

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA Y  
PREVALENCIA DE LA INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL  
HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA - 2019

TESIS

Presentada por:

Lic. Carmen Yraida Guiza Ordoñez

Lic. Lissett Magaly Molina Oliveros

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con Mención en Adulto

TACNA - PERÚ

2021

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

Facultad de Ciencias de la Salud

**Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería**

**FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA Y  
PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS  
EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL  
HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA - 2019**

**TESIS**

Presentada por:

**Lic. CARMEN YRAIDA GUIZA ORDOÑEZ  
Lic. LISSETT MAGALY MOLINA OLIVEROS**

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:

**CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CRÍTICO CON MENCIÓN EN ADULTO**

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente jurado:

\_\_\_\_\_  
Dra. Carla Patricia Milagros Mori Fuentes  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Dra. Ruth Rosario Salinas Lunario  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Dr. Wender Florencio Condori Chipana  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar  
Asesora

## **AGRADECIMIENTO:**

A Dios por darnos el Don de la vida y la salud.

A nuestra Universidad por habernos permitido culminar nuestra tesis y sobre todo a la Dra. Ingrid María Manrique Tejada por su insistencia y apoyo.

A nuestra asesora que nos impulsó a culminar nuestra tesis, Dra. Elizabeth Huerta Tovar

Al hospital II EsSalud Moquegua por las facilidades brindadas

. Lissett y Carmen

A mi esposo Dayhan por su apoyo e ímpetu para la culminación de mi tesis, a mis padres Marcos y Luz por ser mi motivación de salir adelante y lograr mis metas.

Lissett.

A mis padres Juan y Carmen por la paciencia y el tiempo invertido para poder realizar mi tesis.

Carmen.

**DEDICATORIA:**

A nuestros hijos Esteffany, Abbie y Misael;  
Renato y Anette por ser nuestro impulso y fuerza  
para el logro y culminación de nuestra tesis, a  
todos los profesionales que apoyaron en el  
trabajo de investigación.

Lissett y Carmen.

## ÍNDICE

	Pág.
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	01
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO</b>	
1.1 Fundamentos y formulación del problema	03
1.2 Objetivos general y específico	10
1.3 Justificación	11
1.4 Formulación de la hipótesis	11
1.5 Operacionalización de variables	12
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la investigación	14
2.2 Bases teóricas	30
2.3 Definición conceptual de términos	71

<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>Pág.</b>
3.1 Método y diseño de la investigación	73
3.2 Población y muestra	73
3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	74
3.4 Procedimiento de recolección de datos	76
3.5 Procesamiento de datos	77
3.6 Consideraciones éticas	78
<b>CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS</b>	
4.1 Resultados	79
4.2 Discusión	108
<b>Conclusiones</b>	
<b>Recomendaciones</b>	
<b>Referencias Bibliográficas</b>	
<b>Anexos</b>	

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 01</b>	
A	Factores de riesgo de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva que presentan problemas digestivos del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.
	80
<b>Tabla 01</b>	
B	Factores de riesgo de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva que presentan problemas digestivos del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.
	81
<b>Tabla 02</b>	
	Incidencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.
	93
<b>Tabla 03</b>	
	Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.
	95
<b>Tabla 04</b>	
	Factores de Riesgo y su influencia en la incidencia y prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.
	97

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>Gráfico 01 A</b>	
Factores de riesgo de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva que presentan problemas digestivos del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.	84
<b>Gráfico 01 B</b>	
Factores de riesgo de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva que presentan problemas digestivos del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.	89
<b>Gráfico 02</b>	
Incidencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.	94
<b>Gráfico 03</b>	
Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.	96
<b>Gráfico 04</b>	
Factores de Riesgo y su influencia en la incidencia y prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.	100

## RESUMEN

El trabajo de investigación tuvo como **objetivo**: Determinar los factores de riesgo que influyen en la Incidencia y Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud – Moquegua 2019. **Metodología**: El estudio es de tipo Cuantitativo Descriptivo; Retrospectiva; Transversal. La población objeto de estudio, estuvo constituida por una población de 45 pacientes hospitalizados. **Los resultados fueron**: El único factor de riesgo que influye estadísticamente son los que presentan problemas digestivos con una  $p = 0,012 < \alpha = 0,05$  en los pacientes hospitalizados en la unidad de vigilancia intensiva. Se encontró que en un 95,6% de pacientes hospitalizados presentan incidencia y en 4,4% presentan prevalencias. **Conclusión**: Algunos Factores de riesgo si influyen en la incidencia y prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019.

**Palabras clave**: Factores de riesgo, incidencia, prevalencia

## ABSTRACT

The research work **aimed to:** Determine the risk factors that influence the Incidence and Prevalence of Intra-hospital Infections, in the Intensive Surveillance Unit of Hospital II EsSalud - Moquegua 2019.

**Methodology:** The study is of a Quantitative Descriptive type; Retrospective; Cross. The population under study consisted of a population of 45 hospitalized patients. **The results were:** The only risk factor that statistically influences are those with digestive problems with a  $p = 0,012 < \alpha = 0,05$  in patients hospitalized in the intensive surveillance unit. It was found that 95,6% of hospitalized patients present incidence and 4,4% present prevalences. **Conclusion:** Some Risk Factors do influence the incidence and prevalence of Intra-hospital Infections in the Intensive Surveillance Unit of Hospital II EsSalud Moquegua - 2019

**Keywords:** Risk factors, incidence, prevalence

## INTRODUCCIÓN

La importancia de las Infecciones Intrahospitalarias fue intuida por el profesional de la salud, incluso antes de que se lograra aislar la primera bacteria, posteriormente durante los primeros años de la era antibiótica, se llegó a pensar que podrían ser totalmente erradicadas. Sin embargo, no tan solo fue así, sino que cuantitativamente fueron en aumento, o en cuanto menos, su frecuencia no descendió y experimentaron cambios etiológicos substanciales, de forma gradual pero ininterrumpida hasta la actualidad.

Se llama Infecciones Intrahospitalarias a la contaminación de los pacientes hospitalizados pasados las 48 horas, afectados por microbios que se originan dentro de un hospital. La clínica se puede iniciar hasta 30 días después del alta hospitalaria, con bacteriología positiva o negativa.

El presente trabajo de Investigación titulado Factores de riesgo y su influencia en la incidencia y prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo y su influencia en la Incidencia y Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva, la población estuvo constituida por 45 pacientes, a quienes se aplicó el instrumento mediante un cuestionario de 22 preguntas.

Las Infecciones Intrahospitalarias es una preocupación en todo el mundo, que agrupa a un conjunto de enfermedades infecciosas que han sido adquiridas en un hospital o en una Institución Sanitaria Cerrada.

Los signos y síntomas se pueden mostrar entre las 48 y 72 horas del ingreso al hospital y esta se vincula con el transcurrir de la permanencia hospitalaria. Entonces no se puede considerar como intrahospitalaria las que se generan en el ingreso, pero si las que se presentan al alta del paciente, si se contamina durante el tiempo de hospitalización.

La incidencia de las Infecciones Intrahospitalarias se determina a la presentación de casos nuevos de enfermedades presentadas en los pacientes durante su estancia hospitalaria. Y se denomina prevalencia al porcentaje de pacientes hospitalizados con una enfermedad durante su estancia hospitalaria.

El presente trabajo de investigación está organizado en 4 capítulos, en el Capítulo I: corresponde al planteamiento del problema, en el Capítulo II: el Marco teórico, en el Capítulo III: la Metodología de la Investigación y en el Capítulo IV: los resultados y discusión; se finaliza con las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **1.1 Fundamentos y Formulación del problema**

Las Infecciones Intrahospitalarias son problemas de preocupación en todo el mundo, la denominación de infecciones intrahospitalarias o Nosocomiales agrupa a un conjunto heterogéneo de enfermedades infecciosas cuyo denominador común es el haber sido adquiridas en un hospital o en una Institución Sanitaria Cerrada. Clínicamente pueden iniciar sus manifestaciones a partir de las 48 – 72 horas del ingreso y su frecuencia está en relación con la duración de la estancia hospitalaria. Además, teóricamente, no se deben contabilizar como intrahospitalarias aquellas que se estaban incubando en el momento del ingreso y si, en cambio, las que se manifiestan al alta del paciente, si el contagio se produjo durante el periodo de hospitalización.

Las infecciones intrahospitalarias son problemas actuales y en constante evolución en todo el mundo. En las instituciones sanitarias de nuestro país habría un aparente desconocimiento de la magnitud del problema dado que no se ha encontrado información acerca de ella.

La importancia de las Infecciones Intrahospitalarias fue intuida por el profesional de la salud, incluso antes de que se lograra aislar la primera bacteria, posteriormente durante los primeros años de la era antibiótica, se llegó a pensar que podrían ser totalmente erradicadas. Sin embargo no tan solo fue así, sino que cuantitativamente fueron en aumento, o en cuanto menos, su frecuencia no descendió y experimentaron cambios etiológicos substanciales, de forma gradual pero ininterrumpida hasta la actualidad.

La incidencia de las Infecciones Intrahospitalarias se define como la relación entre el número de pacientes que a lo largo de su estancia adquieren una o más Infecciones Intrahospitalarias, y el número total de ingresos o altas durante el mismo periodo de tiempo.

Suele expresarse como porcentaje o relación por cada mil ingresos. El concepto de incidencia no discrimina entre el riesgo intrínseco de desarrollar una Infecciones Intrahospitalarias y la duración de la hospitalización.

Cientos de millones de personas en el mundo padecen infecciones adquiridas en establecimientos de salud. Países desarrollados: 5 a 10%

de los pacientes adquieren una o más infecciones. En los países en vías de desarrollo, el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) es 2 a 20 veces superior que en los países desarrollados y la proporción de los pacientes afectados por IAAS puede superar el 25%. En las unidades de terapia intensiva, las IAAS afectan aproximadamente al 30% de los pacientes y la mortalidad atribuida puede alcanzar el 44%. (1)

La incidencia global de Infecciones Intrahospitalarias permanece estable y oscila entre el 4% en los grandes hospitales universitarios y el 2,5% en hospitales no universitarios de menor tamaño, de los Hospitales de los EE.UU. las localizaciones más frecuentes de las Infecciones Intrahospitalarias son, en este orden, la infección urinaria, la del tracto respiratorio inferior, la de herida operatoria y la bacteriemia. La flora causante es muy variada y seguirá variando con el paso del tiempo.

Estas Infecciones Intrahospitalarias alargan las estancias hospitalarias un promedio de 5 a 10 días por episodio e incluso más en los casos de bacteriemia. Asimismo en las neuropatías intrahospitalarias, las que se ven agravadas con una alta mortalidad.

El estudio de las Infecciones Intrahospitalarias a lo largo del tiempo permite investigar donde se produce y que, ocasionalmente, se detectan el contagio a los pacientes hospitalizados, limitados en el tiempo y relativamente circunscritos en el espacio. Estas Infecciones Intrahospitalarias se contagian a los pacientes en estado de reposo y/o con Dependencia III, que suele mantenerse relativamente estable.

Desde hacía varias décadas muchos países cuentan con programas de vigilancia de la infección intrahospitalarias en sus hospitales, lo que les permite tener una información pertinente y actualizada sobre la misma. Sin embargo ésta no es la realidad en nuestro país, según algunos estudios, patrocinados por SALDIAS y colaboradores, y realizados en los últimos años, las cifras encontradas son en promedio similares a los niveles internacionalmente aceptados, pero es destacable que el grueso porcentaje recae el rubro de infecciones quirúrgicas, que se han reportado con índices de prevalencia que oscilaron entre 5 y 21%. (2)

En el Perú son escasos los centros que cuentan con un programa de vigilancia continua de la infección hospitalaria, el cual es el único que permite conocer la situación real de la infección en cada momento, así como desarrollar las medidas de prevención más adecuadas a cada caso. La vigilancia sistemática de la infección hospitalaria, a pesar de

ser más compleja y costosa, presenta varias ventajas sobre otros métodos, como los estudios de prevalencia, ya que nos permite detectar la aparición de brotes y evaluar permanentemente nuestros sistemas de control; constituye además, un sistema de eficiencia probada en el descenso de las infecciones intrahospitalarias. Por todo ello, los estudios de incidencia, como procedimientos metodológicos para el estudio de las infecciones nosocomiales, tienden en la actualidad a emplearse cada vez más, sustituyendo a otros. (2)

Las Infecciones Intrahospitalarias, constituyen un problema de salud pública por el aumento de mortalidad que producen en los pacientes hospitalizados y el incremento de costos de hospitalización por conceptos de estadía prolongada y uso de tratamientos especiales. La magnitud y características de las Infecciones Intrahospitalarias, sus tendencias en el tiempo y las acciones para modificarlas constituyen indicadores de calidad de atención a los pacientes y por lo tanto, de la gestión de los hospitales debido a que permiten mejorar la productividad de los establecimientos. (3)

Un valioso porcentaje de las Infecciones Intrahospitalarias se asocia con malas prácticas de atención a pacientes. El lavado de manos es la medida más importante para prevenir las Infecciones Intrahospitalarias;

sin embargo el personal de salud no le ha dado la importancia debida. Se han realizado esfuerzos para mejorar su cumplimiento, pero si logra cambios perdurables o duraderos. Esta situación ha llevado a implementar programas de prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias, donde la capacitación y la voluntad política son esenciales; el éxito de estas intervenciones requiere de la participación de un equipo multidisciplinario. El personal de Salud de Enfermería debe de participar en estos programas, entenderlos y aceptarlos.

Esta fuera de discusión la relevancia del recurso humano en la productividad de cualquier institución, virtualmente todo depende de lo que hagan las personas: toma de decisiones, administración de presupuesto, ejecución y producción.

La capacitación busca actualizar conocimientos, modificar prácticas de atención de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias y actitudes en las actividades de trabajo del personal que labora en la Unidad de Vigilancia Intensiva, procurando siempre que los contenidos de los programas educativos sean consistentes con las funciones y responsabilidades de cada grupo de profesionales o técnicos que forman parte del equipo de salud, se recomienda que la formación del personal de Salud de Enfermería sea continua en áreas técnicas, de

relación interpersonal y de solución de problemas reales, en el contexto de la misión y políticas de la institución, dentro de un plan coherente de desarrollo organizacional.

Los hospitales son una consecuencia del avance de la medicina moderna al permitir que pacientes más graves sobrevivan mayor tiempo gracias al desarrollo de dispositivos diagnósticos y terapéuticos más invasivos. El resultado es el desarrollo de infecciones secundarias adquiridas en el Hospital Nacional de Sur de Arequipa y que ocasionan no solo mayor morbi-mortalidad al paciente, sino también mayor gastos hospitalarios. Las Infecciones Intrahospitalarias Particulares que más prevalecen tenemos infección del Tracto Urinario en un 39.6%, Flebitis en un 37,3%, Neumonía Intrahospitalaria en un 11,9%. (4)

En el Hospital II de EsSalud Moquegua en la unidad de Vigilancia Intensiva se observa en el año 2008 las Enfermedades de las Infecciones Respiratorias e Insuficiencias Respiratorias, de tal manera que nos motivó a realizar el estudio de Investigación ¿Cuáles son los Factores de riesgo y su influencia en la incidencia y prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General.-**

- Determinar los factores de riesgo que influyen en la Incidencia y Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud – Moquegua 2019.

### **1.2.2 Objetivos Específicos.-**

- a) Identificar los factores de riesgo en la Infecciones Intrahospitalarias, en la Unidad de Vigilancia Intensiva.
- b) Identificar la incidencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en la Unidad de Vigilancia Intensiva.
- c) Identificar la prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en la Unidad de Vigilancia Intensiva.
- d) Establecer los factores de riesgo que influyen en la incidencia y la prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, o en la Unidad de Vigilancia Intensiva.

### **1.3 Justificación**

El Trabajo de Investigación se ve justificado por el incremento de Infecciones Intrahospitalarias, teniendo como consecuencia que el paciente dure más la estancia Hospitalaria, su recuperación sea más lenta y también incremente la mortalidad; es así que pretendemos que los resultados de dicha investigación sea una contribución al desarrollo de la ciencia, del estudio del problema, de las Infecciones Intrahospitalarias aportando alternativas de solución al equipo de salud y en particular al equipo del personal de Enfermería, entre ellas, la prudencia, sensibilidad y observancia de los protocolos de seguridad y asepsia, para evitar o disminuir las Infecciones Intrahospitalarias con aplicación y beneficio del paciente.

### **1.4 Formulación de la hipótesis**

Hi: Algunos Factores de riesgo si influyen en la incidencia y prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019.

Ho: Algunos Factores de riesgo no influyen en la incidencia y prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019.

## 1.5 Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>Factores de Riesgo en la Infecciones Intrahospitalarias</p>	<p>Los factores de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.(23)</p> <p>Causados por la actividad humana. Estos riesgos tienen un impacto menor que los naturales, pero pueden perdurar.</p>	<p>Predisposición y exposición a estos riesgos.</p>	<p>Sexo</p> <p>Estado nutricional</p> <p>Estilo de vida</p> <p>Antibioterapia</p> <p>Tiempo de estadía</p> <p>Venipuntura superficial</p> <p>Cateterismo venoso profundo</p> <p>Ventilación mecánica</p> <p>Oxigenoterapia</p> <p>Sonda Vesical</p> <p>Sonda de levine</p> <p>Alimentación Parenteral</p>	<p>Masculino - Femenino</p> <p>Bueno - Malo</p> <p>Bueno - Malo</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p> <p>Si - No</p>

			Diálisis y hemodiálisis Infección del tracto urinario Sepsis Infecciones respiratorias Infecciones de piel Problemas digestivos Infección de Oído Insuficiencia respiratoria Hepatitis C	Si – No Si – No Si - No Si - No Si - No Si – No Si - No Si - No Si - No
<b>Variable Dependiente:</b> Incidencia y Prevalencia en las Infecciones Intrahospitalarias	Incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.  Prevalencia examina casos existentes, casos repetidos de enfermedad. (29)	Incidencia          Prevalencia	$\text{Incidencia} \frac{\text{nuevos casos}}{\text{población total}}$          $\frac{\text{numero de casos}}{\text{población}} \times 100$	(1 al 45)          (1 al 45)

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la Investigación**

**Díaz C. (5)**, realizó el trabajo “Las Infecciones Nosocomiales, un problema vigente 2016”. Objetivo: Establecer la prevalencia de las enfermedades nosocomiales. Muestra: fue de 55 hospitales de 14 países. Una encuesta de prevalencia por la Organización Mundial de la Salud. Resultado: El 8,7% de los pacientes hospitalizados presentan infecciones nosocomiales. Conclusión las enfermedades nosocomiales causan la prolongación estancias hospitalarias.

**García M. y Chamorro J. (6)**, realizaron: el trabajo “Prevalencia de la Infección Nosocomial en Navarra”. Objetivo: Conocer la Prevalencia de la Infección Nosocomial en la Comunidad Foral de Navarra, a partir de los datos aportados por cada centro participante en el estudio del año 2015. La población formada por los hospitales de Navarra (05) y 02 clínicas privadas. Población: estudiaron todos los pacientes ingresados en estos hospitales y clínicas durante la segunda y tercera semana del mes de mayo del 2015. Del total de pacientes estudiados (1307) el

18,7% (245) presentaron al menos una infección en el momento de realizar el estudio. El 29,8% (73) la infección fue nosocomial, mientras que el 70,2% (172) fue adquirida en la comunidad. Conclusión: la vigilancia es un método eficaz para la prevención de infecciones nosocomiales. Dicho estudio demostró que la vigilancia de la infección y las actividades y Prevención y control se asociaban a un descenso de las tasas de infección.

**Valdés L. y Leyva T. (7)**, realizaron el trabajo “Prevalencia de Infecciones Asociadas a la asistencia Sanitaria en Hospitales Provinciales de Santiago de Cuba 2013”. Objetivo: Determinar la prevalencia de Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Método: estudio descriptivo y transversal en los centros hospitalarios provinciales de la ciudad de Santiago de Cuba, excluyéndose los 2 hospitales psiquiátricos. Resultados: Se revisaron las historias clínicas de 1546 personas. Donde las mayores tasas de prevalencia correspondieron a dos hospitales con el nº 7,4 y 7,0 infecciones por cada 100 pacientes ingresados correspondientes. Conclusión: la prevalencia de infecciones hospitalarias halladas se encuentra dentro del intervalo esperado en comparación con estudios previos.

**García H. y Martínez Á. (8)**, realizaron el trabajo “Epidemiología de las Infecciones Nosocomiales en una Unidad de Cuidados Intensivos neonatales 2014”. Objetivo: Registrar la Incidencia y el tipo de Infecciones nosocomiales, los microorganismos aislados y el perfil de susceptibilidad de estos en Recién Nacidos atendidos en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo prospectivo longitudinal durante un año. De 113 Recién Nacidos que presentaron Infección nosocomial, se registraron variables demográficas, uso de antibióticos antes del ingreso y de catéter venoso central; tipo de infección, microorganismo aislado y perfil de susceptibilidad. Resultado: Se registraron 149 infecciones nosocomiales, cuya incidencia fue de 37,7 por 100 egresos y su densidad de incidencia fue de 25,6 por cada 1000 días-paciente. Conclusión: La incidencia de la Infección Nosocomial fue similar a la informada en los países en desarrollo. La bacteriemia relacionada con la colonización del catéter venoso Central y los Gram Positivos fueron la Infección Nosocomial y los microorganismos casuales más frecuentes.

**Delgado H. y Suarez S. (9)**, realizaron el trabajo “Factores de Riesgo de Infección Intrahospitalaria en un Servicio de Neonatología 2012”. Objetivo: Determinar los Factores de Riesgo que influyeron en la

aparición de Infecciones Nosocomiales en un Servicio de Neonatología. Método: Fue un estudio analítico, retrospectivo, con el diseño de casos y controles. Universo compuesto por los 372 pacientes que egresaron del Servicio de Neonatología del Hospital en el año 2010. Los casos fueron los 76 neonatos fallecidos o no. Resultados: El 42,1% de los infectados tenían entre 1500 y 2499gr al nacer; los neonatos cuyas madres presentaron sepsis vaginal tuvieron más riesgo de padecer una infección (62,3%; OR: 5,9); el parto pre terminó (89,5%), la rotura prematura de membrana (22,4%), así como las maniobras invasivas fueron riesgos de Infección Intrahospitalaria. Conclusión: El parto pre término, el bajo peso al nacer, el uso de instrumentación y la sepsis vaginal en la madre fueron los principales factores de riesgo para la aparición de Infecciones Nosocomiales en neonatos.

**Castañeda F. y Valdespino M. (10)**, realizaron “Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en un Hospital de Segundo Nivel de Atención en México 2015”. Objetivo: Determinar la Prevalencia de infecciones nosocomiales en hospital de segundo nivel. Método: es un estudio transversal, observacional. Muestra: se calculó un tamaño para una proporción, se incluyeron pacientes hospitalizados con más de 48 horas de internamiento. Resultado: se encontró una prevalencia de 9,52%,

con una edad media de 46,59 años; 64,3% de los pacientes fueron del sexo femenino, 35,7% masculino, la prevalencia por servicio fue de 16,27% en Medicina Interna y 12,5% en Cirugía. Conclusión: 10 de cada 100 pacientes hospitalizados presentan infección nosocomial, comportamiento muy similar a lo reportado en la literatura médica.

**Ovidio V, Rodríguez J, Hernández N, Sánchez M, y García A. (11),** realizaron el trabajo; “Factores de riesgo, parámetros clínicos de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en un hospital, 2016”.  
Objetivo: Caracterizar factores de riesgo y parámetros clínicos de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en el Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Dr. León Cuervo Rubio de Pinar del Río, Cuba 2016. Método: es una investigación descriptiva y transversal. Universo: 330 pacientes que ingresaron con infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en la institución seleccionada tomándose como muestra 321 pacientes seleccionados por un muestreo aleatorio simple. Método: La información se obtuvo de las historias clínicas y el registro de estadística de pacientes con Infecciones Intrahospitalarias. Las variables clínico-epidemiológicas estudiadas fueron: edad, sexo, factores de riesgo, localización de la infección, servicio de procedencia, y microorganismo aislado. Resultados: Marcada prevalencia en mayores de 68 años y

sexo masculino (59,50%). La edad extrema fue el factor de riesgo más presente (33%), seguido de la ventilación (28%), la localización más frecuente de las IAAS fue la respiratoria (60%), el riesgo elevado se registró en la unidad de cuidados intensivos (37,69%) y el microorganismo más aislado fue la Escherichia coli.

**Aguilera J, C; Fonseca J; González P; Rosabal D. y Marin M. (12),** realizaron el trabajo “Infección relacionada con los cuidados sanitarios en la unidad de cuidados, Cuba 2016”. Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con infección relacionada con los cuidados sanitarios en la unidad de cuidados intensivos del Hospital provincial general docente “Carlos Manuel de Céspedes”, de Bayamo, Granma, Cuba en el período comprendido desde el 1 ro de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2016. Método: un estudio descriptivo y retrospectivo. De 556 pacientes ingresados, 47 (8,6%) cumplieron los criterios de infección asociada a cuidados sanitarios. Se seleccionaron variables como: edad, sexo, tipo de paciente, evolución final, localización de la infección, gérmenes aislados, cultivos indicados, factores de riesgos relacionados y tiempo de aparición de la enfermedad. Para el análisis estadístico se utilizaron como medidas de resumen el porcentaje, la razón, la proporción; la media aritmética y la desviación estándar. Resultados: La infección se

desarrolló con mayor frecuencia en enfermos entre los 66 y 75 años (23,4 %). Hubo ligero predominio del sexo femenino (51,1%). El paciente quirúrgico fue el más afectado (66,0%). La neumonía asociada a ventilación (46,8%) fue la localización más frecuente. Existió predominio de los gérmenes gramnegativos, entre ellos el *Enterobáctér sp.* (28%). Se indicaron 67 cultivos, 54 de ellos fueron positivos. La sonda vesical (80,9%) constituyó el factor de riesgo fundamental. El mayor número de infecciones apareció entre el primer y el quinto día de ingreso (42,6%). Fallecieron seis pacientes (12,8%).

**García H; Torres J; Peregrino L. y Cruz M. (13)**, realizaron el estudio: “Factores de riesgo asociados a infección nosocomial (IN) en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de tercer nivel, México 2013”. Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a IN en una UCIN de tercer nivel. Método: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte. Se registraron las siguientes variables: edad gestacional, peso al nacer, catéter venoso central (CVC) y otros dispositivos, malformaciones congénitas, cirugía, ventilación mecánica (VM), uso de esteroides y bloqueantes H2, estancia hospitalaria, tipo de infección y microorganismo causal. Resultados: Se incluyeron 188 recién nacidos (RN) en el grupo de casos (con IN) y 192 controles

(sin IN). La infección más frecuente fue la sepsis (34,8%) y el principal microorganismo, *Staphylococcus coagulasa negativa* (37,2%).

Los factores de riesgo independientes fueron: CVC (razón de momios [RM]: 7,3; intervalo de confianza [IC] 95%: 2,3-22,8), estancia en la UCIN > 14 días (RM: 3,4; IC 95%: 1,7-6,7), inhibidores de acidez gástrica (RM: 2,3; IC 95%: 1,2-4,2), número de cirugías ( $\geq 2$ ) (RM: 3; IC 95%: 1,1-7,9) y VM > 7 días (RM: 2,1; IC 95%: 1,1-4,2). Conclusiones: Algunos factores de riesgo para IN encontrados son similares a los reportados previamente, con excepción del número de cirugías, que no se había reportado en otros estudios.

**Salcedo C; Companioni N; Villarreal P; Reyes E, Gayardo Y. (14),** realizaron el trabajo; “Infección nosocomial en una unidad de cuidados intensivos pediátrica, Cuba 2016”. Objetivo: Conocer el comportamiento de la infección nosocomial (IN) en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Método: es un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCIP del Hospital Pediátrico Provincial Docente de Sancti Spíritus que adquirieron una IN en dicha unidad, en cinco años de estudio, determinando los porcentajes, las tasas de incidencia y de letalidad. Resultados: la tasa promedio de IN fue de 6 por cada 100 egresos, fueron más afectados los niños menores de 1

año. Los factores de riesgo más prevalentes fueron las enfermedades neurológicas crónicas (11,4%), cardiopatías (5,7%), inmunodeficiencias de diferentes causas (4,7%), así como la malnutrición (4,7%). La infección nosocomial se relacionó en 67,9% al acceso venoso central y la infección respiratoria a la intubación endotraqueal en 54,2%. Predominaron los gérmenes Gram negativos, falleciendo por infección nosocomial 5 pacientes.

**Pérez I; Fernández A; Olivera Y; Puig Y. y Rodríguez A. (15),** realizaron el estudio de “Infecciones Nosocomiales y Resistencia Antimicrobiana, Cuba 2015”. Objetivo: Describir el comportamiento de las infecciones nosocomiales y la resistencia antimicrobiana. Método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal en la Terapia Intensiva del Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Dr. Joaquín Albarrán”, de enero de 2015 a diciembre de 2016. De 231 pacientes sospechosos de infección nosocomial, se seleccionaron 64 en 2015 y 51 en 2016. Se analizaron las variables: perfil al ingreso, estadía, infecciones nosocomiales, antimicrobianos, gérmenes, y estado al egreso. Para el análisis estadístico se construyó una base de datos en SPSS, se determinaron las medidas de resumen. Con el cálculo del estadígrafo chi cuadrado se asociaron algunas variables y se analizó el estado al egreso. Se consideró significativo si  $p \leq 0,05$ . Resultados: La

neumonía asociada a la ventilación fue la más frecuente de las infecciones nosocomiales, causada por la *Klebsiella* spp, seguida por la bacteriemia ocasionada por el *Staphylococcus* spp y las infecciones del tracto urinario por la *E. coli*. Predominaron los pacientes fallecidos con infecciones polimicrobianas, y estadía prolongada. En el periodo analizado más de 40% de los antibióticos usados mostraron resistencia in vitro, excepto la vancomicina y la colistina. El meropem fue el antibiótico más empleado.

**Suárez B; Valdés O; Manzano R; Rodríguez Y; Delgado E. y Llanes M. (16)**, realizaron el estudio; “Infección asociada a los Cuidados sanitarios en una unidad de Cuidados Intensivos, año 2016”. Objetivo: Describir el comportamiento clínico y epidemiológico de los pacientes con infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios. Método: se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal en la unidad de cuidados intensivos polivalentes del Hospital Docente Iván Portuondo, de San Antonio de los Baños, durante el periodo septiembre - noviembre del año 2016 en Cuba. El universo de estudio fue de 79 pacientes y la muestra quedó conformada por 70 pacientes según los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: la incidencia de las IRCS fue de 18,6 por cada 100 pacientes. Predominó el grupo de edad de 78 años y más, del sexo masculino. El uso de sonda vesical fue el factor

de riesgo más frecuente. El mayor número de pacientes que se admitieron fueron de los servicios de urgencias y presentaron respuesta inflamatoria sistémica. Predominaron los gérmenes gram negativos y la principal fuente de aislamiento fueron los hemocultivos. Elevados patrones de resistencia in vitro a cefalosporinas de tercera. La bacteriemia secundaria a foco desconocido y la neumonía asociada a la ventilación fueron las IRCS de mayor incidencia. El valor predictivo de riesgo de muerte por score APACHE II no coincidió en su totalidad con la letalidad real.

**Serrano M; Barcenilla F; Limón E. y Pujol M. (17)**, realizaron el estudio “Prevalencia de infección relacionada con la asistencia sanitaria en centros sanitarios de cuidados prolongados de Cataluña. Programa de Vigilancia de la Infección Nosocomial en Cataluña, durante el periodo 2013-2015”. Objetivo: Determinar la prevalencia de las IRAS en los CSCP de nuestro medio. Método: Durante el periodo 2013-2015 se realizaron 2 estudios anuales de prevalencia siguiendo las definiciones y metodología del estudio Healthcare-associated infections in long-term-care facilities (*HALT*). Resultados: La muestra final fue de 28.360 pacientes. La prevalencia de IRAS en los datos agregados fue de 10,2%. Las unidades de subagudos, con un 22,3%, y paliativos, con un

18,7%, fueron las que presentaron un mayor porcentaje de infecciones. Las infecciones más frecuentes fueron las respiratorias (35,8%) y las urinarias (35,8%).

**Montenegro B; Tafur R; Díaz C. y Fernández J. (18)**, realizaron el estudio de “Infecciones intrahospitalarias del Tracto Urinario en Servicios críticos de un hospital público de Chiclayo, Perú 2016”. Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas y susceptibilidad antimicrobiana en pacientes con infección del tracto urinario intrahospitalaria en los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Almanzor Aguinaga senjo durante el 2011-2016. Material y Método: Estudio de serie de casos donde se revisó la historia clínica de cada paciente con infección del tracto urinario nosocomial y se identificaron características clínicas, epidemiológicas y susceptibilidad antimicrobiana de los urocultivos positivos. Resultados: Se recolectaron 82 urocultivos positivos, el 62,2% de los pacientes tuvieron de 60 años a más, el diagnóstico etiológico de ingreso al área crítica más frecuente fue enfermedad cerebro vascular (40,2%) y la comorbilidad más asociada fue hipertensión arterial (45,1%).

El microorganismo aislado más frecuente fue E.coli (32,9%), siendo la mayor resistencia microbiana a betalactámicos (96,7%) y la mayor sensibilidad a aminoglicósidos (50,8%). La familia antibiótica de cefalosporinas de tercera generación fue la más usada previo al diagnóstico de infección urinaria nosocomial (56,0%). Conclusiones: E.coli es el microorganismo más aislado en urocultivos de infección del tracto urinario nosocomial, la resistencia a beta-lactámicos en áreas críticas es elevada y se observa alta sensibilidad a aminoglicósidos.

**Llanos K y Perez R. (19)**, realizaron la tesis “Frecuencia de infecciones nosocomiales en unidades de observación de emergencia de dos hospitales de tercer nivel del Perú, en el año 2016”. Objetivos: Medir la frecuencia de infecciones nosocomiales en salas de observación del servicio de medicina interna en emergencia durante un tiempo de 5 días e identificar los factores más frecuentes asociados en los pacientes con IN en el Hospital Cayetano Heredia y Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Materiales y Métodos: Estudio de “Prevalencia de periodo”, utilizando datos obtenidos de las historias clínicas de pacientes que se encuentran hospitalizados en observación del servicio de medicina interna en Emergencia Hospital durante un periodo de 5 días realizado. Resultados: Se encontró una frecuencia de 8,06 % de infecciones

nosocomiales en salas de emergencia de medicina de ambos hospitales. Además, se relacionaron como factor de riesgo los días de estancia hospitalaria, ventilación y edad del paciente ( $p < 0,001$ ). Conclusiones: Se estimó que la frecuencia de las infecciones nosocomiales en los servicios de emergencia de ambos hospitales en 8,06%, la cual es casi 4 veces lo reportado como prevalencia puntual en Perú en el año 2016. Se encontró como factor de riesgo significativo los días de estancia hospitalaria, ventilación y edad que son comunes en nuestro medio.

**Távora S; Villena R. y Muro I. (20)**, realizaron el trabajo: “Conocimiento de las enfermeras sobre Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, Perú 2017”. Objetivo: Describir el conocimiento de las enfermeras sobre las infecciones intrahospitalarias. Método: Estudio de tipo cuantitativo descriptivo simple, realizado en un hospital de Nivel III-1, la muestra censal se constituyó por 165 enfermeras, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado de 36 reactivos, los datos se analizaron con estadística descriptiva. Resultados: Del total de encuestados 88% tuvieron conocimiento global correcto sobre IIH. En la dimensión conocimiento sobre aspectos básicos de IIH la proporción de conocimiento correcto fue 90%, en la dimensión prevención específica sobre IIH alcanzó 79% y en la

dimensión de conocimiento sobre precauciones estándar se obtuvo 95%. Se identificaron aspectos del conocimiento de la prevención específica de IHH comunes que requieren mejorar mediante capacitación incesante.

**Saiz M; Romero D. y Abad F. (21)**, realizaron el estudio: “Infecciones como causa de ingreso Urgente en adultos en un Hospital Terciario, 2017”. Objetivo: Estudiar la prevalencia de las enfermedades infecciosas que son atendidas en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) y que requieren ingreso hospitalario, así como identificar los principales agentes causales y describir el tratamiento y evolución de los pacientes. Método: Estudio observacional retrospectivo que evalúa todos los pacientes que requieren ingreso urgente en un hospital terciario durante el mes de marzo de 2016 Madrid (España). Se recogieron como variables: enfermedades concomitantes, agentes causales, cultivos realizados, resistencias antibióticas y tratamiento prescrito. Resultados: Las infecciones se clasificaron en: urinarias, respiratorias, intraabdominales, infección de piel y partes blandas, neurológicas, y otras. Resultados: Ingresaron un total de 903 pacientes durante este periodo. De estos, se consideró que el 36,2% podían tener una causa infecciosa. La edad media fue de 72,3 años y la estancia media en el hospital de 9,6 días. Las infecciones predominantes fueron

respiratorias (47,2%), urinarias (19%) e intraabdominales (18,1%). El 46,5% de las pruebas microbiológicas fueron positivas, siendo E. coli el principal agente causal (22,3%). Los perfiles de sensibilidad de los aislados fueron similares a los esperados, excepto para K. pneumoniae (50% resistente a fluoroquinolonas y amoxicilina-clavulánico). Los antibióticos predominantemente prescritos fueron  $\beta$ -lactámicos (51,2%) y fluoroquinolonas (25,1%). La mortalidad fue del 7,3%, siendo la edad y presentar criterios de sepsis factores de riesgo asociados.

Conclusiones: Las infecciones son una de las principales causas de ingreso hospitalario y suponen un alto porcentaje de la atención sanitaria que se presta en el SUH. Nuestro estudio demuestra que la edad y los criterios de sepsis son factores cruciales asociados a la mortalidad de los pacientes. Este es el primer estudio que analiza cuantos ingresos a través del SUH se deben a una causa infecciosa.

**Duarte F. y Baeza F. (22)**, realizaron el trabajo: “Incidencia y factores de riesgo asociados a infección nosocomial en Cardiocirugía Pediátrica, 2016”. Objetivo: Fue determinar la incidencia y los factores de riesgo de las infecciones nosocomiales. Métodos: estudio clínico descriptivo, prospectivo, en un hospital de tercer nivel durante un año. Se calculó: la tasa de incidencia, incidencia acumulada y por dispositivos utilizados. Se

aplicó el programa EPIDAT 2004 versión 3.1 OPS para la obtención de Chi cuadrada con corrección de Yates para obtener p con una confianza del 95%, alfa de 0.05 con un grado de libertad, se estimó odds ratio (OR).

Se llevó a cabo la identificación de microorganismos, su sensibilidad y resistencia a los antibióticos. Resultados: se calcularon las tasas de: incidencia, incidencia acumulada, mortalidad, letalidad de infectados de y no infectados. Las neumonías con el 44,4%, asociada a ventilación mecánica 74%, sonda nasogástrica 100%. Los microorganismos más frecuentemente aislados: Acinetobacter baumannii, Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis y Pseudomonas aeruginosa con elevada resistencia a los antibióticos. Conclusiones: los pacientes pediátricos sometidos a cardiocirugía tienen riesgo elevado de infección, los de cardiopatías cianógenas tienen 5 veces más el riesgo. Se observa una asociación estadística significativa con infección el uso de sonda nasogástrica y cánula orotraqueal, el riesgo aumenta a mayor estancia hospitalaria. Los pacientes infectados tienen 4 veces más el riesgo de muerte.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1. Factores de Riesgo de las Infecciones Intrahospitalarias**

#### **Factor de Riesgo.-**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar el sexo, edad, nivel socioeconómico, estado nutricional y estilo de vida. (23)

En epidemiología es útil considerar una estructura probabilista para hacer inferencias causales. En contraste con los modelos deterministas, esta concepción incorpora elementos como la gran variabilidad que caracteriza los sucesos biológicos y la capacidad limitada del profesional de conocer u observar el proceso causal. Por ello, en epidemiología se ha incorporado el término factor de riesgo para indicar cualquier variable asociada a la probabilidad de desarrollar una enfermedad determinada. (24)

## **INFECCIONES HOSPITALARIAS**

**Definición:** Las infecciones hospitalarias, conocidas también como intrahospitalarias, se definen como aquellas que ocurren en pacientes hospitalizados en quienes la infección no estaba presente (ni en periodo de incubación) en el momento del ingreso. En caso en que el periodo de incubaciones desconocido, la infección es considerada hospitalaria cuando se desarrolla después de la admisión del paciente. También es considerada hospitalaria cuando es contraída después del alta, siempre que pueda relacionarse con la hospitalización o los procedimientos hospitalarios.

Para algunos autores la infección hospitalaria es una enfermedad iatrogénica resultante de medidas terapéuticas o de diagnóstico, por cuanto el origen de estas infecciones está en actuaciones sanitarias ya sean inadvertidas o por inhibiciones de actos higiénicos. En este marco es importante tener en cuenta que el paciente hospitalizado es atendido por una multiplicidad de personas y que los procesos iatrogénicos abarcan a todo el personal que atiende al enfermo e inclusive a la estructura social hospitalaria, pudiéndose afirmar que la infección hospitalaria es

responsabilidad de la institución misma. El Hospital, además de razones éticas y científicas está obligado a prevenirlas también por razones económicas de prestigio y legales.

Los avances científicos, el uso inadecuado de antimicrobianos y la práctica excesiva de procedimientos invasivos, ya sea para fines diagnósticos o de tratamiento, han hecho que la incidencia de las infecciones intrahospitalarias haya alcanzado niveles muy elevados, con el consiguiente aumento de tiempo de hospitalización, de los costos hospitalarios y de los índices de morbimortalidad. Estas cifras justifican el conocimiento y la elaboración de una evaluación de las medidas preventivas de actuación en las etapas de la cadena epidemiológica.

Mediante la comprensión del fenómeno epidemiológico de la infección intrahospitalaria se puede evaluar el problema y poner en práctica más objetivamente las medidas de prevención y control.

## **Infecciones Intrahospitalarias.**

Aquellas causadas por gérmenes hospitalarios, adquiridos por los pacientes después de las primeras 48 horas de ser hospitalizados y que pueden iniciar las manifestaciones clínicas hasta 30 días después del alta hospitalaria, con o sin confirmación bacteriológica.

### **Criterios:**

Existen criterios generales que permiten catalogar una infección como una infección intrahospitalaria. Estos criterios incluyen:

- Cuando en el mismo lugar donde se diagnosticó una infección se aísla un germen diferente, seguida del agravamiento de las condiciones clínicas del paciente, la infección debe considerarse intrahospitalarias.
- Cuando se desconoce el periodo de incubación del microorganismo y no hay datos clínicos ni del laboratorio de infección en el momento de la admisión, se considera infección intrahospitalaria toda manifestación clínica de infección que se presenta al cabo de 72 horas después de la admisión.

- Se considera intrahospitalaria todas las infecciones que se manifiestan antes de que transcurran 72 horas desde el momento de la hospitalización, cuando se relacionan con procedimientos diagnósticos o terapéuticos, realizados después de dicha hospitalización.
- Las infecciones en los recién nacidos son infecciones intrahospitalarias, salvo las transmitidas a través de la placenta. Cada indicador epidemiológico de infección intrahospitalaria está vinculado a una serie de posibles causas relacionadas con la asistencia cotidiana que se presta a los pacientes en los hospitales. Estas causas se relacionan básicamente con los procedimientos invasivos (diagnóstico y terapéutico) que están presentes en todo procedimiento y el cuidado que el equipo multidisciplinario presta a los pacientes. Se estima que solo la tercera parte de las infecciones intrahospitalarias se pueden evitar; las demás dependen de las condiciones intrínsecas de los pacientes.

**Origen:**

El origen de las infecciones intrahospitalarias puede estar ubicado en:

- El enfermo, el cual representa un riesgo para los otros pacientes y para el personal del hospital. Se constituye en una cadena epidemiológica (ej. Sarampión, tuberculosis, hepatitis) que fácilmente puede pasar de un enfermo a una persona sana;
- El personal que labora en el hospital, que pueden ser portadores sanos o medio para la cadena de infección;
- Las condiciones del medio ambiente hospitalario, lo que incluye;
  - Factores físico-químicos: temperatura de sala de planchado, concentración de gases y vapores en revelado (rayos x), anestesia y radiaciones ionizantes de la humedad;
  - Factores microbianos del área hospitalaria que pueden constituirse en medio de contagio: material renovable, material de desecho;
  - Factores iatrogénicos: manipulación e infección alimentaria, pre descripción;
  - Factores administrativos: dotación de materiales, de personal, del funcionamiento de servicios generales pueden definir las condiciones de aparición de la infección.

### **Causas de Infección Hospitalaria:**

Hay que tener presente que todo individuo es portador en potencia de organismos patógenos y por lo tanto fuente de infección. Se considera causa de infección:

- Las condiciones higiénicas tanto personales como ambientales; actitud del personal hacia prácticas preventivas individuales, de los objetos que están en contacto con el paciente (sondas, sábanas, cremas) y el mismo paciente por la flora microbiana de la piel y mucosas;
- Las deficiencias inmunológicas naturales del paciente que pueden ser aumentadas por diferentes razones: edad (principalmente cuando es extrema, como recién nacidos o ancianos), factores respiratorios (hábito de fumar), cutáneos (heridas traumas), cuerpos extraños (catéteres, sutura, prótesis);
- Las alteraciones producto de la enfermedad pueden ser causa de infecciones. Ej.: diabetes, insuficiencia renal;
- Las alteraciones producto de la terapia que están relacionadas con procedimientos invasivos (diagnósticos y terapéuticos), y que están presentes en todos los procedimientos y cuidados

que el equipo multidisciplinario presta a los pacientes. También son ejemplos de este grupo, la terapia de cobalto y radio o de medicamentos que disminuyen las defensas inmunitarias del paciente.

- El uso inadecuado de quimioterápicos y de antibióticos, los cuales pueden destruir la flora normal del individuo y lo expone a la infección por cepas del hospital.
- La contaminación de fluidos que se administran al paciente hospitalizado que puede ser causado por el empleo de técnicas inadecuadas en la preparación de las mezcla, en la manipulación o en la aplicación del producto.

### **Proceso de Infección:**

Las infecciones se originan cuando hay interacción entre agente infeccioso y el huésped a través de un medio a transporte. Este fenómeno se conoce como cadena de Infección en la que el agente el huésped y el trasmisor son sus componentes. El agente contaminante puede ser bacteria, hongo, protozoo o virus; aunque la mayoría de las infecciones hospitalarias son causadas por bacterias y hongos. El desarrollo de procesos infecciosos depende en gran parte de la patogenicidad y virulencia del

microorganismo, del número de microorganismos o dosis del agente y del tipo de exposición o contacto que se tenga. El huésped, segundo elemento en la cadena de infección, es la víctima en el que se producirá el proceso infeccioso. De no existir un huésped susceptible, la infección no se produciría, por muy virulento que sea el microorganismo y por muy elevada que sea la dosis del agente patógeno. La inmunidad, sensibilidad y estado de salud y nutricional del individuo influyen en el desarrollo de la infección, por estar estos factores ligados al desarrollo de las defensas del organismo. El tercer y último elemento necesario para que se produzca la infección es el trasmisor del microorganismo a la víctima. Varios agentes infecciosos pueden transmitirse por: a) contacto directo con pacientes que han adquirido previamente la infección; b) con objetos inanimados pero contaminados; c) por transmisión aeróbica, la cual es común en agentes capaces de vivir en el aire y es inhalado por un huésped susceptible; d) a través de vehículos inanimados, tales como alimentos o medicamentos que sirven de medio de transmisión de los agentes infecciosos. (25)

Para ver causas de Infección Hospitalaria Intencionada:

- Contacto con una colonia de microorganismos patógenos arraigados en una instalación hospitalaria.
- Un tratamiento inseguro.
- Compartir un vial contaminado.
- La madre en momento de parto.
- Visitantes portadores de una infección trasmisible mediante contacto o por el aire.
- El propio personal sanitario que asiste al enfermo.
- Una instalación hospitalaria demasiado antigua y difícil de esterilizar.

Impacto de la infección hospitalaria está muy estudiado gracias a informes estadísticos en pacientes graves, en especial a los que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que son unos de los lugares de contagio más habituales, al estar estos enfermos con su Sistema Inmunológico especialmente debilitado por motivo de la dolencia que les hace ingresar.

## **ESTRATEGIAS PREVENTIVAS**

Algunos microorganismos infecciosos			
<b>Dominio</b>	<b>Microorganismo</b>	<b>Medios o factores de transmisión</b>	<b>Síntomas</b>
Bacteria	Klebsiella pneumoniae	Por el aire	Infección en la orina
Bacteria	Escherichia coli	Fecal, oral	Colitis, fiebre alta
Bacteria	Pseudomonas aeruginosa	Agua, zonas húmedas	Infección en la orina, vías respiratorias, sangre, muerte
Bacteria	Staphylococcus aureus	Convalecencia	Infección de la piel
Hongo	Candida albicans	Convalecencia	Problemas digestivos
Hongo	Aspergillus	Lugares Húmedos	Infección de oídos
Virus	Virus sincitial respiratorio	Por contacto	Insuficiencia respiratoria en niños
Virus	Rotavirus	Fecal, oral	Gastroenteritis
Virus	VHC genotipo 1b	Transfusión de sangre	Hepatitis C
Virus	VIH	Transfusión de sangre	Sida

Existen algunos métodos aplicables, que pueden permitir reducir el número de afectados por esta afección.

- **Distanciar a los pacientes de los focos de contagio.**

Minimizar la presencia de visitantes y pacientes en los hospitales, al mínimo imprescindible, extendiendo la asistencia médica al domicilio del enfermo, puede evitar o reducir el contagio con otros enfermos, visitantes o puntos de

infección intrahospitalario, siempre que, las características del paciente, el tipo de intervención, pronóstico y condiciones de su dominio lo permitan. También puede requerir la visita ocasional del paciente a su centro de salud, o la colaboración de un familiar o sanitario particular en el hogar.

- **Recopilación de datos y análisis**

Analizar las características del proceso de hospitalización actual en la sanidad es un paso importante que puede establecer indicadores estadísticos sobre las causas a evitar (EAs).

Refuerzo de la profesionalización del personal sanitario:

Otro factor de prevención es disminuir las rotaciones de personal sanitario (eventualidad, sustituciones y cambios de turno), para que de esta manera también se reduzca la presión asistencial y permita a los profesionales del sector atender a la prudencia, sensibilidad y observancia de los protocolos de seguridad y asepsia.

- **Consecuencias Judiciales**

- Agentes implicados en la infección hospitalaria.
- Pacientes y visitantes de un hospital, o centro de salud.

- Personal médico sanitario.
- Equipo gestor y directivo de clínica u hospital, y sus propietarios.
- Autoridad administrativa europea, estatal, autonómica y municipal.
- Proveedores de material sanitario e industria farmacéutica.
- Constructores y diseñadores de instalaciones y medios hospitalarios.

El problema afecta a toda la comunidad hospitalaria (personal sanitario, administración y pacientes), pero de manera desigual a cada uno.

- **Ámbito del paciente:**

Para un paciente infectado por este contagio, no resulta fácil probar que su praxis médica, ya que desde el momento real del presunto contagio, hasta su correcta detección, puede pasar años, y el paciente recurrir mientras tanto a diversos tratamientos y hospitales, ignorante del estado real de su salud.

- **Ámbito del profesional de la salud:**

Tampoco resulta sencillo para un médico o personal sanitario, garantizar que su labor esté libre de posibles riesgos de contagio para sus pacientes, y resulta obligado, por tanto, extremar el tratamiento de la deontología aplicable, siguiendo siempre métodos protocolizados contrastados, una disciplina sanitaria comprobada y al pie de la normativa legal aplicable.

- **Ámbito de la Administración:**

Para el Estado o Administración Sanitaria, también existe el riesgo de ser condenados por los tribunales de justicia por este motivo. La jurisprudencia permite establecer el principio de responsabilidad de culpa, por infecciones contraídas o reactivadas por el medio hospitalario. (26)

## **MICROORGANISMOS MÁS FRECUENTES AISLADOS EN INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

### **Bacterias:**

- **Staphylococcus aureus (estafilococo):**

Es una bacteria que se encuentra en la piel y fosas nasales de las personas sanas, que causa gran variedad de infecciones, desde infecciones menores de la piel (forúnculos, ampollas, vejigas) y abscesos cutáneos hasta enfermedades que pueden poner en riesgo la vida como neumonía, meningitis, endocarditis, síndrome del shock toxico y sepsis.

- **Escherichia coli:**

Es una bacteria que se encuentra generalmente en los intestinos animales, incluido el humano, y por ende en las aguas negras. Esta y otras bacterias son necesarias para el funcionamiento correcto del sistema digestivo. Además produce vitamina B y K. Es un Bacilo que reacciona negativamente a la tinción de Gram, es anaerobio facultativo, móvil por flagelos periticos (que rodean su cuerpo), no forma esporas, es capaz de fermentar la glucosa y la lactosa y su prueba de IMVIC es +++-. Es una bacteria utilizada frecuentemente en experimentos de genética y biotecnología molecular.

- **Enterobacter spp:**

Son patógenos nosocomiales oportunistas que están causando infecciones hospitalarias con un máximo de 5% en septicemias adquiridas, 5% de las neumonías nosocomiales, y el 10% de los casos la peritonitis postquirúrgica. Estas bacterias también tienen alguna utilidad para los seres humanos, por ejemplo, *Enterobacter cloacae* se utiliza en el control biológico de enfermedades de las plantas.

- ***Pseudomonas aureginosa*:**

Es una bacteria Gram-negativa, aeróbica, con motilidad unipolar. Es un patógeno oportunista para los humanos, *P. aeruginosa* lo es también para las plantas. Como otros *Pseudomonas*, *P. aeruginosa* secreta una variedad de pigmentos, como piocianina (azul verdoso), fluoresceína (amarillo verdoso fluorescente), y piorubina (rojo pardo).

- ***Acinetobacter baumannii*:**

Ha emergido como un patógeno intrahospitalario de la mayor relevancia mundial. *A. baumannii* puede ser agente causal de infecciones como neumonía, bacteriemia, meningitis, infecciones del tracto urinario y de partes blandas, asociándose a la alta mortalidad.

## **Virus:**

- **Virus Sincial:**

Es un virus de cadena simple de ARN en sentido negativo de la familia de los Paramixovirus, la cual incluye virus respiratorios comunes como los que causan Sarampión y Parotiditis. El Virus Sincial es miembro de la subfamilia de Pneumovirus.

El Virus Sincial causa infección del tracto respiratorio en pacientes de todas las edades. Es la causa mayor de infecciones al tracto respiratorio durante la infancia y la niñez. En los climas templados es una epidemia anual durante los meses de invierno. En climas tropicales la infección es más común en la temporada de lluvias.

- **Adenovirus:**

Los Adenovirus generalmente son estables contra agentes químicos y físicos, y en condiciones de pH adversas. Pueden sobrevivir por tiempo prolongado fuera del cuerpo. Más comúnmente, los adenovirus causan una enfermedad respiratoria; sin embargo, también pueden causar otras enfermedades como gastroenteritis, conjuntivitis, cistitis y

sarpullidos, dependiendo del serotipo de adenovirus que cause la infección. Los síntomas de la enfermedad respiratoria causados por la infección de Adenovirus pueden pasar del síndrome de resfriado común a una neumonía, tos perruna y bronquitis. Los pacientes con sistemas inmunes comprometidos son especialmente susceptibles a complicaciones graves de la infección por adenovirus.

- **Enterovirus (rotavirus):**

Es un género de virus pertenecientes a la familia Reoviridae. Se han identificado siete grupos, tres de los cuales (grupo A, B y C) infectan a los humanos. El grupo A es el más común y el más esparcido. Estos causan vómitos y diarrea y son los más comúnmente causantes de diarrea severa en los infantes.

### **Hongos:**

- **Cándida:**

Es un hongo que en los últimos diez años registra una exponencial difusión en los grandes centros de salud. Los hábitos de vestimenta, el uso irracional de antibióticos y el

aumento de pacientes inmunocomprometidos favorecen las condiciones en las cuales la Cándida prolifera. En la actualidad, el contagio intrahospitalario es uno de los más grandes desafíos de la infectología. Cándida es un hongo que habita en alrededor del 50 por ciento de la población sana. Se localiza preferentemente en la piel y el tubo digestivo. Bajo ciertas condiciones que provocan un desequilibrio ecológico de la biota o flora del organismo humano, y también animal, proliferan y provocan una enfermedad llamada candidiasis.

(27)

### **Factor de Riesgo de Infecciones Intrahospitalarias.-**

Las infecciones intrahospitalarias están condicionadas por tres factores: el agente etiológico, la transmisión y el huésped.

Por parte del individuo, la evolución del proceso infeccioso está determinada por la resistencia, el estado nutricional, el estrés, la edad, el sexo, días de internación y la patología de base a la cual se debe su internación.

Mientras que por parte del agente influyen características como la inefectividad, y la virulencia. Además el personal encargado de los pacientes ha sido identificado como reservorio y vector de

brotos de infecciones intrahospitalarias, es así que, acciones rutinarias de los mismos como: la técnica y la vigilancia sobre los procedimientos que se lleva a cabo sobre el paciente (p. ejem: cateterismo venoso, sondaje vesical junto a manipulación de vías urinarias, entubación endotraqueal, etc.), vigilancia sobre terapia farmacológica, y en general técnicas de asepsia y antisepsia en todo procedimiento son factores clave para el desarrollo o no de las infecciones. (28)

### **2.2.3 Incidencia y Prevalencia en las Infecciones Intrahospitalarias**

#### **Incidencia:**

En Epidemiología la incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado. Las dos medidas de incidencia más usadas son la incidencia acumulada y la tasa de incidencia, también denominada densidad de incidencia. (29)

Ejemplo:

El VIH es en la actualidad una infección tratable con una expectativa de vida normal. Eso significa que con cifras estables de nuevos casos, las cifras de prevalencia aumentarán. Examinar

los casos nuevos (incidencia) proporciona mayor información sobre lo que está sucediendo.

$$\text{Incidencia} = \frac{\text{nuevos casos}}{\text{poblacion total}}$$

En una población de 1000 personas no enfermas, 28 se infectaron con el VIH a lo largo de dos años de observación. La proporción de incidencia es de 28 casos por cada 1000 personas; es decir, un 2,8 % a lo largo de un periodo de dos años, o 14 casos por 1000 persona-años (índice de incidencia) porque la proporción de incidencia (28 por cada 1000) se divide entre el número de años. (30)

Para vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la atención de Salud o Infecciones Intrahospitalarias se utiliza:  
Indicador de Infecciones Intrahospitalarias:

- Mide la velocidad de propagación
- Utilidad: Predicción del riesgo, evaluación de intervenciones de investigación epidemiológica.
- Vigilancia activa selectiva y focalizada
- Incluyen 5 tipos de Infecciones Intrahospitalarias.

N°	Tipo de Infecciones Intrahospitalarias
----	--

1	Infección del torrente sanguíneo
2	Infección del Tracto Urinario
3	Neumonías
4	Endometritis
5	Infección de Herida Operatoria

**Densidad de Incidencia /Incidencia Acumulada de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) seleccionadas.**

**Fórmula del indicador**

**Densidad de incidencia:**

Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo x 1000

Número de días- procedimiento expuesta al riesgo durante el mismo periodo.

**Ejemplo:**

Año 2017, se presentaron 3 ITU en el servicio de medicina con 180 días de exposición a sonda vesical.

$$\frac{3}{180} \times 1000 = 16.66 \times 1000 \text{ días de exposición a CUP}$$

Se utiliza para la medición de neumonías, infección de tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo.

### **Incidencia acumulada:**

Número de casos por cada tipo de IAAS seleccionada durante el periodo x 100

Número de pacientes - procedimiento expuesto al riesgo durante el mismo periodo.

Ejemplo:

Año 2017, se presentaron 15 ISQ/IHO en el servicio de GO de 350 pacientes (post cesárea).

$$\frac{15}{350} \times 100 = 4,28 \times 100 \text{ cesáreas}$$

Se utiliza para la medición de infecciones de herida operatoria y de endometritis puerperal.

### **Cálculo del porcentaje de cumplimiento**

$$\frac{(\text{Logro alcanzado} - \text{Valor umbral}) \times 100}{(\text{Logro esperado} - \text{Valor umbral})}$$

Valor umbral 2016	Valor referencial	Logro esperado	Logro alcanzado 2017
17,44	1,84	12,21	8,72

(31)

### **Prevalencia:**

En Epidemiología se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un periodo determinado (“prevalencia de período”). (32)

La prevalencia examina casos existentes, mientras que la incidencia examina casos nuevos.

En una población de 10000 personas, se informa de que 500 personas sufren determinada enfermedad. ¿Cuál sería en ese caso la prevalencia de la enfermedad en esa población?

Se puede calcular matemáticamente:

$$\frac{\text{número de casos}}{\text{población}} \times 100$$

Esta fórmula nos ofrecerá la información en forma de porcentaje.

Dividiendo 500 entre 10000 y multiplicando el resultado por 100

(para convertirlo en un porcentaje), descubrimos que se ha visto afectada un 5 % de la población. Así que, en este caso, la prevalencia de la enfermedad en nuestra población es del 5 %.

$$\frac{500}{10,000} \times 100 = 5\%$$

En lugar de expresar la prevalencia en forma de porcentaje, también podemos describirla como el número de personas afectadas en una población de tamaño estándar, por ejemplo 1000 personas. Entonces el cálculo sería:

$$\frac{500}{10,000} \times 1.000 = 50$$

Eso significa que de cada 1000 pacientes, 50 de ellos han desarrollado la enfermedad.

La prevalencia es como describir una foto de grupo:

- ¿Cuántas personas ve en ella? Ese número es su población.
- ¿Cuántas personas comparten una misma característica (p. ej. el mismo color de pelo)? Ese número se usa para calcular la prevalencia.

En epidemiología, contamos en realidad con tres maneras diferentes de calcular la prevalencia:

- **Prevalencia puntual:** El número de casos de un evento de salud en un momento determinado. Por ejemplo, en una encuesta se le preguntaría si fuma en la actualidad.
- **Prevalencia de periodo:** El número de casos de un evento de salud en referencia a un periodo de tiempo, a menudo 12 meses. Por ejemplo, en una encuesta se le preguntaría si ha fumado durante los últimos 12 meses.
- **Prevalencia a lo largo de la vida:** El número de casos del evento de salud en referencia a toda la vida. Por ejemplo, en una encuesta se le preguntaría si ha fumado alguna vez. (33)

Indicadores de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias:

- Estimación de la magnitud y distribución
- Utilidad: Planificación de los Servicios
- Estudios de tipo Puntuales
- Incluyen 48 tipos de Infecciones Intrahospitalarias

N°	CLASIFICACIÓN DE IIH-IAAS SEGÚN GRUPOS
1	Infección del torrente sanguíneo

<b>2</b>	Infección del Tracto Urinario
<b>3</b>	Infecciones del sitio quirúrgico
<b>4</b>	Neumonía
<b>5</b>	Infecciones del tracto Respiratorio superior
<b>6</b>	Infecciones del tracto Respiratorio inferior
<b>7</b>	Infecciones del tracto Reproductor
<b>8</b>	Infecciones del sistema gastrointestinal
<b>9</b>	Infecciones de la piel y los tejidos blandos
<b>10</b>	Infecciones Oseas y de las articulaciones
<b>10</b>	Infecciones del sistema nervioso central
<b>11</b>	Infecciones del sistema cardiovascular
<b>12</b>	Infecciones del tracto Respiratorio s
<b>13</b>	Infecciones del ojo, oído y nariz

(34)

**Sexo:**

Es un proceso de combinación de rasgos y mezclas de rasgos genéticos a menudo dando como resultado la especialización de organismos en variedades femenino y masculino. (35)

**Estado nutricional:**

Grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo con respecto a los parámetros considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes. (36)

### **Desnutrición**

Se llama desnutrición a un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causadas por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo. (37)

### **Obesidad**

Es la enfermedad en la cual las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo de los humanos y otros mamíferos, se incrementa hasta un punto donde está asociado con ciertas condiciones de salud o un incremento de la mortalidad. (38)

### **Profesional de enfermería encargado del control de infecciones:**

- Identificar las infecciones nosocomiales.
- Investigar el tipo de infección y el microorganismo infeccioso.
- Participar en la capacitación del personal.
- Vigilar las infecciones nosocomiales.

- Participar en la investigación de brotes.
- Formular una política de control de infecciones y examinar y aprobar la política pertinente de atención de los pacientes.
- Asegurarse del cumplimiento con los reglamentos locales y nacionales.

Exige un programa integrado y vigilado, en el que se destacan los siguientes aspectos:

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

- Prevenir la infección de los miembros del personal.
- Mejorar las prácticas de atención de pacientes seguidas por el personal y continuar la educación de éste último. El control de infecciones es una responsabilidad de todos los profesionales de salud: médicos, enfermería, terapeutas, farmacéuticos y cualquier otro personal que intervenga en la atención del paciente. Para reducir riesgos de transmisión de un agente patógeno de una persona a otra se deben seguir unos mínimos establecidos:

- Descontaminación de las manos.
- Higiene personal.
- Ropa protectora.
- Mascarillas.
- Guantes.
- Prácticas inocuas de inyección (39)

### **Aplicación de la Teoría de Dorothea Orem:**

La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención.

Dentro de las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, encontramos los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por si solas en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, una de las representantes más importante de esta tendencia es Dorotea E. Orem estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres sub teorías relacionadas.

- La teoría del autocuidado
- La teoría del déficit del autocuidado
- La teoría de los sistemas de enfermería

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida,

recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar

de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

### **Teoría de los sistemas de Enfermería**

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto.
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por

consiguiendo la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado. (40)

La primera etapa implica el diagnóstico de enfermería, esto es, determinar la demanda terapéutica de auto cuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más convenientes. La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado la consecución de las metas de salud; esta etapa incluye básicamente la planificación de acciones e intervenciones para satisfacer las necesidades de auto cuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes.

La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del auto cuidado. En consecuencia, los candidatos a la atención de enfermería son pacientes que no tienen o no tendrán la capacidad suficiente para cuidarse por sí mismos. Orem dice: "La base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias (para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse) o

para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de auto cuidado"

Orem identifica tres sistemas de actividades de enfermería para satisfacer los requisitos de cuidados personales, conforme a la medida que se ven perturbados, a saber, los sistemas de compensación total, compensación parcial y de apoyo educativo para el desarrollo. 1 El sistema de compensación total. En este sistema la enfermera realiza todas las necesidades del enfermo ya que éste se encuentra incapacitado para asumir una función activa en su atención y la enfermera le ayuda actuando en lugar de él, como es el caso del paciente hospitalizado en la unidad de vigilancia intensiva. 2. El sistema de compensación parcial. En este sistema tanto el enfermo como la enfermera participan en las acciones de auto cuidados terapéuticos. La responsabilidad principal en la ejecución de estas acciones puede corresponder a la enfermera o al paciente, según las limitaciones de éste, sus conocimientos y aptitudes, y disposición hacia la realización de tales actividades, como el paciente hospitalizado al que la enfermera le realiza sus atenciones.

Estas intervenciones de enfermería serán según su patología como los cuidados higiénicos. Previniendo las infecciones Intrahospitalarias durante su estancia hospitalaria según los factores de riesgo presentados. 3. El sistema educativo y de apoyo. Este sistema se usa cuando el enfermo es capaz de atender (o aprender la forma de hacerlo) su cuidado personal, pero necesita ayuda, consistente en apoyo moral y emocional, orientación e instrucción, como el paciente que recibe orientación de cómo continuar cuidándose en su casa. En el modelo de Dorothea Orem se hace hincapié en la función de la enfermera sólo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de auto cuidado. La intervención de enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con éste.

### **Cuidado de enfermería ético-humanizado en el uso y aplicación de la tecnología.**

La enfermera es la responsable de la gestión del cuidado, al emplear el juicio profesional en la planificación, organización y

control de la prestación de los cuidados directos, oportunos, seguros, integrales, continuos y personalizados, en el contexto de la atención a la salud. Es aquí donde debe asegurar un entorno de seguridad para dispensar la función esencial de enfermería. Sobre todo en un entorno asistencial donde se brindan cuidados de enfermería de alta complejidad a pacientes que reciben tratamientos/procedimientos que implican la tecnología médica.

Para comprender los cuidados que otorga enfermería en el área asistencial, se debe considerar que el conocimiento de los instrumentos/aparatos es un arte; se debe reconocer su creación, justificar su utilización de forma apropiada y la manera cómo la medicina se sirve de ella en beneficio de los pacientes. Enfermería debe conocer la forma correcta de utilizar cualquier instrumento/aparato: se convierte en un objeto de aprendizaje y origina un saber hacer. Pero si se utiliza de forma aislada, pierde su significado y puede volverse perjudicial e incluso peligroso para el paciente (lo que afectaría su seguridad) Enfermería ha empleado la tecnología en diferentes contextos de salud y con diversos motivos: para mantener y conservar la vida de las personas, realizar curaciones y tratamientos de menor y mayor complejidad, y proporcionar información apoyando la identificación de diagnósticos de enfermería, entre otros. Collière menciona un

refrán al cual enfermería puede someterse: “dime qué instrumentos utilizas rara vez, frecuentemente, a menudo o no utilizas nunca, para cuidar y te diré que clase de cuidados prestas”.

El cuidado que enfermería otorga a un paciente que requiere el uso de tecnología se orienta a detectar y tratar de manera oportuna situaciones graves, que en muchas ocasiones ponen en peligro la vida del paciente. El objetivo principal es mantener las funciones sistémicas durante el estado crítico agudo, sin dejar de lado la visión integral del paciente. Por lo tanto, la utilización de un conjunto de tecnologías que se integran al cuidado de enfermería plantea el problema del uso que se hace de ellas, lo que ocasiona en la mayoría de las veces una desarticulación de los cuidados, convirtiéndolos en actos aislados, estereotipados y casi ficticios, ocasionando cuidados faltos de calidad e ineficaces. (41)

### **Marco Conceptual según Dorothea Orem**

<b>Modelo de Dorothea Orem</b>	<b>Proceso de Enfermería</b>
--------------------------------	------------------------------

<p><b>Teoría de Autocuidado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocuidado</li> <li>• Requisitos de Autocuidado</li> </ul>	<p><b>Valoración:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar los requisitos de autocuidado que comparten los pacientes en la unidad de vigilancia intensiva.</li> <li>• Evaluar la situación de autocuidado de los pacientes hospitalizados en la unidad de Vigilancia Intensiva.</li> </ul>
<p><b>Teoría de Déficit de Autocuidado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demanda terapéutica</li> <li>• Agencia de Autocuidado</li> <li>• Déficit de Autocuidado</li> </ul>	<p><b>Continúa la Valoración:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar cuál es la demanda de autocuidado que tienen en común los pacientes hospitalizados en la unidad de vigilancia intensiva.</li> </ul> <p><b>Diagnostico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la demanda terapéutica de auto cuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más convenientes.</li> </ul>
<p><b>Teoría de Sistemas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agencia de Enfermería</li> </ul>	<p><b>Planificación-Ejecución de las Intervenciones-Evaluaciones:</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de Enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La enfermera realiza todas las necesidades del enfermo ya que éste se encuentra incapacitado para asumir una función activa en su atención y la enfermera le ayuda actuando en lugar de él, como es el caso del paciente hospitalizado en la unidad de vigilancia intensiva.</li> <li>• Tanto el enfermo como la enfermera participan en las acciones de auto cuidados terapéuticos. La responsabilidad principal en la ejecución de estas acciones puede corresponder a la enfermera o al paciente, según las limitaciones de éste, sus conocimientos y aptitudes, y disposición hacia la realización de tales actividades, como el paciente hospitalizado al que la enfermera le realiza sus atenciones. Estas intervenciones de enfermería serán según su patología como los cuidados higiénicos. Previniendo las infecciones Intrahospitalarias durante su estancia</li> </ul>
---	---

	<p>hospitalaria según los factores de riesgo presentados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se usa cuando el enfermo es capaz de atender (o aprender la forma de hacerlo) su cuidado personal, pero necesita ayuda, consistente en apoyo moral y emocional, orientación e instrucción, como el paciente que recibe orientación de cómo continuar cuidándose en su casa.</li> <li>• La intervención de enfermería suele estar dirigida a conservar la salud, prevenir enfermedades, o restablecer la salud y puede incluir actividades realizadas para el paciente o en colaboración con éste.</li> </ul>
--	---

### 2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- Factores de Riesgo: Causados por la actividad humana. Estos riesgos tienen un impacto menor que los naturales, pero pueden perdurar. (23)

- Prevalencia: Pacientes hospitalizados en un determinado tiempo (33)
- Incidencia: Casos de infecciones presentados durante la estancia hospitalaria (33)
- Infecciones Intrahospitalarias: Son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital. (33)
- Unidad de Vigilancia Intensiva: Sección de un centro hospitalario donde se ingresa a los enfermos de mayor gravedad que requieren una vigilancia y una atención continua y específica. (40)

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Método y Diseño de la Investigación**

El Método que se aplicó es Cuantitativo Descriptivo porque tiene el propósito de explicar un fenómeno especificando las propiedades del mismo, a partir de mediciones precisas de variables o eventos, sin llegar a definir como se relacionan estos; Retrospectiva porque en ella se determinan relaciones entre variables que se presentan en hechos ya ocurridos; Transversal porque estos estudios proporcionan información simultánea en grupos de diferente edad o clase. Y el Diseño que se aplicó es No experimental porque en ella no hay manipulación de las variables. Según Tamayo M. (56).

#### **3.2 Población y Muestra**

##### **Población**

La población constituye el conjunto de elementos que forma parte del grupo de estudios. Según Tamayo M. (56) .Siendo un total de 45

pacientes que fueron Hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II Moquegua. Desde Noviembre del 2018 a Setiembre del 2019.

### **Muestra**

La muestra fue igual a la población hospitalizada de sexo Femenino y masculino, en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II Moquegua-2019.

### **Criterios de Inclusión**

- Personas mayor o igual a 18 años
- Personas hospitalizadas que firmen consentimiento informado

### **Criterios de exclusión**

- Personas menores de 18 años
- Personas que no den su consentimiento para participar en la investigación

## **3.3 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

## **Técnica**

Se empleó la técnica de la Encuesta.

El instrumento que se utilizó fue un Formato y un Cuestionario, adecuadas al efecto, estos instrumentos proporcionan respuestas cerradas reduciendo la realidad a un cierto número de datos esenciales, se utiliza cuando se desea llegar a un grupo numeroso de personas en corto tiempo y de hecho se puede aplicar en forma anónima. Según Tamayo M. (56). Se aplicó utilizando la recolección de datos en una ficha registrando los datos de las historias clínicas de los pacientes: características demográficas, procedimientos y dispositivos invasivos, pruebas de laboratorio, etc; en los pacientes Hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua 2019, durante los meses de Noviembre del 2018 a Setiembre del 2019.

## **Instrumento**

El formato y el cuestionario fue elaborada por las investigadoras (Anexo N° 01 y N° 2), el Formato consta de preguntas sobre información requerida y el cuestionario consta de 22 preguntas cerradas. Posteriormente se hizo una prueba piloto aplicando el instrumento en 10 pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva, con el propósito de conocer la comprensión, practicidad y el tiempo

programado para su ejecución, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

### **Validación**

El instrumento fue validado por 04 expertos en el tema: Profesionales 2 Médicos que laboran en Emergencia, 1 Médico Internista y 1 Estadístico, teniendo como resultado 0,80 (Anexo N°02)

### **Confiabilidad**

La confiabilidad del instrumento se realizó a través del Alfa de Cronbach (Anexo N°03), aplicando la prueba piloto y determinando la confiabilidad del instrumento para la presente investigación. Obteniendo como resultado 0,563

## **3.4 Procedimiento de Recolección de Datos**

Previa autorización mediante una solicitud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann dirigida al Hospital II EsSalud Moquegua, coordinado con el Jefe del Área de hospitalización de la Unidad de Vigilancia Intensiva y el Jefe de Archivo de las Historias Clínicas, se procedió a coordinar la aplicación del formato y cuestionario para la presente investigación, otorgándonos una libre disponibilidad de tiempo

según nuestro horario pero en el turno de mañana o tarde según sea necesario para adquirir los datos.

### **3.5 Procesamiento de Datos**

Los datos recolectados fueron procesados en un programa estadístico, una vez obtenida la información se procedió a su revisión y/o clasificación, para ordenarlo y codificar los datos y de esta forma se elaboró la base de datos y se realizó el procesamiento estadístico con el informático empleando el índice de alfa de Cronbach bajo el criterio de Hernandez, Fernández y Bautista (23), teniendo en cuenta de realizar previamente el control de calidad de la base de datos y el análisis descriptivo y bivariado y posteriormente se presentaron los datos en tablas y gráficos y se utilizó tablas simples, tablas de frecuencia, porcentaje, se realizó en forma permanente, según objetivos planteados. Y la evaluación del avance se efectuó continuamente y permanentemente.

Para establecer la relación entre variables de estudio se utilizó la prueba de independencia Chi cuadrado con el 95% de confiabilidad y significancia de  $p < 0,05$ .

### **3.6 Consideraciones Éticas**

Se tuvo en cuenta la opinión del comité de investigación del Hospital II EsSalud Moquegua, para la aprobación de la ejecución de la investigación y algunas recomendaciones que pueda hacer.

Se realizó el uso del consentimiento informado, (Anexo N° 04) ya que el sujeto que participa en la investigación, será informado oportunamente sobre los objetivos, los beneficios que traerá el desarrollo del mismo, asimismo será de carácter anónimo, ya que se protegerá la identidad de los participantes y la de sus datos.

## **CAPITULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1. Resultados**

Se presentan objetivos e hipótesis planteados en las siguientes tablas y gráficos.

**TABLA Nº 01 -A**

FACTORES DE RIESGO DE LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA  
INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA,  
AÑO 2019.

<b>Sexo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Masculino	28	62,2
Femenino	17	37,8
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado Nutricional</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Buena	30	66,7
Mala	15	33,3
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Nivel Socioeconómico</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Mala	45	100,0
Buena	0	0,0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Estilo de Vida</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Mala	45	100
Buena	0	0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
<b>Antibioticoterapia</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	8	17,8
Si	37	82,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Tiempo de Estadía</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Corta Estadía	25	55,6
Larga Estadía	20	44,4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Venipuntura Superficial</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	1	2,2
Si	44	97,8
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Cateterismo Venoso Profundo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	44	97,8
Si	1	2,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Ventilacion Mecánica</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	43	95,6
Si	2	4,4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Oxigenoterapia por tenedor nasal o cámara</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	20	44,4
Si	25	55,6
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Sonda Vesical</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	31	68,9
Si	14	31,1
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Sonda de Levine</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	41	91,1
Si	4	8,9
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

**TABLA N° 01 -B**

FACTORES DE RIESGO DE LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA  
INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA,  
AÑO 2019.

<b>Alimentación Parenteral</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	44	97,8
Si	1	2,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Dialisis y Hemodialisis</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	39	86,7
Si	6	13,3
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Infección del Tracto Urinario</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	37	82,2
Si	8	17,8
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Sepsis</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	33	73,3
Si	12	26,7
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Infecciones Respiratorias</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	31	68,9
Si	14	31,1
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Infección de la Piel</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	44	97,8
Si	1	2,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Problemas Digestivos</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	42	93,3
Si	3	6,7
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Infección de Oído</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	45	100,0
Si	0	0,0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Insuficiencia Respiratoria</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	33	73,3
Si	12	26,7
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>
<b>Hepatitis C</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
No	45	100,0
Si	0	0,0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario de los Factores de Riesgo de las Infecciones Intrahospitalarias, aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II Essalud Moquegua, año 2019. **Elaborado por:** Lic. Guiza C y Lic. Molina L.

**Descripción:**

Se observa que el mayor porcentaje 62,2% son masculinos y el menor porcentaje 37,8 son femeninos. Se observa que el mayor porcentaje 66,7% tiene buen estado nutricional y el menor porcentaje 33,3 tienen mal estado nutricional. Se observa que el mayor porcentaje 100% tiene un nivel socio económico bajo. Se observa que el mayor porcentaje 100% tiene un mal estilo de vida. Se observa que el mayor porcentaje 82,2% si utilizan Antibioticoterapia y el menor porcentaje 17,8 no la utilizan. Se observa que el mayor porcentaje 55,6% tiene una corta estadía y el menor porcentaje 44,4 tiene una larga estadía.

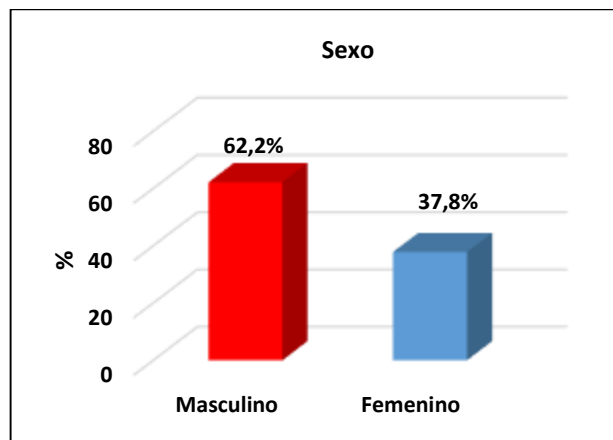
Se observa que el mayor porcentaje 97,8% si se hace Venipuntura superficial y el menor porcentaje 2,2 si se hace Venipuntura superficial. Se observa que el mayor porcentaje 97,8% no se hace Cateterismo venoso profundo y el menor porcentaje 2,2 si se hace Cateterismo venoso profundo. Se observa que el mayor porcentaje 95,6% no usa Ventilación mecánica y el menor porcentaje 4,4 si usa Ventilación mecánica. Se observa que el mayor porcentaje 55,6% si usa Oxigenoterapia por tenedor nasal o cámara y el menor porcentaje 44,4 no usa Oxigenoterapia por tenedor nasal o cámara. Se observa que el mayor porcentaje 68,9% si usa sonda vesical y el menor porcentaje 31,1 si usa sonda vesical. Se observa

que el mayor porcentaje 91,1% no usa sonda de levine y el menor porcentaje 8,9 si usa sonda de levine. Se observa que el mayor porcentaje 97,8% no tiene alimentación parenteral y el menor porcentaje 2,2 si tiene alimentación parenteral. Se observa que el mayor porcentaje 86,7% no se hacen Diálisis y Hemodiálisis y el menor porcentaje 13,3 si se hacen Diálisis y Hemodiálisis. Se observa que el mayor porcentaje 82,2% no tienen Infección del tracto urinario y el menor porcentaje 17,8 si tienen Infección del tracto urinario. Se observa que el mayor porcentaje 73,3% no tienen sepsis y el menor porcentaje 26,7 si tienen sepsis. Se observa que el mayor porcentaje 68,9% no tienen infecciones respiratorias y el menor porcentaje 31,1 si tienen infecciones respiratorias.

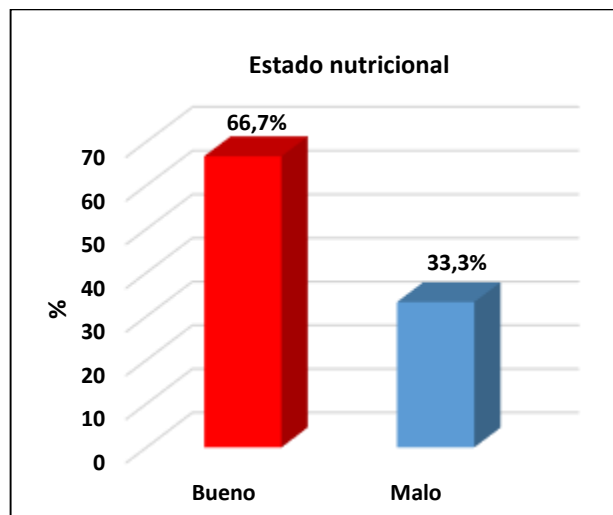
Se observa que el mayor porcentaje 97,8% no tienen infección de la piel y el menor porcentaje 2,2 si tienen infección de la piel. Se observa que el mayor porcentaje 93,3% no tienen problemas digestivos y el menor porcentaje 6,7 si tiene problemas digestivos. Se observa que el mayor porcentaje 100% no tienen infección de oído. Se observa que el mayor porcentaje 73,3% no tienen insuficiencia respiratoria y el menor porcentaje 26,7 si tiene insuficiencia respiratoria. Se observa que el mayor porcentaje 100% no tienen hepatitis C.

### GRÁFICO N° 01 -A

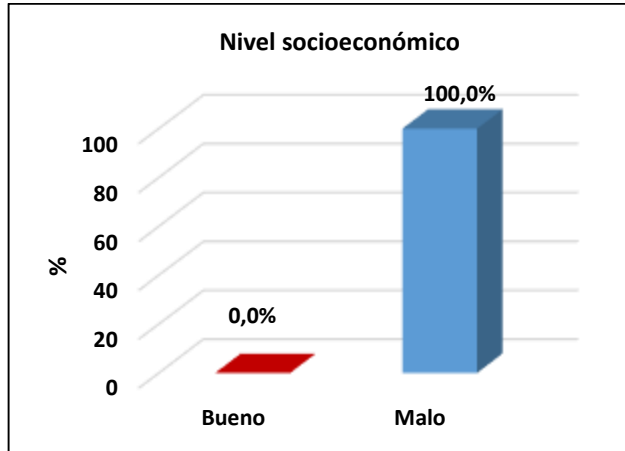
FACTORES DE RIESGO DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN  
LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD  
MOQUEGUA, AÑO 2019.



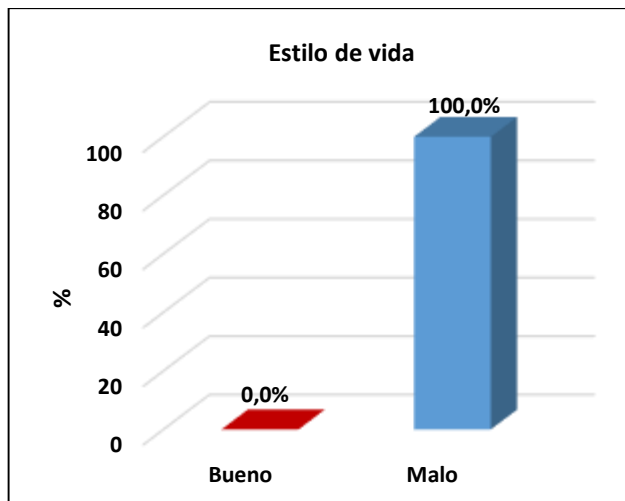
Fuente: Tabla N° 1 -A



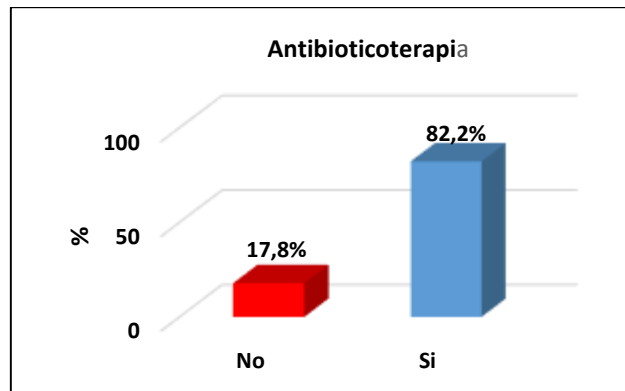
Fuente: Tabla N° 1-A



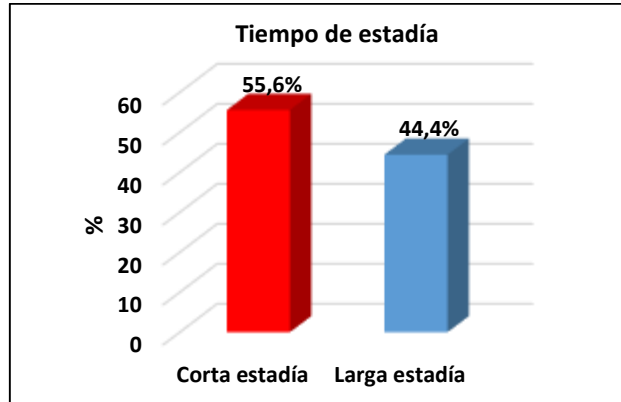
Fuente: Tabla N° 1-A



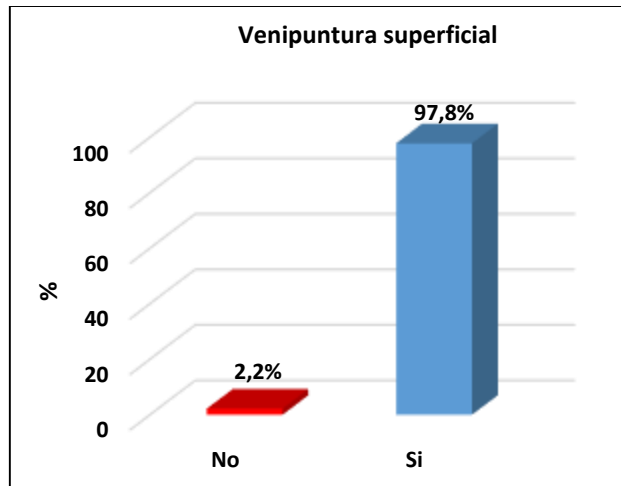
Fuente: Tabla N° 1-A



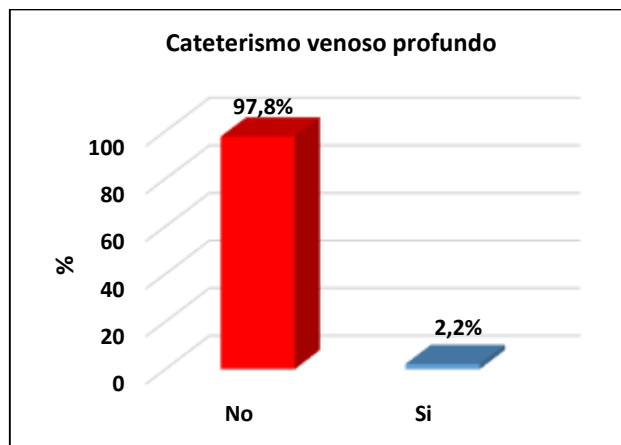
Fuente: Tabla N° 1-A



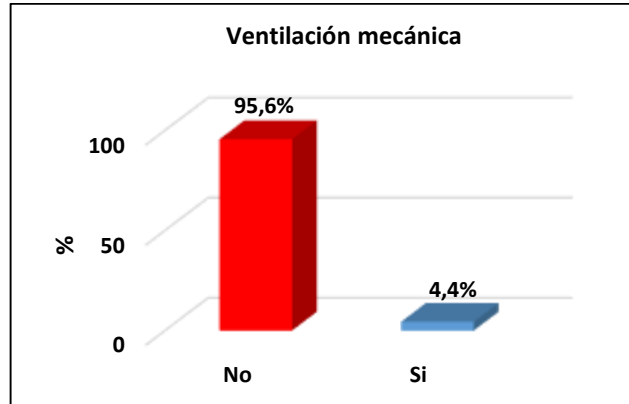
Fuente: Tabla N° 1-A



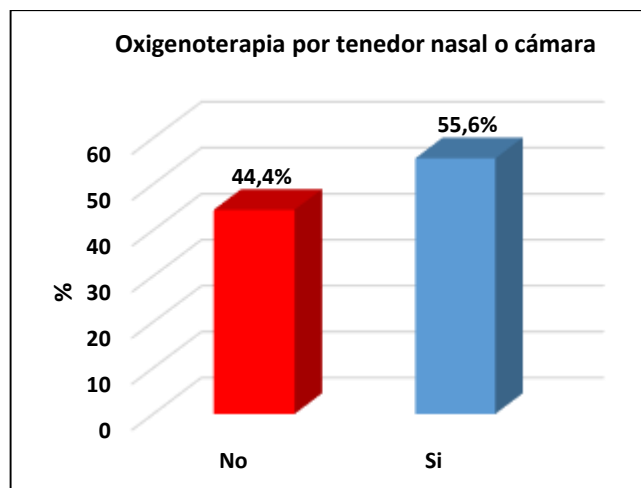
Fuente: Tabla N° 1-A



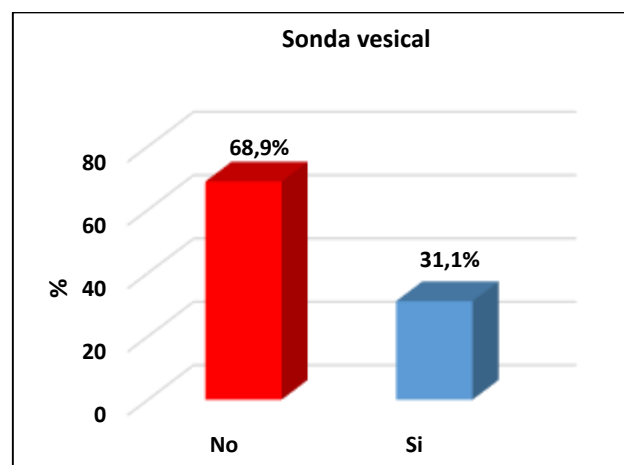
Fuente: Tabla N° 1-A



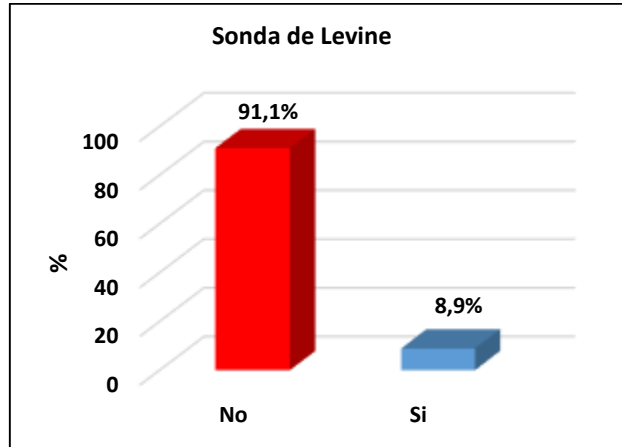
**Fuente:** Tabla N° 1-A



**Fuente:** Tabla N° 1-A



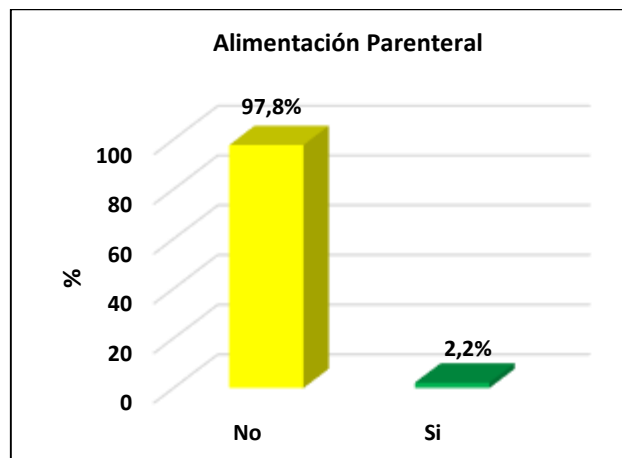
**Fuente:** Tabla N° 1-A



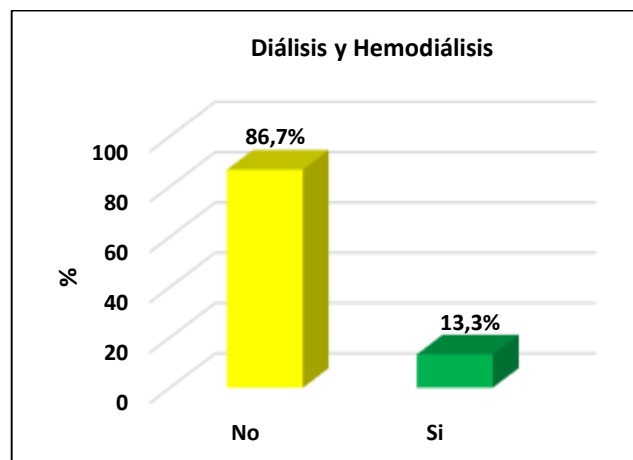
**Fuente:** Tabla N° 1-A

### GRÁFICO N° 01 -B

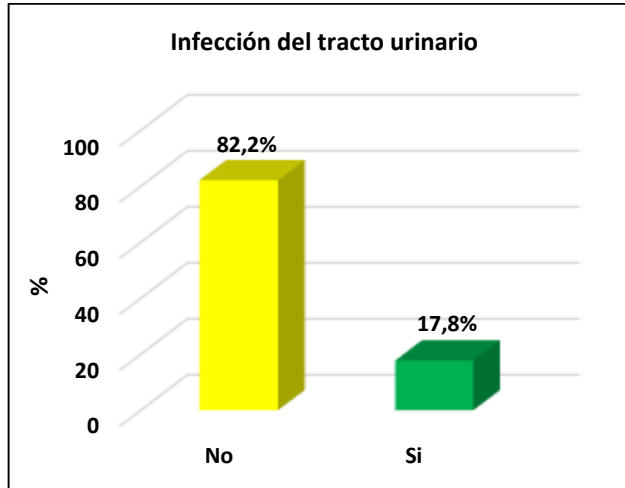
FACTORES DE RIESGO DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN  
LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD  
MOQUEGUA, AÑO 2019.



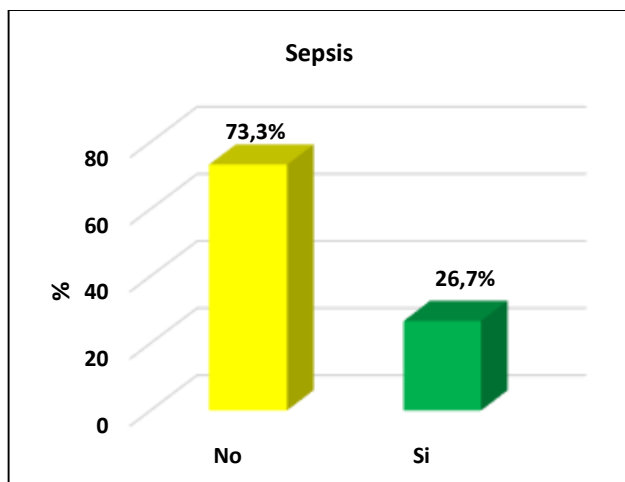
Fuente: Tabla N° 1-B



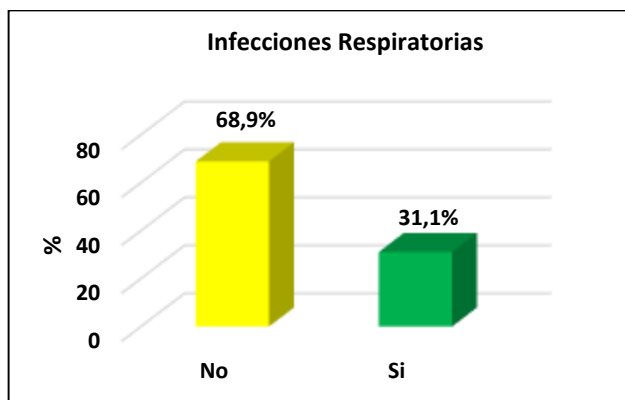
Fuente: Tabla N° 1-B



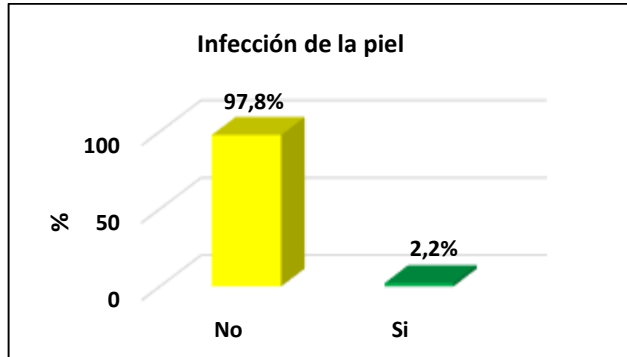
**Fuente:** Tabla N° 1-B



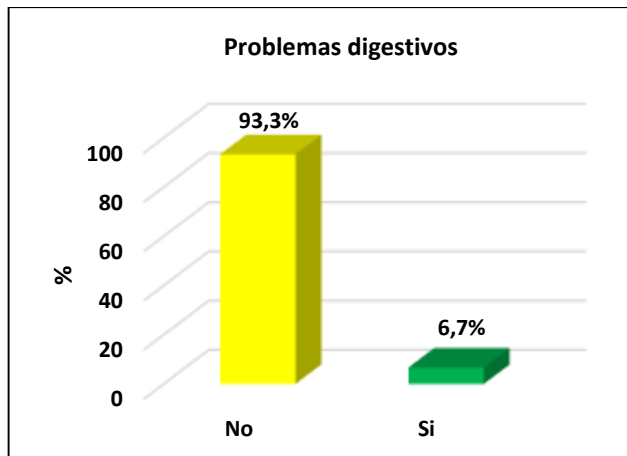
**Fuente:** Tabla N° 1-B



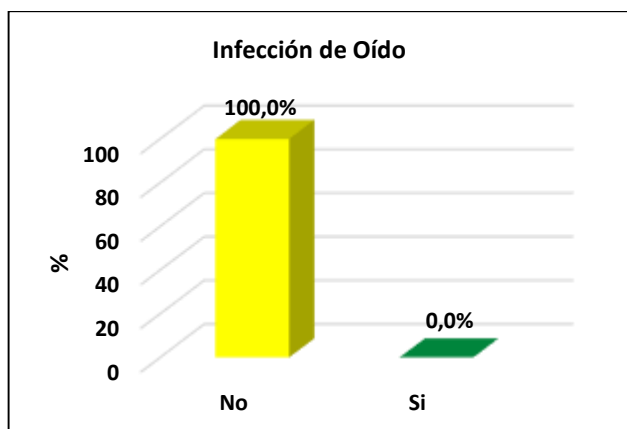
**Fuente:** Tabla N° 1-B



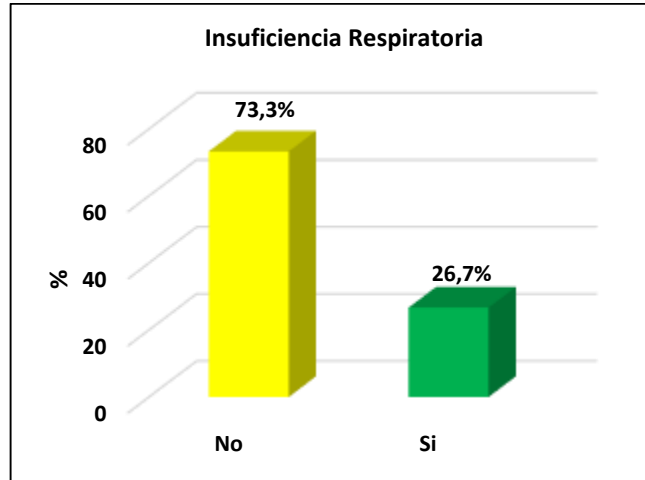
Fuente: Tabla N° 1-B



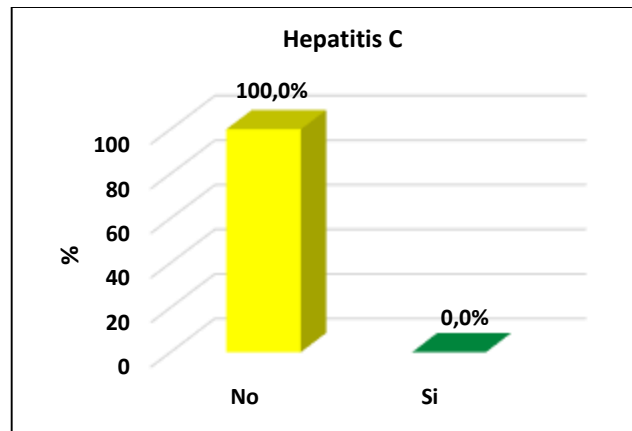
Fuente: Tabla N° 1-B



Fuente: Tabla N° 1-B



Fuente: Tabla N° 1-B



Fuente: Tabla N° 1-B

**TABLA N° 02**

**INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA  
UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD  
MOQUEGUA, AÑO 2019.**

<b>Incidencia de las Infecciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Intrahospitalarias</b>		
Población con incidencia	43	95,6
Población sin incidencia	2	4,4
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario ejecutado en la población de estudio según enfermedad, aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.

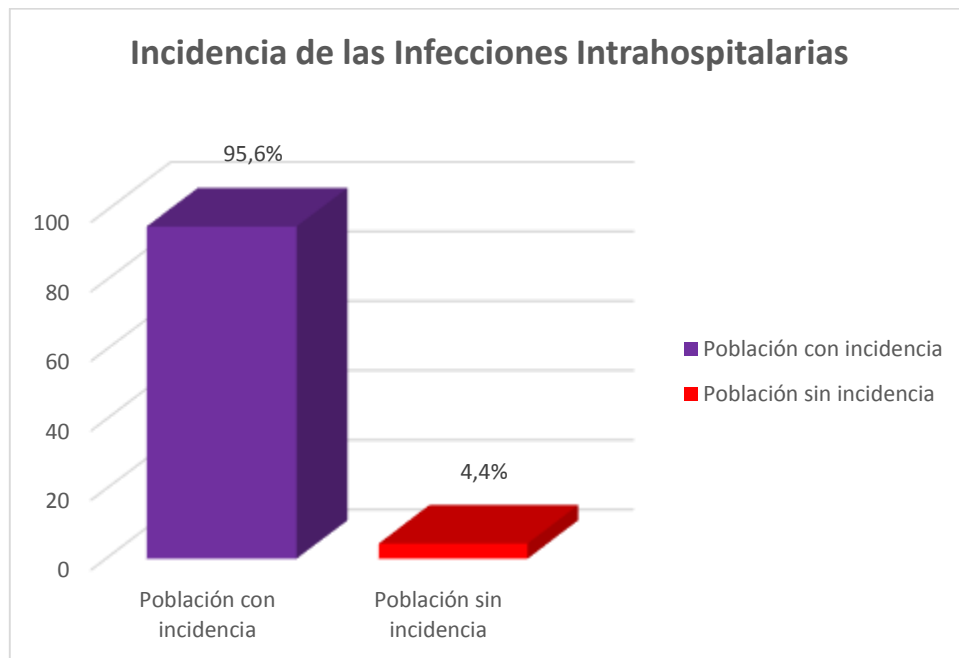
**Elaborado por:** Lic. Guiza C. y Lic. Molina L.

**Descripción:**

En la tabla N° 02 se observa que el porcentaje de 95,6% tienen incidencia, en la población de estudio según Morbilidad y solo el 4,4% es la población sin incidencia

## GRÁFICO N° 02

### INCIDENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA, AÑO 2019.



Fuente: Tabla N° 02

**TABLA N° 03**

**PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA  
UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD  
MOQUEGUA, AÑO 2019.**

<b>Prevalencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Población con prevalencia	2	4,4
Población sin prevalencia	43	95,6
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario ejecutado en la población de estudio según enfermedad, aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.

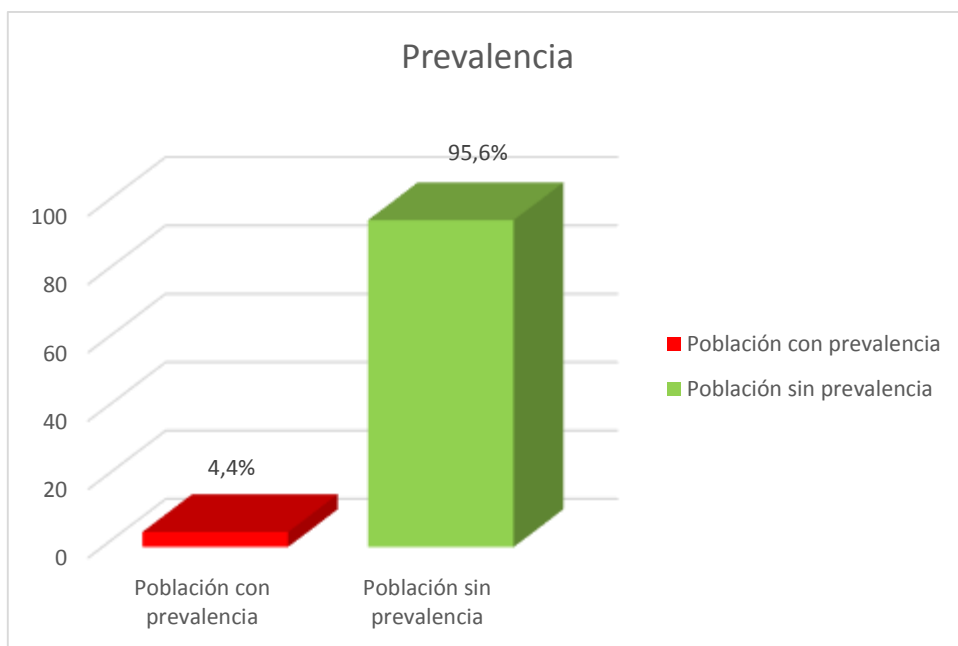
**Elaborado por:** Lic. Guiza C. y Lic. Molina L.

**Descripción:**

En la tabla N° 03 se observa que el porcentaje de 4.4% tienen prevalencia, en la población de estudio según morbilidad y que el 95,6% es la población sin prevalencia

### GRÁFICO N° 03

## PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA, AÑO 2019.



**Fuente:** Tabla N° 03

**TABLA N° 04**

**FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA Y  
PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN  
LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II  
ESSALUD MOQUEGUA, AÑO 2019.**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Prevalencia</b>		<b>Incidencia</b>		<b>Total</b>		<b>Discusión</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
<b>Sexo</b>							Si p =0.260 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
Masculino	2	4,4	26	57,8	28	62,2	
Femenino	0	0,0	17	37,8	17	37,8	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Estado nutricional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	Si p =0.306 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
Buena	2	4,4	28	62,2	30	66,7	
Mala	0	0,0	15	33,3	15	33,3	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Nivel socioeconómico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	No se pude hallar la relación por tener categoría impar
Buena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Malo	2	4,4	43	95,6	45	100,0	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Estilo de vida</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	No se pude hallar la relación por tener categoría impar
Buena	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Malo	2	4,4	43	95,6	45	100,0	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Antibioticoterapia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	Si p =0.501 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	0	0,0	8	17,8	8	17,8	
Si	2	4,4	35	77,8	37	82,2	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Tiempo de estadía</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	Si p =0.196 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
Corta estadía	2	4,4	23	51,1	25	55,6	
Larga estadía	0	0,0	20	44,4	20	44,4	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Venipuntura superficial</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	Si p =0.827 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	0	0,0	1	2,2	1	2,2	
Si	2	4,4	42	93,3	44	97,8	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Cateterismo venoso profundo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	Si p =0.827 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	42	93,3	44	97,8	
Si	0	0,0	1	2,2	1	2,2	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Ventilación mecánica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	Si p =0.755 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	41	91,1	43	95,6	
Si	0	0,0	2	4,4	2	4,4	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	

Continúa TABLA N° 04

	N	%	N	%	N	%	
<b>Oxigenoterapia por tenedor nasal o cámara</b>							Si p =0.196 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	0	0,0	20	44,4	20	44,4	
Si	2	4,4	23	51,1	25	55,6	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Sonda vesical</b>							Si p =0.331 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	29	64,4	31	68,9	
Si	0	0,0	14	31,1	14	31,1	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Sonda de Levine</b>							Si p =0.651 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	39	86,7	41	91,1	
Si	0	0,0	4	8,9	4	8,9	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Alimentación Parenteral</b>							Si p =0.827 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	42	93,3	44	97,8	
Si	0	0,0	1	2,2	1	2,2	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Diálisis y Hemodiálisis</b>							Si p =0.570 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	37	82,2	39	86,7	
Si	0	0,0	6	13,3	6	13,3	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Infección del tracto urinario</b>							Si p =0.501 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	35	77,8	37	82,2	
Si	0	0,0	8	17,8	8	17,8	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Sepsis</b>							Si p =0.383 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	31	68,9	33	73,3	
Si	0	0,0	12	26,7	12	26,7	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Infecciones Respiratorias</b>							Si p =0.555 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	1	2,2	30	66,7	31	68,9	
Si	1	2,2	13	28,9	14	31,1	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Infección de la piel</b>							Si p =0.827 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	42	93,3	44	97,8	
Si	0	0,0	1	2,2	1	2,2	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Problemas digestivos</b>							Si p =0.012 < α= 0,05 entonces hay relación entre las variables
No	1	2,2	41	91,1	42	93,3	
Si	1	2,2	2	4,4	3	6,7	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Infección de Oído</b>							No se pudo hallar la relación por tener categoría impar
No	2	4,4	43	95,6	45	100,0	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Insuficiencia Respiratoria</b>							Si p =0.383 > α= 0,05 entonces no hay relación entre las variables
No	2	4,4	31	68,9	33	73,3	
Si	0	0,0	12	26,7	12	26,7	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	
<b>Hepatitis C</b>							No se pudo hallar la relación por tener categoría impar
No	2	4,4	43	95,6	45	100,0	
Si	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>4,4</b>	<b>43</b>	<b>95,6</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Cuestionario de los Factores de Riesgo de las Infecciones Intrahospitalarias, aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.

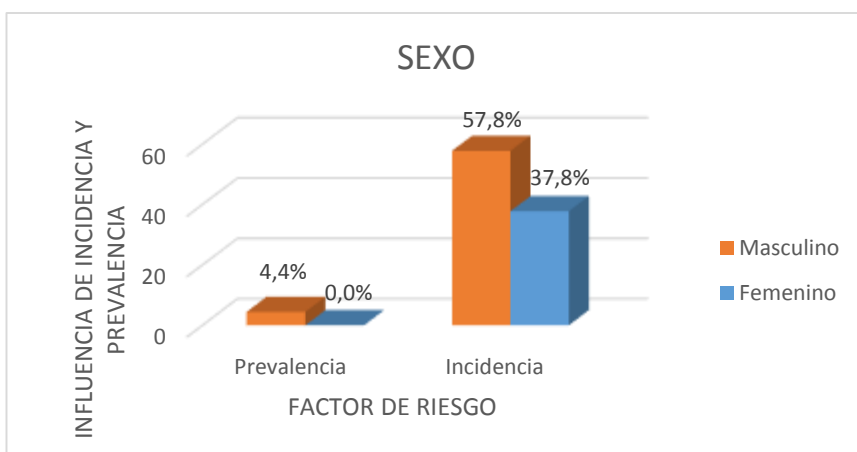
**Elaborado por:** Lic. Molina O. y Lic. Guiza O.

**Descripción:**

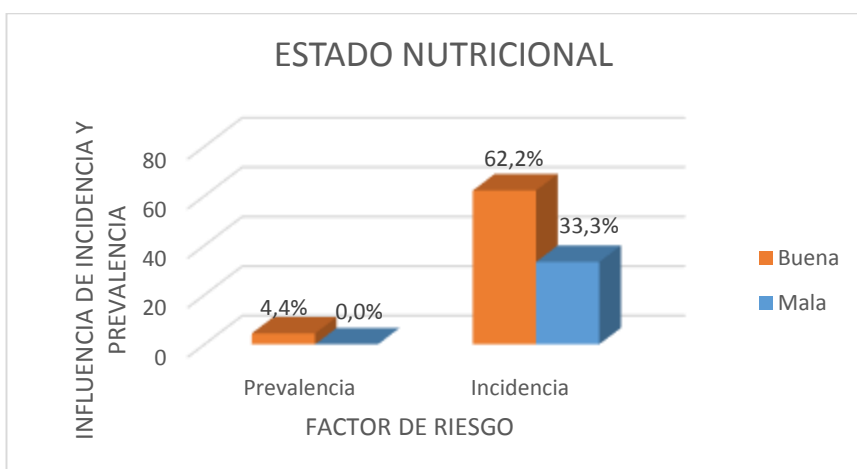
En la tabla N° 04 se observa que el único que influye estadísticamente son los Problemas Digestivos con un  $p = 0.012 < \alpha = 0,05$ .

### GRÁFICO N° 04

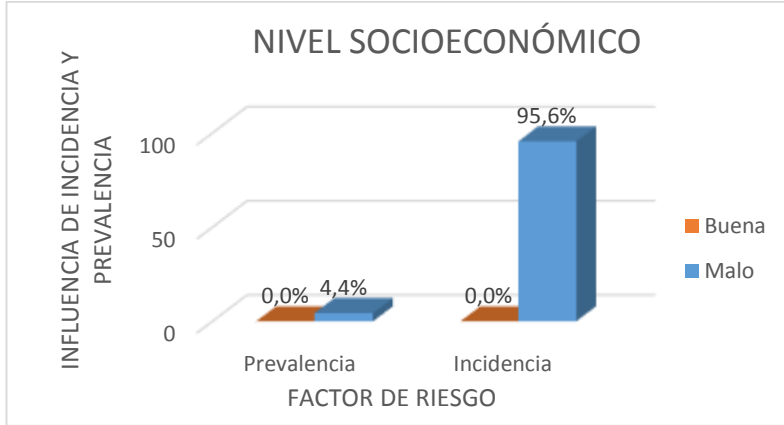
## FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA, AÑO 2019.



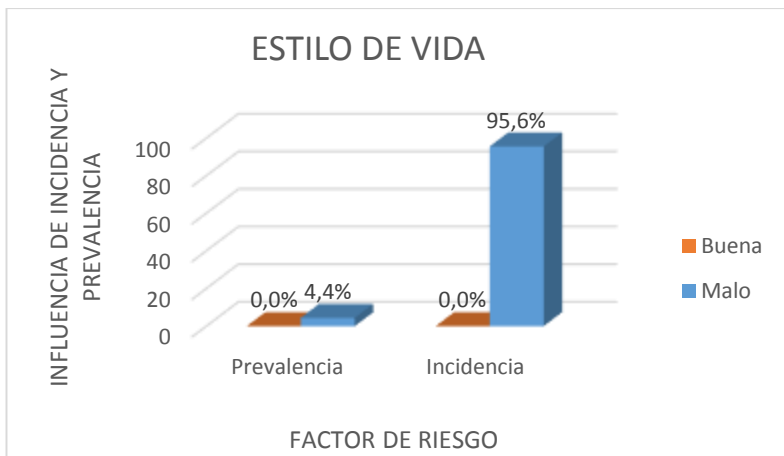
Fuente: Tabla N° 04



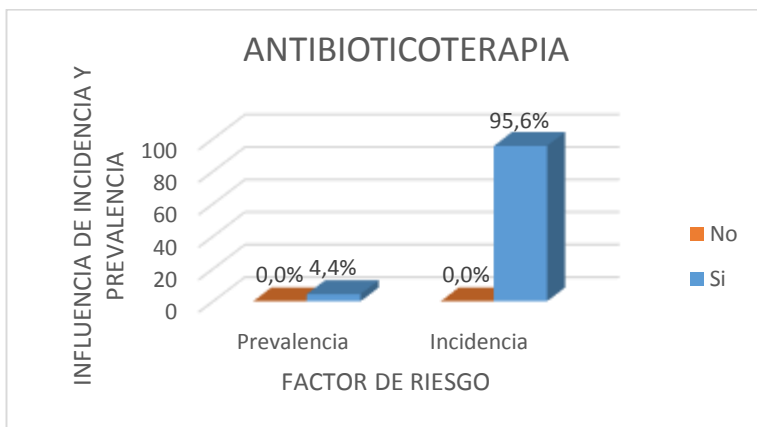
Fuente: Tabla N° 04



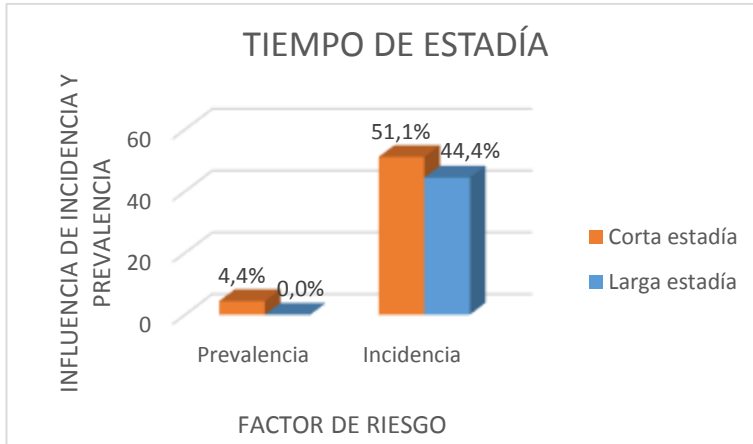
**Fuente:** Tabla N° 04



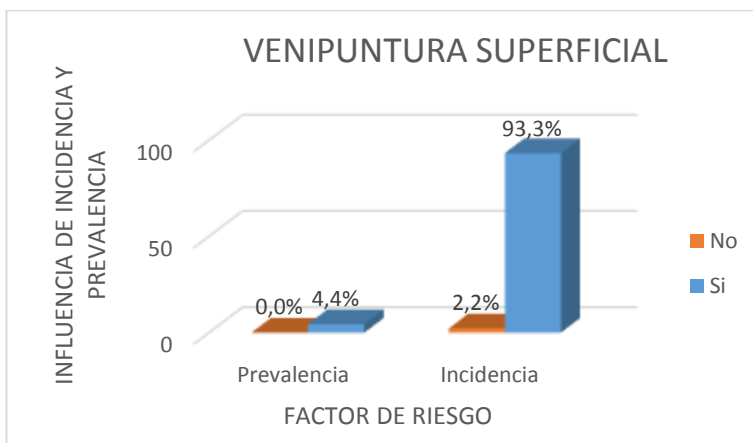
**Fuente:** Tabla N° 04



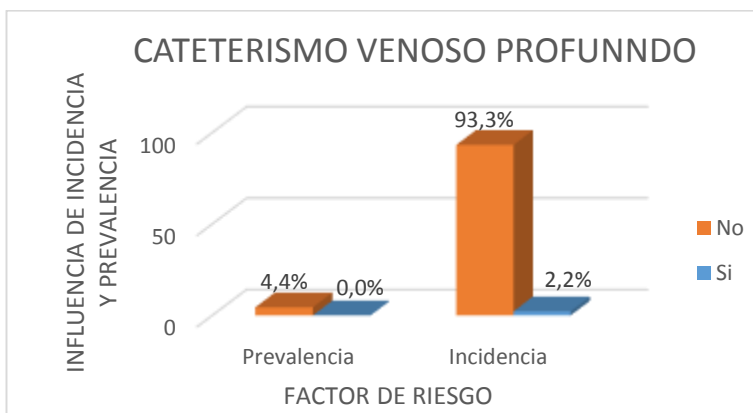
**Fuente:** Tabla N° 04



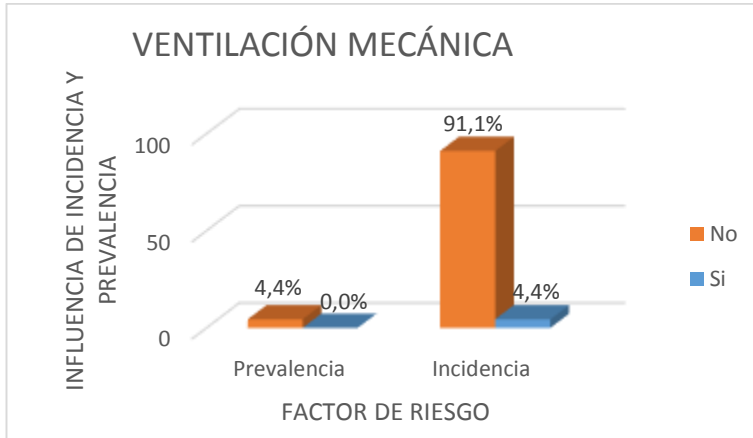
Fuente: Tabla N° 04



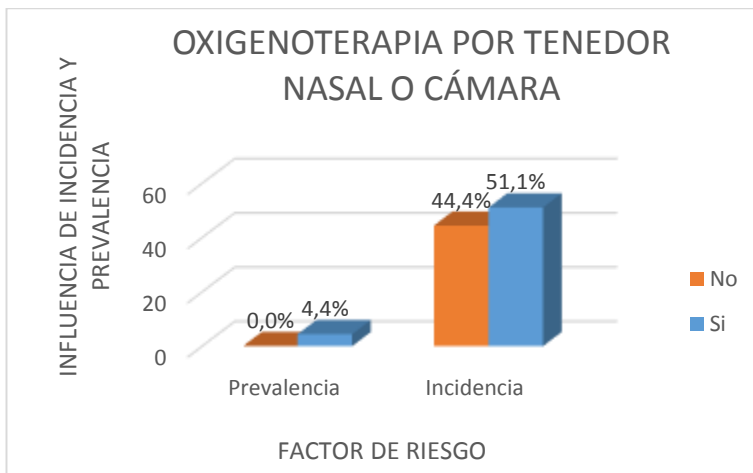
Fuente: Tabla N° 04



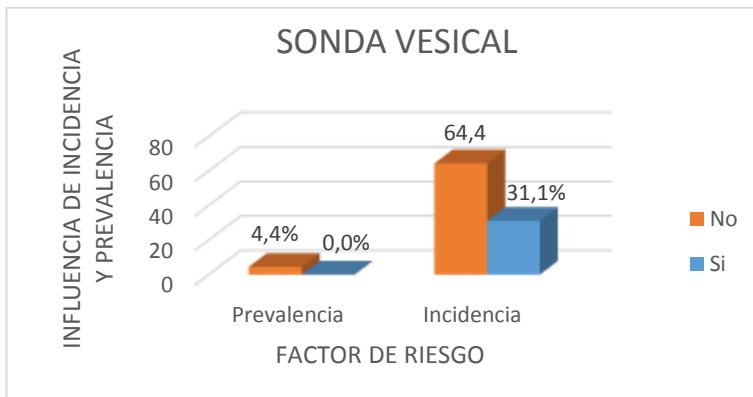
Fuente: Tabla N° 04



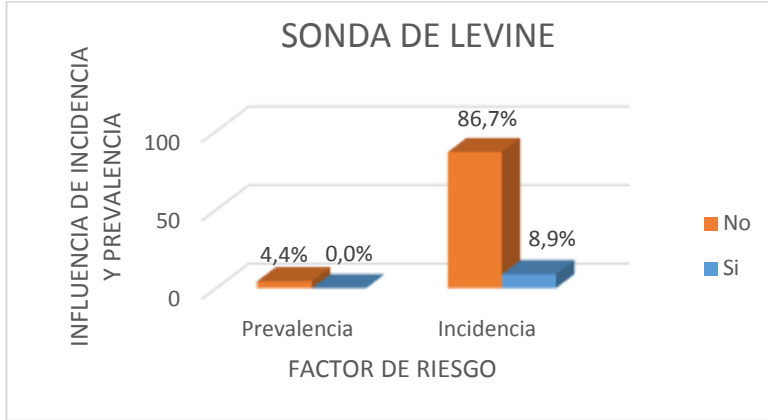
Fuente: Tabla N° 04



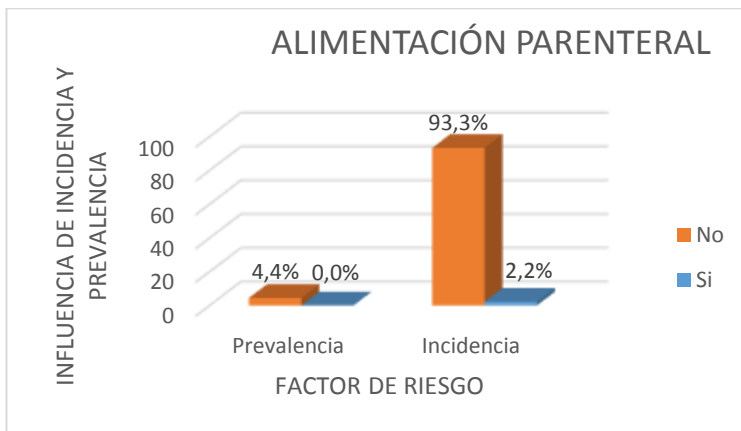
Fuente: Tabla N° 04



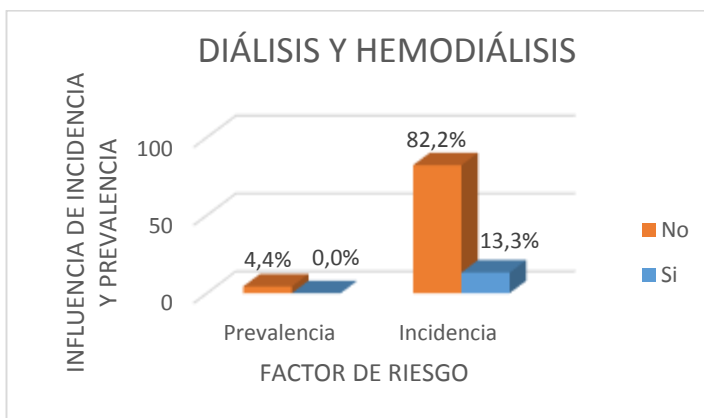
Fuente: Tabla N° 04



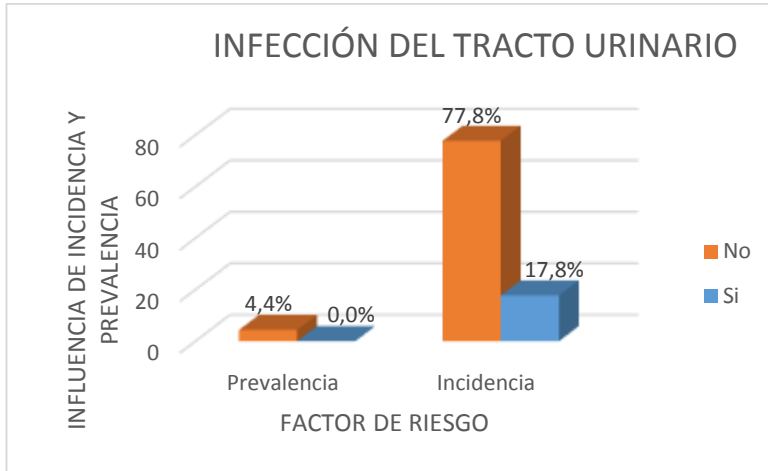
Fuente: Tabla N° 04



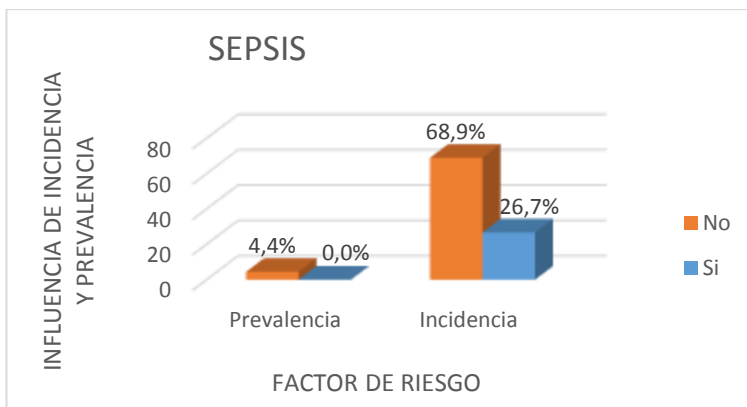
Fuente: Tabla N° 04



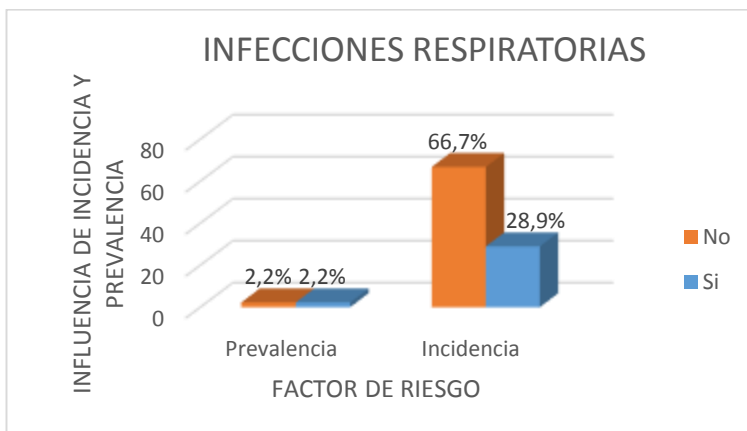
Fuente: Tabla N° 04



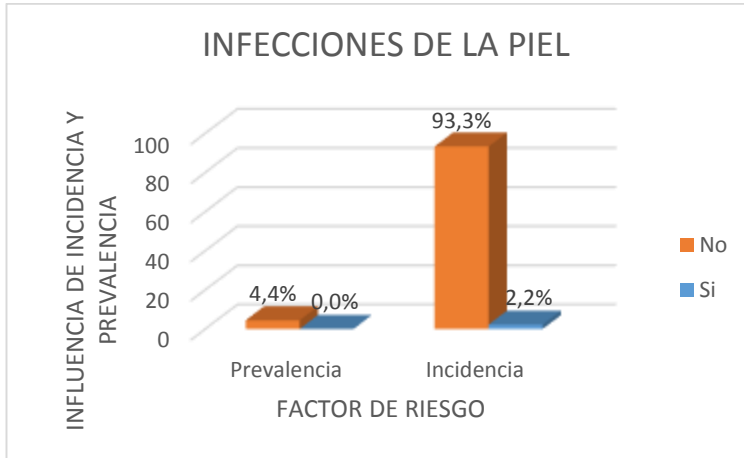
Fuente: Tabla N° 04



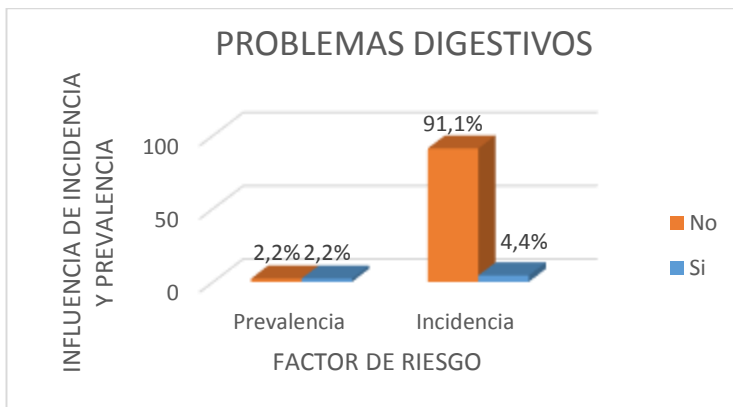
Fuente: Tabla N° 04



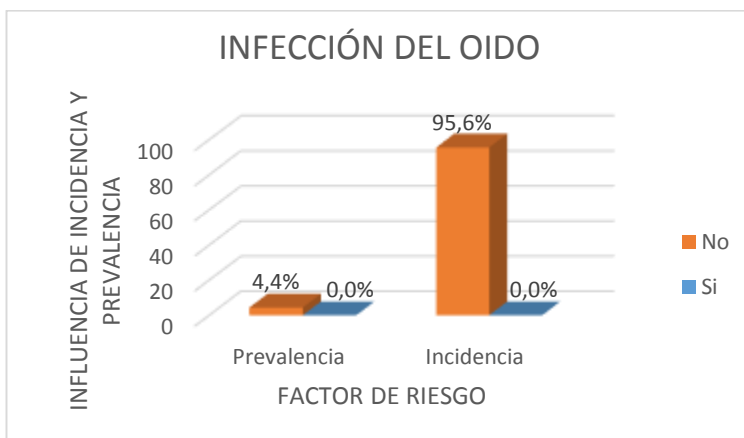
Fuente: Tabla N° 04



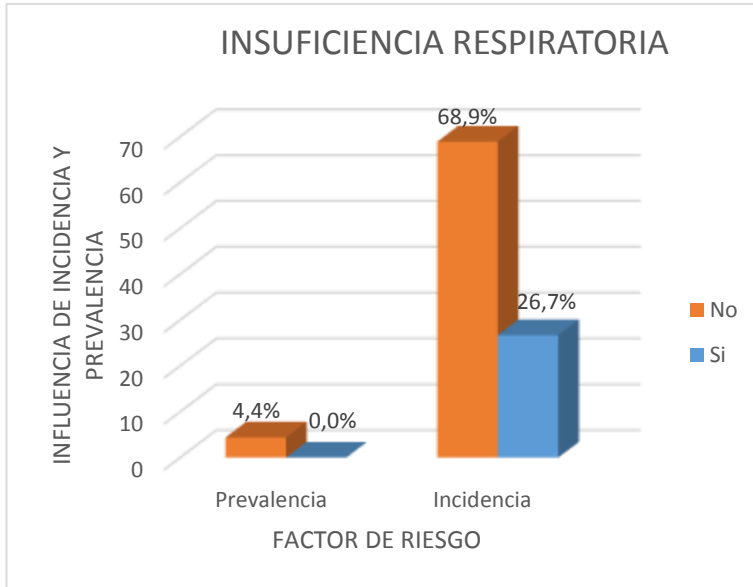
**Fuente:** Tabla N° 04



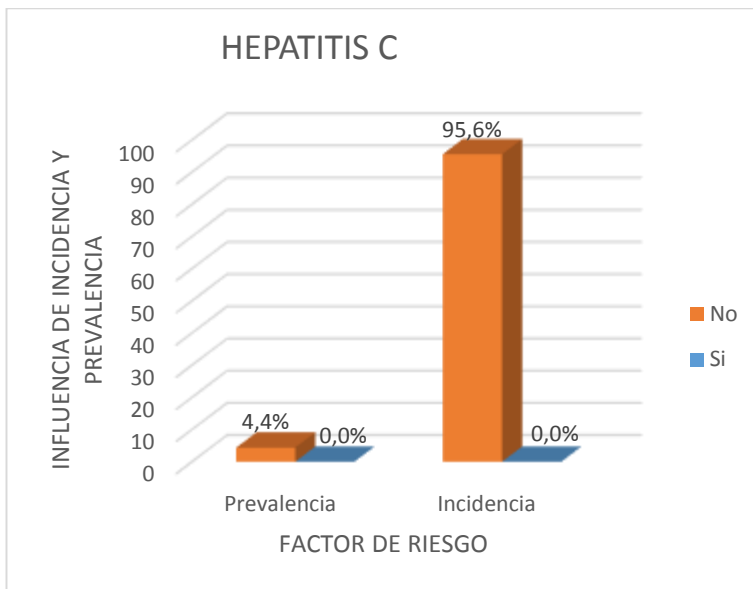
**Fuente:** Tabla N° 04



**Fuente:** Tabla N° 04



**Fuente:** Tabla N° 04



**Fuente:** Tabla N° 04

## 4.2. Discusión

- **Tabla N° 01**, Se revisó la historia clínica de 45 pacientes de los cuales obtuvimos los siguientes resultados; respecto al sexo se puede observar; que el 62,2% de pacientes hospitalizados en la unidad de vigilancia intensiva son masculinos y un 37.8% son femeninos; por tanto, el ingreso más frecuente a la Unidad de Vigilancia Intensiva por diferentes patologías son los pacientes de sexo masculino.

Estudio que se asemeja a la de Ovidio V., Rodríguez J, Hernández N, Sánchez M, y García A. (11), explica que se encontró prevalencia de infecciones Intrahospitalarias en los pacientes de sexo masculino con el 59,5%. También se asemeja al estudio de Suarez B., Valdes O., Manzano R., Rodríguez Y., Delgado E. y LLanes M. (16), cuyos resultados fueron que la Incidencia de infecciones Intrahospitalarias predominó en los pacientes de sexo masculino.

Difiere del estudio de Casteñeda F. y Valdespino M. (10), según la prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias; el 64,3% de los pacientes hospitalizados fueron femeninos y el 35,7% fueron masculinos. Así mismo se difiere al estudio de Aguilera J., Fonseca J., Gonzales P. Rosabal D. y Marin M. (12), cuyos resultados fueron que hubo un ligero predominio en el sexo femenino con el 51,1% en los factores de riesgo de infecciones intrahospitalarias.

Según otros estudios se determinó que la edad no era un indicador fiable de supervivencia ni se asoció a la mortalidad; sin embargo, se demostró que influye en la conservación de la vida a corto plazo. En esta serie, las comorbilidades y la gravedad de la afección desplazan a la edad como factor de riesgo, aspecto que difiere de otras investigaciones realizadas. (46)

Respecto al estado nutricional se puede observar; que el 66,7% de los pacientes hospitalizados en Unidad de Vigilancia Intensiva tuvieron un buen estado nutricional y el 33,3% de los pacientes tuvieron un mal estado nutricional.

Se asemeja al estudio de Salcedo C., Companioni N., Villarreal P., Reyer E. y Gavardo Y. (14), cuyos resultados fueron que los factores de riesgo más prevalentes son la malnutrición con el 4,7% entre otras enfermedades.

Siendo así que el estado nutricional es el grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo con respecto a los parámetros considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes. (36)

El estado nutricional es un determinante muy importante de la resistencia del hospedero ante la infección. Parte del incremento del

riesgo de infección asociado con la vejez en realidad puede estar causado por la malnutrición. (47)

Dándonos a entender que los familiares en su mayoría si apoyan en la nutrición y por lo tanto en la mejora del paciente, conjuntamente con el equipo multidisciplinario de salud, como es la Enfermera la que permanece las 24 horas al lado del paciente.

Respecto al nivel socioeconómico se puede observar; que el 100% de los pacientes hospitalizados en Unidad de Vigilancia Intensiva tienen un nivel socioeconómico malo.

El nivel socioeconómico en el hogar, es una variable estadísticamente significativa para el explicar el nivel de desnutrición existente y los episodios de enfermedad, esto explica porque las familias más pobres son las que exhiben mayor persistencia de desnutrición y enfermedad (42).

Según estudios, tener un bajo nivel socioeconómico se relaciona con una reducción de 2,1 años en la esperanza de vida para individuos de edades comprendidas entre los 40 y los 85 años (43).

Respecto al estilo de vida se puede observar; que el 100% de los pacientes hospitalizados en UVI tienen un mal estilo de vida.

La Organización Mundial de la Salud –OMS- define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el

contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Entre los estilos de vida que afectan la salud y con ello la calidad de vida de las personas, se encuentran; el consumo de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol y otras drogas), sedentarismo, falta de ejercicio, insomnio, estrés, dieta desbalanceada y la falta de higiene personal (44).

Respecto al uso de antibíoticoterapia se observa; que el 82,2% de los pacientes hospitalizados en UVI si utilizaron antibíoticos y el 17,8% de los pacientes no lo utilizaron.

Estudio similar segun Garcia H. y Martinez A. (08), presentaron infecci3n Intrahospitalaria pacientes que recibieron antibi\_oticoterapia antes de su ingreso.

Siendo as3 que en el Hospital II EsSalud Moquegua los pacientes necesitan para su recuperaci3n en su mayor3a el uso de los antibi\_oticos como parte de su tratamiento para las patolog3as que presentan.

Respecto al tiempo de estad3a se puede observar; que el 55,6% de los pacientes hospitalizados en UVI tuvieron una estad3a corta y el 44,4% tuvieron una estad3a Larga.

Segun estudios similares de Diaz C. (5), cuyo resultado fue que el 8.7% de los pacientes hospitalizados que presentaron Infecciones

Nosocomiales son de estancia prolongada. Se puede decir que del porcentaje de pacientes con estadía larga habrán presentado alguna infección intrahospitalaria.

Así mismo difiere el estudio de Llanos K. y Pérez R. (19), que se encontró como factor de riesgo significativo los días de estancia Hospitalaria.

La estadía hospitalaria es un factor de riesgo para las infecciones intrahospitalarias, cuando su estancia es prolongada. Y es un indicador de eficiencia hospitalaria. La estadía prolongada es aquella que sobrepasa mayor o igual a 9 días. Y está asociada al Diagnóstico médico y al servicio de especialidad donde se encuentra el paciente.  
(48)

Respecto al uso de Venipuntura Superficial se observa; que el 97.8% de los pacientes hospitalizados en UVI si recibieron una Venipuntura superficial y el 2,2% de los pacientes no recibieron Venipuntura superficial.

Similar al estudio de Diaz C. (5), según exposición a factores de riesgo; se encontró que de 10 938 solo 687 pacientes presentaron infecciones del torrente sanguíneo asociadas a venipuntura superficial.

Este estudio no coincide con Ovidio V, Rodríguez J, Hernández N, Sánchez M, y García A. (11), donde se encontró que el 17% de los pacientes que recibieron venipuntura superficial presentaron flebitis.

También difiere con Salcedo C; Companioni N; Villarreal P; Reyes E, Gayardo Y. (14), su estudio mostro que el 17,1% de los pacientes presentaron flebitis por el uso de venipuntura superficial. Las bacteriemias se presentaron en un 32,1% a la venipuntura superficial.

Dándonos a entender que es necesario el tratamiento por venipuntura con la administración de la antibioterapia para la mejora del paciente. Respecto al uso de cateterismo venoso profundo se puede observar; que un 97,8% de los pacientes hospitalizados en UVI no fue necesario el uso de cateterismo venoso profundo y el 2,2% de los pacientes si se le realizo el cateterismo venoso profundo.

Estudio que difiere según García H. y Martínez A. (8), presentaron infección Intrahospitalaria pacientes que tuvieron catéter venoso central.

Así mismo también difiere al estudio de Salcedo C., Companioni N., Villarreal P., Reyer E. y Gavardo Y. (14), cuyos resultados fueron que la infección Intrahospitalaria se relacionó con un 67,9% al catéter venoso profundo.

Dándonos a conocer según los antecedentes que la colocación del cateterismo venoso profundo es un factor de riesgo produciendo Infecciones Intrahospitalarias, pero en el Hospital de estudio no hay evidencias de casos.

Respecto al uso de ventilación mecánica se observa; que el 95,6% de los pacientes hospitalizados en UVI no utilizaron ventilación mecánica y el 4,4% de los pacientes si utilizaron ventilación mecánica.

Estudio similar de Ovidio V., Rodríguez J, Hernández N, Sánchez M, y García A. (11), explica que se encontró prevalencia de infecciones Intrahospitalarias en los pacientes que recibieron ventilación mecánica con el 28%.

Así mismo se asemeja al estudio de Aguilera J., Fonseca J., Gonzales P. Rosabal D. y Marin M. (12), cuyos resultados fueron que la localización de infecciones Intrahospitalarias más frecuentes fue en los pacientes con ventilación mecánica con el 46.8%.

También se asemeja al estudio de Pérez L., Fernández A., Olivera Y., Puig Y. y Rodríguez A. (15), que nos muestra la neumonía intrahospitalaria a ventilación Mecánica.

Igual se asemeja al estudio de Suarez B., Valdes O., Manzano R., Rodriguez Y., Delgado E. y LLanes M. (16), cuyos resultados fueron que la mayor Incidencia de infecciones Intrahospitalarias se debió a la neumonía asociada a la ventilación mecánica.

Así mismo se asemeja al estudio de Llanos K. y Pérez R. (19), que se encontró como factor de riesgo significativo la ventilación mecánica.

Se difiere al estudio de Duarte F. y Baeza F. (22), cuyo resultado fue que existe el 44,4% de incidencia de infecciones Intrahospitalarias por neumonías asociada a ventilación mecánica en un 74% en pacientes pediátricos sometidos a cardiocirugía.

Respecto al uso de oxigenoterapia tenedor o cámara se puede observar; que el 55,6% de los pacientes hospitalizados en UVI si utilizaron oxigenoterapia y un 44,4% de los pacientes no utilizaron oxigenoterapia.

Dándonos a conocer que la mayoría de los pacientes tienen necesidad de oxigenoterapia, lo que podría causar la mala manipulación de los equipos el aumento el riesgo de Infecciones Intrahospitalarias.

Respecto al uso de sonda vesical se pudo observar; que el 68,9% de los pacientes hospitalizados en UVI no utilizaron sonda vesical y el 31,1% de los pacientes si lo utilizaron.

Difiere del estudio de Aguilera J., Fonseca J., Gonzales P. Rosabal D. y Marin M. (12), cuyos resultados fueron que el factor de riesgo fundamental en el estudio fue el uso de sonda vesical con el 80.9% de pacientes.

También se asemeja al estudio de Suarez B., Valdes O. (16), Manzano R., Rodríguez Y., Delgado E. y LLanes M. cuyos resultados fueron que el uso de sonda vesical fue el factor de riesgo más frecuente.

Respecto al uso de sonda de Levine se observó; que el 91,1% de los pacientes hospitalizados en UVI no utilizaron sonda de Levine y el 8,9% de los pacientes si utilizaron.

Se difiere al estudio de Duarte F. y Baeza F. (22), cuyo resultado fue que existe el 100% de incidencia de infecciones Intrahospitalarias en pacientes pediátricos sometidos a cardiocirugía con sonda de Levine.

Teniendo como resultado el buen uso de las prácticas asépticas apropiadas durante la introducción de una Sonda Vesical y Sonda Levine evitara el Riesgo de la Infecciones Intrahospitalaria.

Respecto al uso de alimentación parenteral se pudo observar; que el 97.8% de los pacientes hospitalizados en UVI no recibieron alimentación parenteral y el 2,2% de los pacientes si lo recibieron.

Se asemeja con el estudio de Aguilera J, C; Fonseca J; González P; Rosabal D. y Marin M. (12), donde el 30.9% de los pacientes si recibieron nutrición parenteral.

La nutrición parenteral (NP) es una herramienta terapéutica incorporada en las últimas 3 décadas para los pacientes que están impedidos de recibir nutrientes en forma total o parcial a través del tubo digestivo. La Nutrición Parenteral es un procedimiento que no

está exento de riesgo de complicaciones, siendo éstas: mecánicas o técnicas, metabólicas, nutricionales e infecciosas. Las complicaciones infecciosas tienen especial importancia, porque llevan a un aumento de la morbilidad, y costos por ser intrahospitalaria y tienen una mortalidad atribuible alta. (48)

Respecto al uso de Diálisis y hemodiálisis se observó; que el 86,7% de los pacientes hospitalizados en UVI no se hicieron y el 13,3% de los pacientes si recibieron Diálisis y hemodiálisis.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento con hemodiálisis son una población con riesgo elevado de contraer infecciones, bien por la complejidad técnica de la asistencia que reciben o por el estado de inmunodepresión que los caracteriza. El tipo de acceso vascular (AV) influye directamente en el riesgo de presentar infecciones intrahospitalarias como el desarrollo de bacteriemias. (45)

Respecto a la infección del tracto urinario se puede observar; que el 82,2% de los pacientes hospitalizados en UVI no tuvieron Infección del tracto urinario y el 17,8% de los pacientes si lo tuvieron.

También se asemeja al estudio de Pérez L., Fernández A., Olivera Y., Puig Y. y Rodríguez A. (15), que nos muestra las infecciones urinarias como infecciones intrahospitalarias por el E. Coli.

Estudios similares de Serrano M., Barcenilla F., Limón E. y Pujol M. (17), se encontró que las infecciones más frecuentes fueron del tracto urinario en un 35,8%.

También difiere al estudio de Montenegro B., Tafur R., Diaz C. y Fernández J. (18), cuyo resultado evidencio que el 62,2% de pacientes de 60 a más tuvieron infección del tracto urinario. Siendo el microorganismo aislado más frecuente el E. Coli con el 32.9%.

Las infecciones urinarias causan menos morbilidad que otras infecciones intrahospitalarias, pero, a veces, pueden ocasionar bacteriemia y la muerte. (49)

Las infecciones urinarias se encuentran relacionadas con el sondaje vesical debido a múltiples causas, tales como: salidas accidentales de la sonda, colocación inadecuada del catéter urinario, prolongación del sondaje y carencia de sistemas cerrados para el drenaje de la orina. (46)

Respecto a Sepsis se observó; que el 73,3% de los pacientes hospitalizados en UVI no tuvieron Sepsis y el 26,7% de los pacientes si tuvieron sepsis.

Se asemeja al estudio de García H., Torres J., Peregrino L. y Cruz M. (13), cuyo estudio indico que la infección más frecuente fue la sepsis con el 34,8%.

La sepsis es una respuesta exagerada a una infección que se produce cuando la inmunomodulación actúa en contra del propio organismo y puede dar lugar a una disfunción orgánica potencialmente mortal. La sepsis es el proceso clínico intrahospitalario más costoso y con mayor mortalidad. La sepsis es el proceso clínico intrahospitalario más costoso y con mayor mortalidad. (50)

Respecto a infecciones respiratorias se puede observar; que el 68.9% de los pacientes hospitalizados en UVI no tuvieron Infecciones Respiratorias y el 31,1% si tuvieron infecciones respiratorias.

Estudio que difiere de Ovidio V., Rodríguez J, Hernández N, Sánchez M, y García A. (11), explica que se encontró el factor de riesgo más frecuente de Infecciones Intrahospitalarias en las Infecciones Respiratorias con el 60%.

Así mismo también difiere el estudio de Salcedo C., Companioni N., Villarreal P., Reyer E. y Gavardo Y. (14), cuyos resultados fueron que la infección Intrahospitalaria se relacionó con la infección Respiratoria a la intubación endotraqueal con el 54,2%.

Estudios similares de Serrano M., Barcenilla F., Limón E. y Pujol M. (17), se encontró que las infecciones más frecuentes son las respiratorias en un 35,8%.

Las infecciones respiratorias son afecciones muy frecuentes. Si se complican en el área hospitalaria constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad en todas las edades, agravándose en los pacientes con ventilación mecánica.

Respecto a infección de la piel se puede observar; que el 97.8% de los pacientes hospitalizados en UVI no tuvieron infección de la piel y el 2,2% si tuvieron la infección de la piel.

Similar al estudio de Valdés L. y Leyva T. (7), donde el 12,3% de los pacientes hospitalizados tuvieron infección de la piel.

También coincide con Salcedo C; Companioni N; Villarreal P; Reyes E, Gayardo Y. (14), su estudio mostro que el 6,6% de los pacientes presentaron infección nosocomial en Piel y tejidos blandos.

Coincide con Serrano M; Barcenilla F; Limón E. y Pujol M. (17), donde mostro que el 17% de los pacientes estudiados presentaron infecciones de la piel y partes blandas (17).

Por ultimo también coincide con Saiz M; Romero D. y Abad F. (21), el estudio mostro que el 3,6% de los pacientes presentaron infecciones de piel y partes blandas.

Las infecciones de la Piel y los tejidos blandos: las lesiones abiertas (ulceras comunes o por decúbito, quemaduras) fomentan la colonización bacteriana y puede ocasionar infección sistémica (49)

Puede haber presencia de un área enrojecida e hinchazón en la piel, con o sin la presencia de ampollas. Generalmente, la región se encuentra dolorida y caliente, y puede haber producción de secreción purulenta y mal olorosa. (51)

Respecto a los problemas digestivos se observó; que el 93.3% de los pacientes hospitalizados en UVI no tuvieron problemas digestivos y el 6,7% de los pacientes si tuvieron problemas digestivos.

Similar al estudio de Valdés L. y Leyva T. (7), donde el 5,6% de los pacientes hospitalizados tuvieron problemas digestivos.

Coincide con Salcedo C; Companioni N; Villarreal P; Reyes E, Gayardo Y. (14), su estudio mostro que el 7,6% de los pacientes presentaron problemas digestivos.

También coincide con Serrano M; Barcenilla F; Limón E. y Pujol M. (17), donde muestra dentro del estudio realizado en otras infecciones con el 10,5% incluye los digestivos.

Por ultimo también coincide con Saiz M; Romero D. y Abad F. (21), este estudio mostro que el 8.3% de los pacientes presentaron otras infecciones donde se incluye los digestivos.

Los problemas digestivos como la gastroenteritis es la infección nosocomial más común en los niños, cuyo principal agente patógeno es un rotavirus: Clostridium difficile es la principal causa de gastroenteritis nosocomial en adultos en los países desarrollados.

Respecto a infección del oído se pudo observar; que el 100% de los pacientes hospitalizados en UVI no tuvieron infección del oído.

Difiere el estudio de Valdés L. y Leyva T. (7), donde el 1,1% de los pacientes hospitalizados tuvieron infección al oído como otitis.

Difiere con el estudio de Serrano M; Barcenilla F; Limón E. y Pujol M. (17), donde muestra dentro del estudio realizado en otras infecciones con el 10,5% incluye las infecciones del Oído.

Por ultimo también difiere con Saiz M; Romero D. y Abad F. (21), su estudio mostro que el 8,3% de los pacientes presentaron otras infecciones donde se incluye las infecciones del oído.

Respecto a Insuficiencia respiratoria se observó; que el 73,3% de los pacientes hospitalizados en UVI no tuvieron insuficiencia respiratoria y el 26,7% si lo tuvieron.

La insuficiencia respiratoria es una afección en la cual su sangre no tiene suficiente oxígeno o tiene demasiado dióxido de carbono. A veces puede tener ambos problemas.

En el lugar de estudio observamos que la mayoría no presentan insuficiencia respiratoria por lo que nos da a conocer que es un factor que no influye, debido a la mayoría de los casos se presentan en pacientes con ventilación mecánica asociada a la neumonía.

Respecto a Hepatitis C se pudo observar; que el 100% de los pacientes hospitalizados en UVI no tienen Hepatitis C.

La diseminación en el ámbito hospitalario es más frecuente en niños, pero puede afectar a pacientes de cualquier edad, en especial inmunodeprimidos y con patología respiratoria, renal o cardíaca de base. Estas infecciones se asocian a una prolongación de la estancia hospitalaria y a una considerable morbimortalidad. (53)

- **Tabla N° 02**, se observa; que el 95,6% de los pacientes hospitalizados tienen incidencia en las Infecciones Intrahospitalarias.

Estudio similar de García H. y Martínez A. (08), sobre epidemiología de las infecciones Intrahospitalarias indica que si se encontraron incidencia en las infecciones Intrahospitalarias en los pacientes hospitalizados en un 37,7%.

También se asemeja al estudio de Suarez B., Valdés O., Manzano R., Rodríguez Y., Delgado E. y LLanes M. (16), cuyos resultados fueron que la Incidencia de infecciones Intrahospitalarias fue de un 18,6 por cada 100 pacientes.

Por último, se asemeja al estudio de Duarte F. y Baeza F. (22), cuyo resultado fue que existe una alta incidencia de infecciones Intrahospitalarias en pacientes pediátricos sometidos a Cardiocirugía. Una vez infectados tiene 4 veces más el riesgo de muerte.

Densidad de incidencia de neumonía. La tendencia de las Neumonías en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2017, se han mantenido por debajo del Promedio Nacional por Categoría, con excepción de los meses de mayo y octubre. Durante el mes de mayo del 2018, se han registrado dos casos de Neumonía que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 5.10 x 1000 días.

Densidad de Incidencia en ITU. En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de mayo del año 2018, no hubo casos de Infección Urinaria.

Densidad de incidencia en Infección al Torrente sanguíneo no se presentaron casos durante el mes de mayo del 2018. Incidencia de Endometritis puerperal por partos vaginales. Obstetricia durante el mes de mayo del año 2018 no se han presentado casos de Endometritis Puerperal por Parto Vaginal. Incidencia de Endometritis Puerperal por cesárea. En el mes de mayo del 2018 no se han reportado casos de Endometritis Puerperal por Cesárea. Infección de herida Operatoria en cesáreas. Obstetricia, en el gráfico podemos observar que durante el mes de mayo del 2018 se han reportado cinco

casos de Infección de Sitio Quirúrgico en Cesárea, que representa una tasa de incidencia de 2.81 x 100 actividades. (55)

- **Tabla N° 03**, se puede observar; que el 4,4% de los pacientes hospitalizados tienen prevalencia en las Infecciones Intrahospitalarias. Esto difiere del estudio de Díaz, C. (5), que las infecciones nosocomiales tienen más prevalencia en los pacientes hospitalizados.

Similar al estudio de Valdes L. y Leyva T. (7), que si hay prevalencia en las infecciones Intrahospitalarias en un 7%.

Según el estudio similar de García M. y Chamorro J. (6), sobre la prevalencia de la infección nosocomial. Se encontró que la vigilancia en la prevención y control de las infecciones Intrahospitalarias se asocian con un descenso de las tasas de infección, encontrándose un 18,7% en su prevalencia.

Estudio similar de Casteñeda F. y Valdespino M. (10), según la prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias; se encontró un 9,52% de prevalencia en los pacientes hospitalizados.

Estudio similar de Ovidio V., Rodríguez J, Hernández N, Sánchez M, y García A. (11), explica que se encontró prevalencia de infecciones

Intrahospitalarias en los pacientes mayores de 68 años por ser la más vulnerable por sus morbilidades siendo el factor de riesgo más presente.

Estudios similares de Serrano M., Barcenilla F., Limón E. y Pujol M. (17), se encontró que la prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias en las enfermedades agregadas fue 10,2%.

Así mismo se asemeja al estudio de Llanos K. y Pérez R. (19), que tuvo como resultado en 8,06% la estimación de la frecuencia de Infecciones Intrahospitalarias, la cual es casi 4 veces lo reportado como prevalencia puntual en el Perú.

La prevalencia de infecciones hospitalarias por 100 pacientes hospitalizados fue de 26 y 85 en Unidad de Cuidados Intensivos. El número de pacientes con infecciones hospitalarias fue 119, 62 varones y 57 mujeres, 127 infecciones hospitalarias diagnosticadas en los 119 pacientes: 113 con una infección hospitalaria, cuatro pacientes con dos y dos pacientes con tres. La importancia de un estudio de prevalencia radica en la posibilidad de incrementar el conocimiento del personal que labora en el hospital sobre la magnitud de las infecciones hospitalarias, su relación a las prácticas del cuidado de salud y el potencial para intervenir sobre ellas antes de que ocurran. La prevalencia de pacientes con infecciones hospitalarias en el Hospital

Nacional Edgardo Rebagliati Martins fue de 7,54 casos por 100 pacientes hospitalizados. La importancia de un estudio de prevalencia radica en la posibilidad de incrementar el conocimiento del personal que labora en el hospital sobre la magnitud de las infecciones hospitalarias, su relación a las prácticas del cuidado de salud y el potencial para intervenir sobre ellas antes de que ocurran (54)

- **Tabla N° 04**, se puede observar que de todos los factores de riesgo, el único que influye estadísticamente son los Problemas Digestivos con un  $p = 0,012 < \alpha = 0,05$ .

Dándonos a entender que se produce a consecuencia del uso excesivo de antibióticos por la estancia prolongada del paciente, la cual puede destruir la flora normal del individuo y exponerlo a infección por cepas del Hospital. (25)

## CONCLUSIONES

- El único factor de riesgo que influye estadísticamente son los que presentan problemas digestivos, con un  $p = 0,012 < \alpha = 0,05$ , teniendo en la población de estudio 3 pacientes.
- En los pacientes hospitalizados en la unidad de vigilancia intensiva presentan más en la incidencia en un 95,6% que en la prevalencia en un 4,4% de la población en estudio.
- Que Algunos Factores de riesgo si influyen en la incidencia y prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019.

## **RECOMENDACIONES**

- A los directivos del hospital, formar un comité para la prevención, seguimiento y monitorización de las Infecciones Intrahospitalarias.
- Al personal profesional continuar con más trabajos de investigación sobre el tema, para conocer en exactitud los factores de riesgo relevantes que influyen en aparición de infecciones intrahospitalarias a los pacientes hospitalizados en la unidad de vigilancia intensiva.
- Al personal asistencial del servicio realizar más seguimiento a los pacientes hospitalizados de 60 años a mas, en la unidad de vigilancia intensiva por ser más vulnerables a las complicaciones de su morbilidad y en la aparición de infecciones intrahospitalarias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quispe Z..”El abordaje de las infecciones intrahospitalarias – IAAS”. (Internet) 2016. Disponible en:  
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/renace/JornadaCientifica/miercoles21/Elabordaje-IAAS.pdf>
2. Samanez J, Carbajal R. Revista Peruana de Epidemiologia. Infecciones Intrahospitalarias en Cirugía Genera. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Vol. 8. N° 2. 1(1). (Internet). 1995(Julio 1995). Disponible en [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v08\\_n1/infecciones.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v08_n1/infecciones.htm)
3. Biminchumo A. Informe final del estudio de Prevalencia de punto de Infecciones Intrahospitalarias y prevalencia de uso de Antibióticos. (Internet). 2013(junio 2013). Disponible en: <http://190.102.131.45/epidemiologia/vigilancia/prevalencia/2013/estpre06.pdf>
4. Rivera R., Castillo G., Astete M., Linares V, Huanco D. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Eficacia de un programa de

capacitación en medidas básicas de prevención de infecciones Intrahospitalarias. 16 (5). (Internet). 2005(Junio 2005). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342005000200002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000200002)

5. Diaz C. Las infecciones nosocomiales, un problema vigente. Rev. Cuerpo Med. HNAAA (Internet). 2016; Vol. 9. Núm. 1. Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/140/120>  
Inicio /.
6. García M. y Chamorro J. “Prevalencia de la Infección Nosocomial en Navarra”. Anales. Sis. San. Navarra (Internet). 2011; Vol. 30 Núm. 1. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S11376627200700010009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11376627200700010009)
7. Valdés L. y Leyva T. “Prevalencia de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en Hospitales provinciales de Santiago de Cuba”. MEDISAN (Internet). 2013; Vol. 17 Núm. 12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-0192013001200014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-0192013001200014)

8. García Heladia y Martínez Muñoz Angeles Mahima. “Epidemiología de las infecciones nosocomiales en una unidad de cuidados intensivos neonatales”. Rev. Med. Inst. México (Internet). 2014; paginas 530-2537. Disponible en:  
  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=50643> [HTML]
  
9. Delgado Acosta, Hilda María y Suarez del Villar Seuret, Sadis. “Factores de Riesgo de Infección Intrahospitalaria en un Servicio de Neonatología”. Rev. Medisur (Internet). 2012; Vol. 10 Núm. 1. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2012000100006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000100006) [HTML]
  
10. Castañeda Martínez, Fernando y Valdespino Padilla, María Guadalupe. “Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en un hospital de segundo nivel de atención en México”. Rev. Med. IMSS (Internet). 2015; Vol. 53 Núm. 6. Páginas 686-690. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744940004.pdf> [PDF]
  
11. Ovidio Díaz V., Rodríguez Prieto J.C., Hernández Suárez N., Sánchez M., y García I. A.. “Factores de riesgo, parámetros clínicos de infecciones

asociadas a la asistencia sanitaria en un hospital”. Rev. Ciencias Médicas vol.21 no.2 Pinar del Río mar.-abr. 2017. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942017000200007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942017000200007&script=sci_arttext&tlng=pt)

12. González Aguilera Julio, Cesar, Fonseca Muñoz Juan Carlos, González Pompa Jose Antonio, Rosabal Rosales David Danie. y Marin Montejo Mariams. “Infección relacionada con los cuidados sanitarios en la unidad de cuidados”. Rev, Med. Multimed 2017; vol. 16, N°3, pag. 434-447.

Disponible en:  
<Http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/529/998>

13. García Heladía Torres-Gutiérrez J. , Peregrino-Bejarano L. y Cruz-Castañeda Marco Antonio. Realizo el estudio: “Factores de riesgo asociados a infección nosocomial (IN) en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de tercer nivel”. Gac Med Mex. 2015;

151:711-9 Disponible en:  
[http://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n6/GMM\\_151\\_2015\\_6\\_711-719.pdf](http://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n6/GMM_151_2015_6_711-719.pdf)

14. Salcedo Reyes Caridad, Companioni Romero Niurka, Villarreal Pérez Pedro, Reyes Navarro Ernestina, Gayardo Barrio Yanadis. “Infección nosocomial en una unidad de cuidados intensivos pediátrica”.

Revmie.sld.cu Vol. 15, núm. 3 (2016): julio-septiembre. Pág. 85-93.

Disponible en:

[http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/77/pdf\\_14](http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/77/pdf_14)

**15.** Pérez Vereá Lits, Fernández Ferrer Amnerys, Olivera Reyes Yudeisi, Puig Miranda Yoel, Rodríguez Méndez Ariadne. “Infecciones nosocomiales y resistencia antimicrobiana”. Rev. Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias (Internet) 2019; Vol.18, núm. 1. Pag.:1-17. Disponible en: [http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/475/pdf\\_113](http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/475/pdf_113)

**16.** Suárez Méndez Berta Erelides, Valdés Suárez Orlando, Manzano Silva Rolnel, Rodríguez Chirino Yuniór, Delgado Saavedra Erla, Llanes Hernández Marielys. “Infección asociada a los Cuidados sanitarios en una unidad de Cuidados Intensivos”. Rev Cub Med Int Emerg (Internet) 2017; Vol.16, Núm. 1. Páginas.: 41-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2017/cie171f.pdf>

**17.** Serrano Marcos, Barcenilla Fernando, Limón Enrique, Pujol Miguel. “Prevalencia de infección relacionada con la asistencia sanitaria en centros sanitarios de cuidados prolongados de Cataluña. Programa de Vigilancia de la Infección Nosocomial en Cataluña”. ELSEVIER (Internet) 2017; Vol.

35, Núm. 8, Octubre. Páginas: 505-510. Disponible en:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X15004474>

- 18.** Montenegro Díaz Brian, Tafur Ramírez Rosita, Díaz Vélez Cristian, Fernández Mogollón Jorge. “Infecciones intrahospitalarias del tracto urinario en servicios críticos de un hospital público de Chiclayo, Perú”. Acta Méd. Perú (Internet) 2016. Vol.33 Num.3 Lima jul./Set. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172016000300004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000300004).
- 19.** Llanos Torres, Kevin Hernán; Pérez Orozco, Rocío del Pilar. “Frecuencia de Infecciones Nosocomiales en unidades de observación de emergencia de dos Hospitales de tercer nivel del Perú”. Tesis de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Medicina. Páginas 1-27. Disponible en:  
<http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/1496>.
- 20.** Távara Carmen Sandra Paola, Villena Pérez Roxana, Muro Exebio Iliana del Rosario. “Conocimiento de las enfermeras sobre Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo, Perú”. ACC CIETNA: Para el Cuidado de la Salud (Internet) 2017. Vol. 04. Núm.

2. Páginas: 39-49. Disponible en:  
<http://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/18>

21. Saiz Rodríguez Mirian, Romero Palacian Daniel Rafael, Abad Santos Francisco. "Infecciones como causa de ingreso Urgente en adultos en un Hospital Terciario". IBJ Clin Pharmacol (Internet) 2017. Vol.1 Núm. 1: Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/314486919>
22. .Duarte Raya Fidencia, Baeza Zarco Fabiola Janet."Incidencia y factores de riesgo asociados a infección nosocomial en Cardiocirugía Pediátrica". Rev Med Inst Mex Seguro Soc. (Internet) 2016; Vol. 5 Núm. 2. Páginas: 182-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/p>
23. Organización Mundial de la Salud (OMS), pagina Web. Disponible en: [https://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](https://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
24. Gonzales Svatetz C. A, Agudo Trigueros A.. Factores de Riesgo: Aspectos Generales. Elsevier; 2010.p. 752-763. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II\\_EMF\\_225-237.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Segundo/II_EMF_225-237.pdf)

- 25.** Paica Gadelha María, Alessio Rosario. Comité de Control de Infecciones Hospitalarias. (Internet).1997. (Octubre 1997).18 (6,9). Disponible en:  
<http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/5116/guia5.6.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 26.** Wales Jimmy. Tim Shell y Michael Davis. Wikipedia. Enciclopedia libre.immy. Tim Shell y Michael Davis. Wikipedia. Enciclopedia libre. Infección Nosocomial, (internet).2019. (Julio 2019) 1(1). Disponible en:  
[https://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n\\_nosocomial](https://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n_nosocomial)
- 27.** Actualización tema 18. Infección Nosocomial.(internet)2011. 1(1). Disponible en:  
[http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO\\_OPCA/Act.18\\_OPE\\_Canarias\\_2013.pdf](http://www.grupocto.com/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCA/Act.18_OPE_Canarias_2013.pdf)
- 28.** Pérez Montoya Luis, Zurita Villarroel Ingrid. Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención. Revista Ciencia Médica 2010. Vol.13 Núm. 2. Páginas: 94-98. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-74332010000200009](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332010000200009)

- 29.** Wales Jimmy. Tim Shell y Michael Davis. Wikipedia. Enciclopedia libre. Incidencia.(Internet). 2019. (Mayo 2019). 1(1) Disponible: <https://es.wikipedia.org/wiki/Prevalencia>
- 30.** Academia Europea de Pacientes. Página Web. Disponible en: [eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/conceptos-epidemiologicos-incidencia-y-prevalencia/](http://eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/conceptos-epidemiologicos-incidencia-y-prevalencia/)
- 31.** Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades Boletín Epidemiológico N° 026-2017; 367-319. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/SE102017/02.pdf>
- 32.** Paredes Rolando. Revalencia de enterobacteriáceas productoras de betalactamasas de espectro extendido (Blee) en la clínica Good Hope.(Internet). 2012(Marzo 2012) 72(6). Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3497/Paredes\\_gr.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3497/Paredes_gr.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 33.** Academia Europea de Pacientes. Página Web. Disponible en: [eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/conceptos-epidemiologicos-incidencia-y-prevalencia/](http://eupati.eu/es/farmacoepidemiologia-es/conceptos-epidemiologicos-incidencia-y-prevalencia/)

- 34.** Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades Boletín Epidemiológico N° 026-2017; 367-319. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/SE102017/02.pdf>
- 35.** Lain Claudia. Sexo sexualidad y más. (Internet) 2015(Agosto 2015)1(1). Disponible en: <https://www.wattpad.com/153787592-%E2%9D%87-definiciones>
- 36.** Delgado Perez Doris .Vigilancia Epidemiológica Nutricional. (Internet).1994. 50 (70) Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1569.pdf>
- 37.** Wales Jimmy. Tim Shell y Michael Davis. Wikipedia. Enciclopedia libre.immy. Desnutrición. (Internet) 2009. (Julio 2019). 1(1). Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Desnutrici%C3%B3n>
- 38.** .Torricella Morales Raul Gonzalo. Ecuret. Obesidad. (Internet) 2007. 1(1). Disponible en: <https://www.ecured.cu/Obesidad>
- 39.** Hurtado Ayala Margarita. Factores de riesgo en Infecciones Intrahospitalarias en el Servicio de Cirugia Hospital Nacional Arzobispo

Loayza–2012. (Internet).2014. 71(15-17)Disponible en:  
[http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4425/1/Hurtado\\_Ayala\\_Margarita\\_Elvira\\_2014.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4425/1/Hurtado_Ayala_Margarita_Elvira_2014.pdf)

**40.** Prado Solar Liana Alicia. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Revista Médica Electrónica. (Internet).2014 (Diciembre 2014). 1(1). Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)

**41.** Escobar Castellanos Blanca, Cid Hernandez Patricia.El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud (Internet).2018 (Junio 2018). 1(1). Disponible en:  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2018000100039](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039)

**42.** Pichichua Serna Juan, Miranda Cuadros Marianella, Sánchez Abanto José. Efecto del Nivel Socioeconómico sobre algunos indicadores de salud y nutrición en la niñez, Perú 2007. Disponible en:  
<http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/efecto%20nivel%20se.pdf>.

- 43. NEW BUSINESS.** Los factores socioeconómicos influyen altamente en la salud de la población. Publicado el 4 de febrero, 2017 por COMUNICAE (autor). Disponible en: <http://www.elmundoempresarial.es/noticias/es/1702/12/6203/Los-factores-socioecon%C3%B3micos-influyen-altamente-en-la-salud-de-la-poblaci%C3%B3n.htm>.
- 44. MD UNIMINUTO** Corporación Universitaria, portal. Julio 2011. Vol. 31. Núm. 4. páginas 379-504. Disponible en: <http://www.uniminuto.edu/web/bienestaruvd/-/calidad-y-habitos-de-vida?inheritRedirect=true>
- 45. Quori Anna, Molina Jesús, Baamonde E. y García C.** Vigilancia de infecciones y otros eventos adversos en pacientes en hemodiálisis en el área sur de Gran Canaria. DOI: 10.3265/Nefrologia.pre2011.Apr.10605. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-vigilancia-infecciones-otros-eventos-adversos-articulo-X0211699511052219>.
- 46. Vázquez Belizón Y., González Aguilera J. C., González Pompa J. A. y Santisteban García S.** Factores de riesgo de infección intrahospitalaria en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. MEDISAN vol.17 no.8 Santiago de Cuba ago. 2013. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000800012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800012).

**47.** Ramirez M., Díaz de Correa Y., y Luna Villamil M. Guía de intervención en Enfermería Basada en la Evidencia Científica. ACOFAEN. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0019.pdf>.

**48.** Balboa Cardemil P y castillo Duran. C Nutrición Hospitalaria. Hospitalaria. Vol.26 n° 6 Madrid 2011. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112011000600033](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000600033).

**49.** Organización Mundial de la Salud. Guía Práctica 2da Edición. Prevención de las Infecciones Nosocomiales. Suiza. 2003.

**50.** EFE: SALUD. Plataforma Digital especializada. Belinchón Ana María. La Sepsis es el proceso clínico intrahospitalario con mayor mortalidad y coste. Santander 2016. Disponible en: <https://www.efesalud.com/sepsis-mortalidad-coste/>.

**51.** TUA SAUDE. Plataforma Digital especializada. Lemos Marcela Biomédica. Infecciones nosocomiales: qué son, causas, tipos y prevención. Agosto

2019. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/infecciones-nosocomiales/>.

**52.** Biblioteca Nacional de Medicina.Medline Plus. Estados Unidos. 1(1)Julio-2019. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/respiratoryfailure.html>

**53.** Martínez José Antonio y Pumarola Tomás. Viriasis nosocomiales. Virus de la hepatitis, herpesvirus y virus de la gripe. Volume 31, Issue 7, 2013, Pag. 471-479. Disponible en :  
[https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc\\_eimc\\_v31n07p471a479.pdf](https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc_eimc_v31n07p471a479.pdf)

**54.** Revista Médica Herediana. Prevalencia de infecciones hospitalarias en el hospital peruano de nivel en el año 2008. Vol 22 (2) Junio 2011. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2011000200006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000200006)

**55.** Boletín epidemiológico Mensual. MINSA. Vol.2 N°01. Mayo. 2018.  
Disponible en:  
[http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/epidemiologia/boletin\\_epidemiologico/2018/boletin\\_epidemiologico\\_mayo\\_%202018.pdf](http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/epidemiologia/boletin_epidemiologico/2018/boletin_epidemiologico_mayo_%202018.pdf)

**56.** Tamayo M. El proceso de la investigación científica. Disponible en:  
<https://www.urbe.edu/UDWLibrary/InfoBook.do?id=7544>

# **ANEXOS**

ANEXO N° 01

**FORMATO FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA – 2019**

**Variable Dependiente:** Incidencia y la prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias.

**Finalidad:** Establecer la incidencia y la prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, o en la Unidad de Vigilancia Intensiva.

**Objetivo:** a. Identificar la Incidencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en la Unidad de Vigilancia Intensiva. y, b. Identificar la prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en la Unidad de Vigilancia Intensiva.

El cuestionario está dividido en dos partes; la primera es un formato para recolectar datos generales, y la segunda es el cuestionario propiamente dicho. Agradeciéndole su valiosa colaboración.

**INSTRUCCIONES:** Marque con una X la respuesta que considere.

**ÁREA:** Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II Essalud Moquegua

**FECHA:** .....

**CENTRO ASISTENCIAL:** .....

**ENTREVISTA N°:** .....

**ENTREVISTADOR:** .....

**NOMBRE DEL PACIENTE:** .....

**EDAD:** .....

**DIAGNOSTICO DE LA MORBILIDAD:** .....

**DIAGNOSTICO DE LA MORTALIDAD:** .....

ANEXO N° 02

**CUESTIONARIO FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN LA  
INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES  
INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA  
INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD  
MOQUEGUA – 2019**

**Variable Independiente:** Factores de riesgo en las Infecciones Intrahospitalarias.

**Finalidad:** Establecer los factores de riesgo que influyen en la incidencia y la prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, o en la Unidad de Vigilancia Intensiva.

**Objetivo:** a. Identificar los factores de riesgo en las Infecciones Intrahospitalarias, en la Unidad de Vigilancia Intensiva.

**1.- FACTORES DE RIESGO:**

**Sexo** M ( ) F ( )

**Estado Nutricional**

Malo ( ) Bueno ( )

**Nivel socioeconómico**

Malo ( ) Bueno ( )

**Estilo de Vida**

Malo ( ) Bueno ( )

**Antibioticoterapia**

Si la Utilizaron ( ) No la Utilizaron ( )

**Tiempo de Estadía**

Corta Estadía ( ) Larga Estadía ( )

**Venipuntura superficial**

Si ( ) No ( )

**Cateterismo venos profundo**

Si ( ) No ( )

**Ventilación mecánica**

Si ( ) No ( )

**Oxigenoterapia por tenedor nasal o cámara**

Si ( ) No ( )

**Sonda vesical**

Si ( ) No ( )

**Sonda de Levine**

Si ( ) No ( )

**Alimentación Parenteral**

Si ( ) No ( )

**Díálisis y Hemodiálisis**

Si ( ) No ( )

**Infección del tracto urinario**

Si ( ) No ( )

**Sepsis**

Si ( ) No ( )

**Infecciones Respiratorias**

Si ( ) No ( )

**Infección de la piel**

Si ( ) No ( )

**Problemas digestivos**

Si ( ) No ( )

**Infección de Oído**

Si ( ) No ( )

**Insuficiencia Respiratoria**

Si ( ) No ( )

**Hepatitis C**

Si ( ) No ( )

### ANEXO N° 03

#### Formato de validación de instrumento por juicio de experto

Factores de riesgo y su influencia en la incidencia y prevalencia de las infecciones intrahospitalarias en la unidad de vigilancia intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019

#### Para su calificación le presentamos la siguiente escala:

< 0,40	Validez y concordancia baja
0,40 - 0,60	Validez y concordancia moderada
0,60-0,80	Validez y concordancia alta
> 0,80	Validez y concordancia muy alta

Validez de criterio

Indicador	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Promedio
1	90	80	60	90	90	60	78,3
2	90	90	80	90	80	60	81,7
3	80	90	80	90	80	60	80,0
4	80	90	80	90	80	60	80,0
5	80	90	100	90	90	60	85,0
6	90	80	60	90	80	60	76,7
7	90	90	60	90	80	60	78,3
8	90	90	60	90	80	60	78,3
9	80	90	80	80	90	60	80,0
10	80	90	80	90	80	80	83,3
11	90	80	100	80	90	80	86,7
							888,3

P=	<u>Suma</u>	<u>8.83</u>	0.80
	11	11	

Esto significa que es instrumento de buena validez y concordancia alta.

$$CPR = \frac{\sum PRI/J}{K}$$

Donde:

CPR = Coeficiente de proporción de rango.

$\sum PRI$  = Sumatoria del promedio de rango.

J = N° de Jueces o Expertos.

K = N° de Ítems.

## ANEXO N° 04

### Confiabilidad del Instrumento Factores de Riesgo y su Influencia en la Incidencia y Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias

El instrumento fue validado por criterio de expertos y su confiabilidad fue calculada empleando el índice de Alfa de Cronbach bajo el criterio de Hernández, Fernández y Baptista [23], el cual, se muestra en la tabla 1.

Criterio de confiabilidad	
Valor de índice de Alfa de Cronbach	Interpretación
0,25	Baja confiabilidad
0,50	Confiabilidad medio o regular
0,75	Confiabilidad aceptable
0,90	Confiabilidad elevada para tomar muy en cuenta

Fuente: Hernández et al., (2010)

### Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
Estado Nutricional	0,77	0,430	26
Nivel socioeconómico	0,00	0,000	26
Estilo de Vida	0,00	0,000	26
Antibioticoterapia	0,19	0,402	26
Venipuntura superficial	0,00	0,000	26
Cateterismo venos profundo	0,96	0,196	26
Ventilación mecánica	0,96	0,196	26
Oxigenoterapia por tenedor nasal o cámara	0,38	0,496	26
Sonda vesical	0,69	0,471	26
Sonda de Levine	0,92	0,272	26
Alimentación Parenteral	0,96	0,196	26
Diálisis y Hemodiálisis	0,96	0,196	26
Infección del tracto urinario	0,85	0,368	26

Sepsis	0,73	0,452	26
Infecciones Respiratorias	0,62	0,496	26
Infección de la piel	1,00	0,000	26
Problemas digestivos	0,96	0,196	26
Insuficiencia Respiratoria	0,69	0,471	26
Hepatitis C	1,00	0,000	26
Influenza	1,04	0,196	26

### Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desv. Desviación	N de elementos
13,69	4,142	2,035	20

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,563	20

## ANEXO N° 05

### Consentimiento Informado

Yo.....expreso mi consentimiento para participar de este estudio: “Factores de riesgo y su influencia en la incidencia y prevalencia de las infecciones intrahospitalarias en la unidad de vigilancia intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019”. Dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad donde además se me explico que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo. Dejo constancia que mi participación es voluntaria.

.....

**Firma**

## ANEXO N° 06

### Resultados por Ítems de los Factores de Riesgo

FACTORES DE RIESGO			
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	28	62,2
	Femenino	17	37,8
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Estado Nutricional	Bueno	30	66,7
	Malo	15	33,3
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Nivel Socioeconómico	Bueno	0	0
	Malo	45	100
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Estilo de vida	Bueno	0	0
	Malo	45	100
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Antibioticoterapia	No	8	17,8
	Si	37	82,2
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de estadía	Corta estadía	25	55,6
	Larga estadía	20	44,4
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Venipuntura Superficial	No	1	2,2
	Si	44	97,8
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Cateterismo venoso profundo	No	44	97,8
	Si	1	2,2
	Total	45	100

		Frecuencia	Porcentaje
Ventilación mecánica	No	43	95,6
	Si	2	4,4
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Oxigenoterapia por tenedor nasal o cámara	No	20	44,4
	Si	25	55,6
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Sonda vesical	No	31	68,9
	Si	14	31,1
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Sonda de Levine	No	41	91,4
	Si	4	8,9
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Alimentación Parental	No	44	97,8
	Si	1	2,2
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Diálisis y Hemodiálisis	No	39	86,7
	Si	6	13,3
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Infección del tracto urinario	No	37	82,2
	Si	8	17,8
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Sepsis	No	33	73,3
	Si	12	26,7
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Infecciones Respiratorias	No	31	68,9
	Si	14	31,1
	Total	45	100
		Frecuencia	Porcentaje
Infección de piel	No	44	97,8
	Si	1	2,2
	Total	45	100

		Frecuencia	Porcentaje
Problemas digestivos	No	42	93,3
	Si	3	6,7
	Total	45	100
Infección de oído	No	45	100
	Si	0	0
	Total	45	100
Insuficiencia respiratoria	No	33	73,3
	Si	12	26,7
	Total	45	100
Hepatitis C	No	45	100
	Si	0	0
	Total	45	100
Edad		Frecuencia	Porcentaje
	18-29	1	2,2
	30-59	9	20,0
	60 a mas	35	77,8
	Total	45	100

## ANEXO N° 07

### MORBILIDAD DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA, AÑO 2019.

<b>NRO DE CUESTIONARIO</b>	<b>MORBILIDADES</b>	<b>NRO</b>
1	NM Pulmonar	1
2	Hiperglicemia	1
3	NM Laringeo	1
4	Enfermedad Cardiaca Vascular	1
5	NM Prostata	1
6	Acidosis Metabolica	1
7	Ascitis	1
8	Hipotension	1
9	Fractura Columna Vertebral	1
10	E. A. Paroxistica	1
11	Bronquitis	1
12	Hemorragia Post cesarea	1
13	Enfermedad Renal Cronica	1
14	Derrame Pleural	1
15	Hemorragia Digestiva Alta	1
16	NM Pancreas	1
17	Sepsis Pulmonar	1
19	Arritmia Cardiaca	1
20	Infeccion del Tracto Urinario	1
21	Neumonia Basal derecha	1
22	Bronquioectasia Infectada	1
23	Cirrosis Hepatica	1
24	Fractura de Cadera	1
25	Infarto Cerebral	1
26	Paro Cardiaco Respiratorio	1
27	Descompesacion de Electrolitos	1

28 y 41	Enfermedad Renal Cronica	2
29	Hipertension Arterial	1
30	Hipotiroidismo	1
31	Convulsion	1
32	Insuficiencia Respiratoria Aguda	1
33	Insuficiencia Cardiaca Congestiva	1
34	Arritmia Cardiaca	1
35	Diabetes Mellitus 2	1
36	Paro Pulmonar	1
37	Encefalopatia	1
38	Flutter Auricular	1
39	Insuficiencia Cardiaca	1
40	NM Hepatico	1
42	Neumonia	1
43	Dolor Lumbar Intenso	1
44	Sepsis	1
45	Asma	1
46	Shok Septico	1
<b>TOTAL</b>		<b>45</b>

**Fuente:** Cuestionario de los Factores de Riesgo de las Infecciones Intrahospitalarias, aplicado a los pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua, año 2019.

**Elaborado por:** Lic. Guiza C. y Lic. Molina L.

### **Descripción:**

En este cuadro se puede observar que en 2 cuestionarios aplicados; la morbilidad de ingreso fue el mismo; y en el resto de 43 cuestionarios aplicados fueron diferente morbilidad.

## ANEXO N° 08

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p><b>PRINCIPAL:</b></p> <p>¿Cuáles son los Factores de Riesgos y su influencia en la Incidencia y Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019?</p>	<p><b>GENERAL:</b></p> <p>Determinar los factores de riesgo que influyen en la Incidencia y Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud – Moquegua 2019.</p> <p><b>ESPECÍFICOS:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar los Factores de Riesgo de las Infecciones Intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019.</li> <li>2. Identificar la influencia de los factores de riesgo en la Infecciones Intrahospitalarias.</li> </ol>	<p><b>Hi:</b> Algunos factores de riesgo si influyen en la incidencia y prevalencia de las infecciones intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua año 2019.</p> <p><b>Ho:</b> Algunos factores de riesgo no influyen en la incidencia y prevalencia de las infecciones intrahospitalarias en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua año 2019.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b></p> <p>Factores de Riesgo</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p>Incidencia y Prevalencia de las Infecciones Intrahospitalaria.</p>	<p><b>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</b></p> <p>El tipo de Investigación es Descriptiva-cuantitativa y el diseño es Correlacional No experimental</p> <p>Donde:</p> <p>La muestra es nuestra población de 45 pacientes.</p>

	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Identificar la incidencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019.</li><li>4. Identificar la prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019.</li><li>5. Establecer los factores de riesgo que influyen en la incidencia y la prevalencia de las Infecciones Intrahospitalarias, en los pacientes hospitalizados según Diagnostico en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II EsSalud Moquegua – 2019.</li></ol>			
--	---	--	--	--

ANEXO N° 09

 UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERIA 

**OFICIO N° 77 -2019-SE-ENF-FACS**  
Tacna, 09 de agosto 2019

SEÑOR  
**DR. DANIEL SANCHEZ ALARCON**  
DIRECTOR DEL HOSPITAL ESSALUD MOQUEGUA  
Presente. -

**ASUNTO:** FACILIDADES DE DESARROLLO DE PROYECTO DE EJECUCION 2DA ESPECIALIDAD ENFERMERIA

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y a la vez manifestarle que las **LIC. LISSETT MAGALY MOLINA OLIVEROS y LIC. CARMEN YRAIDA GUIZA ORDOÑEZ**, egresadas de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería en la Especialidad: Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con mención en Adulto de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna, recolectará información mediante cuestionario en las Historias Clínicas de la Unidad de vigilancia intensiva , para la realización de su Proyecto de Tesis Titulado: **FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA - 2019**

En tal sentido le solicito le brinde las facilidades necesarias para que pueda cumplir los objetivos trazados. La recolección de información finalizará en noviembre 2019.

Agradeciéndole anticipadamente su valiosa colaboración, quedo de usted

Atentamente

 UNIV. NAC. JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECCIÓN DE SEGURIDAD ESPECIALIDAD  
*[Firma]*  
Dra. Irigoin Beatriz Tejeda  
Coordinadora de Seguridad Especialidad

**RECIBIDO**  
MED. AB. ENFERMERIA  
R. R. 721175  
08 AGO 2019  
FOLIO: 69 HORA: 12:43  
RECIBIDO POR: S

**NT 1292 2019-4734**

CC. ID  
IMT/ingm.

## ANEXO N° 10



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,  
Farmacia y Bioquímica

### RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°9455-2019-FACS/UNJBG Tacna, 02 de setiembre del 2019

#### VISTO:

El Informe N° 186-2019-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita designación de Asesor para el proyecto de tesis y, autorización para ejecución presentado por las Est. Lic. Carmen Yraida Guiza Ordoñez y Est. Lic. Lissett Magaly Molina Oliveros, y;

#### CONSIDERANDO:

Que, mediante la Resolución de Consejo Universitario N° 14127-2017-UN/JBG, se aprueba el Reglamento de Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, en el Capítulo III, Art. 07° la Tesis se desarrollará de manera individual o grupal (02 personas);

Que, las Est. Lic. Carmen Yraida Guiza Ordoñez y Est. Lic. Lissett Magaly Molina Oliveros de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Informe N° 186-2019-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS, remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: **FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA-2019**, presentado por las Est. Lic. Carmen Yraida Guiza Ordoñez y Est. Lic. Lissett Magaly Molina Oliveros, alumnas de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con mención en adulto, de la Facultad Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dra. Elizabeth Balbina Huerta Tovar.

Que, teniendo opinión favorable de su Asesora Elizabeth Balbina Huerta Tovar, se procede a autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado.

De conformidad con el Art 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;


#### SE RESUELVE:

**ART. 1°:** Oficializar la Designación de la Elizabeth Balbina Huerta Tovar, como Asesora del Proyecto de Tesis titulado **FACTORES DE RIESGO Y SU INFLUENCIA EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA DEL HOSPITAL II ESSALUD MOQUEGUA-2019**, presentado por las Est. Lic. Carmen Yraida Guiza Ordoñez y Est. Lic. Lissett Magaly Molina Oliveros, alumnas de la Segunda Especialidad: Cuidado Enfermero en Paciente Crítico con mención en adulto de la Facultad Ciencias de la Salud


**ART. 2°:** Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por las Est. Lic. Carmen Yraida Guiza Ordoñez y Est. Lic. Lissett Magaly Molina Oliveros, alumnas de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.



  
Dra. María Dalila Salas de Cornejo  
DECANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Distrib.: 2da Esp.Enferm., Arch.



  
Mgr. Yomile del Carmen Berríos Espejo  
SECRETARÍA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

URT/esp

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria Central Telefónica 583000 Anexo 2726 Casilla postal 316