

FCM

Escuela de Enfermería.

Ciclo de Licenciatura.

Sede: Facultad de Ciencias Médicas.



TESINA

Tema: NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS ENFERMEROS SOBRE MEDIDAS DE AISLAMIENTO QUE APLICAN DURANTE LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE CLÍNICA MÉDICA

AUTORES:

Rosas Gilda.

Sánchez Kelly.

Mendoza, Agosto de 2016.

“El presente estudio de investigación es propiedad es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencia Medicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado , copiado ni citado, en todo en parte , sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o de los autores “

Acta de Aprobación

Tribunal Examinador:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2:.....

Integrantes de Equipo Tutorial:

Profesor:.....

Profesor:.....

Profesor:.....

.

Trabajo aprobado el:...../...../.....

RESUMEN

Tema: Nivel de Conocimiento de los enfermeros sobre Medidas de Aislamiento.

Autores: Sánchez Kelly – Rosas Gilda.

Lugar: Servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen, provincia de Mendoza, año 2015.

Introducción: El personal de enfermería cumple un rol muy importante en el control de las infecciones hospitalaria, ya sea a través de la aplicación de las normas de bioseguridad, así como también con el cumplimiento de las Medidas de Aislamiento, ya que si no las cumple no solo ellos se encuentran en riesgo sino también ponen en riesgo a los pacientes en general.

Objetivo: Conocer el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre medidas de aislamiento que aplican durante la atención de pacientes en los servicios de clínica médica “A” y “B” del Hospital El Carmen.

Método: La investigación es de naturaleza descriptiva, cuantitativa, de corte transversal, de tipo no experimental.

La población está constituida por 33(100%) enfermeros del servicio de Clínica Médica.

Se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas, para cuantificar las variables de estudio, utilizando un conjunto sistematizado de preguntas que se dirigen a un grupo predeterminado de enfermeros que poseen la información que interesa a la presente investigación.

Resultados: el 85% de la población obtuvo una calificación de Muy Buena (MB) y el 15% obtuvo una calificación de Buena (B).

Conclusiones: Todos los enfermeros demostraron tener conocimientos sobre medidas de aislamiento, pero hace falta reforzar y actualizar determinados temas, tales como aislamiento respiratorio y neutropenia, ya que en esas preguntas respondieron erróneamente y obtuvieron un B como calificación, destacando a un encargado de turno que respondió de manera errónea a algunas preguntas.

Propuesta: actualizar conocimientos sobre medidas de aislamiento mediante capacitaciones o talleres dentro de la institución y más importante aún si dicha capacitación la reciben los encargados de turno.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por brindarnos la oportunidad y la dicha de la vida, al brindarnos los medios necesarios para continuar nuestra formación, y siendo un apoyo incondicional para lograrlo.

A nuestras familias que nos acompañaron a lo largo del camino, brindándonos la fuerza necesaria para continuar y momentos de ánimo, así mismo ayudándonos en lo que fuera posible, dándonos consejos y orientación.

A nuestros docentes que nos han acompañado durante el largo camino, brindándonos siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando nuestra formación, mostrándonos una carrera esencial que paso a paso nos atrevemos a explorar, pero que sin duda resulta fundamental en el desarrollo de los servicios de salud de nuestro país.

Al personal de los servicios de clínica médica A y B del Hospital El Carmen, como también al personal del departamento de infectología por su dedicación, por las tareas que realizan, y porque nos brindaron un momento de su tiempo colaborando con nuestro cuestionario.

A todas aquellas personas que en algún momento a lo largo de los años de cursado y de estudio nos dieron su apoyo y aliento para que pudiésemos finalizar ésta etapa de nuestra vida.

A todos muchas gracias.

Rosas Gilda

Sánchez Kelly

PROLOGO

Durante el proceso asistencial, son muchas las decisiones que el profesional de enfermería debe tomar para la prestación de cuidados, siendo imprescindible estar dotados de los instrumentos que nos permitan la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible.

La presente tesina es el reflejo del compromiso que hemos adquirido en actualizar y validar nuestro conocimiento sobre Medidas de Aislamiento, el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en el medio hospitalario, tanto entre pacientes como entre pacientes y personal sanitario, ha llevado a la motivación de realizar ésta investigación.

En los años 70 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó el primer compendio sobre aislamientos, indicándose ya una serie de precauciones a adoptar en cada uno de ellos, las enfermedades a las que se debería aplicar, y las condiciones y duración de los mismos.

Estos conceptos han ido evolucionando hasta la actualidad, en que distinguimos: Precauciones Estándar, Precauciones basadas en la vía de transmisión y Aislamiento Protector o Preventivo.

Si bien la enfermera/o, en coordinación con el resto del equipo de salud, es la/el responsable de proporcionar cuidados individualizados y de calidad a los pacientes, estamos obligados a conocer todas aquellas herramientas que nos permitan vincular la teoría con la práctica asistencial.

Es por eso que se investigó el Nivel de Conocimiento sobre Medidas de Aislamiento, conocimientos que aplicamos durante la atención de los pacientes en los servicios Clínica Médica.

INDICE GENERAL

Carátula.....	pág. I
Advertencia.....	pág. II
Acta de Aprobación.....	pág. III
Resumen.....	pág. IV
Agradecimientos.....	pág. V
Prólogo.....	pág. VI
Capítulo I	
Introducción.....	pág. 1
Descripción del Problema.....	pág. 2,3
Formulación del Problema.....	pág. 4
Hipótesis.....	pág. 5
Objetivos.....	pág. 6
Justificación.....	pág. 7,8
Marco Teórico.....	págs. 9-41
Capítulo II	
Diseño Metodológico.....	págs. 42-44
Capítulo III	
Resultados.....	págs. 45 - 65
Conclusiones ,Discusiones y Propuestas.....	págs. 66 - 70
Bibliografía.....	pág. 71
Anexos.....	

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla y Gráfico N° 1:"N° de enfermeros según el turno".....	pág. 45
Tabla y Gráfico N° 2:"N° de enfermeros según género"	pág. 46
Tabla y Gráfico N° 3:"N° de enfermeros según función".....	pág. 47
Tabla y Gráfico N° 4:"N° de enfermeros según título académico".....	pág. 48
Tabla y Gráfico N° 5:"Tiempo de ejercicio profesional".....	pág. 49
Tabla y Gráfico N° 6:"Última capacitación a la que asistieron"	pág. 50
Tabla y Gráfico N° 7:"Respuesta otorgada en la preg. 9".....	pág.51
Tabla y Gráfico N° 8:"N° de enfermeros que respondieron correcta e incorrectamente a la preg. 10".....	pág. 52
Tabla y Gráfico N° 9:"N° de enfermeros que respondieron correcta e incorrectamente a la preg. 16".....	pág. 53
Tabla y Gráfico N° 10:"N° de enfermeros que respondieron correcta e incorrectamente a la preg. 17".....	pág. 54
Tabla y Gráfico N° 11:"N° de enfermeros que respondieron correcta e incorrectamente a la preg. 20".....	pág. 55
Tabla y Gráfico N° 12:"Turno en que se desempeñan los enfermeros que respondieron incorrectamente la preg. 20".....	pág. 56
Tabla y Gráfico N° 13:"Grado de conocimiento que consideran Tener los enfermeros sobre medidas de aislamiento".....	pág. 57
Tabla y Gráfico N° 14:"Calificación obtenida de los enfermeros en las preguntas de conocimiento".....	pág. 58
Tabla y Gráfico N° 15:"Puntaje obtenido según turno".....	pág. 59
Tabla y Gráfico N° 16:"Puntaje obtenido según título académico".....	pág. 60
Tabla y Gráfico N° 17:"Relación entre el puntaje obtenido y el tiempo de ejercicio en la profesión".....	pág. 61

Tabla y Gráfico N° 18: "N° de enfermeros que respondieron correcta e incorrectamente a la preg. 10 y el turno en el que se desempeñan".....pág. 62

Tabla y Gráfico N° 19: "N° de enfermeros que respondieron correcta e Incorrectamente a la preg. 16 y el turno en que se desempeñan".....pág. 63

Tabla y Gráfico N° 20: "Respuesta otorgada en la preg. 17 y el turno en el que se desempeñan".....pág. 64

Tabla y Gráfico N° 21: "Respuesta a la preg. 20 y su relación con los años de ejercicio".....pág. 65

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Las medidas de aislamiento crean barreras entre las personas y los microbios. Estos tipos de precauciones ayudan a prevenir la propagación de microbios en un hospital.

El personal de enfermería es uno de los principales protagonistas en la atención y cuidados de los pacientes, así como también uno de los principales responsables de llevar a cabo los distintos tratamientos adecuados para cada uno de estos, obligándose así al contacto directo con los mismos en las diferentes áreas de atención.

A pesar del progreso tecnológico, las infecciones en pacientes hospitalizados, que también pueden afectar al personal que realiza la atención directa sobre éstos, siguen manifestándose aumentando así la morbi – mortalidad y costos.

Es por eso que nos resulta importante la realización del presente estudio, que tiene como objetivo conocer el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre medidas de aislamiento que aplican durante la atención de pacientes en los servicios de clínica médica “A” y “B” del Hospital El Carmen, ya que el conocimiento y la aplicación de estas sigue siendo la manera más sencilla y eficaz de reducir el porcentaje de infecciones cruzadas, así como también reducir los costos que implica atender a un paciente que se encuentra con medidas de aislamiento. Para prevenir las infecciones se requiere de la voluntad, conciencia y conocimiento del personal de salud y en especial el personal de enfermería. Por lo que se hace importante evaluar los conocimientos que tiene dicho personal.

La presente investigación fue realizada durante el segundo semestre del año 2015 (Julio-Diciembre), nos interesó determinar el nivel de conocimientos que el personal de enfermería tiene sobre medidas de aislamiento.

El total del personal de enfermería a quien se le aplicó el instrumento de investigación demostró tener buenos conocimientos sobre medidas de aislamiento.

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Se ha considerado de vital importancia para la profesión investigar sobre el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre medidas de aislamiento ,ya que al observar en algunas ocasiones que el personal de enfermería omite las normas de aislamiento aun sabiendo que estas normas están dentro del protocolo de actividades de atención al paciente aislado, por lo que creemos que es necesario crear una concientización y compromiso, para lo cual es necesario cumplir con esas normas y comprometernos en cumplir con los principios básicos de bioseguridad, ya que en oportunidades no somos conscientes de que estamos atentando con la salud de los pacientes y asimismo del personal de enfermería.

El Hospital El Carmen cuenta con un departamento de infectología, quien se encarga de capacitar y controlar que las medidas de aislamiento se cumplan no solo con las medidas de bioseguridad sino también en las de aislamiento, si bien ante y durante la presencia física del personal del departamento, el personal de enfermería trata de cumplir las medidas de la mejor manera , pero ante la ausencia de este personal de control (en días feriados, en el turno tarde ,turno noche en relación al turno mañana) se vuelve a incurrir en el mismo error.

El personal de enfermería de los servicios de clínica médica “ A” y “B” del mencionado hospital manifiesta que a veces no se puede cumplir con estas medidas por factores que pueden influir en el cumplimiento de las medidas de aislamiento como: el tiempo que demanda al enfermero acondicionarse con las barreras de prevención (blusón-guantes-barbijo-antiparras) antes de atender al paciente aislado; creer que por obviar el paso anteriormente relatado acelera la culminación de sus tareas, atribuir que los resultados de bacteriología donde confirman que el paciente esta colonizado llegan tarde cuando ya se ha mantenido contacto con el paciente , creer que por trabajar en un hospital estamos inmunizados y por lo tanto tomar precauciones es innecesario, la demanda de trabajo, la reutilización o uso prolongado de blusones.

Los riesgos ocupacionales a los que estamos expuestos aumentan con el desempeño de nuestras actividades asistenciales , por lo que se nos exige conocimiento, juicio crítico, desarrollo de habilidades y destrezas en el cumplimiento de nuestras funciones, pero muchos damos por concretado nuestro nivel de conocimiento ,negándonos a la actualización y a la adquisición de nuevos conocimientos.

FORMULACION Y/O PLANTEO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre medidas de aislamiento que aplican durante la atención de pacientes en los servicios de clínica médica “A” y “B” del Hospital El Carmen, durante el segundo semestre de 2015?

HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos de los enfermeros de clínica médica “A” y “B” del Hospital El Carmen sobre medidas de aislamiento es regular, porque se observó en los enfermeros actitudes de incumplimiento de éstas medidas, motivo por el cual nos hace suponer que los enfermeros tienen un déficit de conocimientos sobre el tema.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre medidas de aislamiento que aplican durante la atención de pacientes en los servicios de clínica médica "A" y "B" del Hospital El Carmen.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.-Determinar los conocimientos de los enfermeros en relación a cada tipo de aislamiento.
- 2.- Conocer las características de los enfermeros sujetos de estudio.
- 3.-Identificar si el conocimiento influye en el cumplimiento de las medidas de aislamiento.
- 4.- Determinar el rol de enfermería en el cumplimiento de las medidas de aislamiento.

JUSTIFICACION

Las medidas de aislamiento se aplican a determinados pacientes con enfermedades infectocontagiosas o inmunocomprometidos, el personal de enfermería es uno de los principales agentes de salud que está en contacto con los pacientes, por eso está en nuestras manos promover la salud y cumplir con las normativas diseñadas para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Es importante investigar sobre el tema porque el personal de enfermería en relación a la tarea diaria se encuentra en constante contacto directo con el paciente, encontrándose con patologías infectocontagiosas y fluidos corporales que pueden estar contaminados o no. Para el control de algunas infecciones altamente contagiosas se han implementado medidas de aislamiento que ayudan a controlar el contagio y propagación, por eso consideramos importante la investigación sobre los conocimientos que poseen los enfermeros sobre medidas de aislamientos, en la que enfermería es un pilar muy importante en el control de infecciones, e influye significativamente en la salud del paciente, en la relación de gasto-beneficio y sobre todo en la disminución de los riesgos que la manipulación de elementos contaminados pueden ejercer sobre la salud del personal y de los pacientes, queremos generar nuevos conocimientos, mejorar los ya existentes, y porque no, impulsar a otros colegas a desarrollar su capacidad investigadora para así crecer como disciplina y profesión. A pesar del progreso tecnológico alcanzados en estos días, las infecciones en pacientes hospitalizados también aumentan, y también puede alcanzar al personal de enfermería que realiza la atención directa sobre los pacientes, así como también provocar infecciones cruzadas, aumentando la morbilidad, mortalidad, trabajo, y costos.

La dimensión de control y supervisión de los cuidados es una gran tarea para el departamento de infectología del hospital, existen trabajos, proyectos, bibliografía basada en la evidencia que asegura que la implementación de las medidas de aislamiento ha demostrado eficacia en el control de infecciones, pero, es también importante que el personal de enfermería se comprometa en el cumplimiento de

estas medidas protocolizadas, ya que es uno de los profesionales dentro del equipo de salud que mantiene mayor contacto con el paciente . No cumplir con las normas de aislamiento se considera como un acto de irresponsabilidad, incluso ir en contra del juramento que realizamos.

Investigando se logrará sobresalir, para que nuestra profesión no solo sea una rutina de cuidados sino que también los fundamentemos científicamente, para brindar solidez a nuestro desempeño, y así lograr un reconocimiento institucional y social de nuestra profesión.

MARCO TEÓRICO

El concepto de aislamiento para personas con enfermedades transmisibles fue aplicado desde tiempos bíblicos, sin saber cuáles eran las circunstancias que provocaban al hecho de como una persona sana fuese poseída de males incurables éstas al momento de enfermar eran separadas en lugares y bajo condiciones que impidieran el contagio al resto de la población, como muestra de ellos son los leprosos. De ello deriva que la primera medida que aplicaron las comunidades para evitar las infecciones dentro de su población fuese el Aislamiento. Durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale concluyó en la necesidad de dividir las salas en cubículos enfatizando la importancia de la asepsia, y el mantenimiento de la limpieza de los ambientes.[1]

A la luz de este conocimiento se establecen las primeras medidas razonables a fin de cortar los mecanismos de transmisión de las enfermedades infectocontagiosas, es así, que en 1967 el centro de control de control de enfermedades de Estados Unidos (CDC) inicia el desarrollo de las primeras recomendaciones sobre aislamiento y es que en 1970 se publicaron estas recomendaciones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) documenta que las infecciones nosocomiales son una importante causa de morbilidad y mortalidad, por lo que la prevención y control de éstas están basadas, principalmente en todas aquellas medidas que impiden que el agente infeccioso entre en contacto con el huésped susceptible.

¹Manual de Aislamiento Intrahospitalario MINSA –Lima Perú 2003, pág. 21.

Con el aumento del gasto sanitario que demandan los aislamientos en los últimos años han pasado a ser un tema controvertido, añadiéndose un problema económico a la siempre difícil tarea del trabajo diario. Por un lado es importante actuar sobre los pacientes-fuentes capaces de provocar brotes epidémicos hospitalarios, los cuales se traducen en cuantiosos costes en forma de alargamiento de hospitalización sino también de gasto farmacéutico.[2]

¿Qué es AISLAMIENTO HOSPITALARIO?

Aislamiento consiste en la separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el período de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y bajo condiciones tales que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso.

El aislamiento está indicado ante la sospecha de una enfermedad transmisible o ante la evidencia de alguna.

Los OBJETIVOS del Aislamiento son.

Interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa a fin de prevenir el contagio entre pacientes y comunidad.

Prevenir y controlar los brotes epidémicos de enfermedades transmisibles, disminuyendo el número de epidemias y el número de personas infectadas.

Controlar la contaminación microbiológica ambiental a fin de evitar transmisión de los agentes infecciosos por esa vía.

Racionalizar recursos humanos y materiales para la atención de los pacientes con enfermedades infecciosas.[3]

2 Rubio T, García de Jalón J, Sanjuan F, Erdozain M.A, Sainz de Murrieta J.I, Escobar E, suplemento 2

3 Aislamiento hospitalario Universidad de Concepción-Chile (disponible en www.aislamientohospitalario1.blogspot.com.ar)

HISTORIA DE LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO

Los aislamientos constituyen uno de los temas más clásicos de la Medicina Preventiva y la Salud Pública.

Como mencionamos anteriormente, las medidas de aislamientos ya datan desde tiempos bíblicos.

Las primeras recomendaciones para las precauciones de aislamiento en Estados Unidos aparecieron en 1877. En ellas, se recomendaba situar a los pacientes con enfermedades infecciosas en establecimientos separados, que se llegarían a conocer como "hospitales de enfermedades infecciosas". Esta práctica, que separaba a los pacientes infectados del resto, no logró evitar la transmisión nosocomial, ya que los pacientes infectados no se separaban de los otros de acuerdo a su enfermedad, tampoco se practicaban procedimientos asépticos, solo se establecieron salas separadas.

En 1910, se introdujo el sistema de aislamiento en salas distintas, con habitaciones separadas. Con este sistema, se utilizaban batas individuales, se incluyó el lavado de manos con soluciones antisépticas después del contacto con el paciente y se desinfectaban los instrumentos contaminados por éste. Estas prácticas de enfermería, diseñadas para prevenir la transmisión de organismos patógenos a otros pacientes y el personal, se llegaron a conocer como "Enfermería de Barrera". Esto supuso una importante alternativa para los hospitales generales, evitando enviar pacientes a los hospitales de enfermedades infecciosas. Durante la década de los 50, los hospitales de enfermedades infecciosas, empezaron a cerrar, excepto aquéllos diseñados exclusivamente para tuberculosis, que cerrarían algo más tarde. Así, a finales de los 60, todos los pacientes infecciosos se ubicaban en salas de los hospitales generales, en habitaciones individuales especialmente diseñadas o en habitaciones normales individuales o múltiples.

Desde 1970 hasta la actualidad, el "Center of Disease Control" (C.D.C/Centro de Control de Enfermedades.-Atlanta EE.UU) ha sido el organismo encargado de

recabar información y plasmarla en sucesivas pautas que han servido de base para el trabajo diario de los profesionales encargados del control de la infección.

El problema al que se enfrentaban los profesionales sanitarios era la necesidad de identificar los pacientes que, potencialmente podían comportarse como fuentes de infección. Una vez realizado esto, se aplicaba el aislamiento con el fin de cortar la cadena epidemiológica actuando sobre los mecanismos de infección. Todo resultaba más o menos sencillo, aunque en ocasiones, por desconocimiento, no se identificaban estas fuentes o, en el otro extremo, se "sobreaislaba" a los pacientes.

Con el aumento del gasto sanitario en los últimos años, los aislamientos han pasado a ser un tema controvertido, añadiéndose un problema económico a la siempre difícil tarea del trabajo diario. Por un lado, es importante actuar sobre los pacientes-fuente, capaces de provocar brotes epidémicos hospitalarios, los cuales se traducen en cuantiosos costes en forma de alargamiento de estancias y de gasto farmacéutico. Por el otro, la masificación hospitalaria ha llevado a grandes dificultades a la hora de poder aislar a los pacientes en determinados hospitales, ya que no se contaría con suficientes habitaciones, comprometiendo así a la organización o división edilicia de las instituciones.

En 1970, el CDC publicó un manual detallado titulado "Técnicas de Aislamiento para Uso en Hospitales", que fue revisado en 1975. El manual introducía el sistema de categorías de las precauciones de aislamiento.

Recomendaba que los hospitales usaran una de las 7 categorías de aislamiento (Aislamiento Estricto, Aislamiento Respiratorio, Aislamiento Protector, Precauciones Entéricas, Precauciones para Piel y Heridas, Precauciones de Eliminación y Precauciones Sanguíneas). Las precauciones recomendadas para cada categoría estaban determinadas por sus características epidemiológicas, agrupadas por la vía de transmisión. Se indicaban para cada categoría las medidas mínimas necesarias para prevenir la transmisión de todas las enfermedades de su grupo. Esta medida, producía un "sobre aislamiento" para

algunas enfermedades, lo que se compensaba por la conveniencia de tener un número pequeño de categorías, y el ser un sistema simple, que permitía un fácil aprendizaje por el personal.

En los años 80, aparecieron nuevos problemas de infecciones nosocomiales, algunos de ellos causados por microorganismos multirresistentes y otros por nuevos patógenos. Se creó la necesidad de precauciones de aislamiento que estuvieran dirigidas más específicamente a la transmisión nosocomial que a la difusión intrahospitalaria de enfermedades infecciosas adquiridas en la comunidad.

En 1983, se publicaron las "Pautas del CDC para las Precauciones de Aislamiento en los Hospitales" reemplazando el manual de 1975. Una de las novedades fue la toma de decisiones por parte del personal sanitario. Estas pautas fomentaban la toma de decisiones en varios niveles en ellas, se otorgaba a los comités de control de la infección hospitalaria la oportunidad de elegir entre las precauciones de aislamiento por categorías o enfermedad, o bien, usar las recomendaciones para desarrollar un sistema de aislamiento; se estimulaba que el personal tomara decisiones sobre las precauciones; y se fomentaba que el personal decidiera si necesitaba ponerse mascarilla, bata o guantes, basándose en la probabilidad de exponerse a material infectado. Tales decisiones se juzgaban necesarias para aislar la infección, pero no al paciente, y para reducir los costes asociados con precauciones de aislamiento innecesarias.

Se modificaron las categorías previas. La anterior categoría de Precauciones Sanguíneas, principalmente dirigida hacia los pacientes portadores crónicos de hepatitis B, fue renombrada como Precauciones con Sangre y Fluidos Corporales y se extendió para incluir a los pacientes con SIDA y fluidos corporales además de la sangre. La categoría de Aislamiento Protector se eliminó porque los estudios demostraron su falta de eficacia en la práctica clínica para prevenir la adquisición de una infección en los pacientes inmunocomprometidos para los que se describió originalmente

Las recomendaciones de 1983 contenían las siguientes categorías de aislamiento: Aislamiento Estricto, Aislamiento de Contacto, Aislamiento Respiratorio, Aislamiento de Tuberculosis, Precauciones Entéricas, Precauciones de Drenaje/Secreción y Precauciones con Sangre y Fluidos Corporales. Como sucedía con el manual anterior, tendían a sobre aislar a algunos pacientes.

En la sección de enfermedades específicas, se consideraba individualmente la epidemiología de cada enfermedad para instaurar sólo aquellas precauciones necesarias para interrumpir su transmisión. Esto requería una capacitación previa y formación continuada del personal. Aunque esto eliminaba el sobre aislamiento, se podían cometer errores por el personal al aplicar las precauciones, sobre todo si la enfermedad no se veía regularmente en el hospital o si se producía un error o retraso en el diagnóstico.

A medida que se disponía de nuevos datos epidemiológicos, fueron apareciendo informes que actualizaban parte de estas recomendaciones. En 1985, y debido a la epidemia de VIH, las prácticas de aislamiento se alteraron. Reconociendo el hecho de que muchos pacientes con infecciones de transmisión hemática no estaban diagnosticados, las Precauciones Universales por primera vez ponían el énfasis en aplicar las Precauciones con Sangre y Fluidos Corporales de una forma general a todas las personas independientemente de su condición de presunta infección. Este hecho condujo al nuevo nombre de "Precauciones Universales". Se añadió la protección en la transmisión de paciente a personal.

Además de introducir la prevención de inoculaciones accidentales y el uso de barreras tradicionales como bata y guantes, las Precauciones Universales ampliaban las Precauciones con Sangre y Fluidos, recomendando la utilización de mascarillas y protectores oculares para prevenir la exposición de las membranas mucosas durante ciertos procedimientos, así como el uso de dispositivos de ventilación individual ante la posibilidad de tener que realizar técnicas de resucitación. Esto se estipuló en informes posteriores.

En 1987, uno de estos informes estableció que la puesta en marcha de las Precauciones Universales para todos los pacientes, eliminaba la necesidad de la categoría de aislamiento de Precauciones con Sangre y Fluidos Corporales. Sin embargo, debían usarse otras categorías de precauciones si se diagnosticaban o sospechaban otros patógenos aparte de los de transmisión hemática.

El informe de 1987 fue actualizado en 1988, con especial énfasis en dos puntos importantes. Primero, que la sangre era la fuente más importante de transmisión de VIH, VHB y otros patógenos de transmisión hemática en los lugares de trabajo. Y segundo, que los esfuerzos del control de la transmisión de patógenos hemáticos debían enfocarse en prevenir las exposiciones a sangre, así como la administración de la vacuna frente a hepatitis B.

El informe establecía que las Precauciones Universales debían aplicarse a sangre, fluidos corporales implicados en la transmisión de infecciones hemáticas (semen y secreciones vaginales), fluidos corporales con un riesgo de transmisión desconocido (amniótico, cefalorraquídeo, pericárdico, peritoneal, pleural y sinovial) y a cualquier otro fluido corporal visiblemente contaminado con sangre, pero no a heces, secreciones nasales, esputo, sudor, lágrimas, orina o vómitos a menos que contuvieran sangre visible.

En el informe de 1987, propusieron un nuevo sistema de aislamiento que denominaron "Aislamiento de Sustancias Corporales", como alternativa al aislamiento por diagnóstico. Este sistema se centraba en el aislamiento de todas las sustancias corporales húmedas y potencialmente infecciosas de todos los pacientes, independientemente de su presunto estado de infección, y principalmente dirigido al uso de guantes. Entre las ventajas de este sistema se citaba que era simple, fácil de aprender, evitaba el concepto de que los pacientes sin diagnóstico conocido o sospechado de enfermedad infecciosa estaban libres de riesgo de transmisión, y que sólo se asociaban ciertos fluidos corporales con la transmisión de infecciones.

El Aislamiento de Sustancias Corporales reemplaza a algunas, pero no a todas las precauciones de aislamiento necesarias para prevenir la transmisión de la infección. Además, el Aislamiento de Sustancias Corporales no contiene disposiciones adecuadas para prevenir:

- La transmisión por gotas de infecciones severas en poblaciones pediátricas (por ejemplo: meningitis por *Haemophilus influenzae* invasivo o *Neisseria meningitidis*).
- La transmisión de microorganismos epidemiológicamente importantes por contacto directo o indirecto desde la piel seca o fuentes medio ambientales (por ejemplo: *Clostridium difficile*).
- Enfermedades de verdadera transmisión aérea vehiculadas por gotitas a larga distancia. Aunque el Aislamiento de Sustancias Corporales recomienda claramente la utilización de habitación individual para algunos pacientes con enfermedades transmitidas exclusivamente o en parte por vía aérea, no remarca la necesidad de métodos especiales de ventilación para pacientes con enfermedades (diagnosticadas o sospechadas) transmitidas por gotitas, como es el caso de la tuberculosis pulmonar u otras patologías.[3]

3 Rubio T, García de Jalón J, Sanjuan F, Erdozain M.A, Sainz de Murrieta J.I, Escobar E, suplemento 2.

El Aislamiento de Sustancias Corporales y las Precauciones Universales comparten muchos procedimientos para prevenir la transmisión de patógenos hemáticos. Sin embargo, existe una diferencia importante en la recomendación para el uso de guantes y lavado de manos. Bajo las Precauciones Universales, los guantes se recomiendan para el contacto con sangre y fluidos corporales específicos, y las manos deben lavarse inmediatamente después de quitarse los guantes. Bajo el Aislamiento de Sustancias Corporales, los guantes están recomendados para el contacto con cualquier tipo de sustancia corporal húmeda, pero el lavado de manos no se recomienda a menos que estén visiblemente manchadas. La falta de énfasis en lavarse las manos después de quitarse los guantes se citó como una de las teóricas desventajas del Aislamiento de Sustancias Corporales. Aunque el uso de guantes podría ser mejor que el lavado de manos, no se ha demostrado la eficacia de su uso como sustituto de este lavado.

En 1989, la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (Occupational Safety and Health Administration-OSHA) publicó una propuesta de reglamentación acerca de la exposición laboral a patógenos de transmisión hemática. Fue publicada en 1991.

La OSHA manifiesta en aquella publicación que, “la determinación de la exposición se hace al revisar las clasificaciones del trabajo y al dividir las exposiciones en dos grupos. El primer grupo incluye clasificaciones en las cuales todo los empleados tienen exposición ocupacional, tales como enfermeros, donde todos los empleados tienen exposición ocupacional no es necesario especificar las tareas de trabajo. El segundo grupo incluye aquellas clasificaciones en las cuales algunos de los empleados tienen exposición ocupacional, debido a las tareas o procedimientos específicos que causan la exposición ocupacional, como por ejemplo ,personal de lavandería de los hospitales en que solo algunos empleados podrían estar asignados al manejo de ropa contaminada mientras que otros no lo estarían”.

La OSHA, comunica los riesgos a los empleados con el fin de informar y entrenar a todos los empleados que están expuestos, es así que formaliza las medidas de prevención, dentro de las cuales la exigencia de la colocación de la vacuna contra la Hepatitis B, así como también la implementación de las medidas de control de prácticas de trabajo, precauciones universales, equipo de protección personal, limpieza del lugar de trabajo, etiquetas de advertencia.[4]

Al principio de los años 90, unos hospitales habían incorporado las Precauciones Universales mientras otros habían adoptado el Aislamiento de Sustancias Corporales. Muchos pensaban que ponían en práctica las Precauciones Universales, cuando realmente aplicaban el Aislamiento de Sustancias Corporales y viceversa. Además, existía una falta de acuerdo acerca de la importancia del lavado de manos cuando se usaban guantes y la necesidad de precauciones adicionales por encima del Aislamiento de Sustancias Corporales para prevenir cualquier tipo de transmisión. Con la aparición de microorganismos multirresistentes, algunos hospitales no lograron reconocerlos como un problema nuevo y no añadieron las precauciones adecuadas que los frenaran.

A la vista de estos problemas y preocupaciones, no existía una forma simple de ajustar todas las recomendaciones y precauciones vistas hasta ahora. Estaba claro que se necesitaba una nueva síntesis de los variados sistemas que proporcionara unas recomendaciones implantadas para prevenir la transmisión de la mayor parte de las infecciones que ocurren en los hospitales.

En 1996, el CDC y el Comité Consultivo de las Prácticas del Control de la Infección Hospitalaria (HICPAC), revisaron las pautas previas. En ese momento, las recomendaciones contienen dos tipos de precauciones.

4 Reglamentación de patógenos hematotransmitidos, disponible en docplayer.es/3847714

- Precauciones diseñadas para el cuidado de todos los pacientes hospitalarios, independientemente de su diagnóstico o presunto estado de infección. La puesta en marcha de estas "Precauciones Estándar", supone la estrategia básica para controlar satisfactoriamente las infecciones nosocomiales. Se aplican a todos los fluidos corporales, secreciones y excreciones, excepto el sudor, independientemente de si contienen o no sangre visible, piel no intacta y membranas mucosas.
- Precauciones diseñadas sólo para el cuidado de pacientes específicos. Estas "Precauciones Basadas en la Transmisión" se usan para pacientes en los que se conoce o se sospecha la existencia de colonización o infección con patógenos epidemiológicamente importantes y que pueden ser transmitidos por cualquier vía, siempre deben añadirse a las Precauciones Estándar.

PRECAUCIONES ESTANDAR:

Son un conjunto de técnicas para el manejo de líquidos y fluidos o tejidos de todos los pacientes por parte del personal de salud que se fundamentan en el concepto de que todos deben ser considerados como potencialmente infectantes por el virus de la inmunodeficiencia humana u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre y fluidos corporales. Éstas se aplican a todos los pacientes que reciben una atención hospitalaria, sin importar su diagnóstico o estado presumible de infección.

Lavado de manos. Tiene como objetivo eliminar los microorganismos patógenos de la piel, siendo la medida más sencilla y menos costosa demostrada para la prevención de infecciones nosocomiales.

Uso de barbijo: La técnica de colocación del barbijo es la acción que se realiza para cubrir la nariz y la boca con una mascarilla para disminuir el riesgo de transmitir microorganismos patógenos al aire, proteger al paciente de infecciones por gotas y prevenir las infecciones adquiridas por la vía aérea.

Uso de blusón: Es el procedimiento que se realiza para la colocación de una bata como barrera de protección para evitar la contaminación de superficies limpias con superficies contaminadas y para proteger la ropa que está en contacto con un paciente infectado o proteger a un paciente con inmunosupresión.

Uso de guantes: Se utiliza principalmente para reducir los riesgos de colonización transitoria de gérmenes del personal y de éstos a los pacientes; los guantes deben estar limpios y ser desechables. Éstos se usarán cuando exista la posibilidad de contacto con sangre, fluidos orgánicos, secreciones, membranas mucosas, piel no intacta o después de tener contacto con material contaminado; deberán cambiarse los guantes entre los procedimientos en un mismo paciente y entre un paciente y otro.

Uso de protección ocular: Se utilizará en caso de riesgo de salpicaduras a los ojos; se recomienda para la protección de mucosa conjuntival, durante los procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras de sangre o fluidos corporales.[5]

PRECAUCIONES BASADAS EN LA TRANSMISIÓN

La transmisión de infecciones requiere de tres elementos: una fuente de microorganismos que infecten, un huésped susceptible y un medio de transmisión. Las fuentes humanas de los microorganismos infectantes pueden ser los pacientes, el personal de salud o en ocasiones, los visitantes y objetos inanimados del ambiente que se han contaminado, incluyendo el equipo.

5 Rubio T,García de Jalón J,Sanjuan F,Erdozain M.A, Sainz de Murrieta J.I,Escobar E, suplemento 2

Éstas son precauciones diseñadas sólo para el cuidado de pacientes específicos que se sabe o sospecha que están infectados o colonizados con patógenos importantes epidemiológicamente que pueden ser transmitidos.

Hay tres tipos de precauciones según su transmisión: precauciones por transmisión aérea, precauciones por transmisión por gotas y precauciones por transmisión por contacto. Éstas pueden combinarse en enfermedades que tienen múltiples vías de transmisión. Cuando se utilizan, ya sean solas o en combinación, deben utilizarse además de las precauciones estándar.

Precauciones por transmisión aérea: Se utilizan para pacientes confirmados o con sospecha de infección de microorganismos transmitidos por núcleos de gotas transportadas por el aire ($< 5 \mu\text{m}$), que pueden dispersarse por corrientes de aire a gran distancia y / o permanecer en suspensión largos periodos de tiempo.

Se debe colocar al paciente en una habitación individual que tenga presión aérea negativa en relación con las áreas circundantes y una adecuada salida de aire al exterior o filtrado de alta eficiencia del aire de la habitación. Si esto no es posible, se debe mantener la puerta de la habitación cerrada y al paciente dentro de ella. Cuando no se disponga de un cuarto privado, se debe colocar en un cuarto con otro(s) paciente(s) que tenga(n) infección activa por el mismo microorganismo, pero no con otra infección. Utilizar protección respiratoria con barbijos de alta eficiencia (3M). Limitar el movimiento y transporte del paciente desde su cuarto al exterior; si esto no es posible colocarle también un barbijo.

Precauciones para transmisión por gotas: Deberán instalarse en pacientes con infecciones por microorganismos transmitidos por gotas ($> 5 \mu\text{m}$) y que se generan al estornudar, toser, hablar o durante la realización de los procedimientos. Instalar al paciente en un cuarto privado. Si no hay un cuarto privado se hará en cuarto doble con otro paciente del mismo padecimiento, si no hay riesgo de otra infección. Si lo anterior no es posible, se debe mantener una distancia mínima de un metro entre el paciente infectado y otros pacientes o visitantes, así como usar barbijos cuando se trabaje muy cerca del paciente (menos de un metro). Se debe

limitar el transporte del paciente a lo esencial y en caso de traslado, colocarle barbijo, guantes y blusón. Éstas se usan si hay riesgo de salpicadura de secreciones respiratorias; los artículos contaminados deben ser desinfectados y/o esterilizados.

Precauciones para la transmisión por contacto: Se usarán para pacientes específicos con sospecha o diagnóstico de infección o colonización con microorganismos epidemiológicamente importantes, transmitidos por contacto directo con el paciente (contacto con las manos o de piel-a-piel que ocurre cuando la atención del paciente requiere tocar su piel seca) o contacto indirecto con superficies ambientales o artículos del paciente, así como su ropa de cama.

Deberán usarse guantes al entrar al cuarto (los guantes limpios no estériles son adecuados), cambiarse los guantes durante la actividad con el paciente después de tener contacto con el material infectante que pudiera contener concentraciones elevadas de microorganismos (materia fecal, drenaje de heridas), quitárselos antes de salir del cuarto y lavarse las manos inmediatamente, asegurándose que después de esto no se toque ninguna superficie o artículo potencialmente contaminado para evitar así, el transporte del microorganismo fuera del cuarto hacia otras áreas o pacientes.

Si es inminente el contacto del paciente con la ropa del profesional de salud, se debe colocar una bata limpia no estéril antes de ingresar a la habitación. Asegurarse que su ropa no entre en contacto con las áreas de riesgo después de retirar la bata; depositar la ropa utilizada en una bolsa preparada antes de salir de la habitación y, en la medida de lo posible, el equipo de trabajo rutinario y otros objetos como el estetoscopio, esfigmomanómetro, termómetro y los utensilios de eliminación deben ser para uso exclusivo del paciente.

Es muy importante considerar a todos los pacientes como potencialmente infectantes, pero la utilidad de las precauciones universales se limita a los patógenos transmitidos por sangre. Entonces es cuando se decide realizar una

combinación del aislamiento para sustancias corporales y precauciones universales, resultando las “Precauciones Estándar”, diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos transmitidos por sangre y también por otros patógenos. Este tipo de recomendaciones deberán ser utilizadas en todos los pacientes hospitalizados.[6]

LA CADENA EPIDEMIOLOGICA:

La infección resulta de la interacción entre un agente infeccioso, su proceso de transmisión y un huésped susceptible. Estos elementos interrelacionados constituyen una cadena en la producción de la infección (**CADENA EPIDEMIOLÓGICA DE LA INFECCIÓN**)

Toledo Curbelo en su libro Fundamentos de salud pública I destaca estos elementos en la cadena epidemiológica:

1. El **Agente**: bacteriano, viral, micótico o parasitario. La magnitud de la infección dependerá de las características del agente.
2. **Reservorio y Fuente**: es el lugar donde el organismo mantiene presencia, y se multiplica. La fuente se refiere al lugar desde el cual el agente infeccioso pasa al huésped; esto puede suceder por contacto directo o indirecto, por aire o por un vector. La fuente puede ser: animada o inanimada o móvil (fómites, jabones, desinfectantes, dispositivos, aspiradores, nebulizadores, contenedores de líquidos, endoscopios, alimentos, etc.). El aire y el suelo.
3. **Puerta de salida**: las principales puertas de salida del agente infeccioso son: tracto respiratorio, tracto gastrointestinal, la piel y las heridas
4. **Transmisión** cadena epidemiológica de la infección.[7]

6 Guía de la prevención y control de la infección nosocomial, Ministerio de Sanidad, Madrid-España, 2008, pág. 197.

5. **Puerta de entrada** Las puertas de entrada pueden ser las fisiológicas (por ej. fauces) y las puertas que abrimos en el paciente, al someterlo a maniobras invasivas, por ej. rupturas en nuestros mecanismos de defensa (heridas, quemaduras, cirugías, sondas, catéteres, etc.).
6. **El huésped:** la persona susceptible de adquirir una infección.

Algunas definiciones importantes.

- **Caso o paciente infectado:** paciente con cultivo positivo para los microorganismos que puedan transmitirse en el medio hospitalario, y o diagnóstico clínico de infección.
- **Paciente colonizado:** paciente con cultivo positivo para los microorganismos que puedan transmitirse en el medio hospitalario sin diagnóstico clínico de infección. Es la presencia de un microorganismo sobre la piel o tejidos vivos sin que se produzca una infección local o sistémica.
- **Gérmes Multirresistentes:** microorganismo que manifiesta resistencia a múltiples clases de antibióticos.
- **Brote:** El incremento significativamente elevado de casos en relación a los valores esperados. La aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en una zona hasta entonces libre de ella.[7]

7 Guía de Prevención y control de infección nosocomial, Ministerio de Sanidad de Madrid, 2008, pág. 192

INFECCIONES A LAS QUE SE APLICA MEDIDAS DE AISLAMIENTO EN LOS SERVICIOS DE CLINICA MEDICA “A” Y “B” DEL HOSPITAL EL CARMEN Y TIPO DE MEDIDAS QUE SON APLICADAS.

PRECAUCIONES ESTANDAR O PRECAUCIONES UNIVERSALES



Cartel de advertencia.

Cartel: ROJO

Objetivo:

Mecanismos destinados a prevenir (barreras de protección) la exposición a sangre y a fluidos orgánicos que pueden contener gérmenes potencialmente patógenos. (Ej. HIV, hepatitis B y C etc.).

Introducción:

Las Precauciones Estándar están diseñadas para disminuir el riesgo de Transmisión de patógenos a través de la sangre y de sustancias corporales.

Las **Precauciones Estándar** se aplican con todos los pacientes que sean asistidos en la institución, tenga o no diagnosticado una infección.

ELEMENTOS DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR

1. Higiene de manos.
2. Protección de los elementos cortopunzantes.
 - a. Las agujas usadas no deben doblarse, romperse, desmontarse de la jeringa o re-encapucharse.
 - b. Descartar estos elementos, en forma inmediata después de su uso, en recipientes resistentes, los que deben estar ubicados en lugares de fácil acceso para el personal.
 - c. NO tirarlos en tachos para residuos comunes.
 - d. NO realizar maniobras para aplastar con las manos la bolsa de residuos
3. Guantes: Usarlos ante el contacto con sangre y/o fluidos corporales. También deben ser usados ante contacto con mucosas o piel lesionadas.
4. Ante la posibilidad de salpicaduras de sangre y/o fluidos corporales usar:
 - a. Barbijos hidrorrepelentes,
 - b. protección ocular (antiparras)
 - c. camisolines hidrorrepelentes.
5. Prácticas de Inyección segura:
 - a. Utilizar perfusiones y equipos de administración para un único paciente.
 - b. No administrar medicamentos a varios pacientes con una única jeringa.
 - c. Utilizar viales unidosis para medicaciones parenterales.
 - d. No administrar medicaciones contenidas en viales o ampollas de un único uso a varios pacientes ni combinar restos de contenidos para su uso posterior.
 - e. No utilizar bolsas o botellas de solución intravenosa como fuente común de suministro a múltiples pacientes.

6. Limpieza sin demora de derrames de material infeccioso y manipulación adecuada de residuos.

PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO BASADAS EN EL MECANISMO DE TRANSMISION:

AISLAMIENTO RESPIRATORIO AEREO



Cartel de advertencia.

Cartel: VERDE

Objetivo:

Prevenir o disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades que se adquieren por inhalación de gotitas con un tamaño menor o igual a 5 μ .

Indicaciones:

Atención de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de: Tuberculosis pulmonar bacilífera (TBC) Sarampión, Varicela, Herpes Zoster diseminado (en ésta última implementar junto con Precauciones de contacto).

Medidas

1. Precauciones Estándar.
2. Higiene de manos antes y después de atender al paciente, con jabón antiséptico o higiene de manos: uso de Solución alcohólica
3. Habitación
 - a. habitación individual o cohorte.
 - b. Los filtros de acondicionador de aire se cambiarán o lavarán al alta del paciente.

- c. Ante la falta de acondicionadores de aire individuales o de filtros de alta eficiencia, se recomienda mantener las ventanas abiertas de la habitación, siempre y cuando éstas abran hacia espacios verdes.
- d. puerta de la habitación se mantendrá cerrada.
- e. HIGIENE: según manual de limpieza hospitalaria

4. Personal

a. Uso de BARBIJO alta eficiencia (N°95):

- colocarlo antes de ingresar a la habitación.
- De uso individual.
- Descartados cuando se ensucien o rompan.
- Conservados en bolsas identificadas con nombre de la persona que las usa

b. Guantes y Bata: cuando puede existir contacto con secreciones respiratorias o instrumentos contaminados con secreciones respiratorias.

5. Circulación

- restringir la circulación
- no más de 2 personas a la vez
- individuos con deficiencias inmunológicas (personal y visitas) no deben entrar en la habitación

6. Traslados

- cuando el paciente tenga que salir de la habitación deberá colocarse barbijo quirúrgico.

TRANSMISIÓN POR GOTAS GRANDES: Aislamiento por gotita



Cartel de advertencia

Cartel: AZUL

Objetivo:

Prevenir o disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades que se adquieren por inhalación de gotas con un tamaño mayor a 5μ dentro de la Institución de salud.

Introducción:

Estas Precauciones se aplicarán a la atención de pacientes con diagnóstico presuntivo o confirmado de: Meningitis por *Haemophilus influenzae*, Meningococo, Neumococo, Infecciones por micoplasma, Pertusis, Difteria, Adenovirus, Influenza, Parotiditis (Paperas), Parvovirus B19, Rubeola, Estreptococo grupo A. Sincicial respiratoria.

Medidas:

1. Precauciones estándar.
2. Habitación
 - a. habitación individual o cohorte.
 - b. Los filtros de acondicionador de aire se cambiarán o lavarán al alta del paciente.
 - c. puerta de la habitación se mantendrá cerrada
 - d. HIGIENE: según manual de limpieza hospitalaria
 - e.

3. Personal

a. Uso de BARBIJO tipo quirúrgico:

- colocarlo asistiendo al paciente (a distancias menores o igual a 1 metro).
- De uso individual.
- Descartados cuando se ensucien o rompan.
- Conservados en bolsas identificadas con nombre de la persona que las usa

b. Guantes y Bata: cuando puede existir contacto con secreciones respiratorias o instrumentos contaminados con secreciones respiratorias.

PRECAUCIONES POR CONTACTO: Aislamiento de contacto.



Cartel de advertencia

Cartel: NARANJA

Objetivo:

Prevenir o disminuir el riesgo de la transmisión de gérmenes resistentes epidemiológicamente importantes, por contacto directo o indirecto.

Introducción:

El contacto directo se refiere al contacto piel con piel donde se produce el traspaso mecánico de microorganismos, provenientes de una persona colonizada o infectada hacia otra susceptible. La forma más común es a través de las manos.

El contacto indirecto, por su parte, involucra generalmente objetos inanimados contaminados, que al usarlos con el paciente facilitan el traspaso mecánico de los microorganismos.

Indicaciones:

- 1- Pacientes que ingresan derivados de otra institución (clínica-hospital-geriátrico)
- 2- Pacientes que permanecieron internados (clínica-hospital-geriátrico) dentro de los 30 días previos al ingreso.
- 3- Diagnóstico presuntivo o confirmado de infección o colonización causada por alguno de los siguientes microorganismos:
 - Enterococo Vancomicina Resistente (EVR)
 - S. aureus meticilino Resistente (SAMR)
 - Bacilos Gram (-) BLEE
 - Gérmenes Multirresistentes: resistentes a 3 o mas clases o grupos de ATB
 - Pseudomonas Aeruginosa Multirresistente
 - Acynectobacter
 - C. Difficile
 - Fiebre Hemorrágica
 - Impétigo
 - E.coli 0157
 - Salmonella
 - Shigella
 - Rotavirus
 - Hepatitis A
 - VSR (Virus Sincicial Respiratorio)
 - Parainfluenzae
 - Enterovirus
 - Difteria
 - Herpes simple mucocutáneo
 - Herpes Zoster diseminado (implementar junto con Precauciones Respiratorias)

Medidas.

1. Precauciones Estándar.
2. Higiene de manos antiséptica (jabón antiséptico o alcohol gel) antes y después de asistir al paciente aún cuando se hayan utilizado guantes.
3. Evitar la salida del paciente de la habitación. Si debe salir, se deben mantener todas las precauciones para minimizar el riesgo de contaminación
4. Destinar elementos que sean exclusivos para la atención del paciente. Estos elementos deben ser higienizados y desinfectados antes de ser utilizados con otro paciente.

No es necesario usar vajilla descartable.

5. Personal:

- Guantes
 - Retirar los guantes al final de la práctica evitando tocar con ellos el medio ambiente.
- Bata/camisolín:
 - limpio

6. Habitación

- a. Habitación individual o cohorte.
- b. Higiene y desinfección: según manual de limpieza hospitalaria
 - Atención del paciente y limpieza de habitación al finalizar la atención de los otros pacientes
 - Solución de hipoclorito de sodio y/o amonios cuaternarios. Pisos y todas las superficies incluidas panel de respiradores, bombas y monitores.
 - Al alta. limpiar y desinfectar 3 veces seguidas (frotado triple) la unidad del paciente antes de ingresar a otro paciente

7. Circulación:

- restringir la circulación no más de 2 personas a la vez en la habitación.

8. Traslados:

- Paciente: camisolín y guantes
- Silla o camilla: cubierta con sabana limpia, retirar al terminar su uso, y desinfectar (solución. hipoclorito o amonio)

- Personal de traslado: guantes y camisolín.
9. Equipos y Estudios Complementarios:
- Ocupar los últimos turnos.
 - Desinfectar (solución de hipoclorito o amonio o alcohol).
 - Si el equipo se introduce a la habitación cubrirlo y luego descartar.

AISLAMIENTO POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE



Cartel de advertencia

Cartel: AMARILLO.

Medidas:

1. Habitación individual.
2. Lavado de manos con JABON NEUTRO O CLORHEXIDINA.
3. Vajilla descartable.
4. Descartar todos los residuos en BOLSA ROJA.
5. Descartar elementos antes de salir de la habitación.
6. Circulación restringida.
7. Atención del paciente y limpieza de la habitación al finalizar la atención de los otros pacientes.
8. Limpieza únicamente con solución hipoclorito al 10.

AISLAMIENTO PARA PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS (Neutropenia)



Cartel de advertencia

Cartel: BLANCO

Objetivo:

Prevenir y disminuir los riesgos para la adquisición de infecciones endógenas y/o exógenas en pacientes que presentan una alteración en el sistema inmunológico.

Indicaciones:

1. Pacientes con rotura extensa de la piel como grandes quemados.
2. Pacientes con neutropenia febril (<500 neutrófilos/cc).

Medidas

1. Habitación

- Habitación individual
- Puertas y ventanas siempre cerradas
- La habitación deberá tener la pintura sin solución de continuidad ni evidencias macroscópicas de colonias fúngicas (manchas verdes/negras)
- Higiene y desinfección: según manual de limpieza hospitalaria
 - La atención del paciente y limpieza de habitación debe efectuarse al inicio de las jornadas antes de las demás habitaciones

2. Personal:

- Guardapolvo: quitarlo e ingresar con ropa de calle.
- Ambo: Usar un camisolín limpio sobre el ambo para asistir al paciente en caso de haber estado en contacto con otros pacientes infectados con gérmenes resistentes.

3. Elementos para el control de los signos vitales de uso exclusivo del paciente (tensiómetro, termómetro, estetoscopio).
4. Evitar ingresar a la habitación: libros, carpetas u otros elementos que sean usados en el resto de las habitaciones, peluches, ingreso de diarios, libros u otras revistas.
5. Flores y plantas naturales no deben ser introducidas en la habitación.
6. La habitación deberá tener la pintura sin solución de continuidad ni evidencias macroscópicas de colonias fúngicas (manchas verdes/negras)
7. Traslados:
 - Paciente: camisolín, guantes y barbijo quirúrgico
 - Silla o camilla: cubierta con sabana limpia, retirar al terminar su uso, y desinfectar (solución hipoclorito o amonio)
 - Personal de traslado: guantes y camisolín.[8]

8 Manual de Bioseguridad, Ministerio de Desarrollo Social y Salud, Provincia de Mendoza-Argentina, 2008, pág. 23, 24, 25,26.

INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA LA INVESTIGACIÓN:

HOSPITAL EL CARMEN:

Ubicado en el departamento de Godoy Cruz de la Provincia de Mendoza. Nacido en 1900, el edificio fue testigo de las distintas transformaciones que sufrió la Provincia de Mendoza en más de un siglo.

Un poco de su historia:

Nos remontaremos a sus orígenes, al periodo comprendido entre 1884-1889, durante el cual la Provincia de Mendoza una serie de acontecimientos que conmovieron la salud de la población tanto física como espiritual. En esos cinco años Mendoza tuvo dos epidemias de viruela, cólera asiática y endemia de difteria que segaron sin piedad la vida de 10.752 habitantes. Las zonas más afectadas fueron la Capital y el departamento de Belgrano (hoy Godoy Cruz).

A partir de esos tristes sucesos surgió la idea de asistir a la población para aliviarla de sus penurias espirituales, sanitarias y económicas, formándose un grupo de distinguidas damas de la sociedad junto al capellán Alejo Barraquero. La meta fue primero fundar una Conferencia de la Sociedad San Vicente de Paul, lo que se concretó en 1882 en la hoy iglesia San Vicente Ferrer. La entidad se colocó bajo la advocación de la Virgen del Carmen, los pobladores de Belgrano masivamente apoyaron la compra de ropa y remedios para los más necesitados.

La creación

El 29 de abril de 1893 a iniciativa de la Sra. Maure de Pescara se trata en el Organismo de Bien Público, la necesidad de crear un hospital lo que se logra con la colaboración de Antonio Tomba. En esa época el Departamento de Belgrano estaba habitado en su mayoría por personas de humilde condición. Los pobladores recibían el nombre de 'cotudos'. La construcción del Hospital (el segundo que poseería la provincia) se vió apoyada no sólo por los pobladores del departamento, sino también por donativos de la Municipalidad del Gobierno

Provincial y Nacional y de la Lotería Nacional, era una obra que se levantaba a favor de los indigentes.

La concepción arquitectónica de la época, influenciada por los conceptos higiénicos europeos plantea una estructura con pabellones vinculados entre sí con corredores cubiertos. Esto se debía a que en esos años no existían antibióticos y eran muy frecuentes las infecciones cruzadas entre los pacientes. La estructura edilicia estaba conformada por dos salas grandes de 16 camas cada una; dos salas para pensión; una sala para accidentados; una sala para niños; farmacia; consultorios externos; cocina; despensa; ropería; un cobertizo que albergaba un coche de plaza para las emergencias (ambulancia); capilla (orgullo del nosocomio con un artístico altar con imágenes de Nuestra Señora del Carmen, San José y San Vicente de Paul y una huerta cuyos productos se aprovechaban para elaborar la comida de los enfermos.

El 11 de febrero de 1900 se inaugura el nosocomio, que comenzó atendiendo enfermos crónicos y discapacitados, cuando el paciente provenía de otra zona se le exigía certificado de pobreza. Contaba con un plantel de médicos de primera línea que trabajaban ad – honorem y tenían la colaboración de un pequeño equipo de enfermeros, quienes gozaban de un franco cada quince días viviendo prácticamente en el hospital. La atención espiritual de los enfermos estaba a cargo del Padre Arce más un plantel de religiosas, las hermanas de la Misericordia, traídas directamente desde Roma. El antiguo hospital se caracterizó porque sus pacientes no sólo salían con su salud mejorada, sino que en él se rescataba también el alma.

A partir de 1925 el Hospital se va complejizando e inaugura su sala de operaciones, luego se pondría en marcha el laboratorio y se crea la Sección de Bocio empleándose por primera vez un aparato de Metabolismo Basal, iniciándose en Mendoza los estudios del Bocio, un mal que en otros tiempos constituía un verdadero flagelo para la zona. Aquel Hospital ideado para tratamiento de patologías crónicas pasó a ser un Nosocomio Polivalente.

A pesar de la buena administración y los ingresos tanto de pensionistas como de donativos, las finanzas se vieron quebrantadas obligando a transferir el Hospital primero en alquiler y luego en venta al gobierno de la provincia lo que aconteció en 1950.

El terremoto de 1985 afectó sensiblemente a la Ciudad de Mendoza, en general, y al hospital El Carmen en particular, aunque el epicentro del terremoto fue en el distrito de Barrancas, Maipú, en el Gran Mendoza, el sismo también fue rebautizado como el “terremoto de Villa Hipódromo”, por los daños que produjo en esa zona de Godoy Cruz. Desde esa altura del piedemonte, se extendieron sus efectos, casi en línea recta, hasta la localidad de Jocolí en Mendoza y hasta Media Agua, en San Juan.

Después de una serie de remodelaciones edilicias el hospital hoy cuenta con dos pabellones de internación; Pabellón Antonio Tomba en que se encuentran dos servicios de clínica médica (A y B) y el Pabellón Padre Contreras en que se encuentran un servicio de clínica médica (D) y un servicio de cirugía; además de los servicios de unidad coronaria y terapia intensiva, así como también sus respectivos servicio de guardia, quirófano, laboratorio, diagnóstico por imágenes y consultorios externos.[9]

9 Archivo.losandes.com.ar/notas/2006/9/30/cultura-209033.asp

CARACTERISTICAS DE LOS ENFERMEROS OBJETO DE ESTUDIO:

Nuestra investigación empieza puntualmente con la observación del desempeño de los enfermeros de los servicios de clínica A y B, en la que destacamos que estos servicios están conformados por 33 enfermeros incluidos los jefes y encargados de servicio, en su mayoría conformados por el género femenino y pertenecientes al grupo etario de adultos jóvenes, con una diversidad tanto en su formación académica, como con los títulos académicos, los servicios cuentan con enfermeros profesionales, enfermeros universitarios, licenciados, de los cuales una mínima parte se encuentra en formación universitaria esmerándose para obtener un título de grado, así como también una variabilidad en el tiempo que tienen en el ejercicio de la profesión.

Clínica Médica A y B: Dos servicios que se ubican en el Pabellón Antonio Tomba, cada uno cuenta con 20 camas para internación, además de un jefe por servicio, actualmente cada uno de estos servicios cuenta con 16 enfermeros operativos.

RESPONSABILIDAD DEL EQUIPO DE ENFERMERIA EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO.

Para profundizar el desarrollo de esta investigación, hemos acudido al Departamento de Infectología del Hospital El Carmen, realizando una breve entrevista a sus integrantes, en la que sintetizamos en 10 preguntas (Ver anexo I) y cuyas respuestas se analizan en las conclusiones.

ROL DE ENFERMERIA

Las infecciones nosocomiales representan una grave problemática en la asistencia y cuidado de pacientes, porque no solo aumentaría la gravedad del paciente sino que también se prolongaría su estancia en el hospital y no solo eso, sino que también aumentaría el trabajo de enfermería y el consumo de recursos, y por ende mayor costo asistencial.

La principal actividad preventiva se debe concentrar en el hospital, la prevención del riesgo para los pacientes y para el personal de salud es una preocupación constante, para ello es necesario elaborar planes de trabajo a determinados tiempos para posteriormente ser evaluados y así promover una buena atención de salud, desde el aislamiento apropiado, técnicas apropiadas, capacitación para el personal y por ende la vigilancia epidemiológica.

Los enfermeros debemos tener en cuenta que existe riesgo de transmisión incluso antes de tener un diagnóstico de certeza, las Precauciones Estándar deben aplicarse a todos los pacientes, y que las medidas de aislamiento fueron establecidas para crear barreras entre las personas (personal sanitario y pacientes) y los agentes infecciosos, reconocer que el objetivo principal de las estas medidas es la prevención de la transmisión de microorganismos entre pacientes y entre personal y pacientes, cortando la vía de transmisión.

El estricto cumplimiento de las medidas de aislamiento ayudan a prevenir infecciones cruzadas y por consiguiente evitar la aparición de complicaciones, por lo tanto los enfermeros debemos cumplir y vigilar que estas medidas se lleven a cabo, desde informar al paciente y familiares que acompañan al paciente sobre los riesgos y consecuencias que ocasionarían si no se cumple con las medidas de aislamiento.

No debemos esperar una vigilancia permanente por parte del Departamento de Infectología, sino ser responsables y conscientes de las consecuencias que genera atender un paciente aislado, desde mayor asistencia por parte del personal de enfermería hasta los gastos elevados que le genera a la institución, también debemos optar por capacitarnos continuamente.

El comité de control de infecciones, es un foro para insumos y cooperación multidisciplinaria e intercambio de información, estos comités representan una amplia y variada lista de programas, proyectos, capacitaciones y elaboración de manuales de atención en los centros hospitalarios.

El cumplimiento de técnicas y en especial de las medidas de aislamiento es mayormente responsabilidad del personal de enfermería, por eso debemos conocer dichas medidas, para evitar la manifestación y propagación de infecciones , y también mantener prácticas apropiadas para todos los pacientes durante su estadía en el hospital..

Tanto el supervisor como el jefe de enfermería del servicio tiene responsabilidades en cuanto a estas medidas, desde la participación, promoción, creación y vigilancia hasta el mantenimiento de dichas medidas, identificación de riesgos, o formulación de políticas, sin descuidar la estricta vigilancia y cumplimiento de estas.

Capítulo II

DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de naturaleza descriptiva, cuantitativa, de corte transversal debido que en un primer momento se ha descrito y caracterizado la dinámica de cada una de las variables de estudio. Seguidamente se ha medido el grado de relación de las variables nivel de conocimiento de medidas de aislamiento, sexo, edad, años de ejercicio de la profesión.

Descriptiva porque nos permitirá establecer características demográficas de la unidad investigada: enfermeros de clínica médica Ay B del Hospital El Carmen, así como también nos permitirá descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de estudio.

Cuantitativa porque busca cuantificar los datos en los que generalmente se aplica análisis estadístico, para luego determinar si tienen o no relación.

Al mismo tiempo es transversal porque involucra a un grupo de personas, recopila datos y estudia las variables simultáneamente en un tiempo definido.

DISEÑO

El diseño de la investigación es de tipo no experimental: correlacional-transversal ya que no se manipuló ni se sometió a pruebas las variables de estudio.

Es no experimental porque hemos observado los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

Es correlacional porque se pretende visualizar cómo se relacionan o vinculan diversos fenómenos entre sí, o si por el contrario no existe relación entre ellos. Para saber cómo se puede comportar una variable conociendo el comportamiento de otra variable relacionada.

Es transversal ya que la recolección de datos se hizo en un solo corte en el tiempo

AREA DE ESTUDIO

Servicios de Clínica Medica A y B del Hospital El Carmen del Departamento de Godoy Cruz de la Provincia de Mendoza

POBLACION O UNIVERSO

La población está constituida por 33(100%) enfermeros del servicio de Clínica Médica, durante el segundo semestre del año 2015

UNIDAD DE ANALISIS

Enfermeros de los servicios de clínica medica

VARIABLE

Nivel de conocimiento.

VARIABLES SECUNDARIAS

Edad, género, título académico, años de ejercicio, capacitación.

METODO DE INVESTIGACIÓN

El método empleado en nuestro estudio fue inductivo-deductivo, con un tratamiento de los datos y un enfoque cuantitativo.

La inducción consiste en iniciar por la observación de fenómenos particulares con el propósito de llegar a conclusiones y premisas generales. La deducción, en ir de lo general a lo particular; se inicia con la observación de fenómenos generales con el propósito de señalar las verdades particulares.

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

-Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada fue un cuestionario que permitió recopilar la información de los enfermeros en estudio.

-Instrumentos de recolección de datos

Se elaboró un cuestionario de preguntas cerradas con tres o cuatro posibles respuestas de las cuales sólo una será la correcta, constará de 21 preguntas clasificadas en: 9 para saber el perfil del profesional ,11 sobre medidas de los diferentes tipos de aislamiento y 1 pregunta abierta.

Cada pregunta a partir de la n°10 hasta la n°20 tiene el valor de 1 punto cada una, lo cual permitió establecer un nivel de conocimiento de alto cuando obtuvo de 9 a 11 puntos, bueno de 7 a 9 puntos, regular de 5 a 7 puntos y malo de 0 a 2 puntos.

En el encabezado del cuestionario se redactó un mensaje informando la finalidad del estudio.

TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

En la creación del cuestionario hemos utilizado ámbitos que otros estudios habían desarrollado pero en ningún caso hemos encontrado cuestionarios validados para la ocasión , es por eso que nos pusimos en contacto con los enfermeros que conforman el Departamento de Infectología del hospital, para informarnos a través de una breve entrevista personal que percepción tienen ellos respecto al cumplimiento de las medidas de aislamiento ,la sugerencia de preguntas a realizar ;además el cuestionario se ha sido diseñado en función de los protocolos y procedimientos para la prevención de infecciones del Hospital El Carmen.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis estadístico se utilizará el programa Excel, los datos serán tabulados y presentados en tablas y gráficos de distribución de frecuencias, se presentaran tablas de simple y doble entrada acompañadas de su gráfico correspondiente y también la tabla matriz de datos.

Capítulo III

RESULTADOS

CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

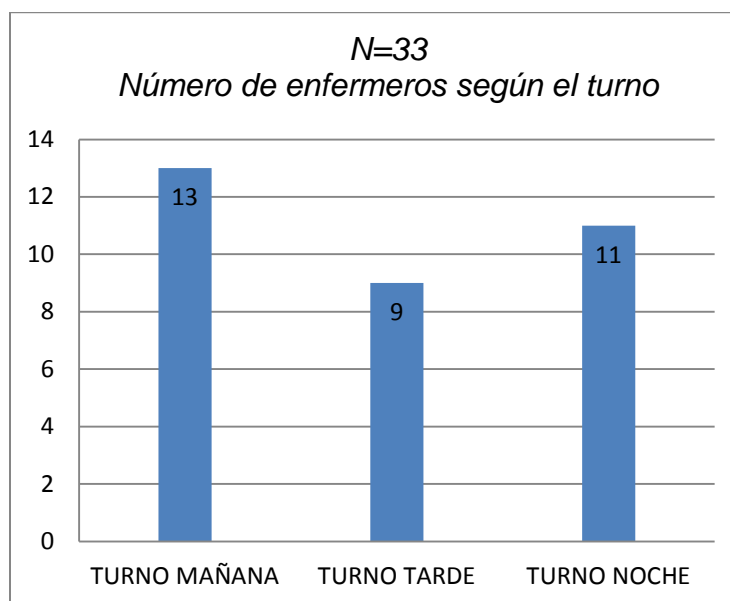
TABLA N° 1:

Número de enfermeros según el turno en el que se desempeñan en el servicio de Clínica Médica A y B del Hospital el Carmen –Mendoza, durante el segundo semestre del año 2015.

TURNO	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R. %
Turno Mañana	13	40%
Turno Tarde	9	30%
Turno Noche	11	30%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 1:



COMENTARIO: según los estudios realizados se puede observar que de los enfermeros encuestados el 40% trabaja en el turno mañana, el 30% en el turno tarde y el otro 30% en el turno noche, éstos datos incluyen a jefes y encargados, revelando que la mayoría de los enfermeros está en el turno mañana, por lo que el puntaje obtenido en la evaluación sea cual sea el resultado, puede predominar en el turno mañana.

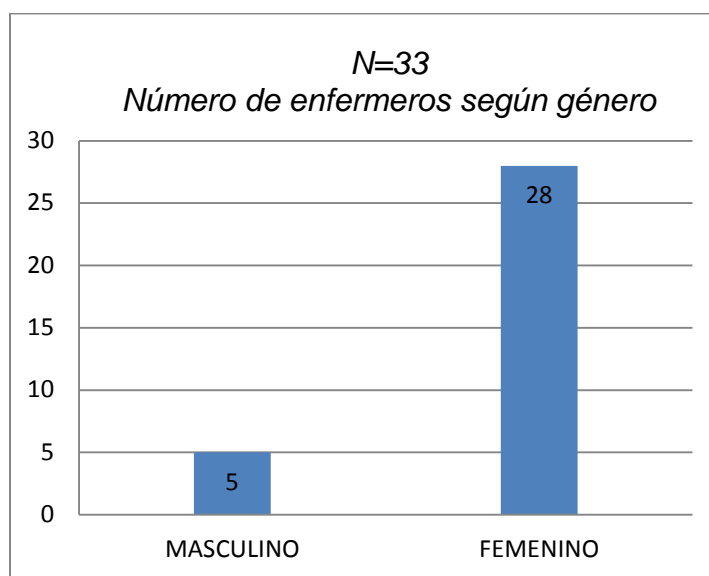
TABLA N° 2:

Numero de enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza según género, durante el segundo semestre del 2015.

GÉNERO	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Masculino	5	20%
Femenino	28	80%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2°semestre 2015.

GRÁFICO N° 2:



COMENTARIO: el 80% de los enfermeros que trabajan en dichos servicios son mujeres y el 20% son varones, y esto implica que en el resultado de la evaluación de conocimientos predomine el género femenino.

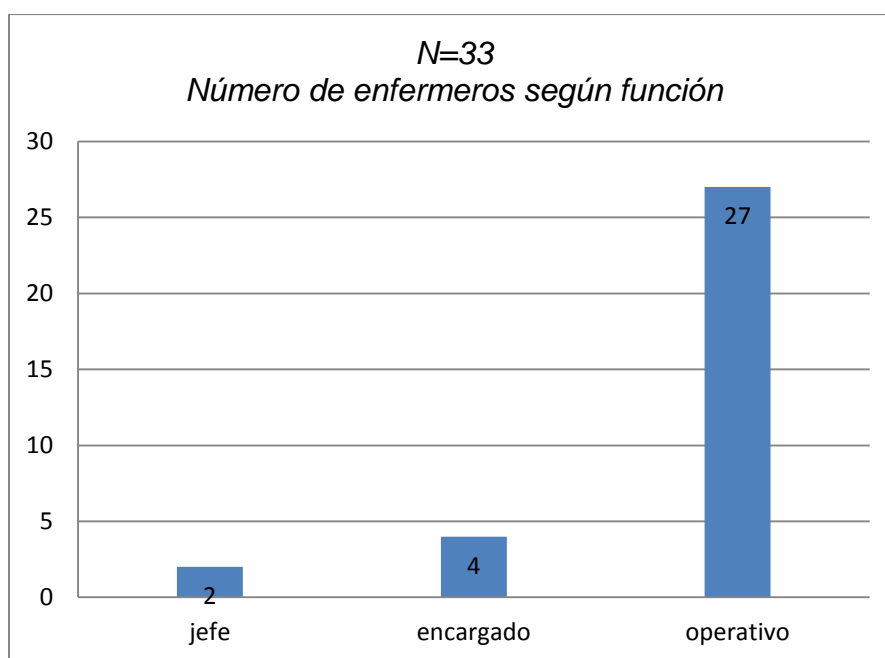
TABLA N° 3:

Número de enfermeros según función que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, según función que realizan, durante el segundo semestre del 2015.

FUNCIÓN	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Jefe	2	10%
Encargado	4	10%
Operativo	27	80%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 3:



COMENTARIO: según la observación, revelamos que el 80% de enfermeros son operativos y el 20% está conformado por jefes y encargados.

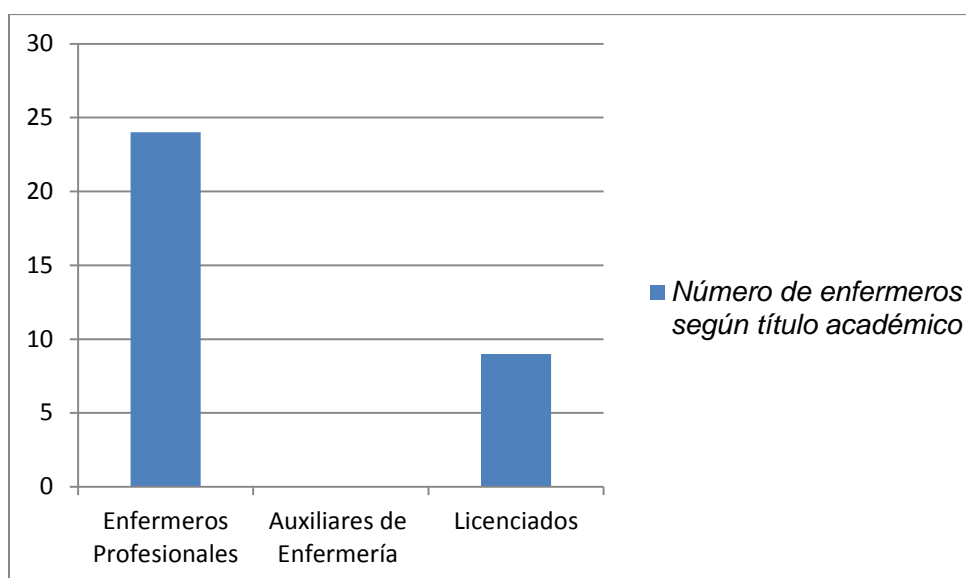
TABLA N° 4

Clasificación de profesionales enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, según título académico, durante el segundo semestre de 2015.

TÍTULO ACADÉMICO	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Enfermeros Profesionales	24	70%
Auxiliares de Enfermería	0	0%
Licenciados en Enfermería	9	30%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 4:



COMENTARIO: en la observación vemos que el 70% de los enfermeros son Enfermeros Profesionales y el 30% Licenciados en Enfermería, destacando la inexistencia de auxiliares de enfermería.

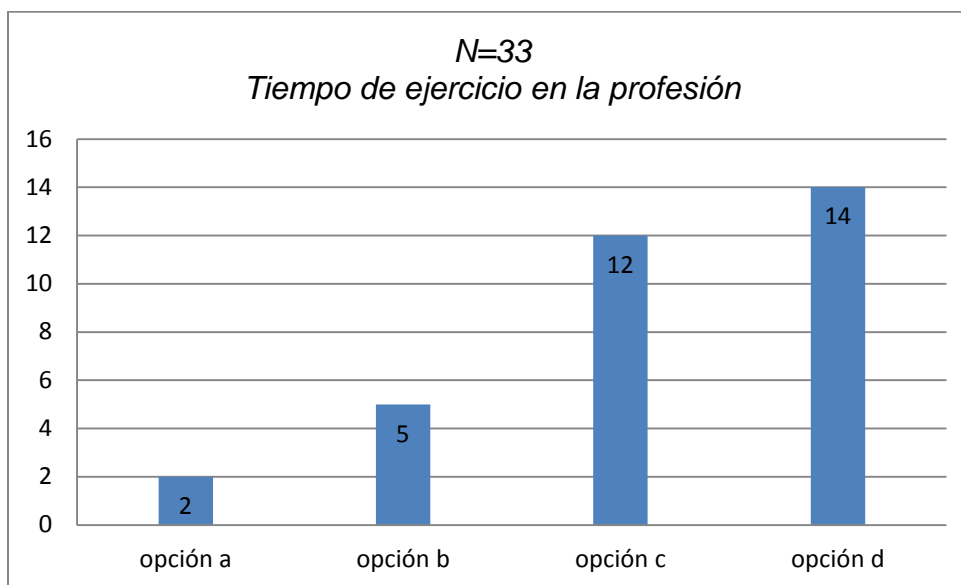
TABLA N° 5:

Tiempo de ejercicio en la profesión de los enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015.

TIEMPO DE EJERCICIO	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Opción a: Menos de un año	2	5%
Opción b: Más de un año	5	15%
Opción c. Más de cinco años	12	40%
Opción d: Más de diez años	14	40%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 5:



COMENTARIO: según los datos obtenidos, la mayoría (80%) tiene más de 5 años de ejercicio profesional, mientras que el 20 % entre 1 y 4 años.

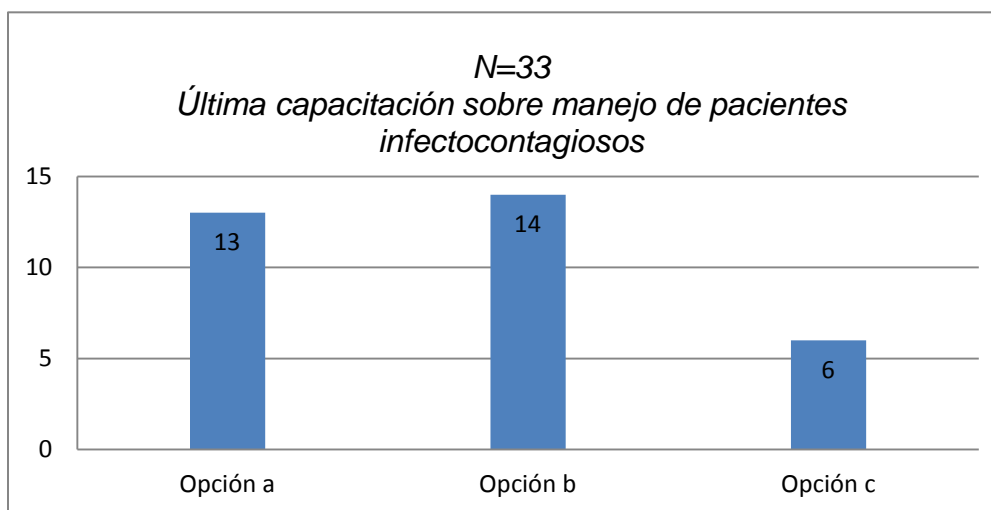
TABLA N° 6:

Última capacitación a la que asistieron los enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015 sobre manejo de pacientes con enfermedades infectocontagiosas.

Última capacitación a la que asistieron	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Opción a: Hace 6 meses	13	40%
Opción b: Hace más de un año	14	40%
Opción c: Hace más de dos años	6	20%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 6:



COMENTARIO: el estudio demuestra que el 40% de los enfermeros no se capacita hace 6 meses, otro 40% hace más de un año y el 20 % no se capacita hace más de dos años.

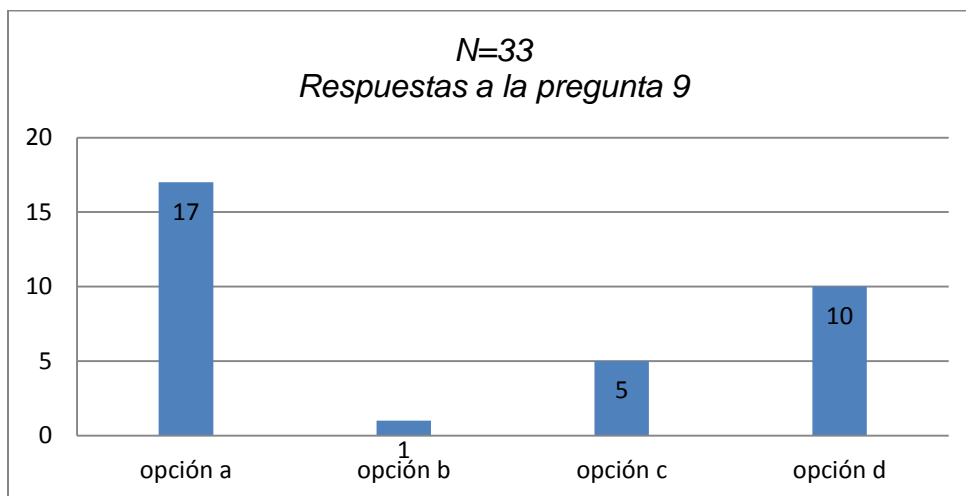
TABLA N° 7:

Respuesta brindada en la pregunta 9(¿Has tomado lectura de las normas formales escritas sobre medidas de aislamiento?) por los enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015.

RESPUESTA	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Opción a. Si	17	52%
Opción b: No	1	3%
Opción c: Solo verbalmente	5	15%
Opción d. No se encuentran disponibles	10	30%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 7:



COMENTARIO: según el estudio realizado nos revela que la mayoría de los enfermeros (52%) ha leído las normas formales de aislamiento, un 30% indicó que no se encuentran disponibles en su servicio, 15 % solo las conoce porque se las han transmitido verbalmente y un 3 %(1 enfermero) refirió que no las ha leído.

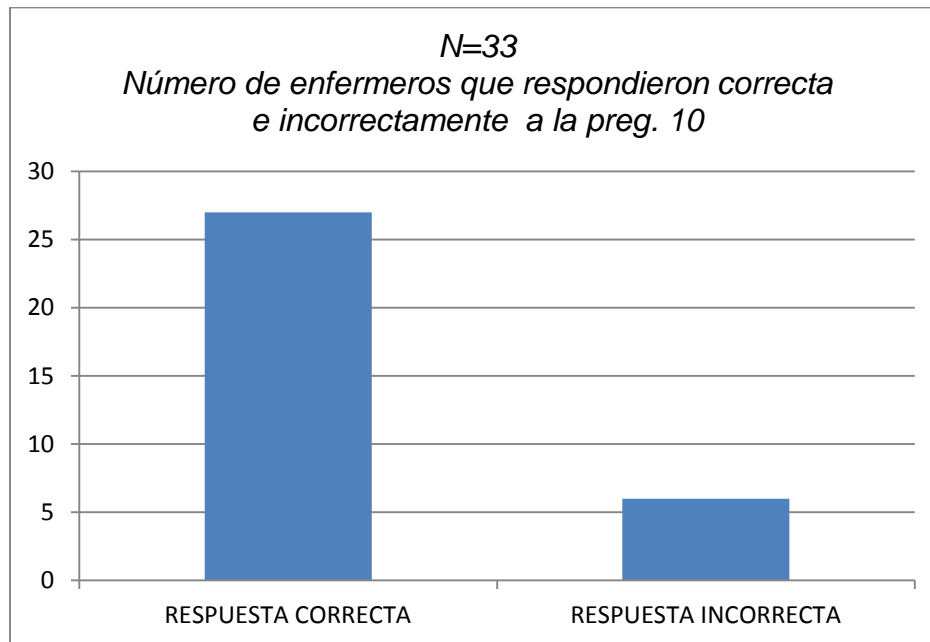
TABLA N° 8:

Numero de enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015 que respondieron correcta e incorrectamente a la pregunta 10(¿Qué proceso infeccioso requiere aislamiento respiratorio?)

RESPUESTA	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Respuesta correcta	27	82%
Respuesta incorrecta	6	18%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 8:



COMENTARIO: el estudio demuestra que la mayoría (82%) respondieron correctamente.

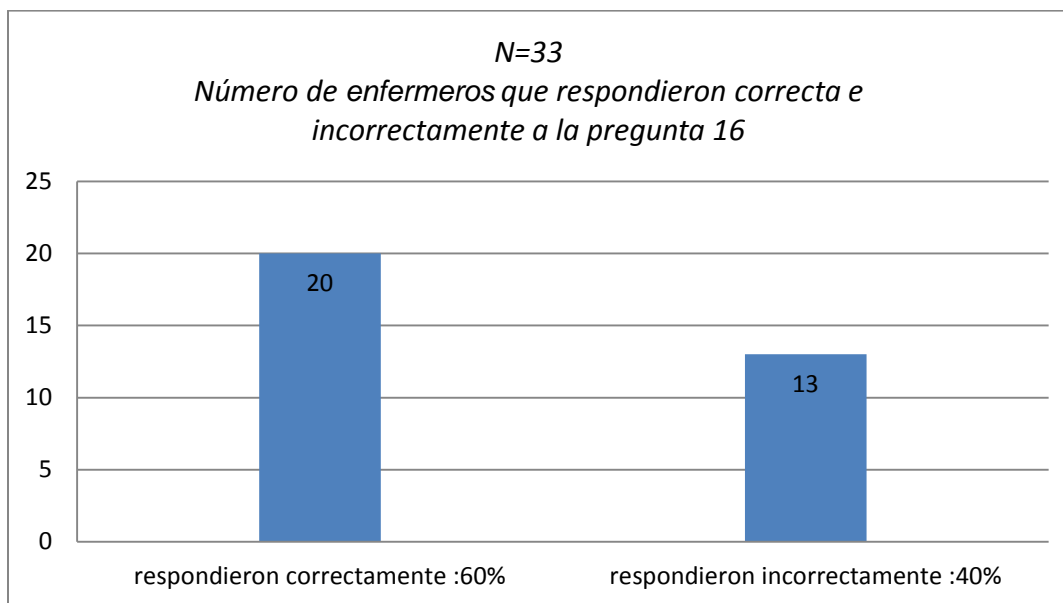
TABLA N° 9:

Número de enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015 respondieron correctamente e incorrectamente a la pregunta 16 (señalar correctamente el orden de colocación de las prendas de aislamiento)

RESPUESTA	NÚMEROS DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Respuesta correcta	20	60%
Respuesta incorrecta	13	40%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 9:



COMENTARIO: Según los datos obtenidos muestran que el 60% sabe el orden de colocación de las prendas de aislamiento mientras que el 40% no lo sabe.

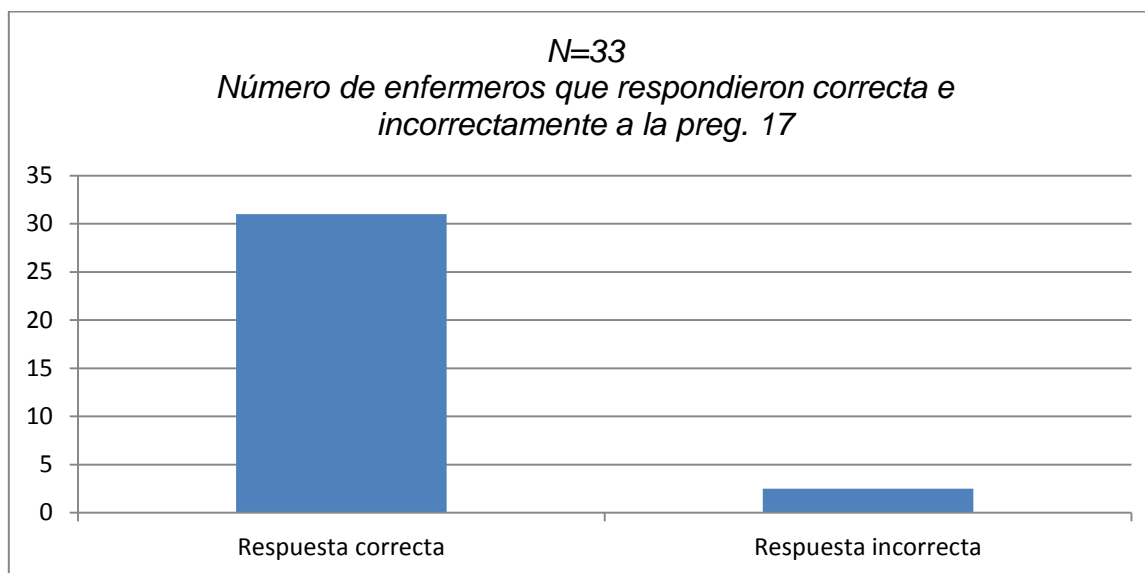
TABLA N° 10:

Numero de enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015 respondieron correcta e incorrectamente a la pregunta 17(dentro de las medidas de prevención de infecciones hospitalarias ¿Cuál es la medida de mayor eficacia probada?)

RESPUESTA	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Respuesta correcta	31	90%
Respuesta incorrecta	2	10%
Total		100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 10:



COMENTARIO: los datos revelan que la mayoría (90%) respondió correctamente pero hubo un 10% que respondió incorrectamente.

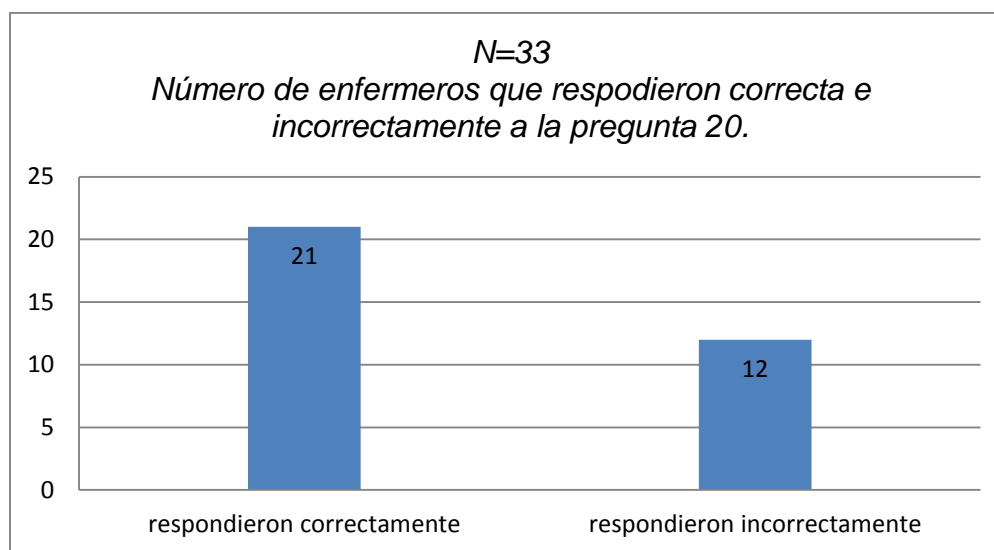
TABLA N° 11:

Número de enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015 que respondieron correcta e incorrectamente a la pregunta 20¿qué es neutropenia?

RESPUESTA	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Respuesta correcta	21	64%
Respuesta incorrecta	12	36%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2°semestre 2015.

GRÁFICO N°11:



COMENTARIO: los datos muestran que 64% de los enfermeros conocen el concepto de Neutropenia, pero aún existe un 34% que desconoce el concepto.

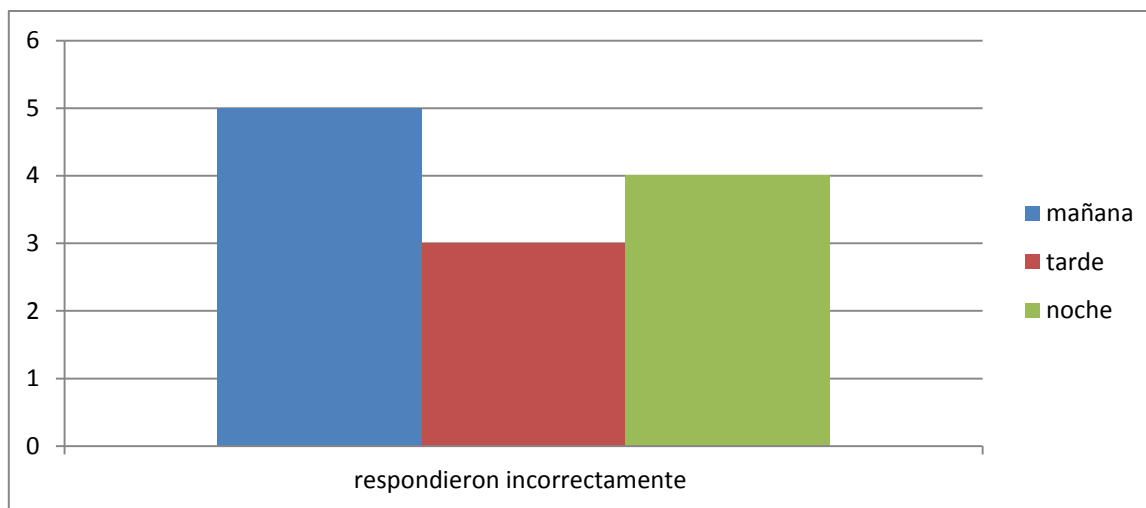
TABLA N° 12:

Turno en el que se desempeñan los enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015 que respondieron incorrectamente a la pregunta N° 20 (¿Que es Neutropenia?)

TURNO	MAÑANA	TARDE	NOCHE	TOTAL
RESPUESTA				
Respondieron incorrectamente	5	3	4	12

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 12:



COMENTARIO: se observa que mayor parte de los enfermeros que respondieron mal están en el turno mañana, lo secunda el turno noche y por último el turno tarde.

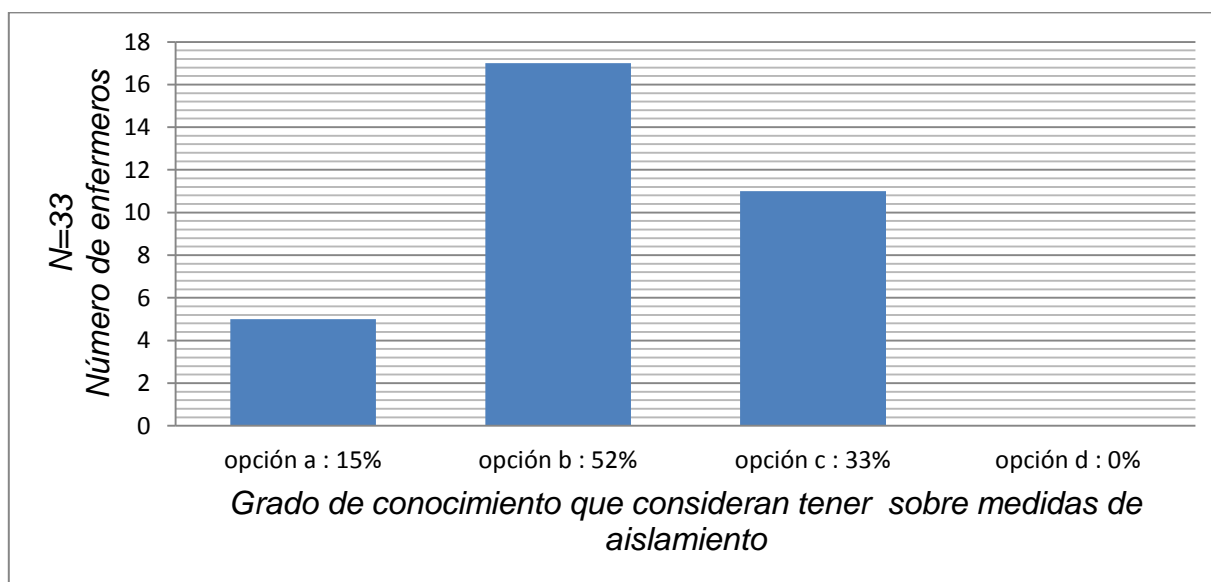
TABLA N°13:

Grado de conocimiento que consideran tener los enfermeros de los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza sobre medidas de aislamiento.

RESPUESTA	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
Opción a: Muy bueno	5	15%
Opción b: Bueno	17	52%
Opción c : Regular	11	33%
Opción d: Malo	0	0%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 13:



COMENTARIO: los resultados aportan que 52% de los enfermeros en estudio considera tener un grado de conocimiento Bueno sobre medidas de aislamiento, el 33% Regular y 15% Muy Bueno.

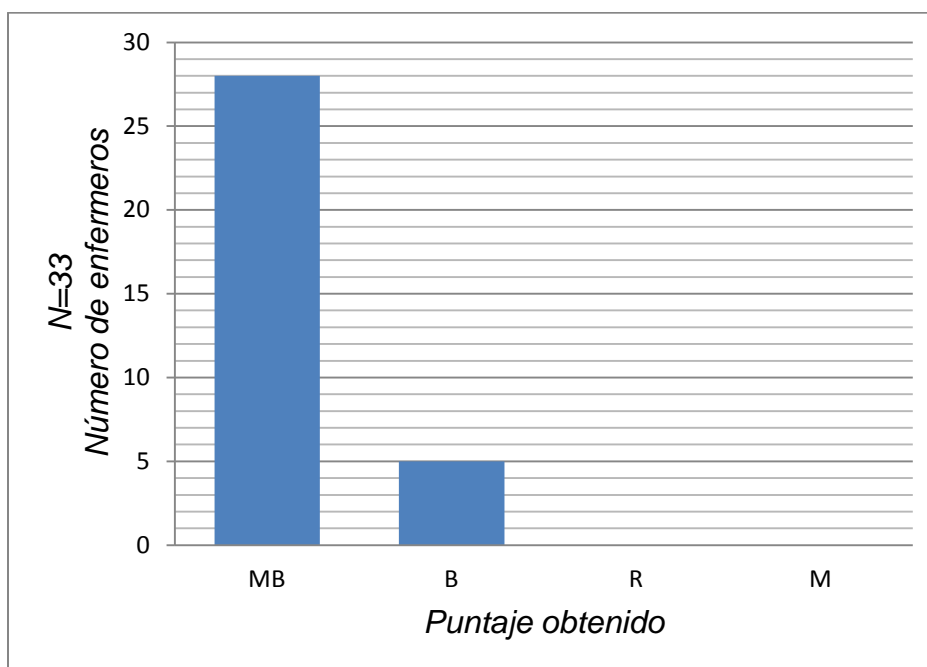
TABLA N°14:

Calificación obtenida en las preguntas de conocimiento realizada a los enfermeros de los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza sobre medidas de aislamiento.

CALIFICACIÓN	NÚMERO DE ENFERMEROS	
	F.A.	F.R.%
MB-muy bueno (9-11)	28	85%
B-bueno (6-8)	5	15%
R-regular (3-5)	0	0%
M-malo (0-2)	0	0%
Total	33	100%

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 14:



COMENTARIO. Los datos muestran que el 100% de los enfermeros demostró tener conocimientos sobre medidas de aislamiento, de los cuales el 85% obtuvieron como puntaje Muy Bueno (MB) y el 15% restante obtuvo Bueno.

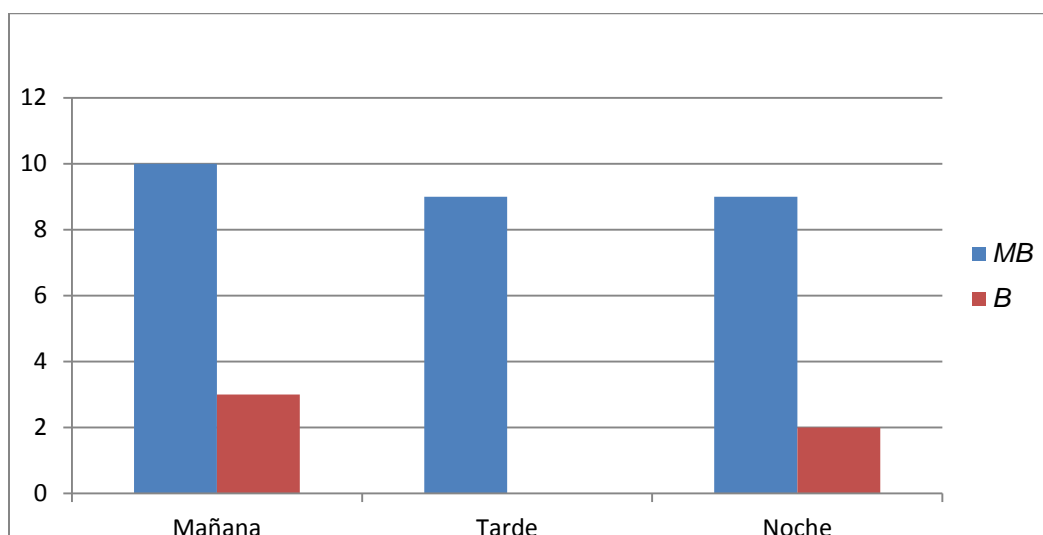
TABLA N°15:

Puntaje obtenido según turno de los enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015.

PUNTAJE TURNO	MB Muy bueno	B bueno	TOTAL
Mañana	10	3	13
Tarde	9	0	9
Noche	9	2	11
Total	28	5	33

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 15:



COMENTARIO: se destaca el óptimo resultado obtenido en el turno tarde, ya que en su totalidad obtuvieron MB.

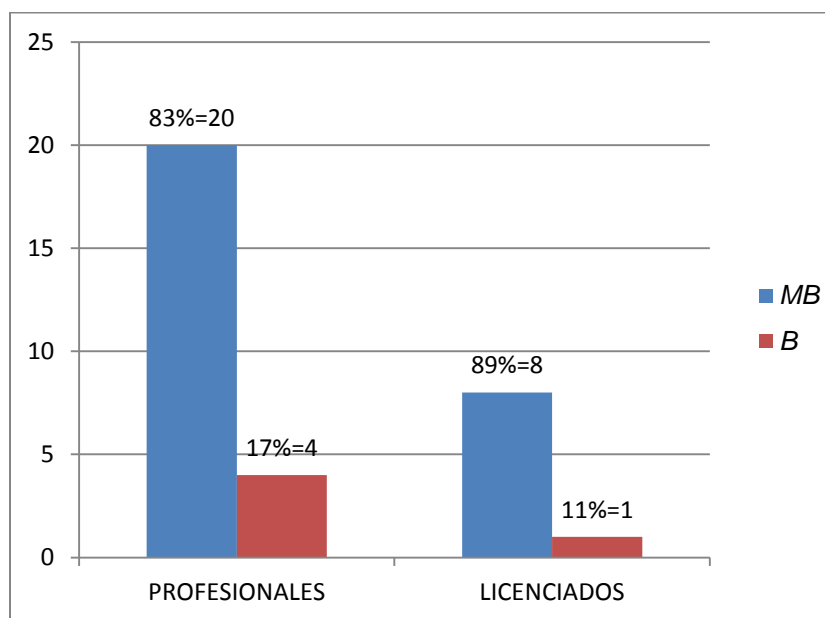
TABLA N° 16:

Puntaje obtenido según título académico de los enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015.

PUNTAJE TURNO	MB Muy bueno	B bueno	TOTAL
Profesionales	20	4	24
Licenciados	8	1	9
Total	28	5	33

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 16:



COMENTARIO: Los resultados muestran que el 83% de enfermeros profesionales obtuvo un puntaje de MB y el 17% restante un puntaje de B, mientras que de los licenciados en enfermería el 89% obtuvo MB y el 11% restante obtuvo B.

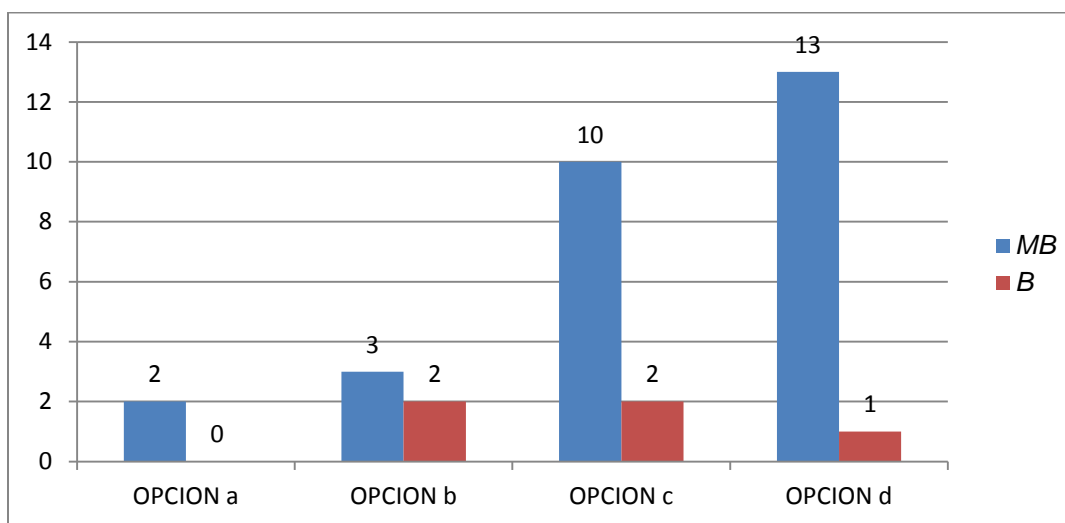
TABLA N° 17:

Relación entre el puntaje obtenido y el tiempo de ejercicio en la profesión de los enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015.

PUNTAJE TIEMPO EJERCIENDO	MB Muy bueno	B bueno	TOTAL
a.-menos de un año	2	0	2
b.-más de dos años	3	2	5
c.-más de 5 años	10	2	12
d.-más de 10 años	13	1	14
TOTAL	28	5	33

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 17:



COMENTARIO: Los resultados demuestran que del personal que lleva ejerciendo la profesión menos de un año (opción a), el 100% de éste grupo obtuvo un puntaje de MB.

TABLA N°18:

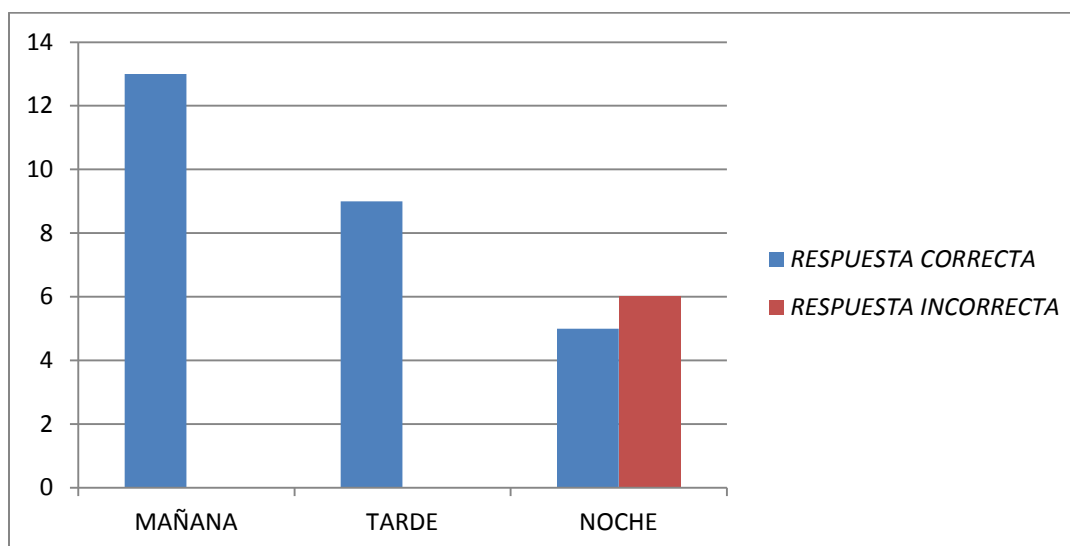
Numero de enfermeros que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015, que respondieron correcta e incorrectamente a la pregunta 10 y el turno en el que se desempeñan

RESPUESTA TURNO	RESPUESTA CORRECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
Mañana	13	0	13
Tarde	9	0	9
Noche	5	6	11
TOTAL	27	6	33

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 18:

N=33



COMENTARIO: Los resultados demuestran que los que respondieron incorrectamente a la pregunta 10 pertenecen al turno noche.

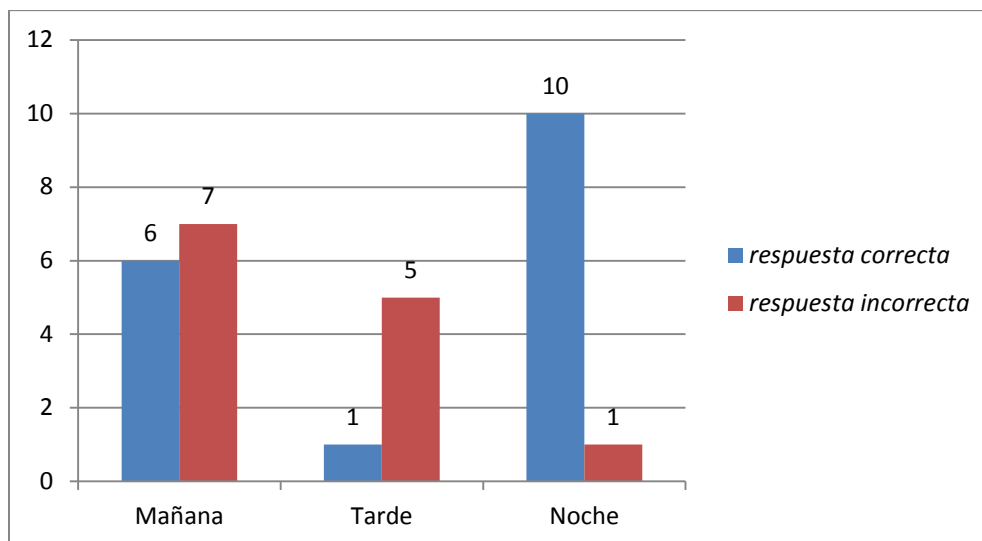
TABLA N°19:

Numero de enfermeros que respondieron correcta e incorrectamente a la pregunta 16 que trabajan en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015 y el turno en el que se desempeñan.

RESPUESTA TURNO	RESPUESTA CORRECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
Mañana	6	7	13
Tarde	4	5	9
Noche	10	1	11
Total	20	13	33

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 19:



COMENTARIO: Los estudios demuestran que de los enfermeros del turno mañana el 46% respondió de manera correcta y el 54% incorrectamente, de los enfermeros del turno tarde el 44% de ellos respondió de manera correcta y el 56 % restante de manera incorrecta y de los enfermeros del turno noche el 91% respondió de manera correcta y el 9% incorrectamente, destacando así un mejor desempeño del turno noche en la pregunta n°16.

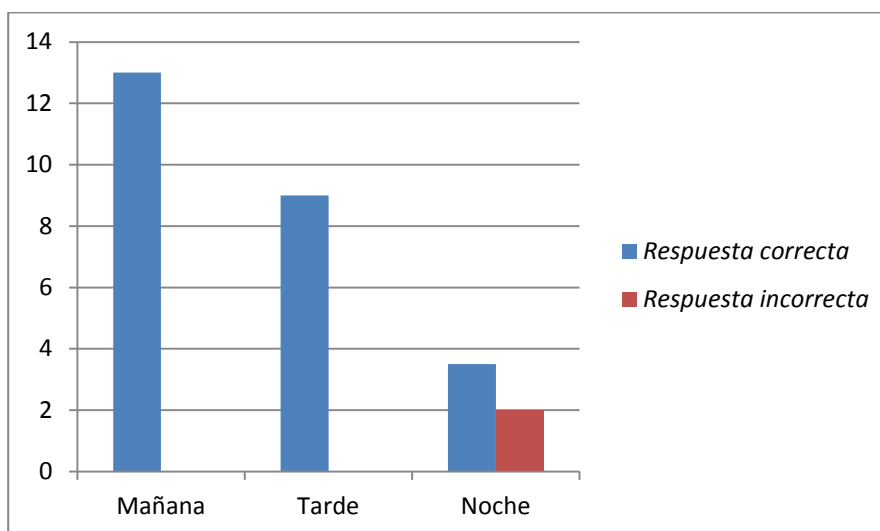
TABLA N° 20:

Respuesta a la pregunta 17 y el turno en que se desempeñan los enfermeros de los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015

RESPUESTA TURNO	RESPUESTA CORRECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
Mañana	13	0	13
Tarde	9	0	9
Noche	9	2	11
Total	31	2	33

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N° 20:



COMENTARIO: el resultado del estudio demuestra que los que respondieron incorrectamente a la pregunta 17 se encuentran desempeñándose en el turno noche.

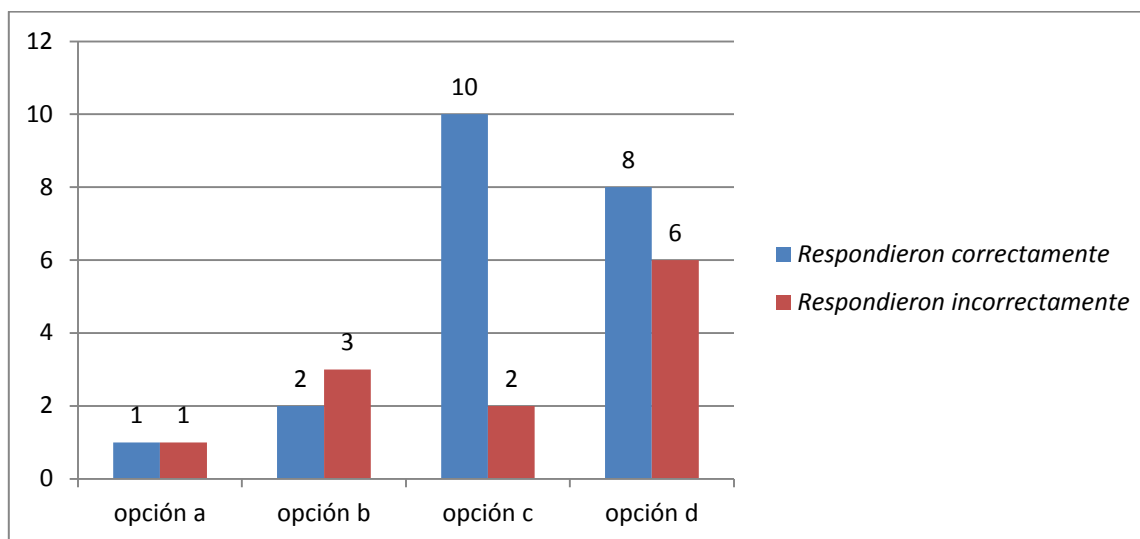
TABLA N° 21:

Respuesta a la pregunta 20 y su relación con los años de ejercicio de los enfermeros en los servicios de Clínica Médica A y B del Hospital El Carmen-Mendoza, durante el segundo semestre del 2015.

TIEMPO EJERCIENDO LA PROFESIÓN \ RESPUESTA	RESPUESTA CORRECTA	RESPUESTA INCORRECTA	TOTAL
a.-Menos de un año	1	1	2
b.-Más de un año	2	3	5
c.-Más de 5 años	10	2	12
d.-Más de 10 años	8	6	14
Total	21	12	33

Fuente: elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizada a enfermeros en estudio. Mendoza, 2° semestre 2015.

GRÁFICO N°21:



COMENTARIO: Según los resultados podemos comprobar que el grupo que mejor desempeño obtuvo en la pregunta n°20 fue el grupo que pertenece a la opción c, ya que el 83% de éste grupo respondió correctamente, mientras que los que pertenecen a la opción d, el 57% respondió correctamente y el 43% incorrectamente

CONCLUSIONES

1.-La mayoría de profesionales de enfermería que se desempeña en los servicios de clínica médica "A" Y "B" del Hospital El Carmen fueron de sexo femenino, un 75% de ellas llevan más de 5 años ejerciendo la profesión y menos de la mitad recibieron capacitación en el 2014.

2.-El nivel de conocimiento sobre medidas de aislamiento de la mayoría de los enfermeros fue Muy Bueno.

3.-El nivel de conocimiento según preguntas del cuestionario fue alto en las preguntas 11, 12, 13,14, 15 ,18 y 19.

4.-Los resultados también aportaron que los que respondieron incorrectamente a la pregunta N° 10, relacionaron erróneamente el aislamiento respiratorio para pacientes con HIV, en su totalidad son enfermeros del turno noche, la mayor parte lleva ejerciendo la profesión más de 10 años, y hace más de un año que no han recibido capacitación, y destacando a un enfermero encargado dentro de éste grupo.

5.-Sin embargo hubo una marcada diferencia en la pregunta 16: orden correcto de colocación de las prendas de aislamiento, solo el 60% respondió correctamente, y que del 40% que respondió incorrectamente la mitad no ha recibido capacitación hace más de un año.

6.-Así como también existió una pequeña diferencia en la pregunta 17 ¿Cuál es la medida de mayor eficacia probada?, porque se esperaba que en su totalidad respondieron correctamente pero hubo un 10% que respondió de manera errónea y se desempeñan en el turno noche.

7.- En la pregunta 20 referida a que es neutropenia el 36% respondió incorrectamente, de los cuales la mitad lleva más de 10 años ejerciendo la profesión pertenecen al turno noche.

8.- La mayoría de los enfermeros en la pregunta 21 considera tener muy buenos conocimientos sobre medidas de aislamiento.

Cabe destacar que a pesar de que los resultados obtenidos en el cuestionario donde se evaluó el conocimiento, demuestran aún falencias en temas muy puntuales, las coincidencias con el Departamento de Infectología del Hospital El Carmen son las mismas que observamos al iniciar ésta investigación , las mismas que dieron origen al planteamiento del problema, la del constante incumplimiento de las medidas de aislamiento, motivo por el cual hizo suponer que existía un déficit de conocimientos sobre el tema por parte de los enfermeros, sin embargo los puntajes obtenidos muestran lo contrario.

Para los integrantes del mencionado departamento es una prioridad generar conciencia en los enfermeros, así como también actitudes de responsabilidad en el cumplimiento de las medidas de aislamiento y en la asistencia a los cursos, charlas o talleres de capacitación.

DISCUSIÓN

La OMS documenta que las infecciones nosocomiales son una importante causa de morbilidad y mortalidad, por este motivo es necesario desarrollar acciones orientadas a promover adecuados conocimientos y actitudes en el personal de enfermería con el fin de brindar una atención integral a los pacientes

En esta tesis se conoció el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre medidas de aislamiento que aplican durante la atención de pacientes en los servicios de clínica médica “A” y “B” del Hospital El Carmen.

Se identificaron a los enfermeros que poseían un menor conocimiento sobre medidas de aislamiento y sus principales características

De los resultados obtenidos podemos concluir que no se confirma nuestra hipótesis planteada en ésta investigación, ya que el nivel de conocimientos sobre medidas de aislamiento fue muy bueno.

Pero debemos mencionar que empezamos ésta investigación desde la observación, en donde se observó claramente el incumplimiento de las medidas de aislamiento, comportamiento también observado a diario por el personal que conforma el Departamento de Infectología del Hospital El Carmen, siendo así que relacionamos esas conductas con el nivel de conocimiento sobre medidas de aislamiento.

El conocimiento no siempre se traduce en comportamiento adecuado, existe una desvinculación entre teoría y práctica que hace suponer que los profesionales enfermeros están algunas veces preparados para repetir mecánicamente y ejecutar de forma poco reflexiva las medidas de aislamiento

Los resultados obtenidos en el cuestionario que se realizó para medir dichos conocimientos sobre el tema, definió concretamente el nivel de conocimiento que posee cada uno de los enfermeros que se desempeñan en los servicios de clínica

médica , siendo así que se decidió separar al personal en estudio en :enfermeros con nivel óptimo y enfermeros con nivel sub-óptimo, perteneciendo al primer grupo los que obtuvieron un puntaje de MB y al segundo los que obtuvieron B, demostrando que el 85%(28) de la población en estudio tienen conocimientos muy buenos ,perteneciendo así al grupo de los de nivel óptimo, y el 15%(5) de la población tiene conocimientos sub-óptimos

He aquí que nos detenemos y analizamos una marcada tendencia de error de los enfermeros del turno noche, por lo que sugerimos la propuesta de una urgente capacitación y actualización de conocimientos para los enfermeros de dicho turno.

Se resalta la presencia de un encargado del turno noche en los resultados sub-óptimos.

PROPUESTAS

Nuestra propuesta hace hincapié que las próximas capacitaciones que se otorguen sea de carácter obligatorio, ya que urge actualizar conocimientos sobre medidas de aislamiento, y más importante aún si dicha capacitación la reciben los encargados de turno, ya que en ellos existe la gran responsabilidad de dirigir y coordinar el servicio, las consultas y dudas a despejar de enfermeros operativos serán abordadas en primera instancia por ellos, por lo tanto es de mucha importancia que un enfermero que desempeñe la función de encargado de turno cuente con los conocimientos necesarios sobre diversos temas y técnicas relacionadas con las medidas de aislamiento.

Sugerimos también que ésta investigación pueda retomarse desde un estudio observacional longitudinal, estableciendo un período de estudio más amplio que permita un mayor análisis de las actitudes y conductas de los enfermeros con respecto al cumplimiento de las medidas de aislamiento y de preferencia iniciarlo después de una serie de capacitaciones, charlas o talleres de capacitación que se brinden al personal en estudio, para después demostrar o comprobar si estas conductas o actitudes se modifican o continúan.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Manual de Aislamiento Intrahospitalarios MINSAs – Lima Perú; 2003, pág.14. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/influenza/AH1N1/doctec/manual_aislamiento_hosp.pdf revisado febrero 2016.
- 2.- Rubio T, García de Jalón J, Sanjuan F, Erdozain M.A, Sainz de Murrieta J.I, Escobar E, Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos, ANALES Sistema Sanitario de Navarra 2000:23, Suplemento 2, p 112. Disponible en: [http://es.scribd.com/doc/86314857/Control de- Infección - Precauciones-Estándar-Políticas-de-Aislamientos](http://es.scribd.com/doc/86314857/Control-de-Infección-Precauciones-Estándar-Políticas-de-Aislamientos) revisado febrero 2016.
- 3.-Aislamiento hospitalario Universidad de Concepción-Chile; 2003, Disponible en www.aislamientohospitalario1.blogspot.com.ar
- 4.-Prevención y control de infección nosocomial, Ministerio de Sanidad de Madrid-España; 2008, pág. 19, 20, 21,191-197.
- 5.-Ortiz G, Miranda T, Lara M. G, Precauciones del aislamiento de los pacientes con enfermedades transmisibles en una institución de tercer nivel, Revista Enfermería Neurológica, México; 2014, Vol. 13.

ANEXOS

ANEXO I

PREGUNTAS QUE SE REALIZARON EN LA ENTREVISTA AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL EL CARMEN

1.-¿Qué es lo que observan a diario Uds. en los enfermeros cuando van a los servicios en cuanto al cumplimiento de las medidas de aislamiento?

2.-¿Osea que no han visto una mejoría o disminución en los requisitos de cumplimiento de estas medidas?

3.-¿Han sancionado alguna vez por este incumplimiento de las medidas o les han destacado sus faltas o errores ?

4.- ¿Les parece a Uds. que los enfermeros no saben la gravedad de incumplir estas medidas de aislamiento?

5.- ¿Qué creen según Uds., que hace falta para corregir este error?

6.-¿Han pensado en alguna otra manera de incentivar o vigilar el cumplimiento de las medidas de aislamiento?

7.-¿ Que creen Uds. que hace falta para dejar de incurrir en esa falta grave, la de no cumplir con las medidas de aislamiento?

8.-¿Por dónde empezaría el cambio?

9.- ¿Qué tema creen Uds. que deberían fortalecerse en una charla informativa sobre medidas de aislamiento?

10.-¿Creen Uds. que los enfermeros somos inconscientes al no cumplir con las medidas de aislamiento?

ANEXO II

CUESTIONARIO APLICADO A LOS ENFERMEROS EN ESTUDIO

FCM



ESCUELA DE ENFERMERIA

CICLO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

SEDE.FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CUESTIONARIO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO

Por: Kelly Sánchez

El presente cuestionario forma parte del trabajo de investigación con el que culminaría mis estudios en el ciclo de Licenciatura Enfermería, dicha investigación se titula "Nivel de conocimiento de los enfermeros sobre medidas de aislamiento que aplican durante la atención de pacientes en los servicios de Clínica Médica", por lo que solicito su participación respondiendo a cada pregunta de manera objetiva y veraz.

La información que proporcione es de forma anónima, ya que los datos serán manejados solo para el trabajo de investigación.

Agradezco anticipadamente su valiosa colaboración.

Encierre con un su respuesta

1.-Edad:.....

2.-Turno en el que se desempeña actualmente en la institución:

a.-Mañana b.- Tarde c.- Noche

3.-Sexo: a.-Masculino b.-Femenino

4.-¿Qué función de enfermería desempeña?

a.-Operativo b.- Jefe c.-Encargado

5.- Indique el título académico que posee:

a.-Enfermero/a universitaria
b.-Enfermero/a profesional
c.-Licenciado/a en enfermería.

6.-¿Tiempo que llevas ejerciendo la profesión?

a.-Menos de un año b.-Más de dos años c.-Más de 5 años d.-
Más de 10 años

7.-¿Cuándo que la última vez que asistió a una capacitación dentro de la institución sobre manejo de pacientes con enfermedades infectocontagiosas?

a.-Hace menos de 6 meses b.-Hace más de un año c.- Hace más de dos años

8.-Los cursos de capacitación a los que ha asistido dentro de la institución han sido de manera:

- a.-Obligatoria b.-Voluntaria c.-ambas

9.-¿Ha tomado lectura de las normas formales escritas para aislar a los pacientes que padecen infecciones potencialmente contagiosas o para realizar procedimientos específicos con el fin de evitar el contagio a otras personas?

- a.- Si
b.- No
c.-Las normas/procedimientos se comunican solo verbalmente
d.-Hay normas/procedimientos escritos en un manual pero no se encuentran ampliamente disponibles para la práctica diaria

10.-¿Qué proceso infeccioso requiere aislamiento respiratorio?

- a.-Hepatitis Vírica tipo A b.-H.I.V. c.-Rubéola d.- Shigelosis

11.-En el aislamiento por contacto ¿qué precauciones debe tomar?:

- a.-Bata durante todo el tiempo b.- Precauciones standard
c.-Lavado de manos antes y después de quitarse los guantes d.-Todo lo anterior

12.-El meningococo y el bacilo de Kosh son agentes causantes de infecciones siendo su vía de transmisión:

- a.-Directo b.-Respiratorio c.- Orofecal d.- Sanguíneo

13.-Señale cual es la forma más frecuente de transmisión de “infecciones hospitalarias”:

- a.-Los gérmenes de tipo aerobio b.-Las visitas c.-Los gérmenes de tipo anaerobio
d.-La falta de higiene de las manos de los profesionales

14.-Señale los tres eslabones de la “Cadena Epidemiológica”:

- a.-Infección, periodo de incubación y enfermedad infecciosa
b.-Agente infeccioso, mecanismo de transmisión y receptor o huésped
c.-Microorganismo patógeno, reservorio y efecto
d.-Todas las anteriores son falsas

15.-Las personas infectadas por enfermedades causadas por salmonella deben ser sometidas a aislamiento:

- a.-Aéreo o respiratorio
b.-Por contacto
c.-Por gotas
d.-Entérico

16.-Señale correctamente el orden en el protocolo y/o colocación de algunas de las prendas de aislamiento:

- a.-Lavado de manos, colocación de: botas , barbijo , guantes y gafas.
- b.-Lavado de manos colocación de: guantes , barbijo, blusón y gafas .
- c.-Lavado de manos, colocación de: botas , cofia ,barbijo, gafas ,blusón y guantes.
- d.-Lavado de manos, colocación de: barbijo y cofia

17.-Dentro de las medidas de prevención de infecciones hospitalarias ¿Cuál es la medida de mayor eficacia probada?:

- a.-El lavado de manos
- b.-La esterilización
- c.-Los catéteres urinarios correctas
- d.-Todas las alternativas son correctas

18.-¿Cuál es la finalidad del aislamiento?

- a) Separar a los pacientes contagiosos para que no transmitan la enfermedad a personas sana
- b) Separar al paciente con defensas disminuidas para protegerle contra el riesgo de padecer una infección.
- c) Asegurar la curación del enfermo infeccioso
- d) A y B son correctas

19.-¿Se puede compartir el termómetro, tensiómetro con un paciente con acinetobacter?

- a.- No
- b.- Si

20.-¿Qué es Neutropenia?

- a.-Es la presencia de niveles altos de glóbulos rojos en la circulación sanguínea.
- b.-Es la presencia de niveles bajos de determinados glóbulos blancos llamados neutrófilos en la circulación de sangre.
- c.-Es la presencia de niveles altos de neutrófilos y solo lo presentan pacientes oncológicos.
- d.-Puede ser genética, congénita o adquirida.
- e.-b y d son correctas

21.-¿ Cómo considera Ud. que es su grado de conocimiento sobre medidas de aislamiento?

- a.-Muy bueno
- b.-Bueno
- c.-Regular
- d.-Malo

Fecha:...../...../.....



ANEXO III

GRILLA DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO APLICADO A LOS ENFERMEROS DE LOS SERVICIOS DE CLINICA MÉDICA "A" Y "B" DEL HOSPITAL EL CARMEN DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2015

Se informa que a partir de la pregunta 10 hasta la 20 fueron preguntas de conocimiento, ya que la primera parte del cuestionario son solo preguntas de carácter demográfico.

PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA
10	Opción c: rubeola
11	Opción d: todo lo anterior
12	Opción b: respiratorio
13	Opción d: la falta de higiene de los profesionales
14	Opción b: agente infeccioso, mecanismo de transmisión y huésped
15	Opción b: contacto
16	Opción c: lavado de manos, colocación de botas, cofia, barbijo, gafas, blusón y guantes
17	Opción a: el lavado de manos
18	Opción d: a y b son correctas
19	Opción a: no
20	Opción e: b y d son correctas