



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

MEMORIAS DE EXPERIENCIA EN SERVICIO SOCIAL

**” Factores que intervienen en el incumplimiento del lavado de manos en
el servicio de cuidados intensivos”**

PRESENTADO POR:

P.L.E.JOSE GUADALUPE GONZALES LOPEZ.

ASESOR: NORA MADRIGAL SALGUERO.

Morelia, Michoacán. Agosto 2014.

DIRECTIVOS

DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA

DIRECTORA

M.E. RUTH E. PÉREZ GUERRERO

SECRETARIA ACADÉMICA

M.C.E. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

MESA SINODAL.

ASESOR

L.E NORA MADRIGAL SALGUERO

VOCAL 1

M.S.P. JULIO CÉSAR GONZÁLEZ CABRERA.

VOCAL 2

DR. IGNACIO LOPEZ VILLASEÑOR.

AGRADECIMIENTOS:

GRACIAS A DIOS POR DARME LA DICHA DE LLEGAR A ESTE MOMENTO
CON SALUD, ASI COMO VENDECIRME CON LA FAMILIA QUE TENGO.

A MIS MADRES POR SU AMOR, CARIÑO Y COMPRENCION

INCONDICIONAL, SIN USTEDES NO SERIA LO QUE SOY.

AMIS HERMANOS POR ESTAR CON MIGO EN LAS BUENAS Y EN LAS
MALAS.

A MIS DOS FAMILIA QUE DE CADA UNA DE ELLAS APRENDI LO
SUFICIENTE Y NECESARIO PARA AFRONTAR LA VIDA. AMIS AMIGOS
QUE ESTAN JUNTO A MÍ Y A LOS QUE NO ESTAN CON MIGO Y FUERON
PARTE DE MI VIDA, PARA TODOS USTEDES CON CARIÑO Y
ADMIRACION: LIC EN ENFERMERIA.

JOSÉ GUADALUPE GONZALES.

DEDICATORIA.

Dedico éste acontecimiento a mi Dios todo poderoso, por darme fortaleza, sabiduría, inteligencia e iluminar mí camino a través de su palabra.

A la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, que a través de la Facultad de Enfermería, por darme la oportunidad y la preparación académica como licenciado en enfermería.

A mis profesoras, a mi asesora L.E Nora Madrigal Salguero. quienes fueron mis guías para alcanzar la meta, en especial al M.E.S. Julio Cesar González Cabrera, por su valioso esfuerzo, paciencia y conocimientos aportados al proceso de investigación, que el señor Jesús los bendiga por siempre.

A mi familia, por brindarme su apoyo y comprensión para la culminación de mi carrera.

A mis compañeros de trabajo y estudio, gracias por su apoyo incondicional.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. MARCO CONTEXTUAL.....	6
3.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3.2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	12
3.2.1.-GENERAL.....	12
3.2.2- ESPECÍFICOS.....	12
IV. MARCO TEÓRICO:	13
CAPÍTULO I.	13
LAVADO DE MANOS.....	13
4.1.- INTRODUCCIÓN	14
4.2.- ANTECEDENTES.....	15
4.3.- CONCEPTO.....	19
4.4.- TIPOS DE LAVADOS DE MANOS	20
4.4.1.-LAVADO HIGIÉNICO	21
4.4.2.- LAVADO ANTISÉPTICO.....	21
4.4.3.- LAVADO CON SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA	21
4.4.4.- LAVADO QUIRÚRGICO.....	22
4.4.5.- CAMPOS DE APLICACIÓN.....	23
4.5.- MOMENTOS PARA EL LAVADO DE MANOS	26
4.5.1.- ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE.	27
4.5.2.-ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASÉPTICA.....	27
4.5.3.-DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A FLUIDOS ORGÁNICOS	28

4.5.4.-DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE.....	29
4.5.5.-DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE. 29	
CAPÍTULO II.- INFECCIONES NOSOCOMIALES:	32
2.1.- INTRODUCCIÓN.	32
2.2.- ANTECEDENTES:	34
2.3.- CONCEPTO	37
2.4.-FISIOPATOLOGÍA DE LAS INFECCIONES	38
2.5.- GENERALIDADES	39
2.6.-TIPOS DE INFECCIONES.....	40
2.7.-MANIFESTACIONES CLÍNICAS	41
CAPÍTULO III. FACTORES.....	42
3.1.-TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO “DOROTHEA OREM”	44
3.2.-LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN	46
3.3.-MAL MANEJO DE LAS ÁREAS.....	48
3.4.- MALA GESTIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.....	49
3.5.-EDUCACIÓN CONTINÚA.....	50
3.6.-LA INVESTIGACIÓN	51
3.7.-LAS EVALUACIONES CONSTANTES	51
3.8.-SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. 52	
3.9.-CARGA DE TRABAJO Y FALTA DE PERSONAL	56
3.10.-RELACIONES CON EL RESTO DEL PERSONAL SANITARIO 57	
3.11.-INFRAVALORACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO	58
3.12.- AMBIENTE FÍSICO	59
CAPÍTULO IV.- SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS.	60
4.1. CRITERIOS FUNCIONALES.....	61
4.2.-PERSONAL MÉDICO.....	61
4.3.-PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	62
4.4.-NÚMERO DE CAMAS.....	63
4.5.-CONTROL DE CALIDAD.....	64

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA.....	65
CAPITULO VI. CONCLUSION.....	66
CAPITULO VII. PROPUESTA.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69

RESUMEN:

” Factores que intervienen en el incumplimiento del lavado de manos en el servicio de cuidados intensivos”

L.E NORA MADRIGAL SALGUERO.JOSÉ GUADALUPE GONZALES LÓPEZ.

El lavado de manos es una técnica que con la ayuda de agua y jabón elimina las bacterias residentes en la flora bacteriana. Para que el equipo multidisciplinario no realice el lavado de manos de manera correcta existen varios factores, por ejemplo: sobre carga de trabajo, material y equipo insuficiente, síndrome de bournout, área física inadecuada, relaciones interpersonales que, falta de enseñanza continua, falta de supervisión, e investigación; la presencia de estos factores están correlacionados con la presencia infecciones nosocomiales, las cuales son la causa número uno de complicaciones intrahospitalarias en el paciente causando así mayor gastos económicos para el paciente y el hospital. Se concluyó que a mayor presencia de factores que intervienen para que no se realice el lavado de manos mayor será el riesgo que comprometa la salud y la vida del paciente el método utilizado fue la revisión sistemática de fuentes primarias de información y el parafraseo relacionado con las experiencias en servicio social.

Palabras claves: Lavado de manos, servicio de terapia intensiva e infecciones nosocomiales.

SUMMARY:

"Factors involved in the failure of handwashing in intensive care service

Handwashing technique is that with the help of soap and water removes the resident bacteria in the bacterial flora. For the multi-disciplinary team Aque perform hand washing correct way exsisted several factors, eg on workload, materials and equipment insuficiente of bournout syndrome, physical area , interpersonal relationships, lack of continuing education , lack of supervision , and research; the presence of these factors are coorelacionados presence with nosocomial infections , which are the number one cause of hospital complications in the patient thus causing greater economic costs to the patient and the hospital. It was concluded that the greater the presence of factors involved for washing larger hand12s not perform will be the risk of compromising the health and life of the patient, the method used was a systematic review of primary sources of information and paraphrasing related experiences in social service.

Keywords: hand washing, intensive care unit infections.

I. INTRODUCCIÓN.

Históricamente, se tiene registro que en el siglo XIX se acuñó el concepto de limpiarse las manos con un agente antiséptico. Un trabajo publicado en 1825 por un farmacéutico francés, estableció que los médicos u otras personas que atendían pacientes con enfermedades contagiosas se beneficiaban lavándose las manos con una solución líquida de cloruro. En 1846, Ignaz Semmelweis publicó un trabajo donde demostró que el lavado de manos con un agente antiséptico (soluciones cloradas), antes de atender a cada paciente, reducía la transmisión de enfermedades contagiosas de manera más efectiva que el lavado de manos solamente con agua y jabón. Desde entonces se acepta la práctica del estricto lavado de manos como una medida antiséptica trascendental.

A pesar de todas estas recomendaciones que han sido adoptadas por la mayoría de las instituciones sanitarias de todo el mundo, la adhesión por parte de los trabajadores en salud a dichas normas sigue siendo baja. En los últimos años, se ha observado, que el lavado y antisepsia de las manos son

realizadas en forma totalmente inadecuada o se omiten por completo y en ocasiones, el agente utilizado es inapropiado. El mayor impacto y beneficio de las campañas sobre fomento a la higiene de manos se lograría en países en vías de desarrollo; ya que es ahí, donde se registran la mayoría de los casos de infecciones intrahospitalarias. La resistencia de los cuidadores de salud para realizar con regularidad el lavado de manos constituye un verdadero problema, aun cuando los expertos en control de infecciones lo sugieren, exigen o suplican. Dicha práctica está inscrita en la historia de la antisepsia, con capítulos que constituyen parte de la historia universal.

El lavado de manos juega un papel muy importante para diseminar la flora de la piel la cual esta compuesta por Staphilococcus (estafilococos): epidermis (90 % del total de gérmenes aerobios de la piel). Aureus: presente en cara y manos de “portadores nasales” de dicho germen.

Estreptococos (estreptococos). Difteroides (corinebacterias), en folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas.

Propionibacterium acnés. Micrococcus. Candida: sobre todo en personal sanitario

Las distintas zonas de la piel soportan floras distintas, lo que gran parte está determinado por el grado de humedad disponible. A mayor humedad, mayor flora, ya que ésta se relaciona con las glándulas sudoríparas. El crecimiento excesivo de la flora normal puede producirse cuando varía la composición de la misma, varía el medio ambiente o el sistema inmune se hace ineficaz la flora de la piel esta compuesta Los staphilococcus y el propionibacterium producen ácidos grasos que inhiben el crecimiento de los hongos.

Esta temática ha sido abordada en el presente proyecto de investigación a partir del planteamiento y definición del objeto de estudio, justificación, marco teórico y elaboración de los objetivos, fuentes bibliográficas, técnica y recolección de información y finalmente bibliografía.

II. JUSTIFICACIÓN

Debido a que el personal interdisciplinario permanece en contacto directo con los pacientes, debe realizar cada vez que efectúa algún tratamiento el lavado de manos médico, técnica que es fundamental para evitar las infecciones cruzadas y crea hábitos de higiene.

Esta tesina es importante porque puede usarse como base en la planificación de la educación permanente para el personal interdisciplinario y de trascendencia porque sus resultados pueden ser extrapolados a otros servicios donde se brinden cuidados a los pacientes o se asistan procedimientos efectuados a los mismos.

El impacto de la infección hospitalaria está muy estudiado gracias a informes estadísticos en pacientes graves, en especial los que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos, UCI, ya que son uno de los lugares de contagio más habituales, al estar estos enfermos con su sistema inmunológico especialmente debilitado por motivo de la dolencia que les hace ingresar, así como la naturaleza invasiva

de los procedimientos médicos utilizados en este ámbito de la atención.

El desafío es que el lavado de manos con jabón pase de ser una buena idea abstracta a un comportamiento automático en los hogares, escuelas y comunidades. Enraizar la práctica del lavado de manos con jabón antes de comer y después de usar el inodoro podría salvar más vidas que cualquier vacuna o intervención médica, reducir las muertes por diarrea casi a la mitad y evitar un cuarto de las muertes por infecciones respiratorias agudas.

El siguiente trabajo está desarrollado con la finalidad de investigar los factores asociados que intervienen en el incumplimiento de la norma del lavado de manos. Al desarrollar el análisis documental de las fuentes de información encontré que el incumplimiento del lavado de manos es multifactorial, de tal forma que, me es importante explicar cada factor.

III. MARCO CONTEXTUAL.

3.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se sabe que la piel está formada por dos diferentes capas; la epidermis que es un epitelio escamoso y la dermis o verdadera piel. La capa externa es la que se ha de tratar durante el lavado. La epidermis constantemente elimina sus capas córneas externas que son sustituidas por las células de los estratos inferiores en constante multiplicación. En todas las capas de la piel se encuentran bacterias, las que habitan en sus estructuras profundas en sus glándulas y folículos pilosos se consideran flora residentes y tienden a ser eliminadas o ir hacia afuera si se desprenden junto con las células descamadas y las secreciones de la piel. La capa de la epidermis contiene entonces estas bacterias de la dermis y las que adquieren por contacto con varios líquidos y objetos que se llaman flora transitoria.

La flora residente de la piel es empujada a la superficie con la transpiración y puede ser una fuente de infección, dado que la transpiración puede verse aumentada por el calor, las emociones y las respuestas adrenérgicas.(Archundia 2008).

El ambiente hospitalario es uno de los sitios en donde existen mayor cantidad de agentes patógenos y oportunistas los cuales podría causar a los pacientes nuevas enfermedades o agravar las que ya poseen.

Por eso es importante la aplicación de las precauciones estándar, ya que el objetivo principal es interrumpir la cadena de transmisión de microorganismos provenientes de pacientes al personal de salud, las ventajas más importantes son: no es invasivo, es insustituible, interviene todo el equipo de salud, no requiere para su aplicación indicación médica.

Entre las precauciones estándar mas recomendadas son el lavado de mano, utilización de guantes, uso de cubre bocas, uso de lentes protectores, uso de bata.

El lavado de manos es una herramienta simple, económica e importante procedimiento que tienen los profesionales de la salud para prevenir las infecciones intrahospitalarias, las cuales representan un importante problema en el ámbito sanitario. En el mundo, al menos uno de cada cuatro pacientes ingresados en servicios de cuidados intensivos contraerá una

infección durante su estancia en el hospital. En los países en desarrollo esta proporción puede duplicarse debido a que el sistema de salud ha de atender a una población más enferma y hacer frente a la falta de recursos humanos y técnicos, la carga que representan las infecciones relacionadas con la atención sanitaria es aún más importante, refleja que en países como México, Canadá y Brasil, las tasas de infecciones nosocomiales van desde 3% hasta 25%". Las Infecciones Nosocomiales no solo afectan a los pacientes, sino a cualquier persona que se encuentre en el entorno hospitalario como los trabajadores de salud (médicos, enfermeras, familiares, visitas y personal de apoyo) El riesgo es inherente al ambiente hospitalario.

El personal de atención médica debe aprender a Identificar, resaltar y evitar los riesgos para brindar una atención médica segura y de calidad. De acuerdo a los estándares del IMSS, a nivel nacional entre el 7 y 10% de los pacientes hospitalizados en Hospitales Regionales, adquieren una infección nosocomial (IN), con una Mortalidad asociada en el rango de 5 a 10%. En el 2010 y 2011, este hospital tuvo una tasa promedio de 8.1 y

7.14 por 100 egresos. Los tipos más frecuentes de infección nosocomial en 2011 fueron las infecciones de sitio quirúrgico, las neumonías, las infecciones relacionadas a líneas vasculares y las sepsis.

<http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/HigieneManos>.

En investigaciones anteriores se observara que: En general existen diferentes grados de incumplimiento en la Implementación de la técnica para el lavado de manos, las unidades no cuentan con los recursos y materiales disponibles para realizar una buena técnica en el lavado de manos para prevenir las infecciones intrahospitalarias. Frente a esta realidad me surgen las siguientes interrogantes secundarias:

¿Los profesionales del equipo interdisciplinario cumplen con la norma?, ¿Cuáles son las razones por las que el personal del equipo de salud implementa de manera incorrecta la técnica de la higiene de manos? ¿Existen medidas o acciones por parte de la institución que nos recuerden la importancia del lavado de manos?

En virtud de encontrar respuestas a los interrogantes planteados se consultó con bases teóricas internacionales. Siendo una de las más frecuentes la transmisión por vía directa o indirecta, a través de las manos y de materiales contaminados. A pesar de la existencia de la norma en la institución se observa que no todos los profesionales cumplen con la misma. A nivel internacional, la mayoría de los profesionales de la salud se preocupan más por la innovación y los avances tecnológicos, que por cumplir con ciertas acciones cotidianas y simples del quehacer profesional indispensable para prevenir efectos adversos en las instituciones de salud como por ejemplo infecciones nosocomiales, por no poner en práctica “la técnica del lavado de mano”. Existe una tendencia de los trabajadores de la salud a sobre estimar los beneficios del lavado de manos en la prevención y control de infecciones intrahospitalarias. (Amaro, 2006)

En la unidad de cuidados intensivos si bien se emplean antisépticos para la higiene de manos, se observa que no cumplen con el tiempo que demanda la realización de la

técnica. Los trabajadores sanitarios fallan sistemáticamente en el procedimiento de la higiene de manos.

Una de las justificaciones más comunes es el tiempo que requiere esta maniobra, sobrecarga de trabajo, por desconocimiento, insuficiente disponibilidad de espacios cómodos para la higiene de manos, la intolerancia a productos utilizados, escasa voluntad y el mal empleo del guante creyendo muchas veces que este remplaza el lavado de manos..."Bayle,(2002).

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, nos surge el siguiente problema a investigar:

¿Cuáles son los factores que intervienen para la que el equipo interdisciplinario no cumpla con la norma del lavado de manos en el servicio de cuidados intensivos?

3.2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.2.1.-GENERAL.

Conocer los factores que intervienen para que el grupo interdisciplinario no cumpla con el lavado de manos.

3.2.2.- ESPECIFICOS.

- Supervisar el cumplimiento de la técnica de lavado de manos, a través de la observación.
- Gestionar que el servicio de terapia intensiva cumpla con el material y equipo adecuado para la técnica de lavado de manos, según la normatividad.
- Valorar la implementación de la educación y capacitación continua sobre el lavado de manos según la OMS.
- Analizar la relación entre lavado de manos e infecciones nosocomiales.

IV. MARCO TEORICO

CAPITULO I.

LAVADO DE MANOS.

En el capítulo del Marco Teórico en el que se definen los elementos como: Lavado de manos, tipos de lavados de manos, terapia intensiva, Infecciones nosocomiales y así como factores predisponentes para que el personal de salud no cumplan con las normas adecuadas para el lavado de manos como son la teoría del déficit del autocuidado, calidad de la atención, mal manejo de áreas, mala gestión, educación continua, evaluación constante, síndrome de burnout, sobrecarga de trabajo, infravaloración, ambiente físico para abordar de acuerdo al planteamiento del problema establecido, a fin de que sirva de base y fundamentación.

4.1.- INTRODUCCION

Se lava las manos para destruir bacterias y otros contaminantes a los que se han expuestos antes y después de cuidar al paciente, darles sus alimentos y manejar estos preparar y administrar medicamentos, usar los servicios del cuarto de baños y tocar cualquier parte del cuerpo u objetos que posiblemente están contaminados, incluyendo el empleo de ropa blanca y utensilios que han estado en el cuarto del paciente en contacto con un área contaminada como el suelo. Se supone que están contaminados los pasamanos, papeleras, lavados, grifos, pisos, secreciones orgánicas y cualquier cosa que haya estado en contacto con el paciente..

Destacar la importancia del lavado de manos en conocimiento de que, considerando aisladamente, es un método mas eficaz para disminuir o evitar la transmisión de microorganismos, y la comprensión de que muchas enfermedades infecciosas se propagan antes de su diagnóstico.

4.2.- ANTECEDENTES

En la antigüedad se desconocía por completo las causas de las enfermedades y existencia de microorganismos patógenos , es por eso que algunas enfermedades contagiosas eran el azote de las poblaciones enteras y la gente moría creyendo que estas eran producidas por espíritus malignos o por castigo de los dioses , sin embargo algunos hombres de ciencia detectaron la presencia de microorganismos las cuales eran causantes de infecciones o enfermedades, estableciendo la correlación entre suciedad y enfermedad, surgiendo la necesidad de la sanidad.

Hipócrates (465- 395 a C) promovió la utilización del agua hervida para prevenir enfermedades, e hizo hincapié en la limpieza de las manos, así como apósitos en las heridas quirúrgicas.

Fracastorius Giralamo (1483- 1553), primer epidemiólogo del mundo , en el trabajo “ de contagione” mencionaba que la peste se originaba por microorganismos mismos existentes en la atmosfera (“ pequeñas semillas que se multiplicaban y se

diseminaban por contacto directo e indirecto y por transmisores”).

En el medio hospitalario los microorganismos eran transmitidos de un paciente a otro por la falta de aseo en las manos del personal médico que al realizar una exploración o curación a los pacientes con instrumentos sucios, estos contaminaban las heridas con frecuencia y el pus salía a través de la incisión convirtiéndose en un foco séptico que amenazaban la vida del paciente y en gran parte las heridas presentaban gangrena, ocasionando la muerte de los pacientes. Mas adelante, algunos científicos, a través de sus observaciones e investigaciones, demostraron la presencia de microorganismos e hicieron aportaciones valiosas en cuanto al uso de algunos antisépticos, así como la esterilización de los instrumentos por medio de la destrucción de los microorganismos patógenos.

Antón Van Leeuwenhoek (1632 – 1723). Padre de la microbiología moderna perfeccionó unos lentes en 1683 con las que pudo observar los microorganismos existentes en agua

sucia sarro de dientes y otras sustancias, estos microorganismos tenían forma de bastón, esferas y espirales.

Ignaz Semmelweis (1815-1865) dio a conocer la etiología de la fiebre puerperal y el uso de las medidas sanitarias, una de ellas el aseo de las manos al examinar al paciente. Desde que Ignaz Semmelweis, el padre del control de la infección tomo en cuenta la importancia o la relación que tiene el lavado de manos y las infecciones nosocomiales en 1843 en un Hospital de Viena, sentó los fundamentos de la Epidemiología Hospitalaria. Se a hecho énfasis a la precauciones para desimanar el contagio de un paciente a otro por medio de las técnicas del lavado de manos y jabón antiséptico.

Florence Nagthingale (1820 – 1910) trazo en 1859 el proyecto de la escuela para enfermeras en el hospital de Saint Thomas en Londres. Publico la obra notas sobre el cuidado de los enfermos en las que señalo la importancia de contar con el aire limpio, drenaje eficiente luz y calor, higiene y dieta adecuadas sin olvidar el consumo de agua pura para obtenerla salud.

Lord Joseph (1827 – 1912) fue el único que se percató del valor de la teoría de los gérmenes en relación con la cirugía y su progreso y se dedicó a encontrar el agente químico que combatiera los microorganismos. Considero que las infecciones se transmitían a través del aire por lo que se dedicó a destruirlas en las heridas y en área circulante. En 1865 comenzó a utilizar solución carbólica rociada en el quirófano, poco después se utilizó desinfectante químico para el lavado de las heridas y aplicó fenol a los objetos que se ponían en contacto con estas para disminuir infecciones.

En los últimos años se insistió en: El perfeccionamiento del sistema de esterilización. Control estricto de las variables que intervienen en la esterilización: temperatura, presión y tiempo. Desarrollo de métodos para evaluar la eficiencia de la esterilización como controles físicos, biológicos y químicos. Contar con la central de equipo y esterilización (CE y E) para obtener, limpiar, preparar, esterilizar, controlar y suministrar todos los insumos que estarán en contacto con el paciente, en forma central y regional o subcentral. (Rosales, 2004).

4.3.- CONCEPTO

Es la limpieza mecánica de las manos con agua y jabón por medio de la fricción, con el objeto de evitar la transmisión de gérmenes a los pacientes y al personal. Reduce la posibilidad de infecciones dérmicas en las manos. (Hernández, 2006).

El primer paso que se ha de seguir para hacer una buena técnica estéril es el lavado de manos el objeto que se persigue que las manos estén limpia tan libres como sea posible de gérmenes ya que se sabe que la piel está formada por dos capas de la piel la epidermis que es un epitelio escamoso y la dermis o verdadera piel. La capa externa es la que se ha de tratar durante el lavado de manos. (Archundia, 2001).

[Es la fricción vigorosa con agua y jabón especializado para la disminución de flora bacteriana transitoria presente en las manos utilizando los doce pasos para el lavado de manos de la organización mundial de la salud. Donde se recorre toda la palma de la mano tomando en cuenta los lugares donde se alojan las bacterias contaminantes.]

Los objetivos de la técnica de lavado de manos son: Fomentar o mantener los hábitos higiénicos, eliminar suciedad y

contaminantes potenciales adquiridos durante la atención del paciente. Disminuir la transmisión de enfermedades. (Añorve 2006.)

[La técnica del lavado de manos es una ventaja para el profesional interdisciplinario ya que con ella disminuimos el riesgo de llevar agentes contaminantes a nuestro cuerpo, así también evitar la proliferación de microbios a la hora del pace de visita y cuidados al paciente, ayudando a tener una pronta recuperación y evitar gastos innecesarios.]

4.4.- TIPOS DE LAVADOS DE MANOS

En el medio sanitario existen diferentes técnicas de lavado de manos en función a la posterior utilización de las mismas, Los jabones microbianos suelen administrarse en zonas de alto riesgo, como el nido de las bacterias, se recomienda el lavado de manos con agentes microbianos en las siguientes situaciones: En presencia de resistencia bacteriana múltiples conocidas, antes de efectuar procedimientos invasores, en las unidades de cuidados especiales, como el cunero o la UCI. (Kozier, 1999.)

- Lavado higiénico
- Lavado antiséptico
- Lavado con solución alcohólica
- Lavado quirúrgico

4.4.1.-LAVADO HIGIÉNICO

DEFINICION: Técnica que se utiliza para eliminar la suciedad, materia orgánica y microbiana transitoria de las manos.

[Es la técnica más cotidiana para toda persona ya sea personal de salud o no, es la que se realiza mediante flotación gentil con agua y jabón]

4.4.2.- LAVADO ANTISEPTICO

Eliminar la suciedad, materia orgánica, microbiana transitoria y parte de la microbiana residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana .En un primer pasó a realizar lavado higiénico de las manos según técnica anteriormente descrita.

4.4.3.- LAVADO CON SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA

En lugares con grave déficit de infraestructura (sin lavabos cercanos) o Emergencia extrema. La técnica de lavado con dicha solución consiste en la aplicación del volumen indicado

de producto sobre las manos secas, sin restos orgánicos ni de suciedad, frotando vigorosamente durante 30 segundos hasta su secado total. Las manos deberán estar humedecidas durante ese periodo, si se secan, aplicar nueva dosis de solución.- En Atención Primaria la idoneidad de su uso se relaciona con la actuación fuera del Centro (Atención domiciliaria, Urgencias en vía pública), en situación de presión.

[Es el lavado que se menciona cautelosamente a conciencia para arrastrar la flora bacteriana transitoria utilizando productos de alto contenido bactericida, llamándolo nosotros alcohol gel esta técnica se realiza dependiendo del grado de contaminación del área y del paciente a tratar, tomando como referencia que se deben realizar 3 lavado con solución hidroalcohólica después de la atención del paciente seguido con un lavado con la técnica que recomienda la OMS:]

4.4.4.- LAVADO QUIRURGICO

Es eliminar la microbiana transitoria y en todo lo posible la microbiana residente de las manos, previa a un procedimiento invasivo que por su especificidad o su duración requiere un alto grado de asepsia. (OMS, 2009).

[Es especialmente el arrastre de flora bacteriana residente y transitoria, es la más utilizada en procedimientos quirúrgicos.]

[El equipo multidisciplinario tiene como responsabilidad de brindar un cuidado de calidad que comprende no solo la satisfacción de la necesidad por la cual la persona acude a solicitar ayuda medica, si no además, la protección contra riesgos perjudiciales que puedan trasmitirse de diversas maneras. Esto puede ser llevado de un paciente a otro por medio de un fómite, por ejemplo los estetoscopios, termómetros, cinta métrica u otros elementos de para la atención del paciente, hay medidas de asepsia para las zonas a manejar.]

4.4.5.- CAMPOS DE APLICACIÓN.

La norma oficial mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. El 8 de diciembre 2005 presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana. Y puesta en marcha asta el 7 de

agosto del 2007. Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios que deberán seguirse para la prevención, vigilancia y control epidemiológicos de las infecciones nosocomiales que afectan la salud de la población usuaria de los servicios médicos prestados por los hospitales.

Esta norma oficial mexicana es de observancia obligatoria en todas las instituciones que prestan servicios médicos prestados por los hospitales de los sectores público, social y privado del sistema nacional de salud.

La NOM -045-SSA2-2005 establece que todo establece que todo personal de salud al entrar en contacto con un ambiente hospitalario debe lavarse las manos con agua corriente y jabón, y secarse con toallas desechables. Se debe realizar higiene de manos antes y después de revisar a cada paciente y/o al realizar algún procedimiento.

En su apartado 10.6.1.2 menciona que en las unidades de cuidados intensivos, urgencias, aislados y otros que la UVEH considere de importancia, se debe utilizar jabón antiséptico líquido, agua corriente y toallas desechables. La descontaminación de las manos puede hacerse también con

productos con base de alcohol etílico o isopropílico con una concentración mayor al 60% con emolientes, glicerina a una concentración entre 2% y 3%.

En el apartado 10.6.1.3 hace referencia de los procedimientos donde no hay contaminación con sangre o líquidos corporales, la limpieza de las manos puede realizarse con alcohol con emolientes o agua y jabón.

En el apartado 10.6.1.4, resalta el abasto de material y equipo necesario, así como su mantenimiento, será responsabilidad de cada establecimiento.

En el apartado 10.6.1.5 establece que el personal de salud que está en contacto directo con pacientes debe recibir capacitación sobre el procedimiento de lavado de manos, a su ingreso y cada seis meses. Las autoridades registrarán las actividades de capacitación del personal mediante bitácoras, listas de capacitación o cualquier otra forma de registro. (Diario oficial dela federación 2009).

4.5.- MOMENTOS PARA EL LAVADO DE MANOS

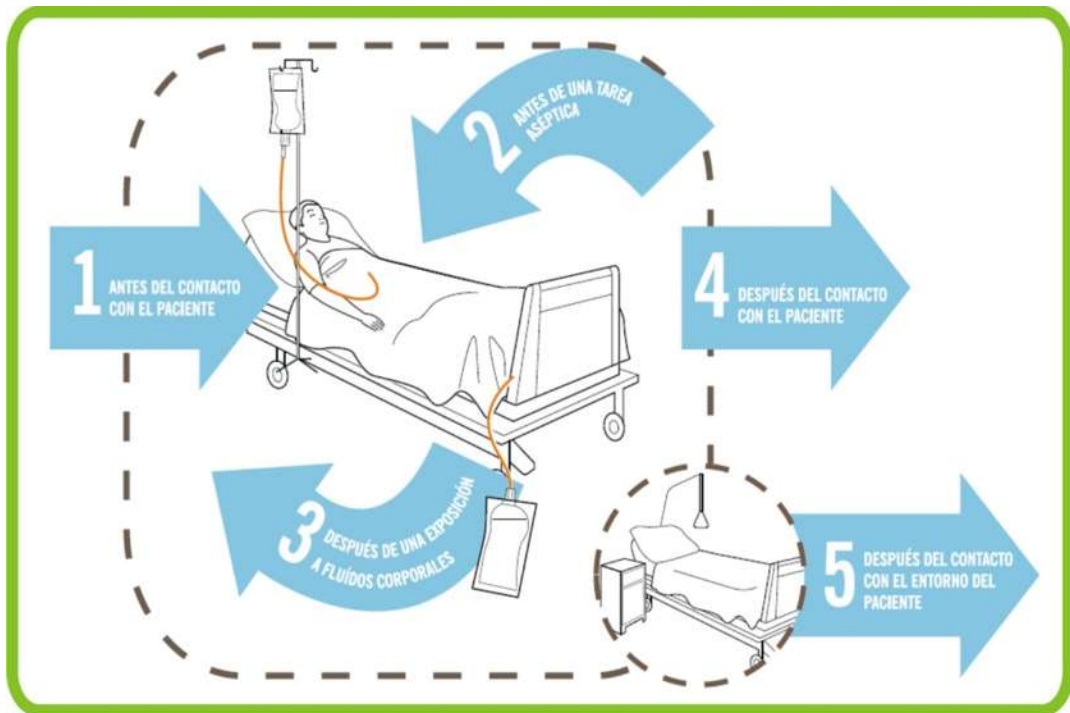


FIG. 3.-Es importante hacer hincapié tanto al equipo interdisciplinario como al familiar que asiste al paciente enfermo en los momentos adecuados para la sanitación de las manos.

4.5.1.- ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE.

Lávese las manos antes de tocar a un paciente cuando se acerque a él.

Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.

Ejemplos:

Gestos de cortesía y consuelo: darse la mano, acariciar el brazo. Contacto físico directo: ayudar al paciente a moverse, a lavarse, darle un masaje. Exploración clínica: determinación del pulso y de la tensión arterial, auscultación torácica, palpación abdominal. Para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que puedan estar en las manos.

4.5.2.-ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASÉPTICA

Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea aséptica. Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los del propio paciente.

Ejemplos:

Contacto con las mucosas: atención bucodental, administración de colirio en los ojos, aspiración de secreciones, contacto con piel no intacta: atención de las

lesiones de la piel, cura de heridas, aplicación de cualquier tipo de inyección, contacto con dispositivos médicos: inserción de catéter, apertura de un sistema de acceso vascular o un sistema de drenaje, preparación de alimentos, medicación material para curación.

4.5.3.-DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A FLUIDOS ORGÁNICOS

Lavarse las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y después de quitarse los guantes).

Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de gérmenes dañinos del paciente.

Ejemplos:

Contacto con las mucosas y con piel no intacta, como se detalla en la indicación "Antes de realizar una tarea aséptica",
Contacto con dispositivos médicos o muestras clínicas: extracción y manipulación de cualquier muestra líquida, apertura de un sistema de drenaje, inserción y extracción de un tubo endotraqueal, limpieza de orina, heces y vómito, manipulación de desechos (vendas, pañales, compresas para la incontinencia urinaria).

4.5.4.-DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE.

Lavarse las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deje la cabecera del paciente.

Para que usted se proteja y para proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente

Ejemplos:

Gestos de cortesía y consuelo: darse la mano, acariciar el brazo. Contacto físico directo: ayudar al paciente a moverse, a lavarse, darle un masaje. Exploración clínica: determinación del pulso y de la tensión arterial, auscultación torácica, palpación abdominal

4.5.5.-DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE.

Lavarse las manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje (incluso aunque no haya tocado al paciente). Cambio de la ropa de cama, ajuste de la velocidad de perfusión, control de alarmas, manipulación de la barandilla de la cama, limpieza de la mesita de noche. (Ozakidetza, 2009).

El lavado de manos es una técnica muy importante en la prevención de las infecciones cruzadas al brindar atención o

cuando se realiza toda clase de procedimientos. En el servicio es indispensable que se practique la técnica correcta del lavado de manos ya que se estaría evitando la diseminación de microorganismos.

El lavado de manos es de gran importancia en el ámbito de los cuidados de la salud, ya que permite que los patógenos transitorios se eliminen con facilidad antes de poder transmitirse a otros pacientes. El lavado de manos eficaz requiere tallado vigoroso durante al menos 10 segundos, con atención especial a la región dorso, punta de los dedos y entre los dedos, donde por lo general es mayor el número de microorganismos. (Brunner, 1998).

Técnica del lavado de mano según la OMS

Imagen No. 4



1 Humedecer las manos con agua



2 Aplicar suficiente jabón para cubrir la superficie de ambas manos



3 Frotar las palmas de las manos entre sí



4 Frotar la palma derecha sobre el dorso de la izquierda, entrelazando los dedos y viceversa



5 Frotar palma contra palma, entrelazando los dedos



6 Frotar el dorso de los dedos contra la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos



7 Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa



8 Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa



9 Enjuagarse las manos con agua



10 Secarse con una toalla de un solo uso



11 Utilice la toalla para cerrar el grifo



12 Las manos ya son seguras

CAPITULO II.- INFECCIONES NOSOCOMIALES

2.1.- INTRODUCCIÓN.

Desde mediados de los años ochentas, en México, el control de infecciones nosocomiales se formaliza a partir del programa establecido en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán donde se elaboró el primer manual de control para su aplicación nacional, y donde surgió la primera propuesta de creación de una Norma Oficial Mexicana sobre control de infecciones.

El objetivo fundamental por el cual se instituyó la prevención y el control de las infecciones nosocomiales fue garantizar la calidad de la atención médica.

Limitar la transmisión de microorganismos entre los pacientes que reciben atención directa por medio de prácticas apropiadas de lavado de las manos, uso de guantes y asepsia, estrategias de aislamiento, esterilización, desinfección y lavado de la ropa. Controlar los riesgos ambientales de infección. Proteger a los pacientes con el uso apropiado de antimicrobianos profilácticos, nutrición y vacunación. Limitar el riesgo de infecciones endógenas con reducción al mínimo de

los procedimientos invasivos y fomento del uso óptimo de antimicrobianos. Vigilar las infecciones e identificar y controlar brotes. El control de infecciones es una responsabilidad de todos los profesionales de salud, a saber, médicos, personal de enfermería, terapeutas, farmacéuticos, ingenieros y otros. OMS (2001).

[Hacer el buen uso en general de las precauciones universales y las precauciones estándar, o el aislamiento de sustancias corporales estrictas, siendo su objetivo reducir por vía hemática y otros tipos de patógenos la propagación de agentes contaminantes en los hospitales, debemos utilizar en los cuidados para los pacientes entre el procedimiento y procedimiento y entre paciente y paciente.]

Desde el primer contacto con el paciente y en todas las áreas de establecimiento de atención médica, deben cumplirse con las técnicas de aislamiento y contar con tarjetones en los que se especifiquen los cuidados necesarios para cada una de las precauciones, los tarjetones se colocarán en la entrada de la

habitación en un lugar visible de acuerdo a los siguientes criterios:

- Precauciones estándar: rojo
- Precauciones por contacto: amarillo
- Precauciones por gotas: verde
- Precauciones para la vía aérea: azul
- Precaución inversa.

2.2.- ANTECEDENTES:

Historia mundial de las infecciones hospitalarias

En el siglo XIX la mortalidad de las parturientas en los hospitales era muy elevada, por lo que O. Wendell en 1843 advirtió sobre la contagiosidad de la fiebre puerperal.

Esta preocupación llevó a Lightfoot en 1850 a escribir en el London Medical Times "Los hospitales son la puerta a la muerte para las parturientas".

En 1860 en Viena se publicaron los estudios de Semmelweis que era obstetra. A causa de la elevada mortalidad en las parturientas (10%). Realizó un estudio clínico describiendo la etiología, el mecanismo de transmisión y la

profilaxis, demostrando que las manos de los médicos contaminadas con material necrótico de las autopsias eran el factor de riesgo, causante de este contagio. Por lo cual empleó como estrategia el lavado de manos con una solución clorada, luego de lo cual la tasa de mortalidad en las parturientas descendió a 1.3%, este es uno de los claros ejemplos que nos muestran que el avance de las técnicas médicas tiene que estar acompañado de un cambio y adaptación en las conductas médicas para evitar que este se transforme en una fuente de nuevas complicaciones.

Florence Nightingale que era enfermera y Farr que era estadístico en 1856 establecieron la relación entre la mortalidad de los militares en hospitales y la falta de higiene y la comida y agua contaminadas. También relacionó las condiciones sanitarias con complicaciones posquirúrgicas tales como gangrena, erisipela y piemia. (Dugas 1995)

En 1889 Halstead, que era cirujano comenzó a usar guantes para operar

En 1910 cirujanos alemanes comenzaron a utilizar instrumental estéril, guantes, mascarillas y camisolín.

En 1935 fueron descubiertas las sulfonamidas que podían ahora curar infecciones serias por Streptococcus y Staphylococcus.

En 1945 Meleney que era cirujano, enfatizó la importancia de la vigilancia epidemiológica, midiendo la tasa de infecciones en cirugía, como un método importante para controlar a esta última.

Luego de la segunda guerra mundial el advenimiento de la penicilina, un antibiótico de baja toxicidad, revolucionó el tratamiento de las infecciones.

En 1950 la pandemia de infecciones hospitalarias por Staphylococcus, mostró la importancia de la normalización y regulación de su uso a través de la epidemiología hospitalaria. Entre 1950 y 1960 Wise estableció la importancia de la vigilancia epidemiológica de las infecciones hospitalarias y de los programas de control de infecciones. (Rosenthal) 1997.

2.3.- CONCEPTO

En el ámbito médico se denomina infección nosocomial (Del latín *nosocomium*, hospital de enfermos) o infección intrahospitalaria a la infección contraída por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud (no sólo hospitales). Del latín *infectio*) es la acción y efecto de infectar o infectarse.

[Los trabajadores de salud tenemos la obligación de manejar la información de las enfermedades infecciosas que circulan dentro del ambiente hospitalario y que golpea de forma tan contundente el ejercicio del profesional encaminado al manejo inesperada de la situación del paciente.]

Las infecciones constituyen el más temible espectro de la vida del hospital, una infección de alta severidad, puede acarrear la situación de entredicho para toda situación de entredicho para para toda la institución, como compromiso de la economía y puesta en juego de su prestigio y buen nombre. Malagon, (1999).

2.4.-FISIOPATOLOGÍA DE LAS INFECCIONES

Las sepsis y su consecuencia final, el shock séptico, conforman un proceso infeccioso que determina una serie de complejos desórdenes circulatorios y metabólicos que finalmente conducen a una inadecuada utilización de sustratos de formación de energía a nivel celular, trata de comprender en parte todas estas series de relaciones en el objeto de esta revisión. Se puede decir que la sepsis es una condición fisiopatológica que se encuentra comúnmente, que oscila dentro de un espectro de severidad que va de moderado y revés episodios de sepsis urinaria, hasta eventos que puedan atentar contra la vida como lo es el shock séptico, tiene múltiples causas, pueden originarse en infecciones causadas por gérmenes gram positivos y negativos, hongos o virus y el cuadro clínico siempre es el mismo.

2.5.- GENERALIDADES

El tema de infecciones en general es de singular importancia, se consideran numerosos factores relacionados con esta y que comprendan desde las causas predisponentes, las determinantes, los factores de riesgo las condiciones las condiciones del organismo al iniciar el proceso infeccioso las mismas después de un tiempo de evolución, las características intrínsecas de los microorganismos causantes, los factores concomitantes, las terapias infecciosas, otros procedimientos clínicos y quirúrgicos , la contaminación y la transmisión la mortalidad y la morbilidad de la infección, las medidas y de la prevención, hasta la incidencias laborales y sociales, los costos de la infección. Malagon, (1999).

[Claro que es de su responsabilidad por presentar factores situación es la que corresponde a la responsabilidad del hospital ya sea por la condición directa por medio de material y equipo contaminado ya sea endoscopios, comida, intervenciones quirúrgicas prolongadas, yesos apretados y mala praxis de lo que es la asepsia entre otras. Y hay personas que ingresan con infecciones agudas o crónicas

para tratamiento médico estos paciente son un gran compromiso para el personal médico ya que estos son fuentes directas de un paciente a otro.]

2.6.-TIPOS DE INFECCIONES

Las infecciones pueden ser locales o sistemáticas. La infección local se limita a una zona concreta en la que permanece los microorganismos, si estos se propagan y dañan a otras zonas corporales, se habla de infecciones sistémicas o general cuando aparecen microorganismos en su cultivo de la sangre de una persona, el estado se conoce como bacteriemia, si la bacteriemia da lugar a una infección sistémica se habla de una septicemia, se conoce también como infecciones agudas y crónicas las primeras suelen aparecer de manera repentina o duran muy poco tiempo, las infecciones crónicas se instauran lentamente, durante mucho tiempo y pueden durar meses o años. Kozier, (2005).

2.7.-MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Debido a la variedad de los procesos fisiopatológicos de cada patógeno y a la fluctuante potencia de los microorganismos de defensa inmunológica de las personas una enfermedad infecciosa puede mostrar distintas evoluciones. Harrison (2010)

CAPITULO III. FACTORES

[En las actividades laborales cotidianas se entra en contacto con tareas que exponen y comprometen a contagio hospitalario debido a la ocupación de cada individuo dentro de hospitales esto es por la falta de esterilización o falta de antisepsia que dan paso a infecciones oportunistas de manera involuntaria, mas sin embargo suelen suceder algunos factores que dan pie a las infecciones intrahospitalarias como son: Visitantes portadores de una infección transmisible mediante contacto o por el aire, el propio personal sanitario que asiste al enfermo, una instalación hospitalaria demasiado antigua y difícil de esterilizar, el equipo interdisciplinario no cumple con las normas establecidas en la erradicación de las infecciones nosocomiales para llegar al análisis de problema. Entre algunos otros factores de prevención para el personal sanitario, el manejo de la calidad de la atención, mal manejo de las áreas de seguridad , hay personal del área de la salud que nunca han pasado por alto estos estándares para una mejor atención y dignificar la atención prestada en algunos hospitales, nos interesa probar que tales actitudes son

moralmente correctas ala hora del lavado de manos, mala gestión, educación continua, la investigación, evaluación constante, estrés laboral, carga de trabajo, relaciones interpersonales, infravaloración de los trabajos realizados. Etc., en síntesis respecto de este punto, de los factores que se relaciona para que el personal no cumpla con los estándares del lavado de mano, existen al menos algunas razones de distinta índole que llevan al personal al a mala praxis del lavado de manos y con toda seguridad hay personal que nunca han pasado por alto las técnicas correctas para el lavado de manos y seguir los protocolos para la erradicación de las infecciones nosocomiales, con esto nos interesa probar que tales actitudes son normalmente correctas y que el personal está comprometido con erradicar las infecciones nosocomiales en las áreas de salud pero no encuentran incentivo para iniciar o no cuentan con los materiales necesario para hacerlo.]

3.1.-TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO “DOROTHEA OREM.”

[Como completo de análisis y relación de las características de la teoría del déficit del autocuidado en relación estrecha con el lavado de manos y la proliferación de microorganismos, debemos de tener en cuenta el hecho de que el personal de la salud estar al cuidado estrecho del paciente en cuidados intensivos de forma sustitutiva para algunas acciones de su vida cotidiana dependiendo del estado crítico del paciente, lo cierto es que el paciente en esta unidad y en algunas otras dependen al 100% de la intervención del personal de salud para su apto bienestar y mejoramiento, ya que funcionan algunas veces como sustitutos de sus manos para las tareas cotidianas como la de alimentación, cambio de pañales, baño de esponja, vaciamiento de sondas vesicales y nasogástricas entre otras y es necesario el lavado de manos para cada acción.

Por otro lado el personal de salud va estimulando gradualmente al paciente y al familiar para que vayan adaptándose a su nuevo estilo de vida, dando herramientas

para una buena higiene en su hogar mediante la técnica exacta del lavado de manos y la importancia de esta para evitar infecciones de tracto digestivo y respiratorio. Notando así las características primordiales de la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem y su inserción en el ámbito hospitalario haciendo referencia al lavado de manos para la erradicación de las infecciones nosocomiales en servicios prioritarios.]

En éste estudio se decidió tomar en cuenta para el cuidado a la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, porque los pacientes que se atienden en la unidad de cuidados intensivos son totalmente dependientes. Orem define tres tipos de sistemas de intervención de enfermería; Sistema totalmente compensador, parcialmente compensador y sistema de apoyo educativo.

Sistema totalmente compensador: Son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de ambulación y de manipulación.

El sistema totalmente compensador de Dorothea Orem, se puede aplicar en la unidad de cuidados intensivos ya que se atiende a pacientes totalmente dependientes.

El sistema de apoyo educativo. Actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda, acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado, acción del paciente: Cumple con el autocuidado. (Potter 2002.)

3.2.-LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN.

La calidad en la atención de la salud, la calidad es un atributo con la cual nos relacionamos todos los días, desde los mismos orígenes de la humanidad, aunque las mismas religiones cuentan con sus postulados con la calidad como premisas para hacer de los seres humanos unas mejores personas. Valga decir si las cosas salen bien en la prestación de servicio de salud, la presencia de la calidad no es tan notoria como cuando aparecen los resultados indeseables, incapacidades, muertes, complicaciones, reintervenciones,

rehospitalizaciones, demandas, insatisfacción, pérdidas de credibilidad, de clientes, de mercado, crisis para las instituciones y se hubiera podido evitar mediante la aplicación del principio básico de la calidad que es la prevención, En la salud se han intentado varias definiciones de los que se consideran un servicio de calidad de la atención médica como “ la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente La calidad por otro lado es un requisito fundamental que la práctica médica a observado desde siempre. A través de diversos mecanismos e instrumentos: control de infecciones , diseño y adopción de protocolos guías de manejo, revisiones de casos, juntas médicas para tomar decisiones difíciles, juntas de mortalidad y clínico-patológicas, auditorías sobre la atención y sobre la historia clínica. La conclusión obvia es que el concepto de calidad es un principio que hace parte integral de las prácticas de la medicina y demás disciplinas afines al cuidado de la salud. Malagón (1999).

[La calidad es una aproximación fiel al trabajo bien hecho ya que incluye directamente la relación de lo bien hecho y

prevención de complicaciones en el ambiente hospitalario, la calidad nos puede hablar de lo bien que está preparado el personal interdisciplinario a la hora de acatar todas las normas establecidas para cada procedimiento y aplicarlas en cualquier momento. Estamos conscientes que el personal carece de calidad cuando existen casos en los que las intervenciones presentan complicaciones o los procedimientos no se hacen con éxito, generando así gastos elevados tanto para el paciente como para el hospital.]

3.3.-MAL MANEJO DE LAS ÁREAS.

El manejo y prevención de las infecciones nosocomiales deben de ir encaminadas a disminuir la incidencia y reingresos de pacientes hospitalizados por infecciones nosocomiales ya que el personal interdisciplinario y el sistema organizacional como los distintos gerentes y jefes de servicios deben de tomar en cuenta para que la instancia hospitalaria este libre de patógenos y brindar buenos procedimientos invasivos o de tratamiento, en donde el paciente este libre de contraer infecciones, deben ir de la mano para disminuir los

riesgos, dando estrategias para el mejoramiento conjunto de los servicios y disminuir los factores que puedan afectar la salud del individuo o la comunidad. (Zarate 1994)

3.4.- MALA GESTIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO.

[Los administradores de los hospitales deben de tomar en cuenta las estadísticas y mejorar la calidad de material y equipo, así como la capacitación del personal interdisciplinario que labora en sus hospitales, haciendo énfasis al gran costo que produce las infecciones o la mala práctica de algunos procedimientos que no cumplen con el protocolo adecuado creando una cultura de educación para cada uno de sus colaboradores, motivando al personal para una buena práctica del lavado de manos ya que con esto disminuirán gastos estratosféricos y motivar al personal para seguir luchando para erradicar las infecciones nosocomiales con el lavado de manos].

3.5.-EDUCACIÓN CONTINÚA.

Constituye uno de los pilares básicos de un programa de prevención y debe de estar dirigida no solo a los ejecutores del plan profesional y auxiliar de la salud, sino al personal en general, incluido al sector administrativo. Esta educación continua debe de obtener solo la información general sobre los factores de riesgo sin los pertinentes a la norma que debe cumplirse frente a la sospecha de una infección o ante la evidencia de ella para evitar por todo el medio su progreso o su propagación. Las actividades que deben cumplirse para este propósito serán, básicamente, reuniones dentro de los programas generales del hospital en las cuales se pondrá énfasis sobre los factores de infección, los cuidados especiales de elementos, utensilios, manejo, instalaciones materiales y equipo, con los profesionales, a través de conferencias, talleres, mesas redondas, se presentarían situaciones o casos de infección, se discutirán técnicas y procedimientos para debelarla.

3.6.-LA INVESTIGACIÓN

Constituyen uno de los factores fundamentales ingredientes del plan de prevención, permite que con el uso de la tecnología, de los laboratorios se adelanten importantes trabajos de seguimiento de casos, de detección de gérmenes ambientales, de contaminación de instalaciones, materiales y equipo. Así mismo facilita la introducción o la exclusión de fármacos antinfeciosos, mediante protocolos de seguimientos de pruebas de in vivo o in vitro. Las actividades de investigación bien motivada pueden convertirse en beneficios de actitud permanente de los servicios técnicos y científicos del hospital y con el tiempo viene a representar el mejor sello de garantía de calidad de la institución de salud. Malagón, (1999).

3.7.-LAS EVALUACIONES CONSTANTES.

La evaluación constante de protocolos y normas, procedimientos y programas, directrices en general, permite introducir los correctivos oportunos y por consiguiente

fomentara la actualización de métodos. Dentro de este mecanismo resulta ideal la auto evaluación mediante la utilización de formatos de practico contenido y fácil elaboración que serán distribuidos , previa instrucción directas del personal de institución, dicho formatos deberán procesarse y entregarse dentro de una periodicidad establecida dentro del hospital. Malagon, (1999).

3.8.-SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización. En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. La diferencia estriba en que el burnout

como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada.

Maslach y Jackson (1981), lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad, pero se establecen diferencias entre los autores al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas (relación antecedentes-consecuentes) en el desarrollo del proceso de “quemarse”, es decir, cual síntoma actúa como determinante de los demás apareciendo con anterioridad. Nosotros asumimos la perspectiva psicosocial como la más coherente, al entender que el burnout se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson, que se conceptualizan como:

- Agotamiento emocional, es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo.
- Despersonalización, implica el desarrollo de sentimientos negativos y de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva que les culpen de sus problemas (Al paciente le estaría bien merecida la enfermedad).
- Falta de realización personal en el trabajo, se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. En todo caso, conceptos como: agotamiento, decepción, pérdida de interés, fatiga emocional, física y mental, sentimientos de

impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, agotamiento emocional, despersonalización, falta de relación, sentimiento de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimiento de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, aislamiento y manifestaciones psicosomáticas, son manejados por los diferentes autores para identificar el conjunto de síntomas que integran el síndrome de Burnout, poniendo mayor o menor énfasis en algunos de ellos. Monte, (1997)

[El síndrome de burnout puede confundirse como depresión ya que aparece el agotamiento, el desgano, la falta de realización personal y la pérdida de expectativas del porque uno eligió la carrera, cuando se habla del síndrome burnout se habla de una persona cansado con alto riesgo de equivocarse si uno plantea en el área de la salud equivocarse es difícil ya que cuesta la vida a otras personas, dejan de hacer los procedimientos según los protocolos o no siguen las reglas para ingresar a servicios especiales]

3.9.-CARGA DE TRABAJO Y FALTA DE PERSONAL.

Como principales estresores laborales destacan la sobrecarga de trabajo y la falta de personal, tanto en enfermeras/os como en auxiliares de enfermería. Esta situación se acentúa en determinados servicios (urgencias, consultas externas, terapia intensiva etc.) o en el caso de producirse episodios de absentismo, ya que si son de corta duración, habitualmente no se cubren.

“Tanto la rotación, como los trabajadores eventuales contribuyen a maximizar la carga de trabajo para algunos servicios específicos, teniendo en cuenta que para el personal que ya está de base en cada servicio debe formar nuevos compañeros en el servicio asignado lo que lleva tiempo en adaptarse e identificar el servicio asignado.”

Esto hace que cada nueva contratación suponga un nuevo período formativo y de adaptación, lo que resulta estresante tanto para el personal fijo como para el eventual. Asimismo, los médicos en período de formación contribuyen a aumentar la carga de trabajo dado el elevado número de pruebas y

exploraciones complementarias que solicitan, a lo que habría que añadir la inseguridad que crean en el personal de enfermería debido a su falta de experiencia.) Las tareas administrativas constituyen una carga más de trabajo pero siempre es relegada a un segundo plano.

Arch Prev Riesgos Labor 1999; 2(4):159-167

3.10.-RELACIONES CON EL RESTO DEL PERSONAL SANITARIO.

Destaca en este apartado la existencia de una jerarquía muy marcada entre médico, enfermera/o y auxiliar de enfermería, lo que puede dar lugar a relaciones problemáticas entre ellos. A ello se une una falta de coordinación en la realización de las tareas propias de cada componente del equipo sanitario. En general, las/os enfermeras/os se quejan de no poder planificar adecuadamente su trabajo, ya que éste depende de la organización particular del trabajo de cada médico (horarios de visita en sala, policlínicas, Quirófano, etc.). Con respecto a la comunicación existente entre médico y enfermera/o en relación al estado clínico y terapéutica del enfermo, las experiencias son diversas, aunque en general la

información es proporcionada frente a una demanda concreta del personal de enfermería. En cuanto a la relación específica entre la/el enfermera/o y la/el auxiliar de enfermería, el problema radica fundamentalmente en que no existe una delimitación clara de las tareas que deben realizar cada uno de ellos, lo que da lugar a situaciones conflictivas. Por último, con respecto a la figura del supervisor/a las opiniones son dispares según las experiencias previas que se hayan tenido. Hay quien piensa que se trata de un cargo de confianza de la Dirección, sin libertad de actuación y, por lo tanto, sin capacidad para establecer modificaciones en la organización del servicio.

3.11.-INFRAVALORACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO.

En general, tanto enfermeras/os como auxiliares de enfermería, piensan que su trabajo no es valorado adecuadamente, tanto por el resto de personal del equipo sanitario como por el propio paciente. En especial son las/os auxiliares de enfermería los que peor perciben esta situación. Además, consideran que no reciben ningún tipo de reconocimiento o recompensa por parte de los estamentos

superiores por la calidad del trabajo realizado (retribución económica, facilidades para la asistencia a cursos o reuniones científicas, promoción profesional, etc.).

3.12.- AMBIENTE FÍSICO.

El ambiente físico en el que se realiza el trabajo aparece como un importante estresor. Fundamentalmente, son problemas relacionados con una temperatura ambiental desagradable, espacio físico insuficiente o mal distribuido, deficiencias estructurales que pueden dar lugar a caídas o golpes, etc.

CAPITULO IV.- SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS.

La UCI es una unidad o un servicio independiente que funciona como unidad cerrada bajo la responsabilidad médica de su personal, en contacto estrecho con los especialistas que derivan a los pacientes. Las características del personal médico, de enfermería y del resto del personal sanitario, el equipamiento técnico, la arquitectura y el funcionamiento deben estar definidas claramente. Las normas escritas interdisciplinarias sobre el proceso de trabajo, las competencias, los estándares médicos y los mecanismos para la toma de decisiones son útiles para deslindar las competencias y estandarizar el proceso de trabajo.

Los objetivos de la UCI son la monitorización y el apoyo de las funciones vitales amenazadas o insuficientes en pacientes en estado crítico, a fin de efectuar determinaciones diagnósticas adecuadas y tratamientos médicos o quirúrgicos para su mejor evolución.

4.1. CRITERIOS FUNCIONALES.

La UCI estará situada en un hospital con servicios apropiados para asegurar la respuesta a las necesidades multidisciplinarias de la medicina de cuidados intensivos. El hospital debe tener servicios quirúrgicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos y asesores clínicos, cirujanos y radiólogos, disponibles para la UCI durante las 24 horas.

Tamaño. La UCI debe tener un mínimo de 6 camas y el óptimo es de 8-12 camas. En una UCI más grande se pueden crear subunidades funcionales con 6-8 camas, que compartan los recursos administrativos y otros. Se necesitan una cierta cantidad de pacientes y de intervenciones terapéuticas para mantener la calidad de actividades como la ventilación asistida y el tratamiento de remplazo renal.

4.2.-PERSONAL MÉDICO.

Director de la UCI. El responsable médico y administrativo de la UCI debe trabajar a tiempo completo o por lo menos el 75% del tiempo en la UCI. Debe ser especialista en

anestesiología, medicina interna o cirugía y haber tenido educación formal, entrenamiento y experiencia en cuidados intensivos.

La cantidad de personal se calculará según el número de camas, el número de turnos por día, la tasa de ocupación deseada, los recursos humanos extra para feriados, vacaciones y partes de enfermo, el número de días que cada profesional trabaja por semana y el nivel de atención y también en función del volumen de trabajo clínico, de investigación y de enseñanza. Define los criterios de internación y alta y es responsable de los protocolos diagnósticos y terapéuticos para estandarizar la atención.

4.3.-PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Organización y responsabilidades. La medicina de cuidados intensivos es el resultado de la colaboración estrecha entre médicos, enfermeras y otros profesionales paramédicos. Es necesario definir claramente las tareas y las responsabilidades de cada uno.

Jefa de enfermeras. Debe ser una enfermera de tiempo completo, responsable del funcionamiento y la calidad del trabajo de enfermería. Debe tener amplia experiencia en cuidados intensivos y ser apoyada por al menos una enfermera que la pueda remplazar. La jefa de enfermeras debe asegurar la educación continua del personal de enfermería. Ambos proporcionan las políticas, los protocolos y las directivas y apoyan a todo el equipo. Las enfermeras de la UCI son enfermeras diplomadas formadas en cuidados intensivos y medicina de urgencia. El número de enfermeras necesario para la atención y la observación apropiadas se calcula según los niveles de atención.

4.4.-NÚMERO DE CAMAS.

El número de camas de cuidados intensivos se debe calcular en función del tipo de hospital, su ubicación geográfica, el número de camas del hospital, etc. Las cifras de la literatura médica internacional son del 5% - 10% de las camas del hospital. En la práctica, sólo estará ocupado el 75%

de las camas. Esto permitirá a la unidad enfrentar las urgencias importantes y evitar las altas prematuras.

4.5.-CONTROL DE CALIDAD.

Cada UCI debe evaluar su actividad, teniendo en cuenta que es necesaria una cantidad mínima de cada tipo de enfermedad para mantener los conocimientos y la experiencia médica y de enfermería a niveles adecuados. Debe evaluar su calidad y tener un programa para mejorarla, a fin de poder estar a la altura de los estándares nacionales o internacionales. Esta evaluación debe incluir un informe sobre las complicaciones y los episodios adversos y un sistema de control continuo de los indicadores que reflejan la calidad de la atención. Estos indicadores deben cubrir el proceso de atención (i.e., respiración asistida, sedación, medicación, vías IV, tratamiento o complicaciones), los resultados (i.e., mortalidad ajustada por riesgo), y la estructura (i.e., suficiencia de personal, disponibilidad de protocolos).

CAPITULO V. METODOLOGIA.

La presente investigación se inició identificando un problema que fue: la deficiencia de la técnica del lavado de manos en el personal interdisciplinario dentro del hospital integral de la comunidad de Coahuayana de Hidalgo Michoacán. Estructurándose el planteamiento del problema de estudio y delimitación del problemática. Se realizó una tesina monográfica al efectuar una investigación documental y al analizar la literatura científica que otros autores han escrito sobre el problema identificado, mediante la revisión de fuentes primarias como, libros, plataformas de internet, en google académico, revista de enfermería, norma oficial mexicana, se redactó un texto original con argumentos basados en evidencias identificadas, analizando el estado de conocimiento, relacionando las variables de estudios con otras variables se definieron los objetivos de investigación los cuales fueron las guías de estudios, se justifico el estudio argumentando por qué y el para que del estudio así como la importancia que tiene la realización de esta investigación hacia el equipo interdisciplinario, las instituciones y la sociedad.

CAPITULO VI. CONCLUSION.

Derivado de la revisión sistemática de las fuentes de información utilizadas para esta investigación documental y la experiencia obtenida en el servicio social llego a las siguientes conclusiones:

Los factores que interviene para que el equipo multidisciplinario no cumpla con el lavado de manos son: La mala calidad de la atención, mal manejo de las áreas, Mala gestión del personal administrativo, falta de educación continua, la investigación, la evaluación constante, Síndrome de Burnout, sobre carga de trabajo y falta de personal, relación con el resto del personal sanitario, infravaloración del trabajo realizado, ambiente físico no adecuado.

La supervisión veraz y oportuna es un factor importante para que se lleven a cabo algunas técnicas de asepsia en los servicios de terapia intensiva, pero no se cuenta con una supervisión que haga hincapié al buen manejo de la técnica correcta, esto aunado con que el personal a la hora de la supervisión y solo en ese momento realiza la técnica con los

doce pasos mencionados por la OMS, una vez terminada la supervisión se olvidan de seguir dicha técnica y favorecen la contaminación de un paciente a otro.

A pesar que la OMS nos brinda su técnica con apoyo visual en algunos lugares no se conocen dicha técnica y se implementan las que el personal considere, sin recibir capacitación continua.

CAPITULO VII. PROPUESTA.

- Promover el cumplimiento de la técnica de lavado de manos de forma que el personal multidisciplinario lo adopte en la vida cotidiana.
- Fomentar y difundir la importancia del lavado de manos en todo momento durante la atención del paciente.
- Crear dentro de los servicios una supervisión y capacitación continua para que se lleve a cabo la erradicación de infecciones nosocomiales.
- Organizar talleres donde se levantes muestras comparativas de laboratorio para demostrar el beneficio del uso correcto de lavado de manos según la OMS.
- Como personal de enfermería orientar al equipo multidisciplinario y educación a los familiares para el uso correcto del material y equipo dentro de los servicios.
- Promover en las escuelas de enfermería el uso correcto del lavado de manos dando importancia costos que causan a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1.- Nancy Marie Fortunato Phillips, 1999. Técnicas quirúrgicas.

Décima edición, Edic. Barcelona España.

2.-Dr Abel Archundia García. 2011. Educación quirúrgica, para el estudiante de las ciencias de la salud. Primera edición,

México D.F, McGraw-Hill interamericana editoras S.A de C.V.

<http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/HigieneManos> del actuar cotidiano". www.uvirtual.sld.

3.- AMARO, M; ALVARÉZ, J. 2006. “La responsabilidad moral de los profesionales de la salud en las acciones más sencilla”.

4.-BOYLE

5.-Barbara Kozier MN RN, glonora Erb.audrey Berman,

2005.fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica., Madrid España, asesoras de enfermería de

McGRaw-HILL/INTERAMERICANA. Séptima edición.

6.-SUSANA ROSALES BARRERA.2002.FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. SEGUNDA EDICION, México D.F, santa Fe de Bogota editorial manual moderno S.A de C.V,

7.-Organización Mundial de la Salud, 2003editorial en Lyon y Ginebra entre 1997 y 2001.

8.- ANGELES GARAY U, MOLINAR RAMOS F, ANAYA FLORES V, LÓPEZ GUERRERO M 2005. “Efectividad de la aplicación del alcohol en gel en la higiene de manos en enfermeros y médicos”. . México Revista de enfermería IMSS, Vol. 13 (1), 15-21. 4 ANAYA FLORES V, ORTÍZ LÓPEZ.

9.- S, HÉRNANDEZ ZÁRATE V, GARCÍA HÉRNANDEZ A, JIMÉNEZ BRAVO M, ANGELES GARAY U. 2007. “Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio de sombra”. México. Revista de enfermería IMSS, Vol. 15 (3), 141- 146. 5

Organización Mundial de la Salud. 2005. "Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria" www.who.int/es 6 BYRON NUÑEZ F. Universidad Central de Ecuador 2008. "La higiene de manos es la piedra angular en la prevención de infección nosocomial"

www.higienedemanos.org/node/1

10.-BOYCE J, PITTET D. Suiza 2002. "Guía para la higiene de manos en centros sanitarios". Recomendaciones del Comité Asesor de Protocolos de Control de la Infección Sanitaria (HIPAC) y de la División de la Labor de Higiene de Manos del HICPAC/SHA/APIC/IDSA.

[www.macmillanprofesional.es/fileadmin/files/online_files/profesional/enfermeria/Recursos_Higiene/guia para la higiene de manos del HIPAC no 8.pdf](http://www.macmillanprofesional.es/fileadmin/files/online_files/profesional/enfermeria/Recursos_Higiene/guia_para_la_higiene_de_manos_del_HIPAC_no_8.pdf)

Cuiden, cielo, Bandolera, OMS, ops med-life, portales médicos.NHS NATIONAL HEARLTH SERVICE.NLS. NATIONAL LIBRARY FOR HEALTH.CAREDATA. AMED.

11.-Eunice.M. King, L WIECK, MDyer. 2005 Manual de ilustrado de técnicas en enfermería, México D.F segunda Edición, , nueva editorial interamericana S.A de c.v. 2005.

12.- Gil-Monte. R, y Peiró, J.M. (1997): Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid. Síntesis.

13.- BRUNNER y SUDDARTH, 2002 Tratado de Enfermería médico Quirúrgica, México. Novena, edición volumen II p, 1,973 (lavado de manos).interamericana 2003.

14.-Rosenthal V. Y Col. Campaña De Lavado De Manos, Uso De Técnicas De marketing, Su Influencia En La Tasa De infecciones Hospitalarias. 1997.VI Congreso Chileno De Infecciones Intrahospitalarias Y Epidemiología Hospitalaria, Resumen N° 3, Pucon, Chile,

15.- DU GAS, 1995 Tratado de Enfermería Práctica, México Tercera edición.

16.- A Potter Patricia,2002 Fundamentos de enfermería, Madrid España quinta Edición, ediciones Hacourt.

17.- BRUNNER y SUDDARTH, 1998 Enfermería médico Quirúrgica, España, 8va, edición volumen II p, 1,973 México

BURNS, Nancy, PHD, Investigación en enfermería, El Sevier, 2,004 pp, 20-23.

18.-Malagón Londoño MD. 1999. Infecciones nosocomiales Bogotá D.C., segunda Edición, Medica Internacional Libardo

19.- COMITE de Infecciones Nosocomiales, Hospital Roosevelt, Guatemala Boletín no.2 Abril de 1,997.

20.- DU GAS, 1979. Tratado de Enfermería Práctica, . México Tercera edición, pp, 323-324

21.-F, TANNER, J, Haxhe, M, Zamufen, G, Duce, EUNSA, 1,986. Elementos de Higiene Hospitalaria y Técnicas de Aislamiento en el hospital, España, pág., 13-14. Segunda edición

22.-GODOY MEDINA, IMELDA, 1999 Introducción a la enfermería, MSPYA Departamento de Educación de enfermería Ministerio de Salud Pública y asistencia Social, edición Escuela de Enfermería Cobán,.

23.-HERNANDO, Aurora, Concepción, GUIADA, Enrique, GUTIERREZ, María Jesús, MENDEZ, Gloria, SANCHEZ CASCADO, Luis, TORDESILLAS, Higiene del medio hospitalario y limpieza de material, editorial Editex, enciclopedia Milenia II.

24.- MINISTERIO de Salud Pública y Asistencia Social, Guías Nacionales de Salud Reproductiva, Tomo III, primera edición abril de 1,997, pp, 2-1,2, Guatemala. 11. - OREM, Dorothea, Nursing, Concepts http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf.

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2007/03/05/medicina/1173117866.html>

25.-Barnes de castro Francisco. 1995 Gerencias de los servicios de enfermería. México D.F, Antología, Universidad autónoma de México editorial.

26.- Joann Grif Alspach Rn, 2002 MSNEdD FAN, cuidados intensivos de enfermería en el adulto. México D.F. Quinta edición, , McGraw Hill interamericana.

27.-Mexico D.F, McGraw Hill Interamericana, 2011 segunda edición.

28.-Harrison. 2010 Manual de medicina. México D.F,17° edición, editorial McGraw-Hill Companies.

29.- Harrison 1998.Principios de medicina interna. Aravaca (Madrid) 14° edición, McGraw-Hill interamericana de España S.A.U, Madrid

30.-Martin Duce Antonio. 2005Patologías Quirúrgicas. Madrid España,17 edición, , An Elsevier Imprint, Madrid.