

“Intervención educativa para propiciar un aprendizaje significativo en infecciones del sitio quirúrgico en el personal del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Dr. Cosme Argerich”

CABA, 2021

### Índice

Resumen.....	3
Agradecimientos .....	4
Introducción .....	5
Parte A: Proyecto de intervención .....	6
<b>1. Fundamentación .....</b>	<b>6</b>
<b>Descripción del problema sobre el cual se pretende intervenir.....</b>	<b>6</b>
<b>Descripción del contexto y de la población destinataria de dicha intervención .....</b>	<b>9</b>
<b>Justificación y relevancia de la intervención .....</b>	<b>9</b>
<b>Propósitos de la intervención .....</b>	<b>13</b>
<b>Resultados esperados .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Descripción del Proyecto de intervención.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1. Objetivos .....</b>	<b>14</b>
Objetivo general .....	14
Objetivos específicos .....	14
<b>2.2. Diseño CURRICULAR DEL PROGRAMA de la capacitación.....</b>	<b>15</b>
Destinatarios .....	15
Duración .....	15
Modalidad de cursada.....	15
Desarrollo de los módulos .....	16
<b>2.3. Recursos.....</b>	<b>36</b>
<b>2.4. Evaluación de la propuesta .....</b>	<b>37</b>
Parte B: Fundamentos.....	39
<b>Fundamentación teórica de las decisiones asumidas. Articulación con los marcos conceptuales abordados en la carrera.....</b>	<b>39</b>
<b>Reflexión sobre la praxis.....</b>	<b>44</b>
BIBLIOGRAFÍA GENERAL DEL PROYECTO DOCENTE .....	46
<b>Anexo 1. Encuesta Pre y Post test .....</b>	<b>52</b>
<b>Anexo2 Evaluación de contenidos (evaluación de cierre de cada módulo).....</b>	<b>37</b>
<b>Anexo 3: Valoración de la satisfacción con la capacitación.....</b>	<b>41</b>

### Resumen

El presente proyecto de intervención plantea la necesidad de realizar una capacitación en servicio destinada a los profesionales del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Argerich de la Ciudad de Buenos Aires acerca de los factores involucrados en el desarrollo de infecciones de sitio quirúrgico. Aprender en el contexto pertinente, en este caso el hospital donde llevan adelante sus tareas como profesionales de la salud favorece el aprendizaje significativo.

Las infecciones intrahospitalarias son aquellas adquiridas durante la estadía en un hospital sin que estén presentes ni en el período de incubación ni al momento del ingreso del paciente a la institución. En el año 2018, a partir de una investigación en el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Argerich, se observó una prevalencia de infecciones de sitio quirúrgico muy elevada, así como la falta de registro de dichas infecciones en el sistema de información epidemiológico. Las causas de esta situación son multifactoriales, en parte responsabilidad de los profesionales involucrados en la atención de los pacientes. Frente a estos resultados, ameritaba la capacitación de todos los profesionales involucrados para promover la adquisición de competencias complejas en un contexto de aprendizaje significativo en el contexto situado.

La siguiente propuesta educativa tiene como propósito principal generar un espacio de capacitación que constituya un aporte para que los profesionales del servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Argerich, desarrollen competencias específicas para el abordaje de la ISQ en el marco de la educación médica continua.

Palabras claves: **aprendizaje significativo, capacitación en servicio, conocimiento colaborativo, infección de sitio quirúrgico.**

### Agradecimientos

A la Prof. Alejandra Macri por su apoyo constante para poder llevar adelante este proyecto de tesis, sobre todo en este momento tan difícil de Pandemia.

A mi familia, a pesar de las adversidades son mi motor día a día.

### Introducción

Las infecciones intrahospitalarias (IIH), infecciones nosocomiales o infecciones son aquellas adquiridas durante la estadía en un hospital sin que estén presentes ni en el período de incubación ni al momento del ingreso del paciente a la institución. Las infecciones que ocurren más de 48hs después del ingreso suelen considerarse nosocomiales (Londoño, 2011).

En el año 2018 se llevó adelante una investigación dónde se analizaron 116 historias clínicas correspondientes a pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Argerich de 2014 a 2017 dónde se demostró una prevalencia de infecciones de sitio quirúrgico muy elevada(11,8%)(Macías,2019).Asimismo, se evidenció que los miembros del equipo desestimaban su vinculación directa con muchos de los factores involucrados con la infección del sitio quirúrgico (ISQ): vinculados a la inmunidad del huésped, al acto quirúrgico, al inóculo de microorganismos y a la vigilancia epidemiológica y la reflexión sobre la praxis.

En función de lo relevado es que se consideró fundamental planificar una intervención educativa que les permita reflexionar sobre la praxis y acerca de su rol en la prevención del sitio quirúrgico cardiovascular.

## Parte A: Proyecto de intervención

### 1. Fundamentación

#### Descripción del problema sobre el cual se pretende intervenir

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la 55ª Asamblea celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55-18 43, en la que se insta a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente. Dos años más tarde, en la Asamblea Mundial del 2004, se acordó organizar una Alianza Internacional para la Seguridad de los Pacientes. Este programa incluye también una serie de medidas para mejorar la seguridad de los cuidados quirúrgicos. Entre los diez objetivos claves para la seguridad de la cirugía, el décimo considera que los hospitales y sistemas de salud públicos establecerán una vigilancia sistemática de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos. (SADI2009).

En el año 2018 se llevó adelante una investigación dónde se analizaron 116 historias clínicas correspondientes a pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Argerich de 2014 a 2017 dónde se demostró una prevalencia de infecciones de sitio quirúrgico muy elevada (11,8%) (Macías,2019). Asimismo, se evidenció que los miembros del equipo desestimaban su vinculación directa con muchos de los factores involucrados con ISQ (Macías, 2019). Dichos factores se agrupan de manera pedagógica en cinco dimensiones (Angulo Rodríguez, 2011; OP 2011):

a. **las vinculadas a la inmunidad del huésped:** factores de riesgo propios del paciente (por ejemplo, estado nutricional, enfermedades crónicas, medicación y otros antecedentes), condiciones de inmunidad del paciente y consideración de esos aspectos antes de planificar al acto quirúrgico en cirugía selectivas, implementación de profilaxis antibiótica preventiva.

b. **las vinculadas al acto quirúrgico:** condición de la herida, valoración

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

adecuada de la técnica quirúrgica, duración mínima del procedimiento.

c. **las vinculadas al inoculo de microorganismos:** quirófano seguro, preparación de la piel (no antes de los 30 minutos previos a la cirugía, no rasurado, técnica adecuada de higiene y asepsia) lavado de manos del equipo tratante y uso de guantes estériles, uso adecuado de campo quirúrgico.

d. **las vinculadas a la vigilancia epidemiológica:** relevamiento y notificación de las ISQ, monitoreo de tasas de prevalencia y factores asociados.

e. **Vinculadas con las competencias profesionales:** baja conciencia del rol central a la hora de prevenir, escasa reflexión respecto de la formación en la temática.

La alta tasa de infecciones asociadas al sitio quirúrgico de las cirugías cardiovasculares en el Servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Argerich identificada en la investigación en campo, la falta de registro de las mismas en sistemas de información epidemiológico que permitan analizarlas sumado a la heterogeneidad de conocimientos de los diferentes actores de salud que intervienen en el proceso de adquisición de infección del sitio quirúrgico, ameritan la capacitación de todos los profesionales involucrados basada en el desarrollo de competencias específicas en el marco de la llamada “educación médica continua”. En el marco de dicha capacitación será relevante propiciar la reflexión del personal de salud respecto de su rol como promotor de salud, no solo desde su rol individual sino como parte integrada de un servicio.

Frente a las circunstancias descriptas es que se plantea la intervención educativa con el objetivo de brindar capacitación en servicio basada en el desarrollo de competencias específicas.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

¿Por qué una capacitación? Porque la capacitación es un actividad sistemática, planificada y permanente cuyo propósito es preparar, desarrollar e integrar a los recursos humanos al proceso productivo mediante la entrega de conocimiento, desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para el mejor desempeño laboral (Segovia Díaz, 2012)

Esta actividad de formación será basada en el desarrollo de competencias.

Para esto es necesario definir que se entenderá como competencia a una capacidad desarrollada, mediante un proceso, que integra y moviliza los componentes para una acción de la persona quien realiza una serie de “operaciones mentales complejas” para generar una solución específica, de forma consciente y oportuna, para cada situación (Pinilla, 2012 p 856).

Los componentes de una competencia son

- Los conocimientos (saber, conceptos) que el estudiante aprende para aplicarlos, aprende significativamente, saber qué y por qué.
- Las habilidades o destrezas que requieren de procesos mentales para la ejecución de procedimientos; una destreza es una habilidad o propiedad con que se hace algo: saber hacer, saber cómo y cuándo hacer en la vida y para la vida.
- Las actitudes que son acordes con los valores o virtudes. El profesional manifiesta actitudes y comportamientos, que expresan un saber: ser, convivir, emprender.

Este desarrollo de competencias favorece el desempeño del profesional pues implica la posibilidad de resolver problemas particulares, diversos e impredecibles, con diferente nivel de complejidad.

La formación se centrará en el desarrollo de 3 competencias fundamentales íntimamente relacionadas a los problemas observados y detallados anteriormente, ellas son:

- Capacidad para reconocerse en la participación de la génesis de infecciones intrahospitalarias y como responsable de conservar las medidas de bioseguridad

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

- Aplicación adecuada de las normas de bioseguridad.
- Capacidad para utilizar la vigilancia epidemiológica como metodología para el control de infecciones.

## Descripción del contexto y de la población destinataria de dicha intervención

El Hospital Argerich es parte del Sistema Público de atención en salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se encuentra en el barrio de La Boca, en la zona sudeste de la ciudad.

Cuenta con un promedio de 400 camas disponibles, de las cuáles el 40% (160camas) se encuentran disponibles para los servicios de cirugía (Ministerio de salud de CABA,2018).

El servicio de cirugía cardiovascular realiza cerca de 100 cirugías anuales y cuenta con médicos de planta, residentes, instrumentadores quirúrgicos, anestesistas y enfermeros. La capacitación propuesta estaría destinada a todos ellos. Estimadas 60 personas.

## Justificación y relevancia de la intervención

En contexto de la pandemia actual por COVID 19 se ha puesto de relevancia la importancia del manejo adecuado del control de infecciones, así como la utilización de la vigilancia epidemiológica como herramientas fundamentales para reducir el riesgo de transmisión de patógenos (MSAL, 2020).

Cabe señalar que la formación médica continua no se limita a la educación formal, sino que comprende experiencias de muy diversa índole -formales e informales- tales como los encuentros con colegas, el autoaprendizaje y la educación a distancia (Galli, 2016). En este caso, el Hospital se constituye en un escenario potente para favorecer esta formación continua.

Para potenciar el aprendizaje en servicio que propone este proyecto de intervención, además de los fundamentos disciplinares, resulta relevante hacer mención a tres conceptos claves que se articulan, **desarrollo de competencias, enseñanza situada y desarrollo profesional continuo.**

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

Montiel (2011) plantea que las competencias involucran no sólo los conocimientos y técnicas, sino que además integran el compromiso ético y los valores como elementos del desempeño competente, la importancia del contexto y la posibilidad de demostrarlo.

En el caso analizado, la **enseñanza situada** en pos del logro de un aprendizaje significativo implica, el desarrollo de competencias en contextos reales (Hospital) interactuando con miembros más experimentados. Desde esta mirada, las principales estrategias para el logro de un aprendizaje significativo centrado en el aprendizaje experiencial situado, se enfocan en la construcción del conocimiento en contextos reales. En este marco, se proponen: resolución de problemas auténticos, análisis de casos, prácticas situadas o aprendizaje in situ en escenarios reales, trabajo en equipos cooperativos y ejercicios, demostraciones y simulaciones situadas.

El escenario real de esta capacitación es el hospital público que tiene la complejidad de formar y capacitar los futuros especialistas del país y la de organizar la práctica educativa dentro de un sistema administrativo que, a su vez, debe adecuarse a un sistema de racionalidad y administración educativa (Borrell Bentz, 2005).

Se diseña una capacitación para lograr un aprendizaje situado basado en competencias lo que implica planificar actividades que promuevan en los profesionales la capacidad de resolver una tarea que exige activar una serie de recursos” (Pinilla, 2012; Perrenoud, 2004).

Competencia como aprendizaje para solucionar problemas promoviendo el aprendizaje para que el estudiante de solución a problemas o aspectos cotidianos, con apoyo del aprendizaje basado en la resolución de problemas para olvidar el enciclopedismo. La propuesta es pasar de modelos centrados en la información a centrados en el desempeño; por esto, es necesario que el profesional no solo se apropie de conocimientos, sino que también desarrolle habilidades y actitudes. La formación profesional debe responder a las necesidades de la sociedad; sin embargo, la relación entre la educación universitaria y el mundo profesional admite un debate profundo con respecto con cuáles son las competencias que se desarrollan en la educación y las que demanda el mundo profesional y laboral.

Las estrategias didácticas son diversas desde el aprendizaje basado en problemas con la discusión

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

de casos clínicos hasta las líneas de profundización, es decir, las competencias académicas van ligadas a las competencias profesionales, en especial en el ciclo de formación clínica y quirúrgica (Lermanda,2007).El estudiante integra y asocia conocimientos, habilidades y actitudes para atender al paciente, quien como persona amerita de una atención profesional que incorpore diversas el cuidado del paciente hasta el profesionalismo y la comunicación con empatía, entre otras (Pinilla, 2012, p. 861).

Además, el profesional se desempeña según el contexto del paciente (cultural, escolaridad, estrato socioeconómico y epidemiológico, entre otros).

Las infecciones intrahospitalarias (IIH), infecciones nosocomiales o infecciones adquiridas en el hospital, son aquellas adquiridas durante la estadía en un hospital sin que estén presentes ni en el período de incubación ni al momento del ingreso del paciente a la institución. Las infecciones que ocurren más de 48h después del ingreso suelen considerarse nosocomiales (Londoño, 2011).

Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ), dentro del grupo de las IHH, son la principal complicación de la cirugía y constituyen la segunda causa más común de infecciones nosocomiales después de las infecciones del tracto urinario, con consecuencias en los costos, los días de internación, las incapacidades y las secuelas de las personas que las padecen (Londoño,2011; Rodríguez,2011).

Asimismo, se reconocen múltiples factores que predisponen al paciente como la modificación que el acto quirúrgico ejerce sobre la respuesta inmune, la edad avanzada, padecer alguna patología de base (tales como diabetes mellitus, inmunodeficiencia, enfermedades respiratorias), alteración del estado nutricional, abuso de sustancias, entre otras.

Las infecciones del sitio quirúrgico en cirugía cardíaca pueden clasificarse en superficiales(cutáneas) y profundas (órganos/espacio) y dependiendo de esto, su incidencia varía siendo las primeras más frecuentes que las segundas. Sin embargo, las segundas son mucho más graves (Mannien,2011).

A los riesgos generales vinculados con la ISQ ya descriptos, en el riesgo de infección en CCV puede agregarse la influencia de la antisepsia de la piel; duración de la operación; técnica quirúrgica; cirugía de revascularización coronaria con el uso de una vena safena para autoinjerto que puede

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

transportar bacterias desde el sitio dador al sitio receptor cardiaco; utilización de la arteria mamaria que priva al esternón de suministro de sangre; el uso de prótesis intracardiaca o implantes aórticos; bypass cardiopulmonar o sistémica enfriamiento para protección miocárdica; y dispositivos invasivos después de la cirugía (drenajes torácicos, cables de catéteres intravenosos) (Ridderstolpe, 2001).

Actualmente se da cuenta de un número creciente de infecciones causadas por los patógenos gram-positivos, así como los resistentes a metilicina *Staphylococcus aureus* (SAMR) y *coagulasa negativa staphylococcus* (SCN).

Cossin (2015) analiza factores de riesgo institucionales para el desarrollo de ISQ asociados a CCV y sugiere que una estadía institucional preoperatoria mayor a dos días aumenta el riesgo de ISQ de manera significativa (del 26 al 35%) así como el tener tiempos quirúrgicos prolongados (Maniar, 2014). Este grupo de investigadores también encuentra diferencias significativas al estratificar según sala de operación y experticia del cirujano que realiza la intervención.

Las complicaciones infecciosas distintas a las del ISQ más frecuentes en el postoperatorio de las CCV incluyen neumonía asociada a ventilación mecánica (3,8%), infección de la herida quirúrgica y mediastinitis (2,7%), bacteriemia asociada a catéter venoso central (1,3%) y endocarditis nosocomial (0,2%) (Despaigne, 2013; Yokoe, 2008).

Otro aspecto importante a considerar en la prevención de las ISQ, es la vigilancia epidemiológica. Se ha demostrado que la vigilancia de ISQ con retroalimentación de los datos apropiados a los cirujanos es un componente importante de las estrategias para reducir el riesgo (Condon, 1983; CDC, 1992; Haley, 1985; OPS, 2012). La vigilancia de intervenciones quirúrgicas permite el conocimiento de indicadores; su evaluación y análisis facilita a cada institución adherir a la intervención oportuna y adecuada en base a datos reales (OPS, 2012).

Conocer los propios “números”, identificar los agentes etiológicos, los factores de riesgo, integrar esta información a la bibliografía general, conocer que los datos generados durante la asistencia

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

bien analizados contribuyen a políticas hospitalarias que puedan disminuir el riesgo de padecer más morbilidad durante la internación y promover una práctica médica que fortalezca un proceso de mejora permanente de la atención de pacientes.

La situación descrita hasta aquí muestra la relevancia de diseñar una capacitación en servicio para que el personal de salud alcance competencias específicas para el abordaje de esta problemática.

## **Propósitos de la intervención**

A través de este proyecto de intervención se plantea la necesidad de generar un espacio de capacitación que constituya un aporte para que los profesionales del servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Argerich, desarrollen competencias específicas para el abordaje de la ISQ en el marco de la educación médica continua.

## **Resultados esperados**

Se espera que los profesionales se auto reconozcan como parte del problema en vinculación directa con los factores involucrados en la aparición de infecciones de sitio quirúrgico reconociendo la relevancia de llevar adelante prácticas seguras, así como de monitorear adecuadamente indicadores para poder prevenirlas.

Asimismo, se espera que este espacio de capacitación posibilite el desarrollo de competencias en los profesionales del servicio antes citado, vinculadas con la prevención y vigilancia de ISQ en dicho servicio.

Se espera aportar al desarrollo de la capacidad para interactuar y trabajar en equipo, capacidad de adaptación y el sostenimiento de los valores éticos y de compromiso.

Complementariamente, se espera que este espacio de formación interdisciplinaria redunde en una mejora en la calidad de la atención sanitaria de los pacientes del servicio.

## 2. Descripción del Proyecto de intervención

### 2.1. Objetivos

#### Objetivo general

Proponer un espacio de formación para los profesionales del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Argerich basado en el desarrollo de competencias vinculadas a la prevención y vigilancia de ISQ en dicho servicio.

#### Objetivos específicos

Que los profesionales del servicio de cirugía cardiovascular del Hospital Argerich logren desarrollar las siguientes capacidades:

- La reflexión sobre el rol que los agentes de salud tienen en la prevención de la infección del sitio quirúrgico cardiovascular, destacando la adaptabilidad, la capacidad analítica y el rigor científico profesional.
- La profundización en sus saberes en los factores de riesgo asociados a ISQ (asociados a la inmunidad del huésped, al acto quirúrgico y al inóculo de microorganismos).

Aplicación de medidas y procedimientos adecuados para su abordaje y vigilancia epidemiológica.

- El reconocimiento del trabajo interdisciplinario como parte de las competencias para abordar la problemática, bogando por la interacción y el trabajo en equipo.
- La reflexión sobre la importancia del compromiso profesional y los aspectos éticos vinculados a su rol.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## 2.2. Diseño CURRICULAR DEL PROGRAMA de la capacitación

Denominación: *“Capacitación para profesionales de la salud del Servicio de cirugía cardiovascular”*

### Destinatarios

Se propone la asistencia obligatoria para los cirujanos, residentes, Instrumentadores quirúrgicos, anestesiólogos involucrados en la CCV del servicio de Clínica Médica. Estimadas 60 personas.

### Duración

4 semanas con una carga horaria total de 20 horas cátedra, de las cuales 6 serán mixtas (por zoom y presenciales). 30% Teórico y 70% práctico.

### Modalidad de cursada

Se estima una capacitación de 4 semanas de duración. Los involucrados una vez a la semana deberán asistir a las aulas del HA de 11 a 12hs. El curso constará de cuatro módulos:

- **Módulo I:** Huésped
- **Módulo II:** Acto quirúrgico
- **Módulo III:** Inóculos
- **Módulo IV:** Vigilancia epidemiológica

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

Se implementarán actividades de role playing y resolución de casos clínicos. El abordaje propuesto implica la transferencia de los contenidos desarrollados, con la modalidad de método de casos, reflexionando acerca de su rol profesional como parte de la resolución del mismo.

Al finalizar, se presentarán en un ateneo multidisciplinario, los casos resueltos en donde se haya requerido de la intervención de ellos mismos como actores de transmisión de infecciones. En el ateneo se apelará a la reflexión acerca de cómo abordaron el caso clínico, la interacción con los otros profesionales del grupo y las competencias puestas en juego en la resolución del mismo.

## **Desarrollo de los módulos**

### **MÓDULO I HUÉSPED**

#### **Fundamentación:**

La patogenia de las ISQ reconoce múltiples causas, entre ellas las fuentes de contaminación que provienen de la piel del paciente o de las membranas mucosas cercanas al sitio de la incisión, o bien de una víscera hueca manipulada durante la cirugía. La mayor parte de las ISQ provienen de fuentes endógenas y es la flora del propio paciente la responsable de la contaminación del sitio quirúrgico. La infección ocurre cuando la virulencia expresada por alguno de estos microorganismos sobrepasa las defensas naturales del huésped y se ve

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

aumentada cuando los mecanismos de defensa del huésped se encuentran alterados.

## **Objetivo:**

Intervenir en el abordaje del paciente considerando la importancia de los antecedentes del huésped que aumentan la incidencia de ISQ para la mejora de la calidad de la atención de los pacientes.

## **Contenidos**

- *Introducción a las infecciones del sitio quirúrgico. Epidemiología y carga de enfermedad: -*
- *Generalidades de ISQ; Importancia de las infecciones del sitio quirúrgico.*
- *El HUESPED como causa de ISQ: Factores de riesgo vinculados al huésped, correcta identificación de profilaxis Quirúrgica.*
- *Reflexión acerca de llevar una adecuada anamnesis de los antecedentes médicos y sociales del paciente*

## **Metodología de trabajo**

*El primer módulo será desarrollado por médicos especialistas en infectología y control de infecciones.*

*La clase tendrá lugar en las aulas del HA o mediante videoconferencia (zoom, meet o similar plataforma).*

*Se abordarán las principales conceptualizaciones de los contenidos de este módulo, a través*

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

*de una exposición dialogada de 30 minutos, seguida del análisis de un caso clínico práctico-práctica del método de casos-, donde intervendrán los docentes para la corrección de errores y para favorecer la autoevaluación.*

**Se propondrán dos actividades**

**Actividad 1: Cada uno de los cursantes deberá reunirse en grupos o salas de zoom de 4 personas (presencial o por zoom) y leer el material del caso clínico.**

## **Caso clínico**

Masculino de 67 años de edad con antecedente de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus de larga evolución y artritis reumatoide, tabaquismo durante 30 años a razón de una cajetilla cada 24 h, con diagnóstico de estenosis carotídea, postoperado de endarterectomía izquierda sin complicaciones aparentes.

Padecimiento a la fecha: 35 días posteriores ingresó al Servicio de Urgencias por presentar aumento de volumen en región carotídea izquierda no pulsátil, lentamente progresivo, refirió como antecedente infección de vías aéreas superiores, posterior a su egreso a domicilio; negó fiebre, náusea, vómito y síncope.

A la exploración física con discreto dolor en hemicuello izquierdo, presentó pico febril 38° con signos vitales estables, dentro de parámetros normales, con buena coloración e hidratación de mucosas y tegumentos, cuello con herida quirúrgica en hemicuello izquierdo con bordes afrontados, con edema y eritema, aumento de volumen no pulsátil, con discreto aumento de la temperatura, cardiopulmonar con murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, abdomen asigmológico, extremidades íntegras, pulsos conservados de proximal distal, resto sin datos patológicos.

- Laboratorios. Leucocitos 16.50, neutrófilos 14.40, hemoglobina 11.30, hematocrito 33.60, plaquetas 406, glucosa 146, BUN 10.9, creatinina 0.90, NA 138, K 4.9, cloro 101, TP 17.5 67%, INR 1.124, TTPa 28.2.

- Tomografía. Hematoma abscedado que involucra al espacio carotídeo, visceral y parcial parafaríngeo del lado izquierdo asociado a celulitis y fascitis locorregional con septos internos con dimensiones aproximadas 4.7 x 4.2 x 7.0 cm, volumen de 71.8 cc, condicionando severa compresión extrínseca con desplazamiento de la hipofaringe, región glótica y subglótica, así como del lóbulo tiroideo izquierdo hacia la derecha.

- Procedimiento quirúrgico. Esterenotomía +exploración cervical+ drenaje de absceso cervical+ aseo quirúrgico + resección parcial de arteria carótida común izquierda y explante de parche de Dacrón + interposición de injerto carótida común izquierda-carótida interna izquierda con safena invertida ipsilateral.

- Hallazgos. Absceso cervical en triángulo carotídeo de aproximadamente 100 mL, materia lpurulento en contacto con parche de Dacrón, intensa fibrosis de triángulo carotídeo. Se reportó cultivo con *Klebsiella pneumoniae*, por lo que se administró meropenem de forma empírica y posteriormente se administró amikacina acorde con cultivo.

Posteriormente, a pesar de enoxaparina, cursó con evento vascular cerebral con tomografía con evidencia de trombosis del injerto (Figura 4), por lo que se intervino quirúrgicamente de urgencia por segunda ocasión, encontrando trombosis de injerto de safena, por lo que se resecó y se colocó injerto de PTFE.

A la fecha, en rehabilitación con fuerza y movilidad recuperada de hemicuerpo derecho, con mejoría en lenguaje y memoria, con alteraciones en el mecanismo de la deglución, por lo que se encuentra con gastrostomía; sin embargo, en recuperación franca respecto a su egreso de hospitalización, se espera evolución satisfactoria a la brevedad y retiro de la gastrostomía.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

**Consignas:**

Identificar cada uno de los factores de riesgo para ISQ vinculados al huésped, correcta identificación de profilaxis Quirúrgica, al acto quirúrgico y al microorganismo.

¿Hubiera realizado algunas acciones diferentes en pos de la prevención de la ISQ? ¿Cuál/es? Fundamentar.

*Lista de cotejo para evaluación de la actividad*

Ítem a identificar	Si	No	Parcialmente	Observaciones
Identifica la patología de base del paciente				
Identifica los estudios complementarios (laboratorios, imágenes, etc.)				
Revisa el procedimiento quirúrgico				
Reconoce los hallazgos microbiológicos relacionados al sitio quirúrgico				
Relaciona medidas preventivas de ISQ con los factores de riesgo vinculados al huésped.				
Reconoce la importancia del trabajo en equipo e interdisciplinario				

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## Actividad 2

### Consignas:

**Evaluar una consulta simulada para la identificación de la escucha activa por parte del profesional, relevamiento de antecedentes del paciente y ambiente generado**

**¿Hubiera realizado algunas acciones diferentes en pos de la prevención de la ISQ? ¿Cuál/es? Fundamentar.**

*A continuación, se propondrá un role playing un participante hará las veces de profesional y otro de paciente y posteriormente a esto, se grabará un video de la entrevista simulada para la toma de conciencia del rol de agentes de salud en el relevamiento de datos del paciente.*

*Se propondrá el video para la reflexión sobre el material teniendo en cuenta los siguientes indicadores: tono de voz empleado por el profesional, la postura corporal del profesional, el tipo de preguntas realizadas (abiertas, cerradas, que induzcan respuestas), la comunicación no verbal.*

*A partir del análisis de estos indicadores deberán evaluar si hubo escucha activa, si fue exhaustivo o faltó el relevamiento de temas importantes, si generó un ambiente empático.*

*Plenario de cierre reflexivo sobre práctica profesional, capacidad analítica, rigor científico y adaptabilidad al contexto.*

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## Lista de cotejo para evaluar la actividad

Ítem a identificar	Si	No	Parcialmente	Observaciones
Identifica si hubo escucha activa				
Indaga exhaustivamente acerca de los antecedentes del paciente				
Genera un ambiente de un empático				
Reconoce la necesidad de contar con rigor científico y adaptabilidad al contexto.				

### **Bibliografía:**

*OPS (2011) Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria.*

*Soto-Hernández G y cols (2018). Infección de parche de Dacron posterior a endarterectomía carotidea. Rev Mex Angiol 46(4) p.p. 195-200*

Video disparador

<https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905045>

Video de insuficiencia cardiaca reflexivo

<https://www.youtube.com/watch?v=L5UiF7L4fo4>

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## MÓDULO II ACTO QUIRÚRGICO

### Fundamentación:

El personal del quirófano, el aire que circula en la sala de operaciones, los instrumentos quirúrgicos, la praxis del personal de salud interviniente son particularmente importantes en los procedimientos limpios, es decir, cuando el cirujano no incide cavidades contaminadas. En las cirugías limpias el ambiente de la sala de operaciones y los miembros del equipo quirúrgico son vectores importantes para la contaminación. Los patógenos de la piel del equipo quirúrgico, la esterilidad de los instrumentos, son factores exógenos para la contaminación de heridas.

### Objetivo:

Reflexionar acerca del rol profesional en la contaminación exógena de ISQ para su adecuado abordaje.

Aplicar los procedimientos que permitan resguardar la bioseguridad del paciente y del profesional a cargo.

### Contenidos:

*Planificación de la cirugía:* duración de tiempos, material instrumental.

*Seguridad del paciente:* Entrenamiento en lavado de manos y utilización de equipo de protección personal y estéril

Reflexión respecto del rol del profesional y del equipo de salud como fuente de

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

contaminación quirúrgica.

## Metodología de trabajo:

El segundo módulo será desarrollado por médicos especialistas en infectología y control de infecciones.

A partir de la lectura del artículo de Troncoso V se discutirá sobre las dimensiones a considerar previos a la planificación de una cirugía y que puedan ser causa de ISQ

Dimensiones a considerar:

Historia clínica

- Examen físico
- Exámenes de laboratorio
- Motivo y urgencia de la cirugía
- Alergias por causas más relevantes: antibióticos, dipirona, látex y especificar tipo de reacción.
- Medicamentos de uso habitual (registrar los nombres y dosis incluidos

homeopáticos y dietas).

- Riesgos de infección del sitio operatorio (fumador, diabetes, obesidad, desnutrición, enfermedad de la piel, tiempo de

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

hospitalización). Se hará hincapié en la profilaxis.

Examen Físico:

- Peso, talla, IMC.
- Signos vitales: PA (ambos brazos), pulso (frecuencia y ritmo) FR

*Con respecto a la segunda parte de este módulo, el profesor realizará el seguimiento del estudiante en el lavado de manos y la utilización de equipos de protección personal y evaluará su desempeño médico en el servicio de cirugía cardiovascular del HA con respecto a medidas de bioseguridad. Asimismo, se propondrá una actividad práctica con su correspondiente lista de cotejo*

**Actividad:** Cada uno de los cursantes deberá filmarse lavándose las manos con el celular y compartir esa grabación en un paddlet. Todos deberán evaluar cada una de las grabaciones con la siguiente lista de cotejo.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## Lista de cotejo Lavado de manos

Actividad	Si	No
Enrolla las mangas hasta arriba del codo y retira todas sus joyas previamente al lavado		
Abre la llave del agua y humedece el tercio medio del antebrazo y las manos una por una		
Aplica jabón a las manos, enjuaga el jabón y lo vuelve a su lugar		
Frota las palmas de las manos entre si haciendo espuma		
Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa		
Frota las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados		
Frota el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta manteniendo unidos los dedos y viceversa		
Rodea el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frota con movimientos de rotación y viceversa		
Enjuaga las manos con abundante agua		
Seca las manos con toques suaves, utilizando papel toalla o toalla de felpa, comenzando desde los dedos y terminando en el antebrazo, manteniendo las manos más altas que los codos		
Utiliza la toalla para cerrar la llave del agua		
Descarta el papel toalla utilizado en el tacho correspondiente		

Fuente Elaboración propia en base a listado OMS

El abordaje de las principales conceptualizaciones del módulo se llevará a cabo en las aulas del H.A. Se partirá de la visualización de un video disparador con el fin de reflexionar respecto de la praxis indagando si se reconocen en el video, si identifican espacios comunes de su praxis en el video. Se establecerán espacios para la puesta en común de conceptos previos, experiencias personales y dudas. Las conceptualizaciones del módulo serán abordadas con una exposición dialogada seguida del análisis de casos vinculados con la temática del módulo. Se buscará la interacción entre los participantes, buscando que ellos mismos revisen sus prácticas, se hagan recomendaciones y destaquen los aspectos

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

positivos de las actividades propuestas.

## **Bibliografía del módulo**

OMS (2010) 5 momentos para el lavado de manos. Disponible en:

[https://www.who.int/gpsc/information\\_centre/gpsc\\_5\\_momentos\\_poster\\_es.pdf](https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf)

TRONCOSO V(2011). Evaluación preoperatoria. Revista medicina Clínica CONDES; 22(3) p.p. 340- 349.

Video de infecciones

<https://www.youtube.com/watch?v=EqwaYL4rz1U>

Mis 5 momentos para la higiene de las manos En la atención a pacientes con heridas quirúrgicas [https://www.who.int/gpsc/5may/5moments-EducationalPoster\\_A4\\_ES.pdf?ua=1](https://www.who.int/gpsc/5may/5moments-EducationalPoster_A4_ES.pdf?ua=1)

Video

disparador [https://www.who.int/gpsc/5may/EN\\_PSP\\_GPSC1\\_5May\\_2016/es/](https://www.who.int/gpsc/5may/EN_PSP_GPSC1_5May_2016/es/)  
L

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## MÓDULO III INÓCULOS

### Fundamentación:

De acuerdo con los datos del sistema NNIS, la distribución de patógenos aislados de las ISQ no ha cambiado durante la última década, sin embargo, la aparición de un incremento de ISQ causadas por patógenos resistentes a los antimicrobianos y por *Candida albicans*, lo que refleja un aumento de pacientes quirúrgicos inmunocomprometidos y con enfermedad de

### Objetivos:

Reflexionar acerca de la aparición de la multirresistencia de microorganismos para la mejora de la calidad de atención de los pacientes.

Desarrollar la capacidad para seleccionar las estrategias y herramientas de prevención de ISQ.

### Contenidos

- *Limpieza de superficies*: Higiene del quirófano: con qué, cómo y cuándo limpiar. Proceso de limpieza. Control de la limpieza del laboratorio.

- *Baño antiséptico*: definición, situaciones especiales, técnicas de limpieza y baños descontaminantes.

- *Epidemiología y microbiología intrahospitalaria local* conocer la casuística de

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

microorganismos de HA.

- *Esterilización*: definición, Procesos de esterilización. – Productos médicos. Reutilización de insumos.

## **Metodología de trabajo:**

*El dictado de este módulo se llevará a cabo en las aulas del H.A, a cargo de especialistas en infectología, y control de infecciones, así como de bioquímico bacteriólogos*

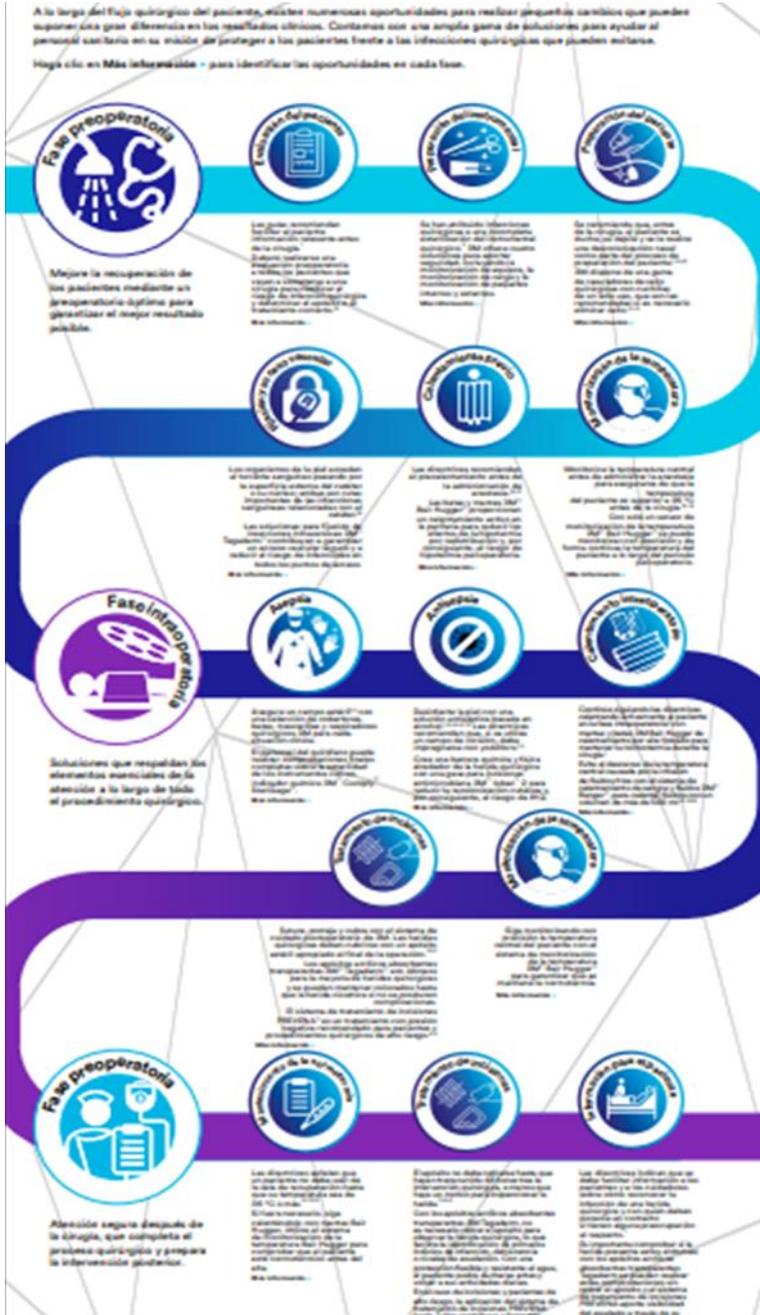
*Se generará un espacio de debate a partir del análisis de casos problemáticos complejos debido a su delicado abordaje.*

*También se utilizarán como recursos didácticos, videos con ejemplos relativos a las temáticas del módulo.*

**Actividad:** *Los cursantes deberán reunirse en grupos de 2 a 4 personas (presencial o por zoom). A cada uno se le entregarán por separado los pasos de “cada procedimiento importa” y deberán reconstruir el flujo adecuado. Una vez que entregan lo producido por cada grupo, deberán comparar esa producción con la que resulta correcta. Ver diferencias y similitudes y fundamentar. Reflexionar acerca del trabajo en equipo, de las dificultades y de las ventajas de rescatar los conocimientos y habilidades de cada uno de sus miembros.*

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## Flujo de procedimientos-Cada procedimiento importa



# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## **Bibliografía:**

3M Cada procedimiento importa: Disponible en:

[file:///C:/Users/acer/Desktop/49713%20%2035\\_HC\\_MSD\\_SSI%20Risk%20Reduction%20Teaser\\_2020\\_DIGITAL\\_FV\\_ES.pdf](file:///C:/Users/acer/Desktop/49713%20%2035_HC_MSD_SSI%20Risk%20Reduction%20Teaser_2020_DIGITAL_FV_ES.pdf)

Video de asepsia (2018): Disponible en:

[https://www.youtube.com/watch?v=uUQrSpsb8w8&app=desktop&ab\\_c\\_hannel=davidrufian](https://www.youtube.com/watch?v=uUQrSpsb8w8&app=desktop&ab_c_hannel=davidrufian)

## **MÓDULO IV\_VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

### **Fundamentación:**

La vigilancia de las ISQ es una variable fundamental. Los programas de vigilancia de ISQ pueden reducir por sí solos de 35% a 50% las tasas de infección y ello se debe en buena medida a que el simple hecho de sentirse observado (“efecto Hawthorne”) mejora ciertas conductas en el equipo quirúrgico (apego a las medidas de control de infecciones).

### **Objetivos:**

Reconocer la importancia del hacer para aprender.

Resolver la confección y completar adecuadamente la ficha epidemiológica de la vigilancia epidemiológica.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## Contenidos

- Vigilancia Epidemiológica: definición, utilización, sistema de recolección de datos, ficha de notificación. (Anexo 2)

## Metodología de trabajo:

Para la realización del módulo se utilizarán las aulas del H.A; las clases estarán a cargo de especialistas en infectología y control de infecciones, así como de bioquímicos bacteriólogos.

Se compartirá un video de una charla TED para reflexionar acerca de la siguiente afirmación *“para aprender hay que hacer”*.

A continuación, se indagará sobre conocimientos previos relacionados con la implementación de una ficha de notificación de ISQ hospitalaria.

Se propondrá completarla a partir de un caso clínico.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

Actividad: Cada uno de los cursantes debe reunirse en grupos de 2 a 4 personas (presencial o por zoom). Completar la ficha de notificación del programa VIHDA. P. 159-162, utilizando los datos del caso clínico del módulo I



PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)  
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

## Programa VIHDA

### PLANILLA DE REGISTRO DE EPISODIO DE INFECCION HOSPITALARIA ASOCIADO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Código Institución: \_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

#### Paciente

Nro Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M: \_\_\_ F: \_\_\_

#### Episodio de Infección

Clasificación internacional de la enfermedad (CIE-9): Categoría: .....

SubCategoría: .....

Fecha Ingreso Institución: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Motivo de admisión a la Institución: .....

Fecha Ingreso Unidad: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Motivo de ingreso a la Unidad: .....

#### Tipo Unidad:

Sala General: \_\_\_ UCI: \_\_\_ UCN: \_\_\_

Servicio: ..... Tipo y categoría: ..... Complejidad: .....

Peso al nacer: .....

Infección al ingreso: SI: \_\_\_ NO: \_\_\_ IH Adquirida de la madre: SI: \_\_\_ NO: \_\_\_

Fecha Diagnóstico IH: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Sitio Primario de Infección: INFECCION DEL SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)

Sitio Específico de Infección: .....

#### Procedimiento Quirúrgico asociado a la IH

Fecha de la Intervención: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Procedimiento Quirúrgico realizado: .....

#### Diagnóstico Clínico

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Patología .....

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO



PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)  
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

**Diagnóstico por Laboratorio**

**Diagnóstico Inmunoserológico:**

Fecha Primera Muestra: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Tipo de Muestra: .....

Resultado: Positivo  Negativo  Título: .....

Fecha Segunda Muestra: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Tipo de Muestra: .....

Resultado: Positivo  Negativo  Título: .....

**Diagnóstico Microbiológico**

1. Material analizado: .....

Fecha Muestra: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Nro. Muestra: ....

Resultado: Positivo  Negativo  Desconocido  Fecha Negativización: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Microorganismo .....	Resistencia			
	R	S	I	X
Antibiótico:				
Microorganismo .....	Resistencia			
	R	S	I	X
Antibiótico:				

2. Material analizado: .....

Fecha Muestra: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Nro. Muestra: ....

Resultado: Positivo  Negativo  Desconocido  Fecha Negativización: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_



# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO



**PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)**  
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Microorganismo .....	Resistencia			
	R	S	I	X
Antibiótico:				
Microorganismo .....	Resistencia			
	R	S	I	X
Antibiótico:				

3. Material analizado: .....

Fecha Muestra: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Nro. Muestra: ....

Resultado: Positivo  Negativo  Desconocido  Fecha Negativización: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Microorganismo Hallado .....	Resistencia			
	R	S	I	X
Antibiótico:				
Microorganismo Hallado .....	Resistencia			
	R	S	I	X
Antibiótico:				



# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO



**PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)**  
**Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina**

4. Material analizado: .....

Fecha Muestra: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Nro. Muestra: ....

Resultado: Positivo  Negativo  Desconocido  Fecha Negativización: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Microorganismo Hallado:.....	Resistencia			
	R	S	I	X
Antibiótico:				
Microorganismo Hallado:.....	Resistencia			
	R	S	I	X
Antibiótico:				

**Condición al alta**

Fecha de alta de la infección hospitalaria: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Fecha de alta de la Unidad: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Con infección hospitalaria: SI: \_\_ NO: \_\_

Fecha de alta de la Institución: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Estado al egreso: ..... Traslado: .....

Si el paciente ha fallecido:

Relación de la muerte con la infección: .....

Autopsia realizada: SI: \_\_ NO: \_\_ La autopsia corrobora la IH: SI: \_\_ NO: \_\_

Sufrió infección secundaria de la sangre: SI: \_\_ NO: \_\_

Observaciones:

.....

.....

.....

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

b. Actividad Realizar en pequeños grupos la recopilación de la notificación epidemiológica del servicio durante una semana y publicar en un paddlet la sistematización realizada. Analizar entre todos en función de la bibliografía dada en el módulo

## **Bibliografía:**

ANLIS-MALBRAN (2014) Manual de Vigilancia infecciones hospitalarias-Programa VIHDA.

Disponible en

[http://vihda.gov.ar/sitio%20vihdai/archivospublicaciones/vihda/Manual\\_de\\_VIGILANCIA-2014.pdf#page37](http://vihda.gov.ar/sitio%20vihdai/archivospublicaciones/vihda/Manual_de_VIGILANCIA-2014.pdf#page37)

OPS (2012). Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud.

Módulo III: información para gerentes y personal directivo.

Carvalho DC, Oliveira AC (2007). Evaluación de la sub notificación de infección del sitio quirúrgico evidenciada a través de la vigilancia después del alta. Rev Latino-am Enfermagem; 15(5).

TRONCOSO V (2011).

Evaluación preoperatoria. Revistamedicina Clínica CONDES; 22(3) p.p.340- 349.

## **Video Charla TED**

<https://www.youtube.com/watch?v=hCnkIMK4Fvc>

## **2.3. Recursos**

a) Locación física: Servicio de cardiología del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich y/o aula del servicio de Docencia e Investigación del mismo hospital.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

b) Recursos humanos: la autora de este proyecto, Dra. Macias, especialista en infectología y epidemiología.

c) Recursos materiales: computadora, acceso a internet, mobiliario de las aulas, impresiones Google form.

d) Recursos para las exposiciones: Computadora, acceso a internet. Imágenes multimedia, pizarra/fibras. Servicio de videoconferencia (zoom, meet).

## 2.4. Evaluación de la propuesta

### **Mecanismos previstos para el monitoreo y evaluación de la implementación.**

La evaluación es parte del proceso formativo, constituyendo una herramienta que permite comprender y aportar a un proceso.

Previo a la implementación de este proyecto de intervención se llevará a cabo una evaluación diagnóstica en forma de encuesta semi estructurada que se la considerará “Evaluación pre” que indicará los puntos de conflicto para la correcta identificación de los mismos.

Se realizará la semana previa a la primera clase expositiva mediante formulario online (Google form) y se tendrán sus resultados como guías en el desarrollo de las mismas, en las cuales se hará hincapié en los déficits encontrados. Posteriormente se hará la misma evaluación para ver el avance de los alumnos sobre la temática y el impacto de las clases expositivas. (Ver anexo1)

### **Evaluación de proceso**

Se solicitará en grupos la elaboración de propuestas de infografías para cada sector del servicio

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

considerando los puntos desarrollados en la capacitación

## Actividad 1 Elaboración de infografías para el servicio

Consigna: Integrar los conceptos desarrollados y plasmar en grupos a través de una propuesta de infografía incorporando los conceptos vistos:

Grupos 1: Higiene de manos

Grupo 2: Asepsia prequirúrgica del paciente

Grupo 3: Valoración de antecedentes relevantes de la historia clínica

Grupo 4: Vigilancia epidemiológica

Grupo 5: Microbiología y Profilaxis antibiótica.

### Lista de cotejo

Actividad	Si	No
Demuestra total comprensión de la consigna. Todos los requerimientos de la tarea están incluidos en la respuesta. Incluye imágenes relevantes para el concepto asignado, con soporte escrito acorde. Selecciona adecuadas imágenes y adecuadas palabras.		
Solo entrega un listado de ítems, sin impacto gráfico. O lo contrario, solo entrega imágenes, sin soporte escrito. O las palabras o imágenes no son adecuadas.		
No comprende de manera completa la consigna. Entrega parcial o apunta a un nivel No superior (información muy básica).		
No intentó hacer la tarea.		

Como cierre de cada módulo se realizará un cuestionario de autoevaluación (Anexo 2).

### Evaluación de la satisfacción

Se evaluará la satisfacción general de los cursantes con la capacitación, utilizando escala de Likert (Anexo 3).

## Parte B: Fundamentos

### **Fundamentación teórica de las decisiones asumidas. Articulación con los marcos conceptuales abordados en la carrera.**

La formación de un profesional es una tarea compleja que implica el dominio de las ciencias biomédicas, sociomédicas y humanísticas aplicadas a la clínica con el fin de solucionar los problemas de salud de los pacientes y de las colectividades. El reto de la educación por competencias *“es educar a los estudiantes para comprender la interacción entre la biología de la enfermedad y el contexto social del padecimiento; la atención de la salud del individuo y la salud pública; la comunicación humana y tecnología y ciencia médicas, y la medicina clínica y la comunitaria”* (Montiel,2011, p.43).

El concepto de competencia es el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, valores que interrelacionados entre sí permiten tener un desempeño profesional eficiente de conformidad con el estado del arte. Así, las competencias involucran no sólo los conocimientos y técnicas, sino que además integran el compromiso ético y los valores como elementos del desempeño competente, la importancia del contexto y la posibilidad de demostrarlo (Montiel, 2011. p.44).

El aprendizaje basado en competencias no es sólo de la formación de grado, sino que debe contemplarse en la “educación médica continua”.

La educación médica continua puede definirse

(...) como el conjunto de acciones y recursos dirigidos a cambiar la conducta de los profesionales para mejorar los resultados de su actuación con los pacientes; también se define como toda actividad que realiza el médico para seguir aprendiendo una vez finalizada su formación universitaria. El desarrollo científico y tecnológico, las demandas de la nueva ética y el desarrollo socioeconómico afectan de forma continua a la profesión médica; el profesional debe conservar un espíritu permanentemente inquisitivo y desarrollar una actividad de actualización continua para sostener un nivel de

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

desempeño aceptable” (Galli et al, 2015, p.247).

La Federación Mundial de Educación Médica (WFME) sostiene que el antiguo término «educación médica continuada» ha sido substituido por el de «desarrollo profesional continuo». El nuevo término refleja el contexto más amplio en que se encuentra esta fase de la educación médica e implica que la responsabilidad de practicar el desarrollo profesional continuo recae en la profesión y en el médico como individuo.

Los médicos reconocen que necesitan buscar información de forma permanente y que esta necesidad surge, fundamentalmente, de la práctica asistencial. Los profesionales aprenden buscando respuestas a los problemas específicos que tienen que afrontar y, ante los problemas específicos o puntuales que plantean los pacientes, recurren a distintas fuentes de información, mientras que en relación a temas o problemas en general, asisten a cursos formales, especialmente en las sociedades científicas. La formación médica continua no se limita a la educación formal, sino que comprende experiencias de muy diversa índole -formales e informales- tales como los encuentros con colegas, el autoaprendizaje y la educación a distancia (Galli, 2016, p. 249).

La WFME sostiene que generalmente los médicos desarrollan y cambian su práctica mediante intercambio de opiniones entre profesionales, el diálogo con colegas, más que como resultado de procesos educativos formales. Es probable que la interacción entre colegas sea vivida e interpretada como parte de la práctica profesional cotidiana y que no se visualice como una estrategia de actualización cuando es realmente efectiva (Campbell, 2019).

Sin embargo, habría que considerar las estrategias adecuadas para lograr un aprendizaje significativo. Por un lado, una enseñanza situada y experiencial y por el otro la construcción colaborativa del conocimiento (Díaz Barriga, 2003).

El conocimiento es situado, es decir, forma parte y es producto de la actividad, el contexto y la cultura (Díaz Barriga, 2003, p.1) y, en consecuencia, un principio nodal de este enfoque plantea que

los alumnos deben aprender en el contexto pertinente, en este caso el hospital donde desarrollan sus prácticas como profesionales de la salud. La misma autora, citando a Hendricks (2001) propone que, desde una visión situada, “los educandos deberían aprender involucrándose en el mismo tipo

## ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

de actividades que enfrentan los expertos en diferentes campos del conocimiento” (Díaz Barriga, 2003, p.4).

Desde una visión de la enseñanza situada, se aboga por una enseñanza centrada en prácticas educativas auténticas, las cuales requieren ser coherentes, significativas y propositivas; en otras palabras: *“simplemente definidas como las prácticas ordinarias de la cultura”* (Brown, Collins y Duguid, 1989, p. 34). En esta misma dirección, se comparte la idea de que aprender y hacer son acciones inseparables.

En la enseñanza situada tiene como una de sus herramientas aprender a través de la interacción con miembros más experimentados. De ahí la importancia que en esta aproximación tienen los procesos del andamiaje del enseñante y los pares, la negociación mutua de significados y la construcción conjunta de los saberes. Así, en un modelo de enseñanza situada, resaltarán la importancia de la influencia de los agentes educativos (Díaz Barriga, 2003, p.5).

Tal como se mencionara en el punto justificación y relevancia del proyecto, dentro de las estrategias para el aprendizaje significativo centradas en el aprendizaje experiencial situado, que se enfocan en la construcción del conocimiento en contextos reales este trabajo incluye: al aprendizaje centrado en la solución de problemas auténticos, el análisis de casos, prácticas situadas o aprendizaje in situ en escenarios reales, el trabajo en equipos cooperativos y ejercicios, demostraciones y simulaciones situadas.

También suma la idea el concepto aprendizaje transferencial es aquél que surge en el marco de una relación particular como la del docente-alumno, que pone en juego una dinámica inconsciente por parte de cada uno de los participantes de la díada y que, en un movimiento superador, permite la transmisión-apropiación del Conocimiento. Es en la transferencia que el alumno encuentra los modos de apropiarse del Conocimiento (dentro de él, con su bagaje previo; fuera de él, en los libros, y en su profesor) (Carli-Kennell, 2004, p. 15).

Un Aprendizaje Transferencial podría representar el adecuado estímulo que posibilite la instalación del sujeto (alumno) en una gramática del Deseo que le permita encontrar un modo singular para interactuar con el Conocimiento. Poder moverse en esos márgenes, en ese territorio de la Angustia ineludible, será lo que defina las posibilidades de acceder o no al Conocimiento.

## ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

Según Albert Bandura (1987), la educación médica continua y de habilidades referentes a las innovaciones es necesaria, pero no es suficiente para que produzca su adopción en la práctica. Son varios los factores que determinan si el individuo actuará de acuerdo con lo que ha aprendido (Galli et al, 2015).

Bandura (1987) propone, al igual que Vigotsky que el medio social determina el aprendizaje, lo que este primer autor refuerza es la idea de que “el medio “no son sólo interacciones, sino que gran aporte es el de presentar al desarrollo *“como producto de los procesos de socialización y autorregulación por parte del individuo, el cual es consecuencia de la exposición real, vicaria y simbólica del mismo a modelos influyentes dentro del entorno social”* (Vielma Vielma, 2003, p.35). Es decir, uno aprende de los otros, con los otros, cuando existe el deseo o la “angustia” por acotar la incertidumbre, contrasta simbólicamente con lo leído y lo practicado, lo observado de sus maestros, pero adquiere el hábito o ejecuta lo que socialmente fue un modelo influyente para el seleccionado en un proceso de autorregulación.

Respecto del aprendizaje, Pozo Muncio (1999) menciona que hay dos formas de recuperar lo que se ha aprendido: el reconocimiento a partir de estímulos, que es más fácil, y la evocación. La mejor manera de facilitar al aprendiz la recuperación de conocimientos es diseñar el contexto de aprendizaje con esta finalidad. La transferencia se favorece si el material se organiza de acuerdo con los conocimientos previos del aprendiz.

Igualmente, la transferencia de lo aprendido a nuevas situaciones aumentará la frecuencia con la que podemos recuperarlo y es una técnica favorable contra el olvido. Cuando un resultado del aprendizaje se adquiere para ser recuperado en un solo tipo de situación lo más probable es que sólo se recupere en ese contexto; ahora cuando aprendemos a utilizar un mismo conocimiento o habilidad en diversas situaciones, aumentan las posibilidades de transferirlo a nuevos contextos. *“Cuanto más se movilizan los resultados de un aprendizaje, más fácil será transferirlos”* (Pozo Muncio, 1999, p.16). Pero también cuanto más comprendamos lo que hacemos, cuanto más conciencia tomemos de nuestros conocimientos, más probable será que recurramos a ellos en nuevas situaciones, ya que seremos capaces de relacionarlos con muchas más situaciones (Regodón Domínguez, 2009).

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

Como hemos visto, diferentes contextos formativos requieren de actuaciones diversas (Zabala, 2012). Este autor menciona el tema de las buenas prácticas y una de las condiciones para trabajar sobre buenas prácticas es que éstas existan. Si algo distingue los discursos sobre las “buenas prácticas” es que se habla de cosas que son, que se están haciendo, que han funcionado bien (Zabala, 2012) siempre en un contexto y bajo unas condiciones determinadas.

El trabajo pedagógico con “buenas prácticas” se sitúa en esa línea estratégica de identificación, análisis, representación y visibilizarían de buenas prácticas en los diferentes niveles de atención de los pacientes, en este caso y las ganas de empezar con un proceso de mejora continua de prácticas, ya que las prácticas perfectas no existen como tal, más en el ámbito de la medicina, donde la constante producción de contenidos científicos obligan a la permanente actualización del equipo de salud tratante.

Trabajar desde esta perspectiva incluye tres procesos claves (Zabala, 2012, p. 20):

- (1) Justificar el sentido que tiene hablar de buenas prácticas
- (2) Identificar y analizar (tanto en su fundamentación como en su desarrollo efectivo) aquellas actuaciones que, por sus características y virtualidades, puedan categorizarse como “buenas prácticas”; y
- (3) Representar y visibilizar esas prácticas, de manera que puedan ser conocidas y transferidas a otras situaciones y actuar como puntos de referencia y/o contraste para quienes deseen avanzar

Así, las buenas prácticas cumplirán su misión transformadora únicamente en la medida en que respondan a acciones conscientes e intencionales y, además, visibles.

Finalmente, es primordial la consistencia interna en el armado y planificación de la enseñanza y organización del material didáctico. La idea de previsión, de anticipación, de planificación va asociada, invariablemente, a toda tarea responsable y trascendente.

El concepto de planificación es considerado uno de los logros de la moderna tecnología educativa y se fundamenta en la convicción de que la educación, entendida como tarea racional y sistemática, exige conocer anticipadamente, de manera precisa, qué objetivos deben alcanzar los alumnos. Sólo en función de unos objetivos claros es posible planear una

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

estrategia de aprendizaje (actividades) y unos procedimientos de control (evaluación).  
(Gregorio Cano, 2014, pp.526-527).

Es por esto que se resalta la importancia de la planificación de las capacitaciones como contrato pedagógico<sup>1</sup> entre los profesores y los destinatarios donde los objetivos marcan la dirección de la enseñanza y donde es fundamental la coherencia entre los objetivos, actividades y la evaluación como parte del proceso de enseñanza y de aprendizaje.

## Reflexión sobre la praxis

Acordando con Galli et al (2015) en entender que el desarrollo científico y tecnológico, las demandas éticas y la situación socioeconómica influyen directa y continuamente en la profesión médica, así como en la asistencia y en la toma de decisiones diarias, exigir profesionales que conserven un espíritu que cuestiona la praxis y se actualice académicamente es de forma continua resulta primordial para sostener un nivel de desempeño aceptable.

La cuestión es la lucha cotidiana contra la vorágine del trabajo lleva a que muchas veces se pierda el sentido del “para qué” hacemos lo que hacemos, es por esto que, entender que lo colectivo y la grupalidad positiva motiva al aprendizaje. Puntualmente en medicina, según Samaja (1999) se aprende por transferencia, entonces las estrategias a desertar el deseo de querer aprender, en este caso al enfrentarse al desconocimiento o no de lo que acontece en su servicio respecto de las ISQ-CCV.

Para Le Boterf (2001):

las necesidades de competencias no existen por sí solas. Son el resultado de una diferencia entre las competencias requeridas y las competencias reales. Por tanto, es necesario

---

<sup>1</sup>Un acuerdo establecido entre el profesor y el estudiante para la consecución de unos aprendizajes a través de una propuesta de trabajo autónomo, con una supervisión por parte del profesor y durante un período determinado. En el contrato de aprendizaje es básico un acuerdo formalizado, una relación de contraprestación recíproca, una implicación personal y un marco temporal de ejecución. El contrato de aprendizaje permite combinar aprendizajes de habilidades y de contenidos adecuados a las necesidades del estudiante. Promueve el pensamiento crítico y creativo y ayuda a planificar y tomar decisiones que propician una autonomía en el sujeto (Allidière, 2004).

## ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

disponer de una referencia de las competencias requeridas para identificar la necesidad de las mismas. (p.265)

Para Valverde (2001), la formación basada en competencias, permite que se establezca una relación directa entre las competencias requeridas y los contenidos de la formación; de esta forma, quienes lleven a cabo el proceso tendrán un referente para adecuar sus programas formativos y quienes demanden sus servicios tendrán la seguridad de que se adaptan a sus necesidades.

Las estrategias de educación médica continua y de habilidades referentes a las innovaciones es necesaria, pero no es suficiente para que produzca su adopción en la práctica. Dentro de las metodologías propuestas para la adquisición de competencias, se encuentra la resolución de casos problemas en pequeños grupos, por un lado, y la simulación por el otro (Martínez- Clares P, 2008).

El profesional sanitario actual debe ser competente en los aspectos conceptuales y técnicos de su profesión, así como poseer un conjunto de características personales (competencias participativas y personales) que son esenciales para alcanzar un desempeño superior ante los desafíos que plantea la realidad actual. Dicha formación debería adquirirse no solo en las instituciones de educación superior sino posteriormente en sus centros de trabajo de manera continuada e integral (Martínez- Clares P, 2008).

A través de este trabajo intenté recuperar la importancia de la capacitación en servicio y de la reflexión sobre la acción en forma permanente con una mirada crítica por parte de del equipo de salud tratante respecto de esta problemática.

La generación de espacios colaborativos de aprendizaje y desarrollo de competencias específicas que permitan abordar la problemática en estudio son necesarios en nuestro hospital para mejorar la calidad de vida y la seguridad del paciente/usuario de nuestro sistema de atención médica. Puntualmente en este caso, en relación a las infecciones de sitio quirúrgico y a la vigilancia epidemiológica de infecciones. Si bien esto no es resultado que surja directamente de esta capacitación, adhiero a que la misma impactara positivamente— de manera indirecta y a largo plazo— sobre esto al propiciar la adquisición de capacidades complejas entre los miembros del equipo.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL DEL PROYECTO DOCENTE

Allidiere N (2004). El vínculo profesor-alumno. Editorial Biblos, Buenos Aires

Angulo Rodríguez, M (2020). Infección en cirugía. Disponible en [https://es.slideshare.net/chentu/infecciones-en-cirugia-ultima-visitaoctubre 2020](https://es.slideshare.net/chentu/infecciones-en-cirugia-ultima-visitaoctubre-2020)

ANLIS-MALBRAN (2014) Manual de Vigilancia infecciones hospitalarias-Programa VIHDA.

Borrell Bentz, María Rosa (2005) La educación médica de posgrado en Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS, p.p.95

Brown, J. S., Collins, A., & Duguid, P. (1989). Situated Cognition and the Culture of Learning. Educational Researcher, 18(1), p.p.32–42.

Campbell N et al (2019). Peer-supported faculty development and workplace teaching: an integrative review MEDICAL EDUCATION (53), p.p.978–988

Carli A, Kennel B (2004). Aprendizaje Transferencial: caracterización de los estilos de Aprendizaje de los estudiantes de medicina. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

CDC (1992). Consensus paper on the surveillance of surgical wound infections. The Society for Hospital Epidemiology of America; The Association for Practitioners in Infection Control; The Surgical Infection Society. Infection Control Hospital Epidemiology, 13(10). p.p. 599-605.

## ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

Condon RE et al. Effectiveness of a surgical wound surveillance program. Archives of Surgery, 118(3): (1983). p.p. 303-7.

Cossin S et al. (2015). Surgical site infection after valvular or coronary artery bypass surgery: 2008 e2011 French SSI national ISO-RAISIN surveillance. Journal of Hospital Infection;91. P.p. 225-230.

Despaigne IA, Rodríguez Z, Bestard MB, Mustelier HL (2013). Consideraciones actuales sobre las infecciones postoperatorias. MEDISAN; 17(4), p.686.

Díaz Barriga, F. (2003). Cognición situada y estrategias para el aprendizaje significativo. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 5 (2).

Dirección Gral. de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Sobre la base de datos 2016 de la Subgerencia de Estadísticas en Salud (Ministerio de Salud GCBA).

Galli, A et al (2015). Estrategias de educación médica continua, Fundación educación médica 18 (4), p.p.247-251.

Galli, A et al (2016). Estrategias de educación médica continua. Intramed disponible en <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoid=90133>

González y Ortiz Francisco Xavier (2008) BARNETT, RONALD. Los límites de la competencia. El conocimiento, la educación superior y la sociedad, Barcelona, 2001, Gedisa, 286 p. INVESTIGACIÓN BIBLIOTECOLÓGICA, Vol. 22, Núm. 46, septiembre/ diciembre, 2008, México, ISSN: 0187-358X. pp.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

229-235

Gregorio Cano, A et al (2014). La planificación de la actividad docente en el proceso de enseñanza-aprendizaje: Traducción y Derecho. Historia y Comunicación Social Vol. 19. Nº Esp. Enero (2014) p.p. 525-538

Haley RW et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. American Journal of Epidemiology, 121(2) :(1985) p.p. 182-205.

Hendricks, Ch. (2001). Teaching causal reasoning through cognitive apprenticeship: What are results from situated learning? The Journal of Educational Research, 94 (5). p.p. 302-311.

Hillis LD, JL SPKa, Bittl JA, Bridges CR, Byrne JG, et al. (2011) ACCF/AHA guideline for coronary artery bypass graft surgery. A report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Developed in collaboration with the American Association for Thoracic Surgery, Society of Cardiovascular Anesthesiologists and Society of Thoracic Surgeons .JAmCollCardiol.(58), p.p. 123–210.

Kanafani ZA, Arduino JM, Muhlbaier LH, Kaye KS, Allen KB, Carmeli Y, et al(2009). Incidence of and preoperative risk factors for Staphylococcus aureus bacteremia and chest wound infection after cardiac surgery. Infect Control HospEpidemiol. (30). p.p. 242–8.

Lermada S., Claudio (2007). APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS (ABP): UNA EXPERIENCIA PEDAGOGICA EN MEDICINA. REXE. Revista de Estudios y Experiencias en Educación, (11),127-143.[fecha de Consulta 10 de Septiembre de 2021]. ISSN: 0717-6945. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2431170320>

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

Le Boterf, G. (2001). Ingeniería de las competencias. Barcelona: Gestión 2000

Londoño FA, Morales EJ, Murilla BM. (2011). Características epidemiológicas y factores de riesgo relacionados con la infección del sitio operatorio en procedimientos de cirugía general. Rev. Chil Cir. Diciembre;63(6). P.p. 559-65.

Macías A (2019). Infección del sitio quirúrgico y factores relacionados en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular en el hospital Gral. de agudos Cosme Argerich en el periodo 2014 a 2017. Ciudad Autónoma de Bs. As. Tesis presentada para obtención de título de magister (defendida y aprobada). No publicada.

Mannien J et al (2011). Surveillance and epidemiology of surgical site infections after cardiothoracic surgery in The Netherlands, 2002–2007. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery; 41(4). p.p.899-904.

Maniar HS et al. (2014) Prospective evaluation of patients readmitted after cardiac surgery: Analysis of outcomes and identification of risk factors. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 147(3). p.p. 1013-1020.

Martínez-Clares, P., Martínez-Juárez, M y Muñoz-Cantero, J.M. (2008). Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. RELIEVE, v. 14 (2) p. 1-23. [http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2\\_1.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm)

Martínez Clares, P; Echeverría Samanes, B (2009). Formación basada en competencias. Revista de Investigación Educativa, vol. 27 (1), p.p. 125-147

## ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

Montiel MBI, A. Martínez González, S. Morales López, J.R. Lozano Sánchez, M. Sánchez Mendiola (2011). Educación por competencias: estudiante a médico. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol.54, N.º6, p.p.42-50.

OPS (2011) Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria.

OPS (2012). Vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención de la salud. Módulo III: información para gerentes y personal directivo.

Perrenoud P. Diez nuevas competencias para enseñar. Primera edición. Barcelona: Editorial Graó; 2004.

Pinilla-Roa Analida (2012) Aproximación conceptual a las competencias profesionales en ciencias de la salud Rev. salud pública. 14 (5): 852-864

Pozo Muncio I (1999). APRENDICES Y MAESTROS. La nueva cultura del aprendizaje. Madrid: Alianza Editorial.

Regodón Domínguez P (2009). "Aprendices y maestros". Un libro de obligada lectura para los que nos dedicamos a la enseñanza. Temas para la educación. Vol 5 p.p. 1-9.

Ridderstolpe L, Gill H, Granfeldt H, Ahlfeldt H, Rutberg H (2001). Superficial and deep sternal wound complications: incidence, risk factors and mortality. Eur J Cardiothorac Surg (20), p.p.1168-75.

Rodríguez Z, Pascual M, Ramírez JM, Despaiguel (2011). Caracterización de las infecciones postoperatorias. Rev. Cuba Cir. Septiembre;50(3), p.p. 266-75.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

SADI (2008) Infección del Sitio Quirúrgico Guías para la prevención

SADI (2009). Consenso sobre “Prevención de infección de sitio quirúrgico y seguridad del paciente en el pre, intra y postquirúrgico”. VIII Congreso de la SADI–MardelPlata,2009.

Samaja J (1999). Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Eudeba, Buenos Aires, 3° Edición.

Soto-Hernández G y cols (2018). Infección de parche de Dacron posterior a endarterectomía carotidea. Rev Mex Angiol 46(4) p.p. 195-200

Valverde, O. [Coord.] (2001). El enfoque de la competencia laboral. Montevideo: Cinterfor/OIT.

VielmaVielmaE,SalasML(2000).AportesdelasteoríasdeVygotsky,Piaget,Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. Educere 3 (9), p.p. 30- 37.

Yokoe DS, Mermel LA, Anderson DJ, Arias KM, Burstin H, Calfee DP, et al (2008). A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals. Infect Control HospEpidemiol29:S12–21.31.

Zabalza Beraza, M (2012). El estudio de las “buenas prácticas” docentes en la enseñanza universitaria Revista de Docencia Universitaria, Vol.10 (1),p.p. 17-42.

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

## Anexo 1. Encuesta Pre y Post test

### Datos Personales

Profesión: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo

Hombre

Mujer

### Relevancia de las Infecciones de Sitio quirúrgico en cirugía cardiovascular

1.- En una escala del 1 al 5, dónde 5 es "muy relevante" y 1 es "nada relevante"

¿Cuál es la relevancia del tema para ud.? Escriba por favor

1	2	3	4	5

1.1 ¿Qué siente que necesita conocer desde el punto de vista de contenidos para un abordaje de esta problemática?

-----

1.2 ¿Qué es lo que considera relevante para seguir formándose en el abordaje de infecciones del sitio quirúrgico cardiovascular?

-----

1.3 ¿Considera que su formación de base aportó herramientas para el conocimiento de la problemática de las infecciones de sitio quirúrgico cardiovascular?

-----



# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

Otra/S (por favor, especifique cual/es en el recuadro)

--

5.- En su servicio las ISQ-CCV más frecuentemente observadas son: Marque la opción que considere correcta

- Endocarditis
- Infecciones de piel y partes blandas
- Osteomielitis
- Mediastinitis
- Otras \_\_\_\_\_(que complete con cual/es)

## Vigilancia de las ISQ-CCV

6.-Las ISQ-CCV se declaran/notifican:

	SI		NO
--	----	--	----

7.- ¿A quién/quienes hay que notificar? Marque lo que considere

- Sociedades Científicas (SADI por ej)
- ONG's (fundación huésped por ej)
- Comité de docencia e Investigación
- Equipo de control de infecciones
- Otros.....Cuál?

8.-¿Por qué declarar/notificar las ISQ-CCV?. Indique según su orden de prioridades numeren 1 a 5 , donde 1 es lo más prioritario y 5 lo menos)

- Dan información valiosa para publicaciones
- Para conocer la estadística del servicio
- Tener mejores esquemas empíricos en el servicio frente a casos nuevos
- Porque importa conocer patrones de cambios de las infecciones hospitalarias
- Por los costos

9.- ¿Quiénes deberían declarar las ISQ-CCV? Marque lo que considere

- Médico residente a cargo

# ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA - TRABAJO

- Enfermería
- Infectólogo
- Jefes de servicio
- Bacteriólogos

10- Describa como es el circuito de la información para hacer la notificación de las ISQ

## Anexo2 Evaluación de contenidos (evaluación de cierre de cada módulo)

Se harán 5 preguntas de cierre sobre la temática (de opción múltiple o V o F). Se le presentarán de manera aleatoria, mediante kahoo.it

Podrá repetir su evaluación si no alcanza 3 respuestas correctas sobre 5.

### MÓDULO I

¿Cuáles son los factores de riesgo modificables para desarrollar una infección de sitio quirúrgico (ISQ)?

Recomendación: Los factores de riesgo modificables son:

- a) Normoglucemia en todos los pacientes (principalmente diabéticos)
- b) Ajuste de dosis de antibiótico profiláctico
- c) Cesación tabáquica 30 días antes
- d) edad
- e) **a b y c son correctas**

Ante una intervención quirúrgica la obesidad se considera como:

- a) Una complicación
- b) **Un factor de riesgo**
- c) Un efecto 2°
- d) Un riesgo añadido
- e) Un factor independiente

Las ISQ pueden ser prevenidas

- a) Verdadero
- b) Falso

En el pre operatorio inmediato se deberá

- a) Administrar la medicación preanestésica
- b) Documentar las prótesis que pudiera llevar el paciente para que puedan ser retiradas en el quirófano
- c) Revisión de la historia clínica
- d) Revisar la preparación de la piel y rasurado
- e) Ninguna es correcta

La valoración preoperatoria incluye: (Señala la incorrecta)

- a) Valoración clínica del paciente para identificar factores de riesgo quirúrgicos
- b) La recolección de datos que se utilizara en la valoración post operatoria
- c) Comprobación de la realización de pruebas diagnósticas
- d) **Preparación del campo quirúrgico**

- e) Registrar medicamentos de uso habitual

## MODULO II

Para evitar posibles infecciones, es necesario cumplir unas reglas básicas de asepsia quirúrgica. (Señala la incorrecta)

- a) Las batas del personal lavado se consideran estériles por la zona delantera y trasera
- b) Las superficies estériles deben contactar únicamente con superficies estériles
- c) Las mesas cubiertas con paños se consideran estériles solo en la superficie.
- d) El personal lavado debe mantenerse cerca del campo estéril y si se mueven, deben hacerlo girando cara a cara o espalda contra espalda.

¿Quiénes deben realizar lavado de manos quirúrgico dentro de la sala de operaciones?

- a) Todos los miembros del equipo quirúrgico que estén en contacto con el campo operatorio.
- b) Todos los miembros del equipo quirúrgico menos la instrumentadora
- c) Todos los miembros del equipo quirúrgico que estén dentro de la sala de operaciones.
- d) Todos los miembros del equipo quirúrgico menos el anestesista

El lavado de manos quirúrgico debe incluir manos, antebrazos, hasta el codo. Si las uñas están cortas al ras de la yema de los dedos, realizar la fricción con el jabón antiséptico, se debe realizar durante 2 minutos de l

- a) Verdadero
- b) Falso

¿Por qué es importante lavarse las manos antes de tocar al paciente?

- a) Para proteger al paciente de los gérmenes que ud. tiene en las manos
- b) Para proteger el entorno de los gérmenes del paciente
- c) para proteger al equipo de salud
- d) ninguna es correcta
- e) todas son correctas

Identifique la secuencia correcta del lavado de manos prequirúrgico

- a) Frotar la palma de la mano derecha sobre el dorso de la izquierda, y viceversa/Frotar los pliegues interdigitales. /Frotar los extremos de los dedos de ambas manos/Frotar el pulgar de ambas manos./Frotar muñecas y antebrazos hasta el codo
- b) Frotar los extremos de los dedos de ambas manos/ Frotar la palma de la mano derecha sobre el dorso de la izquierda, y viceversa/ Frotar muñecas y antebrazos hasta el codo/ Frotar los pliegues interdigitales/ Frotar el pulgar de ambas manos
- c) Frotar los extremos de los dedos de ambas manos/ Frotar muñecas y antebrazos hasta el codo/ Frotar la palma de la mano derecha sobre el dorso de la izquierda, y viceversa. Frotar los pliegues interdigitales / Frotar el pulgar de ambas manos.
- d) No importa en qué secuencia se realice el lavado pre quirúrgico

## MODULO III

En la prevención de infecciones de sitio quirúrgico es necesario contar con normas de prevención

escritas y protocolo de actuación del personal.

- a) Verdadero
- b) Falso

El riesgo de transmisión de microorganismos de instrumentos y equipos depende de diversos factores:

- a) La presencia de microorganismos, su número y virulencia.
- b) El tipo de procedimiento que se va a realizar (invasivo o no invasivo).
- c) Localización corporal donde será utilizado el equipo.
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna es correcta

Superficies que deben ser incluidas en la limpieza y desinfección se deben incluir todas las superficies de alto contacto, entre ellas:

- a) Mesa quirúrgica, Camillas, Pantallas táctiles y monitores (y sus soportes)
- b) Bombas de infusión, estantes, soportes de las bombas, Mesadas
- c) Sillas, taburetes y tarimas Equipos y carros de anestesia
- d) Todas son correctas
- e) Ninguna es correcta

En el quirófano, es el lugar donde la esterilidad del ambiente es de especial importancia para disminuir la carga de morbilidad asociada a infecciones del sitio quirúrgico

- a) Verdadero
- b) Falso

El ciclo de descontaminación del instrumental quirúrgico reusable es el siguiente:

- a) Limpieza/ Desinfección/ Inspección/ Empaquetado/Esterilización/ Almacenaje/ Uso.
- b) Desinfección/Limpieza/Almacenaje/Empaquetado/Esterilización/Uso/Inspección
- c) Inspección/Uso/Limpieza/desinfección/Empaquetado/Almacenaje/Esterilización
- d) Esterilización/Uso/almacenajes/limpieza/desinfección/Inspección/Empaquetado
- e) Ninguna es correcta

## MODULO IV

Según la Ley Nacional 15.465 sobre el “Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria” en sus artículos 4° y 5° ¿Cómo deben notificar los casos los profesionales de las ciencias médicas y los profesionales de las ramas auxiliares?

- a) En forma obligatoria los profesionales de las ciencias médicas y en forma optativa los profesionales de las ramas auxiliares
- b) En forma obligatoria tanto los profesionales de las ciencias médicas como los profesionales de las ramas auxiliares
- c) En forma optativa tanto los profesionales de las ciencias médicas como los profesionales de las ramas auxiliares
- d) En forma optativa los profesionales de las ciencias médicas y en forma obligatoria los profesionales de las ramas auxiliares

Tasas de Infecciones: La fórmula que se emplea para calcular las tasas de infección del Sitio

Quirúrgico en el Programa VIHDA requiere que se registren todos los procedimientos quirúrgicos seleccionados para vigilar a los que son sometidos los pacientes, dado que ello constituirá luego el denominador de la tasa. El numerador está conformado por el total de infecciones del Sitio Quirúrgico que ocurran en las intervenciones quirúrgicas registradas.

- a) Verdadero
- b) Falso

Es importante realizar seguimiento al paciente durante la hospitalización y posterior al alta, como una forma de garantizar resultados confiables en las tasas de ISQ

- a) Verdadero
- b) Falso

La ficha de registro VIHDA de infección hospitalaria incluye:

- a) Diagnóstico clínico
- b) Diagnóstico microbiológico
- c) Condiciones de alta o egreso
- d) Diagnóstico inmunoserológico
- e) Todas son correctas

Dentro de diagnóstico microbiológico debe incluirse el microorganismo hallado y la sensibilidad antibiótica correspondiente:

- a) Verdadero
- b) Falso

### Anexo 3: Valoración de la satisfacción con la capacitación

El grado de satisfacción de las actividades realizadas por los participantes será evaluado a través de un cuestionario, que completarán de forma voluntaria al finalizar la intervención y consistirá en preguntas tipo Likert.

Indique con una **CRUZ**:

1) En general, ¿qué tan **SATISFECHO/A** está con la modalidad en la que se llevó a cabo la actividad?

- Completamente insatisfecho/a
- Muy insatisfecho/a
- Algo insatisfecho/a
- Bastante satisfecho/a
- Muy satisfecho/a
- Completamente satisfecho/a

2) ¿En qué medida **LE HA AYUDADO LA ACTIVIDAD** realizada en el desempeño de su rol en el servicio

- No estoy seguro/a
- Hizo que las cosas empeorasen bastante
- Hizo que las cosas empeorasen un poco
- No ha habido cambios
- Hizo que las cosas mejorasen algo
- Hizo que las cosas mejorasen mucho

3) ¿Cuál era su **ESTADO DE CONOCIMIENTO GENERAL ANTES DE EMPEZAR** la actividad?

- Estaba muy poco actualizado,
- Estaba bastante mal actualizado
- Regularmente actualizado
- Estaba bastante bien actualizado
- Estaba muy bien actualizado

4) ¿Cuál es su **ESTADO DE CONOCIMIENTO GENERAL DESPUÉS DE REALIZAR LA ACTIVIDAD?**

- Estoy muy poco actualizado
- Estoy bastante mal actualizado
- Regularmente actualizada
- Estoy bastante bien actualizado
- Estoy muy bien actualizado

¡Muchas gracias por su participación!