# ESCUELA POLITÉCNICA NACIONAL

## FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS

# PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA PARA LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL SERVICIO DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA. QUITO. 2008.

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN GERENCIA**

**DE SERVICIOS DE SALUD**

**MARÍA TERESA CARVAJAL SÁNCHEZ**
**teresa-carvajal@hotmaill.com**

**DIRECTOR: DR. CÉSAR IZQUIERDO MOSQUERA MBA**
**cizquierdo@ecnet.ec**

**Quito, marzo de 2009**

# DECLARACIÓN

Yo María Carvajal, declaro que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Escuela Politécnica Nacional, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su Reglamento y por la normatividad institucional vigente.

**María Teresa Carvajal Sánchez**

# CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue desarrollado por María Teresa Carvajal Sánchez, bajo mi supervisión.

**Dr. César Izquierdo Mosquera MBA**

**DIRECTOR**

## AGRADECIMIENTO

*A Dios, por ser guía en mí caminar,* por no dejarme caer nunca y hacerme ver que siempre hay un mañana.

A mi Familia por ser siempre la que me dio el apoyo y la fuerza para seguir adelante y lograr este sueño.

A mi director de tesis, Dr. César Izquierdo, por todo el apoyo que me brindó, por sus sabios consejos, *por sus orientaciones.*

*A mis Profesores, quienes me brindaron el pan de la enseñanza.*

A mis amigas por enseñarme que todo es posible si uno lo quiere.

*Teresa*

# DEDICATORIA

A mi esposo Miguel Ángel por el apoyo y optimismo que siempre me impulsó a seguir adelante.

A mis hijos Elizabeth y Miguel Estuardo

Razón de mi ser y sentido de mi vida, y recuerden que siempre les llevare en mi corazón. Ojalá pueda servirles de ejemplo con la esperanza de que verán un mundo mejor.

# INDICE


**CAPITULO I**..... **1**

1. INTRODUCCIÓN..... **1**

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... **3**

1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA..... **4**

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... **5**

1.3.1 OBJETIVO GENERAL..... **5**

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... **5**

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO..... **6**

1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA..... **6**

1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA..... **7**

1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA..... **8**

1.5 HIPÓTESIS..... **8**

1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS..... **9**

**CAPITULO II**..... **10**

2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL..... **10**

2.1 MARCO TEÓRICO..... **10**

2.1.1 EPIDEMIOLOGÍA..... **10**

2.1.2 VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS..... **12**

2.1.2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES..... **12**

2.1.2.2 CADENAS DE TRANSMISIÓN DE LA INFECCIÓN..... **13**

2.1.2.3 MODOS DE TRANSMISIÓN..... **14**

2.1.2.4. ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES SON:..... **15**

2.1.2.5 FACTORES QUE FAVORECEN LA INFECCIÓN..... **16**

2.1.2.6 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (VEIIH)..... 17

2.1.2.7 LA VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICOS..... 18

2.1.3 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS..... 18

2.1.3.1 CLASIFICACIÓN DE LAS INFECCIONES (SITIO DE INFECCIÓN)..... 19

2.1.3.2 FACTORES DEL EMBARAZO,PARTO Y DEL ALUMBRAMIENTO QUE INFLUYEN EN LAS PROBABILIDADES DE INFECCIÓN PUERPERAL ..... 24

2.1.4 FACTORES DE RIESGO HOSPITALARIO..... 26

2.2 MARCO CONCEPTUAL..... 28

**CAPITULO III**..... 29

3 DIAGNOSTICO SITUACIONAL..... 29

3.1 CONTEXTO NACIONAL HOSPITALARIO..... 29

3.1.1 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000, 2006..... 30

3.1.1.1 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000 Y 2006……
3.1.1.2 NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000 Y 2006…… 31
3.1.1.3 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000 Y 2006…… 32
3.1.2 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD AÑOS 1996 Y 2006…… 33
3.1.2.1 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, AÑOS 1996 Y 2006…… 34
3.1.2.2 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN SECTOR, AÑOS 1996 Y 2006…… 35
3.1.2.3 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN ENTIDAD, AÑOS 1996 Y 2006…… 36
3.1.3 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006…… 38
3.1.4 NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006…….. 40
3.1.5 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1996 Y 2006…… 42
3.1.6 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006 (LISTA ÚNICA DE 298 CAUSAS-CIE-10)…….. 44
3.1.7 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006…… 46
3.1.8 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006…….. 48
3.1.9 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2006…… 50
3.2 CONTEXTO DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO…… 52
3.2.1 ESTRUCTURA POBLACIONAL…… 52
3.3 DIAGNÓSTICO HOSPITAL GINECO-OBSTETRICO ISIDRO AYORA…… 55
3.3.1 VISIÓN…… 55
3.3.2 MISIÓN…….. 55
3.3.3 VALORES…… 55
3.3.4 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA…….. 56
3.3.5 INFORMACIÓN GEOGRÁFICA…….. 59
3.3.6 CONDICIONES AMBIENTALES…… 59
3.3.7 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO…… 60
3.3.8 ESTRUCTURA FÍSICA…… 61
3.3.9 RECURSOS TECNOLÓGICOS DEL HGOIA…….. 62
3.3.10 RECURSOS HUMANOS…… 63
3.3.11 SISTEMA DE INFORMACIÓN…… 63
3.3.12 RECURSOS LOGÍSTICOS…… 64
3.3.13 GESTIÓN…… 64
3.4 ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD DEL HGOIA…… 65

| | | |
|---|---|---|
| 3.4.1 | NÚMERO DE PACIENTES EGRESADOS EN EL HGOIA EN EL 2006…….. | 65 |
| 3.4.2 | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AÑO 2007……. | 67 |
| 3.4.3 | PORCENTAJE DE OCUPACIÓN POR ESPECIALIDAD…….. | 68 |
| 3.4.4 | MORBILIDAD SEGÚN EGRESOS AÑO 2005 EN PATOLOGÍA OBSTÉTRICA | 69 |
| 3.4.5 | DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA…… | 70 |
| 3.4.6 | INDICADORES HOSPITALARIOS 2007…….. | 72 |
| 3.4.6.1 | GIRO DE CAMAS…….. | 72 |
| 3.4.6.2 | PROMEDIO DÌAS PACIENTES…… | 73 |
| 3.4.6.3 | PORNCENTAJE DE OCUPACIÓN…… | 74 |
| 3.4.6.4 | PROMEDIO DÍASESTADA…….. | 75 |
| 3.4.6.5 | PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPÒNIBLES…… | 76 |
| 3.4.6.6 | PROMEDIO DIARIO EGRESOS…….. | 77 |
| 3.4.7 | PARTOS NORMALES, CESÁREAS Y ABORTOS POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN EGRESOS AÑO 2007 EN EL HGOIA…… | 78 |
| 3.4.8 | TOTAL PARTOS HOSPITAL AÑO 2007…….. | 79 |
| 3.4.9 | TOTAL ABORTOS HOSPITAL AÑO 2007…… | 80 |
| **CAPITULO IV**…… | | 81 |
| 4 | PROGRAMA…….. | 81 |
| 4.1 | ORGANIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA…….. | 82 |
| 4.1.1 | LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA SE REALIZARAN DE LA SIGUIENTE FORMA…….. | 83 |
| 4.1.2 | CARACTERÍSTICAS DE LA VEIIH…… | 84 |
| 4.1.3 | ORGANIZACIÓN DE UN COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS… | 85 |
| 4.1.4 | FUNCIONES DEL COMITÉ…… | 86 |
| 4.1.5 | PARÁMETROS A TENER EN CUENTA POR EL COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS…….. | 87 |
| 4.1.6 | LAS NORMAS DEL CONTROL DE INFECCIONES…….. | 88 |
| 4.2 | ACTIVIDADES DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES…… | 89 |
| 4.2.1 | VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES…… | 90 |
| 4.2.2 | CONTROL DEL MEDIO AMBIENTE…….. | 93 |
| 4.2.3 | SALUD DEL PERSONAL…… | 93 |
| 4.2.4 | CONTROL MICROBIÓLOGICO…… | 94 |
| 4.2.5 | MEDIDAS DE AISLAMIENTO…… | 94 |
| 4.2.6 | EDUCACIÓN CONTINÚA…… | 96 |
| 4.3 | MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES…….. | 96 |
| 4.3.1 | PRECAUCIONES ESTÁNDAR…….. | 97 |
| 4.3.2 | ADOPCIÓN DE MEDIDAS HIGIÉNICAS, LAVADO DE MANOS…….. | 98 |
| 4.3.2.1 | PROTOCOLO DEL LAVADO DE MANOS…… | 99 |

| | | |
|---|---|---|
| 4.3.2.1.1 | LAVADO DE MANOS SOCIAL…….. | 99 |
| 4.3.2.1.2 | LAVADO DE MANOS ANTISÉPTICO…….. | 100 |
| 4.3.2.13 | LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO…… | 101 |
| 4.3.3 | USO DE BARRERAS ADECUADAS: EQUIPO PROTECTOR……. | 103 |
| 4.3.4 | MEDIDAS PARA PREVENIR INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO……. | 106 |
| 4.3.5 | MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS……. | 108 |
| 4.3.6 | PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO…… | 110 |
| 4.3.6.1 | ELECCIÓN DEL SITIO DE PUNCIÓN…….. | 110 |
| 4.3.6.2 | PREPARACIÓN DEL SITIO DE PUNCIÓN……. | 111 |
| 4.3.6.3 | INSTALACIÓN Y FIJACIÓN DEL CATETER…… | 111 |
| 4.3.6.4 | MATENIMIENTO DEL CATETER…….. | 111 |
| 4.3.7 | VIGILANCIA DE EXPOSICIONES LABORALES EN TRABAJADORES DE LA SALUD…….. | 112 |
| 4.3.8 | ESTRATEGÍAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES……. | 114 |
| 4.4 | CONCLUSIÓNES Y RECOMENDACIONES……. | 116 |
| 4.4.1 | CONCLUSIONES…… | 116 |
| 4.4.2 | RECOMENDACIONES…… | 117 |
| 4.5 | BIBLIOGRAFÍA…… | 118 |
| 4.6 | ANEXOS…….. | 121 |
| 4.6.1 | INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS……. | 121 |
| 4.5.2 | CAPACITACIÓN…… | 126 |
| 4.6.3 | MAPA DE REISGOS DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA…… | 137 |

## INDICE DE TABLAS


| | | |
|---|---|---|
| 1 | NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000 Y 2006……. | 30 |
| 2 | NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000 Y 2006…….. | 31 |
| 3 | NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIOS SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000 Y 2006…… | 32 |
| 4 | NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, AÑOS 1996 Y 2006…….. | 34 |
| 5 | NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN SECTOR, AÑOS 1996 Y 2006……. | 35 |
| 6 | NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN ENTIDAD, AÑOS 1996 Y 2006……. | 36 |
| 7 | NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006 | 38 |
| 8 | NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006……. | 40 |
| 9 | NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1996 Y 2006……. | 42 |
| 10 | DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006 (LISTA ÚNICA DE 298 CAUSAS-CIE-10)…….. | 44 |
| 11 | DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006……. | 46 |
| 12 | DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006……. | 48 |
| 13 | DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2006……. | 50 |
| 14 | PROYECCIÓN HABITANTES DE QUITO AÑO 2006…….. | 52 |
| 15 | POBLACIÓN DE QUITO SEGÚN EDAD…….. | 53 |
| 16 | NÚMERO DE PACIENTES EGRESADOS EN EL HGOIA EN EL 2006……. | 65 |
| 17 | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AÑO 2007……. | 67 |
| 18 | PORCENTAJE DE OCUPACIÓN POR ESPECIALIDAD……. | 68 |
| 19 | MORBILIDAD SEGÚN EGRESOS AÑO 2005 EN PATOLOGÍA OBSTÉTRICA…….. | 69 |
| 20 | DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA……. | 70 |
| 21 | PARTOS NORMALES, CESÁREAS Y ABORTOS POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN EGRESOS AÑOS 2007 EN EL HGOIA……. | 78 |
| 22 | TOTAL PARTOS HOSPITAL AÑO 2007……. | 79 |
| 23 | TOTAL ABORTOS HOSPITAL AÑO 2007…….. | 80 |

## INDICE DE GRÁFICOS


| | | |
|---|---|---|
| 1 | NÚEMRO DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS SEGÚN REGIONES AÑOS, 1996, 2000 Y 2006……. | 30 |
| 2 | NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000 Y 2006……. | 31 |
| 3 | NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIOS SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000 Y 2006…… | 33 |
| 4 | NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, AÑOS 1996 Y 2006…….. | 34 |
| 5 | NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN SECTOR, AÑOS 1996 Y 2006……. | 35 |
| 6 | NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN ENTIDAD, AÑOS 1996 Y 2006……. | 37 |
| 7 | NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006 | 39 |
| 8 | NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006……. | 41 |
| 9 | NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1996 Y 2006…….. | 43 |
| 10 | DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006 (LISTA ÚNICA DE 298 CAUSAS-CIE-10)…….. | 45 |
| 11 | DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006……. | 47 |
| 12 | DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006……. | 49 |
| 13 | DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2006…….. | 51 |
| 14 | NÚMERO DE PACIENTES EGRESADOS EN EL HGOIA EN EL 2006…….. | 66 |
| 15 | INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AÑO 2007……. | 67 |
| 16 | MORBILIDAD SEGÚN EGRESOS AÑO 2005 EN PATOLOGÍA OBSTÉTRICA…….. | 69 |
| 17 | DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA……. | 71 |
| 18 | GIRO DE CAMAS…….. | 72 |
| 19 | PROMEDIO DÍAS PACIENTES……. | 73 |
| 20 | PORCENTAJE DE OCUPACIÓN…….. | 74 |
| 21 | PROMEDIO DÍAS ESTADA……. | 75 |
| 22 | PROMEDIO DIARIO DE CAMAS DISPONIBLE……. | 76 |
| 23 | PROMEDIO DIARIO EGRESOS…….. | 77 |
| 24 | TOTAL PARTOS HOSPITAL AÑO 2007…….. | 79 |
| 25 | TOTAL ABORTOS HOSPITAL AÑO 2007……. | 80 |

# RESUMEN

El presente trabajo busca construir un programa de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias, en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, para lo cual se cuenta con elementos teóricos que serán de gran utilidad, para realizar las medidas de prevención y control, a fin de optimizar la calidad de la atención al usuario; el trabajo consta de 4 capítulos:

El capítulo I contiene el planteamiento del problema, los objetivos que me permitirán bajar los índices de morbilidad a fin de mejorar la atención y satisfacer las necesidades de usuarios internos y externos.

En el capítulo II se expone la fundamentación científica del desarrollo del Marco Teórico Conceptual, el mismo que se realizó mediante la revisión bibliográfica, también se presenta el análisis de Diagnóstico situacional, el mismo que se encuentra enfocado en los diferentes contextos, tales como el Nacional, del Distrito metropolitano de Quito, del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora; en el se abordan además aspectos sobre perfil epidemiológico de la población. El análisis de productividad contiene los antecedentes históricos del Hospital e indicadores hospitalarios.

En el capítulo III, se encuentra el desarrollo del Programa de vigilancia para las infecciones intrahospitalarias. El objetivo fundamental por el cual se instituyó el control de las infecciones en los hospitales fue el de garantizar la calidad de la atención médica, con un mínimo de riesgo para los demás pacientes, el personal hospitalario y sus familiares o dependientes.

El contenido del capítulo tal vez permite definir y desarrollar las estrategias que debe emprender el hospital con el fin de lograr los objetivos acorto, mediano y largo plazo.

En el capítulo IV, se presenta algunas medidas para la prevención y control de infecciones nosocomiales más frecuentes.

Con el propósito de que se apliquen las medidas sin perder de vista la humanización del cuidado y tomando en cuenta aspectos éticos tales como el respeto a la dignidad de la persona y el respeto a la vida humana.

# ABSTRAC

The present work try to construct a program of vigilance of the hospital infections, in the Isidro Ayora. Gineco Obstétrico Hospital, he count with theoric elements that will be useful, to make prevention and control with end of optimism the quality of attention of the patient . It have fourth chapter.

The chapter one, have the putting of problem, the objectives that of to permit, down the index of softness with the end of improves the attention and to satisfy the needs, of internal and external patient.

In the chapter two to expose the scientific foundation, of development of conceptual theoric frame, the same that realize for bibliographic review, also to present the analysis of Situational Diagnose, the same that is focalize in the context different, that the national.

Of Metropolitan District of Quito, of Isidro Ayora Gineco-obstetrico Hospital; here to board aspects about profile epidemiology of the habitants, the analysis of productive has the element the historics antecedents of Hospital and your indicators.

In the third chapter, is the development of Vigilance Program from the infections Intrahospitalarias?

The fundamental objective the control of the infections in the hospitals has guarantee the quality of the medical attention, with one minimum of risk to the other patients, the hospitalary personal and their family or clerks.

The contain of the chapter maybe permit define and development the strategys that debit to undertake the hospital with the end of gain the objectives a short, medium or large time.

In the fourth chapter, have same measure for the prevention y control of much frequency nosocomial infections.

With the purpose of apply without to lose of view the humanization of the care and take count aspect ethics that the respect of the person dignity and the respect of the human life.

# PRESENTACIÓN

El Programa de vigilancia epidemiológica para las infecciones intrahospitalarias en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, está orientado a establecer parámetros que servirán de guía para los trabajadores de la salud, además de garantizar los servicios oportunos e integrales con equidad y calidad logrando incrementar la productividad y competitividad de la institución.

Se espera que este programa, permita unificar criterios en los profesionales que tienen el compromiso de asegurar la efectividad de los servicios de salud, optimizando la atención al usuario y protegiendo al mismo de agentes externos que le causen enfermedad.

La capacitación busca actualizar conocimientos, modificar las prácticas en la atención de pacientes y actitudes de trabajo, procurando siempre que los contenidos del programa sean consistentes.

La información puede ser complementada con material didáctico (Literatura, conferencias, etc.) Para adaptarse a la realidad de cada establecimiento, a fin de que se convierta en un material de apoyo y sirva como norma de referencia de aquellos profesionales de la salud que estén interesados en proporcionar un ambiente libre de riesgos, al personal, al usuario(a), familia y comunidad.

# CAPITULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

Se conoce con la denominación de infecciones intrahospitalarias (IIH) o nosocomial a las infecciones que se adquieren en el hospital en contraposición a las adquiridas en el ámbito comunitario. Una infección se considera nosocomial cuando no está presente ni se está incubando microorganismos en el momento en que un usuario ingresa a un hospital o en una institución cerrada, pero sí, en cambio, las que se manifiestan al egreso del paciente, si el contagio se produjo durante el período de hospitalización.

Cualquier enfermedad infecciosa que se transmita directa o indirectamente de persona a persona tiene el potencial de convertirse en una infección nosocomial.
Las infecciones que se desarrollan en un hospital a partir de microorganismos presentes en la flora normal o a partir de microorganismos que normalmente no son patógenos y que están presentes en el ambiente hospitalario, invadiendo a un paciente susceptible.

La importancia de las IIH fue instituida por varios médicos y cirujanos ilustres, incluso antes de que se lograse aislar la primera bacteria. Posteriormente durante los primeros años de la era antibiótica, se llegó a pensar que podrían ser totalmente erradicadas. Sin embargo, esto no fue así, sino que cuantitativamente fueron en aumento y experimentaron cambios etiológicos sustanciales, de forma gradual hasta la actualidad.

Desde hace varios años algunos países latinoamericanos cuentan con programas de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias, que les permite tener una información pertinente y actualizada sobre las mismas.

En la actualidad se busca construir un sistema de vigilancia de las IIH, dotando de los instrumentos operativos necesarios a nivel local.

El sistema propuesto es dinámico y puede ser complementado para adaptarse a la realidad de cada establecimiento, así, el documento presenta los procedimientos de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias con la intención de ser aplicado como Norma de Referencia.

El control de infecciones nosocomiales requiere del conocimiento preciso de cómo ocurre la interacción de factores en la producción de las mismas, sin embargo no importa cuán efectivo sea este control, existe un porcentaje de infecciones variables de acuerdo al hospital que no puede ser prevenida.

En nuestro medio discrepamos con mucho de esta etapa de incidencia inevitable de infecciones adquiridas en el hospital, por lo que nuestro esfuerzo debe ser dirigido a la prevención y con ello disminuir las tasas de incidencia de las mismas.

El objetivo fundamental por el cual se instituyó el control de las infecciones en los hospitales fue el de garantizar la calidad de la atención médica, con un mínimo de riesgo para los demás pacientes y el personal hospitalario.

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un importante problema de salud no sólo para pacientes, sino también para la comunidad y el Estado.

En estudios realizados a nivel mundial, se estima que de un 5 a 10 % de los pacientes que ingresan en un hospital, adquieren una infección que no estaba presente, o incubándose, en el momento de su llegada al mismo.

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las infecciones nosocomiales son un problema a nivel mundial, ya que no solo afecta a usuarios internos y externos sino también a su familia, comunidad y al Estado.

La Organización Mundial de la Salud estableció en Ginebra la primera unidad de vigilancia epidemiológica (1965).Desde 1970 la O.M.S. expandió la vigilancia para incluir una gama más amplia de problemas de salud pública (1992) Al final del siglo se reconoce a la vigilancia en salud pública como una de las funciones esenciales de la salud pública.

El Ecuador no es ajeno a éste movimiento ya que se están realizando esfuerzos orientados a la vigilancia, control y prevención de las infecciones intrahospitalarias (IIH)

En el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora no se ha establecido un sistema de Vigilancia epidemiológica, por lo que causa una gran preocupación en el servicio de Patología Obstétrica, en donde alrededor de 3% de las infecciones nosocomiales se asocian a los altos índices de morbilidad tanto de usuarios internos y externos.

No existen normas ni estándares de atención para la prestación de servicios, prolongando la estancia hospitalaria. El costo de la atención de un paciente con infección nosocomial es, en promedio más de cuatro veces que lo esperado en pacientes con enfermedades similares, pero sin infección nosocomial.

La falta de un sistema de registros, información, comunicación rápida al directorio y personal de salud de las infecciones intrahospitalarias impiden tomar decisiones oportunas para su prevención.

La ausencia de un programa de capacitación permanente de todo el personal de

Salud sobre el cumplimiento de las normas de higiene hospitalarias provoca el aumento de las infecciones nosocomiales causando insatisfacción de usuarios internos y externos.

Según la Norma No 1 del año 2006, época en la cual fue Ministro de Salud Pública el Dr. Guillermo Wagner, la Vigilancia Epidemiológica de infecciones intrahospitalarias era de cumplimiento obligatorio para el personal de salud.

En el servicio de Patología Obstétrica no existe un comité de vigilancia epidemiológica, que sea responsable de la organización de un sistema de control, vigilancia y prevención de la infección en el hospital, lo que impide tener estrategias para el control de la infección a través de reuniones periódicas que permitan la toma de decisiones acertadas.

No existen registros exactos en el servicio de estadística, disponiéndose únicamente de subregistros, lo que impide tener resultados confiables para un monitoreo y métodos de control, investigación rápida e identificación de brotes o procedimientos potencialmente peligrosos.

## 1.2 FORMULACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es o será posible establecer un programa de vigilancia epidemiológica eficaz y eficiente a fin de disminuir el tiempo de estadía, costos y morbilidad en la institución?

¿Habrá la posibilidad de desarrollar este trabajo que nos permita conocer datos estadísticos, epidemiológicos para la toma de decisiones acertadas en la institución?

¿Será posible establecer este programa de una manera eficiente, a fin de optimizar los recursos del Hospital?

¿Será posible desarrollar esta investigación para mejorar la oferta y demanda de usuarias, a fin de satisfacer los requerimientos de los usuarios internos y externos?

## 1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de vigilancia epidemiológica en el Hospital de tercer nivel (H.G.O.I.A.), con el fin de bajar los índices de morbilidad que evidencie, eficiencia y eficacia, a fin de mejorar la atención y satisfacer las necesidades de usuarios internos y externos.

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar normas para el control de infecciones Intrahospitalarias en el servicio de patología obstétrica en el hospital Isidro Ayora.

- Seleccionar factores de riesgo hospitalarios a vigilar.

- Crear instrumentos para la recolección de datos.

- Proporcionar información para establecer medidas eficaces de prevención y control de infecciones intrahospitalarias.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

### 1.4.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

"Bajo la denominación de infecciones intrahospitalarias (IIH) o nosocomiales se agrupa un conjunto heterogéneo de enfermedades infecciosas cuyo denominador común es el haber sido adquiridas en un hospital o en una institución sanitaria cerrada. No se deben contabilizar como nosocomiales aquellas infecciones que se estaban incubando en el momento del ingreso, pero en cambio, si se debe hacerlo las que se manifiestan al egreso del paciente, si el contagio se produjo durante el período de hospitalización." [1]

La importancia de las IIH fue intuida por varios médicos y cirujanos ilustres incluso antes de que se lograse aislar la primera bacteria, posteriormente durante los primeros años de la era antibiótica, se llegó a pensar que podrían ser totalmente erradicadas.

Sin embargo, esto no fue así, sino que cuantitativamente fueron en aumento y experimentaron cambios etiológicos sustanciales, de forma gradual hasta la actualidad. Desde hace varios años algunos países latinoamericanos cuentan con sistemas de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias, que les permite tener una información pertinente y actualizada sobre las mismas.

En la actualidad se busca construir un programa de vigilancia de las IIH, dotando de los instrumentos operativos necesarios al nivel local.

En este contexto el presente programa describe actividades para establecer la vigilancia epidemiológica de IIH a nivel de la provincia de Pichincha.

[1] Nosocomial Infection Surveillance, 1984. MMWR CDC Surveill Summ 1986; 35 (No. 1ss): 17ss

Contiene elementos teóricos de la vigilancia en el hospital El programa propuesto es dinámico y puede ser complementado para adaptarse a la realidad de cada establecimiento, así el documento presenta los procedimientos de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias.

### 1.4.2 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Con éste trabajo pretendo establecer la vigilancia epidemiológica de IIH en el servicio de patología obstétrica, a fin de que cuente con elementos teóricos de la vigilancia, los mismos que se realizarán previa una revisión bibliográfica , para construir un marco conceptual el cuál ayudará a desarrollar este programa de vigilancia de infecciones intrahospitalaria en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora.

El programa propuesto es dinámico y puede ser complementado para adaptarse a la realidad de cada establecimiento, así, el documento presenta los procedimientos de vigilancia de las infecciones intrahospitalarias.

Con éste sistema de vigilancia epidemiológica pretendo que el servicio de patología obstétrica del H.G.O.I.A permita establecer un programa de atención estandarizada de acuerdo a nuestra realidad los mismos que ayudarán a desarrollar una línea clara y eficiente que permita tomar decisiones acertadas, potencializar las habilidades, destrezas y conocimientos del equipo de salud con eficiencia y eficacia, garantizando una óptima atención a las usuarias.

Este estudio se realizará en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora unidad de Tercer nivel, en el cuál preveé desarrollar una observación, análisis, los que se realizarán a través de registros, archivos de la institución, datos estadísticos, lo que permitirá llegar a la toma de decisiones óptimas.

### 1.4.3 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Este trabajo es un aporte temático al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, el cual permitirá partir de una situación actual y los elementos conceptuales, para fortalecer y cumplir con los objetivos establecidos, aumentar el impacto sobre los servicios, de manera que se mejore el desempeño de los departamentos, porque de ésta manera se logrará satisfacer a las usuarios internos y externos,

Es de gran importancia que los eventos a vigilar tengan una definición precisa que facilite el proceso de recolección de datos, por ello el criterio para definir las infecciones como intrahospitalarias e identificar sus orígenes en forma consistente es de suma importancia.

Los productos de la vigilancia deberán constituirse en una herramienta para todos los niveles de atención.

## 1.5 HIPÓTESIS

- Si se desarrolla un programa de vigilancia epidemiológica, entonces se conseguirá bajar la incidencia de infecciones intrahospitalarias en el H.G.O.I.A., con eficiencia y eficacia en la prestación de servicios.

- Si se desarrollan las normas para el control de infecciones intrahospitalarias, entonces de dará atención con equidad.

- Si seleccionamos los factores de riesgo hospitalario a vigilar, entonces disminuiremos los gastos hospitalarios.

- Si creamos instrumentos para la recolección de datos, entonces con esto unificaríamos los criterios en la unidad.

- Si se desarrollan medidas para la prevención de infecciones nosocomiales entonces, se brindará atención de calidad

## 1.6 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudio se desarrolla en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora unidad de Tercer nivel, se realiza revisiones bibliográficas, observación y análisis, para poder sustentar el marco teórico, cumplir con los objetivos y construir el programa de vigilancia epidemiológica, partiendo de un diagnóstico situacional del H.G.O.I.A.

# CAPITULO II

# 2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

## 2.1 MARCO TEÓRICO

### 2.1.1. EPIDEMIOLOGÍA

"Es la ciencia que estudia la distribución y determinación de los fenómenos relacionados con la salud y enfermedad en la población humana. " [2] Es fundamental para el ejercicio de la medicina clínica y práctica de la salud pública.

Los métodos epidemiológicos aportan las herramientas necesarias para realizar investigación de la etiología de las enfermedades, desenlaces clínicos, prevención, métodos de diagnóstico, tratamiento, perfiles de riesgo de individuos y poblaciones. Para efectos de lo anterior, se emplean conocimientos y técnicas bioestadísticas, análisis de datos, análisis de decisión y sistemas de información.

El propósito de la epidemiología es el de identificar las causas de la enfermedad, susceptibles de cambio, de tal manera que permita después prevenirla.

Actualmente la epidemiología ocupa un lugar importante como ciencia básica de la medicina clínica, logrando incorporar el método científico a la práctica médica, es un enfoque cuantitativo y global de la misma, que integra otras ciencias y disciplinas como la economía, administración, salud pública, salud ocupacional, psicología, matemáticas, estadísticas, etc. Finalmente, la alta calidad de la metodología de investigación y la validez de los resultados para la asistencia en salud, con el fin de lograr mejores servicios.

---

[2] Malangón- Londoño Gustavo Dr., Galán Moreira Ricardo Dr. Administración Hospitalaria 1ª. Ed. Bogotá 1997, página 67-68.

Los epidemiólogos reconocen tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), que corresponden a las diferentes etapas del desarrollo de la enfermedad.

El propósito de la prevención primaria, es el de prevenir la enfermedad antes de que se desarrolle, controlando las causas y los factores de riesgo.

La prevención secundaria, intenta reducir las consecuencias más serias de las enfermedades mediante diagnósticos tempranos y tratamientos, para detectar anticipadamente las enfermedades, “lo que conlleva a una intervención rápida y efectiva para corregir las desviaciones de una buena salud” [3]

La prevención terciaria, se inclina a la reducción del proceso o la complicación de la enfermedad establecida.
La epidemiología descriptiva describe los eventos a estudiar, en este caso infecciones nosocomiales, a partir de tres parámetros: tiempo, lugar y persona.

Respecto al tiempo, su objetivo es responder en qué momento y por qué período ocurre alguna infección, el cual resulta imprescindible para estudiarla y comprenderla. Hay diferentes referencias de tiempo que han de considerarse, tales como invierno, verano etc.

Tendencias estacionales son las que tienen que ver con las características de los cambios asociados a las estaciones del año, como por ejemplo la elevada frecuencia de infecciones respiratorias en el invierno y que repercuten en la frecuencia de infecciones nosocomiales.

[3] ROJAS, R. Armijo. Epidemiología básica en atención primaria, ed. Días de Santos, S.A., 1994. pp. 295

Por lugar entendemos el sitio en donde el paciente estaba al momento de diagnosticarse una infección nosocomial.

Por persona entendemos al sujeto a quién le ocurrió determinada complicación, cuáles son sus características y con quienes las comparte. Así, las características de las personas tales como la edad, sexo, raza, estado nutricional, sus hábitos, ocupación y su condición social, deberán ser descritas con detalle.

Vigilancia epidemiológica histórica. Es el conocimiento que se adquiere mediante el estudio de los registros de la información obtenida por los organismos e instituciones de salud, con el objeto de conocer los comportamientos anteriores de los diferentes eventos en salud.

La vigilancia epidemiológica es un proceso regular y continuo de observación e investigación de las principales características y componentes de la morbilidad, mortalidad y otros eventos en salud en una comunidad, basado en la recolección, procesamiento, análisis, evaluación y divulgación de la información.

### 2.1.2 VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Definición.- La vigilancia de infecciones intrahospitalarias puede definirse como la observación sistemática activa y continua de la ocurrencia y distribución de infecciones en una población y de los eventos que aumentan o disminuyen el riesgo de que la infección ocurra.

#### 2.1.2.1 Aspectos Epidemiológicos de las infecciones nosocomiales

Descripción.- La infección nosocomial es una infección que se adquiere luego de 48 horas de permanecer en el hospital y que el paciente no portaba a su ingreso.

### 2.1.2.2 Cadenas de transmisión de la infección

Para que una infección se produzca es necesario que estén presentes los componentes del proceso de la enfermedad infecciosa, llamados eslabones de la cadena de infección, tales como: agente, reservorio, puerta de salida del agente, puerta de entrada y huésped.

Los agentes infecciosos son seres vivos, y como tales están dotados con el superior objetivo de reproducirse, aun en contra de las mayores dificultades, es decir, a producir cambios en su propia estructura y características, que les permiten adaptarse al medio agresivo que los rodea y poder sobrevivir.

El agente infeccioso es un microorganismo capaz de producir una infección nosocomial, pueden ser bacterias, hongos, virus y parásitos. La frecuencia con la que participan variara de acuerdo a las características de las poblaciones estudiadas, aunque en general, puede afirmarse que son las bacterias las responsables de la gran mayoría de infecciones.

Conviene destacar la creciente importancia de los hongos como agentes etiológicos cada vez más frecuentes y la participación de los virus, que tendrá un papel muy importante en los años por venir.

El hombre ha estudiado las enfermedades infecciosas tratando de descubrir los gérmenes que las provocan, y de desarrollar terapias tanto para prevenirlas como para combatirlas.

Con el advenimiento de los antibióticos fue una verdadera revolución en esta tarea. Estos los antibióticos son sustancias químicas capaces de combatir y erradicar a los agentes infecciosos dentro del organismo humano y de ciertos animales. Pero estos agentes, en su propia lucha por sobrevivir, desarrollan cambios que les hacen resistir la agresión de los antibióticos, por lo que es necesario descubrir otra sustancia capaz de aniquilarlos. La llamada "resistencia"

de los agentes infecciosos es un verdadero problema de la salud pública, y tanto la Organización Mundial de la Salud como sus regionales (OPS para las Américas) han advertido que el mal uso de los antibióticos provoca la resistencia de los mismos y hace inútiles a esas drogas, retrasando el trabajo de control y erradicación.

Reservorio**,** es el lugar donde los agentes infecciosos (animados e inanimados), pueden sobrevivir. Es el hombre, animal u objetos donde un agente infeccioso vive, crece, se multiplica y puede ser transmitido.

Puerta de salida del agente**.-** Desde el reservorio (líquidos corporales, gotas respiratorias) hacia el exterior por vía aérea, genitourinarias, digestiva, piel y heridas.

Modo de transmisión del agente**.-** El agente infeccioso se transmite del reservorio al huésped.

Puerta de entrada**.-** El agente infeccioso al huésped al hospedero susceptible, a través del tracto respiratorio, intestino, piel no intacta y mucosas.

Huésped, es un individuo o animal vivo que permite el alojamiento de un agente infeccioso.

#### 2.1.2.3 Modos de transmisión

Los microorganismos se transmiten en el hospital por varias rutas y el mismo microorganismo puede ser transmitido por más de una ruta. Las principales vías de transmisión son contacto, gotas vía aérea, vehículo común y vectores.

Transmisión por contacto, es el modo más frecuente de transmisión, dentro del cual podemos considerar los siguientes:

- Directo: Cuando los microorganismos son transmitido de un paciente a otro, o a través de un trabajador de la salud.
- Indirecto: Cuando los microorganismos son transmitido al contacto con una superficie inanimada (equipo ó soluciones) contaminada.

Transmisión por gotas, las gotas son generadas por una persona al toser, estornudar, hablar y durante ciertos procedimientos (succión endoscopias) las gotas son de más de 5 micras y no se desplazan más de un metro. La transmisión ocurre cuando las gotas expedidas se depositan en la conjuntiva, boca o mucosa nasal.

Transmisión por vía aérea, ocurre por la diseminación de microgotas de (menos de 5 micras) que contienen microorganismos infectantes y permanecen suspendidas en el aire por largos períodos de tiempo. Los microorganismos pueden diseminarse muy ampliamente por corrientes de aire, los susceptibles pueden inhalarlas dentro del cuarto o a largas distancias.

Transmisión por vectores, ocurren cuando el agente infeccioso es transportado por insectos como moscas, cucarachas etc.

#### 2.1.2.4 Elementos que intervienen en la transmisión de infecciones son:

Fuentes humanos: Entre los que se encuentran los usuarios internos
Los objetos inanimados: Equipos, infraestructura, instrumentos o medicamentos que han sido contaminados por las manos del personal, sistemas de agua contaminados , soluciones, ventilación y aire acondicionado; manejo inadecuado de los desechos sólidos hospitalarios.

A lo expuesto se añade la escasez de personal y equipo, el incumplimiento del lavado de manos y medidas de control de procedimientos invasores a los que es sometido el usuario.

### 2.1.2.5 Factores que favorecen la infección

Los factores de riesgo de la infección intrahospitalaria son:

Factores del paciente

- Edad
- Sexo
- Desnutrición
- Enfermedad de base
- Severidad de la patología de base
- Estado inmunitario

Factores ambientales

- Microorganismos ambientales
- Aire
- Agua
- Importancia de las superficies
- Desechos clínicos

Factores de la atención

- Procedimientos de la atención
- Procedimientos invasivo

Los síntomas de la infección son:

- Dolor
- Calor
- Rubor
- Tumor
- Pérdida de la función

Dolor: debido al edema que produce presión sobre las terminaciones nerviosas.
Calor: debido a los vasos sanguíneos dilatados en la zona.
Rubor: cuando los vasos sanguíneos se dilatan, la sangre fluye hacia el área afectada.
Tumor: debido al incremento de glóbulos blancos que se movilizan al área afectada para luchar contra los microorganismos.
Pérdida de la función: debido al dolor y al edema del área afectada.

#### 2.1.2.6 Vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (VEIIH)

"Es la observación activa y continua de un daño y los factores asociados a su presencia dentro de una población determinada que involucra además el análisis y la interpretación de los datos de salud esenciales para la planificación, implementación y evaluación de la práctica de la salud pública, estrechamente integrada con la diseminación oportuna de estos datos a aquellos que necesiten conocerlo." [4]

La vigilancia epidemiológica es una de las principales herramientas para conocer el comportamiento de las enfermedades en la población, en particular de las que tienen potencial epidémico y las que tienen factores de riesgo cambiantes, ambas son características que se encuentran presentes en la epidemiología de las infecciones intrahospitalarias. En este caso, las poblaciones en estudio son los pacientes hospitalizados y el personal del equipo de salud.

El período de incubación es variable, según el agente que produzca la infección, el tipo de infección, la condición y estado inmunológico del paciente.

[4] Sistema de vigilancia de las infecciones Intrahospitalarias Ministerio de Salud. Chile-1996

El período de transmisibilidad es variable, pués depende del agente causal que produzca la infección y está asociado al periodo de hospitalización.

La distribución, se presentan en cualquier instalación de salud, especialmente en hospitales con alto porcentaje de ocupación.

#### 2.1.2.7 La vigilancia y control epidemiológicos

Tienen por objeto evaluar los aspectos relacionados con la frecuencia, distribución y factores condicionantes de la enfermedad y otros eventos en salud, en todo el país o en una región determinada, de tal manera que se puedan planear y ejecutar acciones de promoción, diagnóstico y control. Dicha actividad conlleva los procesos de promoción, orientación, complementación y desarrollo de la investigación epidemiológica, así como la adopción o implantación de los programas de vigilancia epidemiológica.

La vigilancia de las infecciones intrahospitalarias (IIH) se hará en base a la vigilancia de los factores de riesgo asociados.

Se considerará como factor de riesgo al atributo o característica que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una infección Intrahospitalaria.

Se define también como la condición a la cual se expone un huésped, capaz de alterar su estado de salud. Por ejemplo, se vigilarán las infecciones de tracto urinario asociadas a catéter urinario y las endometritis puerperales en parto vaginal.

### 2.1.3 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Infección es la entrada y multiplicación de un agente infeccioso en el tejido del ser humano

La infección nosocomial se define como una condición localizada, resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso, sin la evidencia que la infección estuviese presente o incubando al momento del ingreso al hospital.

Usualmente la infección en obstetricia al igual que en otras áreas debe ocurrir entre las 48 a 72 horas posteriores a la admisión para ser considerada como intrahospitalaria .Es decir que es aquella que no estaba presente, ni en el período de incubación, en el momento de ingreso y se adquirió durante la hospitalización o después del egreso del paciente (menos de 48 horas).

#### 2.1.3.1 Clasificación de las infecciones (sitio de infección)

A pesar de vivir en plena era antibiótica, contar con potentes antimicrobianos y efectuar operaciones en condiciones asépticas, la causa de mayor morbimortalidad en nuestro medio, es la infección.

Las infecciones se clasifican de acuerdo al sitio de la anatomía humana afectado: Así se tiene:

La infección de herida quirúrgica.

Infecciones: Endometritis

Infección de la episiotomía

Infecciones: vasculares

Flebitis

Infecciones: extra genitales

Infecciones de Piel

Infección de vías urinarias.

Infección de herida quirúrgica; cualquier herida quirúrgica que drene material purulento con o sin cultivo positivo debe ser clasificada como nosocomial.
Además, cualquier herida que sea diagnosticada como infectada debe ser considerada como tal, para los propósitos epidemiológicos.

Se clasifica como caso de infección de herida quirúrgica en dos:
La una que es la infección de herida quirúrgica incisional superficial, la cual ocurre en el sitio de la incisión dentro de los treinta días posteriores a la cirugía y que solamente involucra piel y tejido celular subcutáneo del sitio de la incisión.

Los signos y síntomas son:

Eritema
Edema
Dolor
Exudado purulento
La otra es la infección de herida quirúrgica incisional profunda, la que ocurre en el sitio de la incisión quirúrgica que abarca la fascia y el músculo, ocurre en los primeros 30 días después de la cirugía.

Los signos y síntomas son:

- Drenaje purulento de la incisión
- Dolor
- Eritema
- Calor
- Edema localizado
- Absceso superficial o profundo
- Cultivo positivo de la secreción o del tejido obtenido de la incisión en forma aséptica
- Fiebre
- Dehiscencia de herida

Endometritis, “Es la inflamación del endometrio. Es el proceso infeccioso más común en [5] el puerperio, que en otros momentos de la vida reproductiva, en el cual la mucosa se recubre de un exudado purulento y abundante; en parte se desprende, de donde puede exceder sus límites, es una complicación muy frecuente que ocurre tanto en primíparas como en multíparas y al momento es igual en partos que en cesáreas.”

La infección se inicia en el sitio de inserción placentaria y endometrio. Las infecciones del miometrio suelen ser poli microbianas y son los estreptococos, aerobios, cocos gramposivos anaerobios y bacilos gramnegativos aerobios y anaerobios. Cuando hay fiebre alta durante las primeras 24 a 48 horas del puerperio se tiene en mente la bacteriemia por estreptococos. El grupo B es frecuente en todas las endometritis tempranas, las endometritis tardías suelen presentarse después de 6 semanas del parto. Los signos y síntomas son:

- Frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minuto
- Frecuencia respiratoria mayor de 20 por minuto
- Temperatura mayor de 38 grados centígrados
- Dolor abdominal
- Útero subinvolusionado
- Cuello abierto
- Sensibilidad uterina
- Loquios turbios, purulentos y fétidos
- Escalofrío
- Dolor en hipogastrio

La fiebre en el puerperio es el signo más temprano e importante y no debe pasarse por alto. El diagnóstico clínico de infección post- parto o post-cesárea, se basa en la fiebre, en casi todos los casos se acompaña de dolor en hipogastrio e hipersensibilidad uterina. Se debe realizar diagnóstico diferencial, descartando

[5] RICARDO L. SCHWAREZ .Obstetricia1.5 ed. Buenos Aires 1997. pp. 544.

cuadros de infección uterina, flebitis en el sitio de colocación de catéteres intravenosos, mastitis y cuadros virales.
Se debe siempre tener presente que la infección puerperal, cualquiera que sea su grado de compromiso, es de naturaleza polimicrobiana, causada por gérmenes que ascienden por el tracto genital y que suelen estar presentes en la flora vaginal de las pacientes.

Episiotomía, es la incisión quirúrgica en el periné para aumentar la apertura vaginal y permitir la salida del feto y así evitar desgarros en el periné.
Toda episiotomía infectada se considera: Edema, eritema, pus o dolor en el sitio de la episiotomía

Flebitis, es la inflamación de la vena en el sitio puncionado, o en partes del trayecto de la misma.
El drenaje purulento del sitio de inserción de un catéter o una aguja intravenosa, es evidencia cierta de infección nosocomial aun cuando no se obtenga un cultivo del mismo. En este caso, los signos y síntomas son:

- Dolor
- Calor
- Eritema
- Pus
- Rubor
- Edema

Infecciones Relacionadas a Catéteres y Agujas
Dos o más de los siguientes criterios hacen el diagnóstico:

- Drenaje purulento.
- Cultivos positivos.
- Rubor.
- Calor.
- Edema
- Pérdida de la integridad de la piel

- Secreción purulenta con o sin cultivo de un sitio de un catéter intravenoso o aguja, son suficientes para diagnosticar una infección relacionada a catéter.

En una vena invadida de más de 48 horas de evolución, acompañada de cualquiera de los siguientes.

Cuando la bacteriemia ocurre en las primeras 24 horas de hospitalización debe ser informada como nosocomial, los criterios son alteraciones hemodinámicas, trastornos respiratorios, leucocitos.

Infecciones en la piel, cualquier material purulento en la piel o el tejido subcutáneo que aparece en cualquier momento después de la admisión del paciente, se considera como nosocomial aún cuando el cultivo positivo o negativo no haya sido tomado.

Dentro de la categoría de las infecciones cutáneas se incluyen heridas no quirúrgicas, las úlceras por decúbito y varias formas dermatitis. En pacientes admitidos con infecciones de la piel y del tejido celular subcutáneo que presentan patógenos distintos a los que provocaron la infección inicial, pueden ser clasificados como nosocomial. Con dos o más de estos criterios.

- Drenaje purulento
- Pústula
- Vesícula o forúnculos
- Dolor espontáneo a la palpación
- Inflamación
- Rubor
- Calor

Infección de vías urinarias, la clasificación de una infección urinaria como nosocomial se hace sobre los siguientes parámetros:

Sus signos y síntomas son:

- Dolor en flancos.
- Percusión del ángulo costo vertebral doloroso
- Dolor supra púbico
- Disuria
- Tenesmo vesical, sensación de quemazón, urgencia de orinar
- Polaquiuria
- Escalofríos
- Fiebre
- Orina turbia

### 2.1.3.2 Factores del embarazo parto y del alumbramiento que influyen en las probabilidades de infección puerperal

Casi todos los microorganismos se encuentran en las proximidades de los órganos genitales, al asecho de la oportunidad que les permita actuar como factores predisponentes que favorecen de alguna manera la capacidad invasora de los gérmenes.
Entre las principales causas cabe mencionar:

- La rotura prematura de las membranas mayor de 24 horas
- El trabajo de parto prolongado
- La adolescencia
- hemorragias profusas y la deshidratación
- La palpación vaginal múltiple durante el trabajo de parto
- La extracción manual de la placenta o exploración uterina después del alumbramiento
- Los desgarros cèrvico-vaginales, no reparados son causas que predisponen a la infección
- Corioammionitis

- Diabetes
- Vaginitis o cervicitis preexistente.

- Procedimientos operatorios vaginales
- Anemia intra y post parto
- Obesidad.
- Alumbramiento patológico
- Desgarros cèrvico vaginales
- Parto traumático (presencia de restos placentarios en el puerperio inmediato.

Los factores que predisponen a la aparición de infecciones en la operación Cesárea son:

- Obesidad
- Anemia
- Desnutrición
- Diabetes
- Cardiopatías
- Vaginitis o cèrvico -vaginitis
- La rotura prematura de las membranas
- La palpación vaginal múltiple durante el trabajo de parto
- El trabajo de parto prolongado
- Fallas de técnicas operatorias
- Descuidos sobre normas elementales de asepsia y antisepsia por el personal
- No se utiliza una técnica correcta por parte del cirujano
- Edad avanzada
- Multiparidad
- Complicaciones transoperatorias

### 2.1.4 FACTORES DE RIESGO HOSPITALARIO

Riesgo, es el estado de vulnerabilidad de un individuo con la posibilidad de sufrir enfermedad.

Existen tipos: Biológicos, Físicos y Químicos,

Riesgos Biológicos.- Son causados por microorganismos capaces de producir enfermedades infecciosas (bacterias, hongos, virus, parásitos y otros contaminantes).

Riesgos Físicos.- Son aquellos factores que causan efectos traumáticos, incluyen niveles excesivos de ruidos, vibraciones, electricidad etc.

Riesgos Químicos.- Son daños causados por manipulación o exposición a agentes químicos, de uso frecuente en áreas de investigación, de diagnóstico, o con desinfectantes y esterilizantes en el ambiente hospitalario.

Los factores de riesgo de IIH están relacionados al hospedero, al ambiente físico y a la atención hospitalaria. Respecto al hospedero, es decir, el paciente, los factores son importantes, pero difícilmente modificables y tienen que ver con condiciones como la edad, género, el estado nutricional, el estado inmune, nivel socioeconómico.

Respecto al ambiente, son importantes como fuentes potenciales de IIH: el aire, el agua, superficies (muros, suelos, cielos), los objetos (jabones, ropa, juguetes) y los desechos hospitalarios, entre otros. El ambiente tiene importancia en la medida que se ponga en contacto con la puerta de entrada de un hospedero susceptible, y, a diferencia de las condiciones del paciente, el ambiente puede y debe modificarse según las recomendaciones vigentes en cada caso.

Es así, como por ejemplo en el caso del aire, existen recomendaciones claras de uso de aire filtrado en áreas de pabellones quirúrgicos, uso de campana de flujo laminar en preparación de soluciones estériles como nutrición parenteral

Los factores que contribuyen para el desarrollo de la infección son:

- Espacio físico inadecuado
- Hacinamiento
- Presencia de personal enfermo
- Fallas en el equipo de salud, en la aplicación de medidas de bioseguridad
- Estancia hospitalaria prolongada
- Procedimientos invasivos
- Equipos de ventilación
- Desnutrición
- La presencia de cuerpos extraños, incluso tubos de drenaje, uso de sondas, catéteres umbilicales.
- Respecto al ambiente hospitalario los más comunes son: exposición a agentes químicos tales como gases anestésicos, óxido de etileno, físicos como radiaciones ionizantes, biológicos tales como virus, bacterias.
- El principal factor de riesgo es el grado de contaminación durante el procedimiento (limpio, limpio-contaminado, contaminado, sucio) que, en gran medida, depende de la duración de la operación y del estado general del paciente.
- La calidad de la técnica quirúrgica.
- La experiencia del equipo quirúrgico.

En anexos se adjunta mapa de riesgos del Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora.

## 2.2 MARCO CONCEPTUAL

**La Salud** es el más invaluable tesoro del ser humano, es considerado un derecho fundamental en todas las constituciones del mundo, por lo mismo constituye la piedra angular en la empresa social de todos los gobiernos. Además, "es el estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad." [6]

**Control** es el esfuerzo efectuado para romper la cadena de transmisión en uno o más eslabones.

**Dolor** es la sensación desagradable causada por una estimulación de carácter nocivo de las terminaciones nerviosas sensitivas, es un síntoma característico de infección.

**Puerperio** es el tiempo que sigue al parto y dura aproximadamente 6 semanas.

**Prevención epidemiológica**. Es el conjunto de actividades o medidas tendientes a evitar la presencia de un evento epidemiológico o a frenar su propagación a un núcleo mayor de población.

**Infección.** Es la introducción de un microorganismo patógeno en el cuerpo de un sujeto predispuesto, provocando una enfermedad.

**Satisfacción.** Esta se basa en que la atención brindada colma las expectativas de la población a la que va dirigida

---

[6] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos Básicos. Ginebra: OMS, 43 ed. 2001

# CAPITULO III

# 3 DIAGNOSTICO SITUACIONAL

El Ecuador se encuentra ubicado en la costa noreste del océano pacífico, en América del Sur, con una extensión territorial de 256.370 km2. Esta limitado al norte por Colombia, al este y al sur con Perú y al oeste por el Océano Pacífico. Está localizado cerca del canal de Panamá. La Cordillera de los Andes atraviesa el país, de norte a sur, la cual divide al Ecuador en tres distintas Regiones: la Costa, la región Andina, la región Amazónica, y las Islas Galápagos.

La población del Ecuador estimada para el 2007 es de 13´605.485 habitantes, el 65% de los cuales vive en áreas urbanas y un 35% vive en zona rurales. La población económicamente activa llega a 3´900.000 habitantes. El crecimiento anual es de 2.19% y la densidad demográfica promedio es de 47 habitantes por km2, existe el 2.89 de hijos por familia.

La salud a nivel país se encuentra fragmentada; pues la población con acceso a servicios institucionales de salud es el 70 %, distribuidos en un 30 % MSP, el 19% IESS, el 2,5% a las FF.AA y PN, el 3% Juntas de Beneficencia, el 2% Organizaciones Públicas. Las ONGS cubren el 1,5%, las instituciones privadas el 17%, la población con seguro privado de 30%.

La tasa global de fecundidad para el período 1994-1999 es de 3.3 hijos por mujer en contraste con 3.6 para el período 1989.1994. La tasa nacional enmascara diferencias entre el área urbana y rural (2.8 y 4.3), entre mujeres que residen en las regiones de la Sierra (85.6) y la Costa (3), y entre mujeres con diferentes niveles de educación (5.5 para mujeres sin educación comparado con 2 para mujeres con educación superior).

## 3.1 CONTEXTO NACIONAL HOSPITALARIO

### 3.1.1 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS, EGRESOS HOSPITALARIOS Y CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN REGIONES AÑOS 1996, 2000, 2006.

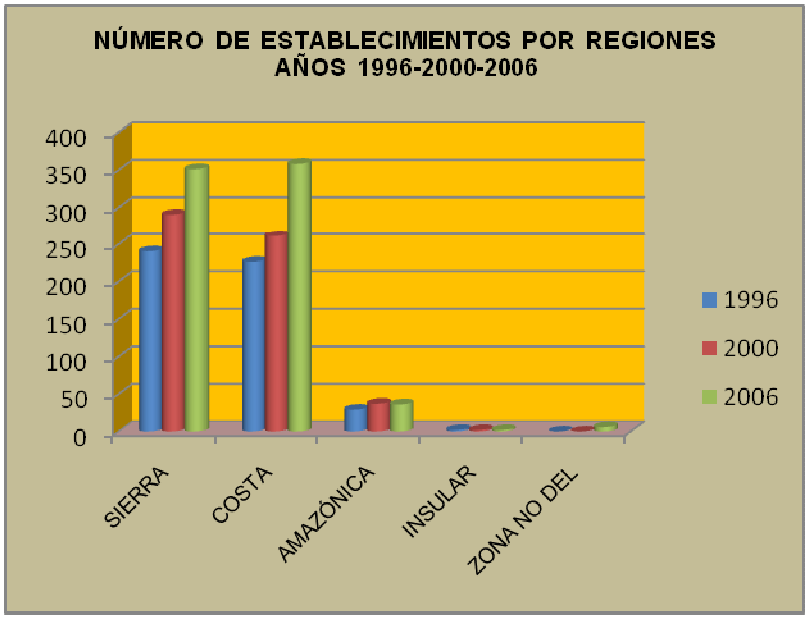
**TABLA No 1**

#### 3.1.1.1 Número de establecimientos hospitalarios según regiones años 1996, 2000 y 2006.

| | ESTABLECIMIENTOS | | |
|---|---|---|---|
| PERIODOS / REGIONES ZONAS | 1996 | 2000 | 2006 |
| SIERRA | 240 | 290 | 351 |
| COSTA | 226 | 261 | 358 |
| AMAZONIA | 29 | 37 | 36 |
| INSULAR | 2 | 2 | 2 |
| ZONA NO DELIMITADA | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 497 | 590 | 753 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRAFICO No 1**




Fuente : INEC Elaboración por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 1, durante el año 2006 se registraron 753
establecimientos hospitalarios con internación, de los cuales se ubican en la Región Sierra 351 (46,6%); en la Costa 358 (47,5%); en la Región Amazónica 36 (4,8%); un mínimo número se ubican en la región Insular y en Zonas no delimitadas con el (
1,1%). Esta distribución por regiones para los años 1996 y 2000, fue para la Sierra el 48,3% y 49,1; para la Costa el 45,4%; para la Región Amazónica el 5,8% y 6,3%, y en la Región Insular representan menos del 1% en los años mencionados.

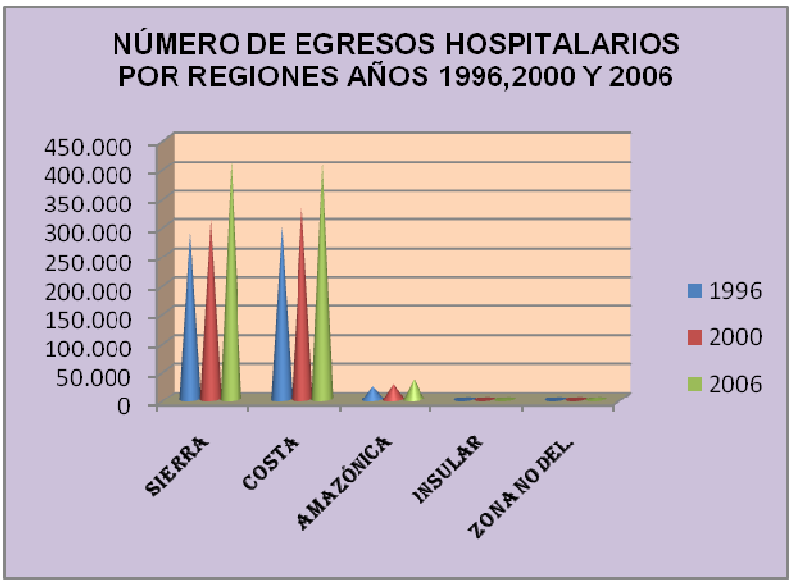
**TABLA No 2**

**3.1.1.2 Número de egresos hospitalarios según regiones años 1996, 2000 y 2006.**

| | EGRESOS | | |
|---|---|---|---|
| PERIODOS | 1996 | 2000 | 2006 |
| REGIONES ZONAS | | | |
| SIERRA | 289.691 | 311.417 | 413.619 |
| COSTA | 299.710 | 332.546 | 410.622 |
| AMAZONIA | 23.555 | 27.183 | 35.2671 |
| INSULAR | 853 | 763 | 1.038 |
| ZONA NO DELIMITADA | 0 | 0 | |
| TOTAL | 613.809 | 671.909 | 863.037 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No 2**



Fuente: INEC Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 2, en lo relacionado al número de Egresos Hospitalarios existe un importante crecimiento relativo de 40,6 por ciento entre 1996 y 2006 ya que de 613.809 egresos registrados en 1996 suben a 863.037. En el año 2006 a la Región Sierra le corresponde el 47,9% del total de egresos a nivel nacional; para la Región Costa representa el 47,5%; a la Región Amazónica el 4,0%; y, a la región Insular y Zonas no delimitadas significa solamente el 0,4 por ciento del total de egresos hospitalarios.

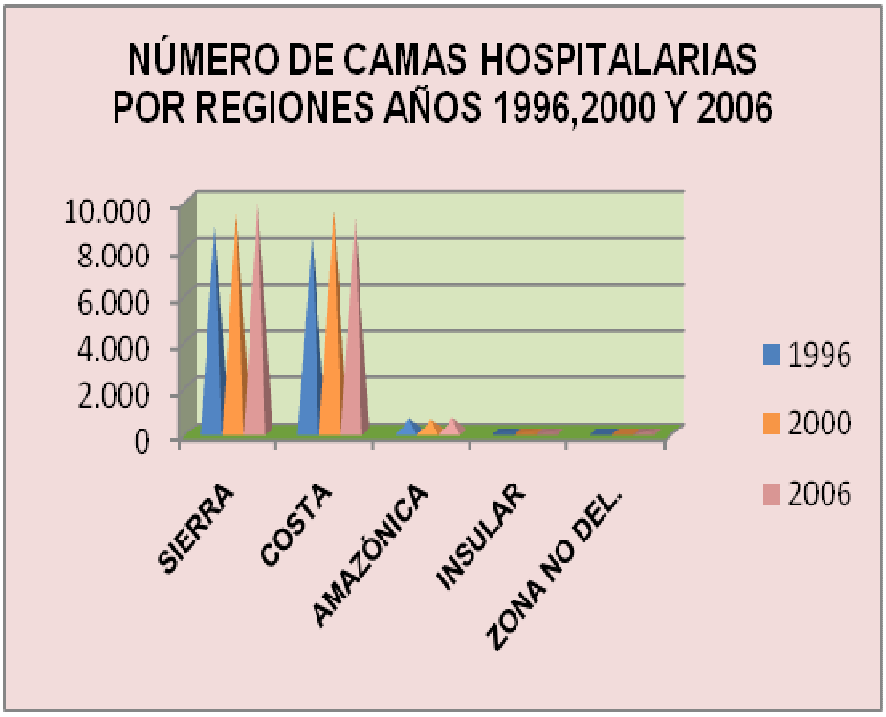
**TABLA No 3**

### 3.1.1.3 Número de camas hospitalarias según regiones años 1996, 2000 y 2006.

| CAMAS | | | |
|---|---|---|---|
| PERIODOS | 1996 | 2000 | 2006 |
| REGIONES ZONAS | | | |
| SIERRA | 8.915 | 9.395 | 9.893 |
| COSTA | 8.445 | 9.547 | 9.283 |
| AMAZONIA | 639 | 592 | 674 |
| INSULAR | 30 | 30 | 30 |
| ZONA NO DELIMITADA | 0 | 0 | 65 |
| TOTAL | 18.030 | 19.564 | 19.945 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No 3**




Fuente: INEC Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 3, en cuanto a las Camas Hospitalarias disponibles se observa un incremento del equipamiento de camas en los establecimientos de salud durante los años que se analizan; pasando de 18.030 en el año 1996 a 19.945 en el 2006.

### 3.1.2 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS SEGÚN CLASE, SECTOR Y ENTIDAD AÑOS 1996 Y 2006.

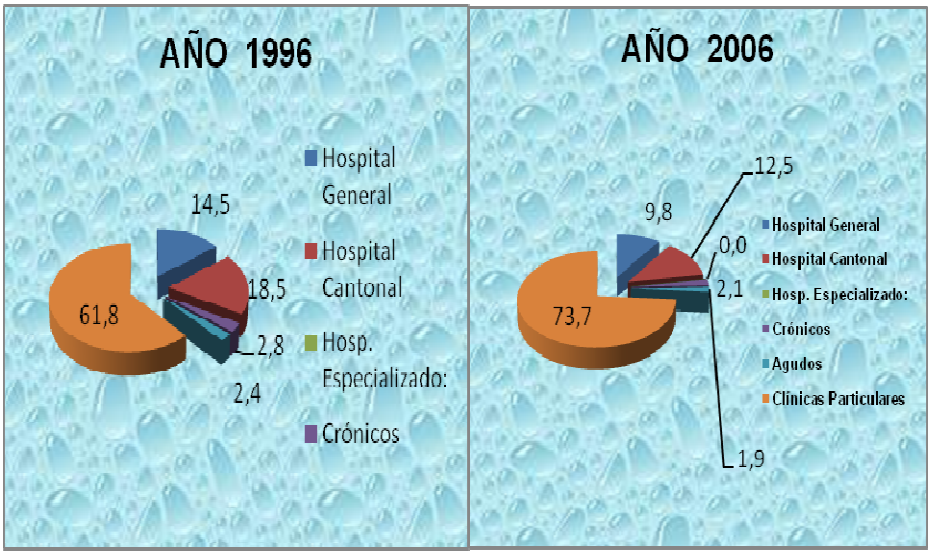
## TABLA No 4

### 3.1.2.1 Número de establecimientos según clase, años 1996 y 2006.

| CLASE ESTABLECIMIENTOS | 1996 | | 2006 | |
|---|---|---|---|---|
| | NÚMERO | 100,0 | NÚMERO | 100,0 |
| Hospital General | 72 | 14,5 | 74 | 9,8 |
| Hospital Cantonal | 92 | 18,5 | 94 | 12,5 |
| HOSPITAL ESPECIALIZADO | | | | |
| Crónicos | 14 | 2,8 | 16 | 2,1 |
| Agudos | 12 | 2,4 | 14 | 1,9 |
| Clínicas Particulares | 307 | 61,8 | 555 | 73,7 |
| Total | 497 | 100,0 | 753 | 100,0 |

Fuente. INEC Elaboración: INEC

## GRÁFICO No 4




Fuente: INEC Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 4 de los 753 establecimientos hospitalarios que enviaron la información en el año 2006, se determina que el 73,7 por ciento son Clínicas Particulares; el 12,5% son Hospitales Cantonales; el 9,8% son Hospitales Generales; y, el 4,0% son Hospitales Especializados tanto Crónicos y Agudos.

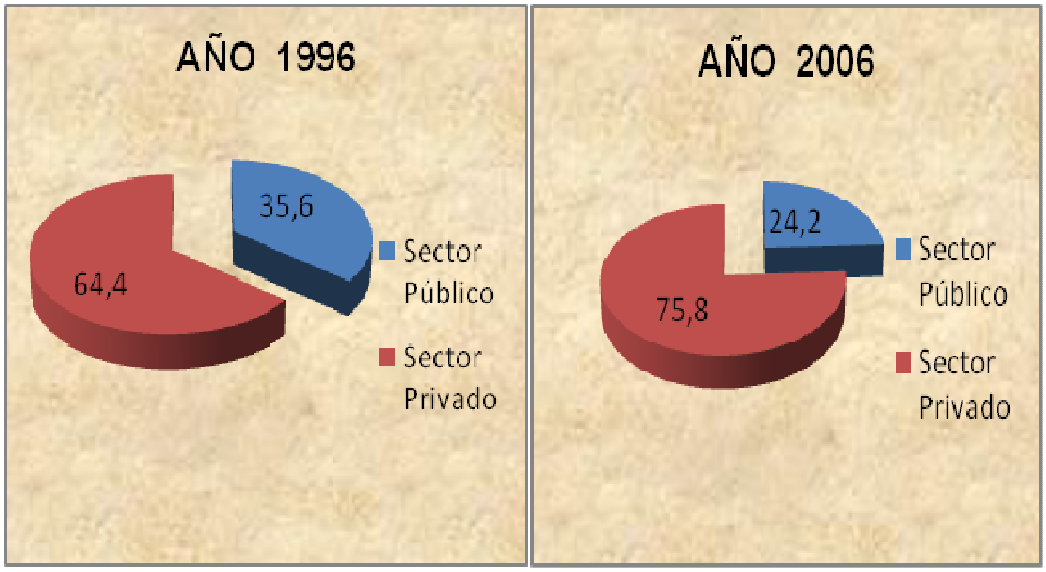
**TABLA No 5**

### 3.1.2.2 Número de establecimientos según sector, años 1996 y 2006.

| | 1996 | | 2006 | |
|---|---|---|---|---|
| SECTOR | NÚMERO | % | NÚMERO | % |
| SECTOR PÚBLICO | 177 | 35,6 | 182 | 24,2 |
| SECTOR PRIVADO | 320 | 64,4 | 571 | 75,8 |
| TOTAL | 497 | 100,0 | 753 | 100,0 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No 5**




Fuente: INEC Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 5 el sector público ha disminuido el 24,2% y el sector privado ha aumentado a 75,8% en el año 2006.

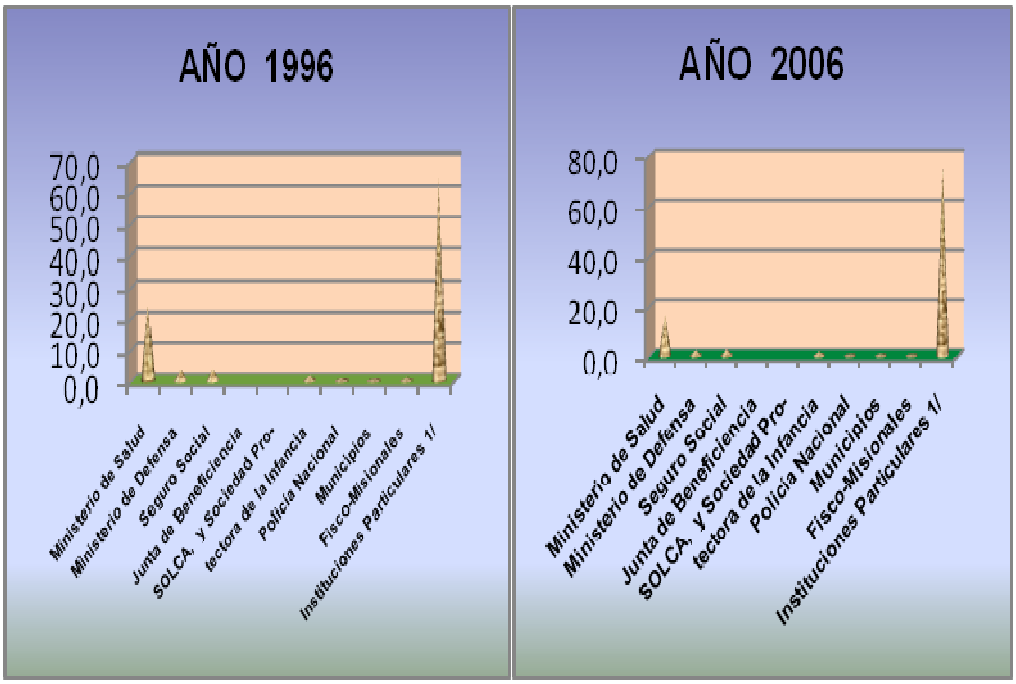
**TABLA No 6**

### 3.1.2.3 Número de establecimientos según entidad, años 1996 y 2006.

| | 1996 | | 2006 | |
|---|---|---|---|---|
| ENTIDAD | NÚMERO | % | NÚMERO | % |
| Ministerio de Salud | 122 | 24,5 | 124 | 16,5 |
| Ministerio de Defensa | 17 | 3,4 | 16 | 2,1 |
| Seguro Social | 18 | 3,6 | 18 | 2,4 |
| Junta de Beneficencia SOLCA, y Sociedad Protectora de la Infancia | 8 | 1,6 | 11 | 1,5 |
| Policía Nacional | 4 | 0,8 | 4 | 0,5 |
| Municipios | 3 | 0,6 | 5 | 0,7 |
| Fisco-Misionales | 5 | 1,0 | 4 | 0,5 |
| Institucionales particulares | 320 | 64,4 | 571 | 75,8 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No 6**




Fuente: INEC Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 6 el Ministerio de Salud es la entidad que tiene el 16,5% de los establecimientos de salud; proporción que para el año 1996 fue de 24,5%. En cambio las Instituciones de Sector Privado se incrementaron considerablemente al pasar del 64,4% al 75,8% en la última década, lo que en términos absolutos significa un incremento de 320 a 571 establecimientos entre los años mencionados.

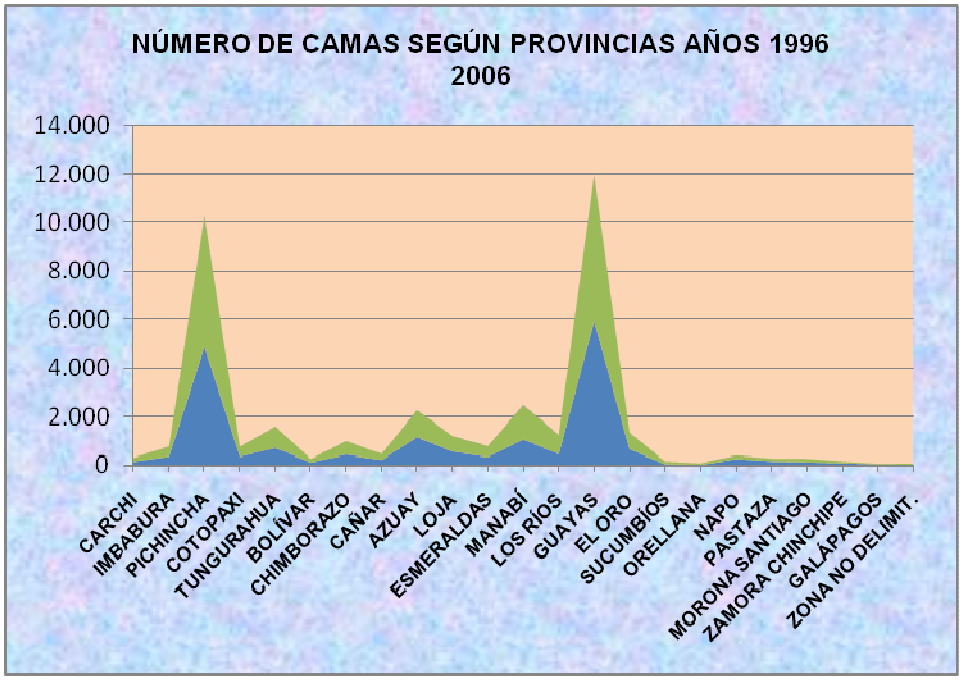
## TABLA No 7

### 3.1.3 NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DISPONIBLES SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006.

| PROVINCIAS | 1996 | | 2006 | |
|---|---|---|---|---|
| | NÚMERO | % | NUMERO | % |
| CARCHI | 138 | 0,8 | 170 | 0,8 |
| IMBABURA | 360 | 1,9 | 406 | 1,8 |
| PICHINCHA | 4.873 | 27,0 | 5.359 | 23,6 |
| COTOPAXI | 352 | 1,9 | 400 | 1,9 |
| TUNGURAHUA | 715 | 3,8 | 878 | 4,3 |
| BOLÍVAR | 107 | 0,6 | 149 | 0,8 |
| CHIMBORAZO | 445 | 2,5 | 544 | 2,6 |
| CAÑAR | 211 | 1,1 | 248 | 1,2 |
| AZUAY | 1.157 | 6,0 | 1.099 | 5,4 |
| LOJA | 558 | 2,9 | 640 | 3,1 |
| ESMERALDAS | 334 | 1,9 | 446 | 2,0 |
| MANABÍ | 1.064 | 6,2 | 1.403 | 12,3 |
| LOS RÍOS | 450 | 2,6 | 793 | 5,1 |
| GUAYAS | 5.939 | 33,0 | 5.957 | 28,3 |
| EL ORO | 658 | 4,0 | 684 | 3,3 |
| SUCUMBÍOS | 36 | 0,2 | 116 | 0,4 |
| ORELLANA | 0 | 0,0 | 73 | 0,4 |
| NAPO | 250 | 1,4 | 151 | 0,7 |
| PASTAZA | 154 | 0,9 | 120 | 0,6 |
| MORONA SANTIAGO | 123 | 0,7 | 140 | 0,6 |
| ZAMORA CHINCHIPE | 76 | 0,4 | 74 | 0,4 |
| GALÁPAGOS | 30 | 0,2 | 30 | 0,1 |
| ZONA NO DELIMIT. | 0 | 0,0 | 65 | 0,3 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No 7**




Fuente: INEC Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 7 el número de Camas Hospitalarias disponibles registradas en los años 1996 y 2006 se incrementaron en un 10,6 por ciento, al pasar de 18.030 al 19.945 en los años mencionados. De acuerdo a la distribución por provincias se observa que Pichincha en la región Sierra y Guayas en la Costa, son las que tienen el mayor número de camas hospitalarias, que en conjunto mantienen el 60,0% en el año 1996 y el 51,9 % en el 2006; la reducción de estos porcentajes se explica por el incremento de camas hospitalarias en otras provincias especialmente en Manabí, que prácticamente se incrementaron en un 31,9% el número de ellas en los años de observación.

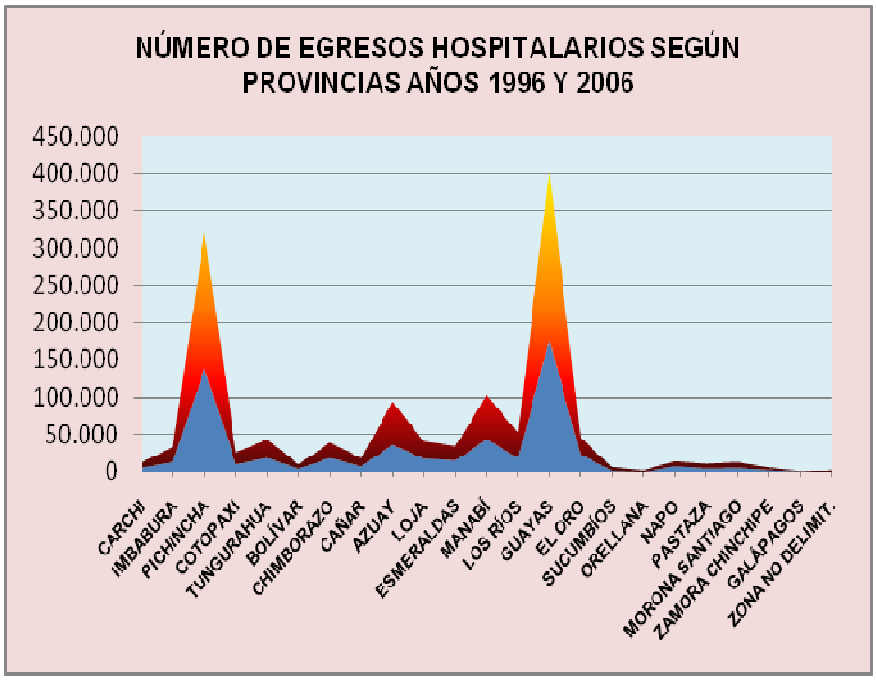
**TABLA No 8**

### 3.1.4 NÚMERO DE EGRESOS HOSPITALARIOS, SEGÚN PROVINCIAS AÑOS 1996 Y 2006.

| PROVINCIAS | 1996 | | 2006 | |
|---|---|---|---|---|
| | NÚMERO | % | NUMERO | % |
| CARCHI | 5.254 | 0,9 | 7.080 | 0,9 |
| IMBABURA | 13.471 | 2,4 | 20.196 | 2,8 |
| PICHINCHA | 138.878 | 24,6 | 183.504 | 24 |
| COTOPAXI | 10.037 | 1,8 | 15.832 | 2,1 |
| TUNGURAHUA | 18.390 | 3,3 | 24.818 | 3,2 |
| BOLÍVAR | 4.244 | 0,8 | 5.797 | 0,8 |
| CHIMBORAZO | 18.333 | 2,7 | 20.663 | 2,7 |
| CAÑAR | 7.522 | 1,3 | 10.833 | 1,4 |
| AZUAY | 36.042 | 6,4 | 57.766 | 7 |
| LOJA | 17.374 | 3,1 | 23.257 | 3 |
| ESMERALDAS | 14.827 | 2,6 | 19.485 | 2,8 |
| MANABÍ | 43.018 | 7,6 | 59.357 | 7,8 |
| LOS RÍOS | 18.777 | 3,3 | 33.989 | 4,5 |
| GUAYAS | 176.351 | 31,2 | 226.987 | 29,7 |
| EL ORO | 22.820 | 4 | 22.708 | 3 |
| SUCUMBÍOS | 1.801 | 0,3 | 4.588 | 0,8 |
| ORELLANA | 0 | 0 | 2.501 | 0,3 |
| NAPO | 7.378 | 1,3 | 6.932 | 0,9 |
| PASTAZA | 4.480 | 0,8 | 6.707 | 0,9 |
| MORONA SANTIAGO | 5.332 | 0,9 | 7.892 | 1 |
| ZAMORA CHINCHIPE | 2.751 | 0,5 | 3.208 | 0,4 |
| GALÁPAGOS | 629 | 0,1 | 999 | 0,1 |
| ZONA NO DELIMITADA | 0 | 0 | 2.570 | 0,3 |
| TOTAL | 584.486 | 100 | 764.843 | 100 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No 8**




Fuente : INEC Elaborado por : Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 8 el número de Egresos Hospitalarios registrados en el año 1996 fue de 613.809 y en el 2006 de 863.037, con un incremento relativo del 40,6%; así mismo, son Guayas con el 29,6% y Pichincha con el 24,3% las provincias que tienen los más altos porcentajes de egresos registrados en el 2006, por contar con el mayor número de establecimientos de salud con internación hospitalaria y de mayor complejidad, que atienden a pacientes que son referidos de otros establecimientos de salud de las demás provincias del país.

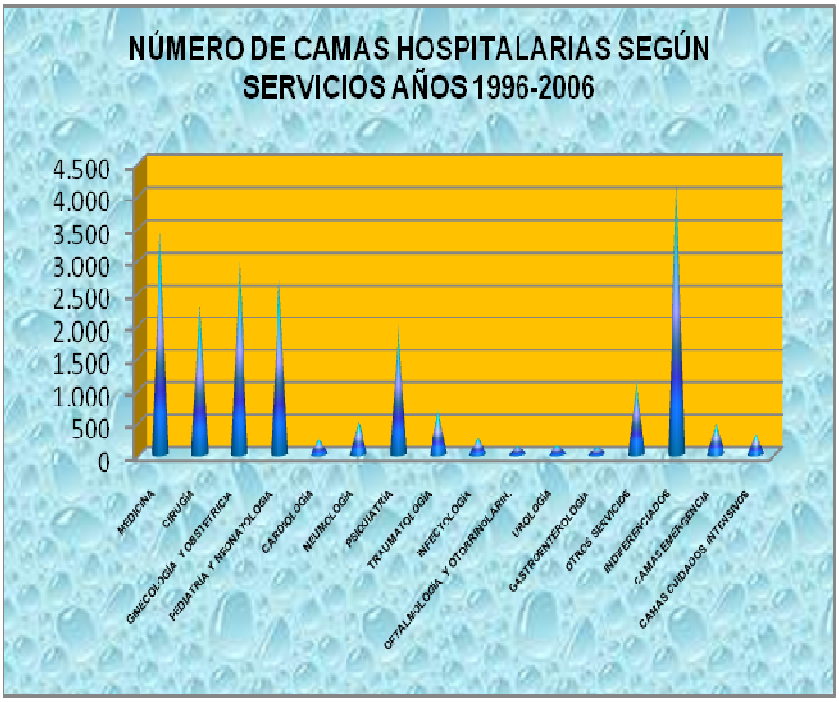
## TABLA No 9

### 3.1.5 NÚMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS DE DOTACIÓN NORMAL, SEGÚN SERVICIOS AÑOS 1996 Y 2006.

| SERVICIOS | NÚMERO | % | NÚMERO | % |
|---|---|---|---|---|
| MEDICINA | 3.094 | 16,1 | 3.437 | 16,0 |
| CIRUGÍA | 2.146 | 11,1 | 2.296 | 10,7 |
| GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA | 2.886 | 15,0 | 2.961 | 13,8 |
| PEDIATRÍA Y NEONATOLOGIA | 2.691 | 14,0 | 2.700 | 12,6 |
| CARDIOLOGÍA | - | - | 224 | 1,0 |
| NEUMOLOGÍA | 552 | 2,9 | 503 | 2,3 |
| PSIQUIATRÍA | 1.763 | 9,2 | 1.995 | 9,3 |
| TRAUMATOLOGÍA | 731 | 3,8 | 663 | 3,1 |
| INFECTOLOGÍA | 264 | 1,4 | 244 | 1,1 |
| OFTALMOLOGÍA Y OTORRINOLARIN. | 188 | 1,0 | 129 | 0,6 |
| UROLOGÍA | - | - | 137 | 0,6 |
| GASTROENTEROLOGÍA | - | - | 106 | 0,5 |
| OTROS SERVICIOS | 1.292 | 6,7 | 1.157 | 5,4 |
| INDIFERENCIADOS | 3.645 | 18,9 | 4.170 | 19,4 |
| CAMAS EMERGENCIA | - | - | 473 | 2,2 |
| CAMAS CUIDADOS INTENSIVOS | - | - | 318 | 1,5 |
| TOTAL | 19.252 | 100,0 | 21.513 | 100,0 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No 9**




Fuente: INEC Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 9 la distribución de Camas Hospitalarias de Dotación Normal de acuerdo a las especialidades o servicios médicos; nos permite destacar que en el año 2006, los Servicios "Indiferenciados", con el 19,4% ocupan el primer lugar, seguido por Medicina General con el 16.0%, Ginecología y Obstetricia, con el 13,8% y Pediatría y Neonatología con el 12,6%. Comparando con el año 1996, se observa un crecimiento de la proporción de camas de dotación normal para los Servicios Indiferenciados que ocupan el primer lugar.

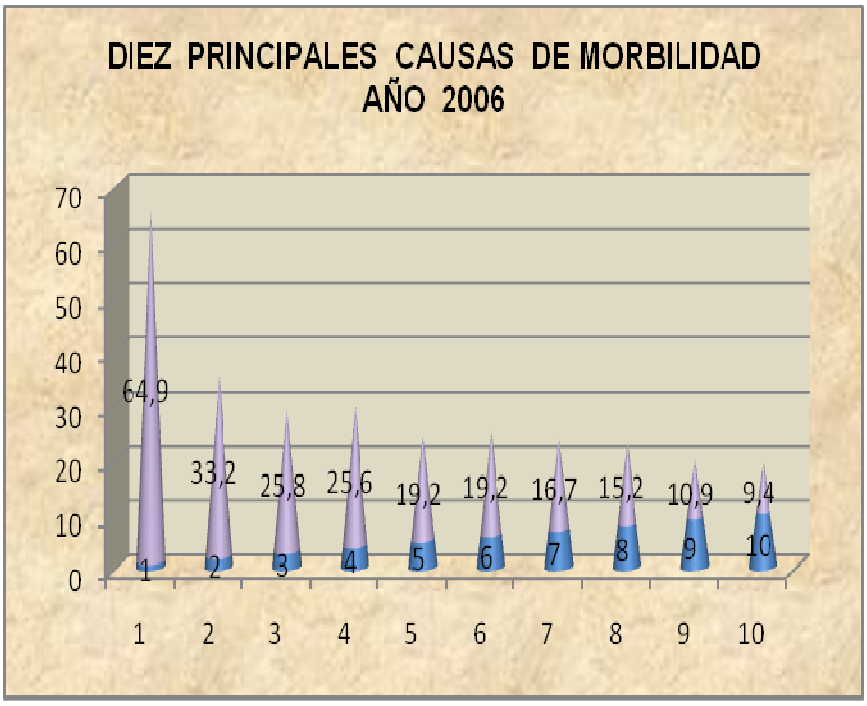
**TABLA No 10**

### 3.1.6 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD AÑO 2006 (LISTA ÚNICA DE 298 CAUSAS- CIE-10).

| CAUSAS | No de egresos | % |
|---|---|---|
| OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y DEL PARTO | 86.999 | 10,1 |
| OTRA ATENCIÓN MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y CON LA CAVIDAD AMNIÓTICA, Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO | 44.552 | 5,2 |
| OTROS EMBARAZOS TERMINADOS EN ABORTO | 34.560 | 4,0 |
| DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 34.282 | 4,0 |
| NEUMONÍA | 25.686 | 3,0 |
| COLELITIASIS Y COLECISTITIS | 25.678 | 3,0 |
| OTROS TRAUMATISMOS DE REGIONES ESPECIFICADAS, DE REGIONES NO ESPECIFICADAS Y DE MÚLTIPLES REGIONES DEL CUERPO | 22.422 | 2,6 |
| ENFERMEDADES DEL APÉNDICE | 20.359 | 2,4 |
| OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES | 14.634 | 1,7 |
| FRACTURAS DE OTROS HUESOS DE LOS MIEMBROS | 12.592 | 1,5 |
| PARTO ÚNICO EXPONTANEO | 113.879 | 13,2 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No 10**




Fuente: INEC Elaborado por: Carvajal Teresa

Para el año 2006, de acuerdo a la tabla y gráfico No 10 se establece que el grupo de "Otras complicaciones del embarazo y del parto", con un significativo 10,1 por ciento y una Tasa de 64,9 por cada 10.000 habitantes. El segundo grupo de causas es "Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto", con una Tasa de 33,2 y una proporción de 5,2 por ciento del total de egresos.

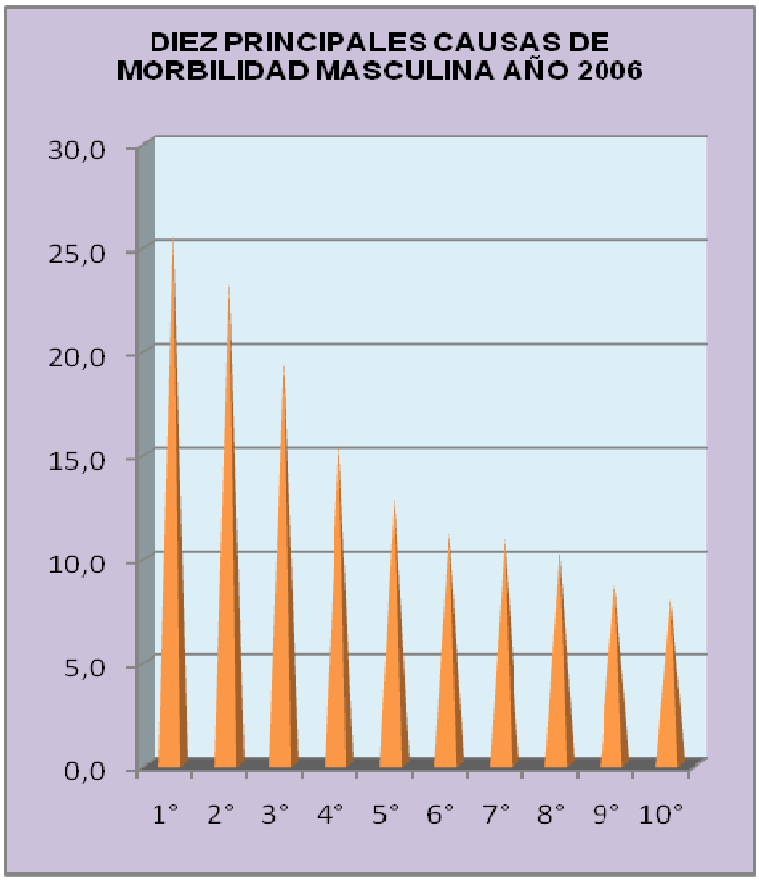
**TABLA No 11**

### 3.1.7 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD MASCULINA AÑO 2006

| CAUSAS | Número de egresos | % | TASA |
|---|---|---|---|
| DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 17.301 | 6,4 | 25,7 |
| OTROS TRAUMATISMOS DE REGIONES ESPECIFICADAS, DE REGIONES NO ESPECIFICADAS Y DE MÚLTIPLES REGIONES DEL CUERPO | 15.740 | 5,8 | 23,4 |
| NEUMONÍA | 13.387 | 4,9 | 19,9 |
| ENFERMEDADES DEL APÉNDICE | 10.452 | 3,8 | 15,5 |
| FRACTURAS DE OTROS HUESOS DE LOS MIEMBROS | 8.658 | 3,2 | 12,9 |
| HERNIA INGUINAL | 7.559 | 2,8 | 11,2 |
| OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES | 7.331 | 2,7 | 10,9 |
| COLELITIASIS Y COLECISTITIS | 7.003 | 2,6 | 10,4 |
| TRAUMATISMO INTRACRANEAL | 5.829 | 2,1 | 8,7 |
| HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA | 5.371 | 2,0 | 8,0 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No 11**




Fuente: INEC Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 11 las diez principales causas de morbilidad por sexo, en el caso de la población masculina, el grupo de causas que tienen que ver con, "Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso", con una tasa de 25,7 por cada 10.000 hombres, ocupa el primer lugar, seguido por "Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones “NO” especificadas y de múltiples regiones del cuerpo” alcanzan una tasa de 23,4, el tercer lugar de atención hospitalaria en la población masculina es el grupo de "Neumonía" con una tasa de 19,9 y en cuarto lugar están las "Enfermedades del apéndice" con una tasa de 15,5.

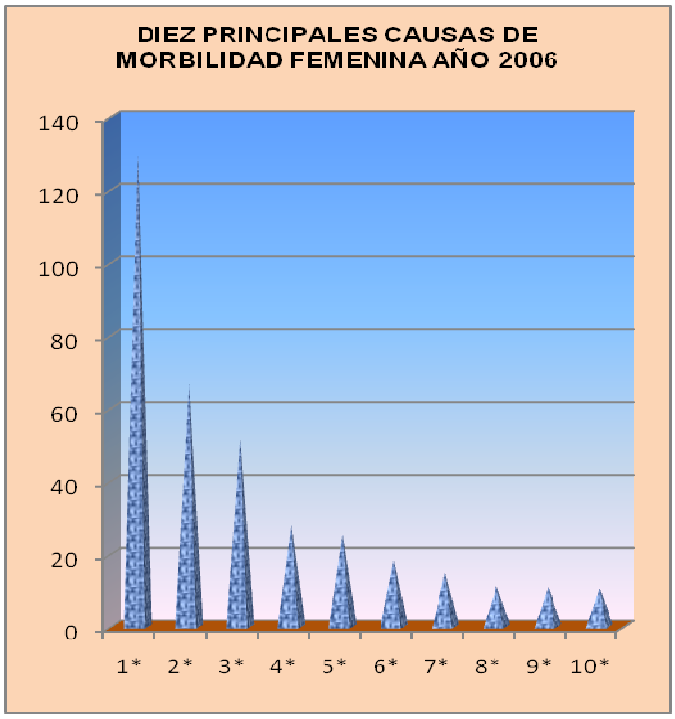
## TABLA No 12

### 3.1.8 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD FEMENINA AÑO 2006

| CAUSAS | NÚMERO DE EGRESOS | % | TASA |
|---|---|---|---|
| OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y DEL PARTO | 86.999 | 14,7 | 130,1 |
| OTRA ATENCIÓN MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y CON LA CAVIDAD AMNIÓTICA, Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO | 44.552 | 7,5 | 66,6 |
| OTROS EMBARAZOS TERMINADOS EN ABORTO | 34.560 | 5,9 | 51,7 |
| COLELITIASIS Y COLECISTITIS | 18.675 | 3,2 | 27,9 |
| DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 16.981 | 2,9 | 25,4 |
| NEUMONÍA | 12.299 | 2,1 | 18,4 |
| ENFERMEDADES DEL APÉNDICE | 9.907 | 1,7 | 14,8 |
| LEIOMIOMA DEL ÚTERO | 7.457 | 1,3 | 11,2 |
| OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES | 7.303 | 1,2 | 10,9 |
| OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO | 7.039 | 1,2 | 10,5 |

Fuente: INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No. 12**




Fuente: INEC  Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla y gráfico No 12, en el caso de las mujeres, según se puede apreciar, la atención hospitalaria por "Parto Único Espontáneo" en el año de investigación, significó casi una quinta parte del total de egresos femeninos; las principales causas de morbilidad para la población femenina en orden de importancia son: "Otras complicaciones del embarazo y del parto" con una tasa de 130,1; seguido por "Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto", con una tasa de 66,6; "Otros embarazos terminados en aborto", con una tasa de 51,7; y, con tasas inferiores en relación a la primera causa de la lista, se encuentran: "Leiomioma del útero", “Otras enfermedades infecciosas intestinales”; y, Otras enfermedades del sistema urinario”.

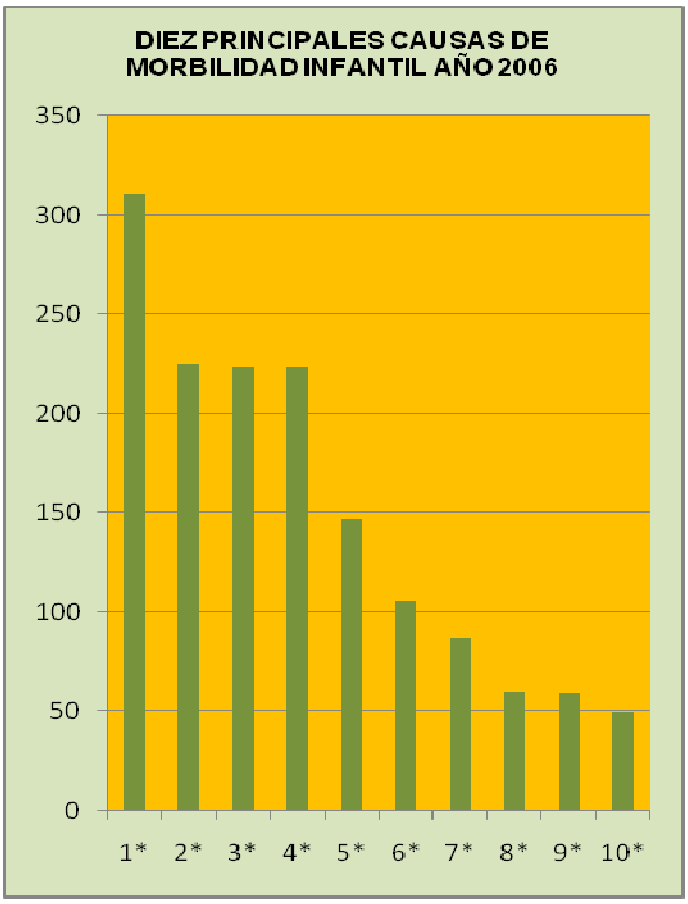
## TABLA No 13

### 3.1.9 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL AÑO 2006

| CAUSAS | NÚMERO DE EGRESOS | % | TASA |
|---|---|---|---|
| OTROS TRASTORNOS RESPIRATORIOS ORIGINADOS EN EL PERÍODO PERINATAL | 8.945 | 15,4 | 310,9 |
| DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO | 6.471 | 11,1 | 224,9 |
| NEUMONÍA | 6.426 | 11,1 | 223,4 |
| OTRAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERÍODO PERINATAL | 6.426 | 11,1 | 223,4 |
| FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADO POR FACTORES MATERNOS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO | 4.230 | 7,3 | 147,0 |
| CRECIMIENTO FETAL LENTO, DESNUTRICIÓN FETAL Y TRASTORNOS RELACIONADOS CON LA GESTACIÓN CORTA Y EL BAJO PESO AL NACER | 3.036 | 5,2 | 105,5 |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CONGÉNITAS | 2.504 | 4,3 | 87,0 |
| OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES | 1.719 | 3,0 | 59,8 |
| OTRAS INFECCIONES ESPECIFICAS DEL PERÍODO PERINATAL | 1.709 | 2,9 | 59,4 |
| OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO | 1.435 | 2,5 | 49,9 |

Fuente : INEC Elaboración: INEC

**GRÁFICO No. 13**




Fuente: INEC  Elaborado por: Carvajal Teresa

En esta tabla y gráfico No 13 se incluye las diez principales causas de Morbilidad Infantil, de cuya información se desprende que los “Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal” con una tasa de 310,9 por cada 10.000 menores de un año, se ubica como la primera causa de Morbilidad Infantil; seguido por “Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso” con una tasa de 224,9 y “Neumonía” con una tasa de 223,4. Se localizan en los últimos lugares de la lista de 10 principales causas “Otras infecciones específicas del período perinatal” y “Otras enfermedades del sistema respiratorio” con tasas de 59,4 y 49,9, respectivamente, relacionado por cada 10.000 niños menores de un año.

# 3.2 CONTEXTO DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

## 3.2.1 ESTRUCTURA POBLACIONAL.

**TABLA No 14**

Proyección habitantes año 2006

| | POBLACIÓN | | | |
|---|---|---|---|---|
| ÁREA | 1990 | 2001 | 2005 | 2006 |
| QUITO URBANO | 1.105.528 | 1.397.598 | 1.504.991 | 1.531.257 |
| DISPERSO URBANO | 24.535 | 13.897 | 10.512 | 9.481 |
| SUBURBANO | 258.439 | 430.508 | 482.183 | 508.110 |
| TOTAL DISTRITO | 1.385.500 | 1.842.201 | 2.007.787 | 2.048.845 |

Fuente: DMPT Elaborado por: DMS.

De acuerdo a la tabla No 14, según el censo de población y vivienda para el año 2001 existían 1.842.201 habitantes de los cuales el 48.5% son hombres y el 51.5% son mujeres. La mayoría de la población del distrito, 75% vive en la zona urbana, y el 25% en el área sub-urbana. En cuanto a las características étnicas, según el último censo el 3.3% de la población se consideró como indígena, 1.2 negros, 80.6% mestizos, 1.9% mulatos blancos 12.8. Según proyección poblacional para el año 2006, en el Distrito Metropolitano de Quito, se estima que estarían residiendo alrededor de 2.048.848 habitantes, lo que implica un aumento aproximado de 206.647 personas.

**TABLA No 15**

POBLACIÓN SEGÚN EDAD

| GRUPO ETAREO | PICHINCHA | QUITO |
|---|---|---|
| < 1 año | 1.8% | 1.7% |
| 1 - 5 años | 8.3% | 8.0% |
| 5 - 14 años | 20.5% | 19.5% |
| 15 - 24 años | 21.0% | 29.4% |
| 25 - 44 años | 29.0% | 43.0% |
| 45 - 64 años | 14.0% | 43.0% |
| >65 años | 6.0% | 6.1% |

Fuente: INEC. Elaborado por: Gestión Estadística HGOIA

De acuerdo a la tabla No 15, la población en Quito, según la edad, la mayor es de 25 años a 64 años, seguido de 15 a 24 años que equivale al 29.4% en el año 2001.

Las actividades económicas están vinculadas al sector privado e informal, lo que representa el 50% en el Distrito.

El poco crecimiento del sector formal asociado con el bajo nivel educativo de fuerza laboral, han conducido a la expansión de la economía informal donde se ubica el 48% de la población económicamente activa.

La población bajo la línea de pobreza con los datos censales 2001, correspondía al 19.9% para el área urbana, el 41.3% para el área disperso urbana y el 30.1% para el área suburbana, el total para el distrito fue del 22.2%.

En cuanto a Vivienda y aspectos higiénicos sanitarios, de acuerdo al censo del 2001, en el Distrito Metropolitano de Quito existían 556.628 viviendas habitables, para una población de 1.388.500 habitantes, es decir de 3.3 habitantes por vivienda.

Respecto al abastecimientos de agua, el 98.13% del total de las viviendas del cantón, cuentan con servicio por red pública.

En relación a la eliminación de excretas o alcantarillado, el alcantarillado público, es del 93.5% en la zona urbana, 16.3% en la disperso urbana, del 65% en la sub-urbana y casi un 5% no dispone de servicio.

En el aspecto de eliminación de desechos sólidos, los carros recolectores de basura, sirven al 90% de la población, prestando servicio al 95.3% de hogares en la zona urbana, 32.5% en la disperso urbana y 73% en la sub-urbana.

En el sector educativo, la población analfabeta que corresponde personas mayores de 10 años fue del 3,2% para los hombres y 5.3% para mujeres. El 77.60% de las instituciones educativas están en el área urbana, el 22.19 % están en el área rural.

## 3.3 DIAGNÓSTICO HOSPITAL GINECO OBSTETRICO ISIDRO AYORA

### 3.3.1 VISIÓN

Es un Hospital de tercer nivel de resolución , con capacidad de atención especializada y permanente que aspira garantizar a sus usuarias el acceso equitativo y oportuno a sus instalaciones, así como brindar servicios de alta calidad técnica y humana, que tenga capacidad de gestión desconcentrada , moderna, con recursos humanos motivados, calificados y con excelencia en todos sus procesos organizativos.

### 3.3.2 MISIÓN

Brindar con calidez, servicios especializados, permanentes y de calidad en los ámbitos de la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de los procesos normales y patológicos en el campo de la salud sexual reproductiva de la mujer adulta y adolescente, de recién nacidos de la ciudad de Quito, de referencia técnica y geográfica. Paralelamente y por su naturaleza docente el hospital es un espacio de investigación, capacitación y formación de recursos humanos multidisciplinario e interdisciplinario.

### 3.3.3 VALORES

Atención integral de la madre y recién nacido con abnegación y responsabilidad para satisfacer sus necesidades físicas, terapéuticas y emocionales, sin distingo de raza, credo o condición social.

Ética profesional en el cumplimiento de las normas profesionales y procedimientos preestablecidos.
Motivación para el cumplimiento de los objetivos institucionales.
Respeto y garantía de los derechos ciudadanos con el cumplimiento de las leyes y reglamentos vigentes.

### 3.3.4 ANTECEDENTES DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA

La Maternidad Isidro Ayora fue construida por el servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública en los terrenos donados por la Honorable Junta Central de Asistencia Pública. Fue inaugurada el 28 de Marzo de 1951; la población de Quito en ese entonces fue de 250 000 a 300 000 habitantes.

Estando presentes el Señor Presidente Constitucional de la república, Don Galo Plaza, sus Ministros de Estado, Consultores, Cuerpo diplomático, otros altos dignatarios de la nación, el Dr. Isidro Ayora y numerosos funcionarios y ciudadanos, se procede, luego a denominarle con el nombre del señor doctor don Isidro Ayora, a fin de que se llame “Maternidad Isidro Ayora”. El señor Presidente de la república hace formal entrega del Hospital de Maternidad “Isidro Ayora” al comité especial integrado por los señores: doctor Aurelio Ordoñez, doctor Enrique Aray Cedeño y doctor Luis Alcìvar.

La Junta Central de Asistencia Pública cedió los terrenos para la construcción de la maternidad, la misma que se terminó en el mes de febrero de 1950, con un área total de construcción de 7344 m2, distribuidos así 2441 m2 en el primer piso, 2593 m2 en el segundo piso, y 2510 m2 en el tercer piso, con una capacidad para 163 camas, distribuidas entre salas comunitarias y piezas de atención individual, que para esos años constituyó la Clínica más lujosa y con atención de especialidad, en donde fueron atendidas las mujeres de la alta sociedad de nuestra ciudad.

Su primer director fue el Dr. Aurelio Ordóñez, asesorado por un comité directivo, formado por un representante del servicio Cooperativo, el Dr. Van

Grimer; como representante del Ministro de Previsión Social, el Dr. Luis Alcìvar; un delegado del Seguro Social Ecuatoriano, el Dr. Enrique Aray; y por el profesor de obstetricia, Dr. César Jácome Moscoso.

El mismo cuerpo médico de la Maternidad de la calle Pereira, iniciaba su nueva etapa en la Maternidad Isidro Ayora además de un número de profesionales que se unieron luego, para la atención en Gineco-Obstetricia. En Neonatología se formaron otros profesionales que luego tendrían a su cargo éste servicio, entre los cuales figuraron los Drs: Fabián Vascones, Carlos Naranjo y Lenin León.

El edificio y sus equipos fijos tuvieron un costo de $ 6.375.000 (sucres) financiados por el servicio Cooperativo Interamericano de Salud y el presupuesto para el año 1951-1952 fue de $1.900.000 (sucres).

Los años pasan, la ciudad crece, el prestigio de la Maternidad trasciende a otras provincias y su capacidad de ocupación rebasa todo lo imaginable, al punto que en los últimos años llega a un 123% y según datos del INEC, el 68% de los partos de la provincia de Pichincha se realizan en la Maternidad.

Como consecuencia de ello, se hacía necesario abrir nuevas áreas tales como: Consulta Prenatal, Consulta de Pediatría, Servicio de Ginecología y Planificación Familiar, atención Odontológica; y desde hace 12 años, el servicio de Atención a la adolescente, servicio que vino a cubrir una necesidad de atención especializada a éste grupo etáreo, gracias al apoyo de la a Agencia Española de Cooperación Internacional cuenta con un moderno y funcional edificio, en el que se puede dar atención integral y diferenciada a la adolescente, contando incluso con un albergue de corta estancia.

Las políticas de salud en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora se fundamentan en el desarrollo de los principios entre otros en el de equidad (racial, cultural, de género, generacional, de condición, situación social

económica y de creencias), traducida en la reducción de desigualdades en la situación de salud entre diferentes grupos humanos, la garantía de un acceso de todas las mujeres embarazadas a sus prestaciones y beneficios de acuerdo a la condición económica de las familias.

El Hospital Isidro Ayora, no cuenta con programa actualizado de vigilancia epidemiológica para las infecciones intrahospitalarias en el servicio de patología obstétrica.

El Hospital Isidro Ayora, tiene que regirse al marco legal, que de acuerdo a los procesos de modernización se han implementado, como son el artículo 502, en el que indica cómo debe funcionar en el sentido financiero y administrativo, así como también las leyes que rigen tanto al personal del contrato colectivo, como el de la ley de servicio civil y carrera administrativa.

La descentralización del Hospital, ha permitido que tenga capacidad de decisión sobre sus partidas presupuestarias y la movilización de recursos en sus áreas de acción. Sin embrago, se debe perfeccionar la descentralización técnica, para favorecer la realización de programas de calidad de atención médica para las usuarias que acuden a las consultas de especialidad del hospital.

Se define al Hospital Isidro Ayora como una unidad operativa de tercer nivel y de referencia nacional como hospital de especialidad, siendo de alta complejidad que está destinado a prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internación a las usuarias Gineco-obstétricas y en Pediatría. Se constituye en un centro de práctica y capacitación a nivel docente, administrativo e investigativo.

### 3.3.5 INFORMACIÓN GEOGRÁFICA

Está ubicada a unos 9.400 pies de altura. El clima es de 17 grados centígrados. Fue calificada como patrimonio cultural de la humanidad, por su centro histórico, con sus monumentos, poder, tradición y el Quito moderno.

Ubicación del HGOIA:
Provincia: Pichincha.
Cantón: La capital del Ecuador es Quito, una ciudad con más de 1.5 millones de habitantes.
Parroquia: San Blas
Dirección: Avenida Gran Colombia N 14-66 y Sodiro.

### 3.3.6 CONDICIONES AMBIENTALES

Las condiciones ambientales en la actualidad son muy alarmantes, por contaminación causada principalmente por el aumento del smock causado por los vehículos.

El Hospital está ubicado en el centro de la ciudad, cuenta con una infraestructura física antigua la cual está en remodelación, también debemos indicar que el área destinada para la atención de emergencias, centro, centro obstétrico y neonatología es inadecuada porque no responde a las necesidades institucionales, la oferta no cubre la demanda.

El Hospital cuenta con servicios de agua potable y alcantarillado, energía eléctrica, teléfono. El sistema en muchas ocasiones sufre de rompimiento de tuberías, afectando a la red de agua potable por ser instalaciones antiguas, provocando suspensión de cirugías de emergencia y electivas.

El hospital cuenta con consulta externa, cinco 5 especialidades, con 22 consultorios entre los cuales se presta atención prenatal, Cardiología, Ginecología

Planificación Familiar, Colposcopia, atención Obstétrica, atención a la Madre adolescente, Pediatría, Neonatología, Unidad de cuidados intensivos Neonatal, Emergencia, Quirófanos, Hospital del día y Recuperación. Cuenta con tres pisos; para servicio de hospitalización.

Cuenta con servicios de apoyo, lavandería y ropería, farmacia, rayos X, bodega, suministros, servicio de alimentación y dietética, laboratorio, patología, financiero, pagaduría, tesorería, proveeduría, recursos humanos.

El transporte y movilidad de los pacientes lo realizan a través de camillas y sillas de ruedas cuando debe realizarse exámenes internos.

Pero el número de pacientes que salen a otras instituciones privadas para exámenes especiales es elevado existiendo en este aspecto una falta de equipos de última tecnología.

Respecto al nivel ocupacional de las pacientes el mayor número corresponde a quehaceres domésticos, la sigue el grupo de artesanos, este perfil corresponde normalmente a la ocupación a la que la mujer en términos generales realiza, aparentemente no hay ingresos económicos para el hogar, pero en algunas ocasiones las personas que indican realizar quehaceres domésticos son empleadas en casas particulares realizando este trabajo.

Según el censo del 2001 el 75.51 % de la población se encuentra en el área urbana, esto se debe a la migración. El 47.5 % de los usuarios que acuden al hospital viven en casa arrendada. El 47% de la población con instrucción primaria en el Cantón Quito vive en el área rural. El 36,9% en el área urbana, el 27% de los usuarios viven en casa propia, motivo por el cual sus ingresos económicos disminuyen, afectando al rubro que podrían invertir en el cuidado de su salud.

### 3.3.7 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

El estado debe tomar con firme decisión la política de salud, cumplir su deber, creando las condiciones que efectivamente garanticen la salud individual y colectiva de la población, esto significa priorizar presupuestariamente las áreas sociales de salud y educación en el Plan de Desarrollo, definir las políticas de salud con enfoque de riesgo, descentralizar democráticamente el Sistema de Salud y ofrecer servicios de calidad a la población.

En el Hospital, en 2007 se realizan un 66.4% de partos normales, el 33.6% de cesáreas, el 25.03% se realizan partos de adolescentes, de los cuales son cesáreas el 21.6% y un porcentaje muy elevado de atención de abortos en adolescentes en un porcentaje del 18.99%, cifra muy preocupante para las autoridades de salud.

El 52% de madres que acuden al hospital tienen patologías, de estas madres el 92% nacen niños con patologías, provocando estadías más prolongadas tanto para la madre como para el niño, con lo cual se eleva los costos para la familia y el hospital.

La primera causa de morbilidad materna es la infección urinaria con un 25.4% seguida de la preclampsia con un 15.5%, otras infecciones con 4.8%, posiblemente por falta de controles médicos, estos datos corresponden al 2003.

La atención de partos se realiza en un 49.3% en el domicilio, en instituciones públicas en un 36.5% atendidas por familiares el parto en un 19.9% y solas el 6.5% en el área rural y el 24.2% en institución privada, en el urbana por familiares 3.8% y sola el 1%, esto demuestra que en el área urbana tienen mayor oportunidad y accesibilidad de acudir a un centro de salud.

### 3.3.8 ESTRUCTURA FÍSICA

El HGOIA comprende estructuralmente tres construcciones, la primera una edificación antigua con material mixto de 3 pisos y la segunda estructura antigua mixta de 2 pisos, la cual no tiene comunicación directa físicamente con emergencia y hospitalización, la misma que se encuentra a 200 m2; la tercera, una edificación moderna de 2 pisos que está destinada para la atención integral de la adolescente.

La antigüedad de la estructura del hospital, de hace 50 años, provoca la inexistencia de climatización en las áreas, con la percepción de ausencia tecnológica. En el 90% de los servicios, los pasillos son muy estrechos, además cuenta con un solo ascensor. Los quirófanos no se encuentran sectorizados, pues están distribuidos en 3 sectores, lo que impide una coordinación de intervenciones quirúrgicas, lo cual no satisface con las necesidades de demanda de usuarios que limita las prestaciones y actividad para la atención eficiente.

El hospital cuenta con una dotación de 249 camas: para Obstetricia 100 camas, para adolescentes 30 camas, para Patología Obstétrica 50 camas, para Ginecología 10 camas y para Neonatología 59 camas.

### 3.3.9 RECURSOS TECNOLÓGICOS DEL HGOIA

Existen equipos que han superado ampliamente el período de amortización como son: monitoreo fetal, equipo de Rx, revelador de placas, analizador de placas, microscopios, analizador de química, gasómetro, centrífugas, movilizador de sangre, agitador de pipeta, 5 máquinas de anestesia, monitor fetal, mesas ginecòlogicas,4 mesas quirúrgicas, 5 monitores, 2 electro bisturí, 2 cunas radiante,4 autoclaves, 1 equipo odontológico, 22 incubadoras, una esterilizadora pequeña al seco, colposcopia, electrocardiógrafo, rayos láser, equipo leep, 59 computadoras, 3 generadores de energía, suelda autógena,

compresor industrial, 4 cocinas industriales etc. Todos estos equipos han superado desde 5 años, hasta 20 y 30 años.

Resumiendo, y en relación a los equipos cuya adquisición se ha realizado recientemente, los equipos que cumplen su vida útil son: Monitores, fuente de luz insuflador de CO2, cámara endomat, hidromat, VHS, electro bisturí, ligasure ecògrafo multidimensional, una máquina de anestesia, mamógrafo, equipos odontológicos, cabitron, 8 incubadoras, 1 ventilador pediátrico, autoclave, cumplen el tiempo de vida útil antes de los 5 años.

### 3.3.10 RECURSOS HUMANOS

Luego del análisis interno se deduce que el 50% del talento humano con el que cuenta el hospital es especializado, no existe sistema de incentivos para el personal. La producción es un promedio de 74.7%, la estructura física con que cuenta el hospital es antigua, y no abastece la demanda de usuarias, se caracteriza por ser un hospital docente, científico y tiene referencias en el MSP.

El mayor número de servidores pertenecen a contrato colectivo lo que representa un 50%, el 27.5% son auxiliares de enfermería, personal de enfermeras es el 20%, personal médico es el 11%; y, el personal administrativo y servicios ocasionales el del 10%. El hospital es considerado de especialidad y de emergencia por lo que requiere personal profesional y capacitado para la atención directa a la usuaria.

### 3.3.11 SISTEMA DE INFORMACIÓN

Aunque se valora la existencia de una cultura de desarrollo del sistema informativo, no se dispone de tecnología avanzada y recursos humanos capacitados, además, no existe una organización estructurada para cada uno de los procesos y productos que son parte de la atención médica.

Como los datos facilitados por admisión, elaborados mensualmente y contenidos en cuadro de atención, así como cuadro de información económica financiera, a partir del cual se genera información, también la captación y generación de información no se centraliza en admisión, generando esperas prolongadas.

La organización cuenta con 60 computadoras, la mayoría sobrepasa el período de vida, únicamente 12 computadoras fueron adquiridas recientemente.

La información recabada en los partes diarios y en los cambios de turno, tanto de consulta externa y hospitalización, son ingresados a estadística, luego los datos son enviados al INEC. De esta institución no existe ninguna información, para retroalimentación, que permita tomar decisiones correctivas.

### 3.3.12 RECURSOS LOGÍSTICOS

El hospital cuenta con vehículos, de los cuales son: dos ambulancias, una nueva, y una camioneta con una vida de uso de 3 años, una camioneta de más de 10 años y recientemente adquirieron 2 buses nuevos.

### 3.3.13 GESTIÓN

Siendo la gerencia la cabeza responsable y parte integral de la dirección, considerando que el hospital es una institución de servicios con alta función social y características científicas, técnicas, administrativas y económicas generales propias de las empresas, esta institución no cuenta con una gestión eficiente que se encargue de la planificación y organización de las labores.

## 3.4 ANÁLISIS DE PRODUCTIVIDAD DEL HGOIA

Al momento de la inauguración de la Maternidad Isidro Ayora, la población de Quito era de 300.000 habitantes. De acuerdo al censo del 2001 Quito tiene 1839.853 habitantes, la labor se desarrolla en un área remodelada, pero mantiene una estructura similar a la del año 1951, en donde actualmente se atiende prácticamente 6 veces más que la población original.

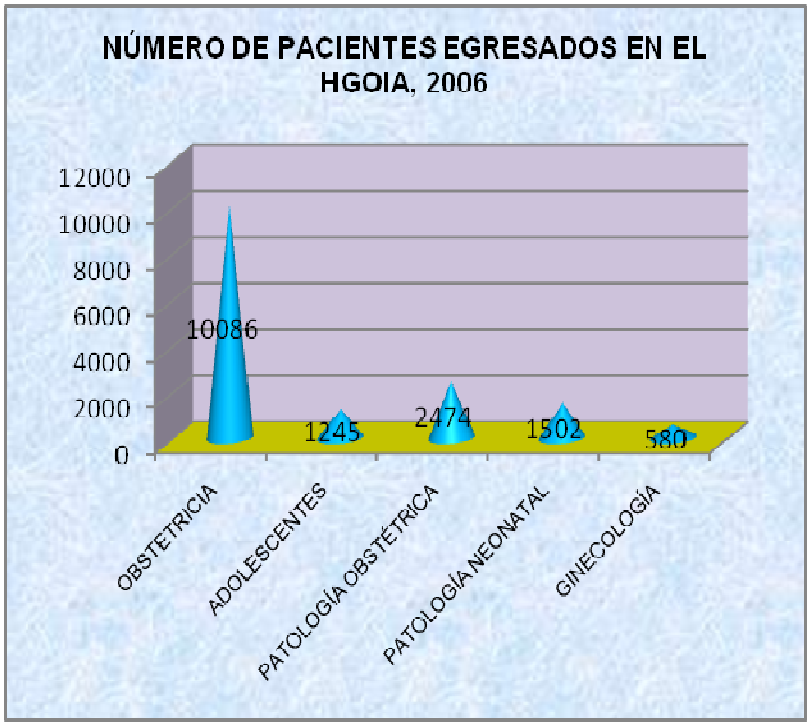
**TABLA No 16**

### 3.4.1 NÚMERO DE PACIENTES EGRESADOS EN EL HGOIA EN EL 2006

| SERVICIO | NÚMERO | PORCENTAJE % |
|---|---|---|
| OBSTETRICIA | 10086 | 63.00 |
| ADOLESCENTES | 1245 | 7.80 |
| PATOLOGÍA OBSTÉTRICA | 2474 | 15.50 |
| PATOLOGÍA NEONATAL | 1502 | 10.10 |
| GINECOLOGÍA | 580 | 3.60 |
| TOTAL | 15887 | 100.00 |

Fuente: Gestión Estadística HGOIA. 2006

**GRÁFICO No 14**




Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla No 16 y gráfico No 14 el mayor porcentaje de egresos hospitalarios en el 2006 corresponde a Obstetricia con 63,0%, el menor porcentaje es de adolescentes, con 7,8 %.

**TABLA No 17**

### 3.4.2 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AÑO 2007

| NTERVENCIONES QUIRÚRGICAS | | |
|---|---|---|
| | NÚMERO | PORCENTAJE |
| URGENCIAS | 6821 | 91,4% |
| ELECTIVAS | 643 | 8,6% |
| TOTAL | 7464 | 100.0 % |

Fuente: Gestión Estadística HGOIA 2006

**GRÁFICO No 15**

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

De acuerdo a la tabla No 17 y gráfico No 15, se puede observar que la mayor cantidad de intervenidos quirúrgicas corresponden a las cirugías de urgencias con un porcentaje de 91,4 %, en tanto que el menor porcentaje corresponde a las cirugías electivas con 8,6%.

**TABLA No 18**

### 3.4.3 PORCENTAJE DE OCUPACIÓN POR ESPECIALIDAD

| ÁREA | PORCENTAJE DE OCUPACIÓN |
|---|---|
| OSBTETRICIA | 108% |
| GINECOLOGÍA | 55% |
| NEONATOLOGÍA | 117% |
| PROMEDIO | 107% |

Fuente: Gestión Estadística HGOIA. 2006

Según la tabla No 18 se observa que el mayor porcentaje de ocupación es obstetricia con el 108% y el menor porcentaje es Ginecología con 55%.

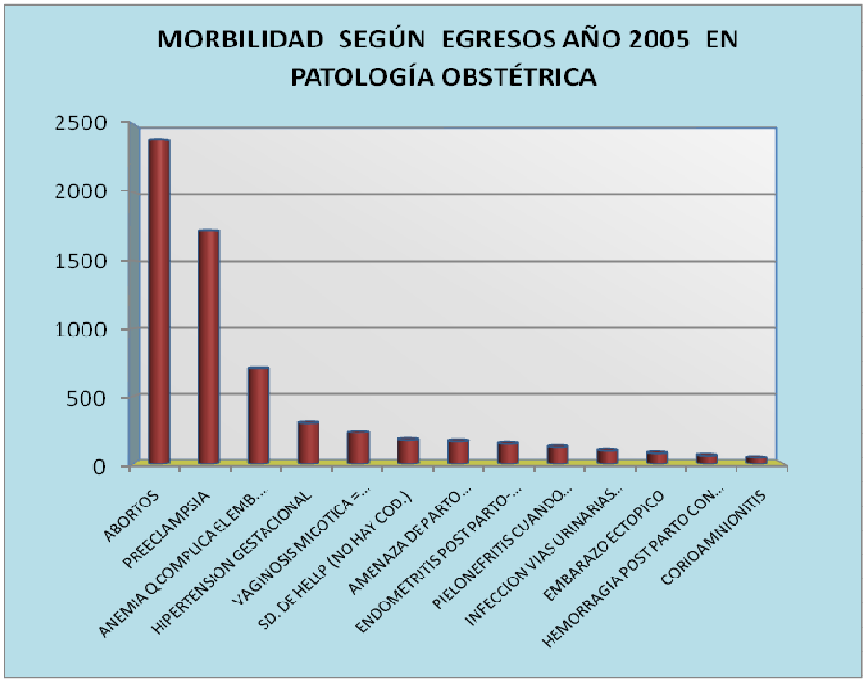
## TABLA No 19

### 3.4.4 MORBILIDAD SEGÚN EGRESOS AÑO 2005 EN PATOLOGÍA OBSTÉTRICA.

| | |
|---|---|
| ABORTOS | 2390 |
| PREECLAMPSIA | 1721 |
| ANEMIA Q COMPLICA EL EMB. PARTO Y PUERPERIO | 705 |
| HIPERTENSION GESTACIONAL | 304 |
| VAGINOSIS MICOTICA = CANDIDIASIS | 233 |
| SD. DE HELLP (NO HAY COD.) | 178 |
| AMENAZA DE PARTO PREMATURO | 169 |
| ENDOMETRITIS POST PARTO-CESAREA | 151 |
| PIELONEFRITIS CUANDO COMPLICA EL EMB. | 128 |
| INFECCION VIAS URINARIAS POST PARTO | 102 |
| EMBARAZO ECTOPICO | 84 |
| HEMORRAGIA POST PARTO CON RETENCION DE FRAGMENTOS | 66 |
| CORIOAMNIONITIS | 47 |
| OTROS | 697 |
| TOTAL | 6975 |

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

## GRÁFICO No 16




Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

Según la tabla No 19 y al gráfico No 16 En el HGOIA el mayor número de egresos es en Obstetricia con 10086, el menor número es en Ginecología con 580.

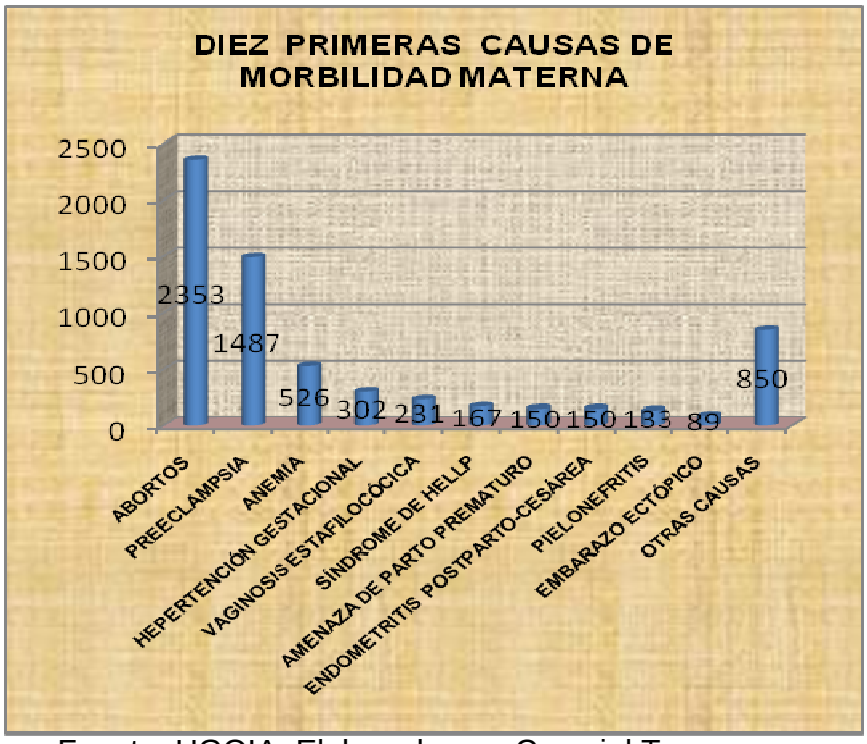
**TABLA No 20**

### 3.4.5 DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA

| No | PATOLOGIÁ | NÚMERO | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|
| 1 | ABORTOS | 2353 | 36-5% |
| 2 | PREECLCPSIA | 1487 | 23.0% |
| 3 | ANEMIA | 526 | 8.1% |
| 4 | HEPERTENCIÓN GESTACIONAL | 302 | 4.7% |
| 5 | VAGINOSIS ESTAFILOCÓCICA | 231 | 3.6% |
| 6 | SÍNDROME DE HELLP | 167 | 2.6% |
| 7 | AMENAZA DE PARTO PREMATURO | 150 | 2.3% |
| 8 | ENDOMETRITIS POSTPARTO-CESÁREA | 150 | 2.3% |
| 9 | PIELONEFRITIS | 133 | 2.0% |
| 10 | EMBARAZO ECTÓPICO | 89 | 1.3% |
| | OTRAS CAUSAS | 850 | 13.2% |
| | TOTAL | 6438 | 100.0% |

Fuente: Gestión Estadística HGOIA 2006

**GRÁFICO No 17**




Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

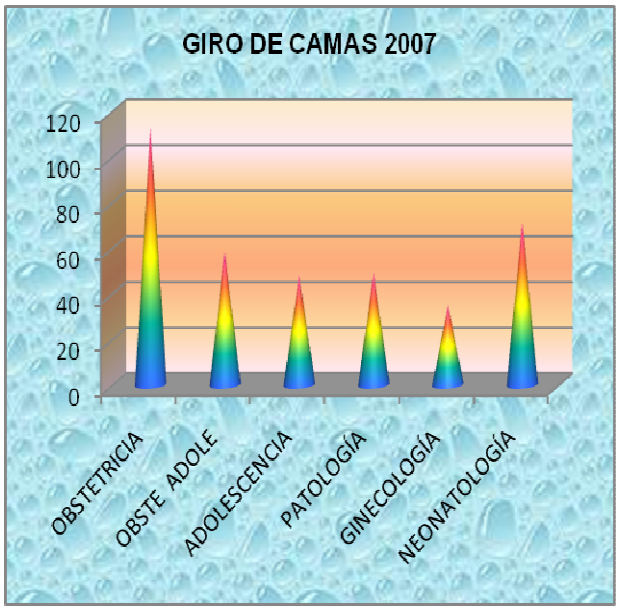
En la tabla No 20 y gráfico No 17, se puede observar que la patología que se encuentra en primer lugar es el aborto con un 38.5% y en el último lugar el embarazo ectópico con el 1.3%.

### 3.4.6 INDICADORES HOSPITALARIOS 2007

#### 3.4.6.1 Giro de camas

**GRÁFICO No 18**

| Especialidades | Giro de cama |
|---|---|
| Obstetricia | 113 |
| Obste. Adole | 68 |
| Patología | 48 |
| Ginecología | 49 |
| Neonatología | 35 |
| Total Hospital | 71 |



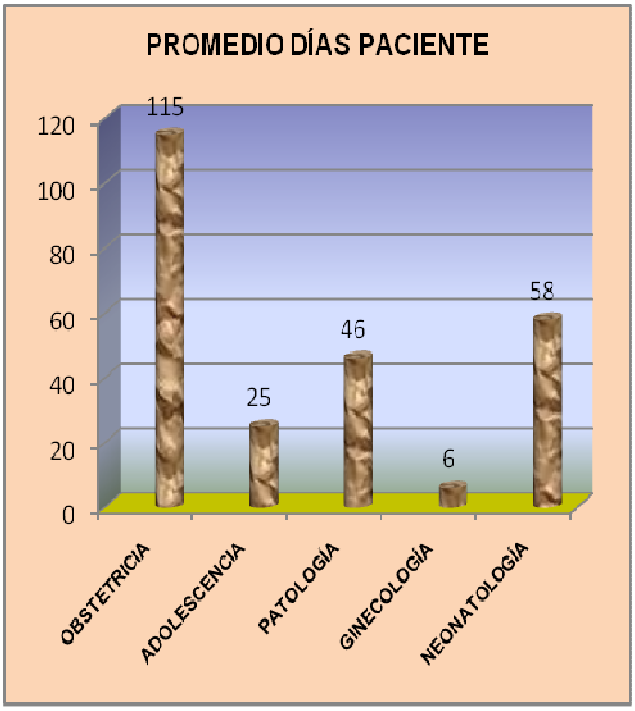

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

Giro de Camas indica el número de pacientes egresados por cada cama durante un período. En el HGOIA el giro de camas ha aumentado en el 2007 ejemplo: En Neonatología, 35 pacientes es el promedio de niñas/niños egresadas/os por cada cama en un año de acuerdo al gráfico No 18.

### 3.4.6.2 Promedio días pacientes

**GRÁFICO No 19**

| ESPECIALIDADES | DÍAS PACIENTE |
|---|---|
| OBSTETRICIA | 115 |
| ADOLESCEN | 25 |
| PATO. OBSTÉ | 46 |
| GINECOLOGÍA | 6 |
| NEONATOLOGÍA | 58 |
| TOTAL HOSPI. | 250 |



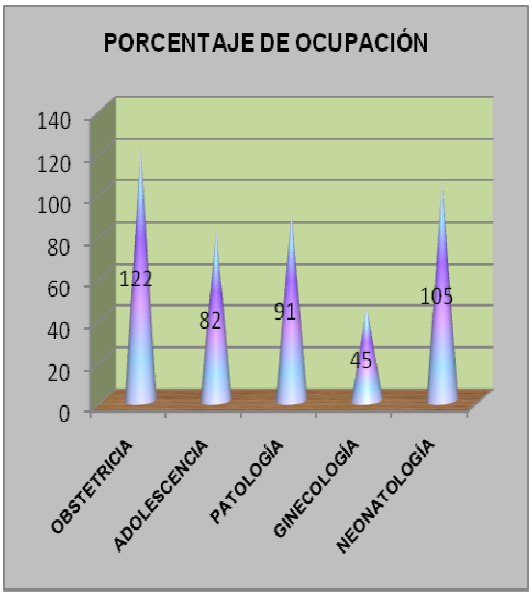

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

Es el número promedio de pacientes hospitalizados que recibieron atención diaria comprendida entre las 0 horas y las 24 horas. Este promedio ha aumentado en Obstetricia y Neonatología en el año 2007, de acuerdo al gráfico No 19.

### 3.4.6.3 Porcentaje de ocupación

**GRÁFICO No 20**

| ESPECIALIDADES | % OCUPACIÓN |
|---|---|
| OBSTETRICIA | 122 |
| ADOLESCENCIA | 82 |
| PATO. OBSTÈ | 91 |
| GINECOLOGÍA | 45 |
| NEONATOLOGÍA | 105 |
| TOTAL HOSPI. | 103 |



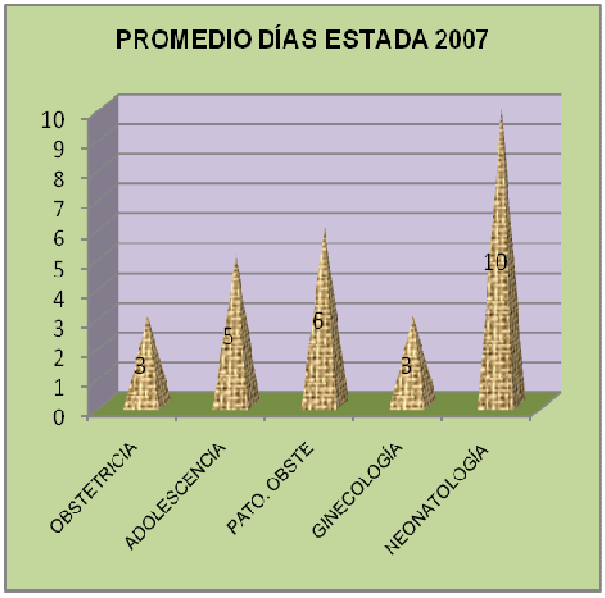

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

Es el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante un período, con este indicador se demuestra la sobre ocupación que existe en el HGOIA sobrepasa los estándares recomendados (80%) de acuerdo al gráfico No 20.

### 3.4.6.4 Promedio días estada

**GRÁFICO No 21**

| ESPECIALIDADES | DÍAS ESTADA |
|---|---|
| OBSTETRICIA | 3 |
| ADOLESCENCIA | 5 |
| PATO. OBSTÈ | 6 |
| GINECOLOGÍA | 3 |
| NEONATOLOGÍA | 10 |
| TOTAL HOSPI. | 4.5 |



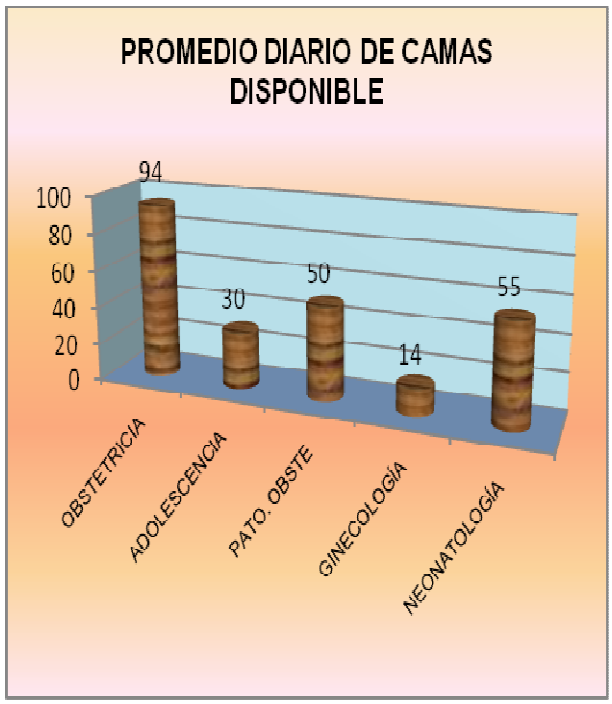

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

Es el número de días que en promedio cada paciente permaneció hospitalizado, comprendido entre la fecha de ingreso y egreso, el promedio de días de estadía no se ha modificado en el 2007, de acuerdo al gráfico No 21

### 3.4.6.5 Promedio diario de camas disponible

**GRÁFICO No 22**

| ESPECIALIDADES | CAMAS DISPO. |
|---|---|
| OBSTETRICIA | 94 |
| ADOLESCENCIA | 30 |
| PATO. OBSTÈ | 50 |
| GINECOLOGÍA | 14 |
| NEONATOLOGÍA | 55 |
| TOTAL HOSPI. | 244 |



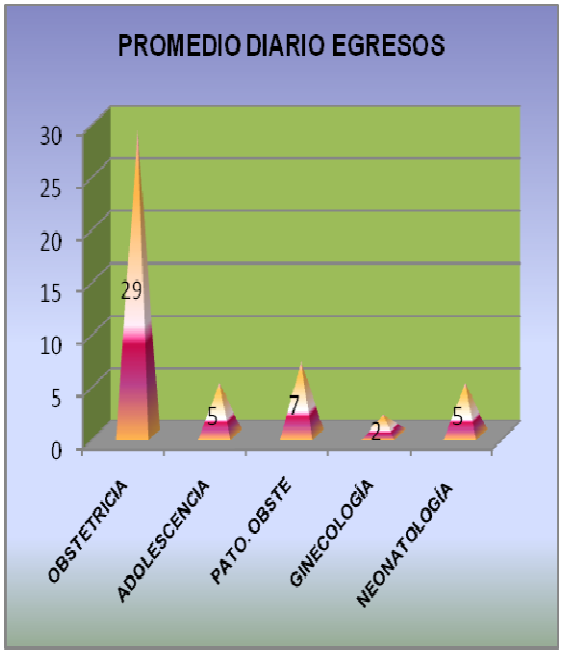

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

Es el número de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente, este o no ocupada. A pesar del aumento de la demanda, no se han incrementado el número de camas en los diferentes servicios, de acuerdo al gráfico No 22.

### 3.4.6.6 Promedio diario egresos

**GRÁFICO No 23**

| ESPECIALIDADES | EGRESOS DIARIOS |
|---|---|
| OBSTETRICIA | 29 |
| ADOLESCENCIA | 5 |
| PATO. OBSTÈ | 7 |
| GINECOLOGÍA | 2 |
| NEONATOLOGÍA | 5 |
| TOTAL HOSPI. | 48 |




Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

Número promedio de egresos diarios de pacientes hospitalizados en un período. El promedio de egresos han aumentado en Obstetricia y Neonatología. Ej. En Neonatología existen 5 egresos diarios, de acuerdo al gráfico No 23.

### 3.4.7 PARTOS NORMALES, CESAREAS Y ABORTOS POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN EGRESOS AÑO 2007 EN EL HGOIA

**TABLA No 21**

| MADRES ADOLESCENTES | | MADRES MAYORES DE 19 AÑOS | |
|---|---|---|---|
| Partos Normales | 2119 | Partos Normales | 5340 |
| Cesáreas | 770 | Cesáreas | 3002 |
| Abortos | 468 | Abortos | 1996 |
| Total | 2889 | Total | 8342 |

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

Nos indica que del total de partos en el hospital la mayor cantidad pertenece a los partos normales con 5340, y en menor cantidad son las cesáreas con 3002, según la tabla No 21.

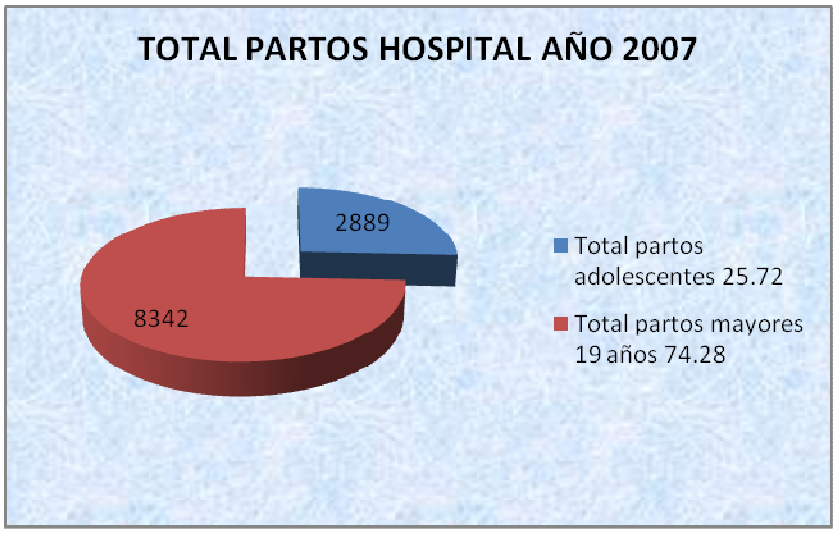
### 3.4.8 TOTAL PARTOS HOSPITAL AÑO 2007

**TABLA No 22**

| | | Porcentajes |
|---|---|---|
| Total partos adolescentes | 2889 | 25.72 % |
| Total partos mayores 19 años | 8342 | 74.28 % |
| Total partos hospital | 112 31 | 100.00 % |

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

**GRÁFICO No 24**




Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

Nos indica que del total de partos en el hospital el mayor porcentaje pertenece a las mayores de 19 años y el menor porcentaje a las adolescentes, según la tabla No 22 y el gráfico No 24.

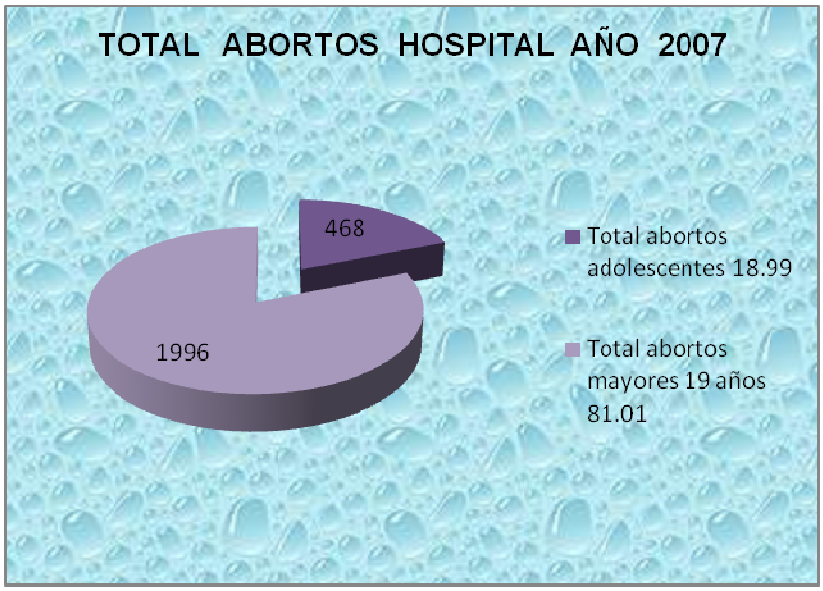
### 3.4.9 TOTAL ABORTOS HOSPITAL AÑO 2007

**TABLA No 23**

| | | Porcentajes |
|---|---|---|
| Total abortos adolescentes | 468 | 18.99 % |
| Total abortos mayores 19 años | 1996 | 81.01 % |
| Total abortos hospital | 2464 | 100.00 % |

Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

**GRÁFICO No 25**




Fuente: HGOIA Elaborado por: Carvajal Teresa

El mayor número de abortos es en mujeres mayores de 19 años y en menor número las adolescentes, de acuerdo la tabla 23 y el gráfico No 25.

# CAPITULO IV

## 4 PROGRAMA

Históricamente, las prácticas en el control de la infección hospitalaria, de una u otra forma han existido, desde que los cirujanos como Lister, reconocieron la importancia de las bacterias en la producción de la infección de la herida quirúrgica. Desde 1970 en Gran Bretaña se iniciaron estos programas.

El objetivo fundamental por el cual se instituyó el control de las infecciones en los hospitales, fue el de garantizar la calidad de la atención médica, con un mínimo de riesgo para los demás pacientes y el personal hospitalario, sin contar sus familiares o dependientes.

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un importante problema de salud, no sólo para pacientes, sino también para la comunidad y el estado.

En estudios realizados a nivel mundial, se estima que de un 5 a 10 % de los pacientes que ingresan en un hospital, adquieren una infección que no estaba presente o incubándose, en el momento de su llegada al centro. Ningún hospital del mundo está exento de esta situación; y, por supuesto, es más serio en los países subdesarrollados.

Son múltiples las vías por las cuales un paciente adquiere una infección intrahospitalaria, siendo una de las más frecuentes la transmisión, por vía directa o indirecta, a través de las manos y de materiales contaminados.

Se presentan continuamente en cierto grupo de pacientes con características individuales tales como la edad, alteraciones en su mecanismo de defensa, o procedimientos invasivos diagnósticos o terapéuticos, que los predisponen a adquirir infecciones dentro del hospital.

## 4.1 ORGANIZACIÓN DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA

Al respecto, deben contemplarse los siguientes aspectos:

Estructura y componentes.

Información a recopilarse.

Tipos de datos a recopilar

Periodicidad

Fuentes

Análisis de la información recopilada.

Flujo de la información

Estructura.- La estructura del programa de vigilancia va a depender del tipo de sistema de salud en el que se aplicará. Con una estructura flexible que se adecua a cada servicio, pero que todas ellas se encuentren interrelacionadas, lo que permite es, un flujo de información rápida, eficaz y oportuna, y lo que garantiza estar en posibilidad de responder eficientemente ante cualquier cambio en el estado de salud de la población.

Las clases de componentes del programa son: táctico, estratégico y evaluativo:

Componente táctico. Este componente es requerido para actuar a corto plazo, mediante la observación de problemas de salud, valoración de su impacto, posibilidades de intervención y solución, lo que permite dar respuesta rápida y eficaz ante numerosos problemas de salud.

Componente estratégico.- Como su nombre indica (estrategia), este es un componente para la acción a largo plazo.

Componente evaluativo.- El cual se realiza a través de encuestas de satisfacción y evaluación de servicios. Su objetivo primordial será medir el impacto de las acciones realizadas y proponer las medidas correctivas a aplicar cuando no se desarrollen de la forma esperada, Constituye además, el mecanismo idóneo para planear nuevas interrogantes y situaciones que motivaran a otros acciones.

Información a recopilarse.- Esta dependerá de múltiples factores, entre ellos figuran: voluntad política, posibilidades económicas, eventos susceptibles de someterse a vigilancia etc. Esto dependerá del análisis de la magnitud del problema que se va a enfrentar y las fuentes de datos.

Respecto al flujo de la información recopilada, habrá que precisar las formas, métodos y vías que la misma transitará hasta llegar a los centros superiores para su análisis y presentación en forma rápida y sencilla

### 4.1.1 LAS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA SE REALIZARAN DE LA SIGUIENTE FORMA:

- Visita a los servicios de hospitalización, para revisar los expedientes de pacientes en riesgo de adquirir una infección, y simultáneamente supervisar el funcionamiento de las medidas de control.
- Revisión de los informes de enfermería y las HCL de los pacientes con riesgo elevado de infección.
- Revisión de informes de laboratorio de Microbiología
- Integración de los resultados en un informe mensual que se presentará al comité.

- Cuando la rotación de pacientes sea rápida, como en obstetricia, las visitas deberán ser más frecuentes que cuando los pacientes duren más tiempo internados.

### 4.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (VEIIH).

Las unidades de vigilancia de cada hospital deberán trabajar en forma coordinada con todo el equipo de salud, quienes recibirán información generada por el mismo sistema de vigilancia.
Los productos de la vigilancia deberán constituirse en herramientas de gestión para todos los niveles de atención.
Las principales características de la vigilancia epidemiológica de las IIH en los hospitales son las siguientes:

La revisión de expedientes clínicos de pacientes con factores de riesgo o condiciones previamente seleccionadas para su vigilancia;
Que debe existir un equipo multidisciplinario responsable de la vigilancia epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias (IIH), conformado por un médico epidemiólogo y una enfermera, además de otros profesionales con funciones en el control de IIH, y de ser posible un microbiólogo con horas asignadas a estas tareas.
La vigilancia debe proporcionar información oportuna sobre la incidencia de las infecciones.
La dirección del hospital difundirá la información de la vigilancia epidemiológica de IIH a todos los miembros del equipo de salud que deben conocerlo.
El hospital debe contar con personal capacitado especialmente asignado para realizar las tareas de vigilancia epidemiológica.

### 4.1.3 ORGANIZACIÓN DE UN COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Comité es un órgano asesor a la dirección y un sostén administrativo que identifica problemas de infecciones nosocomiales y los riesgos de adquirirlos,

en base a lo cual propone políticas para la prevención y control de las mismas, actualizándolas continuamente en beneficio del usuario, personal y la comunidad.

Es un grupo multidisciplinario integrado por los representantes de cada departamento o servicio, en este caso, de un establecimiento de salud, siendo su principal propósito el de prevenir en él las infecciones hospitalarias. Su éxito dependerá del prestigio y la autoridad que sepa lograr entre los colegas y el personal involucrado en las tareas de atención del paciente internado; para ello, es fundamental el rol que desempeña la enfermera en el control de infecciones, la cual debe ser una profesional calificada que demuestre mucha energía y efectividad en el cumplimiento de su función.

Para alcanzar lo antes expuesto, se implementará un programa en la institución de Salud para desarrollar sistemas que provean un alto nivel de cuidados en la atención de sus pacientes, por medio de la prevención, la vigilancia y el control de las infecciones hospitalarias.

La enfermera responsable del control de infecciones Intrahospitalarias, debe reunir los siguientes requisitos:

Representatividad, es decir que sus integrantes representen las áreas fundamentales del hospital como son: Director general, Administración, enfermería, cirugía, Obstetricia, Neonatología, Microbiología.

Autoridad legal y moral, lo que permite que los integrantes sean reconocidos, respetados y acreditados por su experiencia y conocimiento.

Para el funcionamiento del comité se sugiere tres niveles:

Nivel Directivo.-Las funciones del nivel directivo están encaminadas al análisis de los resultados de la vigilancia epidemiológica, de la problemática presentada y a la toma de decisiones para la resolución de la misma, así como también a cumplir, a difundir y a dar seguimiento a los acuerdos tomados, para ello se sugiere una reunión mensual. Este nivel debe contemplar los siguientes integrantes:

- Director (a) o subdirector (a)

- Médico (a) jefe del comité
- Enfermera (o) coordinador (a ) del comité
- Jefe del departamento de enfermería
- Jefe administrativo
- Jefe del área médica
- Jefes de servicio de apoyo
- Jefe de microbiología
- Representantes de otros servicios de apoyo

Nivel Coordinador, su función es la de coordinar vertical y horizontalmente, con los diferentes departamentos que apoyen el cumplimiento de las directrices emanadas del nivel directivo.
El nivel coordinador estará integrado por:

- Médico (a) jefe del comité
- Enfermera (o) coordinadora (o) del comité
- Inspector de saneamiento
- Secretaria

Nivel operativo.- Su función es cumplir y hacer cumplir las normas. Está conformado por todos los empleados de la institución de salud

### 4.1.4 FUNCIONES DEL COMITÉ

- Velar por la calidad de la información generada.
- Trabajar estrechamente vinculados con el equipo de salud de cada hospital para alcanzar los objetivos planteados en la norma nacional.
- Realizar las actividades de vigilancia en todas sus etapas y garantizar calidad de los resultados
- Elaborar trimestralmente un informe operacional estandarizado de los resultados de la vigilancia y estudios realizados por el comité.
- Hacer recomendaciones sobre las medidas de prevención y control de las IIH

- Colaborar con los programas de educación en servicio.
- Evaluar localmente las actividades de la vigilancia.
- Definir normas y procedimientos.
- Aplicar y hacer seguimiento de normas
- Recopilar, verificar y analizar semanalmente los resultados de la vigilancia a fin de detectar los casos de IIH, controlar la calidad de la información
- Unificar la documentación para la recolección de la información y garantizar el flujo de la misma Asignar dentro del equipo de vigilancia, un responsable de coordinar las actividades de Vigilancia Epidemiológica y del Comité de IN.
- Apoyar ó desarrollar el programa de vigilancia (definición, recolección, consolidación, análisis y divulgación) de factores de riesgos y las IN que se presenten en la instalación.
- Presentar, por parte del laboratorio, al CIN de cada instalación, información de los agentes etiológicos de las infecciones y los cambios en los patrones de sensibilidad o resistencia de éstos.
- Supervisar el cumplimiento de las medidas estándares para el control de las IN y de procedimientos de atención.
- Apoyar con el cumplimiento de los estándares necesarios, en lo referente al IN, dentro de las instalaciones.
- Apoyar las acciones de control de calidad y acreditación de las instalaciones de salud.
- Colaborar en la acción de capacitar al personal sobre las normas y medida de prevención y control de las IN.
- Evaluar localmente las actividades de la vigilancia, prevención y control IN.
- Elaborar informes y notificar al nivel correspondiente.
- Reglamentar en situaciones especiales.

### 4.1.5 PARÁMETROS A TENER EN CUENTA POR EL COMITÉ DE CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Se hace evidente que a mayor estadía hospitalaria mayor es el riesgo de contraer una IIH. Para ello las medidas de control de infecciones, las estrategias para enfatizar la educación continua y otros objetivos están relacionados con los datos obtenidos en la vigilancia.
Para llevar a cabo estas actividades, se verá la disponibilidad de conocimientos sobre administración, docencia y normalización.

La administración es planificar, organizar, formar, dirigir y controlar un grupo humano, constituyendo un medio y no un fin en sí misma para racionalizar una actividad. En ese sentido, tiene como propósito asegurar que la actividad se desarrolle en forma sistemática y ordenada, respondiendo a un plan preestablecido.

La docencia en el control de infecciones debe ser precisa y relevante con respecto a las actividades de capacitación que reciben los trabajadores de la salud. Debe realizarse con técnicas educativas que permitan favorecer cambios de conducta.

### 4.1.6 LAS NORMAS DEL CONTROL DE INFECCIONES

Especifican una tarea fundamental en su estudio y difusión estableciendo una retroalimentación entre los usuarios. Para lograrlo, es importante conocer los sistemas de comunicación formal e informal de la institución, a fin de contar con los recursos requeridos para cumplimentar la norma y asegurar su comprensión. Las normas deben escribirse teniendo en cuenta los estándares nacionales, las leyes vigentes, la literatura científica, la posibilidad de ser aplicada y los recursos de las instituciones.

Es imprescindible verificar el cumplimiento de las normas de control de infecciones, entre las cuales figuran:

- Las normas de asepsia y antisepsia
- Cumplir con los tres principios de antisepsia, asepsia y profilaxis quirúrgica
- Las normas de circulación en áreas quirúrgicas con restricciones especiales
- Las normas de esterilización
- Normas de aislamiento
- Normas de bioseguridad.

Controlar el cumplimiento de las normas en las cuales se prohíbe que los empleados con algún tipo de proceso infeccioso, manipule pacientes de alto riesgo o participe en Procedimientos quirúrgicos, mediante las siguientes acciones:

- Control estricto de los esterilizadores y su mantenimiento preventivo.
- El seguimiento de los casos de infección hospitalaria y búsqueda de la zona de contagio
- Vigilancia del cumplimiento de las normas para realizar curaciones
- Vigilancia del cumplimiento de las normas en relación con venoclisis, sondas y drenes
- Divulgación de normas sobre el uso de antisépticos
- Vigilancia del cumplimiento de las normas para recolección, transporte y disposición final de material contaminado
- Normalización del uso de antibióticos en la institución, basado en su necesidad real.
- Información actualizada mediante colocación en sitios visibles de carteles con las precauciones universales para el manejo de material contaminado.
- Difusión de las normas de circulación en áreas quirúrgicas y con restricciones especiales.

## 4.2 ACTIVIDADES DE UN PROGRAMA DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

Se requiere que el equipo de salud asuma consciente y responsablemente el cumplimiento de las siguientes actividades: 1) Vigilancia Epidemiológica de las infecciones nosocomiales, 2) Control del medio ambiente, 3) Salud del personal, 4) Control microbiológico, 5) Medidas de aislamiento y 6) Educación continua.

### 4.2.1 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

Es la observación activa y sin interrupciones, que proporciona datos de la ocurrencia y distribución de los procesos infecciosos adquiridos en el hospital en una población dada.

Importancia de los profesionales de enfermería en el comité. La enfermera sigue siendo un recurso estratégico importante dentro del equipo de salud, en el que su principal responsabilidad es en la vigilancia epidemiológica, ya que participa en el análisis, discusión, divulgación y propuestas de planes de intervención y supervisión de la ejecución de medidas de prevención y control, por lo que requiere que demuestre competencia técnica-científica, sensibilidad, cortesía, y autoridad moral entre otras.

Funciones de la enfermera coordinadora del comité. Entre las funciones generales son: planificar, investigar, organizar, coordinar, dirigir, controlar, asesorar, supervisa y evaluar, las actividades que realiza el personal de los diferentes servicios.

Participar en reuniones internas del comité, para la planificación, evaluación y capacitación.

Elaborar y planificar junto con el médico coordinador, las actividades, con los cronogramas, y además los planes de contingencia, etc.

Participar y realizar reuniones técnicas y administrativas del comité con otras dependencias de la institución.

A continuación se describen las acciones que debe realizar la enfermera.

Acciones para la búsqueda activa de caso:

- Visitas diarias por los diferentes servicios
- Revisión de historias clínicas. En este aspecto se hará énfasis en la hoja de temperatura, reporte operatorio resumen médico, notas del especialista, notas de enfermería, reportes de laboratorio de ingreso y egreso.
- Visitas diarias a la sección de bacteriología en el laboratorio clínico, para la revisión de los cultivos enviados por los servicios que indiquen un caso sospechoso o confirmado de infección nosocomial.
- Identificación de los factores generales que favorezcan el aparecimiento de las infecciones
- Tabulación y análisis de los datos obtenidos.
- Elaboración y presentación del informe escrito a las autoridades.
- Seguimiento al cumplimiento de las medidas implementadas.
- Revisión diariamente los censos de los pacientes
- Capacitación previa en control de infecciones.
- Preocupación por la prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Demostración de alto grado de ética profesional.
- Demostración de capacidad para mantener o facilitar relaciones interpersonales a cualquier nivel.
- Demostración de capacidad para proporcionar educación programada e incidental.
- Demostración de juicio crítico para analizar las diferentes situaciones.
- Demostración de habilidad de persuasión y convencimiento basándose en los conocimientos.
- Demostración de capacidad para brindar informes orales y escritos.
- Demostración de interés para mantenerse actualizada.
- Goce de salud física y mental compatible con el cargo

Supervisión de procedimientos clínicos, función que corresponde las siguientes acciones:

- Control de procedimientos invasivos (accesos venosos y arteriales, periféricos y centrales, urinarios e intubaciones) en función de prevención de las infecciones.
- Vigilancia de la utilización de técnicas y aplicación de principios durante la realización de los procedimientos.
- Aseguramiento de la aplicación de principios de asepsia en la atención del paciente.
- Cumplimiento y vigilancia de la aplicación de medidas de bioseguridad (cabello recogido por encima del cuello, no uso de alhajas, uñas cortas y sin esmalte.
- Control de soluciones antisépticas y desinfectantes, verificación de fechas de vigencia e indicación de métodos de almacenamiento y uso.
- Supervisión de la esterilización de material quirúrgico, fechas de vencimiento, almacenamiento, manejo y transporte.
- Supervisión del vencimiento de medicamentos y otros insumos.
- Establecimiento de medidas preventivas y correctivas inmediatas según hallazgos.
- Análisis de la información para elaborar y presentar informe.
- Seguimiento al cumplimiento de las medidas implementadas.

Apoyar al médico epidemiólogo en la investigación de brote de infecciones, mediante las siguientes acciones:

- Verificar el diagnóstico.
- Coordinar acciones con los diferentes departamentos.
- Definir e identificar el caso (estandarizar criterios, descripción clínica, criterios de laboratorio, clasificación de casos confirmados y sospechosos.
- Identificar las formas y fuentes de propagación, población en riesgo.

- Realizar la descripción epidemiológica ( persona , grupo de riesgo, lugar, tiempo, curva epidémica).
- Desarrollar una hipótesis y evaluarla.
- NN: Neumonía Nosocomial, control y prevención para el (agente, fuente y reservorio) vacunación si es necesario.
- Elaborar y presentar informes.
- Notificar los hallazgos a las autoridades pertinentes.
- Divulgar las información según sea requerido
- Mantener la vigilancia

### 4.2.2 CONTROL DEL MEDIO AMBIENTE

Es el mantenimiento adecuado y la protección del medio ambiente físico de una institución de salud, valora continuamente las condiciones ambientales, crea y promueve un ambiente libre de riesgos para la salud, lo que contribuye a una rápida recuperación de la usuaria, atendiendo las diferentes áreas tales como: asegurar la calidad de agua de consumo, control de vectores, roedores y otra fauna nociva, manejo seguro de los desechos sólidos y líquidos, control de la calidad de alimentos durante todo el proceso y condiciones generales de infraestructura.

El control del medio ambiente incluye en acciones siguientes:

- Participar en la observación de los diferentes servicios para controlar el aseo del medio ambiente.
- Participar en la vigilancia del manejo de los desechos sólidos hospitalarios peligrosos y no peligrosos.
- Dar lineamientos y controlar el cumplimiento de limpieza y desinfección terminal de las diferentes áreas de riesgo de infecciones.
- Informar verbal y por escrito al inspector de saneamiento aspectos de riesgo ambiental.
- Vigilar y apoyar el saneamiento ambiental

### 4.2.3 SALUD DEL PERSONAL

Identifica situaciones de riesgo del personal según el área de desempeño, cumple un programa preventivo de salud que incluye la vigilancia del cumplimiento de normas de bioseguridad y la aplicación de vacunas.
La salud del personal comprende las siguientes actividades:

- Proporcionar lineamientos sobre el uso del equipo e bioseguridad.
- Apoyar las acciones de vigilancia ante las exposiciones laborales.
- Coordinar los programas de inmunizaciones del personal.
- Coordinar con las autoridades pertinentes y los departamentos correspondientes.

### 4.2.4 CONTROL MICROBIOLÓGICO

Indicador sensible objetivo para detectar la presencia de infecciones nosocomiales y los agente patológicos que ofrecen riesgo para el personal y otros usuario. Comprende las siguientes acciones:

- Monitorear y controlar procesos de esterilidad, desinfección, central de esterilización, preparación de alimentación parenteral.
- Vigilancia el almacenamiento, transporte, manejo y vigencia del material estéril.

El monitoreo microbiológico incluye la detección de cultivos positivos de usuarios, detección de portadores entre el personal y el ambiente de la institución de salud
(Alimentos y medicamentos contaminados) y el control de calidad de esterilidad de las centrales de esterilización.

### 4.2.5 MEDIDAS DE AISLAMIENTO

Aislamiento es la separación de los pacientes infectados durante el período de transmisibilidad, se practica en el hospital con el fin de prevenir la diseminación de microorganismos y el contagio de enfermedades infecciosas entre los pacientes, visitantes y el personal. El objetivo es limitar hasta donde sea posible la multiplicación de los agentes causales.

Los pacientes con microorganismos de alto riesgo epidemiológico deberán ser colocados en cuartos privados y con instalaciones de baño y lavabo. En ocasiones se aislará antes de ello, en cuartos dobles si comparten la misma infección.

Como medidas de aislamiento realizar lo siguiente:

Usar mascarilla al entrar en el cuarto y desecharla antes de salir.

Lavarse las manos.

Usar bata y guantes antes del contacto con el usuario.

Trasladar al usuario lo menos posible. En caso de ser necesario colocarle una mascarilla.

Usar una habitación individual bien ventilada, manteniendo la puerta cerrada.

Lavarse las manos al entrar, y al salir del cuarto.

Limpiar y desinfectar material y equipo utilizado en el usuario.

Las instrucciones fundamentales en la prevención de infecciones se mencionan a continuación:

- Una variedad de medidas de control de infecciones se utiliza en los aislamientos. Conocer los fundamentos y la utilidad de las mismas ayuda a su buena implementación.
- Lavado de manos y el uso de guantes, estos no reemplazan al lavado de manos porque pueden tener defectos de fábrica o romperse durante el uso sin que lo hayamos percibido.
- La rutina de limpieza con detergentes desinfectantes es suficiente como único paso de limpieza. Si no se cuenta con este producto, la limpieza de colchones, barandas de las camas, mesas de apoyo, piletas y mesadas, etc. Se debe realizar primero con agua y detergente,

enjuagar y luego desinfectar los pisos, paredes, mesas de comer y todo aquello que no está en contacto con el paciente.

- Los trapos de piso, baldes se deben lavar entre cada turno y dejarlos estirados para que no guarden humedad. Los baldes se deben guardar boca abajo
- La rutina de limpieza que se utiliza en la institución debe tomar en cuenta que todo fluido corporal es un verdadero reservorio de gérmenes.
- En ambientes donde hay abundante sangre como, es el quirófano o sala de partos, la política es la misma, pero si hay sangre derramada, el personal debe absorberla con papel, descartarlo y luego proceder a la limpieza habitual.
- Todo elemento en contacto con fluidos corporales y piel del paciente debe recibir limpieza y desinfección.
- Es importante el uso de guantes, agente antiséptico para el lavado de manos, equipo de atención del paciente exclusivo (ej. estetoscopio, termómetro tensiómetro, etc.) y limpieza de la unidad una vez por turno
- Supervisar al personal sobre la aplicación de medidas de aislamiento.

### 4.2.6 EDUCACION CONTINUA

Dirigido a todo el equipo de salud, tiene como propósito reforzar la confianza del trabajador en su organización, sensibilizar a los cambios, producir innovaciones y apoyar la creatividad. Esta comprende las siguientes acciones:

- Planificar y desarrollar en el marco de educación permanente, programa dirigidos a la prevención de infecciones nosocomiales
- Impartir enseñanza incidental y planeada al personal de las diferentes áreas.
- Mantener comunicación efectiva con todas las dependencias de la institución para coordinar la enseñanza al personal

## 4.3 MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.

Las infecciones nosocomiales están determinadas como un problema que exige la participación de un equipo conformado por todo el personal de la salud.

La (el) enfermera(o) como profesional necesario en este equipo, está directamente comprometida(o) a proporcionar un entorno seguro desde el punto
De vista biológico, en promoción de la salud y en la prevención de enfermedades.

Lo anterior fundamenta que durante la atención directa, debe asegurarse de brindar cuidados de calidad y libre de riesgos a todo usuario que demanda de atención a su problema de salud a fin de evitar las infecciones nosocomiales.

Para la prevención y control de infecciones nosocomiales más frecuentes, con el propósito de que se apliquen sin perder de vista la humanización del cuidado y tomando en cuenta aspectos éticos tales como el respeto a la dignidad de la persona y el respeto a la vida humana, entre las que se mencionan: precauciones estándar, adopción de medidas higiénicas, lavado de manos, uso de barreras adecuadas: equipo protector, medidas para prevenir infecciones del sitio quirúrgico, medidas para la prevención de infecciones de vías urinarias, prevención de infecciones del torrente sanguíneo, vigilancia de exposiciones laborales en trabajadores de la salud y estrategias para la prevención de infecciones nosocomiales.

### 4.3.1 PRECAUCIONES ESTÁNDAR.

Son las medidas que tienen que cumplir todos los trabajadores de la salud, para el control de las infecciones, con el fin de reducir el riesgo de adquirirla, ya

sea del usuario, al trabajador de la salud; del trabajador de la salud, al usuario, las que deben ser aplicadas independientemente del diagnóstico del usuario.
Se basan en la posibilidad de que la sangre y algunos líquidos corporales de todos los usuarios puedan estar infectados, por lo cual toda persona tiene que cumplirlas durante la atención de los usuarios.

### 4.3.2 ADOPCIÓN DE MEDIDAS HIGIÉNICAS, LAVADO DE MANOS.

Hoy en día el lavado de manos es la medida más importante para prevenir y reducir las infecciones que se producen en el ámbito hospitalario.

Historia del lavado de manos.
Uno de los primeros en reconocer el valor del lavado y la limpieza de las manos para mantener una buena salud fue un médico judío, cuyo nombre era Musaiba Maimum, mejor conocido como Maimonides. En 1199, dio esta lección: "Nunca olvide lavar sus manos después de tocar a una persona enferma".

En 1847 Semmelweis fue el verdadero precursor de la asepsia, descubriendo la relación existente entre la sépsis puerperal y el lavado de manos.

El húngaro, Ignaz PhilIip Semmelweis, fue el primero en probar científicamente la importancia del lavado de manos con antiséptico. El publicó los resultados de los estudios en 1861.

En 1878, Luis Pasteur presenta su informe “Teoría de los gérmenes y su aplicación en la medicina y la cirugía”; durante los años siguientes, los científicos continuaron identificando bacterias y su relación con las enfermedades.

Ignaz Semmelweis quién no sólo descubrió que esta simple medida salvaba vida sino que por primera vez aplicó la comprobación estadística a sus hallazgos, por lo que concluyo; que el lavado de manos es la principal medida para evitar las infecciones nosocomiales. “El 15 de Octubre se celebra el Día Mundial del Lavado de Manos.”

Desde mediados del siglo XIX se ha reconocido la importancia del lavado de las manos de los cirujanos. Estos conceptos aplicados tanto por Lister Florence Nightingale y basados particularmente en Pasteur, lograron un impacto importante en la prevención de las infecciones, tanto las asociadas con la atención del parto, como con las de las heridas quirúrgicas.

En anexos consta el texto / los gráficos de la conferencia sobre el lavado de manos.

#### 4.3.2.1 Protocolo del lavado de manos

Definición.-

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente jabonadas para luego enjuagarlas con abundante agua. Es la práctica de prevención y control de infecciones más antigua e importante que debe realizar el personal de salud en todas las unidades de atención, para minimizar la transmisión de infecciones entre el personal y pacientes.

Objetivos.-

Eliminar la suciedad y microorganismos transeúntes de la piel.

Prevenir la transmisión de la infección entre los pacientes y el propio personal sanitario.

Reducir las infecciones nosocomiales hasta en un 45%.

Tipos de lavado de manos.

##### 4.3.2.1.1 Lavado de manos social

Objetivo:

Remover la suciedad y el material orgánico de las manos

Material que se utiliza:

Agua corriente

Jabón líquido ordinario

Dispensador desechable

Toalla desechable

Técnica aplicable:

Mojar las manos con agua

Aplicar jabón líquido

Frotar las manos palma con palma, espacios interdigitales, uñas y muñeca, colocar la palma de la mano derecha sobre la parte posterior de la izquierda y frotar. Hacer lo mismo a la inversa: frotar las palmas con los dedos entrelazados, frotar la parte posterior de los dedos con la palma de la mano derecha e izquierda respectivamente.

Enjuagar con abundante agua

Secar con toalla de papel.

Cerrar la llave con la toalla de papel

El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30" (segundos)

Indicaciones.

Lavarse las manos antes de manipular los alimentos, comer o dar de comer al paciente.

Después de ir al baño

Antes y después de dar atención básica al paciente (bañar, hacer la cama. control de signos vitales, etc.)

Al empezar y terminar la jornada de trabajo.

Después de sonarse la nariz o estornudar.

Cuando las manos están visiblemente sucias

#### 4.3.2.1.2 Lavado de manos antiséptico

Objetivo:

Evitar la diseminación de los microorganismos causantes de infecciones nosocomiales.

Material a utilizar:

Agua corriente

Jabón líquido con antiséptico

Dispensador desechable

Toalla desechable

Técnica a aplicar:

Mojar las manos con agua.

Aplicar jabón líquido con antiséptico
Frotar las manos palma con palma, espacios interdigitales, uñas y muñecas
Enjuagar con abundante agua.

Secado con toalla de papel.
Cerrar la llave con la toalla de papel
El tiempo total para el procedimiento es de aproximadamente 30" (segundos)

Indicaciones:
Al llegar y al salir del hospital.
Antes de realizar una tarea.
Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
Después del contacto con el entorno del paciente.
Cuando las manos estén sucias.
Antes y después de ingerir alimentos.
Después de estornudar, toser, sonarse o limpiarse la nariz.
Antes y después de ir al baño.
Al recibir y finalizar el turno en el hospital.
Antes y después de tocar a un paciente.
Antes de manipular alimentos, comer o darle de comer a un paciente.
Antes y después de realizar un procedimientos invasivos aunque se utilicen guantes.
Después de estar en contacto con líquidos orgánicos o elementos contaminados.
Con los mismos (tocar heridas, catéteres uretrales, medidores de diuresis, toma de muestras, aspiración de secreciones, chatas, orinales, etc.).
Administrar y/o manipular sangre y sus derivados

#### 4.3.2.1.3 Lavado de manos quirúrgico

Objetivo:

Prevenir la contaminación del sitio quirúrgico mediante la remoción y destrucción de microorganismos transitorios y la reducción de la flora residente presentes en las manos del equipo quirúrgico.

Material a utilizar:
Agua corriente.
Jabón líquido con antiséptico.
Dispensador desechable.
Técnica a emplear:
Abrir la llave (sólo lavabos con sistema de codos o pedal).
Mojar las manos con agua, aplicar el jabón antiséptico 3- 5 ml frotar las manos, palma con palma, palma derecha con dorso de mano izquierda y palma izquierda con dorso de mano derecha, los espacios interdigitales de mano derecha y luego de mano izquierda.
Con movimientos rotatorios descienda por el antebrazo derecho hasta 6 cm por encima del codo y luego antebrazo izquierdo
Limpie uña por uña, de una mano y luego la otra.
Enjuagar las manos manteniéndolas levantadas sobre los codos.
Durante el procedimiento se recomienda mantener los brazos hacia arriba y alejadas del cuerpo favoreciendo el escurrimiento hacia los codos. No tocar superficies o elementos.
Este procedimiento se realizara dos veces.
La duración del procedimiento es de 5 minutos
Secar las manos con toalla estéril mediante aplicaciones.
Secar las manos y antebrazos con tollas estériles.
Ingresar al quirófano dando la espalda a la puerta.
Las manos deben secarse perfectamente, ya que la humedad es un medio de cultivo excelente para los microorganismos.
Indicaciones:
Antes de todo procedimiento quirúrgico
Antes de cada procedimiento invasivo con incisión en piel.

Recomendaciones:

Durante las labores asistenciales, no se deben usar anillos, pulseras y relojes sin importar el material del que estén hechos, deben retirarse antes de la atención de los pacientes.

Ya que debajo de las joyas las bacterias se acumulan durante el día y el lavado de manos no las remueve.

Respecto a las uñas se debe mencionar:

Las uñas deben estar limpias y estar cortas aproximadamente 3mm o que no superen la punta del dedo debido a que está documentado que los gérmenes se desarrollan y acumulan debajo de las uñas largas.

No se debe utilizar esmalte incluso el transparente.

No usar uñas artificiales ya que tienden a albergar un número considerable de bacterias y hongos.

Cuidado de las cutículas, y es que las bacterias pueden desarrollarse debajo o alrededor de las mismas.

El lavado de manos constituye la piedra angular en la prevención de las infecciones hospitalarias como método de evidencia probada.

Sin embargo a pesar de su sencillez y bajo costo, la literatura publicada y el día a día ponen en evidencia que la adherencia a este procedimiento y el conocimiento de su importancia pueden ser ignorados por una parte del colectivo sanitario.

Momentos para el lavado de manos:

- Antes del contacto con el paciente
- Antes de realizar una tarea aséptica
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
- Después del contacto con el paciente
- Después del contacto con el entorno del paciente.

Previo a la realización de procedimientos invasivos (cirugía, instalación de catéteres). Antes y después de manipular heridas, particularmente aquellas con pus, posterior al contacto con sangre, líquidos corporales, excreciones (heces, orina y saliva) u objetos inanimados contaminados con estas substancias. Al retirarse los guantes.

### 4.3.3 USO DE BARRERAS ADECUADAS: EQUIPO PROTECTOR

Gorro.-
Es un protector efectivo contra las gotas y aerosoles expulsados de la boca del usuario, para el cabello del personal y a su vez para proteger o evitar las micropartículas que se desprenden del cabello del trabajador.

Mascarilla.-
Se utiliza para prevenir exposición de membranas mucosas de boca y nariz, la mascarilla es importante para prevenir la trasmisión de microorganismos
Infecciosos por el aire y las gotas de saliva del personal de salud a los(as) usuarios(as) o viceversa. Se utilizan en todos los procedimientos invasivos y para que cumpla con su objetivo; hay que asegurarse de que cubra nariz y boca; se debe utilizarla una sola vez, nunca bajarla a nivel del cuello y volver a colocarla; hay que tomar en cuenta que si se humedece pierde su efectividad.

Además, la mascarilla debe usarse cuando existe el riesgo de salpicadura y/o generación de aerosoles de sangre y líquidos corporales y si se contamina con estos fluidos cambiarla inmediatamente.

Gafas.-
Se usarán en los procedimientos que generan gotas de sangre, líquidos corporales; secreciones. Con esta medida se previene la exposición de la mucosa ocular, los lentes serán de uso personal.

Bata.-
Es una barrera de protección de la ropa, que disminuye el riesgo contaminación durante los procedimientos que ocasionan salpicaduras de sangre u otros líquidos corporales.
La bata se cambiará después del contacto con secreciones, antes de dar atención a otro usuario(a) y es importante asegurarse que la vestimenta del personal no se contamine al retirársela.

Las batas deben ser usadas en todos los procedimientos en que haya probable salpicadura de sangre u otros fluidos, deben ser cambiados entre paciente y paciente, y retirarse en el área donde fue usada.

Guantes.-

El uso de guantes cumple un rol importante en reducir el riesgo de transmisión de microorganismos. Constituyen una barrera de protección para la prevención de infecciones cruzadas, reducen la contaminación de las manos evitando que el personal se infecte o que transmita su flora microbiana al usuario(a).

Los guantes deben usarse una sola vez (de preferencia desechable) si están en contacto con secreciones infecciosas, hay que retirarlos antes de continuar con otros cuidados.

Así mismo, es recomendable la utilización de los guantes al estar en contacto con objetos, material y equipo contaminado

Aún cuando los guantes no se observen rotos, el uso prolongado permite el paso de microorganismos, sangre y líquidos corporales a las manos y favorece la proliferación de gérmenes, debido al aumento de temperatura y humedad, razón por la que es importante lavarse las manos antes y después de usarlos.

El personal de la institución tiene que cumplir acciones que constan a continuación:

Pensar que todo usuario es potencialmente infectante

Evitar el contacto directo con sangre y secreciones

Seguir los procedimientos y recomendaciones.

Manejar el instrumental de manera correcta y segura.

Cumplir los procedimientos de desinfección y esterilización, según corresponda.

No distraerse ni distraer a otros

Usar el equipo protector adecuadamente

Solicitar ayuda si es necesario

Manejar cuidadosamente los objetos cortos punzantes.

Disminuir la Vulnerabilidad

Los profesionales de la salud constituyen una población en riesgo especial debido a su exposición laboral como resultado de la atención a los pacientes.

Ante este riesgo, para disminuir la vulnerabilidad, son importantes las prácticas y condiciones seguras de trabajo, el cumplimiento de normas de bioseguridad y la vacunación.

### 4.3.4 MEDIDAS PARA PREVENIR INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO

En el pre-operatorio se deben tomar las siguientes:

- En los establecimientos asistenciales, desarrollar programas de orientación para estudiantes y personal antes de iniciar las actividades en el quirófano y otras áreas restringidas.
- Desarrollar programas de orientación a las usuarias con patologías de riesgos quirúrgicos (obesidad, diabetes etc.)
- Si es necesario rasurar, hacerlo antes de iniciar el procedimiento sin lesionar los tejidos.
- Usar máquinas desechables para la rasura.
- Después de la asepsia adecuada, cubrir con un campo quirúrgico estéril el área donde se va hacer el procedimiento.
- El día previo a la cirugía, la paciente debe bañarse.
- La estancia hospitalaria previa a la cirugía, debe ser lo más corta posible.
- Toda paciente que se intervendrá con cirugía electiva, debe estar sin focos infecciosos.

En el acto quirúrgico se debe realizar las acciones que se indican:

- Lavarse las manos todo el personal de quirófano, por cinco minutos con jabón.
- Usar técnica aséptica durante todo el acto quirúrgico, esto incluye garantizar la esterilización de los instrumentos, campos operatorios y uso de ropa adecuada por el equipo quirúrgico.
- No admitir en el quirófano a persona cuya presencia no sea esencial.

- Reducir al máximo los movimientos de las personas que permanezcan en el quirófano.

- No permitir la entrada al área quirúrgica de personas (pacientes o personas) con infecciones de la piel, gastrointestinales o respiratorias.
- Usar correctamente la vestimenta apropiada para el quirófano (uniforme exclusivo para área quirúrgica).
- Programar las cirugías de casos contaminados, para el final de la jornada.
- No portar alhajas en el área quirúrgica.
- Realizar limpieza y desinfección de superficies entre cirugías.
- Realizar limpieza y desinfección terminal cada semana o posterior a cirugías contaminadas.
- Evitar hablar excesivamente durante las cirugías.
- Mantener cerradas las puertas del quirófano.
- Debe existir un sistema de aire acondicionado con 15 a 25 recambios por hora que garantice la disminución de la carga bacteriana.
- Los materiales quirúrgicos e insumos necesarios para la intervención deben estar disponibles antes del inicio de ésta, con el fin de disminuir el tiempo de exposición de los tejidos
- Mantener normas de disciplina, control de tránsito y comportamiento del equipo quirúrgico, así mismo protocolos de desinfección.
- Debe haber una auxiliar de enfermería circulante por quirófano para disminuir el tránsito de personal.
- Todos los miembros del equipo quirúrgico (cirujano, enfermeras, anestesistas médicos consultante y auxiliares de enfermería) deben realizarse el lavado quirúrgico al iniciar la jornada.

En el post-operatorio se debe tomar las siguientes precauciones:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de manipular los apósitos de un paciente.

- Al realizar curaciones utilizar equipo protector (gorro, mascarilla y guantes estériles).
- En herida limpia solo cambiar de apósito, si hay drenajes realizar curación
- Las curaciones deben realizarse con técnica aséptica y por personal capacitado.
- Todo el material de curaciones que entre en contacto con la herida operatoria debe estar estéril y ser de uso individual.
- Lavarse las manos antes y después de cada curación.
- Las curaciones de las heridas deben realizarse: de la más limpia a la más contaminada, de la línea proximal a la distal, o del centro a la periferia.
- Cubrir la herida con material impermeable antes de que la paciente se bañe.
- Si el apósito se humedece, cambiarlo por otro estéril inmediatamente.

### 4.3.5 MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.

Para el caso de infección por el uso de sonda vesical se recomienda evitar su uso hasta donde sea necesario, pues se ha demostrado que hasta una tercera parte de estos elementos son innecesarios.

Además conectar siempre la sonda vesical a un sistema cerrado y estéril independiente del tiempo por el cual se va a dejarla y retirar lo más pronto posible, erradicando de esta manera cualquier foco de infección, educar al personal y actualizarlo en técnicas asépticas del catéter urinario.

Para el caso se deben seguir las siguientes instrucciones:

- Cateterizar solo por prescripción médica
- Lavarse las manos antes y después del procedimiento
- Usar lubricante estéril para introducir el catéter urinario.

- Utilizar siempre un equipo individual.
- Al efectuar cambio de catéter vesical, se debe cambiar todo el sistema
- Mantener continuamente cerrado el sistema de drenaje sin obstrucción ni reflujo.
- Fijar adecuadamente la sonda.
- Verificar que la sonda drene correctamente, vigilar que la sonda no se acode y obstruya la salida de orina.
- Mantener la bolsa colectora de orina a un nivel más bajo que la vejiga.
- Evitar que la bolsa entre en contacto con el suelo.
- En caso de movilizar o trasladar a la paciente, vaciar previamente la bolsa de orina.
- El medidor o recipiente para descartar la orina , no debe estar en contacto con la bolsa colectora
- La bolsa colectora debe vaciarse cada 8 horas o según sea necesario sin que la capacidad de la bolsa sobrepase las dos terceras partes.
- Las irrigaciones vesicales deberán hacerse bajo condiciones asépticas y con equipo estéril.
- Obtener muestra de orina bajo condiciones de asepsia sin interrumpir el sistema cerrado; para ello pinzar el tubo colector en su parte proximal, esperar el tiempo necesario para que se colecte la orina, luego puncionar el sitio distal del catéter previo asepsia para la toma de uro cultivo.
- Evitar los sondajes innecesarios
- Utilizar técnicas asépticas para la inserción de dispositivos y para las aperturas de sistemas de drenaje.
- Utilice sistemas de sondaje permanente cerrados en lugar de sistemas abiertos.
- Reduzca la duración de la permanencia de las sondas.
- En lugar del sondaje emplee el método recogida de orina limpia de mitad de micción para obtener muestras de orina.
- Use la sonda más pequeña posible para reducir traumatismo.

- Obtenga muestras de orina directamente de la sonda o de la salida para la toma de muestras, en lugar de desconectar la sonda del tubo de drenaje.
- Utilice sondas de silicona en lugar de las de látex para los sondajes de larga duración.
- Ancle la sonda para estabilizarla y reducir la irritación de la uretra.
- Mantenga un flujo continuo de orina en dirección descendente.
- Vacíe las bolsas de drenaje rutinariamente, pero no las cambie a menos de que tenga que cambiar todo el sistema cerrado.
- Emplee un recipiente de medición transparente distinto para cada paciente.
- Limpie la zona perineal con cuidado.

### 4.3.6 PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO

Para el efecto, se debe hacer lo siguiente:

- Realizar lavado de manos previo a la manipulación de los accesos venosos
- Realizar programa de educación, entrenamiento y supervisión de todos los trabajadores de la salud involucrados en la instalación, cuidado y manejo de los catéteres venosos, periféricos y centrales.
- Las cateterizaciones venosas siempre deben responder a una indicación médica
- Para toda punción arterial o venosa se utilizará catéter y equipo individual por paciente.
- Empleo de guantes estériles y lavado de manos con un antiséptico antes de llevar a cabo disecciones de venas o instalación de vías centrales.
- Todo material de uso intravascular debe ser estéril y descartable.
- Utilizar técnica aséptica para la venopunciòn.
- Inspeccionar a diario.
- Insertar un catéter cada 48-72 horas.

#### 4.3.6.1 Elección del Sitio de Punción.

- La piel del sitio de punción debe estar intacta y limpia.
- Cuando se hayan realizado cateterizaciones de miembros inferiores, deben ser cambiadas en cuanto sea posible a las extremidades superiores, para evitar infección.
- No insertar catéter cerca de puntos donde se encuentren focos de infección.
- Evitar el acceso femoral.

#### 4.3.6.2 Preparación del sitio de punción

- El sitio de punción debe estar limpio, si se encuentra con suciedad visible debe ser lavado con agua y jabón antes de aplicar antisépticos
- Utilizar primero alcohol al 70%, luego solución yodada al 10% la cual debe estar al contacto con la piel durante 30 segundos como mínimo, antes de la punción.

#### 4.3.6.3 Instalación y fijación del catéter.

- Si fracasa la venopunción se debe reemplazar el catéter por otro estéril y cambiar el sitio de inserción.
- El sitio de inserción se debe fijar con tela adhesiva.
- Fijar el catéter para mantener su estabilidad en el sitio de inserción, esto evitará que se desplace o se salga.
- Registrar en el esparadrapo de fijación del catéter: fecha, hora de inserción, N° de catéter y nombre de la persona que lo instaló.
- El esparadrapo utilizado para la fijación no debe provocar irritación ni despegarse.

#### 4.3.6.4 Mantenimiento del Catéter

- Los catéteres instalados en situación de emergencia y que la técnica aséptica no fue controlada, deberán ser cambiados en cuanto sea posible.

- Vigilar el sitio de inserción del catéter.
- Cambiar el catéter periférico cada 72 horas.
- El sistema de infusión debe mantenerse cerrado
- Desinfectar los puntos de inyección con alcohol al 70% antes de acceder a ellos.
- Evitar mantener los algodones humedecidos con alcohol.
- Retirar cualquier dispositivo intravascular tan pronto como haya terminado su indicación.

- Mantener el esparadrapo que cubre el catéter libre de sangre y humedad
- Cambiar los descartables cada 72 horas y/o cuando éstos tengan sangre adherida.
- . Proteger de la humedad los accesos venosos, cuando el paciente se bañe en regadera.
- Si hay irritación local retirar el catéter y cambiarlo por uno estéril en otro miembro.

### 4.3.7 VIGILANCIA DE EXPOSICIONES LABORALES EN TRABAJADORES DE LA SALUD.

La vigilancia, prevención y control de la infección en personal sanitario constituye una parte importante del programa general para el control de la infección en los hospitales. Su objetivo es disminuir la transmisión de infecciones entre usuarias, trabajadores y familiares.

Esto es responsabilidad del Servicio de Medicina Preventiva del hospital, y debe funcionar en estrecha colaboración con el resto de los servicios del hospital, especialmente con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Sus objetivos específicos son:

- Educación y formación continúa del personal sanitario en relación a los principios de transmisión de la infección haciendo especial hincapié en la responsabilidad individual para el control de la infección.

- Identificación de los riesgos infecciosos relacionados con la actividad laboral, e instauración de medidas preventivas adecuadas. Estas medidas podrán tener carácter general o ir dirigidas a grupos de trabajadores
- Evaluación del riesgo infeccioso del personal sanitario (situación inmunitaria, historia o situaciones actuales que puedan implicar un riesgo para la transmisión o adquisición de enfermedades transmisibles, características de la actividad laboral).
- Inmunización frente a enfermedades prevenibles por vacunación.
- Elaboración de programas especiales ante situaciones de riesgo específicas.
- Monitorización e investigación de las exposiciones infecciosas potencialmente problemáticas y los brotes que pudieran producirse entre el personal sanitario
- Evaluación de las exposiciones de los trabajadores a pacientes o personal sanitario infectado, y de las posibles enfermedades infecciosas contraídas en el centro sanitario.
- Instauración de políticas de restricción del trabajo del personal sanitario expuesto o infectado por determinados agentes.

Puesto que frecuentemente se emplean productos de látex para la protección del personal frente a agentes infecciosos, el sistema de control de infección debe establecer medidas para la prevención de las reacciones por hipersensibilidad al látex.

Todos los datos recogidos en relación a riesgos infecciosos y las medidas adoptadas inmunizaciones, estado inmunitario, exposiciones y enfermedades infecciosas relacionadas con el trabajo, profilaxis u otras medidas serán registrados, de ser posible informados, de forma individualizada para cada trabajador. Estos datos serán manejados asegurando siempre la confidencialidad de la información.

En este documento empleamos el término ‘personal sanitario’ para referirnos a cualquier trabajador del hospital que pueda estar expuesto a riesgos infecciosos.

El personal de salud es considerado de alto riesgo de adquirir infecciones intrahospitalarias, principalmente las enfermedades virales que pueden adquirirse por contacto con la sangre (VIH, Hepatitis B y Hepatitis C) y Tuberculosis Pulmonar (TB). El estudio de las infecciones relacionadas con las exposiciones laborales en trabajadores de salud tiene múltiples dificultades, entre las que destaca que la mayoría de los portadores de estos agentes son asintomáticos, además es difícil determinar con alto grado de certeza si la infección fue adquirida en la comunidad o fue adquirida dentro del hospital. Selección de la exposición laboral y servicios a vigilar

Se ha tomado como referencia tal como lo han hecho otros sistemas, que la vigilancia epidemiológica de IIH en trabajadores de la salud se limite a:

Exposición a accidentes con corto punzantes durante la instalación de la venoclisis.
Exposición a accidentes durante la instalación de la venoclisis

Dado que las oportunidades de exposición a sangre son muy diversas y abundantes, se ha decidido recolectar información sólo de una, las que ocurren durante la instalación de venoclisis, que es uno de los procedimientos más frecuentes y un proceso sobre el cual es más fácil desarrollar acciones preventivas.

La vigilancia a dichas exposiciones laborales se realizará 3 veces al año durante un mes completo (marzo, junio y septiembre) queda a criterio del nivel local ampliar la vigilancia a otros servicios y aumentar la frecuencia de vigilancia Es potestad de los hospitales incorporar la vigilancia de otro tipo de exposiciones punzo cortantes por ejemplo: exposición a accidentes punzo cortantes en personal de limpieza, sala de operaciones, etc.

### 4.3.8 ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.

Estrategia 1

Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales Organizar o fortalecer la vigilancia epidemiológica en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro ayora.

Actividades:

- Organizar o fortalecer la vigilancia epidemiológica en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro ayora.
- Reactivar o conformar un Comité Técnico para la prevención, vigilancia y control de infecciones nosocomiales en el hospital.
- Asignar dentro del equipo de vigilancia, un responsable de coordinar las actividades de vigilancia.
- Disminuir los factores de riesgo en lo posible.

Estrategia 2

Apoyar las acciones de educación continua al personal de salud y a la comunidad de usuarias dentro de la institución.

Actividades:

- Apoyar la capacitación permanente y continua del equipo de salud sobre la prevención epidemiológica de las infecciones Intrahospitalarias.
- Establecer acciones de orientación en aspectos epidemiológicos para todo el personal al ingreso a la unidad de salud.
- Concientizar y promover el lavado de manos
- Recordar que el lavado de manos es el más simple, económico e importante procedimiento, para la prevención de las Infecciones Intra Hospitalarias, logrando reducir hasta en un 50% las IIH, cuando se

realiza el procedimiento de manera adecuada por todos los funcionarios.

Estrategia 3

Cumplimiento en la aplicación de las normas de asepsia y de aislamiento de pacientes.

Actividades:

- Velar por el cumplimiento de las normas y medidas de control establecidas
- Lograr la participación permanente de todo el personal
- Supervisar el cumplimiento de las medidas estándares y procedimientos de atención.

## 4.4 CONCLUSIONES *Y RECOMENDACIONES*

### 4.4.1 CONCLUSIONES

Por lo que concluyo que es evitable la infección intrahospitalaria, siempre y cuando se aplique un plan metódico y organizado en cuanto a la limpieza, manejo de residuos y conservación del ambiente. Si se atendieran las causas más que las consecuencias serian lo ideal, para precautelar lo económico y el ambiente saludable.

La higiene de las manos continúa siendo la medida más importante en la prevención de las infecciones hospitalarias.

La responsabilidad en la prevención de las infecciones hospitalarias compete a todo el personal que trabaja en el hospital y no solo a la Comisión de Infecciones Hospitalarias.

La incidencia de infección hospitalaria representa una medida de evaluación y clasificación de la excelencia en la prestación servicios de salud de las instituciones hospitalarias.

Evitar y controlar las infecciones adquiridas en un hospital es responsabilidad de todos, desde el personal de limpieza hasta el especialista incluyéndote a ti.

Aplicar medidas de prevención adecuadas, sobre todo en aquellos factores modificables, sin duda reducirán la incidencia de IN y, con ello, no solo la morbilidad y mortalidad, sino los costos que se generen, por la estancia hospitalaria.

### 4.4.2 *RECOMENDACIONES*

- *Capacitar a los recursos humanos de atención primaria e identificar los factores de riesgo y darles tratamiento, como son la anemia, cèrvicovaginitis, IVU, para de ésta manera disminuir la incidencia de APP, RPM e inclusive infecciones del sitio quirúrgico si estas pacientes por alguna razón terminarán en cesárea*

- *Realizar uro cultivo a todas las pacientes sugestivas o propensas de infección de vías urinarias con el fin de tratarlas adecuadamente.*

- *Normatizar en sala de operaciones el uso de antibioticoterapia profiláctica al 100% de las cesáreas realizadas.*

- *Realizar estudios prospectivos con el objetivo de considerar otros factores de riesgo que no se pueden determinar por la naturaleza de este estudio.*

- *Tener en cuenta que la prevención es la mejor estrategia contra la infección y que es importante la actitud que asuma cada individuo.*

- *Cumplimiento en la aplicación de las normas de bioseguridad*

- Los buenos programas del control de infecciones, disminuyen las infecciones nosocomiales, la permanencia en un hospital y los costos asociados a la hospitalización.

- Por todo ello, es indispensable que cada institución de salud cuente con un Comité para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales, según sus propias necesidades.

## 4.5 BIBLIOGRAFÍA


1. Dever Alan Ge. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Rockville Maryland: Aspen Publisher; 1991.
2. Colegio de Enfermeras del Uruguay, Comité de Infecciones Hospitalarias, “Higiene de Manos Guía para el Personal de Salud”, Septiembre, 2004.
3. Diccionario Enciclopédico de Enfermería, Miller/Keane, 5º edición, Editorial Médica. Panamericana, Argentina, 1996.
4. Dr. Izquierdo Cèsar, Módulo Atención primaria de salud, Quito. 2004, página 7.
5. E. Guevara de González, Sección de prevención y control de infecciones, 2001
6. E. Damián, L: Jauregui. Lic. A. Panozo. Manual de procedimientos para la detección de infecciones Intrahospitalarias, Septiembre 2003.
7. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC Definitions for Nosocomial Infections, 1988. Am J Infect Control 1988; 16:28-40.

8. Haley RW, Schaberg DR, Von Allmen SD, McGowan JE Jr. Estimating the extra charges and prolongation of hospitalization due to nosocomial infection: a comparison of methods. J Infect Dis 1980; 141:248

9. John V. Bennett-Philip S. Brachman. Editorial Pediátrica 1979 Barcelona, España. Infecciones intrahospitalarias

10. James Drife y Brian Magowan, Ginecología y Obstetricia.1ra Edición Elsevier. España S: A año 2005.

11. Jaime Botero U, Alfonso Jubiz H, Guillermo Henan, Obstetricia y Ginecología, 7ª Edición. Copyright 2004.

12. Lemus J. manual de vigilancia epidemiológica. Washington DC: POS/PALTEX; 1996; (10).

13. LUCKMAN Joan M. A., Cuidados de Enfermería, Vol. I y II .M C, Graw _ Hill Interamericana, México 1997.

14. Malagòn- Londoño Gustavo Dr., Galán Moreira Ricardo Dr. Administración Hospitalaria 1ª. Ed. Bogotà 1997, página 67, 68.

15. Magallòn-Londoño /Hernández Esquivel. Infecciones hospitalarias, 1ra Edición Bogotá OPS 1995.

16. Manual de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales. Dirección General de epidemiología, México. D.F. 2000.

17. MSP; Situación de Salud del Ecuador, pág. 17.

18. Mosby / Doyma Libros, Enfermedades infecciosas 1ª Ed. España 1994, página 19.20.

19. Nosocomial Infection Surveillance, 1984. MMWR CDC Surveill Summ 1986; 35 (No. 1ss): 17ss.

20. Organización Mundial de la salud. Documentos Básicos. Ginebra: OMS, 43 ed. 2001.

21. OPS. Manual para el Control de Infecciones Nosocomiales. Marzo 1995.

22. OMS. Prevención de Infecciones Nosocomiales. Guía Práctica, 2003.

23. Ponce de León, Samuel. Retall Manual De Prevención Y Control De Infecciones Hospitalarias. Serie Itsp/ Manuales operativos Paltex. OPS. 1996.

24. Recomendaciones para el control de la infección nosocomial. Generalitat

Valenciana. Consellería de Sanidad - 2000

25. ROJAS, R. Armijo. Epidemiología básica en atención primaria, ed. Días de Santos, S.A., 1994. pp. 295

26. Sistema de Vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias. Ministerio de Salud - Chile. 1998.

27. Sistema de Vigilancia de las Infecciones Intrahospitalarias. Ministerio de Salud - Chile. 1996.

28. Steven G. Gabbe / Jennifer R. Niebet. Obstetricia. 4ta Ed. 2006

29. Valderrama Alberto. Fiebre puerperal, Vol. 1 marzo de 2002.

# 4.6 ANEXOS

## 4.6.1 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

FORMULARIO No 1: INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

PACIENTE

---

AP PATERNO AP MATERNO NOMBRES

SEXO: 1 Masculino EDAD AÑOS No H.Cl.

2 Femenino MESES

Servicio de inicio

de síntomas de IIH ---------- AÑO MES DÌA

Diagnóstico de ingreso: ----------

Tipo de IIH ----------

Microorganismo

Causante ----------

Procedimiento Invasivo ----------

| |
|---|
| FORMULARIO N°2: EXPOSICION A ACCIDENTES DURANTE<br>LA INSTALACIÓN DE VENOCLISIS<br><br>HOSPITAL :----------<br>FECHA DE NOTIFICACION :---------- |
| NOMBRE: |
| EDAD: SEXO: |
| FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION: |
| PROFESION: |
| CONDICION LABORAL: |
| SERVICIO EN EL QUE OCURRIO LA EXPOSICIÓN: |
| FECHA DEL ACCIDENTE: HORA DE ACCIDENTE: |
| LOCALIZACION DE LA LESION:<br>OBSERVACIONES: |

FORMULARIO 3: VIGILANCIA DE ACCIDENTES DURANTE LA INSTALACIÓN DE LA VENOCLISIS.

Hospital:……

Año :……

Mes reportado: marzo ( ) junio ( ) septiembre ( )

| SERVICIO | a) Nº de Pinchazos | b) Nº de Vías Endovenosas Instaladas |
|---|---|---|
| EMERGENCIA | | |
| CENTRO OBSTÉTRICO | | |
| CENTRO QUIRÚRGICO | | |
| GINECOLOGÍA HOSPITALIZACIÓN | | |
| NEONATOLOGÍA | | |
| PATOLOGÍA OBSTÉTRICA | | |
| HOSPITALIZACIÓN DE OBSTETRICIA | | |

FORMULARIO 4: Infecciones Intrahospitalarias por servicios

Hospital:…….

Año :…….

| SERVICIO | Marzo | Junio | Septiembre |
|---|---|---|---|
| EMERGENCIA | | | |
| CENTRO OBSTÉTRICO | | | |
| CENTRO QUIRÚRGICO | | | |
| GINECOLOGÍA HOSPITALIZACIÓN | | | |
| NEONATOLOGÍA | | | |
| PATOLOGÍA OBSTÉTRICA | | | |
| HOSPITALIZACIÓN DE OBSTETRICIA | | | |

FORMULARIO 5: SITIOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL HGOIA AÑO

| SITIO DE INFECCIÓN | FRECUENCIA | % |
|---|---|---|
| ENDOMETRITIS | | |
| INF. DE EPISIOTOMÍA | | |
| INF. DE HERIDA QUIRUR | | |
| FLEBITIS | | |
| INF. DE VIAS URINARIAS | | |
| NEUMONÍA | | |
| TOTAL | | |

### 4.6.2 CAPACITACIÓN

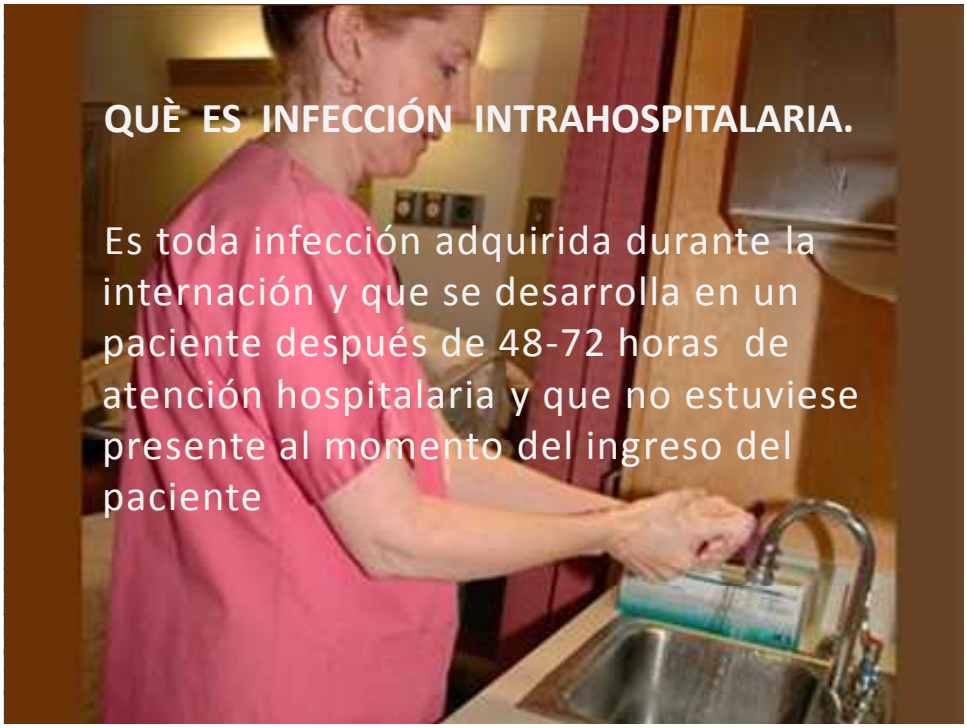
La capacitación continua del equipo de salud debe ser considerada una de las actividades claves en la modificación de las prácticas habituales hacia prácticas de atención más seguras y eficientes.

La capacitación continua tiene por objeto actualizar conocimientos, modificación de las prácticas de atención y la forma de realizar determinadas actividades en el trabajo.
La capacitación puede ser realizada a través de diferentes instancias tales como reuniones clínicas, reuniones, técnicas y difusión de documentos.

**LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS ESTAN DETERMINADAS COMO UN PROBLEMA QUE EXIGE LA PARTICIPACIÓN DE UN EQUIPO CONFORMADO POR TODO EL PERSONAL DE LA SALUD, INCLUYÉNDOTE A TI. TOMANDO EN CUENTA ASPECTOS ÉTICOS TALES COMO EL RESPETO A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA Y EL RESPETO A LA VIDA HUMANA.**

## HISTORIA DEL LAVADO DE MANOS

**Desde mediados del siglo XIX se ha reconocido la importancia del lavado de las manos de los cirujanos. Estos conceptos aplicado tanto por Lister , Nightingale y basados particularmente en Pasteur , lograron un impacto importante en la prevención de las infecciones tanto las asociadas con la atención del parto como las de las heridas quirúrgicas.**




## QUÉ ES INFECCIÓN

ES LA ENTRADA Y MULTIPLICACIÓN DE UN AGENTE INFECCIOSO EN EL CUERPO DEL SER HUMANO PROVOCANDO UNA ENFERMEDAD.

**EN NUESTRO HOSPITAL LAS INFECCIONES MÁS FRECUENTES SON: ENDOMETRITIS, DE VÍAS URINARIAS, DE HERIDA QUIRÚRGICA ,DE EPISIOTOMÍA ETC.**

**LA ENDOMETRITIS;**

**ES LA INFECCIÓN DEL ENDOMETRIO CUYAS CAUSAS SON:**

**NO LAVADO DE MANOS**

**MAL LAVADO DE MANOS**

**NO REALIZAR DUCHAS PERINEALES**

**NO SE REALIZA UNA BUENA LIMPIEZA O DESINFECCIÓN DE LA UNIDAD DE LA PACIENTE, ESPECIALMENTE DE LA CAMA .**

**SON INSUFICIENTES LA CANTIDAD DE INODOROS**

**INFLUYE LA CULTURA DE LAS PACIENTES EN NO TENER LIMPIOS LOS BAÑOS Y NO BAÑARSE DURANTE 40 DÍAS.**

## IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS

- CUIDA TU SALUD
- EVITA EL CONTAGIO DE LAS ENFERMEDADES DE UNA PERSONA A OTRA, PUEDE SER DE UN PACIENTE AL TRABAJADOR Y LOS FAMILIARES.
- DISMINUYE EL TIEMPO DE ESTADÍA DE LAS PACIENTES.
- EVITA LAS FALTAS DEL PERSONAL.

- DISMINUYE LOS COSTOS EN LA ATENCIÓN DE UNA PACIENTE.
- PERMITE LLEVAR UNA VIDA SANA.
- AYUDA A LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES.
- PROTEGE A SUS SERES QUERIDOS
- GARANTIZA LA CALIDAD DE ATENCIÓN
- PUEDE SER MÁS EFICAZ QUE CUALQUIER VACUNA

# LAVADO DE MANOS

- ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE
- ANTES DE REALIZAR UNA TAREA
- DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES
- DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE
- DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE.
- CUANDO LAS MANOS ESTEN SUCIAS

- ANTES Y DESPUÉS DE INGERIR ALIMENTOS.
- DESPUÉS DE ESTORNUDAR, TOSER, SONARSE O LIMPIARSE LA NARIZ.
- ANTES Y DESPUÉS DE IR AL BAÑO.
- AL RECIBIR Y FINALIZAR EL TURNO EN EL HOSPITAL.
- ANTES Y DESPUÉS DE TOCAR A UN PACIENTE.
- ANTES DE MANIPULAR ALIMENTOS, COMER O DARLE DE COMER A UN PACIENTE.

# TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS

## ABRIR LLAVE

## MOJAR LAS MANOS

## APLICA JABÓN EN MANOS Y MUÑECAS

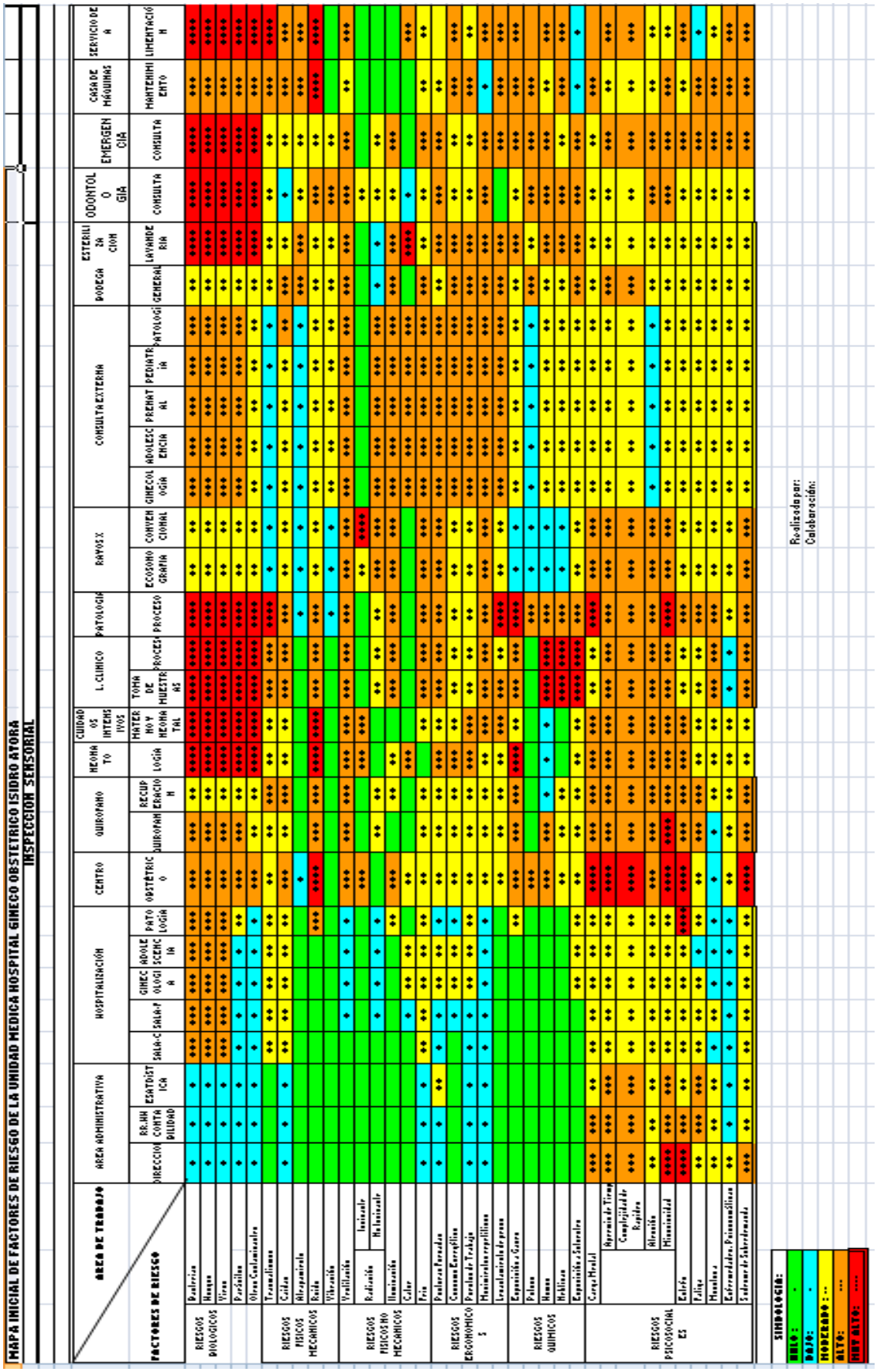
## FRÓTESE LAS MANOS UNA CON OTRA POR LO MENOS 10 VECES FUERA DE AGUA

## SECA COMPLETAMENTE CON TOALLA DESCARTABLE

## CON LA MISMA TOALLA CIERRA EL GRIFO

## ALGUNOS ASPECTOS A TOMAR EN CUENTA EN EL CUIDADO DE LAS MANOS TALES COMO:

- Las uñas, deben mantenerse sin esmalte y cortas, no sobrepasar la punta de los dedos, en estudios se ha demostrado la presencia de hongos y bacilos en uñas largas o artificiales.
- Las manos deben estar libres de joyas, los microorganismos se alojan debajo de los anillos, relojes, pulseras, etc.
- Pensar que todo usuario es potencialmente infectante

NUESTRAS MANOS SON LAS ACTORAS DE LA FELICIDAD O LA SOLEDAD

## 4.6.3 MAPA DE RIESGOS DEL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA