de lavarse las manos después de utilizar guantes, es que los guantes, sufren perforaciones mientras son utilizados, esto hace que los microorganismos traspasen por debajo del material del guante y luego se llegan a multiplicar rápidamente. (Citado en López, 2017)

En ese sentido Ayuba et al. (2015), en su estudio concluyó que “el 46,9% manifestó que la mejor manera de prevenir las infecciones nosocomiales son: técnica aséptica, aislamiento adecuado, barrera de enfermería de casos infecciosos y la educación de trabajadores de salud en la prevención y control de infecciones” (citado en López, 2017). De ahí que según los datos obtenidos en el estudio sobre los conocimientos del profesional de salud sobre la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en la etapa pre operatoria en el servicio de cirugía general HNHU, se puede concluir que el mayor porcentaje conoce como compensar la hiperglicemia, la restricción de la infección respiratoria aguda y el tratamiento de infecciones previas a la intervención; mientras que un menor porcentaje significativo no conocen la profilaxis antibiótica, la preparación de la piel y las consideraciones a tener en cuenta durante el lavado de manos quirúrgica; lo cual puede conllevarla a presentar riesgos a complicaciones que pueden afectar el proceso de recuperación, prolongar el tiempo de hospitalización y los costos, repercutiendo en la calidad de atención y en la mejora de los procesos laborales.

Las medidas preventivas en la etapa intra-operatorio para prevenir las ISQ son:

- El uso de la lista de verificación de cirugía segura esta estandarizada por el MINSA y adoptada por el HNHU.

inducción anestésica, requiere como mínimo, de la presencia del anestesiólogo y del personal de enfermería”. (MINSa, 2011, p. 5)

Los controles en la entrada son:

- Confirmar el consentimiento del paciente para cirugía y anestesia.
- Confirmación con el paciente la identificación, localización quirúrgica y procedimiento: “es recomendable verificar los datos del paciente como identidad y número de DNI / historia clínica / fecha de nacimiento; el número de cama no se considera como dato válido para identificar al paciente”. (MINSa, 2011, p. 5)
- Confirmar que se ha marcado el sitio quirúrgico.
- Chequeo completo de seguridad anestésica: “Examen del equipo para la vía aérea. Respiración (que incluye oxígeno y agentes inhalatorios). Aspiración. Drogas y dispositivos. Medicación de emergencias y equipamiento, confirmando su disponibilidad y funcionamiento”. (MINSa, 2011, p. 6)
- El MINSa (2011), recomienda considerar los siguientes aspectos:
 - Pulsioximetría en el paciente y que esté funcionando.
 - ¿Tiene el paciente alguna alergia conocida?
 - ¿Tiene el paciente alguna dificultad en la respiración?
 - ¿Tiene el paciente riesgo de perder más de 500 ml. de sangre?

De acuerdo a los datos obtenidos en el estudio sobre los conocimientos del profesional de salud sobre la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en la etapa intra operatoria en el servicio de cirugía general del HNHU, se puede concluir que evidenciar que la mayoría conocen la temperatura corporal del paciente, los métodos de

barrera (mascarilla, guantes, gorro, batas y mandilones) y la lista de verificación de
Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis. Sin embargo un menor porcentaje significativo no conocen el

UNFV

procedimiento de antisepsia de la zona operatoria, el mantener la glicemia < 200 mg y la duración del acto quirúrgico; de modo que ello puede traer consigo la predisposición a presentar complicaciones derivadas de la aplicación adecuada de las medidas orientadas a disminuir los riesgos a infecciones intrahospitalarias que pueden conllevar a un deterioro del proceso de recuperación y por ende en su calidad de vida y desempeño profesional.

El post operatorio inmediato se realiza en la Unidad de Recuperación Post anestésica o despertar. Su función es la de restablecer las funciones vitales hasta conseguir un nivel de vigilia y de constantes que permita el traslado del paciente a la zona de readaptación al medio. En esta área el paciente deberá recuperar sus funciones fisiológicas, se deben dar las premisas de confortabilidad, seguridad y contacto con la familia. Los cuidados postoperatorios que aplicaremos serán: “poco intensivos” y de “corta duración”.

Según Martiñon y Leija (2000), las medidas preventivas en el post-operatorio inmediato, está dado por los cuidados de la herida quirúrgica con técnica aséptica, que se producen en el transcurso de la primera semana del posoperatorio. La curación de herida quirúrgica consiste en “la reducción de bacterias a través de un proceso de desinfección de una herida quirúrgica y no quirúrgica”. Es importante considerar que no se deben remover los apósitos o secreciones de la herida sin antes aplicar técnicas de asepsia, ni tampoco se debe manipular la herida continuamente.” (Citado en López, 2017).

De modo que, según los resultados obtenidos en el estudio sobre los conocimientos del profesional de salud sobre la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en la etapa post operatoria inmediata en el servicio de cirugía general del HNHU, se puede concluir que el mayor porcentaje conocen la educación de cuidados del sitio quirúrgico, el cuidado aséptico de la herida quirúrgica y el uso de

antibiótico post operatorio; sin embargo un menor porcentaje considerable no conocen el manejo del dolor y los métodos de barrera (mascarillas, guantes, gorro, botas, y mandilones).

CONCLUSIONES

Los conocimientos de los profesionales de salud en la prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en el servicio de centro quirúrgico del HNHU, el mayor porcentaje conoce la estancia hospitalaria mínima, el material médico e instrumental estéril, y el lavado de manos previo a la curación de herida post operatoria; mientras que un menor porcentaje considerable no conoce la optimización de la técnica del lavado de manos quirúrgica, la técnica quirúrgica aséptica, y la importancia del lavado de manos.

Respecto al conocimiento del profesional de salud sobre la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en la etapa pre operatoria en el servicio de centro quirúrgico del HNHU, el mayor porcentaje conoce como compensar la hiperglicemia, la restricción de personal con infección respiratoria aguda y el tratamiento de infecciones previas a la intervención; seguido de un menor porcentaje considerable que no conoce la profilaxis antibiótica, la preparación de la piel y las consideraciones a tener en cuenta durante el lavado de manos quirúrgica.

En cuanto al conocimiento del profesional de salud sobre la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en la etapa intra operatoria en el servicio de centro quirúrgico del HNHU, la mayoría conoce la temperatura corporal del paciente, los métodos de barrera (mascarilla, guantes, gorro, batas y mandilones) y la lista de verificación de cirugía segura; mientras que un menor porcentaje considerable no

conoce el procedimiento de antisepsia de la zona operatoria, mantener la glicemia < 200 mg y la duración del acto quirúrgico.

Acerca de los conocimientos del profesional de salud sobre la Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico (ISQ) en la etapa post operatoria inmediata en el servicio de centro quirúrgico del HNHU, el mayor porcentaje conoce la importancia de la educación de cuidados del sitio quirúrgico, el cuidado aséptico de la herida quirúrgica y el antibiótico post operatorio; seguido de un porcentaje considerable de profesionales de la salud que no conoce el manejo del dolor y los métodos de barrera (mascarillas, guantes, gorro, botas, y mandilones).

RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos, es necesario que las autoridades del HNHU y del servicio de centro quirúrgico diseñen y/o elaboren programas de educación continua dirigida a los profesionales de salud sobre la prevención de Infección de Sitio Operatorio, para así contribuir a mejorar la calidad de atención al usuario del servicio de centro quirúrgico.

Promover en los profesionales de salud en el servicio de Centro Quirúrgico, que en los Programas de Educación en Servicio, incorporen contenidos en la etapa pre operatoria aspectos referidos a la profilaxis antibiótica, preparación de la piel y las consideraciones para el lavado de manos quirúrgico; en la etapa intra operatoria aspectos referidos a la antisepsia de la zona operatoria y mantenimiento de la glicemia menor a 200 mg; y en la etapa postoperatoria inmediata los contenidos en torno al manejo del dolor post operatorio, uso de métodos de barrera y la importancia del lavado de manos.

Promover a que el personal profesional de la salud elabore guías y/o material de

procedimientos orientado a contribuir a disminuir el riesgo a complicaciones, así como los riesgos a incrementar las infecciones que prolongan la estancia hospitalaria y los

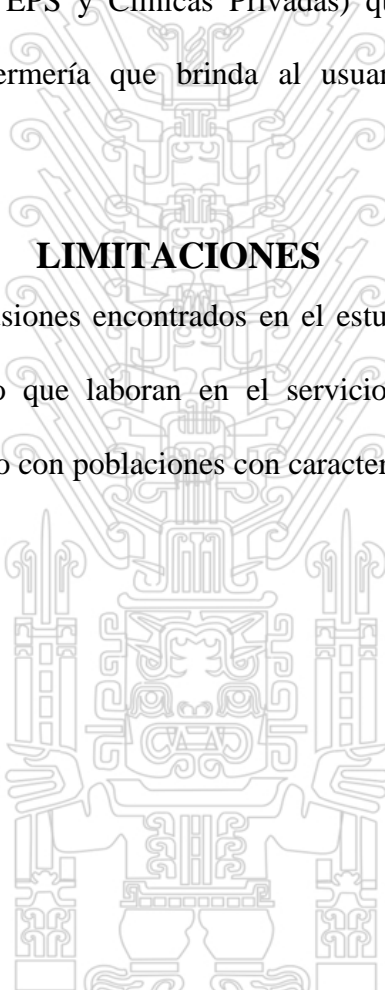
costos.

Realizar estudios en torno a los factores que intervienen en la prevención de infección de Sitio Quirúrgico para que así se implementen medidas para poder contrarrestarlos.

Realizar estudios similares y comparativos en los diferentes servicios de salud (MINSA, Es Salud, FF.AA, EPS y Clínicas Privadas) que puedan repercutir en la calidad de atención de enfermería que brinda al usuario del servicio de centro quirúrgico.

LIMITACIONES

Los resultados y conclusiones encontrados en el estudio solo son generalizables para la población de estudio que laboran en el servicio de centro quirúrgico; sin embargo, puede ser comparado con poblaciones con características similar.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegranzi, B., Nejad, S. B., Combescure, C., Graafmans, W., Attar, H., Donaldson, L., & Pittet, D. (2011). Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 377(9761), 228-241. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610620053>> Consultado: El 4 de Enero de 2017.
- Birgand, G. (2014). Infections du site opératoire: approches originales du diagnostic et de la prévention (Doctoral dissertation, Paris 6). <<http://www.theses.fr/2014PA066123> > Consultado: El 10 de enero del 2017.
- Bombilla, Jacqueline y cano Stefani (2016). Cuidados Emocionales que brindan los enfermeros a los pacientes que serán sometidos a una intervención quirúrgica en una clínica de Lima. Título de segunda especialidad en enfermería en Centro Quirúrgico Especializado. Lima. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5312/Diaz_gd.pdf?sequence=1&isAllowed=y > Consultado: El 17 de Enero del 2017.
- Chávez Yalán, M. E. (2015). Prevalencia de infecciones intra hospitalarias en pacientes post operados en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el 2013. <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1958/1/chavez_me.pdf> Consultado: El 2 de Febrero del 2017.
- Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for prevention of surgical site infection. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee Hospital Infections Program National Center for Infectious Diseases. *Infection control and hospital epidemiology*. [Internet] 1999; 20:247-77. <<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/SSI.pdf>> Consultado: El 6 de Febrero del 2017.
- Coello R, Glenister H, Fereres J, et al. The cost of infection in surgical patients: a case-control study. *J Hosp Infect* 1993; 25:239-250. <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/019567019390110L>> Consultado: 16 de Febrero del 2017.
- Heredia, O. R., Iglesias, N. J., Fuentes, A. T., & Heredia, O. R. (2010). Intervención educativa sobre infección intrahospitalaria. *AMC*, vol.14 (n.2).
- Leaper, D. J., Tanner, J., Kiernan, M., Assadian, O., & Edmiston, C. E. (2015). Surgical site infection: poor compliance with guidelines and care bundles. *International wound journal*, 12(3), 357-362.

Nicho Chávez, C. (2016). Factores que se asocian a infección de sitio operatorio en Tesis publicada con pacientes post operados por apendicectomía convencional en el No olvide citar esta tesis

UNFV

Hospital Nacional Hipólito Unanue durante el periodo enero-julio del 2015.

<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iwj.12243/abstract>> Consultado: El 3 de Marzo del 2017.

Londoño F, Ángela, Morales E, Julián, & Murilla B, Marta. (2011). Características epidemiológicas y factores de riesgo relacionados con la infección en el sitio operatorio en procedimientos de cirugía general. *Revista chilena de cirugía*, 63(6), 559-565.<<https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071840262011000600003&script>> Consultado: EL 15 de Marzo del 2017

Lopez Herrera, S. K. (2017). Conocimiento del profesional de salud en la prevención de infección de sitio quirúrgico en el servicio de Centro Quirúrgico en el INMP Lima-2016.<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5688/Lopez_hs.pdf?sequence=3&isAllowed=y> Consultado: El 24 de Marzo del 2017

Martínez Fernández, L., & Díaz Torres, H. M. (2015). Infección asociada a la atención de salud. *Acta Médica de Cuba*, 16(1).<<http://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2015/acm151f.pdf>> Consultado: El 29 de Marzo del 2017

Ministerio de Salud. (2014). Protocolo de estudio prevalencia de infecciones intrahospitalarias. Lima-Perú: Dirección General de Epidemiología.<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/Protocolo%20Estudio%20de%20Prevalencia_DGE.pdf> Consultado: El 3 de Abril del 2017.

Organización Mundial de la Salud. Reto Mundial en pro de la seguridad del paciente 2005- 2006: Una atención limpia es una atención más segura. OMS Ginebra 2005. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf> Consultado: El 14 de Abril 2017.

Peralta Vargas, C. E., López, A., Díaz Gil, J. R., Rodríguez Montoya, R. M., & Angulo Guzmán, W. R. (2004). Infección de sitio operatorio el servicio de cirugía del Hospital III ESSALUD-Chimbote. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 24(1), 43-49.<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292004000100006> Consultado: El 26 de Mayo del 2017.

SEMPSPH: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública. EPINE: Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. [Online]; 2014 [cited 2015 Julio 22. Available from: <<http://hws.vhebron.net/epine/>> Consultado: El 12 de Junio del 2017.

- Southwell-Keely JP, Russo RR, March L, Cumming R, Cameron I, Brnabic AJ. Antibiotic prophylaxis in hip fracture surgery: a metaanalysis. Clin Orthop. 2004; 419:179-84.
<https://journals.lww.com/corr/Abstract/2004/02000/Antibiotic_Prophylaxis_in_Hip_Fracture_Surgery__A.29.aspx> Consultado: El 22 de Junio del 2017
- Unahualekhaka, H. (2003). Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención de salud. Conceptos básicos de control de infecciones. <http://theific.org/wpcontent/uploads/2014/08/Spanish_ch3_PRESS.pdf> Consultado: El 30 de Junio del 2017
- UNMSM Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé, Lima-Perú trabajo de investigación para optar el título profesional de especialista en enfermería en Centro Quirúrgico autor Lima-Perú 2016<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5312/Diaz_gd.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Consultado: El 6 de julio del 2017
- Vargas, N. I. T. (2013). La enfermera y la visión de seguridad del paciente en el quirófano en aspectos relacionados con la asepsia y la técnica estéril. Avances en enfermería, 31(1), 159-169.<http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012145002013000100015&script=sci_arttext&tlng=pt> Consultado: El 4 de Julio del 2017.
- Wong ES. Surgical site infections. In: Mayhall CG, ed. Hospital Epidemiology and Infection Control. 3rd ed. Baltimore: Lippincott, Williams, and Wilkins; 2004:287–310. <<http://www.publish.csiro.au/hi/pdf/HI02038>> Consultado: El 14 de Julio del 2017> Consultado: El 14 de Julio del 2017
- World Medical Association [Internet]. Fortaleza: World Medical Association; c2013 [citado 2017 Oct 29]. WMA Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/><<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>> Consultado: El 16 de Julio del 2017
- Zamora, M. B., Zamora, D. E. S., & Pérez, V. M. (2015). Infección nosocomial. Un importante problema de salud a nivel mundial. Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio, 62(1), 33-39.<<http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2015/pt151f.pdf>> Consultado: El 26 de Julio del 2017

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

[Documento de Consentimiento informado para estudiantes de medicina humana de la Facultad de Medicina “Hipólito Unanue” de la Universidad Nacional Federico Villarreal que deseen participar del proyecto de investigación titulado “Conocimientos y actitudes sobre medidas de prevención de infección de sitio quirúrgico en personal de salud del servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Hipólito Unanue”.

Universidad Nacional Federico Villarreal

Rodriguez Galindez Mavel

Parte I: Información.

Introducción:

Soy una estudiante de medicina del último año de estudios de la carrera. Actualmente, me encuentro cursando el internado médico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Lo invitaré a participar de un proyecto de investigación, el cual será la Tesis que presentaré para obtener el grado profesional de Médico-Cirujano.

Si hay palabras que no entienda, por favor, no dude en preguntar para explicarle más detalladamente sobre el tema en cuestión.

Propósito:

El principal propósito de este estudio es la obtención de información para estimar la proporción del personal de salud según el nivel de conocimientos y actitudes en medidas de prevención de infección de sitio quirúrgico en el servicio de cirugía general del HNHU.

Tipo de intervención de investigación:

Se usará encuestas para la obtención de la información necesaria para el análisis.

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Selección de participantes:

Se incluirán solamente al personal de salud del servicio de cirugía general de este hospital, al personal de salud que hayan llenado las encuestas a usar correctamente y en todas sus secciones, y a aquellos que firmen el consentimiento informado que se entregará para participar en el presente estudio. Se excluirán del estudio a aquel personal de salud que se encuentre de licencia o descanso médico.

Participación voluntaria:

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo.

Descripción del proceso:

Será solamente un día de intervención a través de una encuesta validada y diseñada, y evaluada en un piloto para obtener la información necesaria a analizar.

Duración:

La investigación durará un aproximado de 10 a 15 minutos, para lo cual se solicita la cooperación de cada uno de ustedes en el momento de la encuesta.

Riesgos:

Al participar en esta investigación no se expone a ningún riesgo ya que esta es completamente anónima y además se tomará todas las medidas de seguridad con respecto a la confidencialidad de los datos a usar.

Beneficios:

Si usted participase de esta investigación ayudara a poder conocer el nivel de conocimientos y actitudes del personal de salud de este servicio de cirugía y contrastar dichos resultados con la frecuencia de infección de sitio quirúrgico que se ha presentado según las estadísticas del hospital.

Confidencialidad:

Toda la información que recojamos para este proyecto de investigación se mantendrá de manera anónima y confidencial. La información personal que recojamos de usted se pondrá fuera de alcance y nadie más que los investigadores tendrán acceso a verla. Así mismo, toda información acerca de usted será anónima y no llevara su nombre en la encuesta.

Derecho a negarse o retirarse:

Usted no tiene que participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará de alguna forma.

A quien contactar:

Si tiene alguna pregunta puede realizarlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde puede contactar a la siguiente persona:

Rodriguez Galindez Mavel / Interna de Medicina de la Universidad Nacional Federico Villarreal en el Hospital Nacional Hipólito Unanue]

Parte II: Formulario de consentimiento

He leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Nombre del participante:**Firma del participante:****Fecha (dd/mm/aaaa):**

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

He sido testigo de la lectura exacta del documento del consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas.

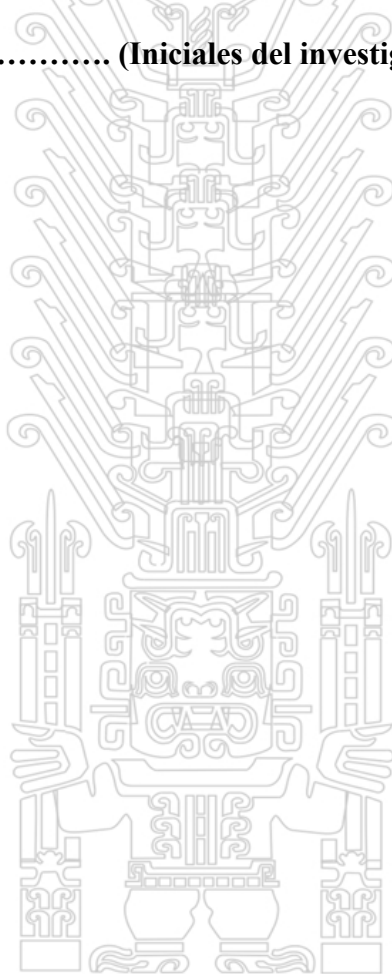
Confirmando que el participante ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador:

Firma del investigador:

Fecha (dd/mm/aaaa):

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado..... (Iniciales del investigador/asistente)



Cuestionario de conocimientos sobre la prevención del sitio quirúrgico (Cunha y Morais, 2012)

Nº Código _____

**A - Para la prevención de la infección del sitio quirúrgico
tasa de cada una de las siguientes afirmaciones con
verdaderas (V) o Falso (F).**

		V	F
A. 1	Las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IACS) son todo tipo de infecciones que pacientes adquieren como resultado de la atención prestada por los profesionales de la salud	43	7
A. 2	Las complicaciones más frecuentes en los pacientes hospitalizados son las infecciones de las vías urinarias.	35	15
A. 3	Las complicaciones más frecuentes en los pacientes hospitalizados son infecciones de la corriente la sangre.	21	29
A. 4	Las complicaciones más frecuentes en los pacientes hospitalizados son las infecciones del sitio quirúrgico.	41	9
A. 5	Las complicaciones más frecuentes en los pacientes hospitalizados son las infecciones respiratorias.	31	19
A. 6	Comités de control de infección (ICC) fueron diseñados para minimizar el riesgo y el control de la infección en los hospitales.	50	0
A. 7	Muchos casos de infecciones hospitalarias se pueden prevenir a través de la implementación de las mejores prácticas basada en la evidencia.	43	7
A. 8	El riesgo de infección se relaciona con aspectos de la preparación preoperatoria.	29	21
A. 9	El riesgo de infección asociado con factores intrínsecos (el paciente, la cirugía en sí).	33	17
A. 10	El riesgo de infección se relaciona con factores intra y postoperatorias.	36	14
A. 11	La infección del sitio quirúrgico no conduce a un aumento de la mortalidad.	19	31
A. 12	La infección del sitio quirúrgico conduce a una prolongación de la hospitalización.	50	0
A. 13	La infección del sitio quirúrgico conduce a un readmisión y, por consiguiente aumento de los costos.	42	8
A. 14	Las cirugías se clasifican de acuerdo a la probabilidad limpio de la exposición a la flora de la paciente y el consiguiente aumento del riesgo.	17	33
A. 15	Las operaciones se clasifican como contaminada limpieza de acuerdo con la probabilidad exposición a la flora del paciente y el consiguiente aumento del riesgo.	22	28
A. 16	Las cirugías no están clasificados como contaminados.	9	41
A. 17	Las operaciones se clasifican como sucio o infectadas de acuerdo con la probabilidad exposición a la flora del paciente y el consiguiente aumento del riesgo.	46	4
A. 18	Las heridas quirúrgicas se pueden clasificar de acuerdo con el grado de contaminación en infectada.	3	47
A. 19	Las heridas quirúrgicas se pueden clasificar de acuerdo con el grado de contaminación potencialmente contaminado.	8	42
A. 20	Las heridas quirúrgicas se pueden clasificar de acuerdo con el grado de contaminación en contaminada.	50	0
A. 21	Las heridas quirúrgicas se pueden clasificar de acuerdo con el grado de contaminación limpia.	50	0
A. 22	La tasa de infección en una herida limpia es un indicador de calidad.	33	17
A. 23	La presencia de diabetes no se considera factor de riesgo importante.	12	38
A. 24	La obesidad es un importante factor de riesgo.	43	7
A. 25	La presencia de la desnutrición se considera factor de riesgo importante.	41	9

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

25			
A. 26	Fumar no se considera factor de riesgo importante.	36	14
A. 27	Las principales fuentes de microorganismos son la flora de la piel y membranas mucosas de la paciente mismo.	24	26
A. 28	Las principales fuentes de microorganismos son los órganos huecos del propio paciente.	49	1

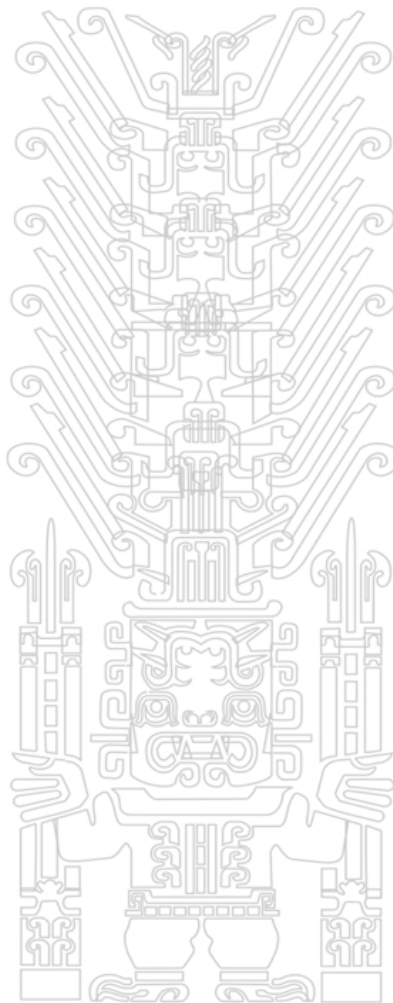
B - Para la prevención de la infección del sitio quirúrgico existen medidas sencillas que se pueden utilizar para limitar el riesgo. Clasificar cada una de las siguientes declaraciones a verdaderas (V) o Falso (F)

		V	F
B.29	Una evaluación completa de todos los usuarios antes de la cirugía disminuye el riesgo de infección de sitio quirúrgico.	41	9
B.30	El aumento de la hospitalización preoperatoria aumenta el riesgo de infección del sitio quirúrgico.	14	36
B.31	La evaluación y el tratamiento de otras infecciones aumentan el riesgo de infección del sitio quirúrgico.	21	29
B.32	La reducción de peso (para los pacientes obesos) reduce el riesgo de infección del sitio quirúrgico.	47	3
B.33	Detener el consumo de tabaco 30 días antes de la cirugía programada disminuye los riesgos de infección del sitio quirúrgico.	32	18
B.34	Control de la hiperglucemia reduce la infección del sitio quirúrgico.	42	8
B.35	La restauración de las defensas del huésped aumenta el riesgo de infección del sitio quirúrgico.	30	20
B.36	El uso de métodos adecuados para la eliminación reduce el riesgo de infección del sitio quirúrgico.	27	23

C - Los estados que siguen se refieren a las medidas preventivas relativas a las condiciones de los pacientes y el preoperatorio. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
C.37	El tiempo de hospitalización preoperatoria debe ser lo más corto posible.	42	8
C.38	Las comorbilidades deben ser compensadas antes de la cirugía.	50	0
C.39	Siempre se debe esperar a que sea posible la curación de heridas en la piel anterior.	37	13
C.40	El control glucémico debe ser apropiado para valores > 200 mg / dl.	46	4
C.41	Es importante apoyo nutricional para los pacientes desnutridos, así como la pérdida de peso para obesos.	50	0
C.42	El consumo de tabaco se debe suspender al menos 30 días antes de la cirugía electiva.	39	11
C.43	El baño completo antes de la operación se debe realizar antes de la remisión a la Bloquear Cirugía, preferiblemente con jabón suave asociado con un antiséptico.	34	16

C.44	El afeitado debe realizarse, preferiblemente máquina eléctrica el día antes de la cirugía.	12	38
0.45	El afeitado con máquina eléctrica puede conducir a la aparición de lesiones micro y colonización indeseable.	47	3
C.46	Cuando los antibióticos se administran de forma profiláctica para prevenir la infección debe ser administrado dentro de los 90 minutos antes de la incisión.	48	2



D - Los estados que siguen se refieren a medidas preventivas sobre intra-operatoria. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
D.47	Las puertas de las salas de operaciones deben mantenerse cerradas excepto para el paso de equipo, personal o usuario.	48	2
D.48	Las joyas y ornamentos siempre deben ser removidos antes de la entrada a la sala de operaciones.	50	0
D.49	El hecho de que el dispositivo médico se esteriliza, no garantiza de por sí que en el momento de su uso sigue estando estéril.	43	7
D.50	máscaras de protección se deben cambiar cada 5 horas de uso, o de acuerdo con datos del fabricante.	21	29
D.51	La enfermera circulante es parte del equipo estéril.	17	33
D.52	La máscara no es necesaria la elaboración de las tablas.	5	45
D.53	Es derecha para moverse entre las salas de operaciones.	32	18
D.54	Los circulantes controles de enfermería y limita la circulación de personas en el curso de la cirugía.	39	11
D.55	Utilizando la técnica de "circuito no cruzada" y "No Touch Antiseptic Technique (ANTT)" no son parte de las habilidades de enfermería matronales.	32	18
D.56	lista de verificación de seguridad quirúrgica se presenta como una medida para tratar de resolver los problemas de seguridad importantes en el quirófano; prácticas de seguridad anestésicos adecuados, infecciones la comunicación quirúrgica e inadecuada evitables entre el equipo.	46	4
D.57	Dentro de la sala de operaciones, la hipotermia no es una preocupación para el equipo.	29	21
D.58	Antisepsia de la zona a ser operado y se mantiene en una forma circular concéntrico, y debe tener longitud suficiente en caso de necesidad de aumentar la incisión o desagues PUT.	37	13
D.59	Contrariamente a lo que pudiera pensarse, el cuerpo humano no es una fuente importante de contaminación Microbiana en BO.	27	23
D.60	La duración de la cirugía no influye en la infección de la herida quirúrgica sitio / quirúrgica.	19	31

E - Las declaraciones que a continuación se refieren a las medidas preventivas en relación con el período postoperatorio. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
E.61	La incisión principalmente cerrado con la servilleta técnica estéril y aséptica deben ser protegidos durante las primeras 48 horas.	48	2
E.62	La ejecución del apósito a la zona de la herida / quirúrgica no requiere una técnica aséptica.	36	14
E.63	La ejecución del apósito no tiene que llevarse a cabo en la propia habitación.	27	23
E.64	La higiene de manos debe realizarse antes y después de la finalización del apósito, teniendo en cuenta 5 veces.	50	0
E.65	El vendaje debe ser protegido durante el baño.	42	8
E.66	El momento de la ejecución del movimiento de vestir de las personas debe ser evitado.	21	29
E.67	La solución fisiológica utilizada en la ejecución apósito no debe ser de un solo uso.	17	33
E.68	El control de la glucosa en la sangre es esencial, especialmente en la cirugía post-operatorio corazón.	38	12
E.69	El uso de guantes es prescindible en la ejecución del apósito a la zona de la herida / quirúrgica.	48	2

F - Los estados que siguen se refieren a la vigilancia epidemiológica. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
F.70	La vigilancia epidemiológica (VE) debería abordar el aumento del riesgo de los usuarios adquirir IACS.	36	14
F.71	VE debe centrarse en las infecciones más graves y en la que se sabe que prevenir.	41	9
F.72	VE no debería incluir un análisis de la extensión de la infección y los costes.	17	33
F.73	El seguimiento postoperatorio debe entender los 30 días y puede ir hasta 12 meses si los hubiere material protésico ha sido implantado durante la cirugía.	38	12
F.74	La VE infección del sitio de la herida quirúrgica / quirúrgica sólo se estudia adecuadamente una adecuada coordinación entre los hospitales y los miembros de los distintos niveles de atención (atención primaria de salud, Red de Cuidado Continuo Integrado)	37	13
F.75	El VE no es responsable de la toma de conciencia de los profesionales sanitarios para adoptar medidas de control de la IACS.	21	29
F.76	El VE no es responsable de la mejora de la calidad de la recogida de datos y el registro datos.	18	32
F.77	Cada unidad de salud debe desarrollar un Manual de Buenas Prácticas en Prevención y Control de la infección.	44	6
F.78	La VE es responsabilidad de Control de la infección de la Comisión (CCI).	38	12
F.79	Desde 1996, se requiere que todos los establecimientos de salud públicos y privados para designar y operar la CPI.	40	10
F.80	La CPI debe tener una enfermera a tiempo completo para una capacidad de entre 110 y 140 camas.	31	19

G - Los estados a continuación se refieren a la clasificación de la infección quirúrgica local. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
G.81	La infección incisión superficial es uno que se produce 30 días después de la cirugía.	13	37
G.82	La infección de la herida sitio quirúrgico / quirúrgico frena la síntesis de colágeno y estimula su degradación	42	8
G.83	La fase inflamatoria se prolonga por la infección y se evita la epitelización.	48	2
G.84	El efecto tóxico de las células microorganismos lesa esenciales en el proceso de curación.	32	18
G.85	Estamos frente a la infección de la herida quirúrgica sitio / quirúrgica cuando hay drenaje incisión purulenta.	48	2

H - Los estados que siguen se refieren a la antisepsia. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
H.86	La povidona no interfiere con la función tiroidea.	11	39
A.87	La povidona yodada es una segunda elección antiséptico.	26	24
H.88	La povidona yodada es un germicida rápido y potente.	43	7
H.89	El peróxido de hidrógeno o peróxido de hidrógeno no se someten a una neutralización rápida con tejidos.	38	12
H.90	La clorhexidina pertenece al grupo de los compuestos halogenados.	41	9
H.91	El fenol se utilizó en el pasado para esterilizar instrumentos quirúrgicos y campo quirúrgico Las manos del cirujano.	37	13
H.92	Ellos son adecuados para las formulaciones antisépticas de desinfección que contienen 10% polivinilpirrolidona-yodo (povidona yodada)	43	7
H.93	Ellos son adecuados para las formulaciones antisépticas de desinfección que contienen 4% Clorhexidina.	48	2
H.94	Ellos son adecuados para las formulaciones antisépticas de desinfección que contienen 3% hexaclorofeno.	41	9
H.95	El peróxido de hidrógeno es una acción germicida muy potente.	38	12

I - H - Los datos siguientes se refieren a la infección por anaerobios. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
I.96	No se sospecha de infección por anaerobios cuando hay tejido necrótico o formación de abscesos.	13	37
I.97	No se sospecha infección cuando hay infecciones anaerobias con rotura de puente mucosa.	21	29
I.98	No sospechamos de la infección por anaerobios cuando no hay mal olor.	16	34
I.99	No sospechamos de la infección por anaerobios cuando hay gas en los tejidos.	30	20
I.100	No sospechamos de la infección por anaerobios cuando hay crecimiento laboratorio.	19	31

J - Los estados que siguen se refieren a la planificación y la limpieza de una sala de tratamiento. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
J.101	En la planificación de una sala de tratamiento deben evaluar los riesgos microbiológicos y programar las evaluaciones ambientales periódicas.	43	7
J.102	En la planificación de una sala de tratamiento se deben instalar sistemas de ventilación presión positiva y desinfección de superficies diarias programas y suelo.	41	9
J.103	Una sala de tratamiento debe lavarse las superficies con agua y jabón y luego desinfectar.	48	2
J.104	Una sala de tratamiento debe desinfectar la superficie sin lavar con alcohol antes.	38	12
J.105	Las esporas mueren superficies solamente con lavado de hipoclorito de sodio.	43	7

K - Las reivindicaciones a continuación se refieren a la clasificación y los procedimientos para la herida quirúrgica. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
K.1 06	Cuando el tratamiento de una herida debe utilizar las precauciones universales.	39	11
K.1 07	Cuando el tratamiento de una herida debe realizar las cinco momentos de lavado de manos.	50	0
K.1 08	Cuando el tratamiento de una herida no usar guantes, lavarse las manos solamente.	28	22
K.1 09	La herida limpia es la que tiene <12 horas, con el deterioro obvio.	37	13
K.1 10	La herida limpia es la que tiene <12 horas sin aparente contaminación	41	9
K.1 11	La herida es claro que con la presencia de colonias bacterianas > tejido 105g.	36	14

L - Una mujer de 47 años de edad, es después de una histerectomía total para el carcinoma del útero. El día antes de la vagina se lavó con solución de povidona yodada. En preoperatoria de la piel se prepara con povidona yodada, y la vagina se lava de nuevo. Valorar cada uno con verdadera (V) o Falso (F).

		V	F
L.11 2	La herida será una herida contaminada.	22	28
L.11 3	La herida será una herida sucia.	11	39
L.11 4	Su herida es una herida limpia-contaminada.	46	4
L.11 5	Su herida es una herida crónica	23	27

M - Un hombre de 22 años de edad acude a la eliminación de un brazo de lipoma. La herida se cerró con sutura absorbible en las suturas musculares y del monofilamento. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
M.1 16	El "tiempo" para eliminar la sutura es de 3-5 días.	26	24
M.1 17	El "tiempo" para eliminar la sutura es cuando la fase inflamatoria ha terminado.	39	11
M.1 18	El "tiempo" para eliminar la sutura es de 7-10 días.	42	8
M.1 19	El "tiempo" para eliminar la sutura no debe ser antes de 21 días.	9	41

C - Las reivindicaciones que siguen se refieren a las etapas de curación, y los factores que influyen en la cicatrización de la herida quirúrgica. Valorar cada uno con verdaderas (V) o Falso (F).

		V	F
N.1 20	La curación de heridas implica la fase hemostático.	17	33
N.1 21	La curación de heridas implica la fase inflamatoria.	25	25
N.1 22	La curación de heridas implica la fase proliferativa.	38	12
N.1 23	La cicatrización de la herida no contiene la fase de remodelación	22	28
N.1 24	La fase hemostático implica vasoconstricción.	37	13
N.1 25	La fase hemostático implica la activación de vías de la coagulación.	39	11
N.1 26	La fase hemostático implica la activación de plaquetas.	32	18
n.1 27	El paso hemostático implica la formación de una matriz provisional y el reclutamiento de otra elementos celulares.	41	9
n.1 28	fase inflamatoria temprana se pretende aislar o destruir los agentes invasores.	43	7
n.1 29	La fase inflamatoria temprana se pretende limpiar la herida mediante la eliminación de restos de células desvitalizadas y tejidos.	46	4
N.1 30	Última fase inflamatoria pretende aislar o destruir los agentes invasores.	48	2
N.1 31	Ultima fase inflamatoria está destinado a promover un entorno favorable para la proliferación macrófagos.	50	0
N.1 32	Los factores locales que afectan a la curación se enrollan características.	38	12
N.1 33	Los factores locales que afectan a la curación, son enfermedades crónicas.	41	9
N.1 34	Los factores locales que afectan a la curación incluyen el uso de drogas.	36	14
N.1 35	La anemia es un factor locales que afectan a la cicatrización de heridas.	48	2
N.1 36	La extensión de la herida es un factor locales que afectan a la cicatrización de heridas.	42	8
N.1 37	La tensión de oxígeno es un factor locales que afectan a la cicatrización de heridas.	39	11
N.1 38	La presencia de infección en la herida es un factor locales que afectan a la cicatrización de heridas.	36	14
N.1 39	La edad es un factor que afecta a la curación sistémica.	32	18
N.1 40	La presencia de tejido necrótico es un factor sistémica que afecta a la curación	41	9
N.1 41	La nutrición es un factor sistémico que afecta a la curación.	47	3
N.1 42	perfusión tisular es un factor sistémica que afecta a la cicatrización de heridas.	37	13
N.1 43	El enfriamiento es un factor sistémica que afecta a la cicatrización de heridas	28	22
N.1 44	El alcohol es un factor sistémica que afecta a la cicatrización de heridas.	16	34

N.1 45	El tabaquismo es un factor sistémica que afecta a la cicatrización de heridas.	43	7
-----------	--	----	---

Llegamos al final del cuestionario, gracias por su participación.

