



**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
Escuela de Posgrado**

**GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y EL PROCESO
DE ATENCIÓN EN LAS AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCÍDES CARRIÓN EN EL AÑO 2019**

**Proyecto de tesis para optar el grado académico de
MAESTRO DE GESTIÓN EN SALUD**

Presentada por:

**AUTOR: CHAVEZ CACERES, YSABEL YAEL
HUARCAYA SIHUINCHA, PILAR**

Lima – Perú

2020



GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y EL PROCESO
DE ATENCIÓN EN LAS AREAS CRITICAS DEL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCÍDES CARRIÓN EN EL AÑO 2019

LINEA DE INVESTIGACION: SALUD, ENFERMEDAD Y AMBIENTE

Asesor: Dr. BONILLA ASALDE, CESAR ANTONIO.

DEDICATORIA

A la divinidad por el privilegio de vivir y por
guiar nuestros pasos.

A nuestro padres y hermanos por la
confianza en nosotras y por ser
incondicionales.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a todos los que fueron de gran apoyo durante la ejecución del estudio, gracias por acompañarnos a lo largo de todo este proceso a nuestros padres, nuestros hermanos, los docentes de esta casa de estudios, infinitamente gracias.

Finalmente, expresamos el más grande y sincero agradecimiento al Dr. Bonilla Asalde, Cesar Antonio, principal colaborador del desarrollo del presente estudio, quien nos direcciono y gracias al aporte de sus conocimientos y enseñanzas, logramos concretarlo.

ÌNDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I: EL PROBLEMA	13
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema	17
1.2.1. Problema general	17
1.2.2. Problemas específicos	17
1.3. Objetivos de la investigación	18
1.3.1. Objetivo general	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. Justificación de la investigación	19
CAPITULO I: MARCO TEORICO	22
2.1. Antecedentes de la investigación	22
2.2. Bases teóricas	30
2.3. Formulación de Hipótesis	47
2.3.1 Hipótesis general	47
2.3.2. Hipótesis específicas	48
2.4. Operacionalización de las variables e indicadores	48
2.5. Definición de términos	53
CAPITULO III: METODOLOGÍA	54
3.1. Tipo y nivel de investigación	54
3.2. Diseño de investigación	54

3.3. Población y muestra	56
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.4.1. Descripción de instrumentos	57
3.4.2. Validación y confiabilidad de los instrumentos	59
3.5. Procesamiento y análisis de datos	61
3.6. Aspectos éticos	62
CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS	63
4.1. Procesamiento de resultados	63
4.2. Prueba de hipótesis	73
4.3. Discusión de resultados	78
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
5.1. Conclusiones	87
5.2. Recomendaciones	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	91
ANEXOS	100
Anexo 1: Matriz de Consistencia	101
Anexo 2: Guía de observación sobre Gestión de la Prevención de Infecciones	103
Anexo 3: Cuestionario sobre Proceso de la atención	106
Anexo 4: Validez del instrumento	109
Anexo 5: Formato de consentimiento informado	116

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Resumen del procesamiento de los casos	60
Tabla 2: Resumen del Alfa de Cronbach	60
Tabla 3: Nivel de confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach	60
Tabla 4: Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los pacientes	63
Tabla 5: Características sociodemográficas de los profesionales de la salud	64
Tabla 6: Características de la condición laboral de los profesionales de la salud	65
Tabla 7: Descripción de la gestión de la prevención de infecciones	65
Tabla 8: Gestión de prevención de las infecciones, en su dimensión uso de las barreras de protección	66
Tabla 9: Gestión de prevención de las infecciones en su dimensión actuación en procedimientos invasivos	67
Tabla 10: Gestión de prevención de las infecciones, en su dimensión desinfección en las áreas críticas	67
Tabla 11: Gestión de prevención de las infecciones, en su dimensión clasificación de residuos sólidos intrahospitalarios	68
Tabla 12: Proceso de atención, en su dimensión relaciones interpersonales	69
Tabla 13: Actitud del personal de salud en el proceso de atención.	69
Tabla 14: Competencia científica técnica en el proceso de atención.	70
Tabla 15: Gestión de la Prevención de Infecciones y la dimensión relaciones Interpersonales	71
Tabla 16: Gestión de la Prevención de Infecciones y Actitud del Personal de Salud	71
Tabla 17: Gestión de la Prevención de Infecciones y Competencias científico técnica	72
Tabla 18: Escala de valores del coeficiente de correlación de Spearman	73
Tabla 19: Correlación de Gestión de la Prevención de Infecciones y el Proceso de Atención en las áreas críticas.	74
Tabla 20: Correlación: Gestión de la Prevención de Infecciones y Proceso de Atención: Relaciones Interpersonales	75
Tabla 21: Correlación: Gestión de la Prevención de Infecciones y Proceso de Atención: Actitud del Personal de Salud	76
Tabla 22: Correlación: Gestión de la Prevención de Infecciones y Proceso de Atención: Competencias científico técnica	77

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación que existe entre la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019. Se desarrollo un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal. La recolección de datos se realizó a través de la Guía de observación sobre Gestión de la Prevención de Infecciones y el cuestionario de proceso de atención para medir las variables de estudio, dichos instrumentos fueron validados mediante juicios de expertos y sometidos a confiabilidad, mediante el coeficiente de Spearman. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes y 74 profesionales de la salud de las áreas críticas. Los resultados evidencian, respecto a la variable gestión de la prevención de infecciones de los profesionales de la salud, que más del 50 % cumple con realizar el lavado de manos antes y después de los procedimientos, usa adecuadamente las barreras de protección y realiza los procedimientos invasivos de forma adecuada. En relación con la variable proceso de atención en los pacientes de las áreas críticas, más del 50% indico que siempre percibió en los profesionales adecuadas relaciones interpersonales, buena actitud durante la atención y demostraron ser competentes. El coeficiente Rho de Spearman resultó 0,46, obteniéndose un nivel de significancia menor a 0,05 ($0,000 < 0,05$). Concluyendo entonces que, existe una alta relación estadísticamente significativa entre la gestión de prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Palabras claves: Gestión de la seguridad, Calidad, acceso y evaluación de la Atención de Salud.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between the management of infection prevention and the care process in critical areas of the Daniel Alcides Carrión National Hospital in 2019. A descriptive, correlational and cross-sectional study was carried out. Data collection was performed through the Observation Guide on Infection Prevention Management and the care process questionnaire to measure the study variables, these instruments were validated through expert judgment and subjected to reliability, using the coefficient from Spearman. The sample consisted of 80 patients and 74 health professionals from critical areas. The results show, with regard to the variable management of infection prevention of health professionals, that more than 50% comply with handwashing before and after procedures, adequately use protective barriers and perform procedures adequately invasive. In relation to the variable process of care in patients in critical areas, more than 50% indicated that they always perceived adequate interpersonal relationships, good attitude during care, and proved competent. Spearman's Rho coefficient was 0.46, obtaining a significance level of less than 0.05 ($0.000 < 0.05$). Concluding then, there is a high statistically significant relationship between infection prevention management and the care process in the critical areas of the Daniel Alcides Carrión National Hospital.

Keywords: Infection control, care process.

INTRODUCCION

Los gobiernos y sobre todo los pacientes esperan cada vez más que las instituciones de salud introduzcan sistemas de control de calidad y estrategias de mejora de resultados. Muchos administradores y profesionales de la salud también creen que se deben tomar medidas, pero no están seguros de cómo proceder, especialmente dentro de las limitaciones de recursos.

Diversas investigaciones han demostrado que se producen daños evitables significativas en los pacientes hospitalizados, aumentando el riesgo de resultados adversos y mayores costos, agravando en muchas ocasiones de salud del paciente ¹. La mala calidad del servicio de salud desperdicia recursos que podrían usarse para tratar a más pacientes ², además que el público se está volviendo más crítico respecto a la calidad de la atención hospitalaria ^{3, 4}.

Garantizar la seguridad de los pacientes y el personal de la salud y mejorar la calidad de atención son objetivos nacionales para los sistemas de salud en los países desarrollados y en desarrollo, en respuesta a investigaciones que destacan la mala calidad, el aumento de las expectativas del paciente, la cobertura de los medios y la creencia de que existen métodos efectivos para mejorar la calidad y la seguridad del paciente en términos de prevención de infecciones intrahospitalarias. Las organizaciones de atención médica son cada vez más esperadas por los

gobiernos para introducir sistemas y estrategias de calidad. Las autoridades de las diversas instituciones tanto públicas como privada, consideran que se pueden y se deben tomar medidas, independientemente de las presiones externas.

En este contexto se consideró oportuno realizar una investigación, donde se busca determinar si existe relación entre la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019.

El presente estudio ha sido estructurado como sigue a continuación:

Capítulo I: El cual consta del Planteamiento del problema, en donde se detalla el problema en sí del tema ya expuesto, estos se subdividen en: Planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación, viabilidad y limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, en donde se detallan los antecedentes del estudio, los fundamentos teóricos de ambas variables, definición de términos básicos, hipótesis y finalmente la definición y operacionalización de variables.

Capítulo IV: Metodología: enfoque, tipo, diseño de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de investigación; así como la validez y confiabilidad de estos.

Capítulo V: Resultados, el mismo que contiene: análisis de resultados y discusión, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y finalmente los anexos de estudio.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El Ministerio de Salud (Minsa), define a las infecciones que se asocian a la atención de salud, como el proceso localizado o sistémico que resulta de una reacción adversa frente a la existencia de un patógeno y sus toxinas, las cuales no estaban presentes ni incubándose durante el ingreso del paciente a la institución, todo este proceso cumple una serie normas determinadas ¹. Dichas infecciones pueden darse en cualquier ambiente de atención, como las áreas de hospitalización, cuidados intensivos y los servicios de rehabilitación, en donde se le conocen como infecciones intrahospitalarias ². La relevancia de este problema de salud radica en el hecho de ser considerado uno de los causantes de la morbi-mortalidad potencialmente prevenibles, las investigaciones evidencian el impacto de estas infecciones sobre las tasas de mortalidad en pacientes hospitalizados, la misma que se hallan entre el 0,9 y 9,2 % ³.

En estos últimos años las infecciones que se asocian a la atención de la salud (IAAS) han sido uno de los problemas que más han afectado la salud del paciente y la del personal sanitario. La atención brindada a los pacientes se viene complicando con mayor frecuencia a nivel mundial, como consecuencia de dichas infecciones, aumentando su morbimortalidad ⁴.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que más del 1,4 millón de pacientes se contagian de infecciones intrahospitalarias a nivel mundial ⁵, siendo las Unidades de Cuidados Intensivos las áreas donde se dan con mayor frecuencia, afectando aproximadamente a la cuarta parte de los pacientes que ingresan a hospitalización.

En países desarrollados, la prevalencia de personas que adquirieron una infección al menos una vez como consecuencia de los servicios de salud durante su hospitalización se encuentra entre 3,5 y 12 %, en tanto que en aquellos países en desarrollo se encuentran entre 5,7 y 19,1 %, logrando alcanzar en muchos de estos países un porcentaje que inclusive supera el 25% de pacientes que adquieren una infección ⁴.

En el 2018 la OMS ⁶, reportó que, en los Estados Unidos uno de cada 136 pacientes hospitalizados adquiere una enfermedad grave, como consecuencia de una infección intrahospitalaria; equivalente a 2 millones de casos y un aproximado de 80.000 fallecimientos anuales, generando costes entre 4.500 y 5.700 millones de US\$. Así mismo, en Inglaterra, más de 100.000 casos de infecciones intrahospitalarias provocaron un aproximado de 5.000 muertes anuales, generando costo de 1.000 millones de libras por año.

A nivel de Latinoamérica, las cifras sobrepasan el 40 % de los casos de hospitalizaciones, estudios desarrollados en México evidencian que de 450.000 casos de infecciones que se asocian a los servicios sanitarios, se producen 32 muertes por cada 100.000 habitantes al año, provocando gastos anuales de aproximadamente 1.500 millones ⁷. En Chile en el 2016, el sistema de vigilancia notifico 6.724 infecciones intrahospitalarias de las cuales el 86, 5% se dio en aquellos hospitales de mayor complejidad, siendo las neumonías, las infecciones urinarias y la infección de heridas por bacterias resistentes las más comunes ⁵.

Por otro lado, respecto a la seguridad del paciente, una de las definiciones más claras indica que es la ausencia del potencial que conlleva a que ocurran las lesiones que se originan como consecuencia de los servicios de salud, producto de la prevención de errores o de sus efectos ⁷. Sin embargo, esta definición resulta algo confusa, puesto que es complicado diferenciar los eventos que se relacionan a la seguridad con aquellos errores o complicaciones que no se pueden evitar durante el tiempo de hospitalización, a ello añadirle que en nuestro país la capacidad de medir y evaluar los efectos de los procedimientos e intervenciones que tienen como finalidad mejorar la seguridad de los pacientes en muchas ocasiones son bastante limitada. Cabe mencionar que las unidades críticas han sido reconocidas como áreas claves en el desarrollo de eventos adversos, puesto que en la mayoría de las ocasiones el personal de la salud trabaja en situaciones extremas, lo que trae como consecuencia que su gran capacidad de salvar vidas se asocie al riesgo de ocasionar daños ⁸.

Otro de los puntos importantes en temas de prevención, es la Calidad de atención percibida por los pacientes, en ese sentido se define a la Calidad de atención como el conjunto de actividades realizadas en las diferentes instituciones de salud en el proceso de atención, desde el punto de vista técnico y humano, con fin de lograr los resultados anhelados tanto por los usuarios como por los que proveen la atención, poniendo en práctica la seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción del usuario ⁹. Por su parte, Avedis Donabedian ¹⁰, nos menciona que el grado de calidad es la forma en que se espera que la atención brindada obtenga un equilibrio favorable de riesgo y beneficio para el paciente.

Las infecciones adquiridas en los hospitales son una consecuencia del tipo de atención brindada por el personal a los pacientes y representan un problema grave para su salud. Los diferentes informes publicados en el mundo nos dicen que entre el 5 y 10% de los pacientes que se internan son propensos a adquirir por lo menos una infección durante su estancia ⁷.

En el Perú, según datos presentados por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA, el total de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud a nivel nacional entre los años 2012 y 2014 fueron 10,938 casos, dentro de los casos más frecuentes fueron las infecciones por heridas operatorias en un 27%, seguido de las neumonías asociadas a ventilación mecánica en un 20 %, y las Infecciones del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario en un 19% entre otros, siendo significativos los costos estimados por pacientes ¹.

En la actualidad la calidad de atención viene recibiendo un nuevo impulso en los diferentes hospitales del MINSA, puesto que desde el año 2004 se viene

impulsando el comité nacional de calidad. El estudio muestra una nueva forma de intervenir en la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud, con la finalidad de mejorar el cumplimiento de la "tolerancia cero" en las prácticas hospitalarias evidenciadas en la literatura, lo que incentiva a los proveedores de la salud a trabajar para tender a cero en las tasas de IAAS. Por lo antes mencionado, se llevó a cabo el presente estudio.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Qué relación existe entre la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y condición laboral de los profesionales de la salud de las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019?
- ¿Qué relación existe entre las relaciones interpersonales y la gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019?

- ¿Qué relación existe entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019?
- ¿Qué relación existe entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019.
- Describir las características sociodemográficas y condición laboral de los profesionales de la salud de las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019.
- Identificar la relación que existe entre las relaciones interpersonales y la gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019.

- Identificar la relación que existe entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019.
- Identificar la relación que existe entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019.

1.4. Justificación y viabilidad de la investigación

Las infecciones adquiridas dentro de los centros hospitalarios son un problema cada vez más preocupante dentro de nuestro Sistema de Salud a nivel mundial y nacional. Este evento es considerado un problema de salud pública de mucha importancia debido a la alta prevalencia en su producción. En el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, no existen estudios sobre dicho problema, lo que podría ayudar a medir el impacto, puesto que el hecho de la falta de control de riesgo podría aumentar la morbi-mortalidad en los pacientes hospitalizados.

Las labores diarias de los profesionales de la salud (médico, enfermera, personal técnico), se basan en la calidad del cuidado de las personas que están a su cargo ya sea esta antes, durante y después del proceso de su enfermedad y las infecciones asociadas a dicha atención son un problema de salud pública en la actualidad, puesto que están en constante evolución en el mundo, no solo por las pérdidas económicas en cuanto a la prolongación del tiempo de hospitalización, gastos en medicinas, aumento

de la resistencia de nuevas infecciones, sino también por el deterioro psicológico de la familia y paciente, los que pueden llegar hasta la muerte y todo esto relacionado con la calidad de atención brindada a los usuarios de la unidad de cuidados intensivos.

Tal como se describió en la problemática del estudio, las infecciones intrahospitalarias en la actualidad son problema de salud pública relevante y de gran envergadura desde hace varios años por sus implicancias sociales, psicológicas, económicas y a nivel familiar ocasionando un cúmulo de problemas emocionales.

En tal sentido, se considera que el estudio proporciona información relevante para mejorar las intervenciones en el área de hospitalización, así como también su desarrollo tiene una importancia científica en el área de la salud, pues que pretende conocer la relación entre la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en el servicio de cuidados intensivos, para contribuir con la mejora en la atención de los pacientes y por supuesto evitar hospitalizaciones prolongadas como consecuencia de una complicación por infecciones adquiridas en el hospital.

Así mismo, el aporte metodológico del presente estudio radica en el uso de instrumentos validados por juicio de expertos y con una adecuada alfa de Cronbach, los mismos que fueron aplicados a nuestra población, siendo los resultados del estudio, una contribución para las diversas instituciones a nivel nacional.

Finalmente, el presente estudio servirá como referencia para futuras investigaciones de mayor escala a nivel nacional e internacional.

1.5. Limitaciones de la investigación

Por tratarse de un estudio de diseño transversal, se requiere de la participación directa de la población de estudio, encontrándose las siguientes limitaciones:

Limitaciones relacionadas con la metodología y la aplicación del instrumento son:

- Tiempo requerido para la recolección de datos, ya que el instrumento Guía de observación sobre Gestión de la Prevención de Infecciones, requiere de una minuciosa supervisión de las actividades laborales de las enfermeras y su accionar frente a la prevención de infecciones, esto limita el hecho de obtener información específica y el sentir del profesional sobre esta problemática.
- Es un estudio no generalizable, pues los resultados son válidos principalmente para la población, es decir será válido especialmente para el Hospital donde se llevará a cabo el estudio y solo como referencia para otros hospitales, es por ello que se considera que su utilidad puede ser limitada, sin embargo, la investigación realizada permitirá generar aportes importantes y en definitiva servirá como referencia para futuros estudios similares de enfoque cualitativo.
- Por tratarse de un estudio no experimental, la limitación estará dada debido a que no se podrá relacionar causa-efecto, sino que solamente podrá establecerse la relación de las variables.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Se realizó la búsqueda de estudios relacionadas con el problema hallándose antecedentes desarrollados tanto a nivel internacional como nacional, los mismos que se presentan siguiendo una secuencia cronológica, las cuales se muestran a continuación.

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Castro et al ¹¹, en el año 2019, tuvieron como objetivo evaluar la estructura y el cumplimiento de las normas de prevención estandarizadas y específicas por los profesionales de la salud en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario en el Distrito Federal de Brasil. Se desarrollo un estudio descriptivo, transversal y prospectivo. La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario estructurado y la observación de las prácticas de protección individual e indicaciones de precauciones. La muestra estuvo conformada por un total de 52 profesionales de la salud, se observaron 445 procedimientos de atención en 36 sesiones de auditoría. Los resultados

evidencian que, la tasa de adhesión promedio para el uso del equipo fue de 72.72%, con 94.91% para guantes, 91.43% para delantales, 80% para máscaras y 24.56% para gafas de seguridad. Cuando no hubo indicación y no se utilizó equipo de protección personal, la tasa promedio fue de 68.01%. Las precauciones de contacto se indicaron innecesariamente para el 35% de los pacientes. Conclusión: se observó una buena adherencia al uso de guantes, delantales y máscaras, pero hubo poca adherencia al uso de gafas de seguridad y el uso innecesario de máscaras y precauciones de contacto de admisión.

Hamid et al ¹², en el año 2019, tuvieron como objetivo evaluar los efectos del nivel de conocimiento del personal de la salud en la práctica de actividades que se relacionan a la prevención de infecciones intrahospitalarias en el Hospital General Alansar AL-Medinah AlMonawarah Reino de Arabia Saudita. Se llevo a cabo un estudio de corte transversal, en una muestra de 226 trabajadores de un hospital. Los datos fueron recolectados a través del cuestionario combinado autoadministrado previamente probado, para medir el nivel de conocimiento y las prácticas para todos los componentes del programa de control y prevención de infecciones. Los resultados evidencian que, el nivel de conocimiento fue aparentemente bueno en un 60.4%, manifestándose diferencias entre el personal según el género, la ocupación, la nacionalidad y los años de experiencia. Referente a las prácticas de control de infecciones, la práctica general para todo el personal fue menor en un 24,6%. El cumplimiento general de las precauciones estándar fue menor en un 26,9%. El estudio concluye que, el nivel conocimiento general del personal

del Hospital con respecto a los procedimientos y principios de las políticas de prevención y control de infecciones es relativamente bueno.

Amira et al ¹³, en el 2018, tuvieron como objetivo identificar la incidencia, los factores de riesgo y los organismos causantes más frecuentes de las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a la vía central (CLA-BSI) en la UCI. Se realizó un estudio prospectivo, en 499 pacientes, entre los meses de abril y setiembre del 2014 en la UCI médica, coronaria y quirúrgica de un hospital privado del Cairo. Los resultados evidencian que, el 44% de todos los pacientes ingresados a las UCI fueron sometidos a la inserción del catéter venoso central (CVC). La tasa de incidencia global de CLA-BSI fue de 6 casos en 1000 días de línea central. La tasa de mortalidad entre los casos con CLA-BSI fue de 16,8% durante el período de estudio. Dentro de los factores de riesgo para CLA-BSI se detectaron a la insuficiencia cardíaca, tiempo de hospitalización de 5 días o más, duración de la colocación de CVC, inserción subclavia de CVC y ventilación mecánica. Dentro de los organismos hallados fueron las bacterias gramnegativas, especialmente *Enterobacter* (36.8%), *Pseudomonas aeruginosa* (21.1%). El estudio concluye que, CLA-BSI es una causa importante de mortalidad en pacientes de la UCI. La tasa de infección es más alta que en estudios recientes, pero aún es más baja que las tasas reportadas en estudios publicados similares.

Lenz et al. ¹⁴, en el año 2018, tuvieron como objetivo describir los resultados de un programa implementado con el fin de reducir la tasa de IRC en UCI pediátricos. La muestra estuvo conformada por niños que recibieron catéter venoso central durante la hospitalización en 9 UCI pediátricos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otras provincias entre junio de 2011 y abril de

2012. Se compararon el número y la tasa anual de IRC y la tasa de uso del catéter venoso central antes y después de la implementación del programa. El estudio evidencia que, el número total de IRC fue de 117 y 74 antes y después de la intervención, respectivamente. La tasa de IRC fue de 8,6 / 1000 días de uso del catéter venoso central y de 5,8 / 1000 días antes y después de la intervención, respectivamente. La tasa de uso del catéter venoso central disminuyó de 54% a 49%, una diferencia no significativa. Finalmente, el estudio concluye en que el programa consiguió la disminución significativa en las tasas de IRC.

Copana et al. ¹⁵, en el año 2017, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia infecciones hematógenas que se asocian a los catéteres venosos centrales, posterior a la aplicación de Bundles validado de inserción y mantenimiento de CVC. La investigación fue observacional, descriptiva, de corte longitudinal, realizado en el Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarreal, el instrumento se aplicó a 94 pacientes que portaban CVC, separados en 2 grupos, un grupo con CVC insertados sin aplicación de Bundles y los pacientes insertados con la aplicación de Bundles. Se realizó un seguimiento de la presencia de infecciones y colonizaciones del CVC. Como resultados se obtuvieron que, la incidencia de las infecciones hematógenas que se asocian a catéter venoso central fue de 3,9/1000 días de CVC, se hallaron 12 casos de colonización asociadas a CVC.

Sánchez ¹⁶, en el año 2017, tuvo por finalidad identificar el grado en el que se cumple el formato de Prevención de infecciones urinarias en pacientes con catéter vesical instalado en la UCI, en un grupo conformado por 40 pacientes. Los resultados evidencian que, se obtuvo un nivel bajo en el grado de

cumplimiento del formato de Prevención de infecciones urinarias en pacientes con catéter vesical y en la frecuencia del cumplimiento de cada indicador. Las dimensiones que tuvieron mayor cumplimiento fueron: Nivel bolsa, membrete de identificación y drenaje conectado y aquellas dimensiones que se cumplieron en menor porcentaje fueron: las enfermeras realizan y registran medidas higiénicas y anotan las medidas de orientación que se le proporcionan al paciente y familiar. El estudio encontró dependencia significativa entre el criterio de reporte de datos de infección urinaria con la realización de medidas higiénicas al paciente. Concluyendo que, existe dependencia entre el reporte de ausencia o presencia de signos y síntomas que evidencian infecciones urinarias, con la realización y registro de las medidas higiénicas brindadas al paciente durante su atención por el personal de enfermería.

Caron et al. ¹⁷, en el año 2017, tuvieron como objetivo identificar los factores causantes de las altas tasas de infecciones intrahospitalarias relacionados a la atención sanitaria en la ciudad de la Paz y el Alto. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal, en una muestra de 258 profesionales de la salud de diferentes centros hospitalarios. La recolección de datos se realizó mediante el paquete Survey Monkey (encuesta online) y el programa Epiinfo. Además, se agregó una serie de preguntas como, los años de servicio, evaluación de los conocimientos sobre temas de prevención; aplicación de la práctica en Infecciones Intrahospitalarias y la disponibilidad de los recursos en su centro laboral. Los resultados evidencian que, la edad y los años de servicio reflejan un mayor conocimiento y experiencia en el manejo de los equipos de salud y los procesos de atención. Respecto al nivel de conocimientos en

prevención, manejo y control de infecciones intrahospitalarios, se evidenció que más de la mitad de los profesionales (52,6 %) conoce los programas de vigilancia y control de infecciones nosocomiales, mientras que, el 70,0 % no conoce los protocolos de actuación en infecciones nosocomiales o bundles. Concluyendo que, es importante que las instituciones elaboren programas de capacitación en medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias para los profesionales de la salud.

Gonzales et al. ¹⁸, en el año 2015, tuvieron como objetivo evaluar los Programas de Control de Infección Hospitalaria en las instituciones hospitalarias respecto a los indicadores de estructura y proceso, el estudio se realizó con 13 Programas de Control de Infección Hospitalarias. Los instrumentos usados fueron de dominio público, los mismos que se encuentran disponibles en el Manual de Indicadores de Evaluación de Prácticas de Control de Infección Hospitalaria. El estudio evidencia que, las dimensiones que obtuvieron mayores promedios de conformidad fueron la evaluación de la estructura de los programas de Control de Infección Hospitalaria y Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infección Hospitalaria, por otro lado, aquellas dimensiones que obtuvieron menor promedio fueron la Evaluación de las Directivas Operacionales y Evaluación de las Actividades de Control y Prevención de Infección Hospitalaria. Finalmente, el estudio concluye que el uso de indicadores facilita la identificación de que, a pesar de que existen los conocimientos adecuados de acciones de prevención y control de infecciones hospitalarias, aún persiste el abismo entre la práctica y lo conocimientos.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Neyra ¹⁹, en el año 2019, tuvo como objetivo determinar el cumplimiento de la metodología Bundle en la prevención y control de la neumonía asociada a ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo. Se desarrollo un estudio de diseño transeccional de relación causal y retrospectivo, en una muestra de 311 pautas de cotejo de concepto Bundle, los datos fueron obtenidos a través de las pautas de cotejo de concepto Bundle para la prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica, el mismo que fue validado por el Ministerio de Salud y la Oficina de Epidemiología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Los resultados del estudio evidencian que, el cumplimiento de la metodología Bundle en la unidad de cuidados intensivos, fue de 61.4%, la tasa de incidencia de la neumonía asociada a ventilación mecánica se redujo de 7.7 por 1000 días paciente-exposición en el mes de enero del año 2017 a 2.6 por 1000 días paciente-exposición en el mes de diciembre del año 2017, concluyendo que, el cumplimiento de la metodología Bundle es una medida útil para la prevención y control de la neumonía asociada a ventilación mecánica reduciendo la tasa de incidencia de la neumonía asociada a ventilación mecánica.

Castro et al. ²⁰, en el año 2017, tuvieron como objetivo evaluar la higienización del lavado de manos como medida preventiva de las infecciones hospitalarias dada la ejecución de un sistema de gestión de calidad, el mismo que se realizó durante dos periodos, atendiendo a la implementación de un sistema de gestión de la calidad con modificación sobre la duplicidad en la frecuencia del lavado de manos y 30 segundo más

de exposición respecto a lo indicado por la norma regulatoria sanitaria. La muestra estuvo conformada por nueve profesionales del área asistencial del servicio de cirugía. Los resultados evidenciaron que, hubo unas diferencias significativas para el promedio de la frecuencia y el tiempo de lavado de manos. Es estudio concluye que, el sistema de gestión de calidad implementado posibilitó, concientizar al profesional sobre los cumplimientos de los procedimientos referidos a la higienización del lavado de manos, además, que esta medida logró la disminución de riesgo de las infecciones intrahospitalarias cuando el control sobre la frecuencia y el tiempo fueron mayores.

Mucha et al.²¹, en el año 2016, tuvo como finalidad identificar la efectividad del plan educativo Bundle en el conocimiento y práctica de la prevención de las neumonías asociadas al ventilador mecánico en las unidades críticas. Se desarrolló un plan de educación al personal del área y se observó la realidad problemática de las infecciones que se asocian a los servicios de salud. La muestra se conformó por 50 profesionales de enfermería de ambos sexos. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario sobre la prevención de la neumonía que se asocia a los ventiladores mecánicos y la metodología Bundle. Los resultados evidenciaron que, existe un alto nivel de efectividad de la metodología Bundle en el pos-test, para la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica. Finalmente, el estudio concluye que, los conocimientos y la aplicación de la metodología bundle, muestra efectividad en la prevención de la neumonía que se asocia a los ventiladores mecánicos en aquellos pacientes que se encuentra hospitalizados en la UCI.

Crizón et al. ²², en el año 2015, plantearon como objetivo evaluar la calidad de atención en la UCI adultos, mediante el análisis de la normativa vigente, cuyo universo de estudio estuvo conformado por pacientes o familiares de la UCI, a quienes se les administro una encuesta y entrevista estructurada, así como también una observación directa. Los resultados evidenciaron que, el 68.9% de los familiares respondieron que la atención del orientador de la UCI fue regular y el 21% indicaron mala, lo que indica un grave problema el que este representa; respecto a la actitud de las enfermeras, la mayoría respondió que fue atenta, servicial y humana, referente a la calificación de la atención recibida en la UCI, la gran mayoría indico que era de regular y mala, lo que indicaría que la gran mayoría de los participantes del estudio no se encontraban satisfechos con la atención brindada. El estudio concluye que, entre las causas del incremento de las infecciones intrahospitalarias, fue la falta de adherencia del personal asistencial a las guías y protocolos ya establecidos para llevar a cabo los diferentes procedimientos ejecutados en la UCI.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Gestión de la prevención de infecciones

Ciertas infecciones que se relacionan con la atención del personal de la salud, pueden ser transmitidas a los pacientes, que al ingresar al área de hospitalización presentaban dichas infecciones o bien, comienzan a incubarlas durante el momento de contacto de forma que, toda infección adquirida durante la atención sanitaria, podría representar un peligro para la salud incrementando la morbi-mortalidad de los pacientes, influyendo

significativamente en la calidad de vida de estos, sobre todo en aquellos países en vías de desarrollo ¹⁵.

En ese sentido la gestión de la prevención de infecciones se define como el proceso en el que se optimiza la provisión de cuidados, manteniendo bajo control los riesgos de transmitir infecciones en los pacientes hospitalizados.

2.2.1.1. Teoría de gestión de la prevención

a. Teoría de Henri Fayol

El modelo administrativo de Fayol tiene su base en tres aspectos principales: la distribución de las labores, la puesta en práctica de los procesos administrativos y la formulación de los criterios técnicos que deben orientar la función administrativa. El autor indica que la función administrativa tiene como finalidad únicamente al cuerpo social, en tanto que las demás funciones influyen sobre la materia prima y las máquinas. Es decir, la función administrativa trabaja solamente sobre el recurso humano de las empresas. Fayol resume lo evidenciado en sus estudios en una serie de principios importantes, que según El, toda empresa debería de aplicarlas, entre estas tenemos: la distribución de las labores, la disciplina, la autoridad, la unidad y jerarquía de mando, la centralización, el justo pago, la estabilidad del trabajador, el trabajo en equipo, la iniciativa y el interés general ²³.

Por otro lado, Fayol indica que toda empresa debe de cumplir con seis funciones básicas, estas son: Funciones técnicas, la cual tiene que ver

con la fabricación de bienes y servicios de la empresa. Funciones Comerciales, la que hace referencia a la compra, venta o intercambio de bienes y servicios, funciones son las financieras, es decir, la búsqueda y administración de capitales; la seguridad, el mismo que indica que se debería de proteger a los bienes y al personal de la empresa. Dentro de las funciones contables y administrativas, la primera hace referencia, al contrato de los inventarios, balances y costos, y las segundas se refiere a la forma de cómo se coordina y sincroniza las otras funciones ²⁴.

Fayol menciona 14 principios que se refieren a la especialización de las personas para conseguir mayor productividad, cumpliendo las reglas siempre que el gerente sea un buen líder, fomentando en el empleado intereses comunes con la empresa, considerándose un salario justo que motive al empleado, además de un lugar adecuado, un trato justo, estabilidad laboral, pero que también este debe de mostrar iniciativa la cual debe de ser considerada por la empresa y finalmente fomentar el trabajo en equipo ^{23, 24}.

b. Teoría Frederick Taylor

La teoría de la administración científica de Taylor (o taylorismo), tiene un enfoque en la gestión de las labores y del recurso humano. Taylor realizo una publicación llamada "Principios del management científico", en 1911, en donde resume las conclusiones de sus estudios, en el que desarrollo una teoría científica de la base de estudios sobre el movimiento y el tiempo que aumentan la eficiencia de un proceso. Lo llamo la teoría científica, pues en el intento aplicar los métodos científicos a los diversos

problemas existente de la administración, con el fin de lograr una gran eficiencia industrial. Dicha teoría surge en los Estados Unidos, en plena Revolución Industrial, en donde la mano de obra aun no era la suficiente, necesitándose por ello el aumento de la productividad elevando de este modo la eficiencia de los trabajadores existentes. Su teoría fue conocida como taylorismo, siendo clave en toda organización industrial durante todo el siglo XX ²⁵.

Los resultados obtenidos por Taylor son presentados en forma de principios de la administración, dichos principios se agrupan en cuatro categorías ^{25, 26}:

El primer principio tiene que ver con la Planeación, para Taylor este principio reemplaza a aquellos métodos de trabajo que no son formales y la improvisación, por los métodos que se basan en procedimientos científicos. El segundo principio es la Preparación científica, la cual consta en seleccionar, entrenar y desarrollar a cada empleado de acuerdo con el método planificado, considerando las posibilidades del trabajador. Así mismo, se deberán preparar las máquinas y los equipos de producción, así como la distribución física y la disposición racional de las herramientas y los materiales. El tercero, tiene que ver con el control, Taylor enfatiza en que se debe realizar un control del trabajo, con el objetivo de asegurar que este sea ejecutado cumpliendo las políticas y normas establecidas y según los planes ya previstos. Se deberá realizar instrucciones constantes, llevando a cabo supervisiones precisas, sobre el desempeño de las tareas, además que se debe cooperar cordialmente con los trabajadores con el fin de que todo sea llevado bajo los principios

científicos. En el último principio, Taylor considera importante una adecuada distribución del trabajo, la misma que debería de ser en lo posible equitativa entre los jefes y los empleados, para que de este modo los jefes pongan en práctica los principios del management científico con la finalidad de llevar una adecuada planificación del trabajo y el desempeño de las tareas de los trabajadores.

c. Teoría de Fracastoro

Girolano Fracastoro, se preocupó específicamente por los tipos de enfermedades infecciosas, de modo que, en una de sus obras expresa la teoría sobre el contagio de algunas enfermedades, es decir, la forma de cómo actúa el germen, la naturaleza de contagio en general, etc.

Es así como describe la semilla de contagio de tres formas ²⁷:

La primera hace referencia a aquellos gérmenes que infectan a través del contacto directo, la segunda forma tiene que ver con aquellos que infectan por contacto indirecto a través de fómites, los mismos que se definen como utensilios que aun no estando limpios propiamente podrían ser un medio de transporte de la semilla de contagio y por lo tanto serán contagiosos ²⁸, estas podrían propagarse también por medio de transmisores y finalmente la tercera forma de contagio, indica que solo actúan por contacto directo o a través de fómites, sino que también pueden ser transmitidos a distancia ^{27, 28}.

Fracastoro afirma que el germen permanece en el aire en el periodo de contagio, este penetra al cuerpo durante la inspiración o por vía sanguínea, para luego extenderse por todo el organismo, esto se debe

a que su naturaleza es elevadamente viscosa y la única forma de erradicar con estos, es a través del fuego, el agua muy fría ²⁷.

d. Teoría de los Gérmenes

Pasteur tuvo importantes aportes en tres de sus obras más sobresalientes, dentro de las que destaca la teoría de los gérmenes, en el que dio su opinión sobre la forma en cómo se originan y evolucionan las enfermedades, las mismas que se asemejaban a los procesos de fermentación. Es decir, el origen de la enfermedad es por el ataque de gérmenes que se encuentran fuera del organismo, este proceso es comparado con el mecanismo de fermentación de la leche, la cual se da por la presencia de microorganismos no deseados los cuales lo invaden ²³.

Pasteur, explico su teoría germinal de las enfermedades infecciosas, en el que indica que todas las enfermedades infecciosas son causadas (etiológicas) por un ente vivo microscópico que tiene gran capacidad de expandirse entre los individuos, además de causar procesos químicos como la descomposición y la fermentación, no siendo causado dentro del sujeto por el supuesto desequilibrio de humores como se creía tradicionalmente, dicha teoría tuvo gran controversia pues se creía algo ilógico y fuera de lugar, puesto que algo pequeño no podría ocasionar tanto daño incluso la muerte de seres mucho más grandes ²⁷.

En 1871 Pasteur sugirió a los médicos de los hospitales militares, a esterilizar o hervir los instrumentales y vendajes usados y los que serán usados por los pacientes., fue entonces que consideró la creación de un horno (el horno de Pasteur), la cual sería indispensable para realizar la

esterilización de los instrumentos quirúrgicos y los materiales de laboratorio, teniendo gran apoyo de parte de los médicos y demás profesionales ^{23. 28}.

e. Teoría de Florence Nightingale

La teoría ambiental desarrollada por Florence Nightingale se centró en el medio ambiente, interpretado como todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo, las cuales poseen de capacidad de prevenir, suprimir o contribuir con la enfermedad y la muerte ²⁹.

Dicha teoría considera que la enfermedad es un proceso de restauración de la salud, siendo la función del profesional de la salud equilibrar el entorno, a fin de salvar la energía vital del paciente para recuperarse de la enfermedad, dando prioridad a la entrega de un entorno estimulante para el desarrollo de la enfermedad, siendo el resultado final el logro de una buena salud. Es aquí donde radica, la concepción del ser humano como un miembro de la naturaleza, un individuo cuyas defensas naturales van a estar regidas por su medio ambiente, el cual podría estar en condiciones saludables óptimas o insalubre, haciendo que el individuo goce de una buena salud o simplemente este se vea afectado ³⁰.

Nightingale creía que proporcionar un entorno adecuado era la diferencia en la recuperación de los pacientes, y en esta percepción subyace la teoría ambientalista. Así, Nightingale se hizo conocida por las acciones que han traído resultados innovadores al tratamiento de pacientes. En sus escritos, aborda la provisión de factores para mantener un entorno

favorable a la facilitación de los procesos de curación y vida saludable, considera que son 5 los elementos esenciales para un entorno saludable (el aire puro, el agua potable, la eliminación correcta de aguas residuales, higiene y luz), para ella que los pacientes tuvieran una ventilación adecuada, limpieza, iluminación, la temperatura adecuada, silencio, olores agradables y una alimentación adecuada, eran una gran preocupación puesto que estos factores determinarían el proceso de recuperación del enfermo ³¹.

2.2.2. Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

Las infecciones nosocomiales o Infecciones Intrahospitalarias, actualmente conocidas como Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS), son considerados un problema de mucha relevancia clínica epidemiológica que no solo originan altas tasas de morbilidad y mortalidad, al consecuente costo social, se suman los días que el paciente permanece en el hospital y los gastos económicos que estos generan. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las infecciones intrahospitalarias se definen como “una infección que tiene lugar en un paciente durante su tiempo de permanencia en hospitalización u otro establecimiento de salud, el mismo que no estaba presente o no se encontraba en incubación al ingreso del paciente”. A este se le incluyen aquellas infecciones que fueron adquiridas tras el alta del paciente, así como también las infecciones adquiridas por los trabajadores de la salud en los centros hospitalarios”, todo esto representa un importante problema de salud pública por la frecuencia en que se vienen dando en la actualidad, la morbi – mortalidad que estos causan y la relevante carga que

significa para el usuario, los profesionales de la salud, y los sistemas de salud ^{1, 6}.

2.2.3. Proceso de atención

Definido como el conjunto de intervenciones o procedimientos realizados por el personal de salud, a fin de velar por la salud del paciente y poder solucionar sus problemas de salud. El mismo que debe tener como centro al paciente, dando respuestas efectivas y eficaces a las necesidades, valores y preferencias de este ¹⁰.

2.2.3.1. Calidad de Atención

Avedis Donabedian, define a la calidad como el grado en el que los recursos y los medios más deseables son utilizados, con el único fin de lograr las mayores mejoras de la salud del paciente ¹⁰.

Así mismo, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM por sus siglas en inglés) conceptualiza a la calidad, como el grado en el que los servicios de atención en salud logran incrementar las posibilidades de alcanzar los mejores resultados en salud, siendo estos consistentes con el nivel del conocimiento actualizados de los profesionales ³².

En una publicación sobre prácticas favorables mencionan sobre la Calidad en la Atención a la población, que los profesionales de la salud son los pilares y fortalezas necesarias, para lograr el éxito del mejoramiento, humanización y la calidad en los servicios de salud, estos tres elementos son parte del enriquecimiento laboral de cada profesional ³³.

Por otro lado, Ruelas indica que la calidad de la atención radica en aplicar la ciencia y tecnología médica de forma que este aumente los beneficios en la salud, evitando incrementar los riesgos innecesarios al mismo tiempo. En tal sentido el grado de calidad es, el punto en el que se espera que una atención brindada pueda lograr un balance favorable entre el riesgo y beneficio ³⁴.

Por su parte Tigani define la calidad de servicio, como una situación en la que una empresa logra otorgar calidad y servicios superiores a sus clientes, y empleados., es decir todo el proceso de gestión de una empresa debe apuntar la satisfacción del cliente en todos los aspectos ³⁵.

Finalmente, las normas ISO 9000:2005, plantea sobre la calidad, que es el grado en el que toda institución cumple con los requisitos a fin de satisfacer la necesidad del cliente ²¹.

2.2.3.2. Los Siete Pilares de la Calidad

Avedis Donabedian en la revista de Calidad Asistencial en el año 2001¹⁰, menciona a siete elementos importantes de la calidad, estos son:

- a) Eficacia, la cual se define como la capacidad de la ciencia y el arte de brindar servicios sanitarios a fin de lograr mejorar la salud y el bienestar del cliente;
- b) Efectividad, este elemento a diferencia de la eficiencia, es la forma de mejorar la salud que ya se logró alcanzar, o que está en proceso de alcanzar en las circunstancias normales de la práctica cotidiana;
- c) Eficiencia, no es más que los costos que representan las mejoras en la salud, en términos de tiempo, esfuerzo y habilidad;
- d) Optimización, dicho elemento se torna en un tema de mucha relevancia

cuando los resultados de la atención no logran ser valorados en términos absolutos, sino relativos al coste de asistencia; e) Aceptabilidad, quiere decir la forma en se adecua la atención a las necesidades, deseos, expectativas y valores de los clientes y familias. Es decir, la aceptabilidad dependerá mucho de la valoración subjetiva del paciente en términos de efectividad, eficiencia y optimización, no siendo en ocasiones absolutas. e) Legitimidad, se espera que en una sociedad que tiene democracia, las características de la atención, el mismo que es importante para el paciente, sean consideradas como un problema de relevancia social; finalmente, f) Equidad, este elemento nos permite determinar lo que debería ser justo durante la distribución de la atención y los beneficios de este en la población.

2.2.4. Situación de la calidad en salud

Actualmente en el Perú no se cuenta con estudios de evaluación de la calidad de atención que sean lo suficientemente integrales y rigurosos, un ejemplo claro son los resultados parciales obtenidos de los procesos de autoevaluación de la atención materno-perinatal y en menos grado de otros tipos de atenciones, podemos deducir que, todos los esfuerzo realizados por el Ministerio de Salud y las demás organizaciones que proveen de salud, no han logrado obtener un buen nivel de calidad, por el contrario está muy lejano de ser satisfactorio. Un estudio realizado por la universidad de Lima concluye que, es muy frecuente que la población perciba una baja calidad en la atención, siendo preocupante no solo el bajo nivel en la percepción de

calidad, sino también una tendencia a seguir descendiendo, en los diferentes hospitales del MINSA ³⁶.

Es importante mencionar, que lamentablemente la baja calidad de la atención en los servicios de salud implica en la actualidad uno de los mayores desafíos para afrontar con éxito todos los problemas de salud reconocidos como prioridades nacionales, entre ellas tenemos elevada tasa de muertes maternas y neonatales, las cuales en definitiva no podrían ser solucionadas con intervenciones sencillas y altamente costo efectivas; frente a estos riesgos que son básicamente la falta de capacidad para solucionar los problema de salud, pero principalmente la calidad de la atención, son los factores que hacen la diferencia respecto a la eficacia de la intervención ³⁷.

2.2.5. Políticas Nacionales de Calidad de la Atención de Salud

Referente a este punto a continuación se mencionan las doce políticas de calidad dados por el Minsa ⁸.

La primera política, menciona que las autoridades sanitarias garantizan el derecho a la calidad de atención de salud, el mismo que debería de ser brindada por las diferentes instituciones que preen servicio de salud, tanto públicos, privados y mixtos. La segunda política, hace referencia que la Autoridad Sanitaria, de acuerdo con el nivel, tiene la responsabilidad de brindar toda la información y rendir cuentas a la población acerca de la calidad de la atención, así como también promover la vigilancia social de la misma. En la tercera política, se menciona que la Autoridad Sanitaria, debe promover la buena práctica de atención de la salud, así como establecer

incentivos a las instituciones encargadas de brindar servicios de salud logrando de este modo mejora en la calidad de estos ^{38, 39}.

En la cuarta política, nos menciona que las autoridades, en su nivel correspondiente, tiene la función de promover y difundir los conocimientos científicos necesarios, así como también, la producción tecnológica en el campo de la calidad de la atención. Respecto a la quinta política, esta hace referencia a una distribución adecuada de los recursos a fin de hacer el seguimiento y la evaluación respectiva del cumplimiento de las políticas nacionales de calidad; la sexta política, hace mención que toda institución que brinda servicios de salud deberán de establecer y dirigir las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, a través de sistemas y procesos organizacionales las mismas que deberán estar orientadas al desarrollo de una cultura que considere al individuo como el centro. En la séptima política, se describe que toda organización que brinda atención de salud es responsable de que todos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo que se encuentren bajo su cobertura logren cumplir las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; todas ellas aprobadas por la Autoridad Sanitaria ^{39, 40}.

En la octava y la novena política, hacen mención que toda organización que provee servicios de salud debe asumir con responsabilidad que todos los establecimientos de salud y servicios médicos que se encuentre bajo su jurisdicción implementen mecanismos para la gestión de riesgos que se deriven de la atención de salud, protejan los derechos de los pacientes, promuevan y velen por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de

atención tomando en cuenta la interculturalidad y el género. La décima política, describe que dichas organizaciones, deben garantizar las condiciones laborales del personal de la salud quienes brindan atención, así como también garanticen la protección de salud frente a los riesgos laborales e impulsen a sus trabajadores a brindar una mejor la calidad de la atención. Dentro de las undécima y duodécima política, la primera hace referencia de que toda organización que proporcione atención de salud asigne a los establecimientos los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención de salud; la segunda menciona que todo ciudadano, ejerce y vigila el respeto a su derecho a la atención de salud con calidad y se corresponsabilizan del cuidado de su salud, la de su familia y la comunidad, sabiendo que para ellos cuentan con el apoyo de las Autoridades Sanitarias⁴⁰.

2.2.6. Medición de la Calidad

Para medir la calidad, se consideraron los siguientes modelos de medición^{32, 33}:

El primero modelo fue desarrollado por Donabedian, evalúa tres áreas específicas: La estructura hace referencia a la forma en cómo se encuentra organizada una institución y a las características propias de sus recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos, indican los contenidos de la atención y la forma en como esta se lleva a cabo. Los resultados, estos representan el impacto causado por la atención brindada, a fin medir las mejoras de la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, y la satisfacción de los usuarios por la atención prestada.

El segundo modelo, fue desarrollado por Galán, dicho modelo es más amplio en lo que respecta a evaluaciones y la posibilidad de que estos infieran sobre las distintas características de la calidad. Es decir, se analizan el contexto en el que se desarrollan los servicios, las demandas, las ofertas, los procesos, los resultados y el impacto que causan estos sobre la salud del individuo.

2.2.7. Dimensiones de Gestión de la prevención de las infecciones

Para fines del presente estudio la variable gestión de la prevención de las infecciones será medida considerándose las siguientes dimensiones, tomando como referencia el cuestionario para la gestión de la prevención de infecciones la cual fue validada por el Ministerio de Salud OGE - RENACE/VIGIA. HOSP. DT 005 - 2000 V.1 ⁴⁰.

Dimensión lavada de manos: Referida al proceso mediante el cual el personal de la salud lleva a cabo el procedimiento de lavado de manos antes, durante y después de la atención al paciente, manipulación de equipos clínicos y otros. ⁴⁰.

Dimensión uso de barreras de protección y exposición a material punzo cortante: Referida al proceso en el cual el profesional de la salud cumple con el uso de los equipos de protección necesarios durante la atención de los pacientes, durante la manipulación de equipos clínicos, así como la eliminación adecuada del material punzocortante; con el fin de evitar infecciones intrahospitalarias ⁴⁰.

Dimensión actuación en procedimientos adecuados: Refiere a la forma de actuar del personal de la salud durante los procedimientos invasivos y no invasivos; antes, durante y después del mismo ⁴⁰.

Dimensión desinfección de las áreas de atención: Se refiere al proceso mediante el cual el personal de la salud realiza la desinfección adecuada el área en el que trabaja, los quipos que manipula, durante la realización de procedimientos invasivos y al final de su jornada laboral ³⁴.

Dimensión clasificación de residuos sólidos intrahospitalarios: Referido al accionar del profesional de la salud ante al proceso de clasificación de residuos contaminados, así como limpieza, desinfección y esterilización de los equipos reusables ⁴⁰.

2.2.8. Dimensiones del Proceso de Atención

Cuando se trata de las dimensiones de la Calidad de atención existen mucha diversidad, muchos autores e investigadores del tema, entre ellas tenemos algunas que se presentan a continuación:

Palmer ²⁷, menciona las siguientes dimensiones entre ellas tenemos: la competencia Profesional., accesibilidad, aceptabilidad y satisfacción, efectividad y eficiencia, Programa, Calidad científico-técnica, accesibilidad, satisfacción. Vuori por su parte indica a las dimensiones como componentes: Calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia y adecuación.

Joint Comm las clasifica como: Accesibilidad, aceptabilidad, efectividad, eficiencia, adecuación, continuidad y eficacia. Barbara Starfield ²⁷, Accesibilidad, coordinación, longitudinalidad, globalidad.

SERVQUAL ⁴¹: Elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

Para fines del presente estudio se tomará las siguientes dimensiones en relación con lo propuesto por Donabedian A ¹⁰, el autor establece las dimensiones de estructura, procesos y resultados y los indicadores correspondientes para evaluarlos. Menciona que actualmente, la relación entre los procesos, los resultados y la sistematización de los criterios, nos lleva a meditar sobre nuestra responsabilidad en mejorar la calidad de los servicios.

A continuación, mencionaremos las siguientes dimensiones, las cuales nos ayudarán a medir la variable calidad de atención ⁴¹:

Dimensión relaciones interpersonales: Se refiere a los aspectos interpersonales de la atención, la misma que debiera de presentar características como: Respeto por los derechos humanos, a la cultura y a las características individuales de la persona. Es decir, todo profesional deberá de brindar información completa, verdadera, oportuna y entendida por el usuario o la familia. Interés que se manifiesta por el usuario, en sus percepciones, necesidades y demandas; siendo válido para el usuario interno, El trato amable, cordial, cálido y empático durante los servicios.

Dimensión actitud del personal de salud: Hace referencia a lo que los profesionales de la salud pueden hacer por sus pacientes, su intervención durante las actividades de apoyo diagnóstico y tratamiento, a esto agregarle las habilidades, actitudes, destrezas y técnicas con las que se brinda la atención.

Dimensión competencias científico-técnicas ³⁵: Respecto a esta dimensión el autor indica que las características son: Efectividad, la cual se refiere a lograr cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población. Eficacia, es decir alcanzar los objetivos en la prestación del servicio de salud, poniendo en práctica la correcta aplicación de las normas técnicas y administrativas. Eficiencia, hace referencia al uso correcto y adecuado de todos los recursos, los mismos que fueron tasados con el fin obtener buenos resultados. Continuidad, es decir que la prestación de los servicios de la salud debe de ser sin interrupciones o repeticiones innecesarias. Seguridad, se refiere a que la atención que se le brinda al usuario deberá ser determinada por la estructura y los procesos de atención, las mismas que buscas beneficiar a los mismos, así como hacer que los riesgos sean mínimos. Finalmente, la integridad, la cual hace referencia a que el paciente debería de recibir una atención considerando todos los aspectos tanto, familiares, personales, así como su entorno, es decir brindar una atención tomando en cuenta el contexto biopsicosocial, un punto que en la actualidad viene tomando mayor relevancia cuando se refiere a calidad de atención.

2.3. Formulación de Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H_A: Existe alta relación estadísticamente significativa entre la gestión de prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas.

H₀: No existe alta relación estadísticamente significativa entre la Gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas.

2.3.2. Hipótesis específicas

H_{A1}: Existe alta relación estadísticamente significativa entre las relaciones interpersonales y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

H₀₁: No existe alta relación estadísticamente significativa entre las relaciones interpersonales y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

H_{A2}: Existe alta relación estadísticamente significativa entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

H₀₂: No existe alta relación estadísticamente significativa entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

H_{A3}: Existe alta relación estadísticamente significativa entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

H₀₃: No existe alta relación estadísticamente significativa entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

2.4. Operacionalización de variables

- **Variable 1 (x) - Gestión de la Prevención de Infecciones**

Definición conceptual: Es el proceso en el que se optimiza la provisión de cuidados, manteniendo bajo control los riesgos de transmitir infecciones en los pacientes hospitalizados ¹⁰.

- **Variable 2 (y) - Proceso de Atención**

Definición conceptual: Conjunto de intervenciones o procedimientos ejecutados por el profesional de la salud, a fin de velar por los pacientes y resolver sus problemas de salud. Todo proceso de atención se centra en el paciente a fin brindar resultados positivos a sus necesidades, valores y preferencias ³².

2.4.1. Tabla de operacionalización de las variables

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Tipo	Escala de medición	Indicadores
Variable X Gestión de la Prevención de Infecciones	Para fines del presente estudio la variable será medida a través de una Guía de observación sobre Gestión de la prevención de infecciones, dirigida a los profesionales de la salud que laboran en las áreas críticas, el instrumento nos permite medir la variable en cada una de sus dimensiones ³⁴ .	Lavado de manos	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza lavado de manos antes y después de cada procedimiento. - Se coloca la bata mascarilla y guante durante la atención al paciente. - Realiza la desinfección adecuada de los equipos. - Elimina el material punzocortante en recipientes especiales. - Utiliza los dispositivos de bioseguridad durante los procedimientos invasivos. - Desecha adecuadamente el material contaminado. - Desinfecta su área de trabajo al inicio y termino del turno. - Utiliza el equipo adecuado para realizar la desinfección. - Descarta los residuos, según el tipo de contaminación. - Realiza el adecuado manejo de residuos tras cada procedimiento.
		Uso de barreras de protección y exposición de material punzocortante			
		Actuación en procedimientos invasivos			
		Desinfección de las áreas de atención			
		Clasificación de residuos sólidos intrahospitalarias			

Variable Y Proceso de Atención	La variable será medida a través del cuestionario de proceso de atención, la cual nos permite dar respuesta al objetivo del presente estudio en sus tres dimensiones: Relaciones Interpersonales, actitud del personal de salud y Competencias científico técnica ³⁵ .	Relaciones Interpersonales	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - El personal se identificó y saludo de forma cordial. - Considera que el trato del personal es el adecuado. - Considera que la disposición del personal durante su atención fue adecuada. - El personal se mostró amable. - Considera que el personal que lo atendió es competente. - Considera que el personal tiene los cuidados respectivos durante los procedimientos.
		Actitud del personal de salud			
		Competencias científico técnica			

Variables intervinientes	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Indicadores
Características sociodemográficas Dimensión: Genero	Condición orgánica de cada persona, lo que lo distingue a las mujeres de los hombres.	Cualitativa	Nominal	- Masculino - Femenino
Características sociodemográficas Dimensión: Grupo etario	Referida al tiempo de existencia de alguna persona desde su nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa	Ordinal	- 20 a 30 - 31 a 40 - Más de 41
Características sociodemográficas Dimensión: Estado civil	Condición personal en la que se encuentra una persona física en relación a otra, con las que se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	Cualitativa	Nominal	- Soltera - Casada - Conviviente - Separada
Características sociodemográficas Dimensión: Tiempo de servicio	Periodo en el que se desarrolla una acción o proceso en el ámbito laboral.	Cuantitativa	Ordinal	- Menor a 5 años - 5 a 10años - Mayor a 10 años
Características sociodemográficas Dimensión: Grado de instrucción	Hace referencia al proceso a través del cual una persona o grupo de personas atraviesan por un periodo en el que adquieren conocimientos en un campo determinado.	Cualitativa	Ordinal	- Analfabeta (o) - Primaria - Secundaria - Superior técnico - Superior universitario

2.5. Definición de términos

- **Lavado de manos:** Se define como un proceso sencillo, pero de gran importancia en la prevención de infecciones intrahospitalarias, que tiene como finalidad eliminar toda materia orgánica y la flora transeúnte de las manos. Consiste en un masaje vigoroso de las manos con una sustancia aséptica o simplemente con jabón, seguido de un enjuagado con abundante agua ⁴².
- **Uso de barreras de protección y exposición de material punzocortante:** Son llamadas también barreras primarias, considerada como la primera línea de defensa, durante la manipulación de materiales biológicos que podrían contener agentes patógenos. El uso de barreras de protección podría asemejarse a la imagen de una burbuja protectora, la cual es resultado del encerramiento del material como foco de contaminación ⁴³.
- **Actuación en procedimientos invasivos:** Es aquella acción del personal de salud en donde el organismo de individuo es agredido de forma química y/o medicamentosa, a través de aplicaciones intradérmicas o subcutáneas, o mediante la introducción de un tubo o un dispositivo médico ⁴⁴.
- **Desinfección de las áreas de atención:** Procedimiento que se realiza con el fin de eliminar microorganismos, sin una total de esterilización. La finalidad es la de prevenir la transmisión de los agentes patógenos ⁴⁵.
- **Clasificación de residuos sólidos intrahospitalarios:** Son aquellos procedimientos que consisten en la manipulación adecuada de los residuos sólidos hospitalarios. De acuerdo con la norma técnica del MINSA los residuos sólidos se clasifican en: Clase A: Residuos biocontaminados, Clase B: Residuos especiales y clase C: Residuos especiales ⁴⁴.

- **Relaciones Interpersonales:** Es la interacción mutua entre dos o más individuos, es una necesidad, donde van a intervenir una serie de factores como, la personalidad, la comunicación, los conocimientos, el entorno y lo emocional ⁴⁶.
- **Actitud del personal de salud:** Se define como un estado de disposición, la cual se adquiere y se organiza a través de las experiencias vividas por el personal de salud, incitando a este a actuar de forma particular frente a individuos, objetos o situaciones determinadas ⁴⁴.
- **Competencias científico técnica:** Se refiere a la experticia con la que el personal de salud pone en práctica los conocimientos adquiridos, esta habilidad se adquiere con la experiencia, pero en base a la evidencia científica ⁴³.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El enfoque es Cuantitativo, de tipo aplicable, nivel o alcance descriptivo correlacional, puesto que el estudio tuvo como finalidad constatar la relación que existen entre las variables de estudio, y aplicada porque se caracteriza por su interés en aplicar conocimientos teóricos a determinadas situaciones concretas y aquellos resultados prácticos que resulten de ella ⁴⁷.

3.2. Diseño de la investigación

No experimental, porque el investigador no realizó ningún tipo de manipulación sobre las variables del estudio. De corte transversal, debido a que los instrumentos del estudio fueron aplicados por única vez ⁴⁸.

M: Ox r Oy

Dónde:

M	= Población Total
r	= Relación
Ox	= Variable independiente
Oy	= Variable dependiente

3.3. Población y muestra de la investigación

3.3.1. Población: Estuvo conformada por 80 profesionales de la salud (médicos, licenciados en enfermería y técnicos de enfermería) que laboran en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, así como también por 80 pacientes y familiares de las mismas áreas, siendo un total de 160 participantes los que fueron parte de nuestra población.

3.3.2. Muestra: La muestra fue determinada a través del muestreo no probabilístico por conveniencia censal por ser pequeña, tomándose en cuenta los criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Personal de salud que trabaja exclusivamente en las áreas críticas de Hospital Daniel Alcides Carrión
- Pacientes lucidos en tiempo, espacio y en persona.

Criterios de exclusión

- Participantes que no firmen el consentimiento informado, siendo indicativo de que no deseaban participar del estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se empleó para la recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos utilizados fueron un cuestionario para la variable 1, la cuál fue la Guía de observación sobre Gestión de la Prevención de Infecciones y para la variable 2 el Cuestionario sobre Proceso de la atención, a través de las cuales se obtuvieron información de los participantes del estudio.

3.4.1. Descripción de instrumentos

- **Variable 1:** Gestión de la prevención de infecciones.

Técnica: Encuesta

Instrumento: Guía de observación

- **Variable 2:** Proceso de atención.

Técnica: Encuesta.

Instrumento: Cuestionario.

- **Guía de observación de gestión de la prevención de infecciones:**

Para la variable Gestión de la prevención de enfermedades se aplicó una guía de observación con respuestas en escala valorativa que permitió recoger los datos necesarios con el fin de responder a la problemática definida y lograr los objetivos formulados con previo consentimiento informado.

Dicho instrumento consta de 44 preguntas; las preguntas del 01 al 10 responden a la dimensión lavado de manos, del 11 al 20 responde a la dimensión uso de barreras de protección y exposición a material punzocortante, del 21 a 30 responden a la dimensión actuación en procedimientos invasivos, del 31 a 37 responden a la dimensión desinfección de las áreas de atención y finalmente las preguntas 38 al 44 responden a la dimensión clasificación de residuos sólidos intrahospitalarios.

- **Cuestionario de proceso de atención:**

El cuestionario de Proceso de la atención consta de 30 preguntas; las preguntas del 01 al 10 responden a la dimensión relaciones interpersonales, del 11 al 20 responde a la dimensión actitud del personal

de la salud y finalmente los ítems 21 al 30 responden a la dimensión competencias científico-técnicas.

Para ambas variables se utilizó el cuestionario con preguntas en la escala Likert, los mismo que permitieron recolectar la información necesaria para el desarrollo del estudio. Los niveles y rangos de medición para ambos instrumentos son:

1. Nunca
2. Pocas veces
3. Algunas veces
4. Casi siempre
5. Siempre

Cabe señalar que se tomó como base para los instrumentos, la guía de observación para medir la gestión de la prevención de infecciones, la cual fue validada por el Minsa (OGE - RENACE/VIGIA. HOSP. DT 005 - 2000 V.1), y el cuestionario de calidad de la atención que contiene la metodología SERVQUAL modificada aplicada en la “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo- 2012” (RM N° 527-2011/MINSA)^{34, 35}, dichos instrumentos fueron modificados y adaptados para la población del presente estudio, razón por la cual fueron sometidos a procedimiento de validación por juicio de expertos y a procesos de confiabilidad, para su posterior aplicación.

Así mismo, ambos instrumentos recogen información sobre los datos demográficos de los participantes de estudio^{34, 35}.

3.4.2. Validación y Confiabilidad de los instrumentos

Los instrumentos gestión de la prevención de infecciones y Calidad de Atención, fueron validados mediante la apreciación de juicio de expertos metodólogos, quienes realizaron una revisión exhaustiva de los instrumentos de recolección de datos, para posteriormente emitir su veredicto y observaciones, para que finalmente puedan ser aplicadas, detallando los aportes necesarios para el estudio y verificando si el contenido y la construcción del instrumento se ajusta a la investigación planteada. Este procedimiento permitió realizar las correcciones y modificaciones pertinentes a los fines de la investigación.

Los expertos precisaron que los instrumentos del presente estudio poseen una excelente validez (0.88), lo que indico que pueden ser aplicados en la muestra de estudio (Anexo 4).

Por otro lado, la confiabilidad del instrumento se determinó en el presente estudio, empleando el coeficiente alfa (α) para indicar la consistencia interna de los instrumentos y porque las variables fueron medidas en escala de valoración de Likert.

Con la finalidad de determinar la confiabilidad del instrumento a través del coeficiente de alfa de Cronbach, se realizó el siguiente procedimiento:

- a. Se determino una muestra piloto de 15 personas, cuyas características eran similares a la población de estudio.
- b. Posterior a ello, se estimó la confiabilidad por la consistencia interna de Cronbach, mediante el software SPSS, el mismo que analizo y determino los resultados exactos.

Cuestionario evaluado por el método estadístico de alfa de Cronbach mediante el software SPSS statistics versión 24.0:

Tabla 1. Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	15	100.0
	Excluidos	0	0.0
	Total	15	100.0

Tabla 2. Resumen del Alfa de Cronbach

Variable	Alfa de Cronbach	N° de elementos
Guía de observación de gestión de la prevención de infecciones:	, 876	44
Cuestionario de proceso de atención	,882	30

El resultado obtenido del Coeficiente de Alfa de Cronbach es igual a 0.876 y 0.882, para la guía de observación de gestión de la prevención de infecciones y el cuestionario de proceso de atención respectivamente, demostrándose que ambos son válidos por ser mayor a 0.6, es decir los instrumentos cumple con los objetivos de la investigación, por tener una confiabilidad muy fuerte, según la tabla 3. Lo que indica que los instrumentos pueden ser aplicados.

Tabla 3: Nivel de confiabilidad del coeficiente alfa de Cronbach

No es confiable	0
Baja confiabilidad	0.01 a 0. 49
Moderada confiabilidad	0.5 a 0.70
Fuerte confiabilidad	0.71a 0.89
Muy fuerte confiabilidad	0.9 a 1

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Plan de recolección de datos: El presente estudio se realizó siguiendo en primer lugar el procedimiento administrativo correspondiente, a través de un documento de autorización, el mismo que estuvo dirigido al director del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, la jefatura de Enfermería y Jefa de Servicio de Cuidados intensivos; con el fin de obtener el permiso para la aplicación de los instrumentos de estudio.

Posteriormente, se llevó a cabo las coordinaciones pertinentes, con la finalidad de llevar a cabo un cronograma de recolección de datos, considerando una duración promedio de 30 minutos para la aplicación de cada instrumento.

Plan de Procesamiento y presentación de resultados: La observación se ejecutó de manera individual y durante las horas de trabajo de las enfermeras y la encuesta se aplicó a los pacientes dados de alta de las áreas críticas en los periodos setiembre a noviembre 2019.

Se llenaron los datos de la ficha de recolección y se procedió a realizar la evaluación. Al concluir la recolección de datos, se realizó de forma manual la tabulación de datos, codificación y elaboración del libro de códigos.

Para el procesamiento de los datos se usó los programas informáticos de tratamientos de datos como la Excel, y el SPSS statistics versión 24.0.

Posteriormente, se realizaron técnicas descriptivas para conocer el comportamiento de las variables de estudio en dos unidades de análisis, puesto que se describió las características sociodemográficas del personal de la salud y de los pacientes hospitalizados en la unidad y luego técnicas

inferenciales (Coeficiente de Spearman) para comprobar las hipótesis de estudio.

3.6. Aspectos éticos

La ejecución de la presente investigación se llevó teniendo estricta consideración de los principios éticos y morales, el mismo que fue evaluado por el comité de ética del Hospital Daniel Alcides Carrión.

administración de los instrumentos que nos permitieron recolectar los datos, La confidencialidad fue garantizada, puesto que la administración de los instrumentos que permitieron la recolectar de los datos en ningún momento pusieron en riesgo la integridad de los participantes, quienes previa información de los objetivos y los propósitos del estudio, tomaron la decisión de participar o no del estudio.

La autonomía fue garantizada por el consentimiento informado (Anexo 1), así mismo se solicitó la autorización correspondiente para que los datos recogidos en el periodo de investigación fueran utilizados para su posterior análisis y comunicación de dichos resultados.

La beneficencia y la no maleficencia fundamentados se respetaron, al orientar el tema de investigación en beneficio y bienestar de los participantes del estudio, al reconocer y respetar la decisión en lo que respecta a la salud ⁴⁹.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1. Procesamiento de resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de las características sociodemográficas.

Tabla N° 4. Frecuencia y porcentaje de las características sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Sociodemográfico	N°	%
Sexo		
Femenino	50	62.5%
Masculino	30	37.5%
Edad		
20 a 30	12	15.0%
31 a 40	20	25.0%
Más de 41	48	60.0%
Estado civil		
Casada	2	2.5%
Casada (o)	33	41.3%
Conviviente	17	21.3%
Separada (o)	6	7.5%
Soltera	1	1.3%
Soltera (o)	21	26.3%
Grado Instrucción		

Analfabeta	1	1.3%
Primaria	5	6.3%
Secundaria	45	56.3%
Superior Técnico	15	18.8%
Superior Universitario	14	17.5%

Fuentes: Instrumento aplicado a los pacientes de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: En la tabla 4, se puede evidenciar respecto a las características sociodemográficas, que el sexo femenino es mas frecuencia en un 62,5%, en comparación con el masculino, referente al grupo etario se puede apreciar que el 60 % de los pacientes tiene más de 41 años, mientras que el 25% se encuentra en edades entre 31 a 40 años y solo el 15 % se encuentra en edades entre 15 a 20 años. En cuanto al estado civil, el 41,3% es casado, prevaleciendo el grado de instrucción secundaria en 56,3%.

Tabla Nº 5. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud de las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Sociodemográfico	N°	%
Sexo		
Femenino	53	72%
Masculino	21	28%
Edad		
20 a 30	14	19%
31 a 40	46	62%
Más de 41	14	19%
Estado civil		
Casada (o)	30	40%
Conviviente	5	7%
Separada (o)	6	8%
Soltera (o)	33	45%
Experiencia Profesional		

Menor de 4 años	1	1%
Menor a 5 años	16	22%
De 5 a 10 años	42	57%
Mayor a 10 años	15	20%

Fuente: instrumento aplicado al personal de salud de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Tabla Nº 6. Características de la condición laboral de los profesionales de la salud de las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Condición laboral	Frecuencia	Porcentaje
CAS	16	21.6 %
Contratada	5	6.8 %
Nombrada	53	71.6 %
Total	74	100 %

Fuente: instrumento aplicado a los pacientes de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: En la tabla 5 y 6, se puede evidenciar respecto a las características de la condición laboral del personal de salud de las unidades críticas, que del 100 % de la muestra, el 72% pertenece al género femenino, encontrándose en edades entre 31 a 40 años en un 62%. Respecto al estado civil el 40 % de los mismos se encuentran casados. Más de la mitad de los profesionales, es decir el 57% tiene experiencia profesional de 5 a 10 años, siendo el mayor porcentaje del personal nombrado en un 72 %.

4.1.2. Análisis descriptivo de la variable gestión de prevención de infecciones de los profesionales de la salud de las unidades críticas.

Tabla Nº 7. Descripción de la gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas, en su dimensión lavado de manos.

Lavado de manos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	8.1 %
Casi siempre	66	89.2 %
Algunas veces	2	2.7
Pocas veces	0	0
Nunca	0	0
Total	74	100 %

Fuente: instrumento aplicado a los profesionales de la salud de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: En la tabla 7, se observa como procedimiento de la gestión de la prevención de infecciones intrahospitalarias de parte de los profesionales de la salud, que realizan el lavado de manos tras un procedimiento, casi siempre un 89%, mientras que siempre un 8%, solo algunas veces un 3%, pocas veces y nunca un 0% de ellos.

Tabla N° 8. Gestión de prevención de las infecciones, en su dimensión uso de las barreras de protección en las áreas críticas

Barreras de protección	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	6	8.1 %
Casi siempre	68	91.9 %
Algunas veces	0	0 %
Pocas veces	0	0 %
Nunca	0	0 %
Total	74	100 %

Fuente: instrumento aplicado a los profesionales de la salud de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: En la tabla 8, se observa referente a la dimensión, uso de barreras de protección y exposición a material punzo cortante que, del total

de la muestra, el 92 % del personal de la salud cumple con esta norma, mientras que siempre el 8% y casi siempre, no encontrándose profesionales que nunca, pocas veces o algunas veces hagan uso de las barreras de protección.

Tabla N° 9. Gestión de prevención de las infecciones en su dimensión actuación en procedimientos invasivos en las áreas críticas

Procedimientos Invasivos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	33	44.6 %
Casi siempre	41	55.4 %
Algunas veces	0	0 %
Pocas veces	0	0 %
Nunca	0	0 %
Total	74	100 %

Fuente: instrumento aplicado a los profesionales de la salud de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: En la tabla 9, se observa la dimensión actuación en procedimientos invasivos en las áreas críticas por el personal de la salud, encontrándose que la actuación es adecuada de parte personal profesional en los procedimientos invasivos, siendo casi siempre en un 55%, siempre en un 45%, no hallándose profesionales que nunca, pocas veces o algunas veces cumplan de forma adecuada con los procedimientos invasivos.

Tabla N° 10. Gestión de prevención de las infecciones, en su dimensión desinfección en las áreas críticas

Desinfección en las áreas críticas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	1.4 %

Casi siempre	48	64.9 %
Algunas veces	25	33.8 %
Pocas veces	0	0 %
Nunca	0	0 %
Total	74	100 %

Fuente: instrumento aplicado a los profesionales de la salud de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: En la tabla 10, se evidencia respecto a la dimensión desinfección de las áreas de atención, que del total de la muestra el 65 % realiza dicho procedimiento casi siempre, mientras que el 34% algunas veces y siempre solo el 1 %. No hallándose profesionales que no pocas veces y nunca cumplan con dicho procedimiento.

Tabla Nº 11. Gestión de prevención de las infecciones, en su dimensión clasificación de residuos sólidos intrahospitalarios

Clasificación de residuos sólidos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	10	13.5 %
Casi siempre	60	81.1 %
Algunas veces	4	5.4 %
Pocas veces	0	0
Nunca	0	0
Total	74	100 %

Fuente: instrumento aplicado a los profesionales de la salud de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: En la tabla 11, se puede observar referente a la dimensión clasificación de residuos sólidos intrahospitalarios, que del 100 % de profesionales que participan del estudio, el 81.1 % realizan el procedimiento adecuado de manejo de los residuos sólidos hospitalarios

casi siempre, mientras que un 13.5% lo practican siempre y solo un 5.4% algunas veces, no hallándose profesionales, pocas veces y nunca.

4.1.3. Análisis descriptivo de la variable proceso de atención en los pacientes de las áreas críticas del Hospital Daniel A. Carrión.

Tabla Nº 12. Proceso de atención, en su dimensión relaciones interpersonales

Relaciones interpersonales	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	11	13.8 %
Frecuentemente	69	86.2 %
Ni a veces, ni frecuentemente	0	0 %
A veces	0	0 %
Nunca	0	0 %
Total	80	100 %

Fuente: instrumento aplicado a los pacientes de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: La tabla 12, Referida a los aspectos interpersonales, el Interés manifestado en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; lo que, por supuesto es válido para el usuario interno, un trato amable, cordial, cálido y empático en la atención, en tal sentido los resultados muestran que es frecuente en 69 de ellos (86%) y siempre en 11 (14%)., no hallándose valores en las escalas ni a veces, a veces y nunca. Es decir, el personal de salud muestra adecuadas relaciones interpersonales.

Tabla Nº 13. Actitud del personal de salud en el proceso de atención.

Actitud del personal	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	6	7.6 %
Frecuentemente	74	92.4 %
Ni a veces, ni frecuentemente	0	0 %
A veces	0	0 %
Nunca	0	0 %

Total	80	100 %
-------	----	-------

Fuente: instrumento aplicado a los pacientes de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: En la tabla 13, se puede apreciar referente a la percepción de la actitud del personal de salud en el proceso de atención, encontrándose que el 92% de los mismos muestra frecuentemente una adecuada actitud, mientras que solo un 8% muestra muy frecuentemente una adecuada actitud. No entrándose, personal con inadecuada actitud.

Tabla N^a 14. Competencia científica técnica en el proceso de atención.

Competencias científico - teóricas	Frecuencia	Porcentaje
Muy frecuente	35	43.8 %
Frecuentemente	45	56.3 %
Ni a veces, ni frecuentemente	0	0 %
A veces	0	0 %
Nunca	0	0 %
Total	80	100 %

Fuente: instrumento aplicado a los pacientes de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: En la tabla 14, se puede evidenciar las competencias científico-técnicas en el proceso de atención de salud, es decir la forma en que brindan los servicios de salud, considerándose el grado de preparación del profesional de la salud, siendo respuesta de los pacientes que el profesional de la salud muestra estas competencias casi siempre en un 56% y siempre en un 44%.

Tabla 15. Gestión de la Prevención de Infecciones y la dimensión relaciones Interpersonales

Gestión de la prevención de infecciones	Relaciones interpersonales		Total
	Frecuente	Muy frecuente	
Casi siempre	7 9.5 %	16 21.6%	23 31.1 %
Siempre	23 31.1 %	28 37.8%	51 68.9%
Total	30 40.5%	44 59.9%	74 100.0 %

Fuente: instrumento aplicado a los pacientes de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: La tabla 15, muestra que el 38% (44) de los profesionales de la salud siempre cumple con la gestión en la prevención de infecciones y muestra muy frecuentemente buenas relaciones interpersonales y solo el 9.5% cumple casi siempre y tiene buenas relaciones interpersonales frecuentemente.

Tabla 16. Gestión de la Prevención de Infecciones y Actitud del Personal de Salud

Gestión de la prevención de infecciones	Actitud del personal de Salud		Total
	Frecuente	Muy frecuente	
Casi siempre	20 27.0 %	3 4.1%	23 31.1 %
Siempre	43 58.1 %	8 10.8%	51 68.9%
Total	63 85.1%	11 14.9%	74 100.0 %

Fuente: instrumento aplicado a los pacientes de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: La tabla 16, muestra que el 58 % (43) de los profesionales de la salud siempre cumple con la gestión en la prevención de infecciones y muestra una adecuada actitud frecuentemente y un porcentaje mínimo, es decir solo el 4% cumple casi siempre, pero muestra una adecuada actitud frecuentemente.

Tabla 17. Gestión de la Prevención de Infecciones y Competencias científico técnica

Gestión de la prevención de infecciones	Competencia científico-técnica		Total
	Frecuente	Muy frecuente	
Casi siempre	11 14.9 %	12 16.2%	23 31.1 %
Siempre	20 27.0 %	31 41.9%	51 68.9%
Total	31 41.9%	43 58.1%	74 100.0 %

Fuente: instrumento aplicado a los pacientes de las unidades críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, 2019.

Interpretación: La tabla 17 muestra, que el 42% (31) de los profesionales de la salud siempre cumple con la gestión en la prevención de infecciones y muestra muy frecuentemente ser competente tanto a nivel científico como técnico, y mientras que el 15% cumple con la práctica de prevención de infecciones y muestra frecuentemente tener conocimientos científicos y técnicos.

4.2. Prueba de hipótesis

El análisis inferencial se realizó utilizando el coeficiente Rho de Spearman, cuyos valores de rango se muestra en la siguiente tabla.

Tabla Nº 18: Escala de valores del coeficiente de correlación de Spearman

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: Ruiz Bolívar (2002) y Palella y Martins (2003).

4.2.1. Planteamiento de hipótesis general

H_A: Existe alta relación estadísticamente significativa entre la gestión de prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas.

H₀: No existe alta relación estadísticamente significativa entre la Gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas.

Tabla 19. Correlación de Gestión de la Prevención de Infecciones y el Proceso de Atención en las áreas críticas.

			Gestión de la Prevención de Infecciones	Proceso de Atención
Rho de Spearman	Gestión de la Prevención de Infecciones	Coeficiente de correlación	1,000	0,464**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	85	85
	Proceso de Atención	Coeficiente de correlación	0,464**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	85	85

** . La correlación es significativa al nivel 0,00 (bilateral).

Interpretación:

El coeficiente Rho de Spearman resultó 0,46, lo cual indica que la correlación entre las variables Gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas, es positiva moderada. A un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0.05. Y como el nivel de significancia es menor a 0,05 ($0,000 < 0,05$) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, existe evidencia estadística para afirmar que la relación entre Gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas es directa y significativa.

4.2.2. Planteamiento de hipótesis específicas 1

H_{A1}: Existe baja relación estadísticamente significativa entre las relaciones interpersonales y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

H₀₁: No existe baja relación estadísticamente significativa entre las relaciones interpersonales y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

Tabla N° 20. Correlación: Gestión de la Prevención de Infecciones y
Proceso de Atención: Relaciones Interpersonales

		Gestión de la Prevención de Infecciones	Relaciones interpersonales
Rho de Spearman	Gestión de la Prevención de Infecciones	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,440
		N	85
	Relaciones interpersonales	Coefficiente de correlación	0,088**
		Sig. (bilateral)	,440
		N	85

** . La correlación es significativa al nivel 0,440 (bilateral).

Interpretación:

El coeficiente Rho de Spearman resultó 0,088, lo cual indica que la correlación entre las variables Gestión de la prevención de infecciones y las relaciones interpersonales en las áreas críticas, es positiva moderada. A un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0.05. Y como el nivel de significancia es mayor a 0,05 ($0,440 < 0,05$) se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Por lo tanto, existe evidencia estadística para afirmar que no existe relación directa ni significativa entre la Gestión de la prevención de infecciones y las relaciones interpersonales en las áreas críticas.

4.2.3. Planteamiento de hipótesis específicas 2

H_{A2}: Existe alta relación estadísticamente significativa entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

H₀₂: No existe alta relación estadísticamente significativa entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

Tabla 21. Correlación: Gestión de la Prevención de Infecciones y
Proceso de Atención: Actitud del Personal de Salud

			Gestión de la Prevención de Infecciones	Actitud del personal de la salud
Rho de Spearman	Gestión de la Prevención de Infecciones	Coefficiente de correlación	1,000	- 0,117**
		Sig. (bilateral)	.	,300
		N	85	85
Actitud del personal de la salud		Coefficiente de correlación	- 0,117**	1,000
		Sig. (bilateral)	,300	.
		N	85	85

** . La correlación es significativa al nivel 0,300 (bilateral).

Interpretación:

El coeficiente Rho de Spearman resultó - 0,117, lo cual indica que la correlación entre las variables Gestión de la prevención de infecciones y la actitud del personal de la salud las áreas críticas, es negativa muy baja. A un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0.05. Y como el nivel de significancia es mayor a 0,05 ($0,300 < 0,05$), entonces se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Por lo tanto, existe evidencia estadística para afirmar que no existe relación directa ni significativa entre la Gestión de la prevención de infecciones y la actitud del personal de salud que labora en las áreas críticas.

4.2.4. Planteamiento de hipótesis específicas 3

H_{A3}: Existe alta relación estadísticamente significativa entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

H₀₃: No existe alta relación estadísticamente significativa entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.

Tabla 22. Correlación: Gestión de la Prevención de Infecciones y
Proceso de Atención: Competencias científico técnica

			Gestión de la Prevención de Infecciones	Competencias científico- técnica
Rho de Spearman	Gestión de la Prevención de Infecciones	Coeficiente de correlación	1,000	0,565**
		Sig. (bilateral)	.	,018
		N	85	85
Competencias científico- técnica		Coeficiente de correlación	0,565**	1,000
		Sig. (bilateral)	,018	.
		N	85	85

** . La correlación es significativa al nivel 0,018 (bilateral).

Interpretación:

El coeficiente Rho de Spearman resultó 0,565, lo cual indica que la correlación entre las variables Gestión de la prevención de infecciones y las competencias científico-técnicas del personal de la salud de las áreas críticas, es positiva moderada. A un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de 0.05. Y como el nivel de significancia es menor a 0,05 ($0,018 < 0,05$) se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, existe evidencia estadística para afirmar que existe relación directa y significativa entre la Gestión de la prevención de infecciones y las competencias científico-técnicas del personal de la salud de las áreas críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión.

4.3. Discusión de los resultados

Uno de los problemas que afecta a nuestro sistema de salud, es el incremento de las infecciones intrahospitalarias, las mismas que traen como consecuencia las elevadas tasas de morbi-mortalidad de los pacientes hospitalizados sobre todo en las áreas críticas, elevados gastos para el paciente y la familia y la prolongada permanencia hospitalaria, esto podría deberse a la deficiencia en el conocimiento y el cumplimiento de las normas de bioseguridad, la falta de equipos de protección y la calidad de atención de parte de los profesionales de la salud; es decir, la carencia de una buena gestión que permita que todos los puntos ya mencionados se cumplan adecuadamente, además que se puedan generar nuevas estrategias de prevención, que se implementen de forma estricta en beneficio del paciente, pero todas estas medidas deben de ser específicas para aquellas infecciones que se relacionen con las unidades críticas.

En ese sentido, el propósito del presente estudio es determinar la relación que existe entre la gestión de prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del hospital Daniel Alcides Carrión.

En el ámbito de la realidad el presente estudio describe las características sociodemográficas de los profesionales de la salud y de los pacientes hospitalizados en las áreas críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión. Respecto a las características de los pacientes de las áreas críticas resalta, el predominio del género femenino, en tanto que el mayor porcentaje de estos (60%) tiene más de 41 años, de condición civil casado y finalmente en lo que respecta al grado de instrucción resalta el nivel secundario.

Referente a las características sociodemográficas y condición laboral del personal de la salud de las áreas críticas, resalta del total de los participantes del estudio que el 72% (53) es femenino, en edades entre 31 a 40 años, de condición civil con casi una misma proporción entre solteros y casados en un 45% y 40% respectivamente. Lo que respectan a la experiencia laboral el 57% (42) de los mismos manifestó entre 5 a 10 años y solo el 1 % menor a 4 años, es decir la gran mayoría de los profesionales que labora en las áreas críticas tienen experiencia en el manejo de pacientes críticos, siendo más del 50% nombrados. Es importante conocer la condición laboral de los profesionales de la salud que trabajan en las áreas críticas, puesto que también podrían ser factores en la calidad de atención y la prevención de infecciones, tal como lo describen Hamid y colaboradores¹², quienes obtuvieron dentro de sus resultados que, los conocimientos y las prácticas del control y la prevención de infecciones se ve diferenciada entre los profesionales de acuerdo al género, la ocupación, la nacionalidad y los años de experiencia; del mismo modo Caron y colaboradores¹⁷ evidencian en su estudio que la edad y los años de servicio reflejan un mayor conocimiento y experiencia en el manejo de los equipos de salud y los procesos de atención. Es importante, considerar estas variables para futuros estudios.

En lo que corresponde a la variable gestión de la prevención de infecciones de los profesionales de la salud, en la dimensión lavado de manos se encontró que los profesionales realizan este procedimiento casi siempre en un 89 % (66), siendo un porcentaje mínimo el que no lo ejecuta, en relación al uso de las barreras de protección se evidencia que el 92% (68) de los profesionales cumplen con este procedimiento; referente a la dimensión

actuación en los procedimientos invasivos, los resultados del estudio evidencian que el 55% y 45% ejecutan un procedimiento adecuado casi siempre y siempre respectivamente. Es decir, dentro de los resultados de cada dimensión de la variable gestión de prevención, la gran mayoría de los profesionales cumple con las normas de bioseguridad en más del 90% contribuyendo con la disminución del riesgo de infecciones intrahospitalarias en las unidades críticas. Este resultado guarda concordancia con las hechas por Castro y colaboradores²⁰, en la que resalta dentro de sus resultados que la adherencia significativa al tiempo de lavado de manos adecuado por el personal, disminuyó el riesgo de las infecciones intrahospitalarias

Respecto a la variable proceso de atención en los pacientes de las áreas críticas del hospital Daniel Alcides Carrión, el estudio evidencio dentro de la dimensión relaciones interpersonales que, el 86% de los pacientes percibió en lo que respecta a amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención, que los profesionales de la salud frecuentemente muestran estas características durante la atención. En la dimensión actitud del personal de la salud resalta dentro de los resultados que el 92% (74) de los pacientes percibió una actitud adecuada frecuentemente, no encontrándose profesionales con actitudes antagónicas. Dentro de las competencias científico-técnico, los pacientes percibieron que los profesionales de la salud demostraron ser competentes, frecuente y muy frecuentemente en un 56% y 44% respectivamente. Dichos resultados difieren con los de Crizon y colaboradores ²², quienes encontraron que la gran mayoría de los participantes del estudio no se encontraban satisfechos con la atención brindada. Es importante que el personal de la salud aplique dentro de sus

actividades una atención con calidad, pero para ello es necesario que las autoridades de la institución realicen encuestas de satisfacción permanentes, a fin de mejorar el trato al paciente, con ello contribuir a la disminución de los factores de riesgo de las infecciones intrahospitalarias.

Referente a la variable proceso de atención en sus tres dimensiones, el presente estudio evidenció que las necesidades y demandas del usuario fueron atendidas por el profesional de la salud con un proceso de atención frecuentemente adecuado, según la percepción del paciente, contrasta con el estudio de Condor y colaboradores ²², quienes expresan que de los profesionales de que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dos de Mayo, el 66.3% tuvo un nivel de conocimiento bueno, en tanto que el 47,5% tuvo un buen nivel de prácticas, presentando en su gran mayoría actitudes positivas hacia las normas de bioseguridad.

En cuanto a la hipótesis general, los resultados del presente estudio afirman que Gestión de la Prevención de Infecciones se relaciona significativamente con el Proceso de Atención (Rho de Spearman = 0,46, con un nivel de significancia del $0,000 < 0,05$), este resultado guarda concordancia con el estudio realizado por Crizón y colaboradores ²¹, en el 2015. En donde encontraron que, una de las causas del incremento de las infecciones nosocomiales, fue la falta de adherencia del personal asistencial a las guías y protocolos ya establecidos para llevar a cabo los diferentes procedimientos ejecutados en la UCI. Al igual que también hay autores como Sánchez ¹⁶ que afirman que, existe dependencia entre el reporte de ausencia o presencia de signos y síntomas que evidencian infecciones urinarias, con la realización y registro del personal de enfermería sobre las medidas higiénicas

proporcionadas al paciente. Es decir que el proceso de atención de parte del profesional de la salud guarda relación con el riesgo de infecciones intrahospitalarias, lo que pone en riesgo la salud del paciente hospitalizado en la unidad de cuidados críticos. Por su parte Castro ¹¹, afirma en su estudio que hubo una buena actitud de parte del profesional de la salud en el cumplimiento de las normas de prevención estandarizadas y específicas en las unidades de cuidados intensivos, pues las respuestas a la adhesión para el uso de los equipos de bioseguridad fueron del 72.72%; con 94.91% para guantes, 91.43% para delantales, 80% para máscaras y 24.56% para gafas de seguridad, indicando que el personal de la salud cumple con estas normas de manera adecuada. Otro de los estudios que contrasta con este resultado, es el hecho por Castro y colaboradores ¹⁷, quienes concluyen que la implementación de un buen sistema de gestión de calidad ayudara a concientizar al profesional de la salud sobre el cumplimiento de los procedimientos referidos en el caso del estudio a la higienización del lavado de manos, logrando la disminución de riesgos de infecciones intrahospitalarias. Es importante, fortalecer a través de estrategias el proceso de atención en base a la realidad problemática de las áreas críticas. En cuanto a la relación entre las relaciones interpersonales y la gestión de la prevención de infecciones intrahospitalarias, nuestros resultados afirman que no existe relación entre ambas variables ($0,000 < 0,05$). Sin embargo, podemos mencionar que las necesidades y demandas; lo que es asimismo válido para el usuario interno, como es el trato con amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención, son aspectos importantes en la recuperación del paciente hospitalizado en las unidades críticas. En ese

sentido, la teoría de Nightingale ³¹, afirma que las condiciones externas influyen afectando la vida y el desarrollo moral del organismo, las cuales son capaces de prevenir, suprimir o contribuir a la enfermedad y la muerte, de modo que las relaciones interpersonales también podrían ser un factor que influye directamente en la recuperación del paciente, pues el hecho de que el paciente tenga la confianza y la tranquilidad de que será atendido por un profesional que muestra un trato adecuado influirá en la condición psicológica, que es también un factor importante en la prevención de las infecciones, considerando que hay respuestas emocionales que afectan nuestro sistema inmunológico. Así mismo, los resultados de Crizón y colaboradores ²², muestran que, el 68.9% de los familiares consideraron que la atención del orientador de la UCI fue regular y el 21% indicaron mala, representando un grave problema sobre la salud de los pacientes, puesto que de este depende que los familiares cumplan con las normas de bioseguridad.

Así mismo, referente a la Gestión de la Prevención de Infecciones y la Actitud del Personal de Salud, nuestros resultados evidencian que existe relación negativa muy baja entre ambas variables (Rho de Spearman = - 0,117), puesto que el mayor porcentaje, es decir el 92%, casi siempre muestra una actitud adecuada, según la percepción de los pacientes. En contraposición a dichos resultado podemos resaltar las evidencias que presento Sánchez ¹³, quien halló en su estudio que existe dependencia entre el reporte de ausencia o presencia de signos y síntomas que evidencian infecciones urinarias, con la realización y registro del personal de enfermería sobre las

medidas higiénicas proporcionadas al paciente, en ese sentido el autor concluye que es importante la actitud del personal de la salud durante la atención del paciente y el cumplimiento de las normas de prevención de infecciones, si el personal de la salud muestra compromiso en sus actividades, en definitiva este contribuirá en la mejora de la calidad de la atención al usuario. Por su parte Crizón y colaboradores afirman en su estudio que la actitud de las enfermeras es atenta, servicial y humana; sin embargo, la calificación de la atención recibida en la UCI no fue muy alentadora puesto que la mayoría de los pacientes y familiares indicó que fue entre regular y malo, lo que indicaría que la gran mayoría no estuvo satisfecho con la atención brindada, siendo este un elemento importante en la gestión de prevención de infecciones en las áreas críticas. En ese sentido es importante, dentro de la gestión de prevención de infecciones intrahospitalarias en las áreas críticas, trabajar con el personal de salud las habilidades sociales donde se puedan fortalecer la empatía, la asertividad, la comunicación, la autoestima y toma de decisiones; reforzando a través de ellos la calidad de atención.

Finalmente, en cuanto a la relación entre la Gestión de la Prevención de Infecciones y Competencias científico técnica, nuestros resultados afirman que existe una relación directa y significativa entre ambas variables (Rho de Spearman = 0,565), esto se reflejó en la percepción de los pacientes, quienes manifestaron que el 56% del personal de la salud casi siempre muestra ser competente durante la atención al paciente. Dichos resultados se contrastan con los obtenidos por Caron y colaboradores ¹⁷, quienes encontraron dentro de sus resultados que el 52,6 % de los profesionales que

trabajan de las unidades de cuidados tiene conocimientos en prevención, manejo y control de infecciones intrahospitalarios; mientras que, el 70,0 % no conoce los protocolos de actuación en infecciones nosocomiales o bundles. Enfatizando la importancia de que las instituciones elaboren programas de capacitación en medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias para los profesionales de la salud. Por su parte Gonzales y colaboradores ¹⁸, remarcan en su estudio que, a pesar del conocimiento producido sobre acciones de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, aún existe un gran hiato entre la práctica y los conocimientos. Las unidades de cuidados intensivos son áreas que requieren de profesionales especializados y capacitados, puesto que la mayoría de los procedimientos requieren no solo del conocimiento amplio sobre el mismo, sino también de un conocimiento y el cumplimiento estricto de las normas de bioseguridad ya que la calidad de pacientes que se atienden lo ameritan, pues son susceptibles a todo tipo de contagio, tal como lo mencionan Amira y sus colaboradores ¹³ en su estudio, en donde encontró dentro de sus resultados que los factores de riesgo para CLA-BSI (infecciones asociadas con catéteres venosos centrales) se detectaron a la insuficiencia cardíaca, tiempo de hospitalización de 5 días o más, duración de la colocación del Catéter Venoso Central y ventilación mecánica. Dentro de los organismos hallados fueron las bacterias gramnegativas, especialmente *Enterobacter* en un 36.8% y la *Pseudomonas aeruginosa* en un 21.1%. Es decir, toda intervención que se realice al paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos requiere de conocimientos teóricos y

prácticos de parte del profesional de la salud, esto garantizará la seguridad del paciente que son susceptibles a contagios.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Los resultados de la presente investigación permiten establecer las siguientes conclusiones en función a los objetivos planteados, los cuales son:

- Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes de las áreas críticas, se encontró que el mayor porcentaje era del género femenino, mayores de 41 años, la mayoría de estos es de condición civil casados y más de la mitad tenía como grado de instrucción el nivel secundario.

Referente a las características sociodemográficas de los profesionales de la salud de las áreas críticas, el mayor porcentaje es del género femenino, encontrándose en edades entre 31 a 40 años, de condición civil casados, con experiencia profesional entre 5 a 10 años, siendo el mayor porcentaje de estos nombrados.

- En líneas generales, los resultados del estudio evidencian que existe una alta relación estadísticamente significativa entre la gestión de prevención

de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Encontrándose que la gran mayoría de los profesionales casi siempre cumplen con las normas de seguridad, además que el mayor porcentaje de pacientes considera que frecuentemente el personal de la salud muestra un buen trato al paciente y que además muestran ser competentes durante la atención que se les brinda.

- Se evidencio, además que la gestión de prevención de infecciones no guarda relación con las relaciones interpersonales de los profesionales de la salud en las áreas críticas.
- Asimismo, los resultados permiten afirmar que la gestión de prevención de infecciones tampoco se relaciona con la actitud del personal de la salud de las áreas críticas.
- Finalmente, los resultados constatan que la gestión de prevención de infecciones, se relacionan de forma directa y significativa con las competencias científico-técnicas del personal de la salud de las áreas críticas del Hospital Daniel Alcides Carrión, siendo importante entonces la preparación tanto teórica como practica del profesional de la salud en la prevención de las infecciones intrahospitalarias.

5.2. Recomendaciones

El presente estudio y considerando los resultados y las conclusiones, presenta las siguientes recomendaciones:

- Los resultados del presente estudio evidencian que los profesionales cumplen en su mayoría con las normas de bioseguridad, el mismo que

se demostró en todas las dimensiones, además que los pacientes perciben un buen trato de parte de los mismo. Es ese sentido, corresponde a los responsables de las instituciones de salud, considerar los resultados de los estudios y trabajen sobre estos aspectos, sobre todo en la actitud del personal, conocimientos teóricos prácticos y el cumplimiento de las normas de bioseguridad a fin de potenciar estas medidas.

- Siendo las infecciones intrahospitalarias un problema de salud, es necesario que las autoridades de las instituciones públicas y privadas, implementen un Sistema de Gestión de Calidad, considerando siempre los factores que la fortalecerán, como son las capacitaciones constantes a los profesionales de la salud sobre calidad y procesos de atención, así como también afianzar el compromiso del personal en el cumplimiento de las normas y la participación en todo el proceso, todo ello con el fin de garantizar la mejora continua en la calidad de los servicios al usuario.
- Es necesario, que todas las áreas de hospitalización principalmente las Unidades críticas, establezcan un manual de procedimientos que evidencien el cumplimiento de las normas de bioseguridad y que se realicen seguimiento de estos, a fin de poder evaluar los resultados y a partir de este poder implementar nuevas estrategias que permitan generar cambios medibles.
- Es sumamente importante que nuestras políticas en salud se orienten en la prevención de las infecciones asociadas a la atención de la salud, garantizando un financiamiento suficiente que permita que las unidades de cuidados intensivos cuenten con los equipos de protección y las

medidas de bioseguridad suficientes.

- Así mismo, se recomienda que nuestras autoridades creen una cultura de seguridad en las unidades críticas, lo mismo que podrían permitir cambios en la percepción de los profesionales de la salud.
- Finalmente, se recomienda a los futuros profesionales y profesionales, llevar a cabo nuevas investigaciones en torno al tema del presente estudio, pero con enfoque cuasiexperimental o experimental, en poblaciones más grandes con el fin de evidenciar el impacto que estas podrían generar en las áreas críticas.

-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. Infecciones intrahospitalarias. [Internet]. 2018; [Consultado el 10 Mar 2018]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=398&Itemid=248
2. Klevens R, Edwards J, Richards C, Horan T, Gaynes R, Pollock D, et al. Estimating healthcare-associated infections in U.S. hospitals. *Public Health Rep.* 2007; 122:160-6.
3. Gudiol F, Limón E, Fondevilla E, Argimon J, Almirante B, Pujol M. The development and successful implementation of the VINCat Program. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012; 30 (Supl.3): 3-6. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-005X\(12\)70089-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-005X(12)70089-7)
4. Haley R, Culver D, White J, Morgan W, Emori T, Munn V, et al. The efficacy on infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. *Am J Epidemiol.* 1985; 121:182-205.
5. Organización Panamericana de la Salud. Una atención más limpia es una atención más segura. Fecha de consulta: 16 de agosto de 2013. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/background/es/index.html>.
6. OMS. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria. [Internet]. 2018; [Consultado el 10 Mar 2018]. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/
7. Pidal P. Modelo BUNDLE en infecciones nosocomiales. *Rev. chilena. infectología.* [Internet]. 2007. [consultado el 11 Mar 2018]; 24(5): 414-414. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0716-10182007000500014&lng=es&tlng=es

8. Minsa. Política Nacional de Calidad en salud. [Internet]. 2009; [Consultado el 11 Mar 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/politica_nacional_calidad.pdf
9. Minsa. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo. [Internet]. 2012; [Consultado el 12 Mar 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>
10. Donabedian A. Calidad Asistencial. Rev. Calidad Asistencial. [Internet]. 2001; [Citado el 13 Mar 2018]. 16: 5-78. Disponible en: <http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
11. Castro A, Rodrigues M. Audit of standardized precautionary and contact practices in the Intensive Care Unit. Brazil. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2019 [citado el 05 de marzo del 2020]; 53: e03508. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100466&lng=en&nrm=iso&tlng=en
12. Hamid A, Mohammed M, Mabrouk A, Bander B, Nagwa S, Wejdan A, Safa A. Assessment of Hospital Staff Knowledge, Attitudes and Practices (KAPS) on Activities Related to Prevention and Control of Hospital Acquired Infections. Scie & Acad Pub. [Internet]. 2019 [citado el 08 de Marzo del 2020]; 8(1): 1-7. Disponible en: <http://article.sapub.org/10.5923.j.ijpt.20190801.01.html#Ref>
13. Amira M, Hasnaa A, Khaled M, Mohamed F. Incidencia de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a la vía central en unidades de cuidados intensivos en un hospital privado (El Cairo, Egipto). Pub Heal Jour. [Internet]. 2018 [citado el 11 de Marzo del 2020]; 11: 562-571. Disponible en: <https://openpublichealthjournal.com/VOLUME/11/PAGE/562/FULLTEXT/>

14. Lenz A, Andión E, Ruvinsky S, et al. Impacto de un programa destinado a reducir las infecciones relacionadas con el catéter implementado en nueve unidades de cuidados intensivos pediátricos en Argentina. [internet] 2018 [consultado el 07 de agosto del 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0325-00752018000200003.
15. Copana R, Cossio N, Guzmán G. Efectos del uso de Bundles en las infecciones hematógenas asociadas a catéteres venosos centrales en una unidad de terapia intensiva. Cochabamba. [internet] 2017 [consultado el 16 de diciembre del 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S101229662017000200005
16. Sánchez M. Grado de cumplimiento del formato F1-PIVUPSV1/02 y análisis de la relación de sus criterios en pacientes de la unidad de cuidados intensivos de un hospital de II nivel de atención. Tesis para optar el grado de maestro en enfermería en terapia intensiva. Universidad autónoma. México. 2017. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/67509/TESIS%20MARIA%20ANGELICA%20SANCHEZ%20GONZALEZ-split-merge.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
17. Caron R, Matos P, Carbajal E, Soloaga R. Factores en la Atención Hospitalaria Responsables de las Infecciones Nosocomiales en Instituciones Sanitarias de las Ciudades de La Paz y el Alto. Rev. Med. Risarl. [internet] 2017 [consultado el 14 de diciembre del 2018]. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672017000200006

18. Gonzales M, Marín S, Bellissimo, F, Laus A. Evaluación de los Programas de Control de Infección Hospitalaria en servicios de salud de una ciudad brasileña del interior paulista 2015. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/es_0104-1169-rlae-23-01-00098.pdf
19. Neyra L. Cumplimiento de la metodología Bundle en la prevención y control de la neumonía asociada a ventilación mecánica, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2017. Tesis para optar el grado de maestro de gerencia en salud. Universidad Nacional del Callao. Perú. 2019. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3987/NEYRA%20LOPE_Z_MAESTRIA_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=
20. Castro M, Coasaca A, et al. Higienización del lavado de manos para disminuir infecciones intrahospitalarias mediante la ejecución de un sistema de gestión de calidad en el hospital Base III – EsSaul Juliaca Puno. Perú. [internet] 2017 [consultado el 08 abril del 2018]. Disponible en: <http://revistas.unfv.edu.pe/index.php/RCV/article/view/186/181>
21. Mucha B. Efectividad de la Metodología Bundle en la prevención de infecciones asociadas en la atención de salud: Neumonía en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis para optar el grado de maestro en gestión de los servicios de la salud. Universidad Cesar Vallejo. Perú. 2016. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/7308/Mucha_HIR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Crizón I, Martínez L. Evaluación de la calidad de la atención en la unidad de cuidados intensivos adulto de la clínica universitaria San Juan de Dios, en el periodo de junio a septiembre del 2014. Lima. Perú. [internet] 2015 [consultado el 15 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/2791/1/TESIS%20GRADO.pdf>
23. Vicente O. Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Madrid. Elsevier Masson. 2008. [Consultado el 17 enero 2019]. Disponible en: https://www.upf.edu/documents/2984046/0/LibroGestClinSan_IdaVuelta.pdf/5314bdf1-d3c2-bcd2-9656-0bf6cd058293
24. Fayol, H. Administración industrial y general. 1ª. Ed. en español. México: Editorial Herrero Hermanos, S.A, 1971.
25. Taylor, Frederick, (1911), Scientific Management (includes Shop Management (1903), The Principles of Scientific Management Disponible en: <http://www.archive.org/details/shopmanagement00taylgoog>.
26. Taylor F. Principios de la Administración Científica (1911). Editorial Ateneo: Buenos Aires, 1973.
27. Faas H, Saa A, et al. Epistemología de la historia de la ciencia. Buenos Aires, Volumen 11. 2005. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/4104/19%20-%20Fracastoro.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Agudo J. Pioneros de la Microbiología Louis Pasteur. Tesis para optar el grado de Farmacéutico. Universidad de Sevilla. Sevilla, 2016. Disponible en:

<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/48735/AGUDO%20TOSCANO%2C%20JAVIER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

29. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez. Disponible en: 1989http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/en_1414-8145-ean-19-03-0518.pdf
30. Attewell A. Florence Nightingale. Rev trime de edu. [Internet]. 2000. [Consultado el 14 de Julio 2019]; 173 – 189. Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>
31. Amaro M. “Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería”. Rev. Cubana de Enfermería. [Internet]. 2004 Dic [citado 2019 Ago 13]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009
32. OPS. Calidad de atención en salud. [Internet]. 2010; [Consultado el 17 Mar 2018]. Disponible en: file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Calidad_Atencion_Salud.pdf
33. Consejo Internacional de Enfermeras. Entornos de práctica favorables, Lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente. [Internet]. 2007; [Consultado el 17 Mar 2018]. Disponible en: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007.pdf>
34. Ruelas E., Zurita B. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. Rev Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. [Internet]. 1993. [Consultado el 16 Mar 2018]; 35 (3): 235-237. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/237022564_Nuevos_horizontes_de_la_calidad_de_la_atencion_a_la_salud.

35. Tigani D. Excelencia en Servicio. [Internet]. 2006; [Consultado el 17 Mar 2018].
Disponibile en:
http://www.laqi.org/pdf/libros_coaching/Excelencia+en+Servicio.pdf
36. Minsa. Documento técnico: Sistema de gestión de la calidad en salud. [Internet]. 2007; [Consultado el 17 Mar 2018]. Disponible en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/links_sgc/5_%20SGC%20MINSA%20RM%20519-2006.pdf
37. Universidad de Lima. III Encuesta anual sobre situación de la salud en el Perú. [Internet]. 2009; [Consultado el 17 Mar 2018]. Disponible en:
[http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/\\$file/barometro_social_abr_2009b.pdf](http://www3.ulima.edu.pe/webulima.nsf/default/F598031D89943F2F05256E630017BD4C/$file/barometro_social_abr_2009b.pdf)
38. Junta de León y Castilla. Cuarto encuentro sobre Calidad de los servicios. [Internet]. 2002; [Consultado el 17 Mar 2018]. Disponible en:
file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Libro+6+Cuarto+encuentro+calidad.pdf
39. Minsa. Modelo de Gestión Hospitalaria. [Internet]. 2009; [Consultado el 17 Mar 2018]. Disponible en:
http://www.saludarequipa.gob.pe/goyeneche/doc/NORMAS/NORMATIVA_EN_SALUD/25B%20Lineamientos%20de%20Gestion%20Hospitalaria%2029102009_anteproyecto_2009.pdf
40. Ministerio de salud. Protocolo para el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en el control de infecciones intrahospitalarias. OGE - RENACE/VIGIA. HOSP. DT 005 – 2000. Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/iih/protocolos/20.pdf>

41. Cabello E, Chirinos L. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev. Med. Hered. [Revista en Internet] 2012. [acceso 17 de febrero de 2019]; 23 (2): 88-95. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/viewFile/1037/1003>
42. López F., Escolar A., et al. Guía de higiene y prevención de la infección hospitalaria. España: Diaz de Santos S. A.; 1998.
43. Biblioteca Central del Ministerio de Salud. Gestión de riesgos para la prevención y control de infecciones en establecimientos con funciones obstétricas y neonatales. Lima; 2010. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1143_DGSP275-6.pdf
44. Ministerio de salud - Supersalud. Carta circular de la superintendencia nacional de salud. Colombia; 1996. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/SectorBelleza/Galera%20de%20descargas/Normatividad/Circulares/Circular%20001%20de%201996%20-%20Procedimientos%20en%20Salud%20Est%20C3%A9tica.pdf>
45. OMS. Prevención de las infecciones nosocomiales – Guía de Practicas. 2º ed. Francia. Malta; 2005. Disponible en: https://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf
46. Tazón P, Asenguinolaza L, García J. Ciencias Psicosociales. Ed. Masson, Barcelona; 2000: 42-45.
47. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la Investigación. México: McGraw – Hill/ Interamericana; 2006.

48. Sánchez, H. y otros. Metodología y Diseño en la Investigación Científica. 2^o Edición. Perú: Mantaro; 1996.
49. Gómez P, Principios básicos de bioética. Rev Per Ginecol Obstet [revista en Internet] 2009 [acceso 18 de julio de 2019]; 55(3): 230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

**GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCÍDES CARRIÓN EN EL AÑO 2019**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	DISEÑO METODOLOGICO
<p>Problema general:</p> <p>¿Qué relación existe entre la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cómo es la gestión de prevención de infecciones en las áreas críticas?</p> <p>¿Cómo es el proceso de atención en las áreas críticas?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación que existe entre la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Describir cómo es la gestión de prevención de infecciones en las áreas críticas.</p> <p>Describir cómo es el proceso de atención en las áreas críticas.</p> <p>Identificar la relación que existe entre las</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>H_A: Existe alta relación entre la gestión de prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas.</p> <p>H₀: No existe alta relación significativa entre la Gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas.</p> <p>Hipótesis específicas.</p> <p>H_{A1}: Existe relación estadísticamente significativa las relaciones interpersonales y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.</p> <p>H₀₁: No existe relación estadísticamente significativa entre las relaciones interpersonales y la Gestión de la prevención de</p>	<p>Variable 1 (x)</p> <p>Gestión de la prevención de infecciones y</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lavado de manos - Uso de barreras de protección y exposición de material punzocortante - Actuación en procedimientos invasivos - Desinfección de las áreas de atención - Clasificación de residuos sólidos intrahospitalarias <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Pocas veces 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre 	<p>Método: Descriptivo.</p> <p>Diseño: Correlacional</p> <p>M: O_x r O_y</p> <p>Tipo de estudio: Cuantitativo, descriptivo correlacional y de Corte transversal</p> <p>Población: 80 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y técnicos de enfermería) y 80 pacientes de las</p>

<p>¿Qué relación existe entre las relaciones interpersonales y la gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas?</p> <p>¿Qué relación existe entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas?</p> <p>¿Qué relación existe entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas?</p>	<p>relaciones interpersonales y la gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.</p> <p>Identificar la relación que existe entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.</p> <p>Identificar la relación que existe entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.</p>	<p>infecciones en las áreas críticas.</p> <p>H_{A2}: Existe relación estadísticamente significativa entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.</p> <p>H_{O2}: No existe relación estadísticamente significativa entre la actitud del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.</p> <p>H_{A3}: Existe relación estadísticamente significativa entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.</p> <p>H_{O3}: No existe relación estadísticamente significativa entre las competencias científico-técnicas del personal de salud y la Gestión de la prevención de infecciones en las áreas críticas.</p>	<p>Variable 2 (y) Proceso de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones Interpersonales - Actitud del personal de salud - Competencias científico técnica <p>Indicadores</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Nunca 7. Pocas veces 8. Algunas veces 9. Casi siempre 10. Siempre 	<p>áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.</p> <p>N =160</p> <p>Muestra:</p> <p>Por ser población censal.</p> <p>n = 78 Profesionales de la salud 80 pacientes</p>
--	---	---	--	---	--

ANEXO 2: Instrumento 1**Guía de observación sobre Gestión de la Prevención de Infecciones****I. Datos demográficos.**

1. Cargo:

2. Genero

- Femenino ()
- Masculino ()

3. Edad:

- 20 a 30 ()
- 31 a 40 ()
- Más de 41 ()

4. Estado civil

- Soltera ()
- Casada ()
- Conviviente ()
- Separada ()

5. Tiempo de servicio

- Menor a 5 años ()
- 5 a 10 años ()
- Mayor a 10 años ()

6. Condición Laboral

- Nombrado ()
- Contratado ()
- Cas ()

II. Información sobre acciones de gestión intrahospitalaria.

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

N°	Dimensión: Lavado de manos	1	2	3	4	5
01	Se lava las manos antes de dar inicio al turno.					
02	Realiza lavado de manos antes y después de atender a un paciente.					
03	Se lava las manos antes de realizar una técnica limpia o séptica.					
04	Se lava las manos después de estar en contacto con el paciente o su entorno próximo.					

05	Se lava las manos después de haber tocado objetos, equipos o muebles del entorno inmediato del paciente, aunque no haya tocado al paciente.					
06	Se lava las manos cuando existe riesgo o certeza de haber tocado sangre, fluidos biológicos, secreciones u objetos contaminados.					
07	Se lava las manos antes de realizar un procedimiento invasivo.					
08	Se lava las manos después de realizar un procedimiento invasivo.					
09	Se lava las manos después de retirarse los guantes.					
10	Se lava las manos al término del turno.					

	Dimensión: Uso de barreras de protección y exposición a material punzo cortante	1	2	3	4	5
11	Se coloca la bata, mascarilla durante la atención de los pacientes.					
12	Utiliza guantes estériles para realizar procedimientos invasivos.					
13	Se cambia los guantes entre tareas y procedimientos en un mismo paciente.					
14	Ante la confirmación de una infección asociada a la atención de la salud realiza el aislamiento respectivo					
15	Antes de la colocación de un dispositivo (catéteres, sondas) realiza la limpieza de la zona con solución antiséptica.					
16	El equipo respiratorio y el ventilador mecánico se limpian, desinfecta y se mantiene de forma adecuada.					
17	Se coloca guantes limpios inmediatamente antes de tocar membranas, mucosas y piel no intacta.					
18	Desinfecta los equipos que manipula durante la atención					
19	Utiliza guantes para manipular objetos punzocortantes.					
20	Elimina el material punzocortante en recipientes especiales reinsertándolas en su capuchón.					

	Dimensión: Actuación en procedimientos invasivos	1	2	3	4	5
21	Al realizar un procedimiento invasivo usa dispositivos de bioseguridad (bata, mascarilla, guantes, botas, lentes)					
22	En la administración del tratamiento parenteral utiliza agujas descartables por paciente					
23	Luego de realizar algún procedimiento al paciente, desecha los guantes					
24	Utiliza guantes estériles para realizar curaciones.					
25	Comprueba que el material reutilizable no es usado en otro paciente si no ha sido tratado de forma adecuada según protocolo de desinfección.					
26	Se quita las batas sucias tan pronto como le es posible					
27	Se retira los guantes inmediatamente después de haber terminado el procedimiento invasivo.					
28	Descarta los dispositivos de bioseguridad (bata, mascarilla, guantes, botas, lentes), al término de los procedimientos invasivos en un contenedor adecuado.					
29	Realiza el lavado de manos adecuado inmediatamente después de concluir con todo el procedimiento.					
30	Realiza la desinfección adecuado de las superficies y material usado durante el procedimiento de acuerdo a protocolo.					

	Dimensión: Desinfección de las áreas de atención	1	2	3	4	5
31	Utiliza desinfectantes para mantener limpio su área de trabajo					
32	Desinfecta el área de trabajo al inicio de su jornada					
33	Desinfecta los equipos que manipula durante la atención.					
34	Usa el equipo adecuado para realizar la desinfección.					
35	Realiza la desinfección del área tras realizar procedimientos simples					
36	Realiza la desinfección del área tras realizar procedimientos invasivos.					
37	desinfecta y ordena su área de trabajo al final de la jornada laboral					

	Dimensión: Clasificación de residuos sólidos intrahospitalarios	1	2	3	4	5
38	Si tiene que manipular algún tipo de muestra, usa guantes.					
39	Descarta material, según el tipo de contaminación.					
40	Limpia, desinfecta y envía para esterilizar el o los equipos reutilizables.					
41	Se coloca guantes limpios para manipular equipos, materiales.					
42	Se coloca guantes limpios para manipular instrumental contaminado					
43	Elimina los materiales contaminados en los recipientes correspondientes.					
44	Separa y dispone adecuadamente los residuos que se genera después de los procedimientos.					

ANEXO 3: Instrumento 2

Cuestionario sobre Proceso de la atención

Instructivo

La presente investigación es realizada por la Licenciada de Enfermería Ysabel Chávez Cáceres y Pilar Huarcaya Sihuincha, alumnas de la Universidad Privada Norbert Wiener. La cual tiene como finalidad **“Determinar la relación que existe entre la Gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2019”**, por lo que solicito se sirva responder de forma clara y veraz; las preguntas que a continuación se le presentan.

El instrumento tiene dos partes: en la primera parte denominada datos generales Ud. debe colocar una equis (X) en el espacio en blanco según lo solicitado. La segunda parte es un cuestionario que contiene aspectos importantes de la Calidad de la Atención brindada por el personal de salud que lo atendió durante su permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Agradeceré que respondan todas las preguntas, marcando con un aspa (X) una de las alternativas que a su parecer se ajusta a la realidad.

Gracias, Las autoras.

I. Datos demográficos.

1. Sexo
 - Femenino ()
 - Masculino ()

2. Edad:
 - 20 a 30 ()
 - 31 a 40 ()
 - Más de 41 ()

3. Estado civil
 - Soltera (o) ()
 - Casada (o) ()
 - Conviviente ()
 - Separada (o) ()

4. Grado de instrucción
 - Analfabeta (o) ()

- Primaria ()
- Secundaria ()
- Superior técnico ()
- Superior universitario ()

II. Cuestionario.

Los ítems que a continuación se describen tienen una puntuación de entre 1 y 5 puntos, en donde el número 5 indica “total acuerdo” y el número 1 “total desacuerdo” de su forma de pensar o actuar respecto a la atención brindada por el personal de la salud. También puede responder de acuerdo con la frecuencia con las que ocurren algunas situaciones planteadas, en donde 5 sería “muy frecuente o siempre” y 1 “muy poco frecuente o nunca”. Por favor marcar con una X según su valoración.

1	2	3	4	5
	En desacuerdo (D)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (NA)	De acuerdo (A)	Totalmente de acuerdo (TA)
Nunca	A veces	Ni a veces, ni frecuentemente	frecuentemente	Muy frecuente

N°	Dimensión: Relaciones Interpersonales	1	2	3	4	5
01	El personal médico se identificó y saludo cordialmente					
02	La (el) enfermera (o) se identificó y saludo cordialmente					
03	Cuando llegó a hospitalizarse, el tiempo que esperó para que le asignaran una cama fue más de una hora					
04	El personal brinda una comunicación amable y sincera durante su permanencia en el servicio.					
05	Considera que el trato que le brindo el personal fue amable, cálido y respetuoso.					
06	el personal de enfermería acude cuando usted lo necesita					
07	Considera que el personal mantiene en completa reserva toda información que usted le brindo.					
08	Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud					
09	La información brindada por el medico a su familia fue clara y sencilla					
10	La confianza y tranquilidad transmitida por los profesionales de la salud le dieron seguridad en lo que hacen					

N°	Dimensión: Actitud del personal de salud	1	2	3	4	5
11	El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia					
12	El personal de salud (médico y enfermería) mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización					
13	La enfermera le oriento sobre los cuidados de higiene, alimentación y descanso.					

14	El personal de la salud le explicó sobre las posibles complicaciones que podrían presentarse durante su permanencia en la Unidad de Cuidados Intensivos tales como; mucositis, lesiones por presión, disminución del movimiento en las articulaciones, delirium, etc.					
15	El personal de salud es accesible cuando usted solicita de su apoyo					
16	La atención media es brindada en el momento en el que usted lo necesita					
17	El personal de la salud respeta sus creencias en relación a su enfermedad y curación					
18	El personal de la salud (médico) se encargó de orientarle sobre la evolución de la enfermedad.					
19	La enfermera acudió oportunamente cuando la necesitó por su estado de salud.					
20	Mientras esperó atención en la camilla, el personal le hizo sentir que no estaba solo, que lo estaban cuidando.					

N°	Dimensión: Competencias científico-técnicas	1	2	3	4	5
21	Considera usted que el personal de la salud de la Unidad de Cuidados Intensivos tiene vocación de servicio.					
22	Considera usted que los cuidados recibidos por las enfermeras fueron buenos.					
23	El personal de enfermería muestra seguridad en la realización de los procedimientos.					
24	Considera que el personal que lo atendió y cuidó tiene suficiente capacidad profesional como: conocimientos, experiencia y habilidad.					
25	Personal de enfermería muestra conocimiento en el manejo de los equipos e instrumentos utilizados en los cuidados brindados.					
26	Considera usted que el personal de enfermería labora en coordinación con el equipo de trabajo y personal que integra el servicio, respecto a sus cuidados, procedimientos y tratamientos.					
27	Considera que durante la realización de los procedimientos que le realizaban, el personal del servicio (médico o enfermera) lo ejecutaba con mucho cuidado y limpieza respectiva.					
28	Observo usted que para cada procedimiento realizado por el personal del servicio había un lavado de mano previo.					
29	Considera que el personal de la salud cuida y brinda atención a todos los pacientes por igual sin distinción de sexo, raza ni condición social.					
30	Considera que el personal de enfermería revisaba y contralaba con frecuencia los aparatos que usted tenía colocados para su recuperación. servicio					

ANEXO 4**Ficha de Validación por Jueces Expertos****Escala de calificación**

Estimado (a):

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una X en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

SUGERENCIAS:

.....
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)
Nº DNI:
Grado:

ANEXO 4

Valoración del Juicio de Expertos

JUICIO DE EXPERTOS**Datos de calificación:**

1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.
3. La estructura del instrumento es adecuada.
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable.
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.
6. Los ítems son claros y entendibles.
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.

CRITERIOS	JUECES					VALOR P
	J1	J2	J3	J4	J5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	0	1	1	4
3	1	1	0	1	1	4
4	1	1	1	1	1	5
5	1	0	0	1	1	3
6	1	1	1	0	1	4
7	1	1	1	1	1	5
TOTAL	7	6	4	6	7	30

1: de acuerdo 0: desacuerdo

PROCESAMIENTO:

Ta: N° TOTAL DE ACUERDO DE JUECES

Td: N° TOTAL DE DESACUERDO DE JUECES

Prueba de Concordancia entre los Jueces:

$$b = \frac{T_a}{T_a + T_d} \times 100$$

b: grado de concordancia significativa

$$b: \frac{30}{30 + 4} \times 100 = \mathbf{0.88}$$

Confiabilidad del instrumento:
EXCELENTE VALIDEZ



0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

Validación 1.

Ficha de Validación por Jueces Expertos

Escala de calificación

Estimado (a): Rosa Rodríguez García

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

Ninguna

.....

.....

.....

.....

.....

.....


 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)
 N° DNI: 08 513435
 Grado: Doctor

Validación 2.

Ficha de Validación por Jueces Expertos

Escala de calificación

Estimado (a): REGINA MEDINA ESPINOZA.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	/		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	/		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	/		
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	/		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.		/	Ordenar la secuencia de los preguntas.
6. Los ítems son claros y entendibles.	/		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	/		

SUGERENCIAS:

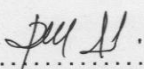
Después del levantamiento de la observación el instrumento pueda ser aplicado

.....

.....

.....

.....



 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)
 Nº DNI: 10001341
 Grado : DOCTORA

Validación 3.

Ficha de Validación por Jueces Expertos

Escala de calificación

Estimado (a): JUAN CARLOS VALENZUELA CONDOR

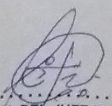
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre los instrumentos de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.		✓	Identifica bien los demarcaciones.
3. La estructura del instrumento es adecuada.		✓	
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	✓	✓	
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.		✓	
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS:

Después de haber identificado las demarcaciones de las variables, considere si estos responderían a los objetivos del estudio. Entonces el instrumento podría ser aplicable.



 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)
 DNI # 07687394
 D/o EN INVESTIGACIÓN

Validación 4.

Ficha de Validación por Jueces Expertos

Escala de calificación

Estimado (a): Mg. RONATO SANCHEZ, NETA GRANINA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

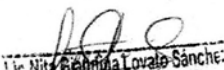
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.		✓	
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS: *Usar terminos sencillos en el cuestionario dirigido a los pacientes, de este modo evitara...*

.....

.....

.....


 Lic. Neta Granina Lovato Sanchez
 TECNÓLOGO MÉDICO
 Terapia Física y Rehabilitación
FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A)
 Nº DNI: 40868567
 Grado: MAGISTER

Validación 5.

Ficha de Validación por Jueces Expertos

Escala de calificación

Estimado (a): REYES JARAMILLO, YOLANDA TERESA

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. Los ítems del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Los ítems son claros y entendibles.	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

.

.....

.

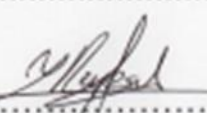
.....

.

.....

.

.....


 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO (A) YOLANDA REYES JARAMILLO
 N° DNI: 06995348
 Grado: LIC. TM TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
Ms. EN DOCENCIA UNIVERSITARIA.

ANEXO 5.**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Licenciadas: CHAVEZ CACERES, Ysabel Yael.

HUARCAYA SIHUINCHA, Pilar.

Título del estudio: **GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y EL PROCESO DE ATENCIÓN EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN EN EL AÑO 2019.**

Propósito del Estudio:

Lo invitamos a participar del presente estudio, el cual es desarrollado por estudiantes de la Universidad Privada Norbert Wiener. Se realizará con la finalidad determinar la relación que existe entre la gestión de la prevención de infecciones y el proceso de atención en las áreas críticas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

El presente estudio se realiza con el fin de evidenciar si el proceso de gestión de la prevención de infecciones repercute en el proceso de atención y a partir de la misma tomar conciencia sobre la importancia de las medidas prevención de infecciones intrahospitalarias y por ende mejorar la calidad de atención de los servicios de salud en Las áreas críticas del hospital.

Procedimientos:

Si usted acepta participar del presente estudio, se procederá a la observación de los procedimientos realizados durante su jornada laboral y a continuación le realizaremos un cuestionario de preguntas que nos brindará información sobre datos generales, al final se les brindará información de la observación realizada.

Costos e incentivos:

Por su participación en el estudio, usted no tiene que realizar ningún tipo de pago, al igual que tampoco recibirá ningún tipo de incentivo de tipo económico o de otra

índole, únicamente la satisfacción de colaborar en el desarrollo de un sistema que ayudara a la prevención de infecciones.

Confidencialidad:

Los investigadores guardarán la información con códigos, y no se relacionarán sus opiniones con su persona. Si los resultados del estudio fueran publicados, le garantizamos que no serán mostrados ninguna información que permita la identificación de su persona. Le garantizamos que sus datos no serán mostrados a ninguna otra persona que no sea parte de la investigación sin su consentimiento.

Derechos del participante:

Si usted decide participar del estudio, debe conocer que tiene toda la potestad de retirarse en el momento que desee, o de no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. En el caso de que tuviera alguna duda adicional, por favor no dude en preguntar al personal del estudio, o llamar a la Lic. Chávez Cáceres, Ysabel Yael, Tel: 994442310 o Lic. Huarcaya Sihuincha, Pilar, Tel: 992171251

Acepto voluntariamente participar del presente estudio, comprendo el mismo, así como los beneficios a los que será sometido. También entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en el momento que yo desee, si así lo deseo.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello doy mi consentimiento para la realización de este.

FIRMA

DNI: