

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION  
Y TECNOLOGIA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CONOCIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN MEDIDAS DE  
AISLAMIENTO, EN LA UNIDAD DE TERAPIA  
INTENSIVA, HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA  
URIA", SEGUNDO SEMESTRE 2018.**

**POSTULANTE: Lic. Silvia Vásquez Quispe**

**TUTOR: M.Sc. Dr. Fernando Valle Rojas**

**Propuesta de intervención presentada para optar el título de Especialista  
en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva.**

La Paz – Bolivia  
2019

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA ENFERMERIA NUTRICION  
Y TECNOLOGIA MÉDICA**



**PROTOCOLO: AISLAMIENTOS**

**POSTULANTE: Lic. Silvia Vásquez Quispe**

**TUTOR: M. Sc. Dr. Fernando Valle Rojas.**

**Propuesta de intervención presentada para optar el título de Especialista  
en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva**

La Paz – Bolivia

2019

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios: Por su infinito amor, por ese regalo precioso de la vida y la salvación por siempre bendecirme, siendo mí guía en todo momento para alcanzar mi objetivo propuesto, por el triunfo cumplido y por los momentos de dicha y felicidad en tu presencia.

A mi familia: Lo más grande que un ser humano puede tener, porque siempre escuche de cada uno, un sí se puede cuando más lo necesitaba, por hacer que vea la vida tan llena de colores y siempre con una sonrisa, por sus consejos, por estar pendiente de mí en este proceso y sentir en ellos un gran apoyo, gracias por sus acciones y palabra que me impulsaron a seguir con nuevas fuerzas.

Al Dr. Fernando Valle Rojas: Por su esfuerzo y paciencia quien con sus conocimientos, experiencia y motivación ha logrado que pueda terminar mis estudios con éxito. Por qué sus conocimientos, orientación y exigencias influyeron en la realización de esta meta.

Al hospital Del Niño DR. Ovidio Aliaga Uría: Por brindarme la oportunidad de realizar mí trabajo de investigación, por ser mi segunda casa y por el apoyo brindado durante todo el proceso.

## **DEDICATORIA**

A Dios: En primer lugar, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy.

A mi madre: Inés Quispe por ser ese pilar fundamental en todo lo que soy, pero más que nada por su amor incondicional.

A mi padre: Jhony Vásquez por su paciencia, amor, sacrificio y buenos deseos y consejos para vivir en esta vida y conducirme de la mejor forma para ser una buena persona, hija, ciudadana, y madre. .

A mi hijo: Matías Murguía quien con su sonrisa me llena de ánimo y fuerzas para seguir adelante con mi meta.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN.....	4
III.	ANTECEDENTES.....	6
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
	4.1 Pregunta de investigación.....	11
V.	OBJETIVOS.....	12
	5.1 Objetivo general.....	12
	5.2 Objetivo específico.....	12
VI.	MARCO TEÓRICO.....	13
	6.1. Seguridad del paciente.....	13
	6.2. Infecciones asociadas a la atención en la salud (IAAS)....	14
	6.2.1. Factores intrínsecos y extrínsecos.....	15
	6.2.2. Características de IAAS.....	16
	6.3. Distribución de las IAAS –agentes etiológicos y la infección que produce.....	17
	6.4. Cadena de transmisión de infecciones.....	18
	6.5. Aislamientos.....	19
	6.6. Tipos de aislamiento.....	20
	6.7. Conocimiento.....	23
	6.8. Escala de valoración del conocimiento.....	24
	6.9. Responsabilidades de enfermería.....	25
	6.10. Calidad.....	26

VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	30
	7.1. Tipo de estudio .....	30
	7.2. Delimitación geográfica.....	
	7.3. Área de estudio.....	31
	Universo.....	31
	Muestra.....	
	7.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	31
	7.5. Consideraciones éticas.....	32
	7.6. Variables.....	34
	7.6.1. Operacionalización de variables.....	35
	7.7. Plan de análisis.....	36
VIII.	RESULTADOS.....	37
IX.	CONCLUSIONES.....	56
X.	RECOMENDACIONES.....	57
XI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
XII.	ANEXOS.....	
	Anexo ° 1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	61
	Anexo N° 2 PRESUPUESTO.....	62
	Anexo ° 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	63
	Anexo ° 3 ENCUESTA.....	64

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

1. <b>Tabla y gráfico N° 1:</b> Distribución, según grupo etareo de profesionales en enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	37
2. <b>Tabla y gráfico N° 2:</b> Distribución según genero de profesionales en enfermería de la UCIP, Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, segundo semestre, 2018.....	38
3. <b>Tabla y gráfico N° 3:</b> Distribución, según experiencia laboral de profesionales en enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	39
4. <b>Tabla y gráfico N° 4:</b> Nivel de formación académica de profesionales en enfermería de la UCIP, hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	40
5. <b>Tabla y gráfico N° 5:</b> definición especifica de seguridad del paciente por profesionales en enfermería de la UCIP, hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	41
6. <b>Tabla y gráfico N° 6:</b> Definición especifica de IAAS, Por profesionales en enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	42
7. <b>Tabla y gráfico N° 7:</b> Conocimiento específico sobre cadena de transmisión, según profesionales en enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	43
8. <b>Tabla y gráfico N° 8:</b> Objetivo específico para realizar aislamiento, según profesionales en enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	44
9. <b>Tabla y gráfico N° 9:</b> Conocimientos en Clasificación de aislamientos según mecanismo de transmisión, por profesionales de enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	45

<b>10. Tabla y gráfico N° 10:</b> Componente que define la forma de propagación del agente causal de las enfermedades infectocontagiosas, según profesionales de enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	
<b>11. Tabla y gráfico N° 11:</b> Definición específica de higiene de manos, según profesionales en enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	47
<b>12. Tabla y gráfico N° 12:</b> Medidas que no son necesarias para el aislamiento de contacto, según profesionales de enfermería de la UCIP, Hospital del Niño”, segundo semestre, 2018.....	48
<b>13. Tabla y gráfico N° 13:</b> Tipo de colgado al retirarse la bata en un aislamiento de contacto, según profesionales de enfermería de la UCIP, Hospital del Niño “segundo semestre, 2018.....	49
<b>14. Tabla y gráfico N° 14:</b> Tipo de transmisión; cuyo mecanismo se produce por la diseminación de partículas inferiores a 5 micras, permaneciendo estas suspendidas en el aire en largos periodos de tiempo, según profesionales de enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	50
<b>15. Tabla y gráfico N° 15: Pasos</b> correctos para colocarse y retirarse EPP, según profesionales de enfermería de la UCIP, Hospital del Niño segundo semestre, 2018.....	51
<b>16. Tabla y gráfico N° 16:</b> Relación, tipo de aislamiento según patologías, por profesionales en enfermería de la UCIP, Hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	52
<b>17. Tabla 17:</b> Conocimientos en el manejo adecuado de filtros Hepa en el aislamiento aéreo, según profesionales de enfermería de la UCIP, hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	53
<b>18. Gráfico N° 17:</b> Conocimientos en el manejo adecuado de filtros Hepa en el aislamiento aéreo, según profesionales de enfermería de la UCIP, hospital del Niño, segundo semestre, 2018.....	54



## RESUMEN

**Introducción:** Las Infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), representan un problema de salud de gran magnitud a nivel mundial por su elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de tratamiento. Estas infecciones son potencialmente prevenibles a través de medidas de aislamiento llevadas a cabo por el personal de salud a la hora de atender al paciente.

**Método:** Estudio es de tipo descriptivo de corte transversal se evaluó a 20 profesionales de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva, a quienes se aplicó un instrumento (encuesta) de 13 preguntas.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de la enfermera(o) profesional sobre medidas de aislamientos en la unidad de terapia intensiva, Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz -Bolivia, segundo semestre 2018.

**Resultados:** El **50%** de los profesionales de enfermería presentan un nivel de conocimiento **REGULAR** seguido del 35% con un **bueno** y en menor porcentaje de 15% con un nivel de conocimiento **excelente** sobre medidas de aislamiento.

**Conclusiones:** En relación a los resultados obtenidos se establece elaborar protocolos sobre medidas de aislamiento según mecanismos de transmisión (aéreo, gotitas, contacto) la cual será un instrumento de apoyo para el servicio de Terapia Intensiva del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría.

**Palabras claves.** Aislamiento, Unidad de Terapia Intensiva, Conocimiento.

## SUMMARY

**Introduction:** Health Care-associated Infections (IAAS) represent a major global health problem for its high frequency, fatal consequences and high cost of treatment. These infections are potentially preventable through isolation measures carried out by health personnel when caring for the patient.

**Method:** Study is descriptive type of cross-section, 20 nursing professionals from the Intensive Therapy Unit were evaluated, to whom an instrument (survey) of 13 questions was applied.

**Objective:** To determine the level of knowledge of the professional nurse on isolation measures in the intensive care unit, Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" La Paz - Bolivia, second semester 2018.

**Results:** 50% of nursing professionals have a **REGULAR** level of knowledge followed by 35% with a **good** and in lower percentage of 15% with an **excellent level of knowledge** (e) on solitary confinement measures.

**Conclusions:** In relation to the results obtained, it is established to develop protocols on isolation measures according to transmission mechanisms (air, droplets, contact) which will be a support tool for the Intensive Therapy service of the Hospital Dr. Ovidio Aliaga Uría.

**Keywords.** Isolation, Intensive Therapy Unit, Knowledge.

## I. INTRODUCCION

En el ámbito hospitalario uno de los problemas frecuentes son las infecciones nosocomiales, causadas por las enfermedades transmisibles que pasan de unos pacientes a otros. Estas infecciones son potencialmente prevenibles a través de medidas de aislamiento llevadas a cabo por el personal de salud a la hora de atender al paciente. En este aspecto, el papel del personal de enfermería es de fundamental importancia dado que mantienen un estrecho contacto con el paciente. Existen abundantes evidencias que avalan la realización de estas medidas de aislamiento y que demuestran científicamente su efectividad. Es deber del personal que atiende al paciente conocer y realizar estas medidas como parte de una práctica asistencial basada en la calidad, y cuyo centro es la atención y el cuidado del paciente.

Las infecciones asociadas a la atención en salud representan un peligro tanto para los pacientes como para el personal de salud y familiares; además, agravan el estado del paciente, aumentan el riesgo de muerte e incrementa los costos. Es necesario identificar y reducir el riesgo de adquirir y transmitir infecciones entre pacientes, personal y la familia. Evitar y controlar las infecciones adquiridas en un centro de atención de salud es responsabilidad de todos, desde el personal de limpieza hasta el especialista para el bienestar de los pacientes<sup>1</sup>.

Según la OMS la neumonía nosocomial ocurre en diferentes grupos de pacientes conectados a respiradores en unidades de cuidados intensivos, donde la tasa de incidencia de neumonía es de 3% por día. Hay una alta tasa de letalidad por neumonía relacionada con el uso de respirador, aunque es difícil determinar el riesgo atribuible porque la comorbilidad de los pacientes es tan elevada.

La estancia hospitalaria en UCI, representa uno de los factores condicionantes de riesgo clínico a contraer la infección de entre manos por el cuidado en salas

---

<sup>1</sup> Dostres C, Ramírez A, Santin M, Actualización del programa de prevención y control de la infección intrahospitalaria. La Habana: ministerio de salud pública; 1995.

de cuidados intensivos, que comprometen a los pacientes severamente críticos<sup>2</sup>. Londoño en su estudio determinó, que el estar hospitalizado en la unidad crítica por mayor o igual a 6 días representa un riesgo mayor de adquirir una infección a diferencia de otra unidad hospitalaria; con diferencia estadística alta ( $p=0.001$ ) comprendida en un total de 50 enfermos dentro de la UCI<sup>3</sup>. Que su vez, son favorecidas por factores relacionadas por previo uso de antibióticos, bacterias multirresistentes, enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, inserción de dispositivos invasivos, incumplimiento de las normas de bioseguridad y el uso inadecuado de antibióticos durante su estancia, que hace posible una estadía más prolongada, con la complejidad que dificultan su rehabilitación<sup>4</sup>.

Las estancias hospitalarias prolongadas constituyeron un riesgo importante para adquirir una infección intrahospitalaria debido a que los pacientes están más tiempo de exposición al cuidado o manipulación por parte del personal de salud; y a la vez, presentan un mayor tiempo de exposición con la flora microbiana del nosocomio, siendo estos gérmenes muchas veces resistentes a los antibióticos de uso frecuente, acomplejando así, el tratamiento de la infección, y en la mayoría de las veces, tienen estancias prolongadas por motivos diagnóstico o de tratamiento que en muchas ocasiones son innecesarios, colocando al paciente en situación de complicarse a morir<sup>5</sup>.

Los agentes etiológicos prevalentes en infecciones intrahospitalarias, de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Goyeneche III-1 (2012-2016) fueron:

---

<sup>2</sup> Balasini C, Candela M. Infectología crítica, Manejo de la patología infecciosa en el paciente grave, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires-Argentina; 2016.

<sup>3</sup> Londoño J, Ospina M, Ochoa L. Factores de riesgo asociados a infecciones por bacterias multirresistentes derivadas de la atención en salud en una institución hospitalaria Medellín; 2016.

<sup>4</sup> Ballesteros J. La infección adquirida en una unidad de cuidados intensivos. Análisis descriptivo y con minería de datos. Trabajo de investigación para la obtención del grado de doctor en medicina Salamanca: Universidad de Salamanca; 2015.

<sup>5</sup> Talavera K. Patógenos causantes de infecciones intrahospitalarias del tracto urinario con alta resistencia a los antibióticos Hospital Nacional Alberto Sabogal. Tesis para optar al título de especialista en Patología Clínica Lima; 2015. VC

P. aeruginosa (20.22%), A. baumannii (16.85%), S. coagulasa negativos (15.73%), S. aureus (12.36%), E. coli (10.11%) y K. pneumoniae (4.49%), para hongos el microorganismo prevalente fue Candida sp. (5.62%)<sup>6</sup>.

Dado que el personal de salud es uno de los máximos implicados en la ejecución de las precauciones oportunas ante la enfermedad transmisible, considero pertinente realizar una investigación para evaluar el conocimiento en medidas de aislamientos en la terapia intensiva, para posteriormente plantear una propuesta de mejoramiento.

---

<sup>6</sup> Ramos F. Infecciones Intrahospitalarias pacientes Unidad de Terapia Intensiva Hospital Goyene. Perú – Puno 2017. Pag. 70.

## II. JUSTIFICACION

Las infecciones relacionadas con la atención de salud provocan la propagación de microorganismos frecuente dentro del ámbito hospitalario, siendo un lugar propicio para la generación y difusión de estos gérmenes patógenos durante el proceso de internación del paciente.

La OMS define a las infecciones relacionadas con la atención en salud como una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en momento de ingreso a la institución, con frecuencia son difíciles de tratar porque son causadas por microorganismos resistentes a los antibióticos.

Los establecimientos de salud son un lugar donde se conglomeran una gran cantidad de gérmenes patógenos; el inadecuado manejo de las normas de bioseguridad e incumplimiento de los protocolos estandarizados son una gran consecuencia de las infecciones relacionadas con la atención en salud que provocan complicaciones graves que pueden llevar hasta la muerte del paciente, esto ocasiona un aumento en las tasas de morbimortalidad y un incremento económico para la sociedad.

Dado que el personal de salud es uno de los máximos implicados en la ejecución de las precauciones oportunas ante una enfermedad transmisible, considero pertinente realizar una investigación para evaluar el conocimiento en las medidas de aislamiento, para posteriormente plantear una propuesta de mejoramiento.

Lo antes expuesto contempla beneficios:

- Para la enfermera profesional el cual pretende ampliar y fortalecer los conocimientos técnicos en el manejo de medidas de aislamiento y se puedan brindar cuidados con calidad, eficacia y seguridad mediante la aplicación de un protocolo.

- Para el paciente, llegando a la recuperación en menos tiempo y disminuyendo costos al estado.
- Para la institución aportara en la imagen institucional mejorando la atención del paciente con calidad y seguridad proyectando veracidad en la ejecución de procedimientos.
- Para la población, generara y brindara atención de calidad basada en principios científicos.

### III. ANTECEDENTES

1. En el período 2015 se detectaron por vigilancia epidemiológica 126 casos sospechosos de IAAS, de los cuales 40 pacientes fueron positivos, haciendo una prevalencia del 7,5%, los pacientes corresponden a todas las edades a quienes se les detectó infecciones, las cuales no estaban relacionadas con el motivo de ingreso.

La mayor ocurrencia de casos, según semanas epidemiológicas, se da en las semanas 18 y 20. La estadía de los 40 pacientes con IAAS se prolonga a más de 14 días. El servicio donde ocurrieron los casos, siendo el más afectado la UTI. Los grupos de edad más afectados son los extremos de la vida. La *Pseudomona aeruginosa* es el agente más frecuente de las infecciones intrahospitalarias. Y se observa que el factor de riesgo más importante es el ventilador mecánico.<sup>7</sup>

2. En España 2015, según el informe de registros del Estudio Nacional de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales en servicios de medicina intensiva (ENVIN-UCI), se han incluido 23.907 pacientes ingresados en 198 UCI por más de 24h pertenecientes a 174 hospitales distintos, durante el periodo del 1 de abril al 30 de junio de 2015. Tras el análisis de datos, determinaron un incremento de casos de estadía nosocomial alcanzando entre el día 3 y 4 (n=6.279), día 4 y 5 (n=3.705), seguida del día 1 y 3 (n=3.376), día 5, 6, 7, 8, 9, 10 (n=2.431; 1.573; 1.091; 804; 571; 437), descendiendo hasta el día 30 con 40 casos de estancia. Siendo más frecuente las estancias promedio entre el día 4 al 10; mientras que, del día 11 al 30, es menor la frecuencia; asimismo mencionaron, que los casos de infección intra-UCI frecuentan a partir del día 5 al 11, a diferencia de estadías mayores de 11 días que

---

<sup>7</sup> Caracterización epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud en el Hospital Obrero N°2 de la CNS, Regional Cochabamba, Bolivia.



representan la severidad del estado de salud o por ser incurable la enfermedad<sup>8</sup>.

3. En una investigación retrospectiva realizada en la India correspondiente a Pradhan *et al*,<sup>9</sup> quienes determinaron los gérmenes patógenos causantes de IHH reportando un alto índice por *Acinetobacter sp.*, *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *E. coli* y *Candida sp.* (34.5 %, 32.8 %, 13.9 %, 12.1 %, 1.7 %) <sup>10</sup>.
4. En Perú 2005 se realizó un trabajo de investigación, con el fin de evaluar el grado de aplicabilidad de las normas de bioseguridad. Evaluándose el conocimiento por medio de un cuestionario y una guía de observación arrojando los siguientes resultados, el grado de conocimiento acerca de las normas de bioseguridad por el equipo de enfermería en los licenciados es 61,5% y en los técnicos 82,5%.

En el grado de aplicabilidad de las normas de bioseguridad se obtuvo que el 100% en ambos tienen frascos adecuados para eliminar el material punzocortante y el 84% de licenciados y el 70 % de técnicos desechan adecuadamente. Los técnicos y licenciadas en enfermería no usan protectores oculares en un 100%. Según la investigación realizada en el Hospital Pediátrico Vaca Ortiz en año 2010 en ciudad de Ambato – Ecuador sobre medidas de bioseguridad refiere que un 73% del personal de enfermería ha tenido contacto con sangre frente a un 3 % que no ha tenido contacto alguno<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> ENVIN-UCI H. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva Madrid: Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SeMicyuc), "grupo de trabajo de enfermedades inf."; 2015.

<sup>9</sup> Pradhan N, Bhat S, Ghadage D. Nosocomial Infections in the Medical ICU: A Retrospective Study Highlighting their Prevalence, Microbiological Profile and Impact on ICU Stay and Mortality: PubMed; 2014.

<sup>10</sup> Ahmed N, Hussain T, Biswal I. Antimicrobial resistance of bacterial isolates from respiratory secretions of ventilated patients in a multi-specialty hospital: Avicenna J Med.; 2015.

<sup>11</sup> López, M. Martínez J. Exposición ocupacional a agentes biológicos del personal de enfermería de cuidados intensivos en un hospital de 1 nivel. Ecuador. 2012.

5. Los datos registrados en el Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE) durante el año 2013, recoge que la prevalencia total de pacientes con infección nosocomial fue del 7.56%, de los cuales el 48.2% son mujeres y el 51.76% son hombres. El 45.74% de los pacientes que presentan una infección nosocomial se encuentran con tratamiento antimicrobiano<sup>12</sup>.
6. La probabilidad de enfermar es mayor en edades extremas de la vida (niños y adultos mayores), pues los mecanismos fisiológicos de defensa los hacen más susceptibles de padecer enfermedades tanto infecciosas como no infecciosas. Otros autores también concuerdan con lo anterior y señalan que las infecciones que ocurren antes de los 7 días se asocian al contacto con microorganismos de la madre, presentes en el canal del parto; mientras que las que aparecen después de los 7 días son adquiridas del ambiente, donde existen microorganismos causales que pueden colonizar la piel, el tracto respiratorio, la conjuntiva, el tracto gastrointestinal, las redes vasculares y las vías urinarias, estas últimas por el uso de catéteres<sup>13</sup>.

En relación a los factores de riesgo y planteado en la bibliografía médica consultada coincide con los resultados de este estudio en cuanto a que las sepsis respiratorias generalmente (neumonías) que son las más frecuentes y una de las áreas con mayor riesgo son las de cuidados intensivos.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Sociedad Española de medicina preventiva salud pública e higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España.2013,<http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE-EPPS2013%>

<sup>13</sup> Delgado Acosta HM, Suárez del Villar Seuret S, Vega Galindo M. Factores de riesgo de infección intrahospitalaria en un Servicio de Neonatología. MEDISUR. 2012 [citado 26 Mar 2014]; 10

<sup>14</sup> . Basulto Barroso MM, Galdós Sánchez MC, Carr González J, Díaz Agüero E. Infección nosocomial respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos. AMC. 2009 [citado nov. 2018]; 13

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La forma más efectiva de detener la diseminación de una infección de paciente a paciente y de paciente al personal de salud o viceversa es mediante una adecuada aplicación de las medidas de aislamiento que como objetivo tiene disminuir la diseminación de bacterias o microorganismos dentro de la Unidad de Terapia Intensiva.

El manejo adecuado de aislamientos es una medida de control y prevención de las infecciones asociadas a la atención de salud con el objetivo de cortar la vía de infección y prevenir la transmisión de gérmenes por el inadecuado uso de medidas de barrera por parte del personal de salud.

Sin embargo, no siempre el personal que trabaja cumple estrictamente las normas establecidas lo cual complica la situación del paciente pues tiene repercusiones como:

- Morbimortalidad elevada
- Una enfermedad severa que prolonga la recuperación
- Una estancia hospitalaria prolongada, que cueste dinero y provoque pérdidas salariales y laborales para el paciente y su familia
- La necesidad de utilizar un tratamiento antimicrobiano adicional con Amplio espectro, expone al paciente a riesgos adicionales de toxicidad que agravan la discapacidad funcional y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos incapacitantes que reducen la calidad de la vida.
- El paciente infectado se convierte en una fuente o reservorio a partir del cual pueden infectar a otros individuos, el hospital y en la comunidad.
- Un mayor esfuerzo asistencial.
- Multiplicación de cargas de trabajo.
- Afecta la imagen de la institución y del profesional tratante

En el hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” contamos con una enfermera vigilante, que es parte del comité de vigilancia, quien hace cumplir las normas de aislamiento de manera diaria en servicios críticos.

El comité realiza vigilancia de las IAAS y microorganismos presentes en el hospital, así mismo hace seguimiento de los mismos en coordinación con epidemiología e infectología.

El Hospital de Niño no cuenta con un protocolo estandarizado para el manejo de aislamientos en la UCIP (unidad de cuidados intensivos pediátricos), por ello la presente investigación busca evaluar los conocimientos en manejo de aislamientos por parte del profesional de enfermería ya que se observa la prolongación de la estancia hospitalaria mayor a 11 días que es un indicador para análisis de IAAS.

Con los resultados obtenidos se pretende elaborar un protocolo que contribuya a disminuir las IAAS, mejorando con ello la calidad del servicio y ofertando una atención segura.

#### **4.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la enfermera, en medidas de aislamiento, en la unidad de terapia intensiva, Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría", segundo semestre, 2018?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de conocimiento de la enfermera, sobre medidas de aislamiento, en la Unidad de Terapia Intensiva, Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría", segundo semestre 2018.

### **5.2. Objetivos específicos**

1. Caracterizar al personal de salud en estudio.
2. Evaluar el nivel de conocimiento sobre manejo de aislamientos a la enfermera profesional.
3. Describir los conocimientos de aislamiento de contacto, aéreo y gotas.

## **VI. MARCO TEORICO**

### **6.1. SEGURIDAD DEL PACIENTE**

La seguridad del paciente puede definirse por la ausencia para un paciente de daño innecesario o daño potencial asociada a la atención sanitaria o desde un punto de vista más positivo las actividades encaminadas a evitar, prevenir o corregir los incidentes relacionados con la seguridad del paciente que pueden resultar de la atención sanitaria.<sup>15</sup>

La Agencia para la Calidad e Investigación en Salud (Agency for Healthcare Quality and Research) lo define como el “conjunto de estructuras o procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención médica a lo largo de enfermedades y procedimientos”.

El elemento relacionado con la seguridad del paciente se encuentra estrechamente vinculado con la calidad de la atención médica, es decir, obtener mejores resultados como producto de la aplicación de las mejores prácticas, la adopción de medidas preventivas y la aplicación de medidas de reducción de los riesgos.<sup>16</sup>

La seguridad del paciente, es una estrategia clave en la calidad asistencial, adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, permitiéndoles sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos por el personal sanitario, ofreciendo un cuidado seguro, efectivo y eficiente<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> WHO health organization. The conceptual framework for the international classificatium for patient safety versión 1.1 final technical report(consultado 4 febrero 2106)disponible :<http://www.who.int/patientsafety/>

<sup>16</sup> Organización Mundial de la Salud (2007) Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Recuperado 20 mar 2016 de: <http://www.jointcommissioninternational.org>

<sup>17</sup> OPS. Enfermería y Seguridad de los Pacientes Washington: PALTEX; 2011.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su 55ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra en el 2002, reconoció la necesidad de promover la Seguridad del Paciente como principio fundamental en todos los sistemas de salud a través de las acciones para “Desarrollar normas mundiales, directrices para la calidad de la atención y la Seguridad del Paciente”<sup>18</sup>.

## 6.2. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN LA SALUD (IAAS)

Se considera infección hospitalaria a cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible, que afecta al paciente como consecuencia de su ingreso en el hospital o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo. De forma arbitraria, se establece un plazo de 48 – 72 horas como mínimo necesario para considerar la infección como “adquirida en el hospital”. Se considera así mismo que un paciente tiene infección intrahospitalaria 48 horas después de dada el alta hospitalaria <sup>19</sup>

Para que una infección ocurra se requiere de varios factores: número suficiente de patógenos, huésped susceptible, un ambiente que permita entrar contacto con el huésped.

La Organización mundial de la salud en su documento sobre prevención, vigilancia y control de las infecciones nosocomiales define una **infección intrahospitalaria** como:

“Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento”.

---

<sup>18</sup> Ministerio de Salud Pública. Norma técnica de seguridad del paciente.2017.Available from: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/norma-tecnica-seguridad-del-paciente-definitivo-jp.pdf>.

<sup>19</sup> Romero Vanegas, 2007



Infecciones asociadas a la atención en UCI y asociadas a procedimientos invasivos: Se definen como infección asociada a la atención en salud, que no está presente ni incubándose en el momento de la admisión a la UCI y que puede relacionarse con el período de internación en esa unidad y con procedimientos invasivos realizados al paciente durante su estancia en ella<sup>20</sup>.

### **6.2.1 FACTORES TANTO INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS QUE INFLUYEN EN LAS MANIFESTACIONES DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES ENTRE LOS QUE SE DESTACAR:**

- El agente microbiano
- Vulnerabilidad de los pacientes
- El ambiente y la resistencia bacteriana<sup>21</sup>.

#### **Factores asociados a las características del paciente:**

- Sexo
- Edad
- Co-morbilidad

#### **Infecciones asociadas a características del hospital:**

- Calidad de agua
- Antisépticos/ desinfección/esterilización
- Manejo de alimentos
- Manejo de soluciones endovenosos
- Días de dispositivos invasivos

#### **Factores asociados a características a la hospitalización**

- Días de hospitalización
- Servicio
- Dispositivos invasivos
- Antibióticos
- Cirugía. <sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> OPS, 2010

<sup>21</sup> Candace F, William N. Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC. IFIC .2011; 2ed:77-86.

### 6.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LAS IAAS:

Las Infecciones Intrahospitalarias o IAAS pueden ser de características endógenas, exógenas, o infección cruzada endémica.

- a. **Infección Endógena:** Es decir, una auto infección procedente de otro lugar del cuerpo.
- b. **Infección Exógena:** Es decir, de otra persona o de una fuente ambiental.  
Los tipos de microorganismos adquiridos de una fuente ambiental dependen de la naturaleza de la fuente.
- c. **Infección Cruzada Endémica:** El agente causal, habitualmente una bacteria, “**reside**” en un área de internación determinada, colonizada e infectada a los pacientes que ingresan y perpetua.

---

<sup>22</sup> Medición de la Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en hospitales generales de las principales instituciones públicas de salud” Informe documental en extenso México D.F., 11 de noviembre, 2011

### 6.3. DISTRIBUCIÓN DE LAS IAAS –AGENTES ETIOLÓGICOS

Grupo	Agente	Infecciones que produce
<b>Bacilos gran -</b>	Pseudomonas auriginosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urinarias</li> <li>• Asociadas a catéteres intravenosos</li> </ul>
	Salmonella	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinal</li> </ul>
	Shiguela	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinal</li> </ul>
	Klebsiella	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratorias</li> <li>• Urinarias</li> <li>• asociada a vía intravenosa</li> </ul>
	Enterobacter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratorias</li> </ul>
	Echerichiocoli	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastrointestinales</li> <li>• respiratorias</li> <li>• Urinarias</li> </ul>
<b>Bacilos gram+</b>	Clostridius	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heridas</li> <li>• Gangrena</li> </ul>
<b>Cocos gram +</b>	Strptococo hemolítico B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De Heridas quirúrgicas</li> </ul>
	S.pneumoniae	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratoria</li> </ul>
	Estafilococccusaureus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De Heridas quirúrgicas</li> <li>• Respiratoria</li> <li>• asociadas a vías intravenosas</li> </ul>
	Enterococcus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urinarias</li> <li>• Infecciones Asociadas a vías intravenosas</li> </ul>
<b>Hongos</b>	Candida /turolopsis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiratoria</li> <li>• Asociada a nutrición parenteral</li> </ul>

#### Microorganismos multirresistentes (MMRS)

Todo el ambiente relacionado al cuidado de la salud constituye un importante reservorio para la emergencia de gérmenes multirresistentes: Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR) S. aureus con sensibilidad intermedia a vancomicina (VISA) o resistente a la misma (VRSA), Enterococo Vancomicino Resistente (VRE), Streptococcus pneumoniae resistente a la penicilina que también es Resistente a Macrolidos y Quinolonas. Bacilos Gram Negativos multirresistentes (MDR-GNB), productores de beta lactamasas de espectro extendido (BLEE) como el Acinetobacter baumannii o la Pseudomonas

aeruginosa. También es el caso del *Mycobacterium tuberculosis* resistente a isoniacida y rifampicina. .La transmisión de estos microorganismos es en general a través de las manos del personal.

## **VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS**

La vigilancia de las IAAS con base en la vigilancia de los factores de riesgo asociados. Por ejemplo se vigilara las infecciones; neumonías asociadas al ventilador NAV, Sepsis (Respuesta Inflamatoria sistémica) asociada a CVC (catéter venoso central) e infección del tracto urinario asociadas a catéter urinario. Estos atributos no necesariamente constituyen un factor causal.

### **6.4. CADENA DE TRANSMISIÓN DE INFECCIONES**

La producción de una infección o colonización de un paciente requiere de la existencia de la cadena de transmisión de infección." infección que resulta de la interacción de diversos elementos:

#### **1. Agente infeccioso**

Es el microorganismo responsable que se produzca una enfermedad infecciosa. Estos agentes pueden ser Bacterias, Hongos, Virus y Parásitos

#### **2. Fuente y reservorio**

El reservorio es el lugar donde el microorganismo mantiene su presencia, metaboliza y se multiplica; habiéndose identificado como tal al ser humano y al medio ambiente.

La fuente se refiere al lugar desde el cual el agente infeccioso pasa al huésped, esto puede suceder por contacto directo, contacto indirecto, aire o por un vector. La fuente puede ser animada o inanimada así como fija o móvil. Precisamente, el ser humano es la fuente de microorganismos más importante. A nivel hospitalario la fuente puede ser los propios pacientes, el personal de salud y, en forma ocasional, los visitantes. Respecto a la flora inanimada se ha identificado al propio ambiente y material hospitalario que suele contaminarse, y

ser causa de infección. Entre los materiales y equipos involucrados se señalan a los desinfectantes, medicamentos, dispositivos y equipos.

### **3. Puerta de salida**

Lugar por donde el agente infeccioso deja el huésped. Las principales puertas de salida son: la vía respiratoria, digestiva, genitourinaria, piel, y placentaria.

### **4. Huésped**

Cuando un agente infeccioso llega al huésped debe brindarse las condiciones que favorezcan la producción de la infección, entre los que se mencionan son: la edad, estado nutricional, patologías subyacentes, procedimientos invasivos, uso de antibióticos, procedimientos quirúrgicos, uso de corticoides y drogas inmunosupresoras.

### **5. Puerta de entrada**

Es el sitio por donde el agente infeccioso entra en el huésped. Son las mismas de la puerta de salida. Es decir, la vía respiratoria, digestiva, genitourinaria, piel, y placentaria.

### **6. Modos de transmisión**

Existen 5 rutas principales de transmisión: contacto, gotas, vía aérea, vehículos comunes y vectores.

## **6.5. AISLAMIENTO**

Las medidas de aislamiento son barreras físicas que se interponen entre la fuente de infección, un paciente colonizado o infectado, y los pacientes, familiares y personal de salud que sean susceptibles, para disminuir la posibilidad de transmisión.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Guía para la prevención de la infección hospitalaria [Artículo en línea] [Comisión de infección hospitalaria, Profilaxis y política antibiótica] (<http://www.elcomprimido.com/FARHSD/PROTNORMASaislamiento.pdf>)

## **CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE AISLAMIENTO.**

En 1995, la comisión del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta realizó una revisión muy profunda del tema y propuso un nuevo modelo con las siguientes características:

- Basado en la epidemiología de las infecciones.
- El reconocimiento de la importancia de todos los fluidos, secreciones en la transición de patógenos relacionadas con la atención sanitaria.
- Contener precauciones adecuadas para infecciones transmitidas por contacto, vía aérea y gotas.
- Ser fácil de aprender y de aplicar.

### **Sistemas de precauciones de aislamiento.**

La Prevención y Control de las Infecciones relacionadas con la atención sanitaria, están basadas principalmente en todas aquellas medidas que impiden que el agente infeccioso entre en contacto con el huésped susceptible. Una de estas medidas es el aislamiento de pacientes infectados.

## **6.6. TIPOS DE AISLAMIENTO**

- A. Aislamiento por vía aérea.
- B. Aislamiento por gotitas.
- C. Aislamiento o precauciones por contacto.<sup>24</sup>

### **A. Medidas de aislamiento por transmisión de CONTACTO:**

Las enfermedades que son transmitidas de esta manera incluyen colonización o infección con microorganismos resistentes a múltiples antibióticos, infecciones entéricas y enfermedades dermatológicas. Las medidas utilizadas son:

- **Ubicación del paciente:** Preferentemente el paciente estará en una habitación individual, o en su defecto el paciente estará en una habitación con otros pacientes con la misma infección.

---

<sup>24</sup> Norma nacional de IAAS .serie documentos- técnicos La Paz – Bolivia 2013

- **Higiene de manos y uso de guantes y bata:** Los guantes se pondrán antes de entrar a la habitación, se cambiarán si se entra en contacto con superficies altamente contaminadas y se retirarán antes de abandonar la habitación, sin tocar ninguna superficie contaminada. Se realizará higiene de manos con antiséptico. El uso de bata está igualmente indicado, retirándose antes de salir de la habitación. Ni la bata ni los guantes es necesario que sean estériles. El uso de doble par de guantes está indicado en diversas patologías de transmisión por contacto.
- **Transporte de pacientes:** Es preciso limitar los movimientos del paciente y asegurarse que se cumplen las medidas indicadas.
- **Uso de equipo para la atención del paciente:** El equipo usado no se utilizará en otros pacientes, y de ser imprescindible su uso en otros pacientes ser lavará y desinfectará oportunamente.

Se indicarán las mismas medidas en los compañeros de habitación de un paciente infectado que hayan permanecido más de 48 horas junto a él. Todas las medidas enumeradas se mantendrán mientras no se obtengan 2 o 3 muestras con un intervalo de una semana que arrojen un resultado negativo en factores de riesgo.

#### **B. Medidas de aislamiento por transmisión por GOTAS:**

La transmisión por gotas (tamaño mayor a 5  $\mu\text{m}$ ) precisa un contacto cercano entre la persona infectada y el huésped susceptible, ya que estas partículas no quedan suspendidas en el aire demasiado tiempo ni pueden viajar largas distancias, por lo que se extremarán las precauciones a una distancia menor a 1 metro. Por lo comentado, no se precisa de un especial manejo del aire ni de la ventilación. Las medidas utilizadas son:

- **Ubicación del paciente:** Preferiblemente en habitación individual, o si no fuera posible compartiendo habitación con otros pacientes con la misma patología. Correr las cortinas para separar las camas en una habitación con

varios pacientes con infecciones transmitidas por gotas es especialmente importante. La puerta de la habitación puede quedar abierta.

- **Uso de mascarilla:** El personal sanitario portará mascarilla cuando vaya a encontrarse a menos de 1 metro del paciente infectado, pudiendo implementarse su uso sistemático. El paciente portará mascarilla también siempre que sea preciso su traslado.

### **C. Medidas de aislamiento por transmisión por la VÍA AÉREA:**

Las gotas tienen un diámetro menor de  $5\mu\text{m}$  y son generadas desde una persona fuente durante la respiración, el habla, accesos de tos, y estornudos. La transmisión ocurre cuando las gotas generadas por una persona infectada y que contienen microorganismos, se resecan y permanecen suspendidas en el aire por largos períodos de tiempo. Esos microorganismos pueden dispersarse ampliamente por corrientes de aire y ser inhalados por un huésped susceptible dentro de la misma habitación o a distancias mayores dependiendo de factores ambientales. Por lo tanto, se requieren medidas especiales de manejo del aire y de la ventilación para prevenir la transmisión. Entre los gérmenes identificados podemos citar a *Mycobacterium tuberculosis*, virus del sarampión, virus de la rubéola, y varicela.

Dado que las partículas que transmiten este tipo de enfermedades (tamaño menor a  $5\mu\text{m}$ ) pueden viajar grandes distancias, se requerirá un manejo especial del aire y la ventilación. Las medidas utilizadas son:

- **Ubicación del paciente:** La habitación será individual, o si no fuera posible en una habitación con otros pacientes con la misma patología. Las puertas se mantendrán siempre cerradas, y la habitación deberá contar con un sistema de presión negativa que no recircule el aire por el interior del edificio o bien que lo envíe a unos filtros adecuados (3, 12). Es fundamental contar con el apoyo de los servicios de ingeniería del hospital para garantizar que el sistema de presión negativa es funcional.
- **Uso de mascarilla y bata:** El personal que entre a la habitación deberá usar mascarillas especiales de alta filtración (N95). El uso de bata se reservará



para situaciones en que se prevea que va a entrar en contacto con secreciones o instrumentos contaminados. De ser posible, pacientes con enfermedades como la rubeola o la varicela serán tratados por profesionales que estén inmunizados de las mismas.

- **Transporte del paciente:** El paciente portará una mascarilla igual a las de los profesionales sanitarios.

## **6.7. CONOCIMIENTO**

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero. En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

### **TIPOS DE CONOCIMIENTO**

#### **a) Conocimiento filosófico**

En este caso se parte de la introspección y la reflexión sobre la realidad y las circunstancias que nos rodean a nosotros y al mundo, en ocasiones basándose en la experiencia a dada por observaciones directas de fenómenos naturales o sociales. El conocimiento filosófico debe ser una forma de producción de conocimiento basada únicamente en el pensamiento en sí, independientemente de la fuente de la que surja la información tratada, mientras que, en otras, debe centrarse en los temas tratados directamente por la ciencia (aplicada o no) o por la historia.

#### **b) Conocimiento empírico**

El empírico es uno de los tipos de conocimiento basados en lo directamente observable. Se considera conocimiento empírico a todo aquel que se aprende en el medio mediante la experiencia personal.

#### **c) Conocimiento científico**

Semejante al conocimiento empírico en el sentido de que parte de la observación de la realidad y se basa en fenómenos demostrables, en esta

ocasión estamos ante uno de los tipos de conocimiento en los que se realiza un análisis crítico de la realidad a partir de la comprobación (experimental o no) para poder originar conclusiones válidas. El conocimiento científico permite la crítica y la modificación de sus conclusiones y premisas básicas <sup>25</sup>

#### **d) Conocimiento religioso o revelado**

Se trata de un tipo de conocimiento derivado de la fe y las creencias de las personas. Los datos reflejados y considerados verdaderos por este tipo de conocimiento no pueden ser demostrados ni falseados a partir de lo observable, siendo inferidos a partir de la interiorización de varios dogmas religiosos.

### **6.8. ESCALA DE VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO**

**Escala de conocimiento y actitud tipo Likert.-** Es una escala de actitud de intervalos aparentemente iguales. Pertenece a lo que se ha denominado escala ordinal.

Utiliza series de afirmaciones o ítems sobre los cuales se obtiene una respuesta por parte del sujeto. La presentación de este método de calificaciones sumadas para la medición de actitudes fue publicada por primera vez por R. Likert en 1932, partiendo de una encuesta sobre relaciones internacionales, relaciones raciales, conflicto económico, conflicto político y religión, realizada entre 1929 y 1931, en diversas universidades de EEUU.

La escala de Likert es una de las más utilizadas en la medición de conocimientos y actitudes, inspirada probablemente en la teoría factorial de aptitudes de Charles Spearman quien construyó un método sencillo por la simplicidad de su elaboración y aplicación. <sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Castellero Mimenza O, 2018. Psicología y Mente Los/ 9 tipos de conocimiento: ¿cuáles son? Disponible en: <https://psicologiymente.com/miscelanea/tipos-de-conocimiento>

<sup>26</sup> Ospina Rave BE, Sandoval J, Aristizábal Botero CA, Ramírez Gómez MC ; 2005, XXIII Investigación y Educación en Enfermería La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia 2003. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215401002>

## **6.9. RESPONSABILIDADES DE ENFERMERÍA**

La totalidad de trabajadores del centro (médicos, enfermeras, auxiliares, enfermería), familiares y acompañantes que estén en relación con el paciente durante su aislamiento, es responsabilidad de todos trabajar en cooperación para reducir el riesgo de infección de los pacientes y del personal, preparando planes de trabajo continuo para evaluar y promover una buena atención de salud, aislamiento apropiado, esterilización y otras prácticas, como capacitación continua del personal y vigilancia epidemiológica.

La seguridad del paciente es una responsabilidad de todo el personal de salud, y las enfermeras juegan un papel fundamental en la protección de este. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura de salud universal.

Las responsabilidades de la enfermera y el jefe de enfermería son los siguientes:

- Documentar la incidencia de las infecciones.
- Ayudar al paciente a evitar y aliviar el malestar.
- Vigilar la incidencia de infecciones hospitalarias.
- Establecer los procedimientos para detectar y manejar prontamente a los pacientes con enfermedades infecciosas.
- Asegurar que el servicio este despejada y ventilada.
- Asegurar que haya recursos materiales.
- Revisar periódicamente las normas y procedimientos del control de infecciones establecidos.
- Conducir un programa de educación al personal y certificar su participación.
- Proveer educación al personal para reconocer y controlar las enfermedades infecciosas más frecuentes.

- Controlar el mantenimiento de los equipos.
- Informar al responsable del programa del control de infecciones sobre las infecciones en los pacientes admitidos.

## **6.10. CALIDAD**

**Ishikawa** (1986) fue el primero en concebir la idea de que la calidad debía ser mejorada de manera continua, que en la década 1930 propuso la utilización de técnicas estadísticas para el control de calidad.

**Crosby** (1989) menciona que la idea de la calidad total hace pensar en calidad absoluta, es decir en la excelencia, en la verdadera ausencia de defectos o en la completa permanente e incuestionable satisfacción de los clientes.

**Deming** (1989). Para este autor la calidad es la totalidad de peculiaridades y características de un producto o servicio que determinan sus capacidades de satisfacer necesidades declaradas o implícitas. Además, afirma que “la calidad es hacer bien lo que se debe hacer desde la primera vez

**Ruelas y Querol** (1994) afirman que “la calidad es un atributo de la atención medica que puede darse en grados diversos la definen como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención medica con los menores riesgos para el paciente; estos mayores beneficios posibles se definen a su vez en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con que cuenta para proporcionar la atención con los valores sociales.

La salud ocupa un lugar tan crítico en la definición de calidad ya que hay muchos factores, incluyendo otras intervenciones fuera de la atención en salud que influyen sobre esta. La atención a la salud en si misma combina las atribuciones de los pacientes y de los prestadores de atención a la salud. El prestador de la atención tiene la responsabilidad de tomar las decisiones técnicas apropiadas, de ejecutar todos los procedimientos de la manera más

hábil posible y de manejar la relación personal con el paciente en forma ética humana y placentera <sup>(27)</sup>

## **UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Las unidades de terapia intensiva son las áreas hospitalarias con mayor riesgo de desarrollo de IAAS. debido a la proporción de pacientes con dispositivos invasivos (intubación oro-traqueal, catéteres intravenosos centrales, catéteres urinarios) y al estado crítico de los pacientes que muchas veces requieren del uso de antibióticos de amplio espectro y antiácidos, mismos que se han asociado a mayor riesgo de IN.

### **Indicadores de calidad**

El cumplimiento de las disposiciones de estas normas se basa en los principios y artículos del PRONACS, para la vigilancia de su cumplimiento se utilizarán los siguientes indicadores:

- Prevalencia e Incidencia de infecciones hospitalarias
- Porcentaje de establecimientos de atención de salud que tienen implementado un programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención
- Porcentaje de los establecimientos y servicios de atención de salud que tienen capacidades de bioseguridad instalada y cumplen normas.
- Porcentaje de hospitales con más de 50 camas que tienen implementada la vigilancia de infecciones hospitalarias
- Porcentaje de hospitales con sub-comités de IAAS funcionando
- Porcentaje de hospitales con sub-comités de manejo de residuos sólidos y bioseguridad.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Gonzales D. Carlos, Sánchez S. Leonardo, <http://bvs.cu/revistas/ems/vol.117-4-03/>

<sup>28</sup> Normas Nacionales de IAAS. Serie: Documentos Técnico - Normativos La Paz – Bolivia publicación 350 Diciembre 2013 pag. 19

## **Calidad de Atención en Unidad de Terapia Intensiva**

Una buena calidad en salud, cubre los estándares mínimos para una atención adecuada. Para Donabedian la calidad es un atributo de la atención que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de atención con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

Según Gelesio, en su estudio, concluye que la monitorización continua de indicadores de calidad en cuidados Intensivos permite introducir ciclos de mejora de la calidad que en general permiten mejorar los resultados.

La federación Panamericana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, propone indicadores de calidad para las Unidades de Cuidados Intensivos, dirigidas a evaluar la calidad permitiendo llegar a conclusiones eficientes; tales como registros de monitorización hemodinámica, registros de ingreso y egresos, pacientes sometidos a ventilación, mecánica, infecciones adquiridas, condiciones de alta entre otros, garantizar la calidad en la unidad de cuidados intensivos significa condiciones organizacionales óptimas que permitan otorgar el máximo beneficio con el menor riesgo en la atención de la salud <sup>(29)</sup>.

### **Indicadores de calidad**

1. Higiene de manos
2. Instalación de catéter venoso central
3. Transfusión de hemoderivados
4. Prevención y tratamiento de úlceras por presión
5. Prevención de caídas
6. Proceso de esterilización con vapor
7. Administración de medicamentos por vía oral

---

<sup>29</sup> Ortega, Leija, Puntunet, Manual de evaluación de calidad del servicio de enfermería y estrategias para su aplicación, Editorial Panamericana, Ciudad Buenos Aires, 2014.

8. Baño de regadera
9. Aspiración de secreciones traqueo bronquiales con sistema cerrado
10. Lavado y esterilización con filtro dializador y líneas arteriovenosas en hemodiálisis.
11. Preparación de soluciones intravenosas
12. Registro de observaciones de enfermería
13. Vigilancia y control del proceso de cambio de bolsa de diálisis peritoneal
14. Hemodiafiltración en línea

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

### 7.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

- **Descriptivo.** Porque busca desarrollar una imagen o fiel representación (descripción) del fenómeno estudiado a partir de sus características. Describir en este caso es sinónimo de medir. Miden variables o conceptos con el fin de especificar propiedades importantes de personas, grupos o fenómeno bajo análisis.
- **Transversal.** Porque se realizará un corte en un tiempo determinado (segundo semestre 2018), ya que están dirigidos a verificar a los profesionales de Enfermería los conocimientos sobre aislamientos en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos del Hospital del Niño

### 7.2. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

El Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría", se encuentra situada en la Ciudad de La Paz, Zona Miraflores, calle Mayor Zubieta, N° 100, frente del estado mayor. Es una institución de tercer nivel, polivalente que atiende a pacientes menores de 18 años de las diferentes especialidades: pediatría, neurocirugía, neumología, unidad de quemados, traumatología y ortopedia, Cirugía, neonatología, gastroenterología, servicio de infectología, oncohematología y terapia intensiva.

La unidad de terapia intensiva pediátrica se encuentra situada en el segundo piso, contigua a sala de quirófano central, la UCIP se constituye un área restringida, consta de 9 Unidades con todas las características y equipamiento necesario.



### **7.3. AREA DE ESTUDIO**

El área de estudio fue en la unidad de terapia intensiva del Hospital de Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, ubicado en la zona de Miraflores, La Paz Bolivia

#### **Universo:**

Se tomó como población a 20 enfermeras (os) profesionales que trabajan en la terapia intensiva del hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”, de los turnos: mañana, tarde, noche A, B, C y fines de semana.

#### **Muestra:**

La muestra incluye 20 profesionales (o) que trabajan en la Unidad de Terapia Intensiva Hospital del Niño. Bajo criterios de inclusión y exclusión profesionales de enfermería que trabajan en diferentes turnos de la mañana, tarde, noche A, B, C y fines de semana.

### **7.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **Criterios de inclusión:**

- Enfermeras profesionales que trabajan en la UCIP del Hospital del Niño.
- Enfermeras profesionales de contrato de la Unidad Terapia Intensiva
- Enfermeras profesionales de reemplazo eventual
- Enfermeras profesionales que acepten participar en la presente investigación.

#### **Criterios de exclusión:**

- Personal profesional de enfermería que se encuentre de vacaciones.
- Personal profesional de enfermería que se encuentre de baja médica.
- Enfermeras profesionales ajenas al servicio de UTI.
- Enfermeras que no deseen participar en el estudio

## **7.5. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para el desarrollo del presente estudio de investigación se ha solicitado el permiso correspondiente al director del Hospital del Niño y Jefa de Enfermeras previa presentación del perfil de investigación, para realizar la aplicación del cuestionario a los profesionales de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva previo consentimiento informado y validación de instrumento de recolección de datos, respetando así el principio de autonomía y confidencialidad.

### **Principio de justicia**

Sinónimo de equidad de acuerdo a nuestra investigación se traduce a realizar la encuesta para evaluar los conocimientos a los profesionales de enfermería que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos, utilizando las mismas preguntas para todas las personas encuestadas, es decir se tomara en cuenta la teoría básica de acuerdo al manejo de aislamiento.

### **Principio de No Maleficencia**

No se puede obrar con intención de hacer daño a nadie, esto viene a expresar que nuestro objetivo como profesionales de enfermería es fundamental la vida del paciente, el inadecuado manejo de aislamientos, por no adquirir por parte de los profesionales de salud un conocimiento básico acerca de aislamientos conllevan a que nuestros pacientes se compliquen más o contagien a otros pacientes alargando su estancia hospitalaria, depresión y acortando el tiempo con la familia.

### **Principio de beneficencia**

Se debe actuar con el único objetivo de conseguir el bienestar del paciente en nuestro caso implica que se va a recopilar los datos y acciones incorrectas de cada profesional para identificar sus debilidades en conocimiento y

conjuntamente con la líder del proceso tomar medidas como capacitar constantemente al personal que trabaja en el servicio para poder aplicar correctamente el manejo de aislamientos y así evitar complicaciones manteniendo una buena atención directa, contribuyendo a la seguridad del paciente y favoreciendo una pronta recuperación.

### **Principio de autonomía**

En este caso todos los profesionales de salud tienen la libertad de elegir si desea ser parte de este proceso investigativo con el fin de contribuir al estudio, identificando su nivel de conocimientos mediante la encuesta. Para realizar la aplicación del cuestionario a los profesionales de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva previo consentimiento informado y validación de instrumento de recolección de datos, respetando así el principio de autonomía y confidencialidad

### **Validación de los Instrumentos**

La medición se realizó previa autorización pertinente con autoridades respectivas, se aplica un instrumento de medición con un cuestionario validado, a través de una revisión por expertos en el área con la finalidad de identificar y modificar los posibles problemas en la elaboración de los instrumentos.

### **Técnicas de recolección de datos**

Se aplicó la técnica de encuesta mediante el instrumento denominado test de conocimiento sobre teoría científica y manejo de aislamiento por parte del profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Instrumentos: se utilizó un cuestionario que comprende (13 ítems) preguntas respecto a las variables en estudio donde responde por escrito la persona interrogada. Este instrumento contiene 13 preguntas cerradas donde el objetivo fue obtener información sobre: características del personal, competencia del personal en manejo de aislamientos.

## **7.6. VARIABLES:**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- Edad
- Sexo
- Formación académica
- Experiencia laboral

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

- Conocimiento de enfermería en manejo de medidas de aislamientos

### 7.6.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN	INDICADOR
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	a) 25-30 b) 31-40 c) 41-50 d) 51 mas	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la enfermera hasta la realización del estudio	Porcentaje
<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal	a) Femenino b) Masculino	Identificación sexual de cada individuo	Porcentaje
<b>Experiencia laboral</b>	Cualitativa discreta	a) 0-5 años b) 6-10 años c) 11-15 años d) 16 años o mas	Experiencia de trabajo en UTI en años	Porcentaje
<b>Nivel de formación</b>	Cualitativa ordinal	a) Maestría b) Especialidad c) Diplomado d) Licenciada en enfermería	Máximo nivel académico alcanzado por el personal de enfermería	Porcentaje
<b>Nivel de conocimiento sobre medidas de aislamiento</b>	Cualitativa ordinal	Excelente = 81-100 Bueno= 61-80 Regular: 41 -60 Malo: menor 40	Grado de conocimiento adquirido en la formación sobre aislamientos	porcentaje

## 7.7. PLAN DE ANÁLISIS.

El Instrumento que se utilizó fue una encuesta que se aplicó a las profesionales de enfermería durante el turno mañana, tarde, noche y fin de semana. La recolección de datos fue durante las 2 primeras semanas del mes de noviembre posteriormente se procedió a elaborar la base de datos en el paquete estadístico de Excel, datos con los cuales se elaboraron las tabla de frecuencias y porcentual para cada uno de los objetivos planteados.

### EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO:

Nivel Conocimiento	Escala	N	%
Excelente	81-100		
Bueno	61- 80		
Regular	41-60		
Malo	menor 40		
Total			

Esta puntuación se utilizó para dar un puntaje a las encuestas realizadas al personal de enfermería y así poder medir la calidad en las características determinadas según valor asignado.

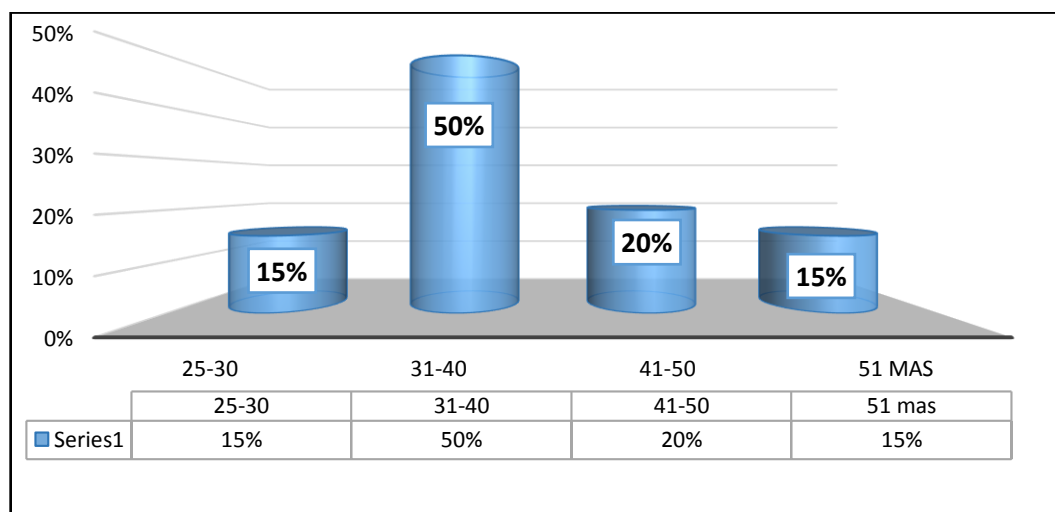
## VII. RESULTADOS

**TABLA N° 1**  
**PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN GRUPO ETAREO, UNIDAD TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUNDO SEMESTRE, 2018.**

Grupo etareo	Nº	%
25-30	3	15%
31-40	10	50%
41-50	4	20%
51 mas	3	15%
TOTAL	20	100 %

**GRAFICO N°1**

**PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN GRUPO ETAREO, UNIDAD TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**



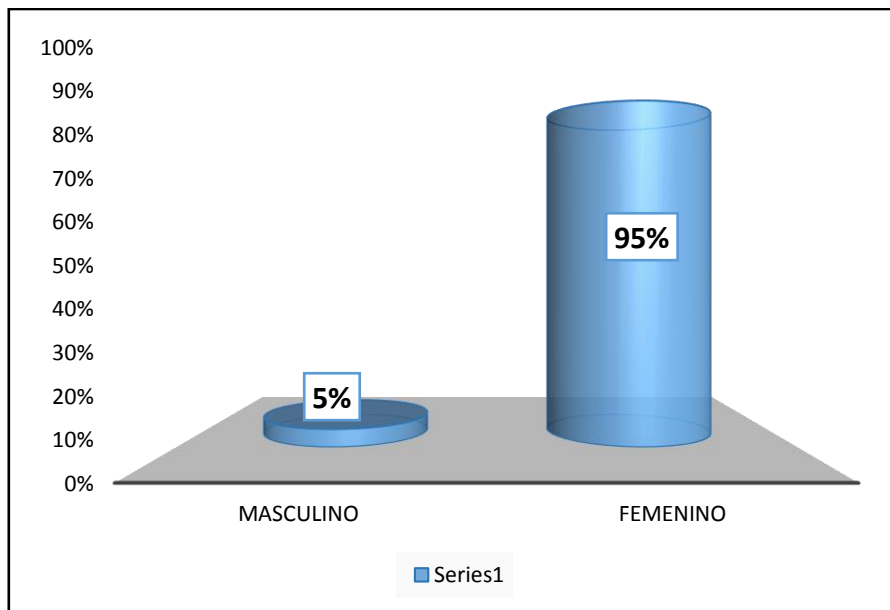
**Fuente:** Elaboración propia

**ANÁLISIS:** De profesionales de enfermería el grupo etareo en su mayoría son de 31-40 que representa el 50%, seguido de 41-50 haciendo 20%; en menor porcentaje de 15% de 25-30 y 51 a más

**TABLA N° 2**  
**PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN SEXO,**  
**UNIDAD TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO,**  
**SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Masculino	1	5%
Femenino	19	95%
<b>TOTAL</b>	20	100 %

**GRAFICO N° 2**  
**PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN SEXO**  
**UNIDAD TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO,**  
**SEGUNDO SEMESTRE, 2018**



**Fuente:** Elaboración propia

**Interpretación:** De profesionales de enfermería encuestada 95% (19) son de sexo femenino y 5% (1) de sexo masculino.



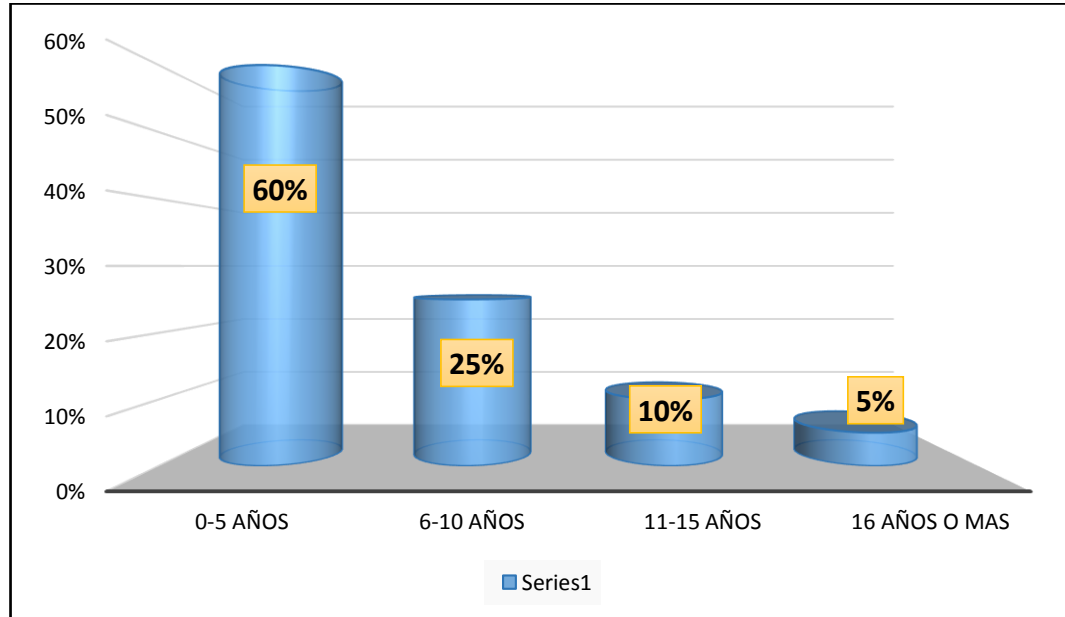
**TABLA Nº 3**

**EXPERIENCIA LABORAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA  
UNIDAD TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO,  
SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

<b>Experiencia laboral</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
0-5 años	12	60%
6-10 años	5	25%
11-15 años	2	10%
16 años o mas	1	5%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100 %</b>

**GRAFICO Nº 3**

**EXPERIENCIA LABORAL DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA  
UNIDAD TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO,  
SEGUNDO SEMESTRE, 2018**



**Fuente: Elaboración propia**

**ANALISIS:** Del personal de enfermería que trabaja en la unidad de terapia intensiva con experiencia laboral el de mayor impacto el de menor a 5 años con 60% (12), de 6 a 10 años un 25%(5), seguido de 11-15 año un 10% (2) y más 16 años 5%

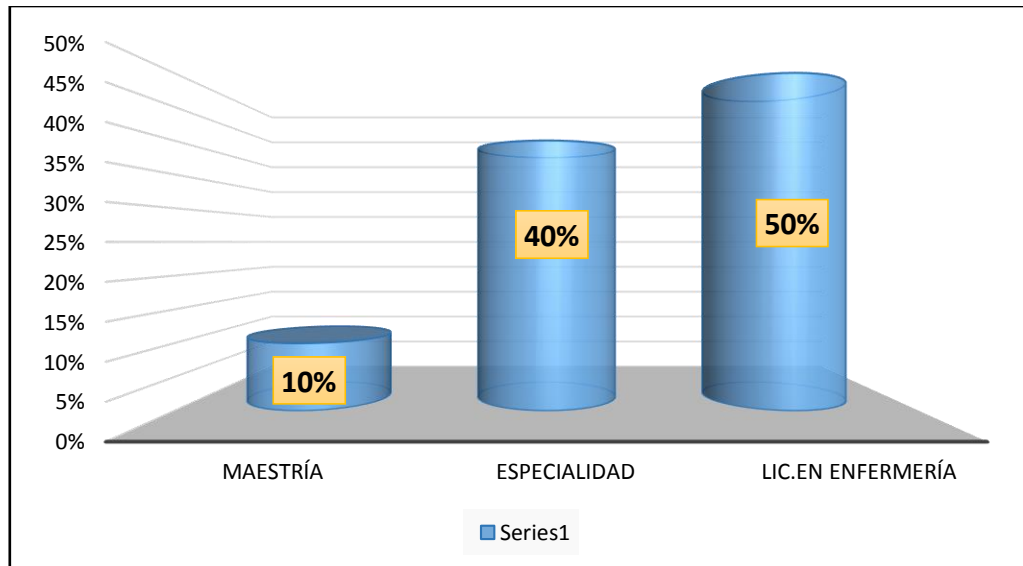
**TABLA Nº 4**

**PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVEL DE FORMACIÓN  
UNIDAD TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO,  
SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

<b>Nivel de formación</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Maestría	2	10%
Especialidad	8	40%
Lic. En enfermería	10	50%
<b>TOTAL</b>	20	100 %

**GRAFICO Nº4**

**PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SEGÚN NIVEL DE FORMACIÓN  
UNIDAD TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO,  
SEGUNDO SEMESTRE, 2018**



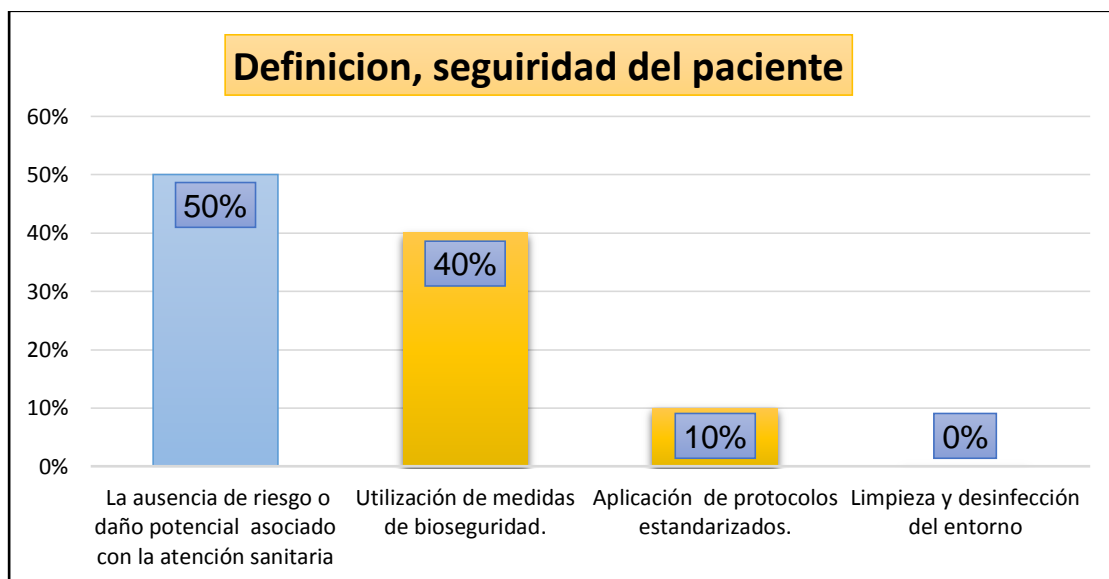
**Fuente: Elaboración propia**

**ANÁLISIS:** El nivel de formación de las licenciadas el 50%(10) cuentan con título de Lic. Enfermería, el 40%(8) realizaron la especialidad en terapia y el 10% (2) cuentan con título de Maestría.

**TABLA N° 5**  
**DEFINICIÓN ESPECÍFICA EN SEGURIDAD DEL PACIENTE, SEGÚN PROFESIONALES EN ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

Definición Seguridad del paciente	Nº	%
La ausencia de riesgo o daño potencial ,asociado con la atención sanitaria	10	50%
Utilización de medidas de bioseguridad.	8	40%
Aplicación de protocolos estandarizados.	2	10%
Limpieza y desinfección del entorno	0	0%
TOTAL	20	100%

**GRÁFICO N° 5**



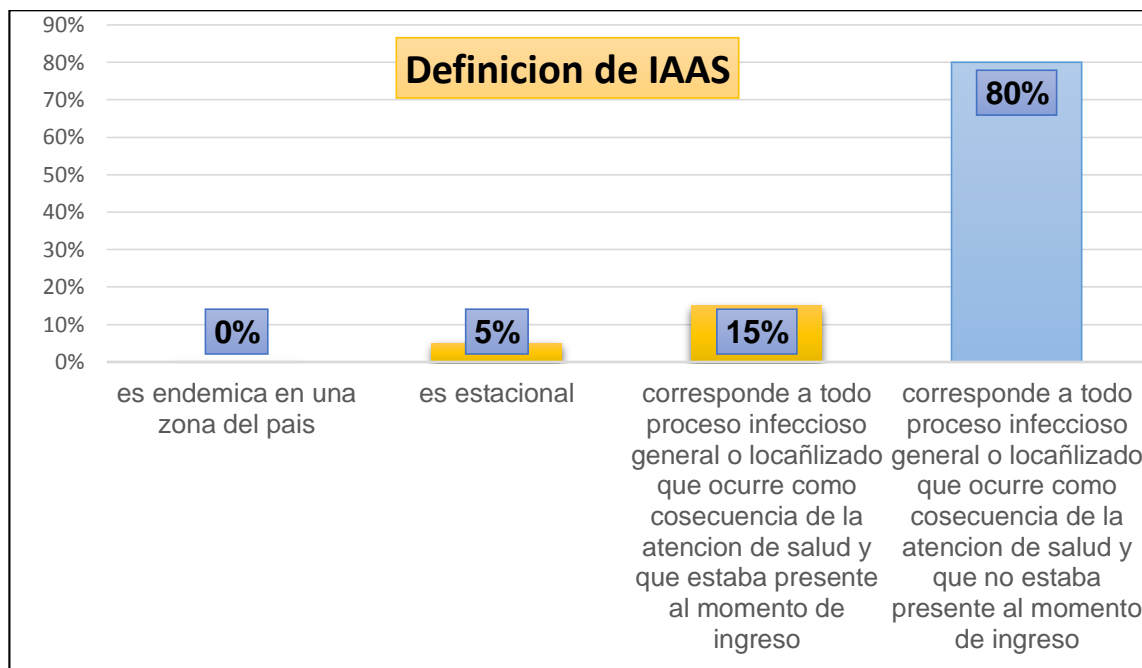
**Fuente:** Elaboración propia

**ANÁLISIS:** Con respecto a la definición específica sobre seguridad del paciente, el 50% del personal encuestado respondió correctamente

**TABLA N° 6**  
**DEFINICIÓN DE IAAS, SEGÚN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO, LA PAZ-BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

Definición de IAAS	Nº	%
Es endémica en una zona del país	0	0%
Es estacional	1	5%
Corresponde a todo proceso infeccioso general o localizado que ocurre como consecuencia de la atención de salud y que estaba presente al momento de ingreso	3	15%
Corresponde a todo proceso infeccioso general o localizado que ocurre como consecuencia de la atención de salud y que no estaba presente al momento de ingreso.	16	80%
Total	20	100%

**GRÁFICO N° 6**



**FUENTE:** Elaboración propia

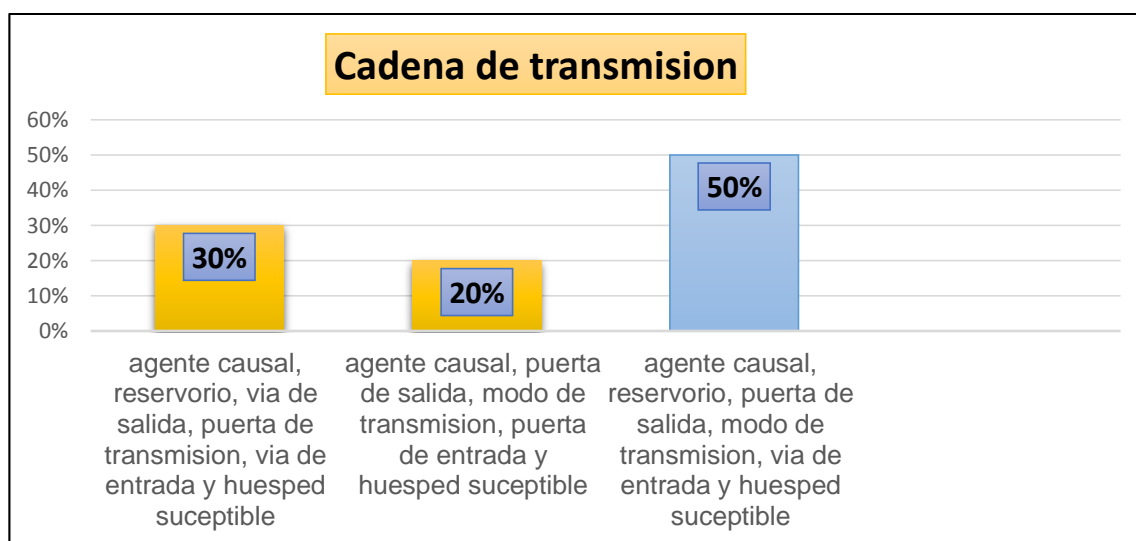
**ANÁLISIS:** En la tabla y gráfico 6 se muestra que los profesionales de enfermería respondieron en un 80% de manera correcta, y el 20% respondieron de manera incorrecta.

**TABLA N° 7**

**CONOCIMIENTO ESPECÍFICO SOBRE CADENA DE TRANSMISIÓN, SEGÚN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

<b>Conocimiento específico en Cadena de transmisión</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Agente causal, reservorio, vía de salida, puerta de transmisión, vía de entrada y huésped susceptible	6	30%
Agente causal, puerta de salida , modo de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible	4	20%
Agente causal, reservorio, puerta de salida , modo de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible	10	50%
Total	20	100%

**GRÁFICO N°7**



**FUENTE:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería.

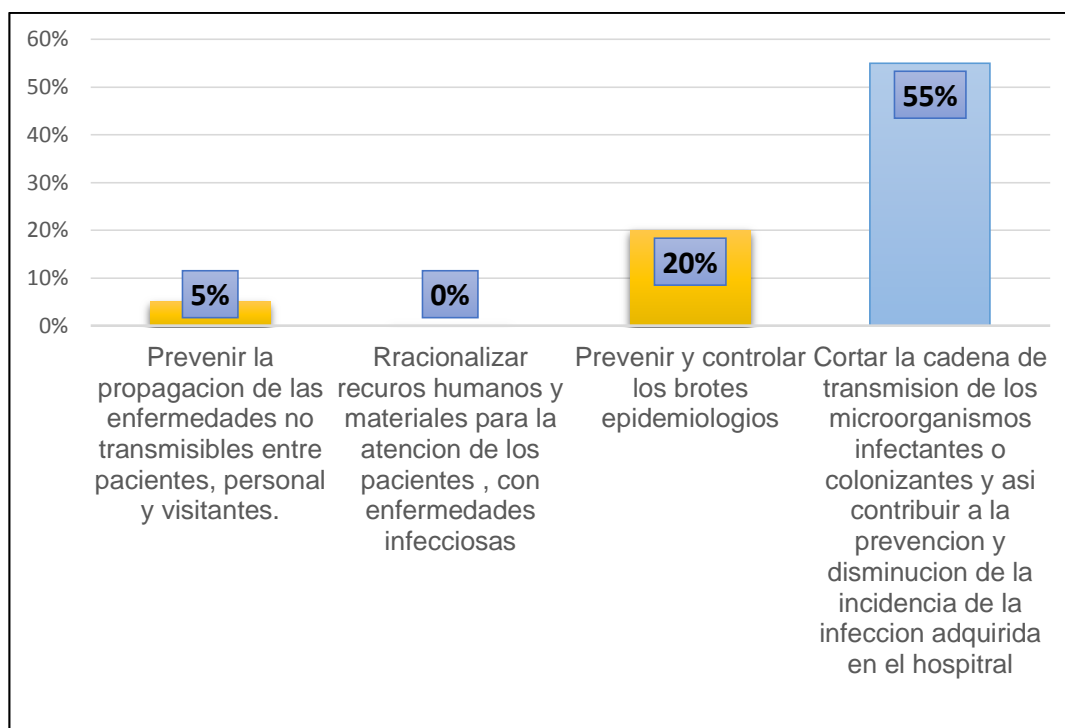
**ANÁLISIS:** Este grafico representa que el 50% de los encuestados respondió de manera correcta. Mientras el otro 50% de los encuestados presento conocimiento errado sobre lo planteado.

**TABLA Nº 8**

**OBJETIVO ESPECÍFICO PARA REALIZAR AISLAMIENTOS, SEGÚN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUNDO SEMESTRE, 2018.**

Objetivo de realizar aislamiento	Nº	%
Prevenir la propagación de las enfermedades no transmisibles entre pacientes, personal y visitantes	5	25%
Racionalizar recursos humanos y materiales para la atención de los pacientes con enfermedades infecciosas.	0	0%
Prevenir y controlar los brotes epidemiológicos.	4	20%
Cortar la cadena de trasmisión de los microorganismos infectantes o colonizantes y así contribuir a la prevención y disminución de la incidencia de la infección adquirida en el hospital.	11	55%
Total	20	100%

**GRÁFICO Nº 8**



**FUENTE:** Elaboración propia

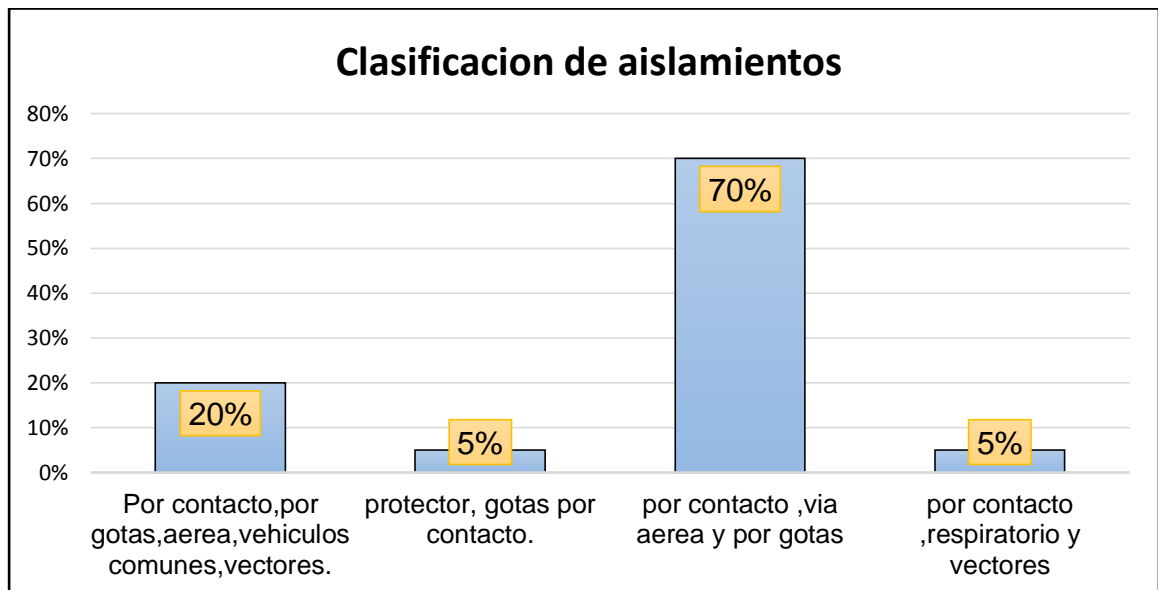
**ANÁLISIS:** este grafico representa que el 55% respondió de manera correcta y el 45% desconoce el objetivo específico para realizar aislamientos

**TABLA ° 9**

**CONOCIMIENTOS EN CLASIFICACIÓN DE AISLAMIENTOS SEGÚN MECANISMOS DE TRANSMISIÓN, POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

<b>Clasificación de aislamientos</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Por contacto, por gotas, aérea, vehículos comunes, vectores.	14	20%
Protector, por gotas, por contacto	5	5%
Por contacto, vía aérea y por gotas	0	70%
Por contacto, respiratorio y vectores	1	5%
Total	20	100%

**GRÁFICO Nº 9**



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería.

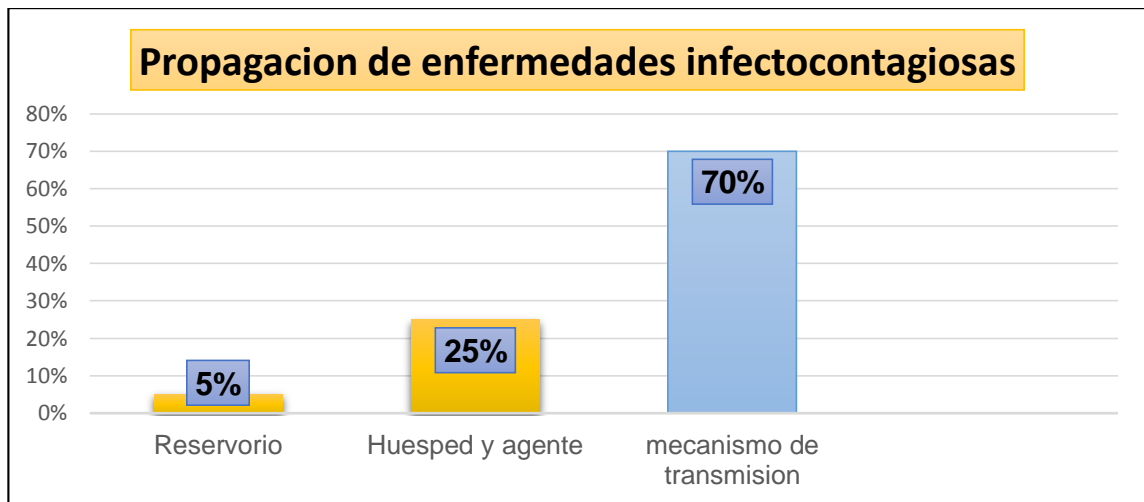
**Análisis:** Este grafico representa que la mayor parte de la población estudiada ha obtenido un resultado de 70% de respuestas correctas.

**TABLA N°10**

**COMPONENTE QUE DEFINE LA FORMA DE PROPAGACIÓN DEL AGENTE CAUSAL DE LAS ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, SEGÚN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

<b>Forma propagación de enfermedades infectocontagiosas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Reservorio	1	5%
Huésped, y agente	5	25%
mecanismo de transmisión	14	70%
Total	20	100%

**GRÁFICO N° 10**



**FUENTE:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería.

**ANÁLISIS:** Este grafico nos muestra que la población estudiada posee conocimiento en la forma de propagación de enfermedades infectocontagiosas, ya que obtuvo un resultado de 70% de respuestas correctas.

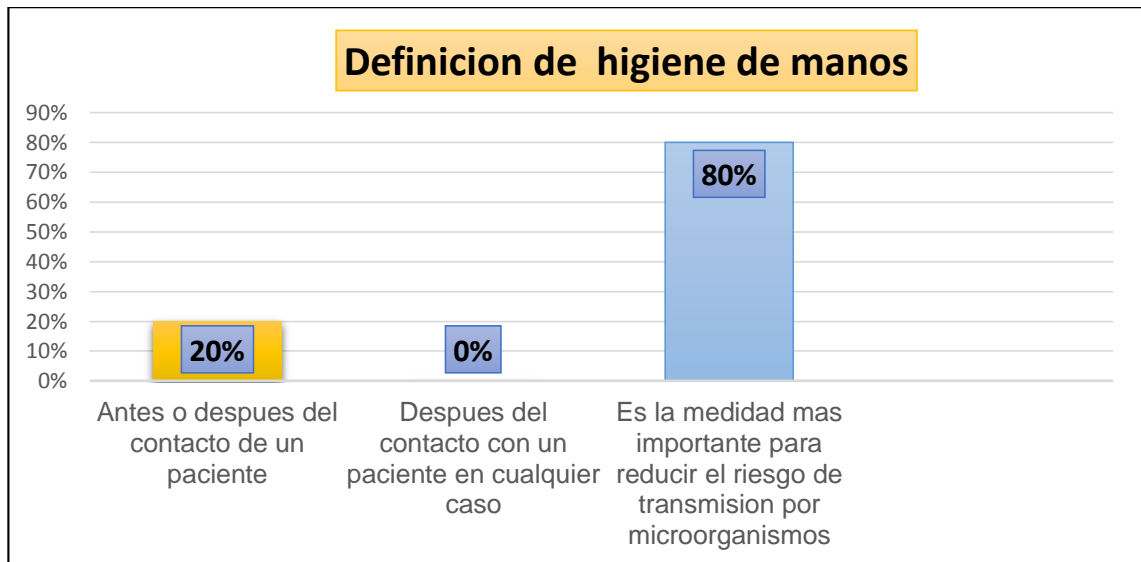


**TABLA N° 11**

**DEFINICIÓN ESPECIFICA DE HIGIENE DE MANOS, SEGÚN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

Definición de higiene de manos	Nº	%
Antes o después del contacto con un paciente.	4	20%
Después del contacto con un paciente en cualquier caso.	0	0%
Es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión por Microorganismos.	16	80%
Total	20	100%

**GRÁFICO N°11**



**FUENTE:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería.

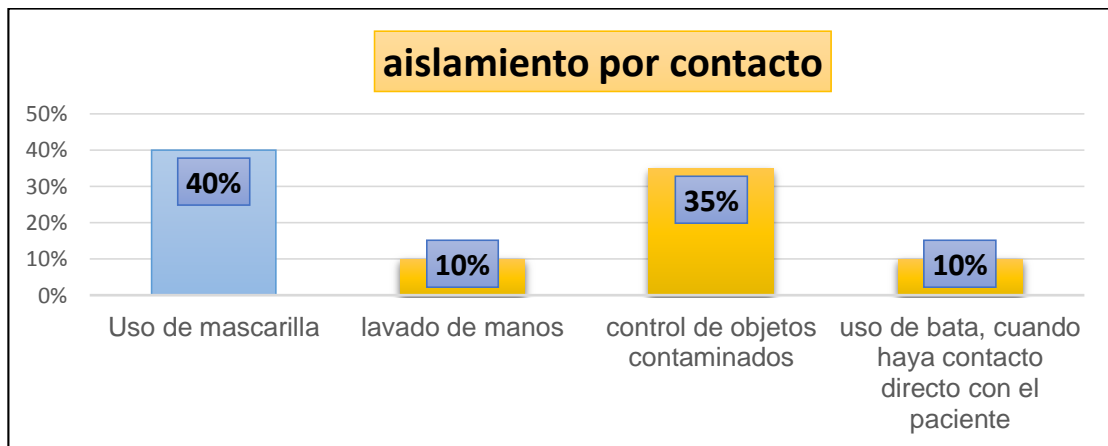
**ANÁLISIS:** Este grafico nos refleja, que el personal de enfermería tiene un nivel alto de conocimiento sobre definición de higiene de manos, obteniendo el 80% de respuestas correctas.

**TABLA N° 12**

**MEDIDAS QUE NO SON NECESARIAS PARA EL AISLAMIENTO DE CONTACTO, SEGÚN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

<b>Protocolo de aislamiento por contacto, no es necesario</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Uso de mascarilla	8	40%
Lavado de manos	2	10%
Control de objetos contaminados	7	35%
Uso de bata , cuando haya contacto directo con el paciente	2	10%
No responde	1	5%
Total	20	100%

**GRÁFICO N° 12**



**FUENTE:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería.

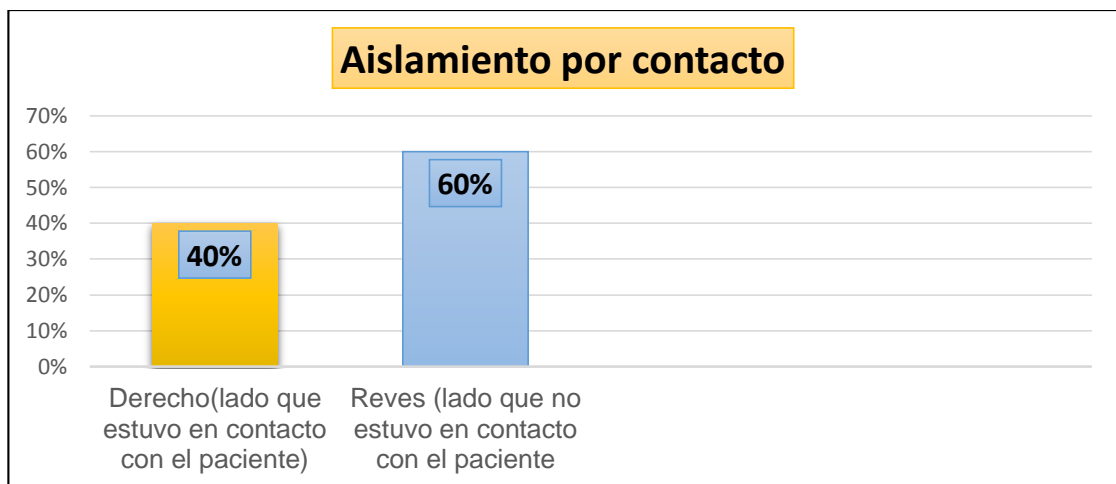
**ANÁLISIS:** Este grafico representa que la población estudiada ha obtenido un resultado de 40% de respuestas correctas y el resto respondió de manera incorrecta. Se debe fortalecer conocimientos en las medidas y cuidados específicos en un aislamiento de contacto.

**TABLA Nº 13**

**TIPO DE COLGADO AL RETIRASE LA BATA EN UN AISLAMIENTO DE CONTACTO, SEGÚN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

<b>Retiro de bata en Aislamiento por contacto</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Derecho (lado que estuvo en contacto con el paciente)	8	40%
Revés (lado que no estuvo en contacto con el paciente)	12	60%
Total	20	100%

**GRÁFICO Nº 13**



**FUENTE:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería

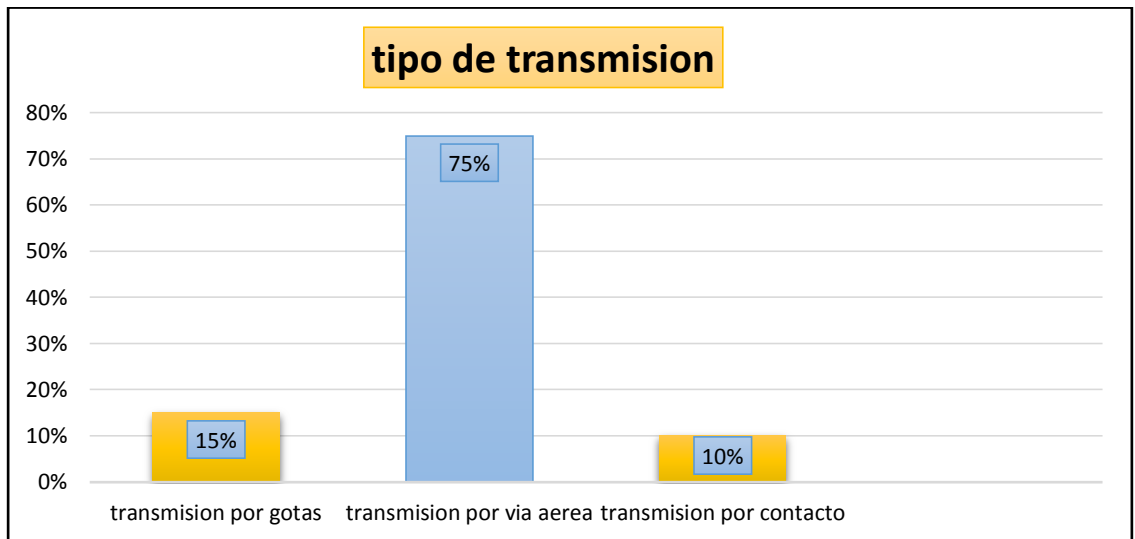
**ANÁLISIS:** En lo que respecta a este caso puntual se puede determinar que el 60% del grupo en estudio, posee conocimientos regulares con respecto al tipo de colgado que se debe tener en cuenta al retirarse la bata en un aislamiento de contacto, por lo tanto es una variable que debe ser reforzada a través de capacitaciones actualizadas y continuas para el control y prevención de la enfermedades infecto-contagiosas.

**TABLA N° 14**

**TIPO DE TRANSMISIÓN; CUYO MECANISMO SE PRODUCE POR LA DISEMINACIÓN DE PARTÍCULAS INFERIORES A 5 MICRAS, PERMANECIENDO ESTAS SUSPENDIDAS EN EL AIRE EN LARGOS PERIODOS DE TIEMPO, SEGÚN ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO , SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

<b>Tipo de transmisión</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Transmisión por gotas	3	15%
Transmisión por vía aérea	15	75%
Transmisión por contacto	2	10%
Total	20	100%

**GRÁFICO N°14**



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería.

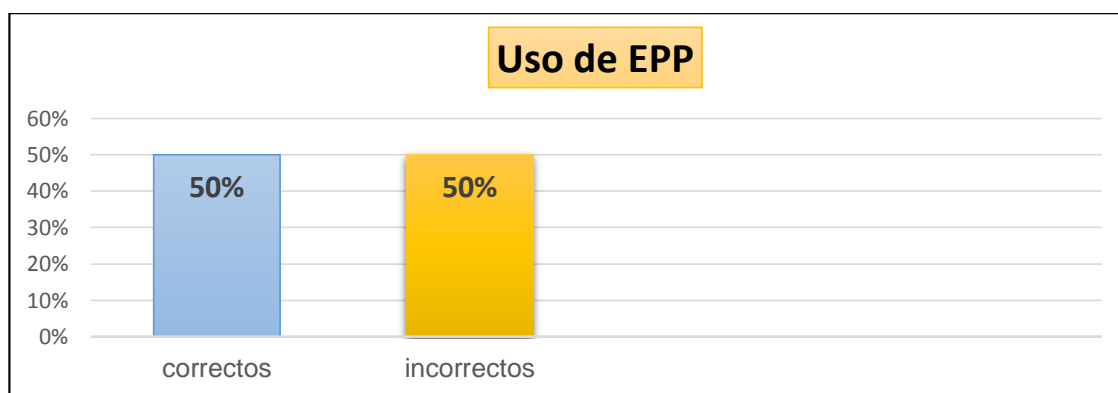
**Análisis:** Este grafico representa que la mayor parte de la población estudiada ha obtenido un resultado de 75% de respuestas correctas.

TABLA N° 15

**PASOS CORRECTOS PARA COLOCARSE Y RETIRARSE EPP, SEGÚN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

Secuencia de colocarse y retiro de EPP	Nº	%
Correctos	10	50%
Incorrectos	10	50%
Total	20	100%

GRAFICO N° 15



**FUENTE:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería.

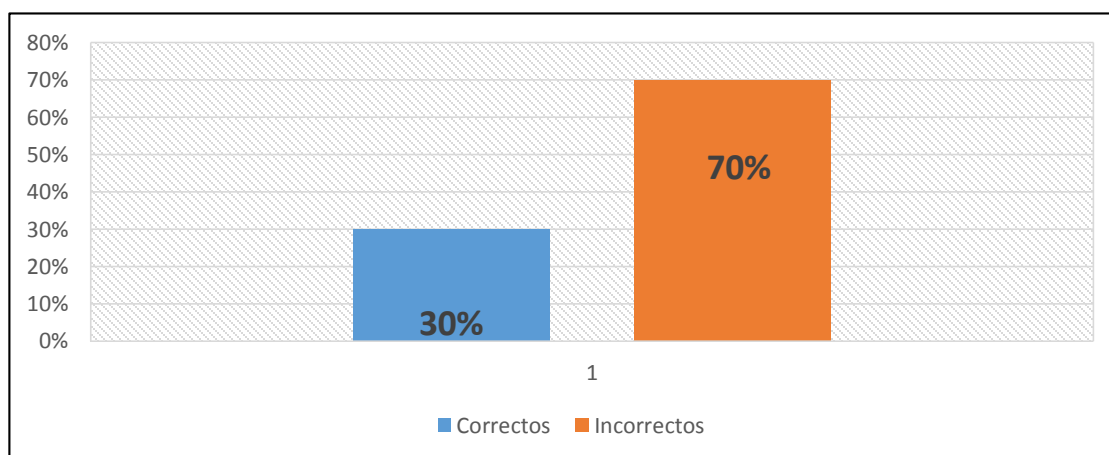
**ANÁLISIS:** De acuerdo a los resultados obtenidos se puede observar que existe una paridad, en cuanto a la secuencia de pasos al colocarse y retirarse los EPP. Esto pone de manifiesto una tendencia negativa, ya que resulta importante conocer el orden correcto del uso y retiro de dichos elementos.

**TABLA N° 16**

**RELACIÓN; TIPO DE AISLAMIENTO SEGÚN PATOLOGÍAS, POR PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO “DR. OVIDIO ALIAGA URÍA”, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

Relación, patologías y tipo de aislamientos	Nº	%
Correctos	6	30%
Incorrectos	14	70%
Total	20	100%

**GRAFICO N° 16**



**Fuente:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería

**Análisis:** Este grafico nos muestra que los profesionales de enfermería, no poseen mayor conocimiento sobre el tipo de aislamiento según patologías. Del mismo modo se puede visualizar un porcentaje de 30% que corresponde a las respuestas correctas. Esto resulta desfavorable a la hora del desempeño laboral. Es necesario reforzar y fortalecer dichos conocimientos en el personal de enfermería.

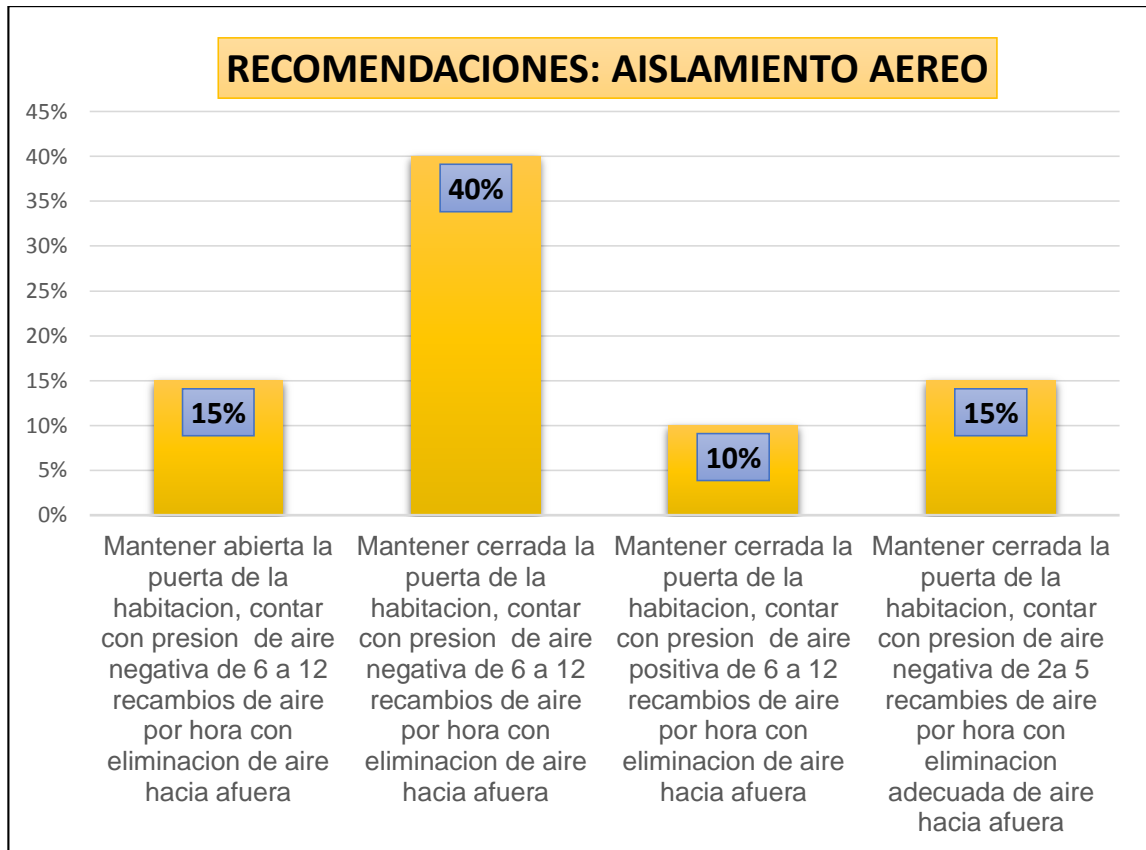
**TABLA N° 17**

**CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO ADECUADO DE FILTROS HEPA EN EL AISLAMIENTO AÉREO, SEGÚN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UCIP, HOSPITAL DEL NIÑO, SEGUNDO SEMESTRE, 2018**

Recomendaciones en Aislamiento aéreo	Nº	%
Mantener abierta la puerta de la habitación, contar con presión de aire negativa de 6 a 12 recambios de aire por hora con eliminación adecuada de aire hacia afuera	3	15%
Mantener cerrada la puerta de la habitación, contar con presión de aire negativa de 6 a 12 recambios de aire por hora con eliminación adecuada de aire hacia afuera	8	40%
Mantener cerrada la puerta de la habitación, contar con presión de aire positiva de 6 a 12 recambios de aire por hora con eliminación adecuada de aire hacia afuera	2	10%
Mantener cerrada la puerta de la habitación, contar con presión de aire negativa de 2 a 5 recambios de aire por hora con eliminación adecuada de aire hacia afuera	3	15%
No responde	4	20%
Total	20	100%

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos obtenidos de la encuesta realizadas al personal de enfermería

GRÁFICO N°17



**ANALISIS:**

Podemos observar que el personal de enfermería obtuvo 40% de respuestas correctas. Es necesario reforzar y fortalecer dichos conocimientos en el personal de enfermería.



**TABLA 18**  
**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE MEDIDAS DE AISLAMIENTO**

Nivel	Escala	N	%
Excelente	81-100	3	15%
Bueno	61- 80	7	35%
<b>Regular</b>	<b>41-60</b>	<b>10</b>	<b>50%</b>
Malo	menor 40	0	0%
Total		20	100%

**Fuente: Elaboración propia**

El **50%** de los profesionales de enfermería presentan un nivel de conocimiento **REGULAR** seguido del **35%** con un **bueno** y en menor porcentaje de **15%** con un nivel de conocimiento **excelente** sobre medidas de aislamiento.

## IX. CONCLUSIONES

Conocidos y analizados los resultados podemos concluir lo siguiente:

1. Las enfermeras que participaron en la investigación fueron categorizadas de acuerdo a diferentes características en cuanto a **edad, sexo, nivel de formación, tiempo o experiencia laboral**; en el mismo se observó que predomina el sexo femenino al 95% (19) y un 5% (1) de sexo masculino. El tiempo laboral en terapia intensiva pediátrica del Hospital del Niño es de menor a 5 años 60% el resto trabajan más de 10 años haciendo 40%. Y en el Nivel de formación mitad 50% (10) son licenciadas en enfermería sin postgrado, 40% (8) cuentan con especialidad y 10% (2) cuentan con maestría en terapia intensiva.
2. Conocimiento sobre medidas de aislamiento con la evaluación de 13 preguntas a 20 profesionales de enfermería encuestadas el **50%** de los profesionales de enfermería presentan un nivel de conocimiento **REGULAR** seguido del 35% con un bueno y en menor porcentaje de 15% con un nivel de conocimiento excelente sobre medidas de aislamiento.
3. En relación a los resultados obtenidos se establece elaborar un protocolo de aislamientos (aéreo, gotitas, contacto) la cual será un instrumento de apoyo para el servicio de terapia.

## **X. RECOMENDACIONES**

Al comité de control de infecciones asociadas a la atención de la salud y vigilancia epidemiológica y al departamento de enfermería:

- Informar y capacitar al profesional de enfermería, mediante charlas y actualizaciones continuas, sobre mecanismos de transmisión de los microorganismos y correcto manejo de aislamientos en la UCIP, para reforzar conocimientos, habilidades en cuanto a control y medidas preventivas de IAAS.
- Integrar a los distintos profesionales que integran el equipo interdisciplinario, en busca de unificar criterios a la hora de atención del paciente. En busca de establecer normas y procedimientos que sean comunes para todos los que se desempeñan en el servicio de clínica médica
- Aplicar el manejo de los checklis para realizar vigilancia activa del personal de salud sobre las medidas de aislamiento.
- Por los datos obtenidos en la investigación es menester elaborar un protocolo de sistema de aislamiento según mecanismos de transmisión. Ya que el indicador para la acreditación de una institución es contar con instrumentos como protocolos terapéuticos que optimizan el trabajo en intervenciones de enfermería.

## **XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Dostres C, Ramírez A, Santin M, Actualización del programa de prevención y control de la infección intrahospitalaria. La Habana: ministerio de salud pública; 1995.
2. Balasini C, Candela M. Infectología crítica, Manejo de la patología infecciosa en el paciente grave, Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires-Argentina; 2016.
3. Londoño J, Ospina M. Factores de riesgo asociados a infecciones por bacterias. Brasil. 2012.
4. Ballesteros J. La infección adquirida en una unidad de cuidados intensivos. Análisis descriptivo y con minería de datos. Trabajo de investigación para la obtención del grado de doctor en medicina Salamanca: Universidad de Salamanca; 2015.
5. Talavera K. Patógenos causantes de infecciones intrahospitalarias del tracto urinario con alta resistencia a los antibióticos Hospital Nacional Alberto Sabogal. Tesis para optar al título de especialista en Patología Clínica Lima; 2015.
6. Ramos F. Infecciones Intrahospitalarias pacientes Unidad de Terapia Intensiva Hospital Goyene. Perú –Puno 2017. Pag. 70.
7. Caracterización epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud en el Hospital Obrero N°2 de la CNS, Regional Cochabamba, Bolivia.2013.
8. ENVIN-UCI H. Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva Madrid: Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SeMicyuc), “grupo de trabajo de enfermedades inf.”; 2015.
9. Pradhan N, Bhat S, Ghadage D. Nosocomial Infections in the Medical ICU: A Retrospective Study Highlighting their Prevalence, Microbiological Profile and Impact on ICU Stay and Mortality: PubMed; 2014.
10. Ahmed N, Hussain T. Antimicrobial resistance of bacterial isolates from respiratory secretions of ventilated patients in a multi-specialty hospital: 2015.

11. López, M. Martínez J. Exposición ocupacional a agentes biológicos del personal de enfermería de cuidados intensivos en un hospital de 1 nivel. Ecuador. 2012.
12. Sociedad Española de medicina preventiva salud pública e higiene. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales. España.2013.
13. Delgado Acosta HM, Suárez del Villar Seuret S, Vega Galindo M. Factores de riesgo de infección intrahospitalaria en un Servicio de Neonatología. MEDISUR 2014.
14. Basulto Barroso MM, Galdós Sánchez MC, Carr González J, Díaz Agüero E. Infección nosocomial respiratoria en la Unidad de Cuidados Intensivos. AMC. 2018.
15. WHO health organization. The conceptual framework for the international classificatium for patient safety versión 1.1 final technical report(consultado 4 Febrero 2016).
16. Organización Mundial de la Salud (2007)
17. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Recuperado 20 mar 2016. de: <http://www.jointcommissioninternational.org>. Enfermería y Seguridad de los Pacientes Washington: PALTEX; 2011
18. Ministerio de Salud Pública. Norma técnica de seguridad del pacient.2017.
19. OPS, 2010
20. Candace F, William N. Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC.IFIC .2011; 2ed:77-86.
21. Medición de la prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales generales de las principales instituciones públicas de salud informe documental en extenso México D.F., 11 de Noviembre
22. Guía para la prevención de la infección hospitalaria [Artículo en línea] [Comisión de infección hospitalaria, Profilaxis y política antibiótica] (<http://www.elcomprimido.com/FARHSD/PROTNORMASaislamiento.pdf>)
23. Norma nacional de IAAS .serie documentos- técnicos La Paz – Bolivia 2013
24. Castillero Mimenza O, 2018. Psicología y Mente Los/ 9 tipos de conocimiento. 2018.

25. Ospina Rave BE, Sandoval J. Investigación y Educación en Enfermería La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Mexico.2015.
26. Gonzales D. Carlos, Sánchez S. Leonardo, <http://bvs.cu/revistas/ems/vol.117> 2013.
27. Normas nacionales de IAAS: Documentos Técnico Normativos La Paz – Bolivia publicación **350** diciembre 2013 pag.19.
28. Ortega, Leija,Puntunet, Manual de evaluación de calidad del servicio de enfermería y estrategias para su aplicación, Editorial Panamericana, Ciudad Buenos Aires, 2014.
29. Gisela Villalobos Alcázar, Cuidados del recién nacido críticamente enfermo, Instituto de salud perinatal y reproducción humana Isidro Espinoza de Reyes, México, 2014.

## XII. ANEXO

### Anexo 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION.

ACTIVIDADES	jul-18				ago-18				sep-18				oct-18				nov-18				Mar		Ago.				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	3	4	3	4				
Determinación del tema	→																										
Revisión bibliográfica	→																										
Elaboración del marco	→																										
elaboración del instrumento de recolección de datos									→																		
Recolección de datos aplicando el instrumento validado																→											
Recolección de datos																				→							
Análisis e interpretación de Resultados																											
Revisión del protocolo de intervención																				→							
Aprobación del protocolo																				→							
Revisión de tribunales de propuesta de intervención																						→					
Presentación final																								→			

## Anexo N° 2: PRESUPUESTO

<b>CATEGORÍA</b>	<b>UNIDAD</b>	<b>COSTO</b>
<b>Suministro de computadora y búsqueda de información en internet</b>	Todo el proyecto	500 bs
<b>Impresiones y fotocopias de cuestionarios</b>	100 unidades	150 bs (todo el proyecto)
<b>Bolígrafos</b>	3 unidades	10 bs
<b>Fotocopias ,folders y material de campo</b>	800 unidades	300 bs(todo el proyecto)
<b>Encuadernados</b>	8 unidades	360 bs
<b>Costo de refrigerio para recolección de datos</b>	20 unidades	290 bs
<b>Refrigerio en la fecha de defensa empastados del trabajo final e impresiones más CD</b>	4 unidades	90 bs
	3 unidades	550 bs
<b>TOTAL</b>		2.250 bs



**Anexo N° 3**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMERA(O) PROFESIONAL EN MEDIDAS DE AISLAMIENTO, EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA" LA PAZ -BOLIVIA, SEGUNDO SEMESTRE 2018.**

Importante:

Distinguida licenciada:

Solicito su colaboración para realizar este trabajo de investigación cuyo objetivo es obtener información en manejos de tipos de aislamientos en la terapia intensiva pediátrica.

La información que obtendré es con propósito académico y será estrictamente confidencial ya que no requiere identificación de su persona, de ninguna manera le compromete en su trabajo. Sus respuestas permitirán analizar la situación y los resultados obtenidos serán utilizados solo con fines de investigación.

Marque con una cruz y relacione la opción que usted elija

## Anexo N° 4

### ENCUESTA N°.....

#### CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMERA(O) EN MEDIDAS DE AISLAMIENTOS, UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OLIVIO ALIAGA URIA", SEGUNDO SEMESTRE 2018.

##### I.DATOS GENERALES

Edad.....Sexo.....

##### 1. Experiencia laboral:

- 0-5 años
- 6-10 años
- 11-15 años
- 16 años o mas

##### 2. Nivel de formación

- Maestría
- Especialidad
- Diplomado
- Licenciada en enfermería

##### II.DATOS DE CONOCIMIENTO

##### 3. De los siguientes enunciados cuál es más específico para definir seguridad en el paciente:

- La ausencia de riesgo a daño potencial o asociado con la atención sanitaria
- Utilización de medidas de bioseguridad.
- Aplicación de protocolos estandarizados.
- Limpieza y desinfección del entorno

##### 4. ¿Qué es una infección asociada a una atención de salud (IAAS)?

- Es endémica en una zona del país
- Es estacional
- Corresponde a todo proceso infeccioso general o localizado que ocurre como consecuencia de la atención de salud y que estaba presente al momento de ingreso.
- Corresponde a todo proceso infeccioso general o localizado que ocurre como consecuencia de la atención de salud y que no estaba presente al momento de ingreso.

**5. La cadena de transmisión de todo microorganismo cuenta con 6 eslabones. Elija uno:**

- Agente causal, reservorio, vía de salida, puerta de transmisión, vía de entrada y huésped susceptible
- Agente causal, puerta de salida , modo de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible
- Agente causal, reservorio, puerta de salida, modo de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible

**6. ¿Cuál es el objetivo de realizar el aislamiento?**

- Prevenir la propagación de las enfermedades no transmisibles entre pacientes, personal y visitantes
- Racionalizar recursos humanos y materiales para la atención de los pacientes con enfermedades infecciosas.
- Prevenir y controlar los brotes epidemiológicos.
- Cortar/Interrumpir la cadena de transmisión de los microorganismos infectantes o colonizantes y así contribuir a la prevención y disminución de la incidencia de la infección adquirida en el hospital.

**7. Según el mecanismo de transmisión los aislamientos se clasifican en:**

- Por contacto, por gotas, aérea, vehículos comunes, vectores.
- Protector, por gotas, por contacto
- Por contacto, vía aérea, y por gotas
- Por contacto, respiratorio y vectores

**8. Señale el componente que define la forma de propagación del agente causal de las enfermedades infectocontagiosas.**

- Reservorio
- huésped y agente
- mecanismo de transmisión

**9. La definición de Higiene de manos es :**

- Antes o después del contacto con un paciente.
- Después del contacto con un paciente en cualquier caso.
- Es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión por Microorganismos.

**10. En un protocolo de aislamiento por contacto , no es necesario:**

- Uso de mascarilla
- Lavado de manos
- Control de objetos contaminados
- Uso de bata , cuando haya contacto directo con el paciente

**11. En un aislamiento por contacto al momento de salir de la habitación y retirarse la bata, ¿a qué lado debe colocar la bata?**

- Derecho (lado que estuvo en contacto con el paciente)
- Revés (lado que no estuvo en contacto con el paciente)

**12. Como se conoce al tipo de transmisión de microorganismos cuyo mecanismo se produce por la diseminación de partículas inferiores a 5 micras, permaneciendo estas suspendidas en el aire en largos periodos de tiempo.**

- Transmisión por gotas.
- Transmisión por vía aérea.
- Transmisión por contacto.

**13. Enumere la secuencia que se debe seguir para ponerse el equipo de protección personal**

- (..) Higiene de las manos
- (..) Colocar la bata
- (..) Colocar el barbijo
- (..) Colocar los guantes

**Enumere la secuencia para el retiro del equipo de protección personal:**

- (..) Sacar los guantes
- (..) Sacar la bata, tomándola por dentro
- (..) Higiene de manos
- (..) Sacar el barbijo

**15. Relacione las patologías con el tipo de aislamiento requerido.  
(Se puede repetir)**

a. Vía aérea    b. Gota    c. Contacto    d. Estándar    e. Ninguna

- Tuberculosis pulmonar ( ...)
- Diarrea ( ...)
- Herpes zóster diseminado ( ...)
- Sarampión ( ...)
- Coqueluche ( ...)
- Infección de herida *S. aureus* meticilino resistente ( ...)
- Hepatitis A ( ...)
- Hepatitis B y C ( ...)
- Varicela activa ( ...)
- Microorganismos multiresistentes ( ...)
- Rubeola ( ...)

## **16. Recomendaciones específicas en el manejo adecuado de filtros HEPA en un aislamiento aéreo**

- Mantener abierta la puerta de la habitación, contar con presión de aire negativa de 6 a 12 recambios de aire por hora con eliminación adecuada de aire hacia afuera
- Mantener cerrada la puerta de la habitación, contar con presión de aire negativa de 6 a 12 recambios de aire por hora con eliminación adecuada de aire hacia afuera
- Mantener cerrada la puerta de la habitación, contar con presión de aire positiva de 6 a 12 recambios de aire por hora con eliminación adecuada de aire hacia afuera
- Mantener cerrada la puerta de la habitación, contar con presión de aire negativa de 2 a 5 recambios de aire por hora con eliminación adecuada de aire hacia afuera



HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"  
UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA

Código:

Fecha:

Páginas:

Vigencia:

## INDICE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 2
2. JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 4
3. OBJETIVO.....	pág. 4
4. PROPÓSITO.....	Pág. 4
5. ALCANCE.....	Pág. 4
6. AISLAMIENTO.....	Pág. 5
7. BIOSEGURIDAD.....	Pág. 6
I.    PRECAUCIONES ESTÁNDAR.....	Pág.13
II.   AISLAMIENTO POR CONTACTO.....	Pág.15
III.  AISLAMIENTO GOTAS.....	Pág.19
IV.  AISLAMIENTO AÉREO.....	Pág.22
V.   AISLAMIENTO PROTECTOR.....	Pág.25
8. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	Pág.26
VI.  REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág.29
VII. ANEXOS.....	Pág.30



## **1. INTRODUCCIÓN**

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) constituyen hoy en día un importante problema de salud pública no solo para los pacientes, sino también para la familia, la comunidad y el Estado, constituyendo así un desafío para las instituciones de salud y el personal médico responsable de la atención; por ser un evento adverso que se puede prevenir en pacientes hospitalizados.

Las infecciones intrahospitalarias se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad, lo que se traduce no sólo en un incremento en los días de hospitalización y costos de atención, sino también en un incremento en DALYS (años de vida ajustados de discapacidad) en la población; desconociéndose a nivel de América Latina la carga de enfermedad que este evento produce<sup>1</sup>.

Se considera una infección intrahospitalaria aquella que no está presente ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observa durante la estadía hospitalaria o al alta del paciente. La infección usualmente se hace evidente a las 48 horas o más, luego de la admisión al establecimiento. Incluye también las infecciones contraídas en el hospital pero que aparecen después que el enfermo fue dado de alta y las que se registran entre el personal y los visitantes del hospital.

Las medidas de precaución y aislamiento, son comportamientos encaminadas a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Está conformada por tres grandes principios o pilares, la universalidad, el uso de barreras y los medios de eliminación de material contaminado, los cuales en su conjunto sustentan y dan origen a las precauciones universales.<sup>2</sup>

De las precauciones universales se desprende de las medidas de precaución estándar, que son el resultado de la combinación de distintas normas que

<sup>1</sup> Cardo D, Dennehy PH, Halverson P, Fishman N, Kohn M, Murphy CL Whitley LJ, Moving toward elimination of healthcare-associated infections: A call to action. Am J Infect Control 2010; 38:671-5.

<sup>2</sup> García- Alvarado E.et.al. Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. Hospital de pediatría. Centro Médico Nacional "La Raza" , Siglo XXI IMSS 2002



**HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"**

**UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA**

**Código:**

**Fecha:**

**Páginas:**

**Vigencia:**

buscan proteger a pacientes, familiares y a trabajadores de salud ,de infecciones que pudieran adquirir a través de diferentes vías de entrada durante la ejecución de actividades y procedimientos cotidianos en la atención de pacientes. Son una práctica rutinaria en las unidades de salud por lo que deben ser conocidas y cumplidas estrictamente por todo el personal que labora en áreas de salud para evitar el contagio de enfermedades de riesgo profesional.<sup>3</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó su primer desafío global para la seguridad del paciente, "Una atención limpia es una atención más segura", en Octubre de 2005. El objetivo de esta iniciativa era reducir las infecciones asociadas a los cuidados sanitarios en todo el mundo. Además, la OMS también ha desarrollado un innovador tema central, "Mis cinco momentos para la higiene de manos", que detalla situaciones apropiadas para el cumplimiento de las medidas de higiene de las manos durante la atención sanitaria.<sup>4</sup>

Desde hace décadas, la higiene de manos ha sido reconocida como la medida clave para prevenir la transmisión de los agentes patógenos, y para reducir la incidencia de las infecciones nosocomiales<sup>5</sup>.


En cuanto a los EPP, se denominan así a los objetos, utilizados solos o en combinación con otros, para proteger las membranas mucosas, vías respiratorias, piel y ropa, del contacto con agentes infecciosos. La elección del EPP se basará en la naturaleza de la interacción con el paciente y/o en el modo de transmisión del agente patógeno siendo guantes, batas, mascarillas, gafas o pantallas protectoras los más importantes para la prevención de la infección nosocomial.

<sup>3</sup> Garrison R. taller sobre bioseguridad , mantenimiento y sistema de información. Managua Nicaragua: OMS-Oficina Sanitaria Panamericana;2001

<sup>4</sup> Flanagan E, Chopra T, Mody L. Infection control in alternative healthcare settings. Infect Dis Clin North Am. 2011; 25(1): 271-283.

<sup>5</sup> . Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, for the Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. Am J Infect Control. 2007; 35(10): 65-164.



	<b>HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIÁ"</b> <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

## 2. JUSTIFICATIVO.

Las características de la práctica médica en la actualidad se asocian con un alto riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud, el factor más importante en la propagación de patógenos por el inadecuado manejo de medidas de aislamiento por el personal, aunado al compromiso inmunológico de los pacientes que son sometidos a diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que los hace propensos a adquirir agentes infecciosos; sobre todo cuando no se realizan buenas prácticas clínicas. Para el control de IAAS a través de medidas de aislamiento, es importante que el personal de salud conozca la magnitud del problema en el lugar de trabajo. Así también poner en práctica medidas de higiene, limpieza, desinfección, esterilización, precauciones estándar y aislamiento por mecanismo de transmisión.

## 3. OBJETIVO.


Implementar un protocolo que permita estandarizar estrategias en el manejo de precauciones estándar y medidas de aislamiento. Que permita la disminución, prevención y el control de morbilidad y mortalidad asociadas a IAAS en el hospital, para mejorar la calidad de atención.

## 4. PROPÓSITO:

Enmarcar los mecanismos básicos para realizar precauciones de aislamiento de pacientes con enfermedades transmisibles.

## 5. ALCANCE:

- Este Protocolo está dirigido a todo el personal que trabaja dentro del hospital del Niño "DR. OVIDIO ALIAGA URIÁ", principalmente al personal médico y de enfermería.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIB"</b>  <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

## 6. AISLAMIENTO

Es el conjunto de medidas destinadas, a prevenir y controlar el riesgo de infección o transmisión de microorganismos, tanto a pacientes, como al personal de salud, a través de barreras que interrumpen la cadena de transmisión de las infecciones.


**Aislamiento de cohorte:** Conjunto de procedimientos que permite la separación de pacientes infectados "con una misma patología", de los huéspedes susceptibles, durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, en lugares y condiciones tales que permitan cortar la cadena de transmisión de infecciones de acuerdo a la vía de transmisión de los patógenos involucrados.

### 6.1. OBJETIVO

- 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 o ante la evidencia de la misma
- 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

## 7. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

Los principios de la bioseguridad como la universalidad, deben involucrar a todos los pacientes, trabajadores y profesionales de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. El uso de las barreras, comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URÍA"</b>  <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las probabilidades de una infección. Los medios de eliminación de material contaminado, comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados.<sup>6</sup>

## **7.1. PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD**

### **7.1.1. UNIVERSALIDAD**

Se debe de asumir que toda persona está infectada, independiente de presentar patologías infecciosas.

### **7.1.2. USO DE BARRERAS**

El uso de barreras es la principal herramienta de protección personal contra infecciones, la misma que debe de existir en cantidad suficiente y adecuada.

Este es medio para evitar y disminuir el riesgo de contactos o fluidos o materiales potencialmente infectados, es colocar una "Barrera" física, mecánica o química entre personas o entre personas y objetos.<sup>7</sup>

### **7.1.3. MANEJO Y ELIMINACIÓN DE MATERIAL CONTAMINADO**

Es el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención del paciente son depositados y eliminados para disminuir los riesgos de contagio.


## **TIPOS DE BARRERAS**

### **A. Barreras físicas**

El uso de barreras protectoras reduce el riesgo de exposición a fluidos, juega un papel importante en la protección de la salud del personal de enfermería y el resto del equipo de salud.

<sup>6</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/infectioncontrol.html> 8600 Rockville Pike, Bethesda, MD 20894 U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health Página actualizada 2 abril 2015 Tema revisado 5 agosto 2014

<sup>7</sup> Manual de capacitación para el manejo de la tuberculosis. MINSA 2006. Disponible en: <http://spe.epiredperu.net/SE-TBC/Modulo5.pdf>.

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO”DR. OVIDIO ALIAGA URIA”</b> <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

## **EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:**

### **1. USO DE GORRO**

Es un protector que proporciona una barrera efectiva contra gotitas de saliva, aerosoles y sangre que pueden ser lanzadas de la boca del paciente para el cabello del personal y a su vez las macropartículas se desprenden del cabello del profesional hacia el paciente o material estéril. <sup>8</sup>

### **2. USO DE GUANTES**

Constituyen una barrera protectora para reducir la posibilidad de que los microorganismos presentes en las manos del personal sanitario se transmitan al paciente y para reducir la posibilidad de que los microorganismos de un enfermo pasen a otro a través de las manos del personal.


#### **Consideraciones:**

- Las manos deben ser lavadas según técnica y secadas antes de su colocación. De acuerdo al uso los guantes pueden ser estériles o no, y se deberá seleccionar uno u otro según necesidad.
- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- Utilizarlos al tocar sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones, mucosas y piel lesionada.
- Quíteselos después de su uso, Antes de tocar elementos y superficies no contaminadas y antes de ir a otro paciente.
- Deben usarse cuando el personal tiene lesiones en las manos.
- Realice la higiene de manos inmediatamente después de quitárselos.

### **3. MASCARILLAS**

Las mascarillas evitan la propagación de microorganismos desde la persona que las lleva puesta hacia otros, mediante la captura de partículas húmedas grandes cerca de la nariz y la boca del usuario. Por lo tanto, las mascarillas

<sup>8</sup> bioseguridad en centros y puestos de salud. Minsa 1997. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSBPT/96\\_BIOSEGUR.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSBPT/96_BIOSEGUR.pdf)

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIBÉ"</b>  <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

deben ser utilizadas por personas infecciosas o con sospecha de TB cuando pueden contagiar a otras personas.

Los respiradores son un tipo de mascarilla que posee varias capas de protección filtrante que asegura la filtración y retención del contaminante. Usualmente se recomiendan respiradores elaborados con una eficiencia del filtro de al menos 95% para partículas de 0,3 micras de diámetro para uso por parte del personal de salud. Es por eso que se recomienda el uso de respirador N95.<sup>9</sup>

### **3. MANDILES DE PROTECCIÓN**

La utilización de mandiles o batas es una exigencia multifactorial en la atención a pacientes por parte de los integrantes del equipo de salud. Esta medida protege la piel y evita ensuciarse la ropa durante actividades que puedan generar salpicadura o líquidos de sangre, fluidos corporales o materiales de desechos y también evitan que los microorganismos de los brazos, dorso o ropa lleguen al paciente.

---

<sup>9</sup> Hamilton M.B. Rose. "Procedimientos de Enfermería". España. Editorial Interamericana. 1984. Pág.: 45.



### 1. PASOS CORRECTOS PARA COLOCACION DE EPP

El tipo de protección usada será según los niveles de precauciones requeridas

#### CAMISOLIN:

Que cubra por completo la espalda. Del cuello a las rodillas, los brazos cubiertos hasta las muñecas. Atarlo en el cuello y la cintura



#### BARBIJO:

- La banda elástica o las tiras sujetarlas en la mitad de la cabeza y la otra tira en el cuello
- Cubrir la nariz con el barbijo. Apretar la banda flexible a la nariz, cara ojos y ajustar



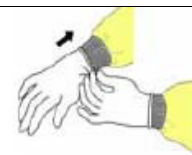
#### ANTIPARRAS Y MASCARA FACIAL

- Colocarla sobre la cara y ojos y ajustar



#### GUANTES:

- Extenderlos hasta la muñeca y cubrir la manga del camisolín

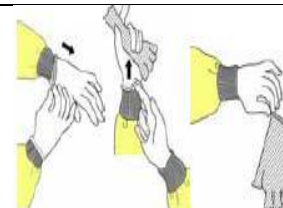


### PASOS CORRECTOS PARA EL RETIRO DE EQUIPO DE PROTECCION

Retirar las protecciones en la puerta de la habitación previo a salir de la misma. Excepto el barbijo que se lo extrae después de salir de la habitación

#### GUANTES:

- Recordar que por fuera están contaminados
- Retirar el guante con la mano opuesta
- Retener el guante retirado en la mano que aún no se extrajo el guante
- Colocar los dedos por debajo de los guantes a la altura de la muñeca y retirarlo





**ANTIPARRAS Y MASCARA FACIAL:**

- Recordar que por fuera están contaminados
- Para retirarlos sujetarlos de las tiras de la cabeza y de las patillas que se encuentran más limpios
- Colocarlos en un lugar para el lavado



**CAMISOLIN:**

- Recordar que por fuera está contaminado
- Desajustar las tiras del cuello y luego la cintura
- Retirarlo sujetándolo de las tiras, utilizando las manos de acuerdo a cada lado
- Una vez retirado sujetarlo de la parte interna y desecharlo



**BARBIJO:**

- Recordar que por fuera está contaminado – NO SE DEBE TOCAR!
- Desatar de las tiras y luego retirarlo
- Descartar en bolsa roja



**LAVARSE LAS MANOS**

**POSTERIOR A RETIRAR TODO EL EQUIPO DE PROTECCION**



## B. BARRERAS QUÍMICAS.

### HIGIENE DE MANOS

El lavado de manos es el procedimiento más sencillo y de mayor importancia para la prevención de las infecciones nosocomiales. Las manos son el principal vehículo de transmisión de la infecciones nosocomiales.

#### Concepto

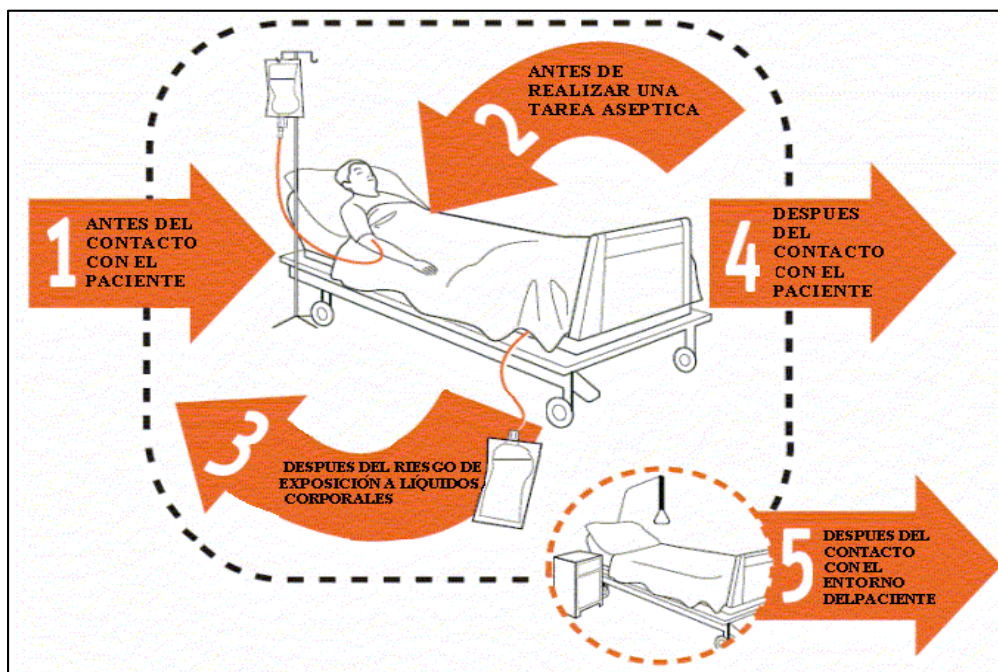
El lavado de las manos se define como una fracción breve y enérgica de las superficies enjabonadas, seguida por un enjuague en un chorro de agua.

#### Objetivo


La remoción o muerte de la flora transitoria y residente que habita en la piel.

#### Momentos para la higiene de manos:

- Antes de tocar al paciente
- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica
- Después de tocar al paciente
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
- Después del contacto con el entorno del paciente





	<b>HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"</b> <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

### **Consideraciones para el lavado de manos:**

- El personal del hospital debe usar uñas cortas, limpias y sin esmalte.
- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- En el espacio entre los dedos y debajo de las uñas se encuentra el mayor número de microorganismos.
- La cantidad de sol. antiséptica para un lavado de manos es de 3-5 ml.
- Todo el procedimiento de lavado de manos dura entre 40 y 60 segundos.

### **b. Antisépticos.**

Son compuestos químicos con efecto antimicrobiano que se pueden aplicar en tejido vivos requieren de propiedades especiales.

**En general, el uso de antiséptico está recomendado para los siguientes procedimientos:**

- Disminuir la colonización de la piel con gérmenes.
- Lavado de manos habitual en zonas de riesgo
- Preparación de la piel para procedimientos invasivos.
- la atención de pacientes inmunocomprometidos o con muchos factores de riesgo de infección intrahospitalaria.
- Posterior a la manipulación de material contaminado.
- Preparación pre operatoria de la piel<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Verde J, Costabel M. Bioseguridad en Enfermería. Montevideo- Uruguay. Editorial San Martín.1994. pag: 34-37.



HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIB"

UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA

Código:

Fecha:

Páginas:

Vigencia:

## I. PRECAUCIONES ESTÁNDAR

Estas deben aplicarse a todo paciente en la atención directa o indirecta en la cual haya riesgo de transmisión de agentes patógenos presentes en la sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, piel no intacta y mucosas.<sup>11</sup> De alto riesgo, independiente si existe o no diagnóstico de patología infecciosa.

### MEDIDAS

- Lavado de manos
- Uso de guantes.
- aseo de superficies: Este aseo debe ser diario, con uso de desinfectantes, normados en el establecimiento.

### TRANSPORTE DE ROPA SUCIA:

- La ropa sucia debe ser almacenada en servicio clínicos en bolsa de género o impermeable según corresponda y esta debe permanecer en contenedor con tapa
- El personal que manipule ropa sucia debe tener calzados guantes domésticos.

### PREVENCIÓN DE EXPOSICIÓN A CORTO PUNZANTES:

- Uso de contenedores resistentes a punciones.
- No re encapsular agujas.
- Solo llenar hasta dos tercios de su capacidad del material corto punzante.
- Uso de guantes domésticos para la manipulación de este material
- El material corto punzante debe eliminarse como residuo peligroso.

### MANEJO DE DERRAMES.

- Todos los procedimientos de limpieza deben ser realizados con guantes.
- Limpiar las superficies con detergentes y luego aplicar el desinfectante (cloro al 0,5% o alcohol al 70%) según corresponda.

---

<sup>11</sup> Normas Nacionales de IAAS. Serie: Documentos Técnico - Normativos La Paz – Bolivia publicación 350 Diciembre 2013 pag.56-60



HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"  
UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA

Código:

Fecha:

Páginas:

Vigencia:


### MEDIDAS RESPECTO A VAJILLA Y UTENSILIOS DE COMIDA

- No precisan de ninguna precaución especial ya que los detergentes utilizados en el lava vajillas del hospital son suficientes.

### PRÁCTICAS DE INYECCIÓN SEGURA

- Utilizar perfusiones y equipos de administración para un único paciente
- No administrar medicamentos a varios pacientes con una única jeringa
- Utilizar viales unidosis para medicaciones parenterales
- No administrar medicaciones contenidas en viales o ampollas de un solo uso a varios pacientes ni combinar restos de contenidos para su uso posterior
- No utilizar bolsas o botellas de solución intravenosa como fuente común de suministro a múltiples pacientes.

CUADRO CLÍNICO	AISLAMIENTO	DURACIÓN
Amebiasis disintérica	S	Toda la hospitalización
Candidiasis	S	Toda la hospitalización
Citamegalovirus	S	Toda la hospitalización
Clamidia trachomatis	S	Toda la hospitalización
Clostridium perfringes	S	Toda la hospitalización
Entovirus	S	Toda la hospitalización
Cólera	S	Toda la hospitalización
Gastroenteritis	S	Toda la hospitalización
Conjuntivitis	S	Toda la hospitalización
Guillan barre	S	Toda la hospitalización
Diarrea aguda	S	Toda la hospitalización
Hepatitis B,C	S	Toda la hospitalización
Herpes simple	S	Toda la hospitalización
Infección en cavidades cerradas	S	Toda la hospitalización
Infección urinaria	S	Toda la hospitalización
Poliomielitis	S	Toda la hospitalización
Sida	S	Toda la hospitalización
Tifoidea	S	Toda la hospitalización

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"</b> <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

## **AISLAMIENTO BASADO EN LOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN**

### **II. AISLAMIENTO POR CONTACTO**

Se aplican cuando se sospeche o se conoce estar frente a una enfermedad infecciosa de importancia epidemiológica y que se transmite por contacto directo (manos o piel a piel) o contacto indirecto (con superficies y/o equipos contaminados).

#### **MEDIDAS:**

- Se aplicarán las Precauciones Estándar.
- Identificación en la puerta del tipo de aislamiento: Se colocará un cartel /tarjeta de color amarillo donde se identificara claramente las medidas de barrera que se deben adoptar al entrar en la habitación.
- habitación individual con la puerta abierta. Si no fuese posible una habitación individual se haría un aislamiento compartiendo habitación con un paciente con el mismo microorganismo.
- En el exterior de la habitación, antes de la entrada, se adecuará un lugar específico para que las personas que vayan a entrar en la habitación se coloquen el equipamiento necesario y dispongan de ello (ejemplo, carro de paro, guantes, batas, mascarillas, etc.)
- Se realizará, obligatoriamente, lavado de manos con agua y jabón antiséptico o solución hidroalcohólica
- Si el paciente presenta una infección por *Clostridium difficile* no se utilizará solución hidroalcohólica, se realizará lavado de manos con agua y jabón.
- Material de uso individual, limpieza y desinfección de equipos reutilizables.
- **Equipos de protección individual:** guantes, bata
- Al retirarse la bata colocar del revés (lado no infectado)



**HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIB"**

**UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA**

**Código:**

**Fecha:**

**Páginas:**

**Vigencia:**

- Se dejará en el interior de la habitación el equipo de cuidados no crítico para uso exclusivo del paciente (fonendoscopio, esfigmomanómetro, termómetro.)
- Serán los últimos pacientes a los que se le realizará el aseo y las curaciones en la Unidad excepto en el caso de que dispongan de personal auxiliar y de enfermería específicos para ellos
- No sacudir ni tirar al suelo la ropa del paciente, se introducirá directamente en la bolsa habilitada para ello que saldrá de la habitación herméticamente cerrada para su envío a la lavandería.
- No precisa vajilla de un solo uso
- Limpieza de la habitación diaria.
- Se realizará limpieza terminal de la habitación al alta del paciente.
- Se limitará al máximo las salidas de la habitación del paciente.
- Antes del traslado se tapanán las zonas contaminadas y las lesiones cutáneas exudativas con apósitos limpios y si no es posible se cubrirá al paciente con bata y sábanas limpias antes del traslado.
- La persona que realice el traslado tendrá en cuenta las medidas de aislamiento recomendadas para este tipo de aislamiento.
- Se asegurará la eliminación segura de residuos conforme a las normas
- En el interior de la habitación existirá el contenedor correspondiente para la eliminación de los residuos del paciente conforme a la normativa y estipulados por las unidades de epidemiología.
- Se restringirá la entrada de visitas.



HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"  
UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA

Código:

Fecha:

Páginas:

Vigencia:

## DURACIÓN DE AISLAMIENTO POR CONTACTO SEGÚN PATOLOGÍA

Infección	Tiempo de aislamiento	Material infectante
<b>1. Infecciones o colonizaciones por MMR.</b>		
Gastrointestinales, respiratorias, urinarias, de herida quirúrgica y de piel	Según evolución de las muestras clínicas y de vigilancia activa conforme a protocolo	Secreciones
<b>2. Infecciones entéricas con bajas dosis infectante o supervivencia ambiental prolongada</b>		
Clostridium difficile	Mientras dure la enfermedad	Heces y secreciones
Pacientes incontinentes o con pañal que presenten infecciones por:		
Escherichia coli,	Mientras dure la enfermedad	Heces y secreciones
Shiguella	Mientras dure la enfermedad	Heces y secreciones
Yersenia enterococcica	Mientras dure la enfermedad	Heces y secreciones
Campilobacter	Mientras dure la enfermedad	Heces y secreciones
Cryptosporidium	Mientras dure la enfermedad	Heces y secreciones
Sallmonela typhi u paratyphi	Mientras dure la enfermedad	Heces y secreciones
Hepatitis A	Hasta 7 días del inicio de la ictericia.	Heces
Rotavirus Virus respiratorio sincitial, virus parainfluenza o infecciones enterovirales en bebés o niños	Mientras dure la enfermedad	Secreciones nasofaríngeas, heces



HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"

UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA


Código:

Fecha:

Páginas:

Vigencia:

Infeccion	Tiempo de aislamiento	Material infectante
<b>3. infecciones dermicas altamente contagiosa o que puedan ocurrir sobre la piel muy seca</b>		
Difteria cutanea	Hasta que se haya completado el tratamiento y se disponga de dos cultivos negativos	Lesiones cutaneas , secrecion respiratoria , secreciones cutaneas , secreciones.
Virus herpes simple (neonatal diseminado primaria o mucocutanea)	Mientras dure la enfermedad	
Impetigo	Tras 24 hrs desde el inicio de tratamiento especifico	
Furunculosis estafilococica en bebes y en niños	Mientras dure la enfermedad	
Sindrome de piel escaldada por estafilococo	Mientras dure la enfermedad	
Abseso de gran tamaño abierto (no cubierto)celulitis o ulceras por decubito.	Mientras dure la enfermedad	
Infeccion cutanea , quemadura o herida por estreptococo del grupo A	Mientras dure la enfermedad	
Herpes zoster(diseminado o en pacientes inmunocomprometido)	Hasta que todas las lesiones se encuentren en estado de costra	
Pediculosis	Tras 24 hrs de haber empezado el tratamiento especifico .	Piojo vivo
Escabiosis/sarna	Tras 24 hrs de haber empesado el tratamiento especifico.	Acaro
<b>4. Conjuntibitis viral/hemorragica</b>		
Adenovirus	Hasta 14 dias desde el comienzo de la enfermedad	Secresion ocular
<b>5. Meningitis</b>		
Meningococo, haemophilus influenzae,virus de la parotiditis	Tras 24hrs de haber empezado el tratamiento especifico	Secresiones nasales faringeas y salivales
<b>6. Hiebre hemorragica</b>		
Lasa,marburg,ebola,crimeacongo.	Mientras dure la enfermedad	Secresiones sanguineas , orofaringeas, semen

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"</b>  <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

### III. AISLAMIENTO POR GOTAS

Se produce por transmisión de agentes patógenos transmitidos por gotitas >de 5 micras de diámetro de una persona infectada que tiene contacto con las mucosas o conjuntivas de una persona susceptible.

Se transmite a través de la tos, estornudo, hablar, toser, intubar, aspirar secreciones, hacer broncoscopias, etc.

La transmisión requiere un contacto estrecho entre la fuente y el huésped receptor ya que las gotas, por su tamaño, no permanecen suspendidas en el aire y viajan normalmente a distancias menores de un metro.

#### MEDIDAS

- Se aplicarán las Precauciones Estándar
- Identificación en la puerta del tipo de aislamiento: se identificará con cartel/ Tarjeta color verde. Se debe identificar claramente las medidas de barrera que se deben adoptar al entrar en la habitación.
- Habitación individual (la puerta puede permanecer abierta). Si no hubiese habitación individual, el paciente podrá compartir habitación con un paciente infectado con el mismo microorganismo.
- Se debe mantener al menos 1 metro de distancia entre el paciente y otros pacientes, visitas y familiares.
- Se realizará, obligatoriamente, lavado de manos
- **Uso de equipos de protección personal**
- Se usará mascarilla: de tipo quirúrgico ajustada a la superficie facial antes de entrar a la habitación sobre todo cuando se vaya a estar a menos de 1 metro del paciente.
- Bata





**HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIB"**

**UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA**

**Código:**

**Fecha:**

**Páginas:**

**Vigencia:**

- Guantes: no se precisa de forma sistemática, se utilizarán cuando se entre en la habitación a realizar los cuidados al paciente cambiándose los guantes tras el contacto con material infectado para evitar la transmisión cruzada.
- Se instruirá al paciente para toser y estornudar en pañuelos desechables introduciéndolos posteriormente en una bolsa que permanecerá cerrada que se eliminará en el contenedor/bolsa habilitados para ello en el interior de la habitación, asimilables residuos infecciosos.
- La ropa del paciente no se depositará en el suelo ni debe ser aireada para evitar la diseminación de microorganismos por lo que se introducirá directamente en la bolsa destinada para ella que saldrá de la habitación herméticamente cerrada para su envío a la lavandería.
- No precisa vajilla de un solo uso y Se recogerá en el último lugar utilizando guantes que serán desechados en el momento en que la bandeja se coloque en el carro de comidas.
- Limpieza de la habitación diaria ,con desinfectantes normados
- El personal de la limpieza seguirá las recomendaciones establecidas para evitar la transmisión por gotas.
- Se limitará al máximo las salidas de la habitación del paciente.
- Cuando el paciente salga de la habitación llevará mascarilla de tipo quirúrgico ajustada a la superficie de la cara para así de esta forma evitar la dispersión de gotitas.
- Se notificará a la Unidad de destino, el traslado del paciente y las características de su aislamiento para que se mantengan las precauciones recomendadas en dicha Unidad.
- Se asegurará la eliminación segura de residuos conforme a la normativa vigente
- En el interior de la habitación existirá el contenedor correspondiente para la eliminación de los residuos
- Se restringirá la entrada de visitas.



**HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"**  
**UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA**


**Código:**

**Fecha:**

**Páginas:**

**Vigencia:**

<b>DURACION DE AISLAMIENTO POR GOTAS SEGÚN PATOLOGIA</b>		
<b>Infección</b>	<b>Tiempo de aislamiento</b>	<b>Material infectante</b>
<b>1. Enfermedad invasiva por haemophilus influenzae tipo B</b>		
Incluyendo meningitis ,neumonía, epiglottis, y sepsis	Tras 24 horas de haber empezado el tratamiento específico	Secreciones nasofaríngeas
<b>2. Enfermedad invasiva por Neisseria meningitidis</b>		
Incluyendo meningitis, neumonía y sepsis	Tras 24 horas de haber empezado el tratamiento específico	Secreciones nasofaríngeas
Enfermedad invasiva por streptococcus pneumoniae multirresistente	Hasta la resolución de los cultivos	Secreciones nasofaríngeas
<b>3. Enfermedades respiratorias graves</b>		
Difteria	Hasta que haya completado el tratamiento y se dispone de dos cultivos negativos separados de 24 hrs	Secreciones faríngeas
Neumonía por mycoplasma pneumoniae	Hasta la resolución de la enfermedad (hasta 10 días después de haber iniciado el tratamiento)	Secreciones nasofaríngeas
Bordetella pertusis	Hasta la mejoría clínica y 7 días de haber iniciado el tratamiento específico	Secreciones nasofaríngeas
Peste neumónica(yersinia septis)	Hasta 72 horas de haber iniciado el tratamiento específico	Secreciones nasofaríngeas
Faringitis estreptocócica, neumonía o escarlatina en niños y jóvenes.	Hasta 24hrs de haber iniciado el tratamiento específico	Secreciones nasofaríngeas
<b>4. Otras infecciones virales graves</b>		
Adenovirus	Hasta 14 días después del inicio de la enfermedad	Secreciones nasofaríngeas y heces
Virus influenzae	Hasta 5 días después del inicio de los síntomas	Secreciones nasofaríngeas
Parotiditis	Hasta 9 días después de haberse iniciado la inflamación glandular.	Secreciones salivales
Rubeola	Hasta 5 días después de haber comenzado el exantema	Secreciones nasofaríngeas, orina, sangre y heces
Parvovirus B19	Durante toda la hospitalización. si el caso está asociado a crisis aplásica el aislamiento será hasta 7 días de haberse iniciado el exantema	Secreciones nasofaríngeas

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIB"</b>  <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

#### IV. AISLAMIENTO AÉREO

Se produce por diseminación de gotas (gotas evaporadas de tamaño menor o igual a 5 micras) o de partículas de polvo que contienen el agente infeccioso.

Las gotas evaporadas pueden permanecer en el aire durante largos periodos de tiempo conteniendo microorganismos, y se pueden extender ampliamente con las corrientes de aire.

#### MEDIDAS

- Identificación en la puerta del tipo de aislamiento: Se colocará un cartel/tarjeta color azul donde se identificara claramente las medidas de barrera que se deben adoptar al entrar en la habitación.
- Habitación individual. con presión negativa que tenga un mínimo de 6-12 recambios aéreos horarios, y debe mantener su puerta cerrada. Las personas que entren en esa habitación deben llevar una mascarilla con una capacidad de filtro de 95% (N95 ó FFP3), que pueda ser ajustada perfectamente sobre nariz y boca.
- En el exterior de la habitación, antes de la entrada, se adecuará un lugar específico para que las personas que vayan a entrar en la habitación se coloquen el equipamiento necesario y dispongan de ello (ejemplo, carro con mascarillas, etc.)
- Se aplicarán las Precauciones Estándar.
- Se realizará, obligatoriamente, lavado de manos con agua y jabón antiséptico o solución
- Uso de EPP: **Mascarilla**
- Las mascarillas se desecharán al salir de la habitación en un contenedor/bolsa de residuos cerrado y habilitado para ello.
- **Bata y guantes:** inicialmente no son necesarias. Se deben utilizar cuando pueda existir contacto con secreciones respiratorias o instrumentos



**HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"**

**UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA**

**Código:**

**Fecha:**

**Páginas:**

**Vigencia:**

contaminados con secreciones respiratorias. Debiendo ser desechadas después de cada uso en el contenedor habilitado para ello en el interior de la habitación.

- Se instruirá al paciente para toser y estornudar en pañuelos desechables introduciéndolos posteriormente en una bolsa que permanecerá cerrada para evitar la producción de aerosoles. Posteriormente esta bolsa se eliminará como un residuo de carácter infeccioso.
- La ropa del paciente no debe ser aireada para evitar la diseminación de microorganismos por lo que saldrá de la habitación herméticamente cerrada para su envío a la lavandería.
- No precisa vajilla de un solo uso, se utilizará la vajilla habitual y se limpiará según el Procedimiento de cocina. Se recogerá en el último lugar utilizando guantes que serán desechados en el momento en que la bandeja se coloque en el carro de comidas.
- Se realizará limpieza diaria.
- No hacer uso de ventilador
- Se limitará al máximo las salidas de la habitación del paciente.
- Cuando el paciente salga de la habitación llevará mascarilla quirúrgica
- Si el paciente padece varicela o herpes zoster diseminado durante el traslado se añadirá el uso de guantes.
- Si precisan la realización de una prueba diagnóstica no urgente serán los últimos en la planificación de la agenda de la Unidad de destino, a la que se le notificará las características del aislamiento para que tomen a su vez las medidas de protección recomendadas.
- Se asegurará la eliminación segura de residuos conforme a la normativa vigente
- En el interior de la habitación existirá el contenedor correspondiente para la eliminación de los residuos del paciente conforme a la normativa y estipulados por los Servicios epidemiología



**HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"**

**UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA**

**Código:**

**Fecha:**


**Páginas:**

**Vigencia:**

- Se restringirá la entrada de visitas.
- No entrarán en la habitación aquellas personas que sean susceptibles de contraer sarampión o varicela por no haber pasado la enfermedad o por no estar inmunizados. No entrarán en la habitación mujeres embarazadas.
- Las personas inmunes a sarampión y varicela no precisarán la utilización de mascarilla al entrar en la habitación
- El uso de bata y guantes en el caso de los familiares será necesario excepcionalmente (sólo si el familiar va a ayudar en el aseo personal del paciente).

#### **DURACIÓN DE AISLAMIENTO DE TRANSMISIÓN AÉREA SEGÚN PATOLOGÍA**

<b>Infección</b>	<b>Tiempo de aislamiento</b>	<b>Material infectante</b>
Sarampión	Hasta 6 días de haber comenzado el exantema	Secreciones nasofaríngeas
Varicela (se incluye el herpes zoster diseminado)	Hasta que todas las lesiones se encuentren en estado de costra	Secreciones respiratorias y lesiones dérmicas
Tuberculosis pulmonar bacilífera y laríngea	Hasta 15 días de haber empezado el tratamiento antimicrobiano específico y el paciente tenga tres baciloscopias negativas de esputos preferiblemente recogidos a primera hora de la mañana periódicamente de 8- a 24 horas	Secreciones nasofaríngeas
Paciente VIH que presente clínica de tos, fiebre, infiltrado pulmonar sin diagnóstico etiológico	Hasta descartar tuberculosis pulmonar activa.	Secreciones nasofaríngeas

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"</b>  <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

## V. AISLAMIENTO PROTECTOR

Se utiliza para Proteger al paciente inmunodeprimido, como pueden ser los trasplantados, pacientes que reciben grandes dosis de medicación inmunodepresora, personas con leucemia o con leucopenia, para pacientes quemados con más de 25% de la superficie corporal , que no estén infectados.

### MEDIDAS

- Precauciones estándar
- Habitación individual. Puerta cerrada, con flujo de aire laminar y filtros HEPA.
- Lavado de manos con agua y jabón antiséptico o solución en base alcohólica antes y después de atender al paciente.
- Técnica aséptica en realización de procedimientos uso de guantes en atención directa y retirar antes de salir de la habitación.
- Material de uso individual, limpieza y desinfección de equipos reutilizables.
- Uso de bata limpia
- Visitas, realizar capacitación en la atención, medidas generales y prevención de infecciones.
- Restricción a visitas y personal que presenten sintomatología respiratoria.
- Traslado inter-servicio, el paciente debe acompañarse con indicación de aislamiento inmunosuprimido.
- Capacitación al paciente en relación a medidas generales de prevención de infecciones como baño, aseo personal, alimentación.
- Al retirarse el delantal debe dejarlo colgado dejando protegida la parte externa del delantal.



## 7. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TERAPIA INTENSIVA

Resumen de Recomendaciones

### **Implemente un programa de seguridad que contemple:**

Determine objetivos diarios:

- Elimine las infecciones del torrente sanguíneo
- Elimine las neumonías asociadas al respirador.
- Realice intervenciones para reducir la mortalidad global de la UTI.
- Evalúe las características de los equipos de terapia y de las administraciones que han sido exitosas en la mejora de la seguridad de los pacientes.
- La capacitación en seguridad del paciente.
- La identificación de incidentes y condiciones peligrosas
- El desarrollo de estándares de desempeño específicos
- Transmisión de información en forma estructurada
- Utilización de checklists
- Lávese las manos antes de cada procedimiento
- Uso correcto de máximas medidas de barrera
- Limpie la piel con clorhexidina
- Eleve la cabecera de la cama a 30°
- Evalúe diariamente el tubo endotraqueal y el riesgo de extubación
- Los equipos y accesorios utilizados para la ventilación mecánica, están considerados como semicríticos, por lo tanto necesitan una esterilización o desinfección de alto nivel.
- Utilizar de preferencia circuitos cerrados para la aspiración de secreciones, y realizarlo con técnica estéril.
- Realizar aspiración de orofaringe
- Verificar la posición correcta y permeabilidad de sonda nasogástrica o nasoyeyunal.



**HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"**

**UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA**

**Código:**

**Fecha:**

**Páginas:**

**Vigencia:**

- Si es necesaria la profilaxis gástrica por estrés para un paciente con ventilación mecánica, usar un agente que no eleve el pH gástrico del paciente.
- Establezca una política con respecto a la higiene oral
- Garantice equipamiento y entrenamiento para aspiración subglótica
- Evalúe descansos en la sedación
- Evalúe diariamente la posibilidad de destete
- Realice profilaxis de úlcera péptica
- Realice profilaxis de trombosis venosa profunda
- Garantice el rápido inicio de antibióticos cuando sea necesario
- Suspenda los antibióticos innecesarios al cuarto día.
- Elección de necesidad y del sitio anatómico a la inserción de CVC. Evite las vías femorales.
- Realizar la preparación de la piel del sitio a puncionar (alcohol al 70% un tiempo y clorhexidina).
- El catéter debe quedar lo más fijo posible para evitar las salidas accidentales y Utilizar apósito transparente con el objetivo de visualizar en todo momento las características del sitio de inserción.
- El cambio del apósito debe estar estandarizado en cada unidad, tomando en cuenta que hay que mantenerlo limpio, seco y bien adherido.
- Cada vez que se realice curación del sitio de inserción se deberá inspeccionar el área con el objetivo de detectar calor, rubor, edema, secreción.
- No es necesario cambiar los equipos de infusión antes de 72 horas, únicamente que exista una contaminación de los mismos.
- El cambio de los equipos de infusión utilizados en nutrición parenteral se deberá hacer cada 24 horas.
- Los cambios de equipos utilizados para monitoreo hemodinámico invasivo se deberá hacer cada 72 horas.





**HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"**  
**UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA**

**Código:**

**Fecha:**

**Páginas:**

**Vigencia:**

- Realizar la limpieza con alcohol del 70 al 92% del sitio a puncionar en los equipos.
- Mantener las tubuladuras libres de residuos de sangre.
- Garantice el cuidado perineal diario y luego de cada deposición
- Asegure todas las conexiones
- Garantice que la bolsa colectora de orina se encuentre por debajo del nivel de la vejiga en todo momento, incluido durante el transporte.
- Obtener muestras de orina bajo condiciones estrictamente estériles.
- No debe realizarse el pinzamiento intermitente de la sonda para entrenamiento vesical, ya que es ineficaz y aumenta el riesgo de infección.
- Evitar la irrigación a menos que se requiera para prevenir o corregir una obstrucción.
- Utilizar un sistema cerrado, bolsa colectora con válvula antirreflujo.<sup>12</sup>


### **CONCLUSIONES:**

El cumplimiento de las precauciones estándares y medidas de aislamientos ayuda a:

- 1.- Prevenir las infecciones entre pacientes, personal y visitas.
- 2.- Disminuir las estancias hospitalarias.
- 3.- Evitar secuelas en los pacientes.
- 4.- Optimizar la utilización de los recursos materiales y humanos.
- 5.- Evitar el Ausentismo Laboral en el personal de la salud por infecciones adquiridas durante la Atención del Paciente.
- 6.-Disminuir los registros de Morbi-mortalidad por Infecciones Intrahospitalarias.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> SEGURIDAD DEL PACIENTE EN TERAPIA INTENSIVA.Biblioteca Virtual NOBLE Oct-2010 Dr. Fabián Vítolo Médico - NOBLE S.A.

<sup>13</sup> Manual de vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Paraguay 2010

	<b>HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"</b> <b>UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>Código:</b>
		<b>Fecha:</b>
		<b>Páginas:</b>
		<b>Vigencia:</b>

## VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Cardo D, Dennehy PH, Halverson P, Fishman N, Kohn M, Murphy CL Whitley LJ, Moving toward elimination of healthcare-associated infections: A call to action. Am J Infect Control 2010; 38:671-5.
2. Garcia- Alvarado E.et.al. Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. Hospital de pediatría. Centro Médico Nacional "La Raza" , Siglo XXI IMSS 2002
3. GarrisonR. taller sobre bioseguridad , mantenimiento y sistema de información.Managua Nicaragua: OMS-Oficina Sanitaria Panamericana;2001
4. Flanagan E, Chopra T, Mody L. Infection control in alternative healthcare settings. Infect Dis Clin North Am. 2011; 25(1): 271-283.
5. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, for the Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care settings. Am J Infect Control. 2007; 35(10): 65-164.
6. Department of Health and Human ServicesNational Institutes of Health  
Página actualizada 2 abril 2015 Tema revisado 5 agosto 2014
7. Manual de capacitación para el manejo de la tuberculosis. MINSA 2006.
8. Bioseguridad en centros y puestos de salud. Minsa 1997.
9. Hamilton M.B. Rose. "Procedimientos de Enfermería". España.o Editorial Interamericana. 1984. Pág.: 45.
10. Verde J, Costabel M. Bioseguridad en Enfermería. Montevideo-Uruguay.Editorial San Martín.1994. pag: 34-37.
11. Normas Nacionales de IAAS. Serie: Documentos Técnico - Normativos La Paz – Bolivia publicación 350 Diciembre 2013 pag.56
12. Manual de vigilancia y control de infecciones asociadas a la atención de la salud. Paraguay 2010



HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"  
UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA

Código:  
Fecha:  
Páginas:  
Vigencia:

## VII. ANEXOS

### 2. CHECKIS HIGIENE DE MANOS

Turno:.....

Servicio:.....fecha:...../.....

Nº	PROCEDIMIENTO	SI	NO
<b>1</b>	La enfermera identifica la necesidad (oportunidad/momento) de realizar el procedimiento de higiene de manos		
	Antes de tocar al paciente		
	Después de tocar al paciente		
	Antes de realizar un procedimiento invasivo (antes de calzar guantes)		
	Después de realizar un procedimiento invasivo (después de retirarse los guantes)		
	Después de estar en contacto con elementos del entorno del paciente (monitor, ventilador, ropa de cama, bombas)		
	En caso de contaminación o contacto con fluidos o material proteinaceo		
<b>2</b>	Prepara material (alcohol gel) o acude al sitio para realizar el procedimiento (lavamanos con agua/toalla desechable/dispensador con jabón antibacteriano/basurero)		
<b>3</b>	Realiza el lavado/ higiene de manos según técnica		
<b>3.a</b>	Higiene de manos con alcohol gel		
	Toma cantidad suficiente de alcohol gel(2-3 ml)		
	Esparce el alcohol en la superficie de las manos		
	Realiza un frote enérgico de palmas, dorso de las manos, regiones interdigitales, eminencias tenares, uñas y yemas de los dedos		
	El tiempo invertido es de 20-30 segundos		
<b>3.b</b>	Lavado de manos con agua y jabón:		
	Abre el grifo y regula el chorro de agua		
	Se moja las manos		
	Extrae cantidad suficiente de antiséptico(2-3 ml)		
	Frota enérgicamente. Palmas de las manos, palma con dorso derecho y viceversa, interdigitales de ambas manos, pulgares, eminencias tenares de ambas manos, uñas y yema de los dedos		
	Enjuaga las manos con abundante agua		
	Se seca con toalla desechable y cierra el grifo con toalla y desecha en el basurero		
El procedimiento dura de 40-60 segundos			



HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"  
UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA

Código:

Fecha:

Páginas:

Vigencia:

### 3. CHECKLIST AISLAMIENTO CONTACTO

Servicio y/o unidad.....fecha.....

REQUISITOS	SI	NO
1. En la puerta de la habitación existe tarjeta de aislamiento		
2. Se mantiene a un metro de distancia entre unidades		
3. Usa guante en atención directa		
4. Realiza lavado de manos antes de atender al paciente		
5. Usa bata antes de atender al paciente		
6. Retira guantes y elimina en el basurero		
7. Retira bata y cuelga dejando protegida parte interna de este		
8. Se lava las manos posterior a la atención		

Aplicado por.....

### 4. CHECKLIST AISLAMIENTO AEREO

Servicio.....fecha.....

REQUISITOS	SI	NO
1. Paciente se encuentra en la sala de aislamiento		
2. En la puerta de la habitación existe tarjeta de aislamiento		
3. La puerta de la habitación se encuentra cerrada.		
4. La puerta de la habitación se encuentra cerrada. El funcionario utiliza mascarilla para atender al paciente		
5. La habitación cuenta con presión de aire negativo (extractor de aire) filtros HEPA.		
6. Al trasladar el paciente se coloca mascarilla		
7. Realiza lavado de manos antes y después de atender al paciente		

Aplicado por.....



HOSPITAL DEL NIÑO"DR. OVIDIO ALIAGA URIA"  
UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA

Código:

Fecha:

Páginas:

Vigencia:

## 5. CHECKIS AISLAMIENTO POR GOTITAS

Servicio y/o Unidad.....fecha.....

REQUISITOS	SI	NO
Unidad del paciente se encuentra por lo menos a un metro de distancia de la unidad contigua		
La unidad del paciente posee letrero de aislamiento		
Se lava las manos antes de atender o tocar al paciente		
Usa mascarilla , si atiende al paciente a menos de un metro de distancia		
Se lava las manos posterior al procedimiento		
Al trasladar al paciente se le coloca Mascarilla		

## 6. CHECKIS AISLAMIENTO PROTECTOR

Servicio y/o unidad.....fecha.....

REQUISITOS	SI	NO
1. Habitación individual, puertas cerradas		
2. En la puerta de la habitación existe tarjeta de aislamiento		
3. El lavado de manos con jabón antiséptico o solución en base alcohólica		
4. Uso de guantes en la atención directa		
5. Se retira los guantes antes de salir de la habitación		
6. Funcionario usa bata en la atención directa		
7. Retira delantal y cuelga dejando protegida la parte externa de este		
8. Se lava las manos posterior a la atención del paciente		

Aplicado por.....



HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIÁ"  
UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA

Código:  
Fecha:  
Páginas:  
Vigencia:

### 7. FORMULARIO PARA RECOLECTAR INFORMACION DE IAAS.

Nombre:..... HC:.....

Género:..... Edad:.....

1. Días de internación en la unidad de cuidados intensivos del Hospital del Niño

1-5  6-10  11-15  16-20  >20

2. Causa de internación a la unidad de cuidados intensivos

.....

3. Alteraciones en exámenes de laboratorio.

PARÁMETRO	ELEVADO	NORMAL	DISMINUIDO
Leucocitos			
Neutrófilos			
PCR			

### VIII. INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD

Infección	Fecha de inicio	Cultivo		Germen identificado	Obs
		Muestra	fecha		
Infección tracto urinario					
Infección sitio quirúrgico					
Neumonía					
Bacteriemia					
Infección tracto sanguíneo					
Otras infecciones					

5. Factores de riesgo asociados

ACV  DM  HTA

Otros: .....

### 6. COMPLICACIONES

MUERTE  fecha...../...../.....

Llenado por.....cargo.....firma.....<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de vigilancia de la salud, dirección vigilancia de enfermedades transmisibles programa Nac. control de infecciones intrahospitalarias. Paraguay 2010:pag 21



HOSPITAL DEL NIÑO "DR. OVIDIO ALIAGA URIA"

UMSA-POST GRADO ESP. TERAPIA INTENSIVA

Código:

Fecha:

Páginas:

Vigencia:

## 8. TIPO DE AISLAMIENTO SEGÚN PATOLOGÍAS

Infeción o agente	aislamiento	Duración
Adenovirus	G+C	Enfermedad activa
Coqueluche	G	5 días de tratamiento efectivo
Diarreas	C	Toda la hospitalización
Escabiosis	C	Hasta completar tto.
Haemophilus influenzae (enfermedad invasiva)	G	24 horas. de tto ATB adecuado
Hanta	A	Toda la hospitalización
Hepatitis A	C	Toda la hospitalización
Hepatitis B,C.	S	
Herpes simplex	S	
Herpes soster diseminado	A	Toda la hospitalización
Herpes soster localizado	S	
Influenza	G	Enfermedad activa
Impétigo	C	24 horas tratamiento apropiado
Meningitis viral	S	
Meningitis bacteriana	G	24 horas tratamiento apropiado
Multirresistentes	C	Toda la hospitalización
Pediculosis	C	24 horas tratamiento
Rubeola	A	15 días post Rush
Rubeola congénita	A	Toda la hospitalización
Tuberculosis pulmonar	A	14 días post tto. Especifico
Tuberculosis extra pulmonar	S	
Varicela	A+C	Hasta formación de costras
VRS	C+G	Toda la hospitalización
Sarampión	A+C	Hasta 6 dias de haber comenzado el exantema
Rotavirus	C	7 días
ENTEROCOLITIS Clostridium difficile	C S	Toda la hospitalización Toda la hospitalización
Staphylococcus aureus Necrotizante	S	Toda la hospitalización