



**Escuela de Medicina  
Instituto de Investigaciones**

## **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

### **TESINA**

**Conocimientos del Personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos  
del Hospital Universitario CEMIC Saavedra sobre las Medidas de Bioseguridad**

#### AUTOR

Enrique De Luca

#### DIRECTORA DE TESINA

Lic. Irene Outi

#### Autoridades de la institución

Rector: Prof. Dr. Mario Turin

Decana: Prof. Dra. Ana Cusumano

Secretaria Académica: Prof. Dra. Teresita Dolores Manzur

Directora de Carrera: Prof. Lic. José Alberto Molina

**Diciembre 2015**

Índice	Pág
Introducción.....	3
Tema.....	5
Planteamiento del Problema.....	5
Justificación.....	5
Marco teórico.....	6
Objetivos General y secundarios.....	24
Tipo de Diseño.....	25
Selección de la Población.....	25
Criterios de Inclusión y Exclusión.....	25
Selección de variables.....	26
Método e Instrumento de Recolección de Datos.....	27
Análisis de Datos.....	27
Resultados/ Estadística Descriptiva.....	28
Discusión.....	44
Conclusión.....	49
Sugerencias.....	49
Bibliografía.....	51
Anexos.....	54

## **Introducción**

La siguiente tesina fue desarrollada durante los años 2013 y 2015, (ver anexo I) en el Instituto Universitario CEMIC a través de la materia Investigación en Enfermería. Siendo el tema elegido el conocimiento del personal de enfermería en las medidas de aislamiento, se vuelcan asimismo todos los conocimientos de las materias restantes, como Cuidados Críticos, Seguridad del Paciente, Ética y legales, Sociología, Gestión, etc.

El tema seleccionado es un tema de gran importancia en la actualidad por el gran número de infecciones intrahospitalarias y las consecuencias que ellas implican. Dichas infecciones pueden analizarse de diferentes puntos. En este caso se analizará el conocimiento del personal de enfermería, porque el conocimiento es el primer escalón para poder cumplir con las normas de bioseguridad y minimizar el número de infecciones.

Las infecciones intrahospitalarias son procesos infecciosos originados en una institución de salud durante la internación de un paciente. En la actualidad, este es un problema que toda institución desea controlar, o minimizar su crecimiento, llevando el porcentaje de infecciones al mínimo posible. Tanto personal de salud como pacientes están expuestos a diario; más hoy en día con la aparición de nuevos patógenos multirresistentes. Para ello cada institución implementa sus medidas de bioseguridad y medidas de aislamiento.

En la actualidad las medidas de aislamiento son regidas por una estructura generalizada que engloba a todas las instituciones en salud. Más allá de que cada institución pueda agregar algún detalle en las medidas de aislamiento, por algún estudio en resultado y costo, del cual el departamento de Infectología es el encargado, todas mantendrán la misma estructura básica.

Estas medidas simples y con una buena base de fundamentación, para evitar la propagación de infecciones intrahospitalarias, no son siempre cumplidas. En este trabajo se tratará averiguar cuál es el grado de conocimiento y su vinculación con el incumplimiento de estas medidas de bioseguridad, del personal de enfermería, en las Unidades de Cuidados Críticos del CEMIC de Saavedra.

También cabe mencionar la formación de enfermería y el contexto social en que está inmerso. La escasez de profesionales, la inapropiada distribución geográfica y la falta de incentivos para ingresar y permanecer en la profesión por el deterioro de las

condiciones laborales, lleva a preparar enfermeros a cualquier costo lo más rápido posible, sin importar su nivel de formación. Hoy en día en la provincia de Buenos Aires, se entrega, en algunas instituciones, un título al año de la cursada, como auxiliar de enfermería. Con este, ciertos centros de salud los contratan para trabajar como enfermeros por más que no tengan las incumbencias correspondientes. Incluso existen otras universidades que permiten el ingreso a la carrera sin tener el secundario completo, y que luego de ser auxiliares, le dictan una nivelación del secundario para poder continuar con el profesional. Pero muchos se quedan solo con el título de auxiliar en enfermería por el simple hecho de su necesidad urgente de trabajo.

El personal de enfermería es el único del equipo de salud que se encuentra 24 horas junto al paciente. En este estudio se tratará de evaluar el grado de conocimiento del personal de enfermería sobre las medidas de bioseguridad, para hacerle frente a esta problemática que arroja a nivel mundial cifras bastantes significativas que se pondrán a disposición en base a otros estudios relacionados.

## **Tema**

“Conocimientos del Personal de Enfermería de las Medidas de Bioseguridad en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario CEMIC Saavedra.”

## **Planteamiento del problema**

¿Cuál es el grado de conocimiento que posee el personal de enfermería sobre las medidas de bioseguridad?

## **Justificación**

El profesional de enfermería es el encargado de brindar cuidados para mejorar la salud, mantenerla, o acompañar al moribundo al buen morir. Por lo tanto sería contradictorio decir que esta profesión podría causar daño en la salud del paciente. Pero existen muchos estudios que hablan de infecciones hospitalarias o intrahospitalarias, y el personal de enfermería forma parte del equipo de salud.

En CEMIC solo trabajan enfermeros y licenciados en enfermería. Pero solo esto no es válido para determinar el nivel de conocimientos sobre bioseguridad. En este estudio se mencionan cifras aproximadas de cómo se encuentran posicionados los enfermeros de la unidad de cuidados críticos del CEMIC de Saavedra. Dichas cifras orientarán acerca de cuál es el perfil profesional del enfermero de cuidados críticos de dicha institución y si es necesario capacitar al personal sobre este tema.

En otras instituciones existe un manual de normas al alcance del personal en el cual están protocolizados todos los procedimientos a realizar, pero en el Hospital Universitario CEMIC Saavedra no existe dicho protocolo. En la Unidad de Cuidados Críticos muchos hacen los procedimientos como aprendieron en el transcurso de su profesión, manejándose unos de manera diferente a otros. A partir de esto, el presente estudio de investigación buscará confirmar la hipótesis explicitada a continuación.

## **Hipótesis**

“El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos del CEMIC Saavedra posee un alto nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad”

## MARCO TEORICO

En este punto explicaremos algunos conceptos y también recorreremos la historia de algunos de ellos.

### Definición de conocimiento:

Capacidad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas/ conjunto de ideas que se conocen acerca de algo, especialmente de una materia o ciencia.(1)

### Definición de bioseguridad:

La OMS define a la bioseguridad como “principios y practicas aplicadas con el fin de evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental”.(2)

El primer concepto incorporado en las medidas de bioseguridad es el lavado de manos, que sigue siendo hoy una de las medidas de bioseguridad más importantes. El primero en incorporar este concepto fue el médico judío llamado Musaiba Maimum, más conocido como Mamonides, quien en 1199 enunció *“NUNCA OLVIDE DE LAVAR SUS MANOS DESPUES DE TOCAR UNA PERSONA ENFERMA”*.

Luego, fueron varios los hitos relacionados con el tema:

- En 1827 un farmacéutico francés demuestra que las soluciones cloradas erradicaban la totalidad de los olores asociados con los cuerpos.
- En 1843 el médico Oliver Wendil Holmes concluye que la fiebre puerperal era el resultado de que tanto médicos como enfermeras atendían a los pacientes sin lavarse las manos, y así transmitían las enfermedades de un paciente a otro. Impuso el lavado de manos antes y después de atender a un paciente. Con lo que logra reducir la fiebre puerperal considerablemente.
- En 1858, la enfermera Florence Nightingale promueve una reforma hospitalaria con respecto a las infecciones nosocomiales. Considerada un pionera de la enfermería, fue la primera en establecer la influencia del entorno saludable sobre los individuos. A través de sus observaciones durante la guerra de Crimea, concluyó, la necesidad de utilizar pabellones

más pequeños, con una ventilación adecuada acentuando la importancia de la asepsia y la limpieza del ambiente así como su efecto al disminuir la mortalidad asociada a la infección.(2)

- En 1861 el húngaro Ignaz Philip Semmelweis fue el primero en probar científicamente el lavado de manos con antisépticos.
- En 1878 Luis Pasteur publica en un informe “Teoría de los gérmenes y su aplicación a la medicina y a la cirugía”.
- En 1867 Joshef Lister desarrolla los principios de la asepsia quirúrgica.
- En 1877 Jonh Tyndall desarrolla un método que permite la esterilización de los líquidos que contienen esporas de bacilo”.
- En 1876 Robert Koch realiza varios estudios sobre los agentes causantes de varias enfermedades infecciosas.

Y en la actualidad se sigue investigando sobre la aplicación de nuevas terapéuticas y técnicas para hacerles frente a la aparición de los nuevos gérmenes multiresistentes. Pero el lavado de manos seguirá siendo la primera práctica que debe realizar toda aquella persona responsable del cuidado de los enfermos. (3)

#### Breve Historia del CEMIC

**-1958.** Una personalidad sobresaliente de la medicina argentina, el Dr. Norberto Quirno, había reunido alrededor de él a un destacado grupo de discípulos. La mayoría de ellos tenía vinculación docente con la Universidad de Buenos Aires y acreditaba posgrados de especialización en centros médicos nacionales y extranjeros. La principal preocupación de aquel conjunto de profesionales médicos, más allá de la atención que ofrecía día a día a sus pacientes bajo el régimen hospitalario de la época, era generar una institución dinámica, capaz de superar las limitaciones propias del ejercicio individual de la medicina, con el fin de elevar la calidad de la atención médica que recibía la población y su salud en general.

**-1962.** La Sociedad de Beneficencia de la ciudad de Bs. As. decidió la construcción de un Hospital Escuela en la Av. E. Galván 4102, en el Barrio de Saavedra.

**- 1965** Se coloca la piedra fundamental del futuro Hospital Escuela en el Barrio de Saavedra, en un predio de 3 hectáreas cedidas por la Municipalidad de Buenos Aires, hoy Hospital Universitario sede Saavedra.

- **1966** Se define, de manera gradual, la organización del CEMIC como sistema hospitalario, técnico y de atención médica financiada por un sistema prepago.

- **1967** Se inaugura parcialmente el futuro Hospital Escuela sede Saavedra.

- **1970** Se inaugura en el futuro Hospital Escuela el Centro de Investigación en Reproducción Humana Experimental CIRHE, con su bioterio, que incluye una colonia de monos.

Se realiza el primer trasplante renal en el Hospital Universitario sede Las Heras.

- **1972** El CEMIC pasa a ser Unidad Docente Hospitalaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

- **1977** Se crea la fundación "Norberto Quirno" para el apoyo de la docencia y de la investigación en el CEMIC.

- **1979** Las autoridades nacionales conceden al CEMIC el uso pleno del edificio en la Av. Las Heras y Sánchez de Bustamante, que ya funcionaba como Centro Piloto de Atención Médica para la Comunidad ligado al Ministerio de Salud Pública.

Se crea en el Hospital Escuela el "Programa Buenos Aires" ProgBA, donde se implementa el concepto de Control de Calidad en el Laboratorio de Análisis Clínicos

- **1980** El CEMIC adquiere un terreno de 9000 m<sup>2</sup> en Av. E. Galván al 4100 para la creación del Hospital Universitario.

- **1985** Se dona a la Fundación Norberto Quirno el edificio de la calle Talcahuano 1234, que actualmente es su sede.

- **1990** Se crea el Servicio de Investigación y Rehabilitación del Enfermo Neurológico SIREN.

- **1992** Se crea un nuevo centro de atención ambulatoria en el Barrio de Belgrano.



Se crea en el Gran Buenos Aires, el primer centro de atención ambulatoria del CEMIC "Centro Médico Acassuso",

El CEMIC es designado Hospital Asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires - UBA.

- **1993** El CEMIC es elegido por la Facultad de Medicina - UBA como una de las unidades para el lanzamiento de su Plan B para la Carrera de Medicina, por el cual asume la responsabilidad de dictar en su sede y a su costo, la totalidad de la carrera de Medicina desde primer año. Reinicia su actividad la Escuela de Enfermería Profesional del CEMIC.

- **1996** Se habilita una nueva Unidad de Trasplante de médula ósea en el Hospital Universitario sede Saavedra.

El CEMIC equipa con tecnología de avanzada el Hospital Universitario sede Las Heras.

- **1997** Se crea el Instituto Universitario CEMIC, para el dictado de carreras de Posgrado y la carrera de Medicina y numerosos cursos de actualización en el área de la salud.

- **1998** Se pone en funcionamiento el Instituto Universitario CEMIC - IUC, donde se dictan la Carrera de Medicina y 6 Carreras de Especialización: Anatomía Patológica, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Ortopedia y Traumatología y Pediatría. Estas carreras otorgan títulos de Especialistas Universitarios con validez nacional.

Se traslada el Centro Médico Acassuso a San Isidro. El nuevo centro de atención ambulatoria sito en J.J. Díaz 857 - San Isidro, provincia de Buenos Aires, es denominado "Centro Médico Dr. René Baron". Fue cedido por la Fundación que lleva su nombre.

Se crea el centro de Extracciones y recepción de muestras de Análisis Clínicos, en Tagle 2525, ciudad de Bs. As.

Se crea un nuevo centro de atención ambulatoria, "Centro Médico Monserrat", sito en Hipólito Yrigoyen 1210, ciudad de Buenos Aires.

El CEMIC obtiene el premio Konex de Platino en la disciplina Entidades de Investigación Científica y Tecnológica.

- **1999** El Instituto Universitario CEMIC incorpora las Carreras de Especialización en Medicina Interna y Urología y comienza a dictarse el 1er año de la Carrera de Medicina en el Hospital Universitario sede Saavedra. Para ello se inauguran laboratorios prácticos, de microscopios, de anatomía y un aula de Informática para la enseñanza de dicha carrera.

- **2000** Se crea un nuevo centro de atención ambulatoria "Centro Médico Caballito", en la Av. Rivadavia 6044, ciudad de Buenos Aires.

El IUC incorpora la Carrera de Especialización en Nefrología y Medio Interno.

Se inaugura la Unidad de Investigación Dr. René Baron.

- **2001** Se inaugura en el Hospital Universitario sede Saavedra un Centro de Diálisis con 24 puestos de hemodiálisis por turno y un subsector de Diálisis peritoneal continua ambulatoria. Dicho servicio se convierte en centro de referencia en nuestro país.

Varios de sus casi 300 trabajos de investigación biomédica, recibieron premios y menciones nacionales y extranjeras. En el último bienio 1998-2000 se publicaron 219 trabajos y se presentaron 290 en congresos nacionales y extranjeros, en los cuales participaron 535 investigadores.

Nace el 26 de julio en el CEMIC el primer bebé (Dante) operado antes de nacer; es la primera operación que se realiza fuera de los EEUU.

La CONEAU acredita la Carrera de Medicina del IUC, sin compromisos. Se dictan 28 cursos de actualización de Posgrado.

- **2002** La Academia Nacional de Medicina cede en comodato al CEMIC el Instituto Hermenegilda Pombo de Rodríguez, sito en la Av. Coronel Díaz 2423 de la ciudad de Buenos Aires.

El CEMIC inaugura un nuevo Centro Médico de Atención Ambulatoria.

El IUC inaugura la nueva sede del Rectorado y la Biblioteca para alumnos en Av. E. Galván 4089, frente al Hospital Universitario. Se inauguran además, dos nuevas aulas

en la Planta Baja del Hospital Universitario sede Saavedra. El CEMIC y el IUC firman 21 convenios de cooperación académica con instituciones del país y del exterior.

El Laboratorio de Análisis Clínicos que funciona en el Hospital Universitario sede Saavedra, alcanzó la certificación de la norma ISO 9002, otorgada por la certificación TÜV Reheinland/Berlín - Brandenburg.

Por Resolución N° 220 del 15/5/02 del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, se autoriza al Instituto Universitario CEMIC la creación de la Unidad Académica - Instituto de Investigaciones que desarrollará su labor en el Hospital Universitario sede Saavedra.

Se instala en el ámbito de Imágenes un Tomógrafo Helicoidal de alta generación.

Se Acredita con Mérito el mencionado Hospital por el Instituto Técnico de Acreditación de Empresas de Salud (ITAES).

Se designa al CEMIC organizador del 1° Congreso Internacional de Virología realizado en nuestro país. El Congreso contó con el auspicio de la Panamerican Society for Clinical Virology (USA), la Academia Nacional de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud.

Se certifica bajo las normas ISO 9001 el "Programa Buenos Aires" ProgBA mediante la entidad certificadora TÜV Reheinland/Berlín - Brandenburg.

**-2005** El Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra se convirtió en el Primer Hospital del país en certificar la norma ISO 14001, que rige la gestión medioambiental.

El CEMIC seleccionó a una prestigiosa firma de origen alemán (TUV Rheinland Argentina S.A.) y fue evaluado bajo la última edición de la norma ISO 14001, la ISO 14001: 2004. Prevenir la contaminación, cumplir con la legislación aplicable y mejorar continuamente esta gestión son los requisitos que impone la norma ISO 14.00. En marzo, la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU) invita al Instituto Universitario CEMIC a participar en el Mecanismo Experimental de Acreditación MERCOSUR (MEXA - MERCOSUR) de Carreras de Medicina. En junio se puso en marcha la Carrera de Especialización en Genética Médica. En septiembre de 2005, la Carrera de Medicina del IUC fue invitada por la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, a participar del Proyecto "Alfa Tuning - América Latina" como representante de la Argentina, junto a la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, en ese

emprendimiento de la Unión Europea, liderado por las Universidades de Deusto (España) y Groningen (Holanda).

El 5 de diciembre, la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria acreditó, según Resolución N° 960/05 de la CONEAU, la Carrera de Medicina del IUC.

- **2007** En octubre comenzó a funcionar en el Hospital Universitario sede Saavedra un resonador de última generación que pone al CEMIC a la vanguardia de los estudios de imágenes.

El 11 de octubre de 2007, el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET, reconoció a la Dirección de Investigación del CEMIC como una Unidad Asociada a este organismo.

- **2008** El 14 de abril comenzó a funcionar la nueva Sede del Centro Médico Belgrano, ubicada en la calle 3 de Febrero 2120, del barrio Belgrano de la Ciudad de Buenos Aires.

En mayo, se abrió una nueva sede: el Centro Médico Rodríguez Peña, ubicado en Rodríguez Peña 1046 de la ciudad de Buenos Aires.

El 24 de julio, se inauguró el Servicio PET-CT en el Hospital Universitario sede Saavedra. Se trata de un tomógrafo de última generación, único en su tipo en toda Latinoamérica.

El 4 de septiembre se inauguró en el Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra, el primer biobanco institucional del país que funciona en un hospital general.(4)

### Breve Historia de la enfermería

La historia de la enfermería podría describirse en 4 etapas que corresponden a distintos periodos de la evolución sociocultural:

*Etapa Domestica:* comprende desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio Romano, que describe a la mujer como primera cuidadora del hogar encargada del mantenimiento, de la vida frente a la adversidad del medio.

*Etapa Vocacional:* comprende desde el origen del cristianismo hasta el final del era moderna, en donde el cuidado queda en manos de los religiosos.

*Etapa Técnica:* comprende entre el siglo XIX y gran parte del siglo XX, en la que se centra en la lucha contra la enfermedad y que el médico se enfoca en la persona como enfermo, y las persona encargadas de prestar cuidados adquieren el papel de auxiliar del médico.

*Etapa Profesional:* comprende finales del siglo XX hasta hoy. En esta etapa la enfermería se consolida como disciplina y profesión, con la responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población.(5)

En 1854 estalla la guerra de Crimea entre Rusia y Turquía en la que además participaron Francia e Inglaterra. Permanentemente llegaban noticias desoladoras sobre los hospitales al frente de batalla, y el horrible sufrimiento de los soldados ingleses. Los soldados franceses eran atendidos por las Hermanas de la Caridad y los soldados rusos por las Hermanas de la Misericordia. Pero los soldados ingleses carecían de servicio de enfermería. Hasta el momento no existían antecedentes de mujeres no religiosas que actuaran en el frente de batalla.

El entonces Ministro de Guerra Inglés, Sidney Herbert, que conocía a Florence Nightingale, pensó en ella como la única persona de su país capaz de organizar una empresa de auxilio de este tipo. Florence aceptó de inmediato y reunió diez hermanas católicas, ocho anglicanas, seis enfermeras de la casa de San Juan y catorce enfermeras de distintos hospitales. Al tiempo del comienzo de su accionar, el porcentaje de muertes bajó de un 40% al 2%, ya que eran más lo que morían por desatención que por sus heridas. Con el tiempo el número de enfermeras ascendió a 125. Todo esto despertó en el pueblo inglés un sentido de patriotismo junto con un espíritu crítico que admitía las deficiencias existentes en el sistema sanitario. Esto más el financiamiento de altas esferas permitieron a Florence abrir la primera escuela de enfermeras en 1860, seleccionando a sus alumnas entre las mujeres de la aristocracia. Con esto se realiza otro de los grandes sueños de Florence: dar a la enfermería la categoría y el rango que le correspondía. El propósito de la escuela era formar enfermeras aptas y capaces de fundar a su vez, otras escuelas, organizar hospitales, y enseñar a preparar nuevas enfermeras.

Florence centraba su teoría en colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuase sobre él en un ambiente limpio libre de agentes patógenos. (6)

Más tarde en nuestro país, en 1885, Cecilia Grierson funda la primera escuela de enfermeras, siendo la primera escuela de enfermeras de Sudamérica (7), (8)

Las nuevas tendencias del mundo actual y la globalización en el campo de la salud presentan desafíos nuevos para la enfermería, relacionados con la aparición de herramientas nuevas para garantizar y optimizar los servicios prestados.

A diario la enfermería enfrenta nuevos retos: los nuevos conocimientos científicos, nuevas tecnologías, nuevos patógenos y el uso de equipamiento con más tecnología hacen que su labor se sustente en el conocimiento actualizado y el perfeccionamiento constante de su práctica, haciendo que esta sea más eficaz, eficiente, competitiva y de calidad.(9)

La enfermería es la encargada de prestar servicios las 24 del día, se encuentra en continuo trabajo con el paciente. La formación de enfermería se encuentra dividida en dos etapas, existen enfermeras universitarias con cursadas de 5 años para el título de grado de licenciado en enfermería, con título intermedio a los tres años como enfermero profesional; y la tecnicatura en enfermería que se dicta en escuelas terciarias, con cursadas de tres años. Luego de estos, se puede realizar la licenciatura con dos años más en alguna universidad previo examen de nivelación. Pero no existe ningún requisito para trabajar, por ejemplo en aéreas cerradas, como realizar la especialización en el servicio elegido.

Y sumando a esto los bajos sueldos, las horas trabajadas, y que la mayoría tiene más de un trabajo o realiza muchas horas extras, impide que realicen curso de capacitación o especialización. También existen lugares que tienen enfermeras casi en la edad jubilatoria que tienen 30 años de servicio y que nunca se siguieron capacitando.

Entonces, hilando fino, se puede pensar lo siguiente: los avances tecnológicos, la aparición de nuevas enfermedades y nuevos patógenos, demandaría al equipo de enfermería el tener una capacitación continua, si no su conocimiento quedaría obsoleto.

En el CEMIC se cuenta, en las unidades de cuidados críticos, con licenciados en enfermería y enfermeros. En este servicio existen enfermeros de muchos años, de años intermedios y enfermeros nuevos recién recibidos. Se les brinda media beca a los enfermeros que quieran obtener el título de grado y puedan recibirse de licenciados.

Todos se manejan con las normas bioseguridad que maneja la mayoría de las instituciones, que son las siguientes:

## Aislamiento

Es el proceso de separar a un individuo de otros, para evitar así su propagación del germen, o medidas físicas de protección para evitar el contacto directo con un paciente infectado, para así evitar el contagio y su propagación.

Ante de cualquier medida de aislamiento es necesario el lavado de manos que según la OMS, el lavado de manos es el primer paso en la atención en salud. El lavado de manos aumenta la seguridad del paciente y minimiza su estadía dentro de la institución siendo esto también una reducción en costos.

Según la OMS tiene cinco momentos que también incorporo el CEMIC que son los siguientes:

- 1- Antes del contacto con el paciente.
- 2- Antes de realizar una tarea aséptica.
- 3- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- 4- Después del contacto con el paciente.
- 5- Después del contacto con elementos del paciente. Y no olvidar higienizar las manos antes y después de utilizar guantes.

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

Aislamiento de contacto: este se divide en dos, contacto directo y contacto indirecto.

*Contacto directo* es aquel que implica al individuo colonizado y al huésped susceptible.

*Contacto indirecto* es aquel que implica algún objeto mayormente inanimado tal como agua, gasas, instrumental etc., con el huésped susceptible.

En los aislamientos de contacto las barreras a utilizar son principalmente el lavado de manos presente en todo aislamiento, camisolines descartables, y guantes. Y en la entrada de las habitaciones o boxes, se coloca alcohol en gel.

Aislamiento de gotas: este se refiere al contacto de la persona colonizada cerca del huésped susceptible, pero en este caso la exposición de riesgo es frente a las gotas de Flügge. Esta exposición se hace presente al exponerse al paciente con tos, al hablar, aspiraciones o estornudos. Las gotas tiene un alcance estimativo de hasta un metro, pero estas no permanecen en el aire ni tienen una vida prolongada. Por esta

razón no es necesario un manejo especial del sistema de aire. Las barreras de protección son el lavado de manos, el uso de barbijo, guantes y gafas.

Aislamiento respiratorio: este se refiere al contacto de la persona colonizada cerca del huésped susceptible, pero esta ocurre, a diferencia de la anterior, por gotas más pequeñas y con patógenos que quedan suspendidas en el aire. La vida del patógeno es más larga y se transmite en el aire, por esta razón las medidas a implementar en este aislamiento son: lavado de manos, habitación individual, manejo estricto del aire, puerta cerrada, barbijo especiales de larga duración, guantes y gafas. Tanto en el aislamiento respiratorio como en el

Se aplica cuando los microorganismos se transmiten aislamiento por gotas, de trasladar al paciente a otro lugar, por el motivo que sea el paciente deberá llevar barbijo.

Aislamiento por vehículos comunes: comida, agua, medicamentos, artículos, equipos. La prevención está relacionada a las medidas de higiene aplicadas en la preparación de alimentos o a la esterilización o bioseguridad en la manipulación de soluciones y equipos.

Aislamiento por vectores: se basa en la transmisión de enfermedades por animales como roedores, mosquitos etc. No es común en hospitales pero en algunos suele haber. En el CEMIC se implementan medidas de fumigación y exterminio. El responsable de marcar las normas de bioseguridad y protocolizar las normas es el departamento de Infectología.

En el servicio de Terapia Intensiva del CEMIC se utilizan el aislamiento de contacto, aislamiento por gotas, aislamiento respiratorio, y Neutropenico, y por ClotridumDifficile.

El aislamiento por Neutropenico en algunas instituciones se lo tiene como cuidados y no como aislamiento. Con solo lavarse bien las manos estaremos cumplimiento con el aislamiento o el cuidado, como estas se usan para pacientes comprometidos neutropenicamente, es necesario que el enfermero que atiende a estos no atiende a otros con aislamiento, para evitar su contagio. Solo para el traslado de este el paciente usara barbijo.

Y el aislamiento por ClotridumDifficile se basa el lavado de manos con alcohol en gel, el uso de guantes y la limpieza de las superficies.



El criterio para aislar a un paciente en la Terapia intensiva del CEMIC es el siguiente:

Por contacto

- Haber estado internado en los últimos seis meses en alguna institución de salud.
- Si viene derivado de otra institución, o de otro servicio dentro del CEMIC.
- Si ya se sabe de que presenta o porta algunos de los agentes que necesiten ser aislados.
- Si realiza diálisis.
- Si realiza quimioterapia.

A parte de esto se realiza tanto a los ingresos como periódicamente hisopados tanto nasal como rectal, para determinar si portan algún agente o ya no lo portan. Para las medidas respiratorias es mediante pruebas diagnósticas como de laboratorio e imágenes.

Y para neutropénico que más que una medida de aislamiento es una medida de cuidados, también se utilizan las pruebas de laboratorio y antecedentes del paciente (10).

Además cada aislamiento tiene un sticker de color en la puerta, el amarillo es para el de contacto, verde para respiratorio, celeste para gotas, naranja para neutropénico y rosado para *Clostridium Difficile*. Dicha información se transmite al personal por carteles que se encuentran pegados en las paredes en todas las unidades del Hospital.

Como este estudio se basa en la unidad de terapia intensiva solo, será referido a este. Deberían cumplirlas por una cuestión lógica toda persona que ingresara a la unidad del paciente aislado, esto incluiría a Médicos, Residentes de medicina, Enfermeros, Camareras, Personal de limpieza, Personal de laboratorio, de imágenes, de rayos X de Hemoterapia y familiares inclusive.

A parte se identifican los aislamientos con rombos de colores que se colocan en la entrada de la habitación del paciente. Rombo amarillo para aislamiento por contacto; Verde respiratorio; azul por gotas; naranja neutropénico; y rosado para *Clostridium Difficile*.

Afiche informativo que figura en la institución:

## **PROCEDIMIENTO**

**De acuerdo con los datos epidemiológicos de la Institución, los organismos multirresistentes que se desean controlar son:**

STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE (SAMR). **Hisopado nasal.**

ENTEROCOCCUS RESISTENTE A VANCOMICINA (EVR). **Hisopado rectal.**

BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES (BGNMR). **Hisopado rectal.**

**Los pacientes por controlar deberán cumplir con los siguientes criterios:**

**1** Pacientes que ingresan derivados de un tercer nivel o centro de rehabilitación.

**2** Pacientes que ingresan derivados de otra institución y que deben haber estado internados por más de 24 horas.

**3** Pacientes con internación previa en el CEMIC o en cualquier otro hospital en los últimos 6 meses.

**4** Pacientes en hemodiálisis crónica.

**Más allá de estas indicaciones generales para todas las áreas de la Institución, se deberán considerar puntualmente las siguientes situaciones de acuerdo con las áreas:**

### **Área de internación:**

Pacientes que provengan de UTI/UCO con 5 días o más de internación. (Preguntar resultado de último hisopado; si está pendiente, indicar aislamiento preventivo, o hisoparlo e indicar aislamiento preventivo.)

### **UTI / UCO:**

Pacientes con 5 días de internación en piso. (Al ingresar a la UTI.)

Control por permanencia los miércoles. (5 días de internación.)

### **Quedan excluidos:**

Pacientes que provienen de quirófano para control y que no han estado en área de internación durante 5 o más días.

Politraumatismos que ingresan de la calle.

### **Acción:**

**a** El enfermero a cargo del paciente realizará el hisopado ni bien este ingrese.

**b** Solicitar la orden para llevar la muestra al supervisor de turno.

**c** Se indica aislamiento de contacto preventivo hasta que Bacteriología reporte los resultados.

**d** Registrar en el libro de actas correspondiente en su sector.

### **Técnica de hisopado:**

Material: 2 hisopos.

2 medios de Transporte "STUART".

#### **1. HISOPADO NASAL: Para la detección de SAMR.**

a) Introducir el hisopo por una narina aproximadamente 3 cm y rotarlo. Si la muestra es insuficiente, introducirlo en la otra narina.

b) Colocarlo en el medio de transporte "Stuart" y remitirlo con la orden a Bacteriología.

#### **2. HISOPADO RECTAL: Para detección de EVR, KPC y BGNMR.**

- a) Introducir el hisopo en el recto 3 a 5 cm., hacerlo girar en ambas direcciones para obtener una muestra significativa de materia fecal.
- b) Colocarlo en medio de transporte “Stuart” y remitirlo con la orden a Bacteriología

### Antecedentes

Datos para tener en cuenta.

Según la OMS, junto con World Health Organization y Patient Safety, en el informe “Primer desafío de Seguridad del Paciente; Una Atención Limpia es una Atención segura”.

Se refiere a los países desarrollados, justificado en que los países no desarrollados se tiene dificultad en recopilar datos confiables. En el documento se cita:

“En los países desarrollados, las Infecciones intrahospitalarias involucran al 5-15% de los pacientes hospitalizados, pudiendo afectar al 9 -37% de aquellos internados en las unidades de terapia intensiva (UTI). Estudios recientes llevados a cabo en Europa indicaron que los índices de amplia prevalencia hospitalaria de pacientes afectados por Infecciones Intrahospitalarias oscilaron entre 4,6% y 9,3% Se estima que en los hospitales de cuidados intensivos en Europa se producen por lo menos cinco millones de Infecciones Intrahospitalarias anuales, que representan 135 000 muertes por año y de alrededor de 25 millones de días de adicionales de internación hospitalaria junto con una incidencia económica de 13 a 24 mil millones de euros. La tasa estimada en Estados Unidos fue de 4,5 % en 2002 que equivale a 9,3. de infecciones por 1000 días paciente y 1,7 millones de pacientes infectados junto con impacto económico anual de 6,5 mil millones de dólares en 2004. Alrededor de 99.000 muertes fueron atribuidas a infecciones intrahospitalarias.

Los índices de prevalencia de infecciones contraídas en UTI oscilan entre 9 y 37% cuando se evaluaron en Europa, 12% en EE.UU., con índices de cruda mortalidad que oscilan entre 12% y 80%.”(11)

Otro informe que se realizó por el Ministerio de Salud de Cusco, “GUIA DE PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO, cita: “este informe se basa en la evolución de las medidas de aislamiento y su importancia en el cumplimiento, tratando de ser una guía para que los profesionales de salud, y que puedan

consultar, para así bajar el índice de infecciones intrahospitalarias y proteger al personal también. (12)

En otro trabajo de la OMS "Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): Resumen" realizado en 55 hospitales de 14 países reveló que 8.7 % de los pacientes internados contraen infecciones intrahospitalarias. Y 1.4 millones de personas contraen infecciones relacionadas con la atención sanitaria. En los países desarrollados del 5 al 10 % de los pacientes ingresan por una enfermedad aguda y contraen otras. En los **Estados Unidos** causan 80000 muertes y en **Inglaterra** 5000 por año. En **México** es la tercera causa de muerte nacional, en **Trinidad y Tobago** dos tercios de los ingresados a una Terapia Intensiva contraen infecciones intrahospitalarias. En los países en desarrollo, cada día mueren 4384 niños por infecciones relacionadas con la atención sanitaria. En esto, como el continente africano, sigue siendo la principal causa de muerte. En **Brasil** e **Indonesia** más de la mitad de los niños ingresados a una unidad de cuidados neonatales contraen infecciones intrahospitalarias, con una tasa de letalidad del 12% al 52 %.(13)

En otro estudio que publicó la Revista Chilena de Urología, "Infecciones Intrahospitalarias, Conceptos Actuales de Prevención y Control", se empieza refiriendo a la incorporación de avances tecnológicos, las nuevas terapéuticas, los nuevos procedimientos, las nuevas herramientas, muchos de ellos invasivos, y sumando a esto la expectativa de vida es mucho más alta con pacientes añosos, con patologías crónicas e inmunosuprimidos con un alto riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias.

Y que las bajas infecciones intrahospitalarias son buenos indicadores de calidad de atención, porque con estos se mide el trabajo del equipo de salud. Se estima que un tercio de estas infecciones podrían evitarse con un adecuado programa de control de infecciones, y sobre todo bajar en 25 % las acciones legales hacia los médicos.

Arroja datos interesantes que nos sirven para seguir comprando los índices a nivel mundial, dice que en **Estados Unidos** ocurren 2,5 millones de infecciones intrahospitalarias cada año, de los cuales 30.000 son causa directa de muerte y 70.000 están relacionados con el fallecimiento del paciente.(14)

En **Chile** se notifican 30.000 infecciones intrahospitalarias al año, y se estima que la cifra real sería el doble, pero no existen datos ciertos sobre esto. Y que un 3% de

estas infecciones están relacionadas con la causa de muerte y otro 3% son causa directa de ellas (letalidad promedio de 6%) representando alrededor de 6.000 casos al año de muertes. (14)

Según la **Sociedad Argentina de Infectología** (SADI), la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI) y el Instituto Nacional de Epidemiología (INE-ANLIS), en el trabajo “Desarrollo de un Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina” se estima que más de 100 millones de personas en el mundo adquieren al menos una infección intrahospitalaria por año y que más de 20 millones fallecerán a causa de ellas. En los países desarrollados entre el 5% y 10% de los pacientes egresados de centros de internación de agudos adquieren uno o más episodios de de estas infecciones.

Sólo el 15,6% de los países en vías de desarrollo cuenta con sistemas de vigilancia a nivel nacional o regional, lo que hace tomar valores erróneos sobre esta realidad. Los pocos estudios disponibles arrojan valores que sugieren que la cifra es 2 a 20 veces más elevada que en los países desarrollados.

El Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de la República Argentina (VIHDA) ha elaborado desde el año 2005 reportes semestrales vinculados a la vigilancia de las infecciones asociadas a dispositivos en un Unidades de Cuidados Intensivos.

En Argentina se estima que, en promedio, las infecciones intrahospitalarias, aumentan los días de internación en 6,4 días, con una mortalidad atribuible del 11,5% y un costo aproximado de \$12.300 por evento, cifra del año 2012. Esto equivale a 1.600.000 días extras de internación, 29.000 muertes atribuibles y un costo aproximado de \$3.200 millones de pesos por año .(15)

Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan que una media del 8,7% de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales y del 5% al 10% de los pacientes admitidos a hospitales de cuidado agudo en los países desarrollados adquieren una infección nosocomiales, lo que aumenta la morbimortalidad hospitalaria y los costos de hospitalización de los pacientes infectados (OMS, 2002). Además, los pacientes se reincorporan más tarde a sus trabajos en comparación con los pacientes no infectados.

Según la OPS solo 5% de los hospitales en países en desarrollo llevan a cabo programas de prevención y control epidemiológico, y se les asigna una baja prioridad, debido a las altas restricciones presupuestarias y a la difícil adherencia del personal de salud.

Se enuncia también que en Ecuador los pocos estudios realizados muestran una incidencia del 9 % de los egresos hospitalarios.

En **Guatemala** se investigó el costo relacionado con las infecciones nosocomiales, en la que arroja que las neumonías asociadas al respirador se gastan 2,5 veces más que un paciente con asistencia ventilatoria mecánica sin neumonía asociada y resalta que si se invirtiera en prevención de infecciones nosocomiales, se deberían reducir los costos de internación y mejorarían la calidad de atención y los beneficios del paciente. (16)

En la Clínica Padre Luis Tezza se realizó un estudio de investigación acerca de Nivel de conocimiento y prácticas de las enfermeras sobre medidas de bioseguridad en las áreas críticas. Con una muestra de 25 enfermeras, se observó en el estudio la falta de conocimiento por parte de las aquellas reflejando un conocimiento Bajo (36 por ciento), con tendencia a un nivel de conocimiento Medio (44 por ciento) y un nivel de conocimiento Alto (20 por ciento), así mismo esta evidenciado en la aplicación de sus prácticas sobre bioseguridad, que existe un número significativo que el 40 por ciento de las enfermeras aplican Prácticas Inadecuadas, no le dan la importancia relevante y lo que implica su adecuado desarrollo para atención del paciente crítico y de su propio cuidado; y un 60 por ciento aplican Prácticas Adecuadas.(17)

En un estudio similar en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa donde se estudió Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de las medidas de bioseguridad que realizan los profesionales de enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia. Con una muestra de 30 enfermeras, arrojó como resultados que del total de profesional de enfermería, el 56.7 por ciento con conocimiento bajo, no cumple las medidas de bioseguridad (63.3 por ciento) en el servicio de emergencia del Hospital. Los resultados obtenidos les permitieron llegar a la conclusión de que las enfermeras tienen un nivel de conocimiento bajo sobre medidas de bioseguridad, y la mayoría no cumple con las prácticas de las medidas de bioseguridad durante la atención de los pacientes. (18)

Cabe realizar una aclaración sobre los datos del trabajo anterior, y para ello utilizare datos que se mostraron en un congreso que dicto 3M sobre "Terapia de Infusión en Latinoamérica: Perspectiva Actual y Desafíos Futuros" que arroja datos sobre la relación medico enfermero en algunos países, pero que se cumplen casi a nivel mundial y se muestran en la siguiente tabla:(19)

Tabla N° A

<b>País</b>	<b>Enfermeras/1.000 Habitantes</b>	<b>Médicos/1.000 Habitantes</b>
<b>EE. UU.</b>	<b>9,8</b>	<b>2,8</b>
<b>Puerto Rico</b>	<b>4,3</b>	<b>1,8</b>
<b>Argentina</b>	<b>0,6</b>	<b>3,1</b>
<b>Brasil</b>	<b>0,6</b>	<b>2,1</b>
<b>Venezuela</b>	<b>0,8</b>	<b>2,1</b>
<b>Colombia</b>	<b>0,8</b>	<b>1,5</b>
<b>Chile</b>	<b>0,7</b>	<b>1,2</b>
<b>México</b>	<b>1,1</b>	<b>1,6</b>
<b>Perú</b>	<b>0,7</b>	<b>1,1</b>

Datos obtenidos en el Simposio de Terapia de Infusión en Latinoamérica: Perspectiva Actual y Desafíos Futuros

Se nota claramente los escasos del personal de enfermería a nivel mundial donde también se refiere a las tendencias en enfermería:

- Aumento de la demanda hospitalaria por enfermeras administrativas para organizar y supervisar al personal.
- Condiciones de trabajo muy estresantes tanto físicas como mentales.
- Escasez y migración sostenida de enfermeras.
- Distribución geográfica desigual (zonas urbana/rural).
- Salario mensual promedio bajo.

Y se refiere a la educación en enfermería:

- La educación en enfermería varía de país en país con distintos niveles de desarrollo y competencias(universitaria, técnica, auxiliar)
- Hay 1.800 programas de educación en enfermería;alrededor de 1000 son universitarios
- Programas de Doctorado y Maestría:
  - ❖ En pocos países.

- ❖ En muy pocas universidades incluso en algunos países solo en una en todo el país.
- Existen programas de certificación y especialización de consistencia variable
- La investigación en enfermería es pobre:
  - ❖ 70 revistas científicas de enfermería
  - ❖ Siempre los mismos temas, y la mayoría descriptivos.

Para terminar de aclarar este tema, y utilizando estos datos, es fácil divisar el por qué de la escases de conocimiento del personal de enfermería que arrojan algunos estudios. A esto en Argentina se le suma el hecho de que solo algunas instituciones dan media beca o beca completa para terminar la licenciatura en enfermería. Pero los posgrados, maestrías y doctorados, los tienen que pagar los mismos enfermeros. Recordemos en esto los sueldos bajos, las horas de trabajo, y que algunos tienen más de un trabajo. Sumando que en los sueldos solo se paga hasta la licenciatura, siendo que cobra lo mismo un licenciado que un magister. Con esto parecería que no hay motivación aparente para una formación continua.

Pese a este dilema, reafirmo mi hipótesis que el personal de enfermería de UTI/UCO del Hospital Universitario CEMIC de Saavedra posee altos grados de conocimientos en bioseguridad.

- **Objetivo General:**

- Describir el grado de conocimiento del personal de enfermería de las medidas de prevención sobre la transmisión de infecciones en el servicio Cuidados Críticos del CEMIC en Octubre año 2015.

- **Objetivos secundarios:**

1. Describir el perfil profesional de enfermería según su preparación relacionado con las medidas de aislamientos.
2. Describir el nivel de conocimientos que tienen los profesionales de enfermería sobre las medidas de aislamientos hospitalarios.



3. Auditar la relación entre el grado de conocimiento y el tiempo de recibido del enfermero.
4. Auditar el nivel de conocimiento en los diferentes niveles de formación.
5. Describir la cantidad de enfermeros según su género, y la relación género con nivel de conocimiento.
6. Auditar la relación entre experiencia laboral y nivel de conocimiento.
7. Auditar la relación nivel de conocimiento y el rango etario.

- Tipo de Diseño:

El estudio realizado es observacional analítico descriptivo de corte transversal que mediante un cuestionario validado pretende evaluar nivel el conocimiento del personal de enfermería de las medidas de bioseguridad en la unidad de cuidados críticos UTI, UCO del Hospital universitario CEMIC Saavedra.

Este tipo de estudio permitió observar, describir y analizar las variables, sin que estas puedan ser manipuladas por el investigador.

- Población de Estudio y Muestra:

La población de estudio está formada por los enfermeros y licenciados de enfermería de la Unidad de cuidados críticos del CEMIC Saavedra. Se tomaran todos los licenciados y enfermeros de la Unidad Coronaria y la Unidad de Terapia Intensiva, de todos los turnos.

El servicio está conformado por 25 enfermeros de Terapia Intensiva, y 23 de la Unidad Coronaria. Siendo que la población presente al momento de la encuesta fue de 22 enfermeros en la Unidad Terapia intensiva, (2 se encontraban de vacaciones y un puesto estaba pendiente) y en la Unidad Coronaria de 20 enfermeros (se encontraban 2 de vacaciones y uno de licencia médica) se obtuvo una población total de 42 enfermeros. Cuenta con los siguientes turnos: de lunes a viernes, turno mañana y tarde con una jornada de 6 horas, y turnos noche de lunes a viernes, noche A y noche B por jornadas de 12 horas con semanas de tres noches y semanas de 2 noches; turno sábado, domingo y feriados día y sábado domingo y feriados noche con jornadas de 12 horas.

- Criterios de Inclusión y Exclusión:

- Inclusión:

- Personal de enfermería de UCO de los diferentes turnos

- Personal de enfermería de UTI de los diferentes turnos.

- Exclusión:

- Personal de enfermería de UTI pediatría.

- Personal de enfermería de NEO

- Personal de enfermería de Trasplante Renal

- Personal de enfermería ausentes por diferentes licencias

- Personal de enfermería de piso.

- Selección de la Variables.

<u>Variable</u>	<u>Definición teórica</u>	<u>Definición Operacional</u>
<u>Categoría Profesional</u>	Todos aquellos estudios y aprendizajes encaminados a la inserción, reinserción y actualización laboral, cuyo objetivo es aumentar y adecuar el conocimiento y habilidades.	-Licenciados en enfermería. -Enfermeros. (V. Cual/ord )
<u>Formación Previa en C.I.</u>	Todo aquel curso relacionado con el control de infecciones en el ámbito hospitalario.	-Si -No
<u>Edad</u>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	-21 a 30 años. -31 a 40 años. -41 a 50 años. -51 en adelante.
<u>Género</u>	Conjunto de personas que tienen características generales comunes.	-Femenino. -Masculino.

<b><u>Tiempo en Años de que se Recibió</u></b>	Tiempo transcurrido de la obtención de su título.	-0 a 5 años. -6 a 10 años. -11 a 15 años. -16 en adelante.
<b><u>Experiencia Laboral</u></b>	Plazo de tiempo en el empleo, en este caso, tiempo transcurrido en el área de cuidados críticos.	-Años en la unidad de cuidados críticos (V. Cuan/Dic)
<b><u>Grado de conocimiento sobre bioseguridad del aislamiento</u></b>	Es el conocimiento que tiene el enfermero sobre los distintos tipos de aislamiento aplicados ante la aparición de un microorganismo y evitar su propagación	1. Mucho 2. Poco 3. Nada .(V. Cual/Ord)

- Método e Instrumento de Recolección de Datos:

El método que se utilizó fue la utilización de una encuesta. La encuesta se extrajo de un estudio de investigación realizado en Barcelona con el título "PROYECTO DE INVESTIGACION MASTER EN ENFERMERIA DE URGENCIAS" con el tema "CONOCIMIENTO DEL PERSONAL ASISTENCIAL Y USUARIOS SOBRE LOS METODOS DE PREVENCION DE LA INFECCION EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE EN EL AÑOS 2013". Este estudio cuenta con 4 encuestas A,B,C y D de las cuales las 3 primeras son para los usuarios y la 4° es para el personal, y es la que se utilizó en este estudio. Solo se agregaron las 6 primeras preguntas para poder realizar una encuesta más completa. (Ver anexos II)

#### Análisis de los Datos:

Los datos obtenidos en las encuestas fueron cargados en una base de datos de Microsoft Access y luego exportados a una planilla de Microsoft Excel.

Se realizó una estadística descriptiva de los datos, reportando DS y porcentajes según correspondiese. Se seleccionaron los gráficos más representativos para cada variable de interés y sus respectivos cruces.

- RESULTADOS

- Estadística Descriptiva

El siguiente estudio se realizó en el Hospital Universitario Saavedra durante el mes de octubre del 2015. Se evaluó el conocimiento del personal de enfermería sobre las medidas de aislamientos a través de una encuesta.

Se incluyeron un total de 42 encuestas, a 42 profesionales de enfermería de ambos sexos, entre Unidad de Terapia Intensiva y la Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC sede Saavedra de los diferentes turnos (mañana, tarde, noche A, noche B, sábado, domingo y feriados día, y sábado, domingo y feriados noche).

El análisis de las encuestas permitió observar los siguientes resultados:

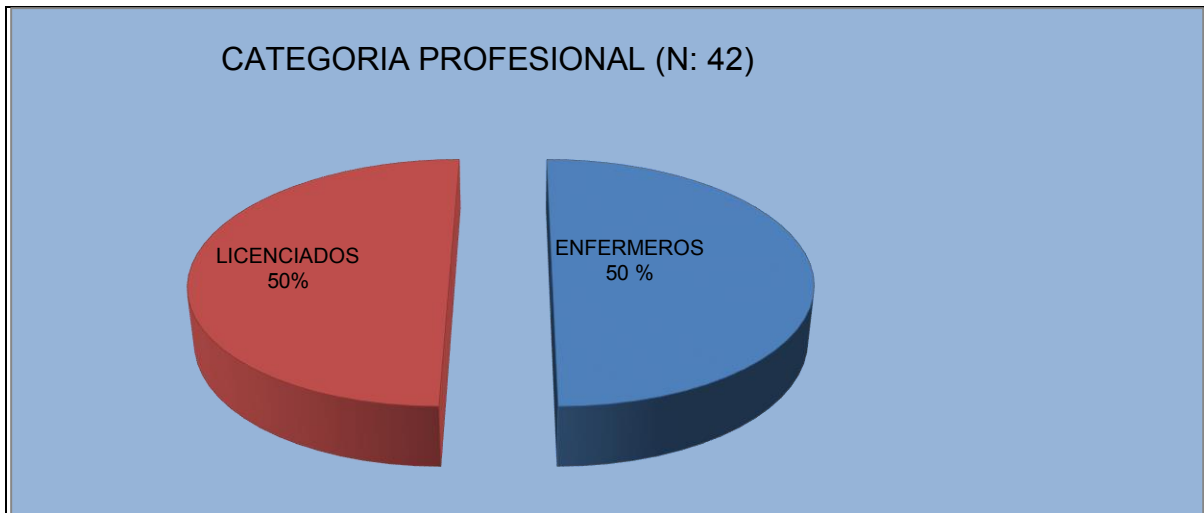
Sobre el 100 % de los encuestados, 50% (n=21) fueron Licenciados en enfermería y el otro 50% (n=21) Enfermeros.

Tabla N°1

CATEGORIA	PROFESIONAL	
LICENCIADOS	21	50%
ENFERMEROS	21	50%
TOTAL	42	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año2015.

Grafico N°1



Datos: Fuente: Tabla N°1: Categoría profesional de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

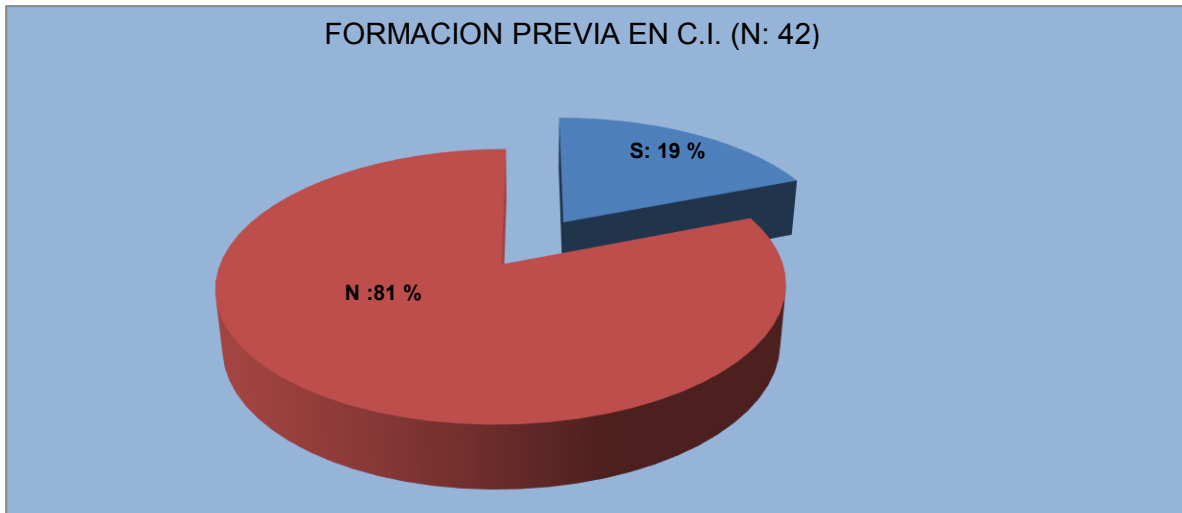
Del 100 % de las encuestas, nos encontramos que el 81 % no tuvo ninguna capacitación sobre Control de Infecciones y que solo el 19 % si la tuvo lo que la encuesta no valora el nivel de la capacitación obtenida.

Tabla N°2

FORMACION	PREVIA	
CON FORMACION	8	19%
SIN FORMACION	34	81%
TOTAL	42	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Grafico N° 2



Datos: Fuente: Tabla N°2: Formación Previa e la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

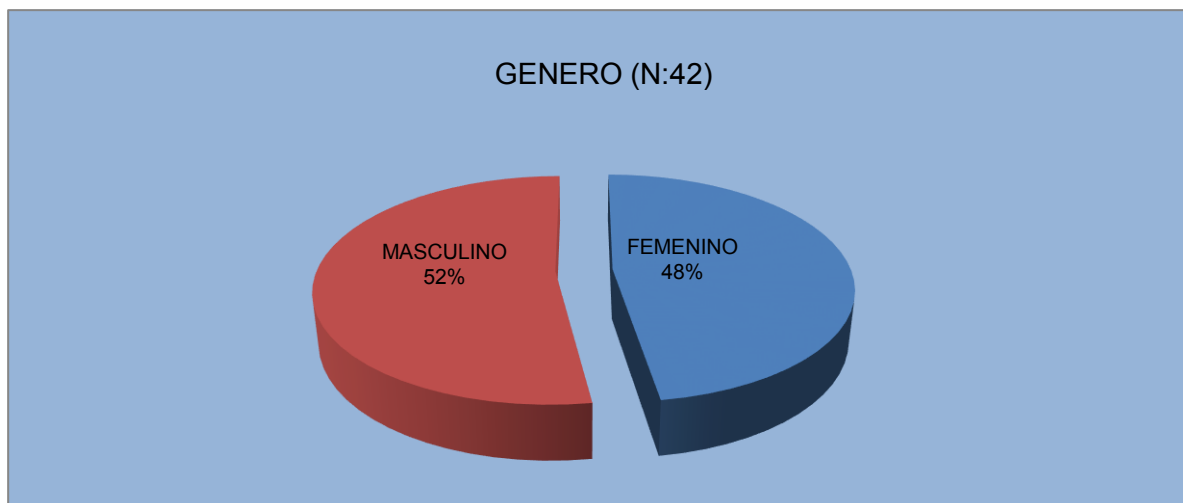
Del 100 % de las encuestas realizadas o sea 42 encuestas, el 52 % son del género masculino y el 48 % son del género femenino, aunque la diferencia entre masculinos y femeninos no es muy marcada, cabe mencionar que en enfermería la población dominante casi en todos los casos es femenina. Podemos pensar que la mayoría masculina está determinada por la unidad de recolección de datos, siendo las Unidades de cuidados críticos más demandantes físicamente.

Tabla N°3

GENERO		
FEMENINO	20	48%
MASCULINO	22	52%
TOTAL	42	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Grafico N° 3



Datos: Fuente: Tabla N°3: Genero de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

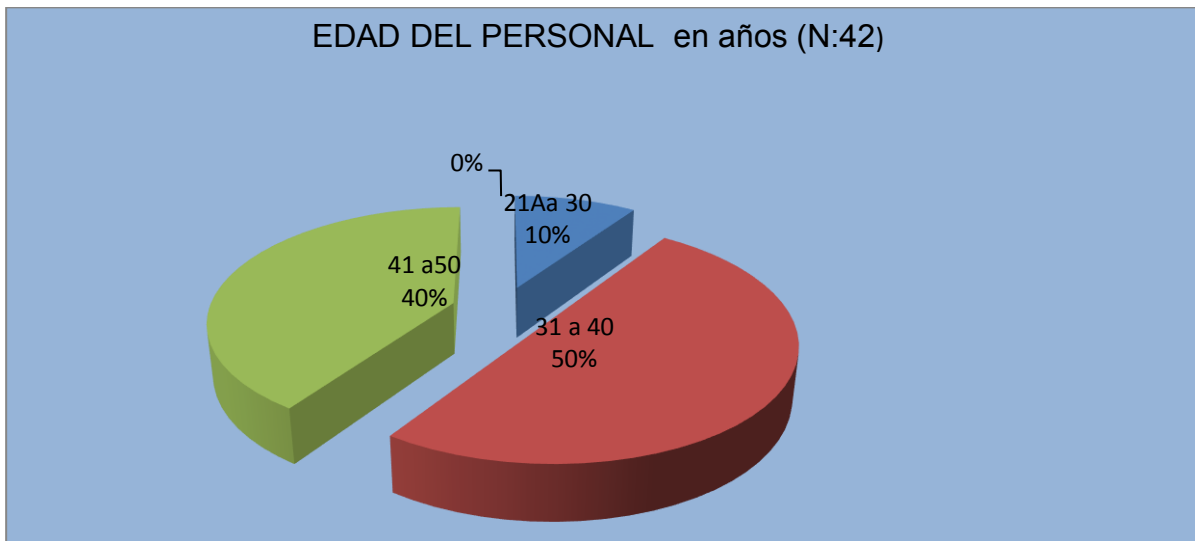
Del 100 % de las encuestas nos encontramos que el mayor porcentaje representa al grupo etario de 31 a 40 años de edad con un porcentaje de 50 %, siguiendo con un 40 % para el grupo que comprende de 41 a 50 años y dejando solo un 10 % para el grupo de 21 a 30 años, también se puede observar que el grupo de 51 años en adelante obtuvo un 0 %. Entonces, con los datos obtenidos podemos determinar que el personal de la unidad de cuidados críticos UTI; UCO está comprendida por un grupo etario de 31 a 50 representado un 90 % de la población.

Tabla N° 4

EDAD DEL PERSONAL		
Rango etario	Cantidad	%
21a 30 años	4	10%
31 a 40 años	21	50%
41 a 50 años	17	40%
51 años en adelante	0	0%
TOTAL	42	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Grafico N° 4



Datos: Fuente: Tabla N°4: Edad del Personal de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

En el tiempo en años de recibidos desde la obtención del último título nos encontramos que en el rango de 0 a 5 años con un porcentaje de 31%, de 6 a 10 años con 45 %, de 11 a 15 años con 17 % y de 16 en adelante con 7 %. Se observó que el mayor porcentaje esta en los recibidos de 6 a 10 años, se preguntó del último título obtenido para poder visualizar la formación continua, y ver si esto puede llegar a marcar alguna diferencia cuando se compare con el conocimiento.

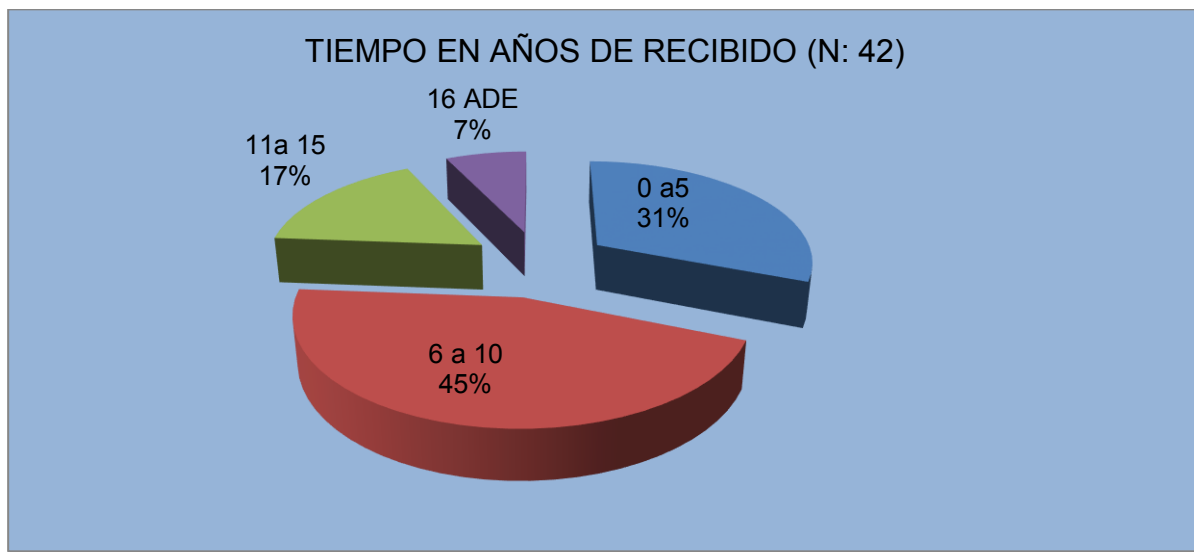
Tabla N° 5

TIEMPO EN	AÑOS	DE RECIBIDO
Rango en años	Cantidad	%
0 a 5	13	31%
6 a 10	19	45%
11 a 15	7	17%
16 en adelante	3	7%
TOTAL	42	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Gráfico N° 5





Datos: Fuente: Tabla N°5: Tiempo en Años de Recibido de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

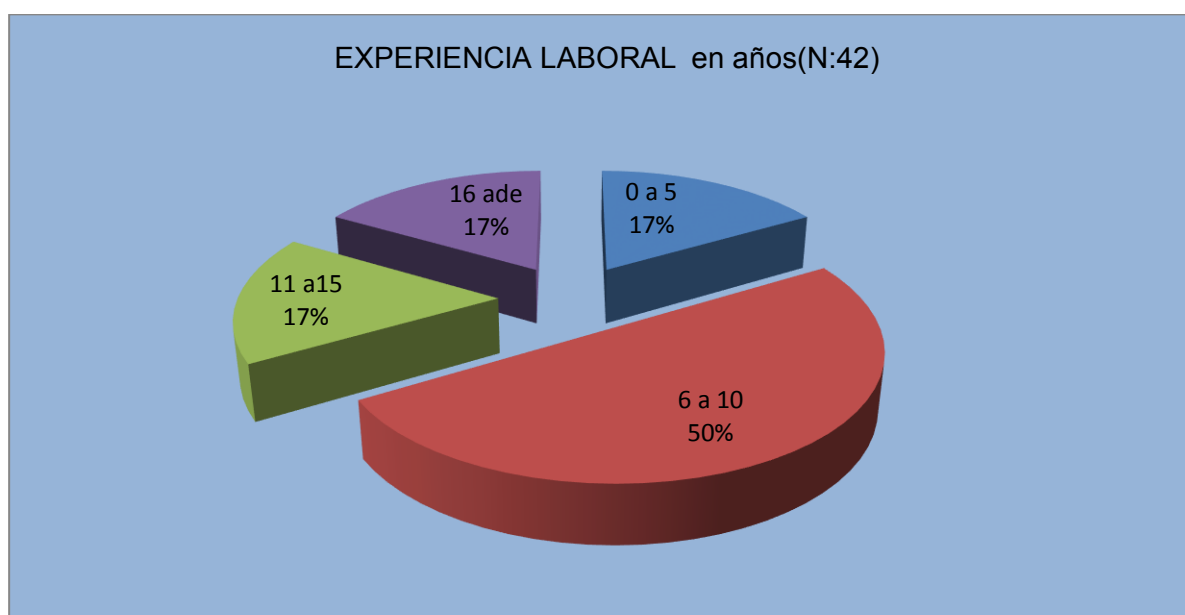
En lo referido a la experiencia laboral nos encontramos que el 50 % corresponde a las personas con una experiencia laboral de 6 a 10 años, un 17 % a los que se encuentran de 0 a 5 años, otro 17 % de 11ª a 15 años y el último 17 % para los que tienen más de 16 años de experiencia.

Tabla N°6

EXPERIENCIA	LABORAL	(en años)
	Cantidad	%
0 a 5	7	17%
6 a 10	21	49%
11 a 15	7	17%
16 en adelante	7	17%
TOTAL	42	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Grafico N° 6



Datos: Fuente: Tabla N°6: Experiencia Laboral de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

De un total de 26 preguntas cada encuesta, 20 preguntas miden conocimiento, de las que se obtuvieron los siguientes resultados: con menos de 10 preguntas correctas (Insuficiente) el 81 %, de 10 a 15 preguntas correctas (suficiente) 19% y de 15 a 20 preguntas correctas (Sobresalientes) obtuvo un porcentaje de 0%. Se observó que ningún profesional de enfermería pudo obtener más de 15 preguntas correctas y que solo una pequeña parte pudo obtener más de 10 correctas.

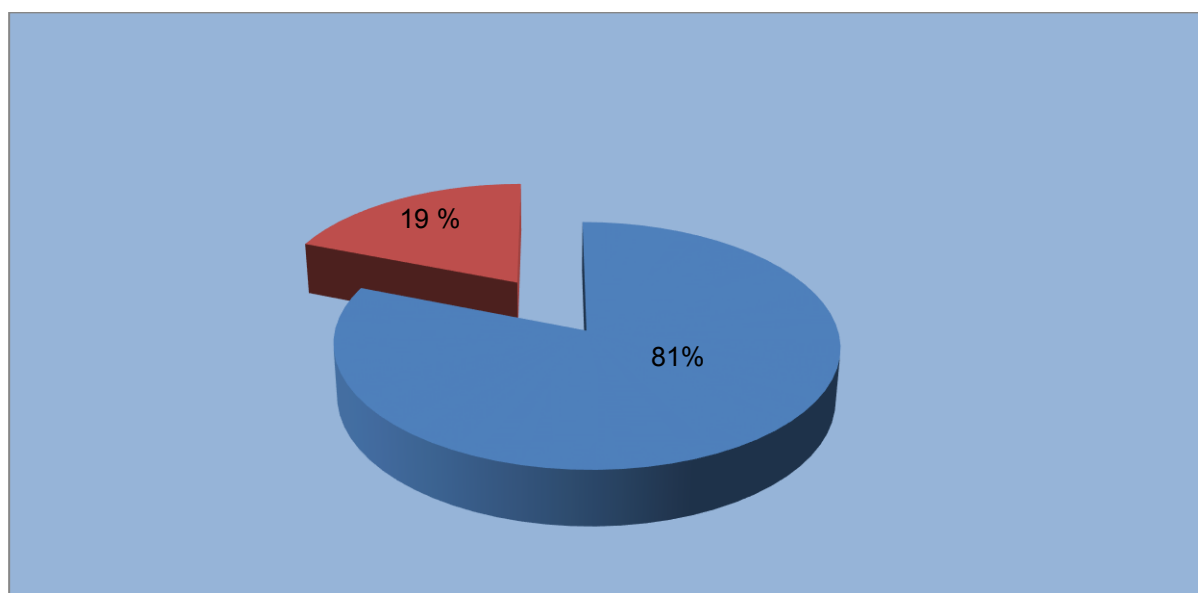
Tabla N° 7

NIVEL		DE	CONOCIMIENTO
Rango	Calificación	Cantidad (n)	%
< 10	insuficiente	34	81%
> 10-15	suficiente	8	19%
>15	sobresaliente	0	0%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Grafico N° 7

### NIVEL DE CONOCIMIENTO(N°42)



Datos: Fuente: Tabla N°1: Nivel d Conocimiento de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

Con el dato anterior llama la atención el bajo nivel de preguntas correctas, entonces se analizó cuántas preguntas correctas hubo y cuántas incorrectas. De un total de 20 preguntas que miden conocimiento, de la población de 42 enfermeros obtenemos 840 preguntas, (20x 42= 840), de las cuales correctas hubo 335 e incorrectas 505.

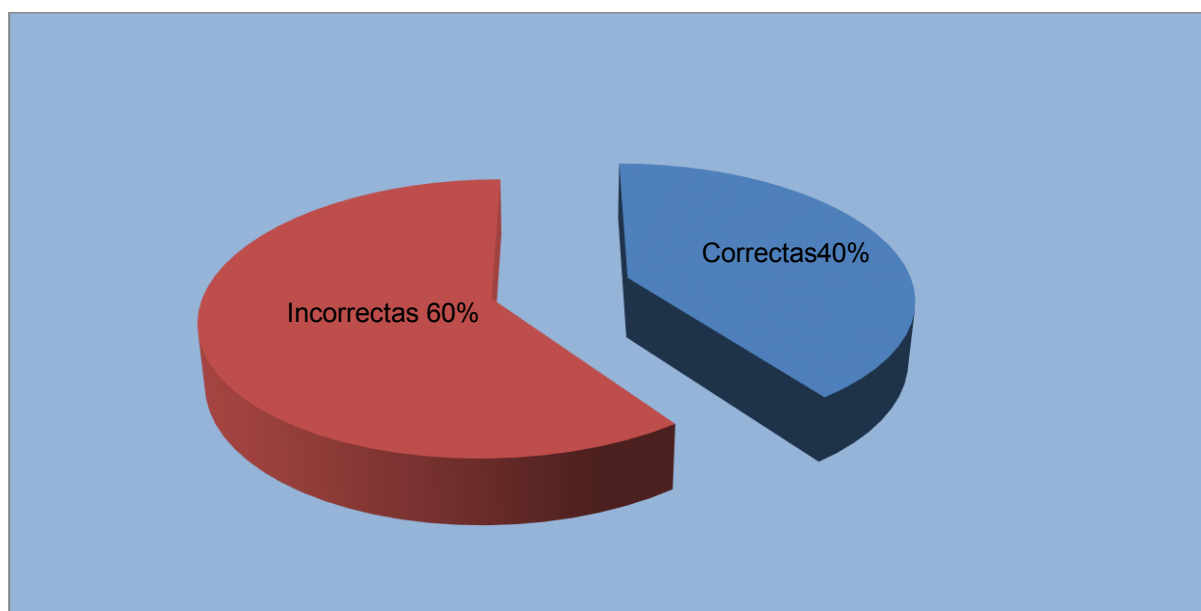
Tabla N°8

Total preguntas	840	100%
correcta	335	40%
incorrectas	505	60%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Gráfico N° 8

### PREGUNTAS CORRECTAS (N: 42)



Datos: Fuente: Tabla N°8: Preguntas correctas e incorrectas de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

Se cruzaron datos para obtener el número de licenciados con formación previa en Control de Infecciones y cuáles no la tenían. Del 100% de licenciados que hay solo el 19 % recibió formación previa y el 81% no la recibió. Recordando que de la población total la cantidad de licenciados que hay cubre el 50 % del total, dejando el otro 50% para enfermeros profesionales.

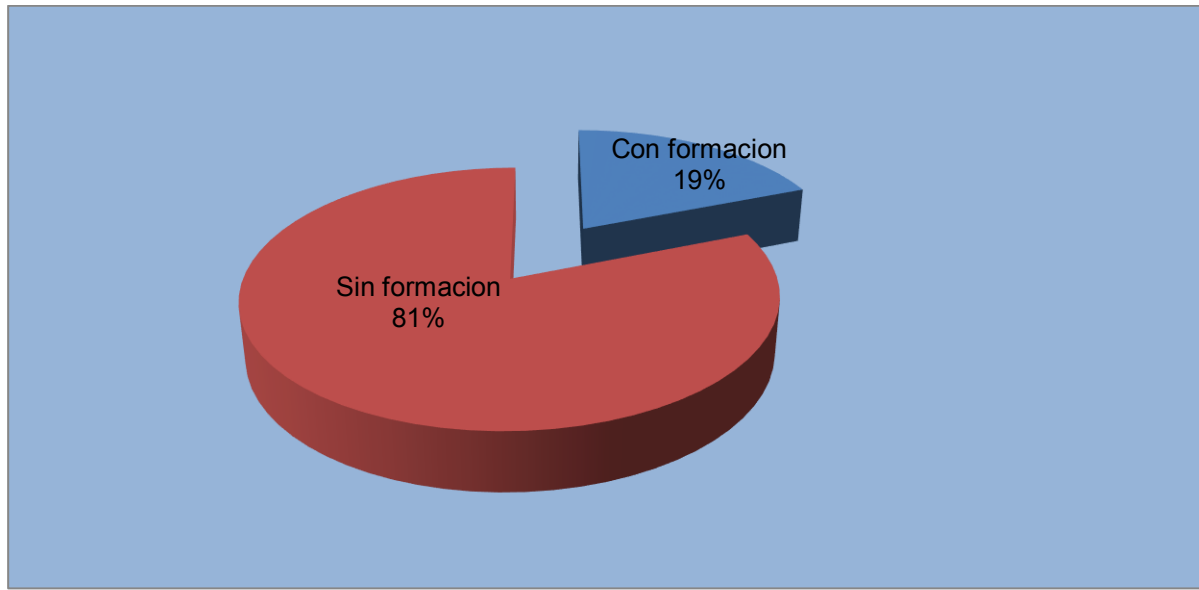
Tabla N° 9

LICENCIADOS CON	FORMACION	PREVIA
	Cantidad( N° 21)	%
Con Formación	4	19%
Sin Formación	17	81%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Tabla N° 9

LICENCIADOS / FORMACION PREVIA(N° 21)



Datos: Fuente: Tabla N°9: Formación Previa en Control de Infecciones e la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

También se evaluó el conocimiento de los profesionales comparado con el tiempo de recibidos, para ver si esto es un determinante para tan bajo resultado. Y se obtuvieron los siguientes resultados; de 0 a 5 años de recibido, obtuvo el 27% de las preguntas correctas, de 6 a 10 años el 49% de preguntas correctas, de 11 a 15 años el 16 % y de 16 en adelante el 7%; con un promedio de 83,75 y un DS de 6.3289.

Se realizó la tabla N° 10 b para determinar en cada grupo cuántas preguntas correctas contestó cada una de las personas del rango comprendido. Y se obtuvo que en el rango de 0 a 5 años cada persona del grupo respondió 6.92 preguntas correctas, del grupo de 6 a 10 años fue de 8.68 por persona, del grupo de 11 a 15 fue de 7.85 por persona y del grupo mas de 16 fue de 8.33. No existe una marcada diferencia en ningún grupo, siendo el grupo que mas respondió el de 6 a 10 años.

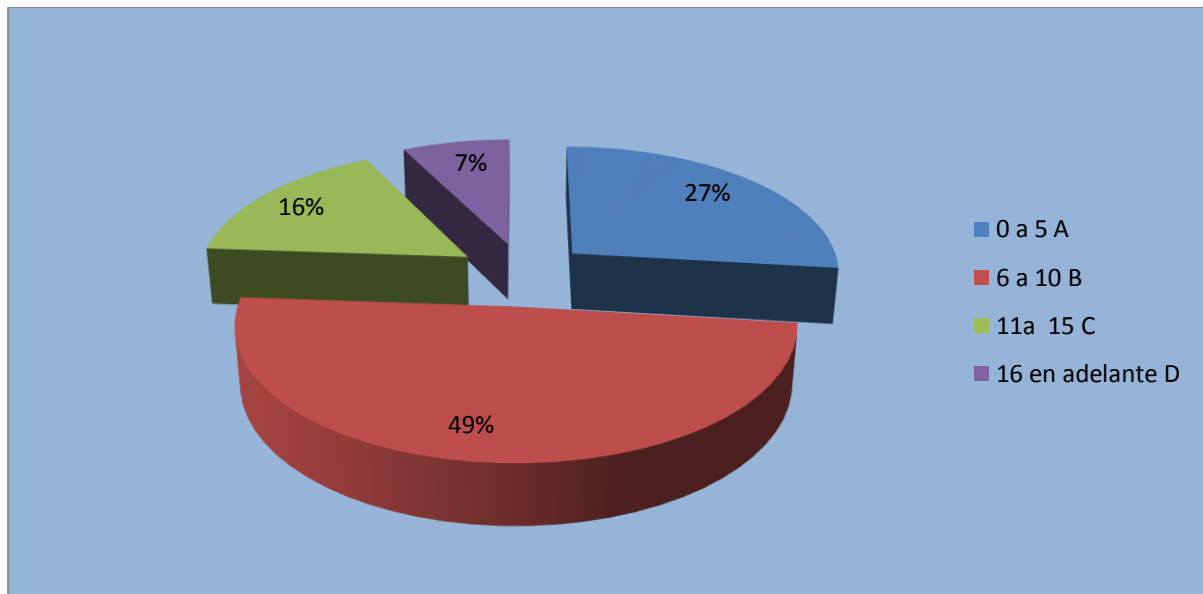
Tabla N°10

GRADO DE	CONOCIMIENTO / TIEMPO	RECIBIDO
Años de recibido	P. Correctas	%
0 a 5	90	27%
6 a 10	165	49%
11a 15	55	16%
16 en adelante	25	7%
TOTAL	335	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Grafico N° 10

GRADO DE CONOCIMIENTO / AÑOS DE RECIBIDO (N=42)



Datos: Fuente: Tabla N°10: Categoría profesional e la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

Tabla N° 10 b

GRADO DE CONOCIMIENTO / TIEMPO RECIBIDO			
Años de recibido	P. Correctas	Cantidad	Promedio x Persona
0 a 5	90	13	6.92
6 a 10	165	19	8,68
11a 15	55	7	7,85
16 en adelante	25	3	8,33
TOTAL	335	42	

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

En la tabla N° 11 se cruzan el nivel de formación y las respuestas correctas, recordando que existe un 50% de enfermeros y un 50 % de licenciados. Arrojó los siguientes resultados: los enfermos obtuvieron un 48 % de respuestas correctas y los licenciados un 52 % de preguntas correctas, no se evidencia gran diferencia tampoco en el nivel de formación, con un promedio de 167.5 y un DS de 7.7781.

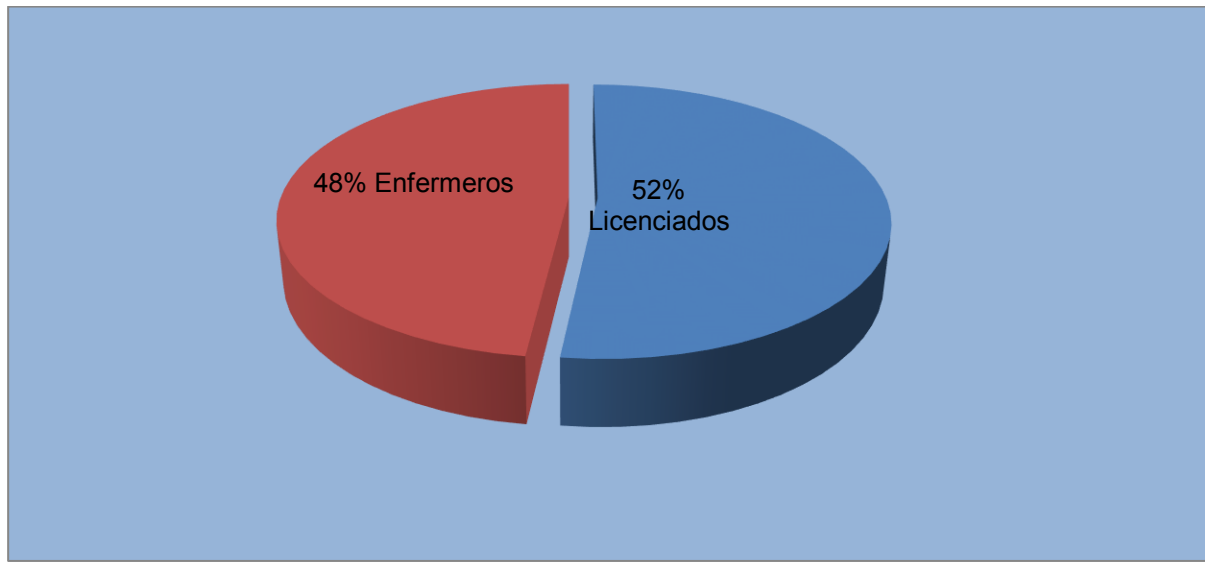
Tabla N° 11

NIVEL DE CONOCIMIENTO	NIVEL DE	FORMACION
	P. Correctas	%
Licenciados	173	52 %
Enfermeros	162	48%
Total	335	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

### Grafico N° 11

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO/ NIVEL DE FORMACION



Datos: Fuente: Tabla N°11: Nivel de Conocimiento /Nivel de Formación de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

En la tabla N° 12 se cruzan el nivel de conocimiento con la experiencia laboral en el servicio, con los siguientes resultados de 0 a 5 años 13%, de 6 a 10 años de 52%, de 11 a 15 años 17% y de 16 en adelante de un 18%. Siendo el rango de 6 a 10 años aparentemente quien respondió más preguntas correctas. Con un promedio de 84 y un DS de 60.4372. En la tabla 12 b, se calcula la cantidad de preguntas por persona, y se obtuvieron los siguientes resultados de 0 a 5 años 6.28 preguntas correctas por persona, de 6 a10 años 8.28, de 11 a15 años 8.14 y de 16 en adelante 8.71. Siendo también bastantes parejos los resultados.



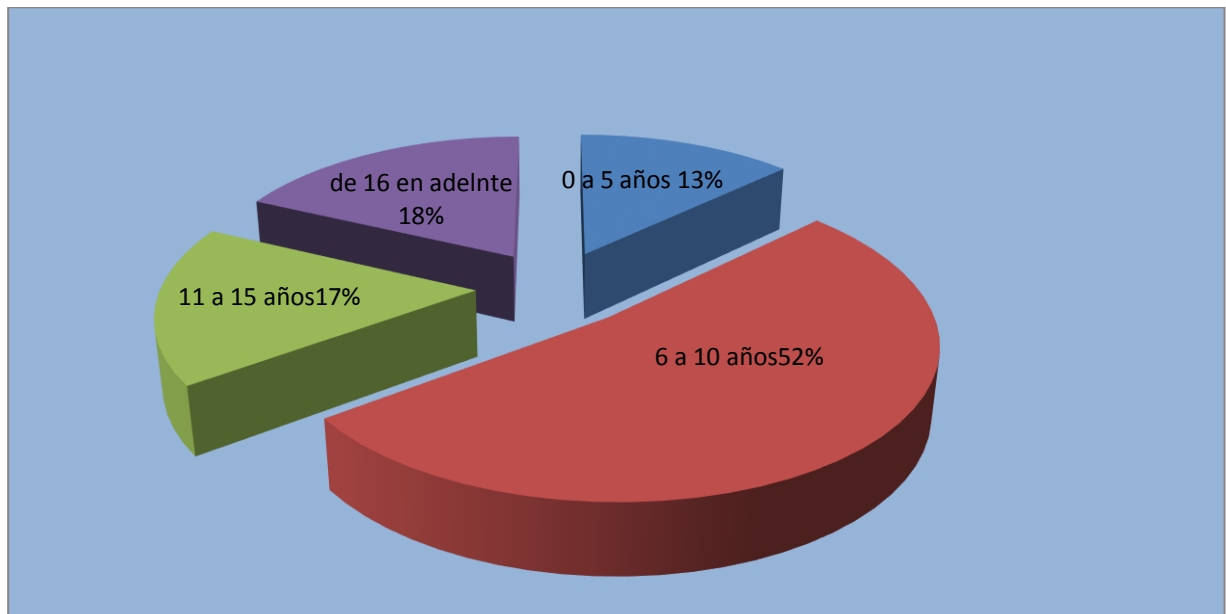
Tabla N° 12

NIVEL DE CONOCIMIENTO / AÑOS DE EXPERIENCIA		
Años de experiencia	P. Correctas	%
De 0 a 5	44	13%
De 6 a 10	174	52%
De 11 a 15	57	17%
De 16 en adelante	61	18%
Total	335	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Grafico N° 12

NIVEL DE CONOCIMIENTO/ AÑOS DE EXPERIENCIA



Datos: Fuente: Tabla N°12: Nivel de Conocimiento / Años de Experiencia de la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

Tabla N° 12 b

NIVEL DE CONOCIMIENTO / AÑOS DE EXPERIENCIA			
Años de experiencia	P. Correctas	Cantidad	Promedio x persona
De 0 a 5	44	7	6,28
De 6 a 10	174	21	8,28
De 11 a 15	57	7	8,14
De 16 en adelante	61	7	8.71
Total	335.	42	

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

Y el último cruce se hizo con el nivel de conocimiento y el rango etario, con los siguiente valores de 20 a 30 años 7%, de 31 a 40 un 52 %, de 41 a 50 un 41% y de 51 en adelante 0 %. Con un promedio de 83.75 y un DS de 84.6418. Viéndose en este caso que el grupo de 31 a 40 es el que obtuvo mejores resultados, pero como el grupo poblacional tampoco es el mismo se realizó la tabla 13 b. Se obtuvieron que en el grupo de 20 a 30 años 6 respuestas correctas por persona, en el de 31 a 40 años 8.23, y el de 41 a 50 años 19.7, siendo este el grupo etario que mejor respondió.

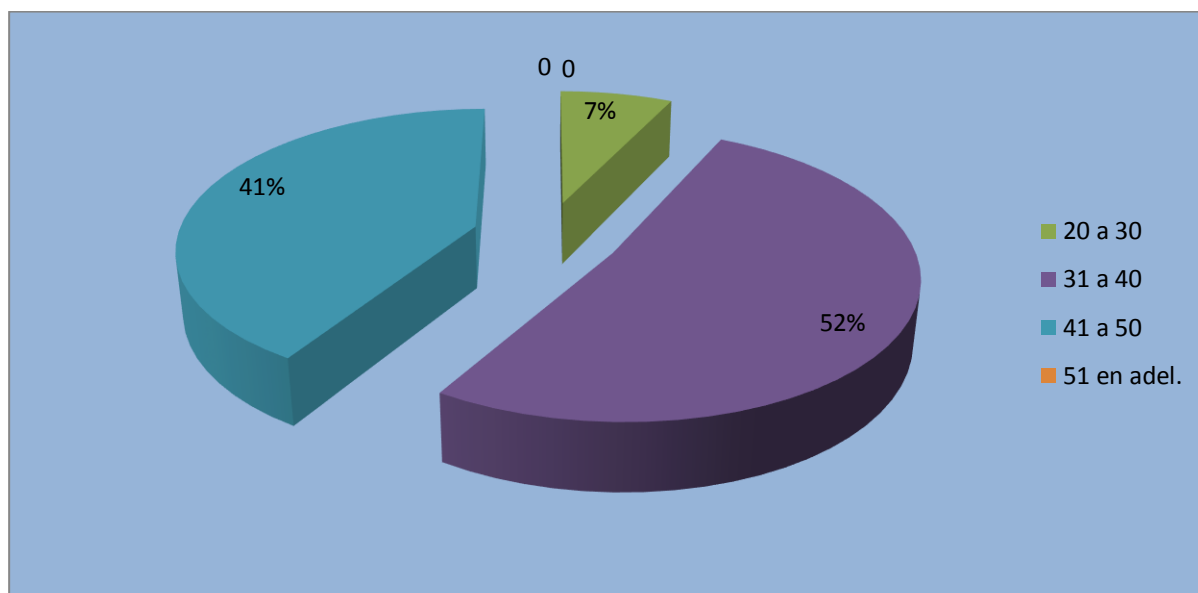
Tabla N° 13

NIVEL DE CONOCIMIENTO/	RANGO ETAREO	
Rango en años	P. Correctas	%
De 20 a 30	24	7%
De 31 a 40	173	52%
De 41 a 50	138	41%
De 51 n adelante	0	0%
	335	100%

Fuente: Datos obtenidos por los licenciados de enfermería y enfermeros de Unidad de Terapia intensiva y Unidad Coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015.

### Grafico N° 13

#### NIVEL DE CONOCIMIENTO / RANGO ETARIO



Datos: Fuente: Tabla N°13: Nivel de Conocimiento/ Rango Etario e la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad coronaria, de todos los turnos existentes de Hospital Universitario CEMIC Saavedra (HUCS) en el año 2015.

### Tabla N° 13 b

NIVEL DE RANGO EN AÑOS	CONOCIMIENTO/ P. Correctas	RANGO ETAREO Cantidad	Promedio x persona
De 20 a 30	24	4	6
De 31 a 40	173	21	8,23
De 41 a 50	138	7	19,71
De 51 n adelante	0	0	0
	335		

Fuente: Datos obtenidos por licenciados de enfermería y enfermeros de la terapiay unidad coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015

- DISCUSION:

Los resultados obtenidos por las encuestas realizadas a los enfermeros de la UTI y UCO, arrojaron cifras bastantes desalentadoras, en la cual se refuta mi hipótesis que era la siguiente ***“El personal de enfermería de la unidad de cuidados críticos del CEMIC Saavedra posee un alto nivel de conocimiento sobre medidas de bioseguridad”***.

En la tabla N°1 se analiza la categoría profesional del personal de la Unidad de cuidados críticos (UTI, UCO) del Hospital universitario CEMIC Saavedra. Obteniéndose un división pareja con un 50% para licenciados en enfermería y un 50 % para los enfermeros profesionales. Igual cabe destacar que no se analizó si dichos enfermeros estaban cursando la licenciatura. Si esto fuera así el perfil profesional de la unidad de cuidados críticos podría cambiar en poco tiempo.

- Tabla N°2. se investigo si tenían alguna formación previa, como posgrado, cursos, congresos, etc., en control de infecciones o Bioseguridad. Con lo cual el valor obtenido fue muy bajo, solo el 19 %, había participado de alguna de estas capacitaciones.
- Tabla N°3: se evaluó el género del personal, sabiendo que la mayoría de la población de enfermería es de género femenino. En este caso el resultado fue inverso solo el 48 % de la población pertenecía al género femenino , dejando un 52 % para el género masculino.
- Tabla N°4: en este caso se evaluó la edad del personal de la unidad de cuidados críticos. Se los agrupo en 4 rangos etarios comprendidos de 21 a 30, 31 a 40, 41 a 50 y de 51 en adelante, en los cuales se obtuvieron, un 10% para el rango de 21 a 30, un 50 % para el de 31 a 40, un 40 % para el 41 a 50 y para el rango de 51 en adelante un valor de 0 % no existe por el momento personal de más 51 años de edad en la unidad cuidados críticos.
- Tabla N° 5: se analizó el tiempo de recibidos, pidiéndole que consideraran su ultimo titulo, esto fue con el criterio de poder evaluar su continuidad académica. En este caso también se lo analizó en rangos, de 0 a 5 años, de

6 a 10 años, de 11 a 15 años, y de 16 años en adelante. Se obtuvo en el primer rango de 0 a 5 un 31 %, en el segundo rango de 6 a 10 un 45 %, en el tercer rango un 17% y en el último rango de más de 16 un 7 %.

- Tabla N° 6: se analizó su experiencia laboral dentro de la institución, usando el mismo criterio de rangos que en la tabla N°5, de 0 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15 años y de 16 años en adelante. Se obtuvieron un 17% para el rango de 0 a 5 años, 49 % para el rango 6 a 10, un 17 % para el rango de 11 a 15 años, y un 17 para el último rango de más de 16 años.
- Tabla N° 7: en esta tabla empezamos a evaluar el nivel de conocimientos, recordando que la encuesta utilizada consta de 20 preguntas sobre control de infecciones, se calificó de la siguiente manera, menos de 10 preguntas correctas insuficiente, de 10 a 15 suficiente y más de 15 sobresaliente. Los resultados obtenidos no fueron muy alentadores, siendo que el 81 % contestó menos de 10 preguntas correctamente, y otro 19% de 10 a 15 y ninguno pudo contestar más de 15 preguntas correctas. Dejando un muy bajo resultado para los conocimientos de los enfermeros de la unidad de cuidados críticos del Hospital universitario de CEMIC Saavedra.
- Tabla N° 8: solo se analizaron cuántas preguntas correctas hubo y cuántas incorrectas. Correctas hubo un 40 % e incorrectas un 60 %. De un total de 840 preguntas solo hubo 335 preguntas correctas, y este es con el valor que se va a utilizar para realizar los cruces siguientes.
- Tabla N° 9: se analizó cuántos licenciados tenían formación previa en control de infecciones o bioseguridad, y solo un 19% tenía una capacitación o curso en el tema.
- Tabla N° 10: se cruzó nivel de conocimiento / tiempo de recibido, se obtuvieron un 27 % para el rango de 0 a 5 años, un 49 % para el rango de 6 a 10 años, un 16 % para el rango de 11 a 15 años, y un 7 % para el rango de más de 16 años. A simple vista pareciera que el rango de 6 a 10 años contestó más preguntas correctas, pero no debemos olvidar la cantidad de

personal comprendida en cada rango. Para esto se realizo la tabla N° 10b, en ella se saco un promedio de preguntas correctas en cada rango por persona, y se obtuvieron los siguiente valores, 6.92 preguntas correctas (p.c.) para el rango de 0 a 5 años, 8.68 (p.c) para el rango de 6 a 10, 7.85 (p.c.) para el rango de 11 a 15, y 8.33 (p.c) para el rango de más de 16 años. Y con esta tabla comprobamos que el rango comprendido de 6 a 10 años fue quien respondió mas preguntas correctas, pero la diferencia que existe en cada rango es ínfima. Por los tanto podemos determinar que en este cruce los resultados fueron bastantes parejos.

- Tabla N° 11: acá se cruzo el nivel de conocimiento y el nivel de formación, y se obtuvo que los Licenciados en enfermería lograron un 52 % de preguntas correctas contra un 48 de los enfermeros profesionales. Cabe destacar que tampoco es una diferencia muy marcada.
- Tabla N°12: se cruzo nivel de conocimiento / experiencia laboral, los valores obtenidos fueron un 13% para el rango de 0 a 5 años, un 52 % para el rango de 6 a 10 años, un 17 % para el rango de 11 a 15 años , y un 18 % para el rango de más de 16 años. Como hicimos en la tabla N° 10 también se realizo un promedio por persona en la tabla N° 12b , y se obtuvo 6.28 (p.c) para el rango de 0 a 5 años, 8,28( p.c) para el rango de 6 a 10 años, 8,14(p.c) para el rango de 11 a 15 años, y 8.71(p.c) para el rango de más de 16 anos. En este caso quien obtuvo mayor cantidad d preguntas correctas fueron los de mas de 16 años. Tampoco se observa una diferencia muy marcada.
- Tabla N° 13: se cruza nivel de conocimiento /rango etario, arrojó los siguientes resultados en el rango de 21 a 30 años un 7 %, en el rango de 31 a 40 años un 52 %, en el rango de 41 a 50 un 41 %, y en el de más de 51 años 0% no hay población en este rango. Siguiendo la misma temática se analizaron las preguntas correctas por persona en la taba N° 13b, con los siguientes resultados, en el rango de 21 a 30 fue de 6 (p.c), en el rango de 31 a 40 años fue de 8,23 (p.c), en de 41 a 50 años fue de 19.71 (p.c). En esta

tabla se nota una marcada diferencia para el rango de 41 a 50 años mas allá que en la tabla 13 no se noto dicha diferencia.

En un estudio realizado en la **Universidad Nacional Mayor San Marcos**, sobre “Percepción de los Enfermeros sobre las Medidas de Bioseguridad que Aplica el Equipo de Enfermería Durante la Atención de los Pacientes en los Servicios de medicina del hospital Daniel Carrión”, de un total de 20 enfermas las conclusiones a las que se llegaron fueron que: El 50% de la enfermeras tiene una percepción medianamente favorable, el 30% una percepción desfavorable y solo el 20% de las enfermeras una percepción favorable que en cuanto a las medidas de bioseguridad que aplica el equipo de enfermería en los servicios de medicina. Y “De 40 (100%) de los trabajadores de Salud, 14 (35%) tiene un nivel de conocimientos de regular a bajo, 11 (27.5%) un nivel de conocimiento medio, 1 (2.5%) un nivel de conocimiento bajo y ningún profesional tiene nivel de conocimiento alto. Según el tipo de profesional 8 (44.4%) de los enfermeros tiene nivel de conocimiento regular y 9 (40.9%) de los médicos tiene un nivel de conocimiento bajo.(20)

El estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, se realizó en la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre manejo de aislamiento Hospitalario y la aplicación de precauciones de aislamiento hospitalario por la (el) Enfermera(o). El universo muestral fue de 63 enfermeras (os) que laboran en los servicios de emergencia y hospitalización. Se aplicaron dos instrumentos: Test Nivel de Conocimiento sobre manejo de aislamiento hospitalario y lista de cotejo para la aplicación de precauciones de aislamiento hospitalario. Los resultados obtenidos demuestran que el 73% del personal posee regular conocimiento, seguido del 14,3%, que tiene buen conocimiento. El 38,1% corresponde al personal que a veces aplica estas precauciones, seguido de lo que no aplican, en un 36,5%; finalmente se ubica un 25,4% que aplica las precauciones de aislamiento hospitalario. Se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio al aplicar el Chi cuadrado para independencia de factores con el 95% de significación.(21)

El objetivo general del estudio de investigación realizado en el Hospital “Liborio Panchana Sotomayor” de Santa Elena, fue identificar los conocimientos sobre Medidas de Bioseguridad en la prevención de Infecciones Nosocomiales en el

personal de Enfermería, en las áreas de Hospitalización y Emergencia del Hospital, participaron 59 personas: 15 enfermeras de planta, 17 enfermeras rurales y 27 auxiliares de enfermería. Es un estudio de tipo descriptivo, de campo, transversal con enfoque cuantitativo. Se utilizó como instrumento el cuestionario, previamente piloteado y como técnica la encuesta. Los resultados evidencian que de la mayoría de la población estudiada, 80% tienen deficiencia de conocimientos sobre las medidas de bioseguridad y su aplicación, lo cual es crítico; alrededor del 30% refieren que utilizan mascarilla, gorro, guantes, mandil, etc. para procedimientos que lo demandan; y, es preciso destacar que el 20% describen que realizan higiene de las manos previa al contacto del paciente y realizar alguna técnica, siendo este un procedimiento sencillo y fácil realizarlo; además el 80% relatan la inexistencia de suministros de higiene de manos; es decir la institución no provee completa y permanentemente de los mismos que son básicos para la correcta higiene de las manos; además, se comprueba que solo 33 % de los investigados manejan inadecuadamente los desechos hospitalarios. Concluyéndose que la mayoría del personal de enfermería tiene insuficiencia de conocimientos sobre las medidas de bioseguridad y no se aplican éstas para evitar las infecciones nosocomiales.(22)

En este estudio se obtuvieron cifras muy altas de desconocimiento y falta de formación, esto se puede deberse a múltiples factores: Falta de formación: en la carrera de enfermería no existe ninguna cátedra orientada realmente a capacitar y concientizar al enfermero en control de infecciones, y lo poco que se ve es de muy bajo contenido, siendo que el enfermero está continuamente con el paciente poniendo en riesgo la vida de este y la propia. La mayoría de enfermeros solo hacen la licenciatura como última meta, la gran mayoría no continua ningún posgrado, esto puede deberse a falta de motivación, falta de recursos económicos, la mayoría trabaja muchas horas y no dedican nada su formación. El estrés, el cansancio producido por tantas horas de trabajo, no le dejan energía para su formación continua. A esto se suma la falta de exigencia institucional, de existir una política para exigir la formación continua. La mayoría lo tendría que hacer.

Otras de las razones que hay que tener en cuenta es que no existe realmente un protocolo a seguir de infectología, que emita sanción a quien salga de ella, esto



también llevaría a que para evitar dicha sanción, el enfermero se interese por entender y apegarse al protocolo.

También cabe destacar que la encuesta no es nacional, esto lleva a errores de interpretación, y a contestar mal la encuesta dando resultados no confiables para determinar realmente el desconocimiento, se debería tener una encuesta diseñada en la argentina para tener un valor más certero.

Comparando nuestros resultados con el estudio de donde se obtuvo la encuesta , no arroja cifras , pero destaca los bajos resultados obtenidos en las investigaciones del mismo tema destacando que el personal de enfermería siempre es quien obtuvo los mejores resultados.

En este caso solo se analizo al personal de enfermería.

- Conclusión:

Los enfermeros de la unidad de cuidados críticos UTI; UCO del Hospital Universitario CEMIC Saavedra poseen un conocimiento insuficiente sobre las medidas de aislamiento. Independiente del nivel de formación, genero, años de experiencia, grupo etario y de los años de recibido.

- Sugerencias:

Con los datos obtenidos surgen las siguientes sugerencias:

- ❖ Realizar capacitaciones y fomentar su asistencia.
  - a) Hacer ateneos en horarios en que la mayoría pueda acudir, y dictarse en dos oportunidades para fomentar su asistencia.
  - b) Negociar entradas gratuitas a ateneos, simposios, eventos, etc de control de infecciones. (estas podrían negociarse con algún fabricante relacionado con el tema).
  - c) Capacitación en el servicio, el personal de infectología de la institución se podría acercar, reunir al personal en el servicio, y explicar los nuevos elementos que salieron al mercado, nuevas tendencias, el cambio de productos y su razón, realizar encuestas y sobre el resultados, fundamentar el tema.

- d) En la evaluación de desempeño también evaluar conocimientos adquiridos todos los años (sin ser este en motivo de sanción sino para fomentar su capacitación continua) .Esto podría tener un premio económico.
- e) Nombrar referentes y capacitar a estos para que ellos transmitan también los conocimientos y evalúen su adherencia.
- f) Crear un protocolo de infectología, con todos los procedimientos que se realizan en la institución con su fundamentación. Este debería estar al alcance de todos en todos los servicios.

## **Bibliografía**

1. Publishers H. The Free Dictionary By Farley. [Online].; 2005. Available from: [es.thefreedictionary.com/conocimiento](http://es.thefreedictionary.com/conocimiento).
2. R. AJS. Bioseguridad Segun La Oms, Ops. [Online].; 2010. Available from: <http://es.scribd.com/doc/77697217/Bioseguridad-Segun-La-Oms-Ops#scribd>.
3. Sieira NM. Percepciones y creencias en el riesgo del. [Online].; 2014. Available from: [http://ruc.udc.es/bitstream/2183/13660/2/TFG\\_Enfermaria\\_Martinez\\_Sieira\\_%20Natalia.pdf](http://ruc.udc.es/bitstream/2183/13660/2/TFG_Enfermaria_Martinez_Sieira_%20Natalia.pdf).
4. CEMIC. Historia del CEMIC. [Online].; 2014. Available from: [http://www.cemic.edu.ar/institucional/i\\_conoz\\_historia.asp](http://www.cemic.edu.ar/institucional/i_conoz_historia.asp)([http://www.cemic.edu.ar/institucional/i\\_conoz\\_cronologia.asp](http://www.cemic.edu.ar/institucional/i_conoz_cronologia.asp)).
5. Smal H. Historia de la Enfermería. [Online].; 2013. Available from: <http://www.studentconsult.es/bookportal/historia-enfermeria-evolucion/martinez-martin/introduccion/9788480867498/500/951.html>.
6. WIKIPEDIA. [Online].; 2013. Available from: <http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermer%C3%ADa>.
7. Piga SL. Coleccion Cecilia Grierson 1859-1934. [Online].; 2004. Available from: <http://biblioteca.udesa.edu.ar/CEyA/Archivos/Cecilia-Grierson/Cecilia-Grierson-desarrollo>.
8. María del Carmen Binda RSCK. Cecilia Grierson, la primera médica argentina. [Online].; 2010. Available from: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-99922010000400003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-99922010000400003).
9. Tataje ME. Efectividad de un Programa Educativo en el Mejoramiento del Conocimiento y la calidad de las Anotaciones de Enfermería en el hospital regional ICA. [Online].; 2003. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1981/1/Pecho\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1981/1/Pecho_tm.pdf).
10. Dr Rodolfo Vazquez DSLDMF. Manual de Prevencion y Control de Infecciones Intrahospitalarias. [Online].; 2011. Available from:

<http://www.bse.com.uy/wps/wcm/connect/30174526-e597-4388-910e-2579fb1b09e1/Manual+Control+Infecciones+2011.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=30174526-e597-4388-910e-2579fb1b09e1>.

11. OMS. Alianza Mundial para La Seguridad Del Paciente; Una Atención Limpia Es Una Atención Segura. [Online].; 2004. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/GPSC\\_Launch\\_sp.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/GPSC_Launch_sp.pdf).
12. Muñoz DHDV. GUIA DE PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO. [Online].; 2006. Available from: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/guias/GUIA%20AISLAMIENTO%20HOSPITALARIO.pdf>.
13. OMS. DIRECTRICES DE LA OMS SOBRE HIGIENE DE LAS MANOS EN LA ATENCION SANITARIA. [Online].; 2005. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/Spanish\\_HH\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf).
14. HENRÍQUEZ DMCA. INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS: CONCEPTOS ACTUALES DE PREVENCIÓN Y CONTROL. [Online].; 2006. Available from: [www.enfermeriaaps.com/./INFECCIONES%20ASOCIADAS%20ATEN](http://www.enfermeriaaps.com/./INFECCIONES%20ASOCIADAS%20ATEN).
15. Miller DGLLSMRDL. Desarrollo de un Sistema para la Autoevaluación de los Programas de Prevención y Control de Infecciones en Instituciones de Salud de la República Argentina. [Online].; 2014. Available from: <http://www.hcvsinfronteras.org.ar/xiv-congreso-de-la-sociedad-argentina-de-infectologia-sadi-2014/>.
16. Miller DGLLSMRDL. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN LA PREVENCIÓN de infecciones nosocomiales del personal de enfermería en las áreas de internación y emergencias. [Online].; 2011. Available from: [repositorio.upse.edu.ec/./TESIS%20PERLA%20MUÑOZ%20VILLALT](http://repositorio.upse.edu.ec/./TESIS%20PERLA%20MUÑOZ%20VILLALT).
17. Hidalgo Escriba ES. Portal de Pesquisa da BVS. [Online].; 2009. Available from: [bvsalud.org/portal/resource/pt7lil/-722056](http://bvsalud.org/portal/resource/pt7lil/-722056).
18. Celia CB. Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de las medidas de bioseguridad que se realizan los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de emergencia del Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa.

- [Online].; 2010. Available from: [bases.bireme.br/cgi-bin/wxslind.ex/iah/online/?isisscript=iah/.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=608895&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxslind.ex/iah/online/?isisscript=iah/.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=608895&indexSearch=ID).
19. Cartagena G. Terapia de Infusión en Latinoamérica. In *Perspectiva Actual y Desafíos Futuros*; 2014; Buenos Aires. p. 36.
  20. Vazquez YGM. percepción de las Enfermeras Sobre las Medidas de Bioseguridad que Aplica el Equipo de Enfermería durante la atención de los Pacientes en los Servicios De medicina del Hospital Daniel Alcides Carrion. [Online]. Available from: [biblioteca.universia.net/html\\_burae/ficha/params/title/percepcion-enfermeras-medidas-bioseguridad-aplica-equipo-enfermeria-atencion-pacientes-servicios/id/](http://biblioteca.universia.net/html_burae/ficha/params/title/percepcion-enfermeras-medidas-bioseguridad-aplica-equipo-enfermeria-atencion-pacientes-servicios/id/).
  21. Nilda Margot Marcelo Álvarez NCN. NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO HOSPITALARIO POR LA ENFERMERA. [Online].; 2012.
  22. Villalta PEM. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA DEL HOSPITAL “LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR”. [Online].; 2012.
  23. Historia de la Enfermería. [Online]. Available from: [5](http://www.studentconsult.es/bookportal/historia-enfermeria-evolucion/martinez-martin/introduccion/9788480867498/500/951.html) (<http://www.studentconsult.es/bookportal/historia-enfermeria-evolucion/martinez-martin/introduccion/9788480867498/500/951.html>).

ANEXOS

l) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Mes										
	Año 201 3	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Diseño de investigación	→										
Corrección y aprobación del diseño de investigación		→									
Elaboración de marco teórico			→								
Aprobación Prueba de instrumento					→						
Recopilación de datos						→					
Procesamiento de datos								→			
Elaboración de informe									→		
Entrega de resultados										→	
Defensa de Tesina											→

## II) Instrumento

Por favor marque con una X solo una respuesta

### Cuestionario para el personal sanitario

**Conocimientos de los profesionales respecto precauciones estándar y específicas en el servicio de UTI y UCO.**

**El presente cuestionario es de carácter anónimo, voluntario y los datos serán tratados de forma confidencial.**

**Rogamos respondan a todas las preguntas y en caso de duda pónganse en contacto con el distribuidor del mismo.**

**Muchas gracias por vuestra colaboración**

**Por favor marque con una X solo una respuesta**

#### **A)-Categoría profesional:**

-Licenciado en enfermería:

-Enfermero

#### **B)-Formación específica previa en el control de la infección:**

-Si

-No

#### **C)-Edad.**

-de 21 a 30.

-de 31 a 40.

-de 41 a 50.

-de 51 en adelante.

#### **D)-Género:**

-Femenino.

-Masculino.

#### **E)- Tiempo en años de que se recibió (Ultimo titulo obtenido)**

-de 0 a 5.

-de 6 a 10.

-de 10 a 15.

-de 15 en adelante.

**F) -Experiencia laboral (años):**

-de 0 a 5.

-de 6 a 10.

-de 10 a 15.

-de 15 en adelante

**Precauciones estándar Responda la opción correcta**

**1) En referencia a las precauciones estándar:**

1. Incluyen las recomendaciones para proteger sólo a los pacientes.

2. Incluyen las recomendaciones para proteger a los pacientes y los trabajadores de la salud.

3. No deberían ser consideradas si ya se utilizan medidas de precaución específicas por contacto.

**2) La recomendación del lavado de manos se establece:**

1. Antes o después del contacto con un paciente.

2. Después del contacto con un paciente en cualquier caso.

3. Es la medida más importante para reducir el riesgo de transmisión por microorganismos.

**3) En relación al uso de guantes como medida de prevención:**

1. El uso de guantes sustituye al lavado de manos

2. Se usa en riesgo de contacto con sangre o fluidos corporales o en caso de lesión en manos.



3. Se usarán como medida de precaución si el paciente se encuentra aislado en todos los casos

**4) Cuando hay riesgo de salpicaduras de sangre, fluidos corporales y/o aerosoles se utilizará:**

1. Máscara y guantes.
2. Máscara, gafas y gorro en todo caso
3. Máscara, bata, gafas y gorro

**Precauciones por contacto. Marque la opción correcta**

**5) Dentro de las enfermedades contagiosas relacionadas con estas medidas encontramos:**

1. SARM, conjuntivitis vírica aguda y tuberculosis
2. Varicela (activa) y sarampión.
3. Pediculosis, Acinetobacterbaumannii, Clostridiumdifficile y Pseudomonasauriginosas

**6) En las precauciones por contacto tendremos en cuenta que:**

1. El lavado de manos será con jabón antiséptico a la entrada y salida del box en cualquier caso.
2. En el lavado de manos para SARM y Clostridium se utilizará el mismo jabón antiséptico
3. La higiene con jabón de clorhexidina se utiliza en todos los casos de contacto con SARM

**7) En lo referido a las normas generales de las precauciones por contacto dentro de un box:**

1. No hace falta seguir las precauciones estándar ya que éstas entran dentro de las de contacto
2. La puerta del box no debe estar siempre cerrada ya que las corrientes de aire no influenciarán
3. El paciente puede salir del box con bata y guantes siempre y cuando los tire antes de volver a entrar

**8) Respecto al equipo a utilizar:**

1. Utilizaremos guantes y bata siempre que entremos en el box y aunque no toquemos al paciente
2. La bata se reutilizará solo si se deja en algún lugar alejado del paciente (colgador) y en solitario
3. Los guantes se usarán siempre que toquemos piel del paciente, superficies o elementos próximos

**9) Respecto a la educación sanitaria al paciente y su familia:**

1. Los abrigos se dejarán en cualquier sitio no tocado por el enfermo sin limitar su entrada
2. Deberán utilizar guantes y bata para el contacto con el paciente y lavarse las manos después
3. La aplicación de solución alcohólica o lavado de manos en el lugar especificado será suficiente

**10) Respecto al material utilizado:**

1. Fonendoscopio, monitor o bombas de infusión deben ser limpiadas debidamente a diario y no al alta
2. El material clínico reutilizable no tiene que ser de uso exclusivo si se lava adecuadamente
3. Tras el alta se realizará la limpieza del box una vez con lejía de uso hospitalario

**Precauciones por contacto y gotas Responda la opción correcta**

**11) Algunas de las enfermedades que se relacionan con esta medida son:**

1. Varicela (Activa), Virus A (H1N1) y AcinetobacterBaumannii
2. Tuberculosis pulmonar, Sarampión o Pseudomonaauriginosa
3. Virus H1N1 o cualquier paciente con tos y expectoración abundante como prevención

**12) Los equipos de protección utilizados en este caso son:**

1. Mascarilla quirúrgica, bata, guantes y protección ocular por los aerosoles
2. Mascarilla quirúrgica, guantes y protección ocular a menos de un metro si hay riesgo de aerosoles
3. Mascarilla FFP2 (3M) , guantes y protección ocular en todos los casos

**13) Algunas de las medidas que seguiremos serán.**

1. Uso de bata en caso de contaminación por secreciones respiratorias o salpicaduras de fluidos
2. Uso de mascarilla quirúrgica para procedimientos que generen aerosoles
3. Antes o después de colocarse el equipo de protección debemos realizar higiene de manos.

**14) En lo referido a la información al paciente/familia encontraremos:**

1. Restringir el número de visitas/familiares estrictamente limitándolas a las esenciales
2. Las visitas no requieren utilizar las mismas medidas de protección que los sanitarios
3. Uso de pañuelos de tela para el paciente y de un solo uso para visitas/familia

**15) Como actuaciones a tener en cuenta en este tipo de precauciones tenemos:**

1. La higiene de manos y evitar el contacto con mucosa ocular/nasal con las manos sucias
2. La higiene de manos no es la medida más importante para reducir la transmisión en este caso
3. La limpieza y desinfección del box tras el alta será extensa y con productos especiales

**Precauciones por aire. Marque la opción correcta**

**16) Como enfermedades relacionadas con esta medida de precaución encontramos:**

1. Varicela o Sarampión
2. Virus sincital, H1N1, rotavirus o Herpes Zóster diseminado.
3. Tuberculosis pulmonar y gripe A siendo esta última a más de 1 metro del paciente

**17) Si se presenta un paciente con tos de 3 semanas, esputo hemoptoico y antecedentes de Tuberculosis:**

1. Aplicaremos de inmediato como prevención mascarilla FFP2 de alta protección y box individual
2. Aplicaremos mascarilla quirúrgica, box individual y rótulo identificativo en primera instancia
3. Aplicaremos de inmediato mascarilla FFP2, box individual, rótulo identificativo y visitas restringidas

**18) En las consideraciones a tener en cuenta para las precauciones por aire encontramos:**

1. La aplicación de mascarillas FFP2 antes de entrar en la habitación
2. La aplicación de mascarillas FFP2 cuando se realicen traslados del enfermo a otros servicios
3. El material que entre en el box podrá salir sin introducirlo en bolsas ya que es precaución aérea

**19) Las instrucciones que daremos a los familiares y visitas como normativa serán:**

1. Higiene de manos con solución alcohólica al salir del box en todo caso
2. Máximo 2 familiares y uso de mascarilla quirúrgica si son visitas esporádicas o menores a 2 h.
3. Aplicaremos de entrada mascarillas FFP2 a todas las personas que entren en el box

**20) Respecto las recomendaciones de limpieza y desinfección para este tipo de precaución hayamos:**

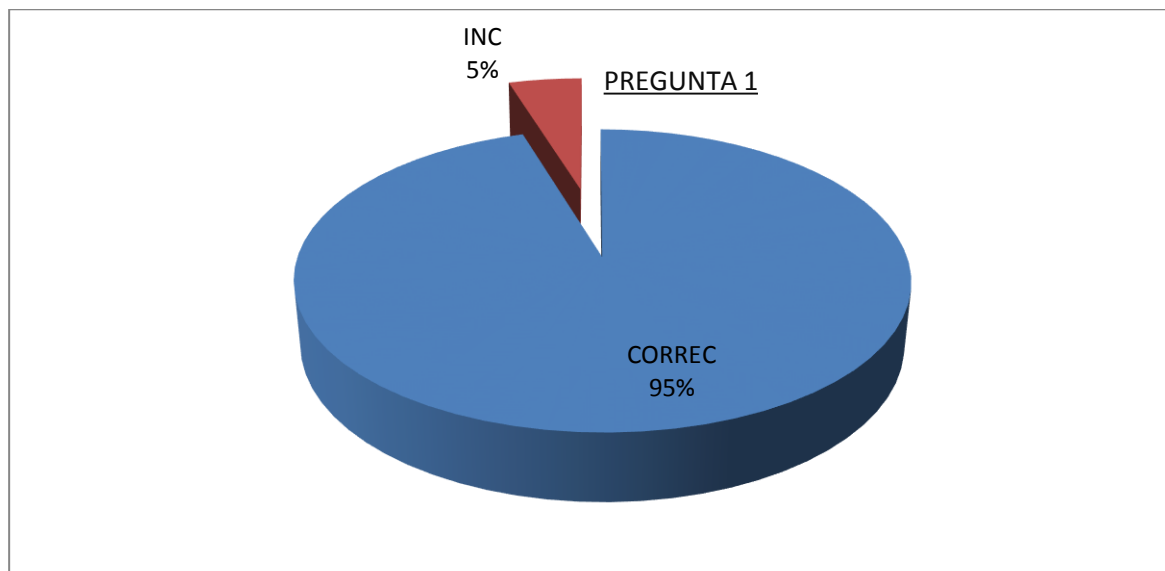
1. Se limpiará el box una vez al día con los productos establecidos y siempre con utillaje exclusivo
2. Se cerrará la habitación una hora antes de la limpieza eliminando todo el material de un solo uso

3. Bombas de perfusión, manguitos o fonendoscopio se lavarán y desinfectarán cada 48 h.

**1) En referencia a las precauciones estándar:**

1. Incluyen las recomendaciones para proteger sólo a los pacientes.
2. Incluyen las recomendaciones para proteger a los pacientes y los trabajadores de la salud.
3. No deberían ser consideradas si ya se utilizan medidas de precaución específicas por contacto.

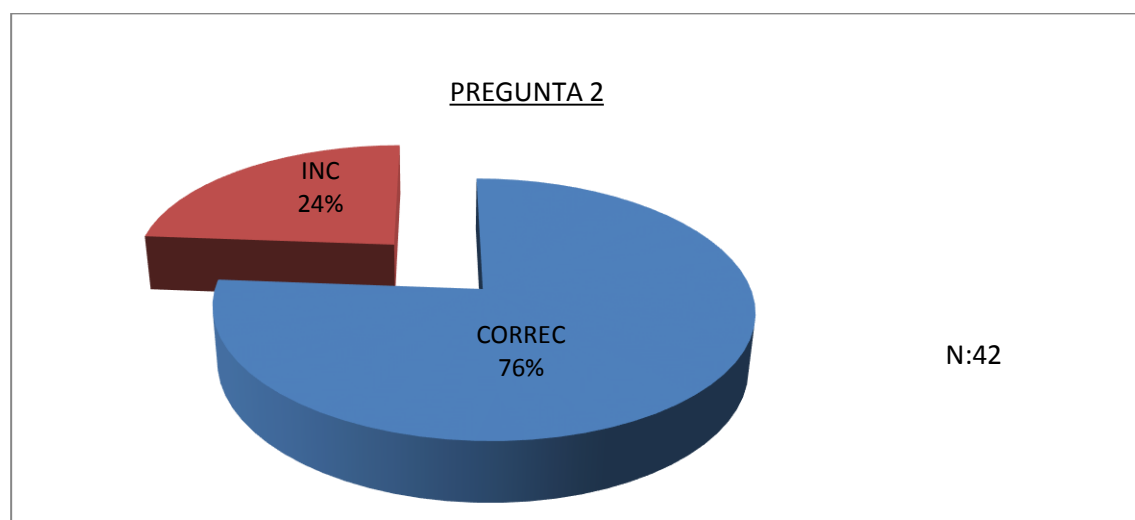
Pregunta	N°1	
	N	%
Correctas	40	95%
Incorrectas	2	5%
Total	42	100%



## 2) La recomendación del lavado de manos se establece:

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

Pregunta	N°2	
	N	%
Correctas	32	76%
Incorrectas	10	24%
Total	42	100%

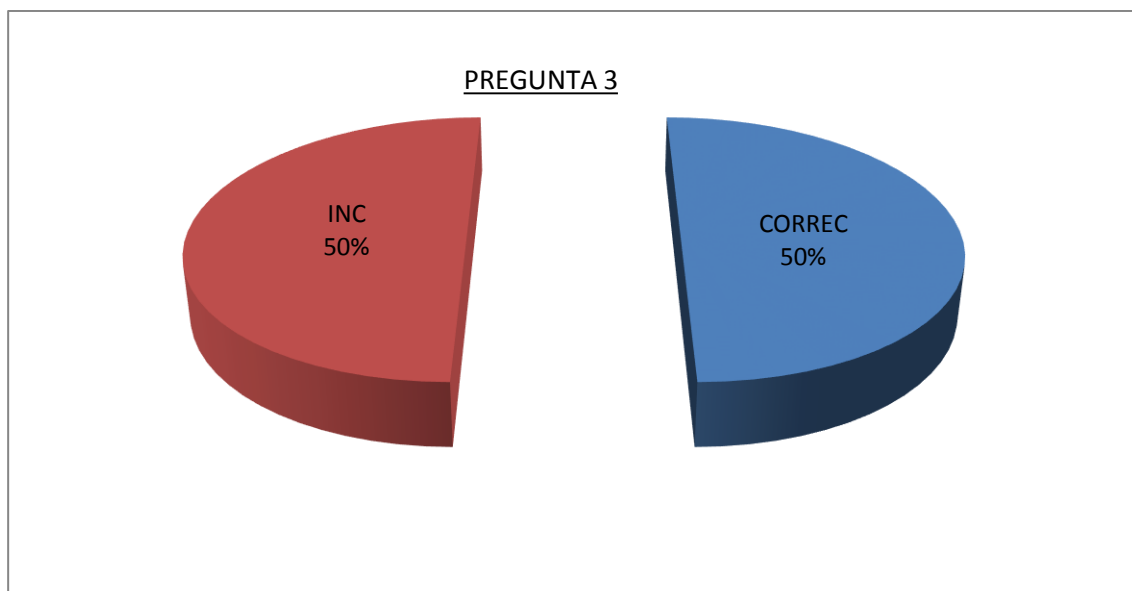


## 3) En relación al uso de guantes como medida de prevención:

1. El uso de guantes sustituye al lavado de manos
2. Se usa en riesgo de contacto con sangre o fluidos corporales o en caso de lesión en manos.

3. Se usarán como medida de precaución si el paciente se encuentra aislado en todos los casos

Pregunta	N°3	
	N	%
Correctas	21	50%
Incorrectas	21	50%
Total	42	100%

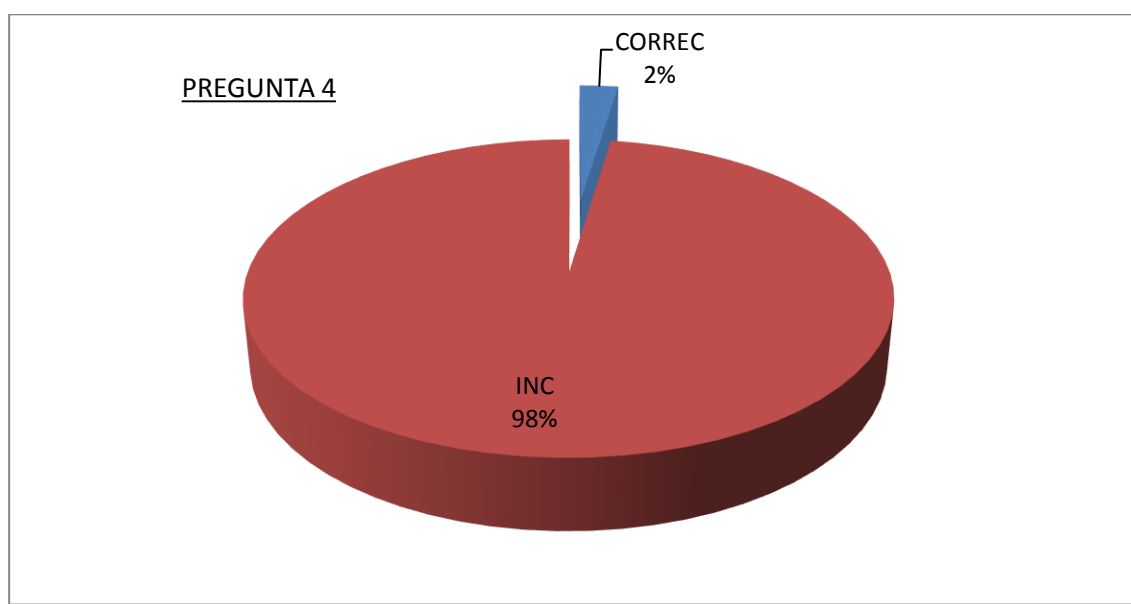


4) Quando hay riesgo de salpicaduras de sangre, fluidos corporales y/o aerosoles se utilizará:

1. Máscara y guantes.
2. Máscara, gafas y gorro en todo caso
3. Máscara, bata, gafas y gorro



Pregunta		N°4	
	N	%	
Correctas	1	2%	
Incorrectas	41	98%	
Total	42	100%	

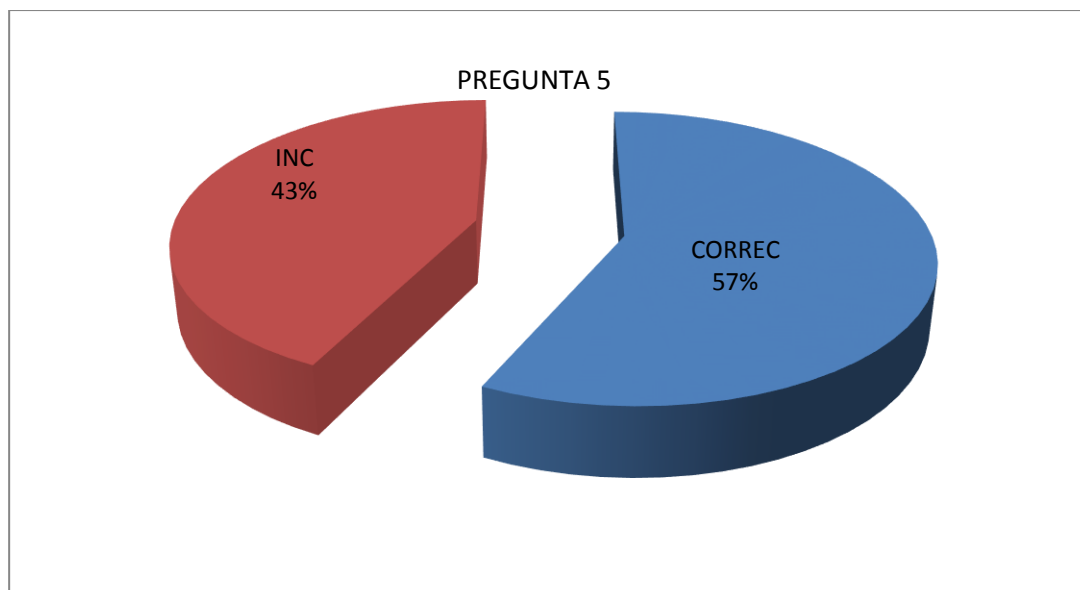


**Precauciones por contacto Responda la opción correcta**

**5) Dentro de las enfermedades contagiosas relacionadas con estas medidas encontramos:**

1. SARM, conjuntivitis vírica aguda y tuberculosis
2. Varicela (activa) y sarampión.
3. Pediculosis, Acinetobacterbaumannii, Clostridiumdifficile y Pseudomonasauriginosas

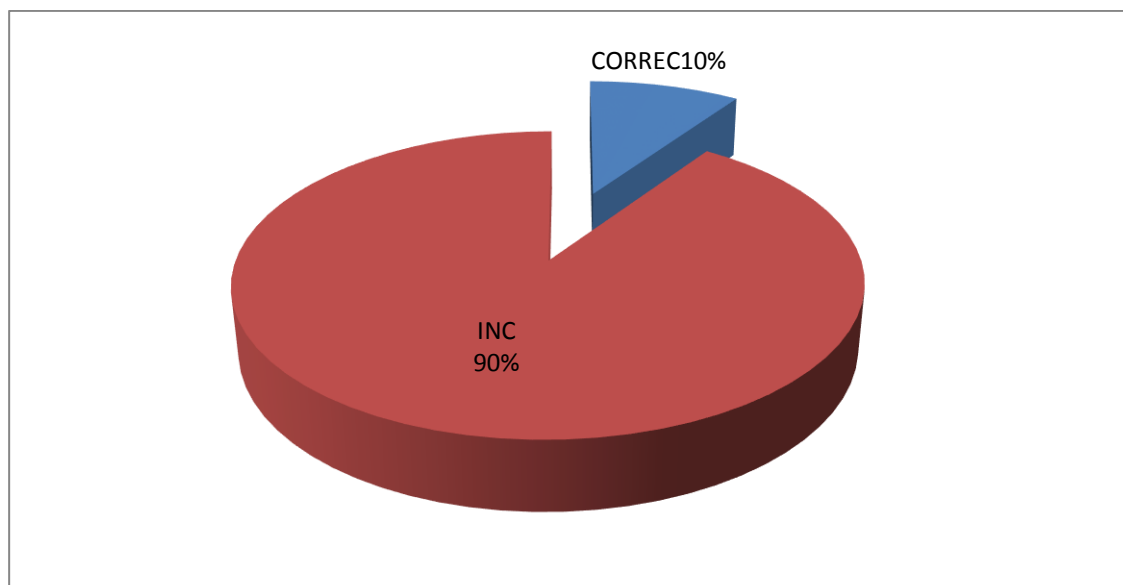
Pregunta	N°5	
	N	%
Correctas	24	57%
Incorrectas	18	43%
Total	42	100%



**6) En las precauciones por contacto tendremos en cuenta que:**

1. El lavado de manos será con jabón antiséptico a la entrada y salida del box en cualquier caso.
2. En el lavado de manos para SARM y Clostridium se utilizará el mismo jabón antiséptico
3. La higiene con jabón de clorhexidina se utiliza en todos los casos de contacto con SARM

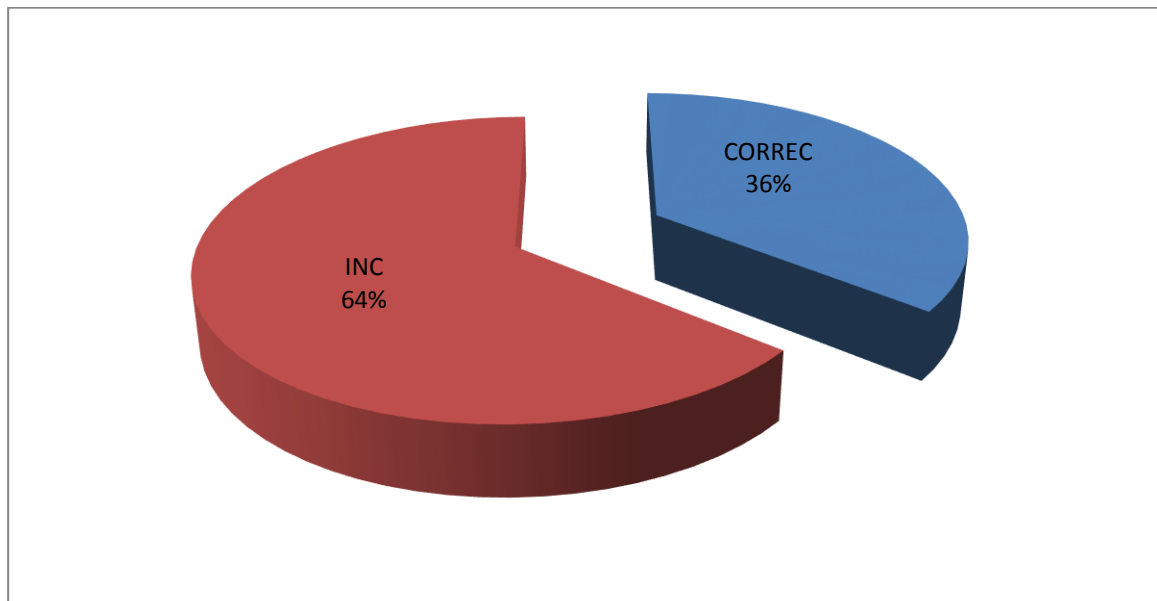
Pregunta	N°6	
	N	%
Correctas	4	10%
Incorrectas	38	90%
Total	42	100%



**7) En lo referido a las normas generales de las precauciones por contacto dentro de un box:**

1. No hace falta seguir las precauciones estándar ya que éstas entran dentro de las de contacto
2. La puerta del box no debe estar siempre cerrada ya que las corrientes de aire no influenciarán
3. El paciente puede salir del box con bata y guantes siempre y cuando los tire antes de volver a entrar

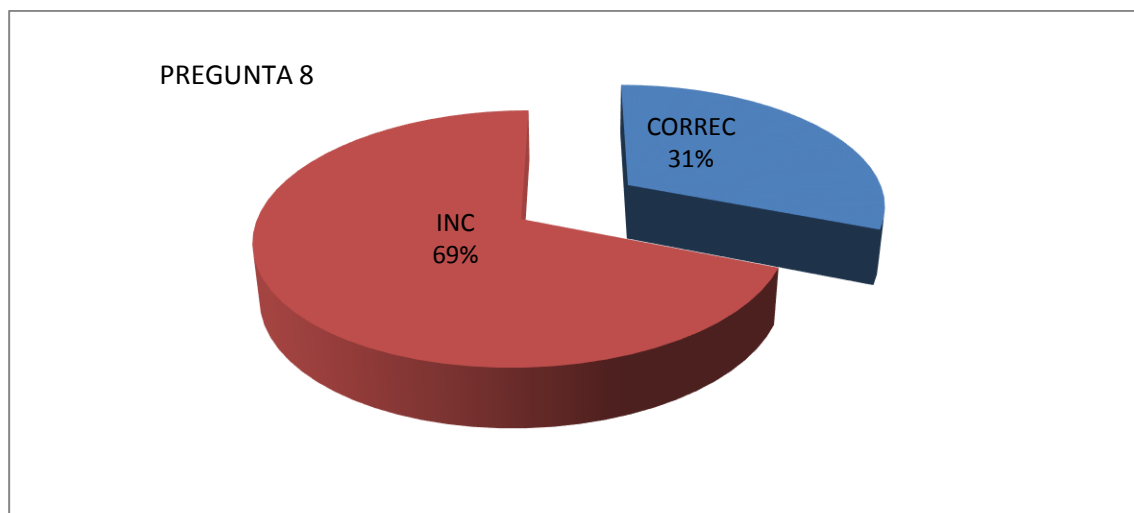
Pregunta	N°7	
	N	%
Correctas	15	36%
Incorrectas	27	64%
Total	42	100%



#### 8) Respecto al equipo a utilizar:

1. Utilizaremos guantes y bata siempre que entremos en el box y aunque no toquemos al paciente
2. La bata se reutilizará solo si se deja en algún lugar alejado del paciente (colgador) y en solitario
3. Los guantes se usarán siempre que toquemos piel del paciente, superficies o elementos próximos

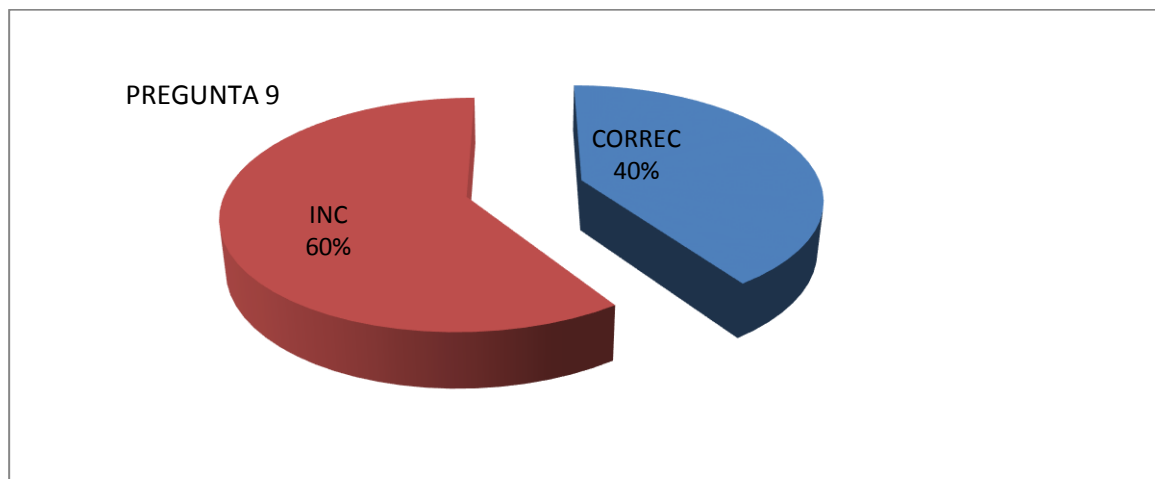
Pregunta	N°8	
	N	%
Correctas	13	31%
Incorrectas	29	69%
Total	42	100%



**9) Respecto a la educación sanitaria al paciente y su familia:**

1. Los abrigos se dejarán en cualquier sitio no tocado por el enfermo sin limitar su entrada
2. Deberán utilizar guantes y bata para el contacto con el paciente y lavarse las manos después
3. La aplicación de solución alcohólica o lavado de manos en el lugar especificado será suficiente

Pregunta	N°9	
	N	%
Correctas	17	40%
Incorrectas	25	60%
Total	42	100%

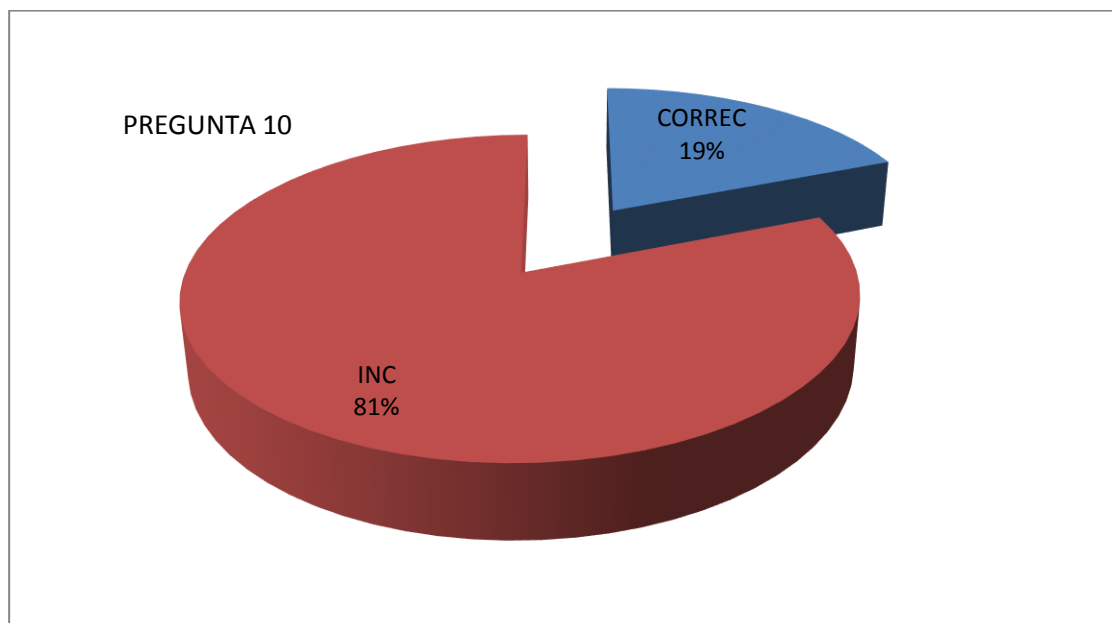


#### 10) Respecto al material utilizado:

1. Fonendoscopio, monitor o bombas de infusión deben ser limpiadas debidamente a diario y no al alta
2. El material clínico reutilizable no tiene que ser de uso exclusivo si se lava adecuadamente
3. Tras el alta se realizará la limpieza del box una vez con lejía de uso hospitalario

Pregunta	N°10	
	N	%
Correctas	8	19%
Incorrectas	34	81%
Total	42	100%

Fuente: Datos obtenidos por licenciados de enfermería y enfermeros de la terapia intensiva y unidad coronaria del Hospital Universitario CEMIC Saavedra en el año 2015

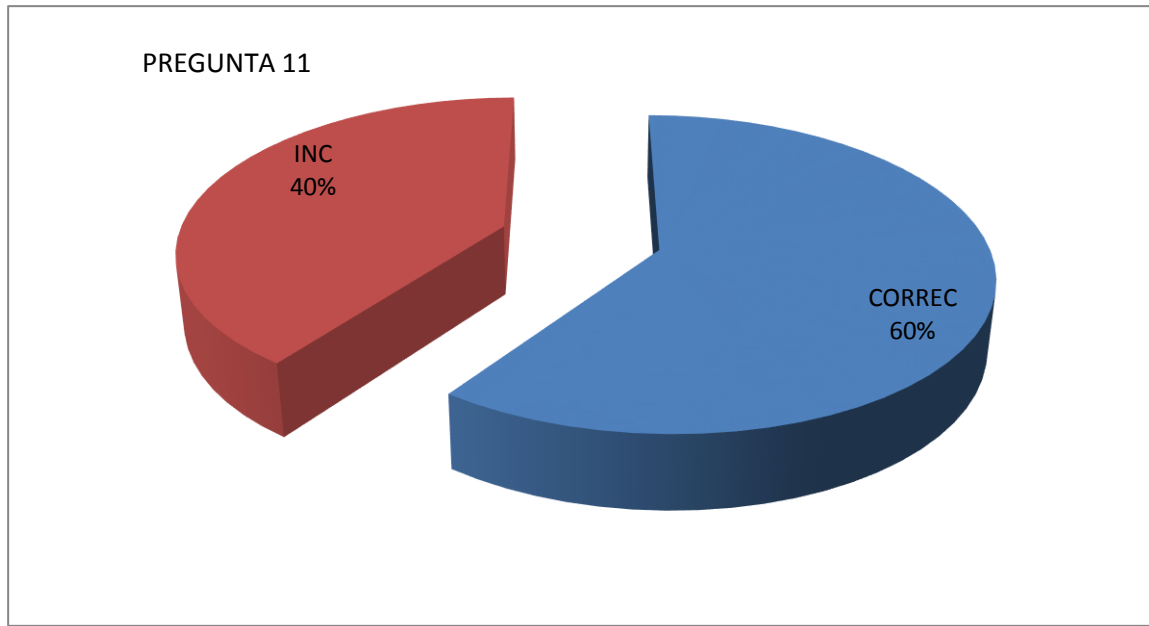


**Precauciones por contacto y gotas. Marque la opción correcta**

**11) Algunas de las enfermedades que se relacionan con esta medida son:**

1. Varicela (Activa), Virus A (H1N1) y AcinetobacterBaumannii
2. Tuberculosis pulmonar, Sarampión o Pseudomonaauriginosa
3. Virus H1N1 o cualquier paciente con tos y expectoración abundante como prevención

Pregunta	N°11	
	N	%
Correctas	25	60%
Incorrectas	17	40%
Total	42	100%

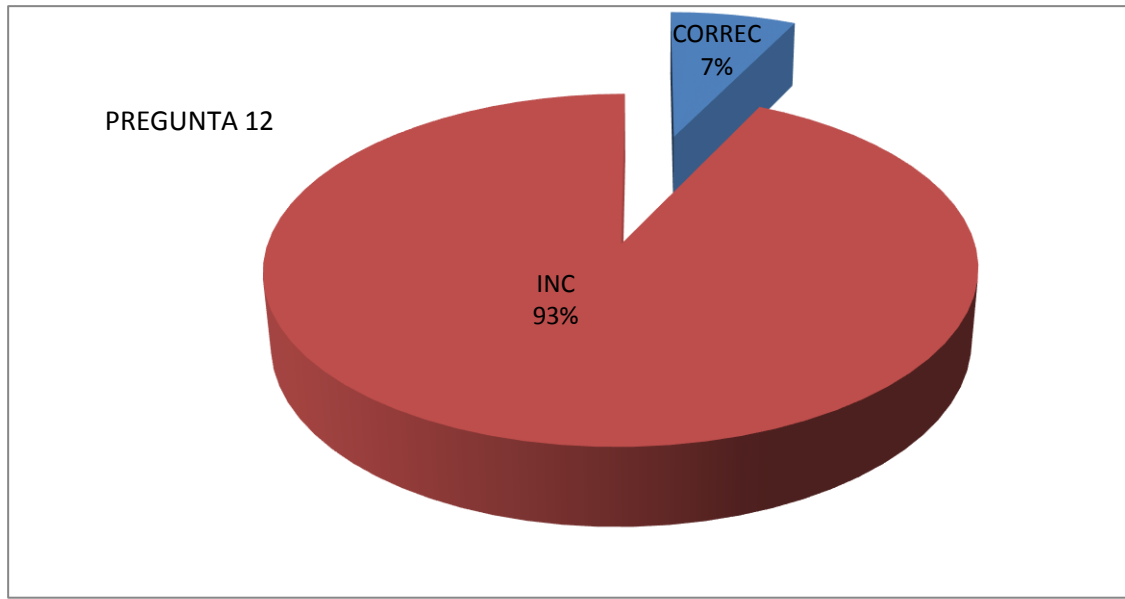


**12) Los equipos de protección utilizados en este caso son:**

1. Mascarilla quirúrgica, bata, guantes y protección ocular por los aerosoles
2. Mascarilla quirúrgica, guantes y protección ocular a menos de un metro si hay riesgo de aerosoles
3. Mascarilla FFP2 (3M) , guantes y protección ocular en todos los casos

Pregunta	N°12	
	N	%
Correctas	3	7%
Incorrectas	39	93%
Total	42	100%

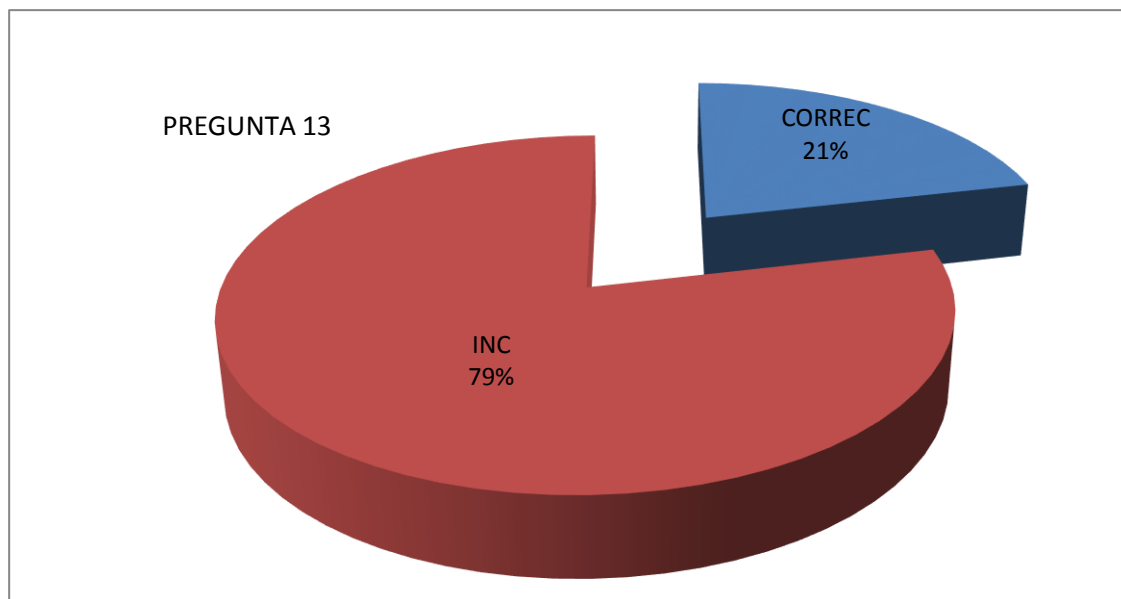




**13) Algunas de las medidas que seguiremos serán.**

1. Uso de bata en caso de contaminación por secreciones respiratorias o salpicaduras de fluidos
2. Uso de mascarilla quirúrgica para procedimientos que generen aerosoles
3. Antes o después de colocarse el equipo de protección debemos realizar higiene de manos.

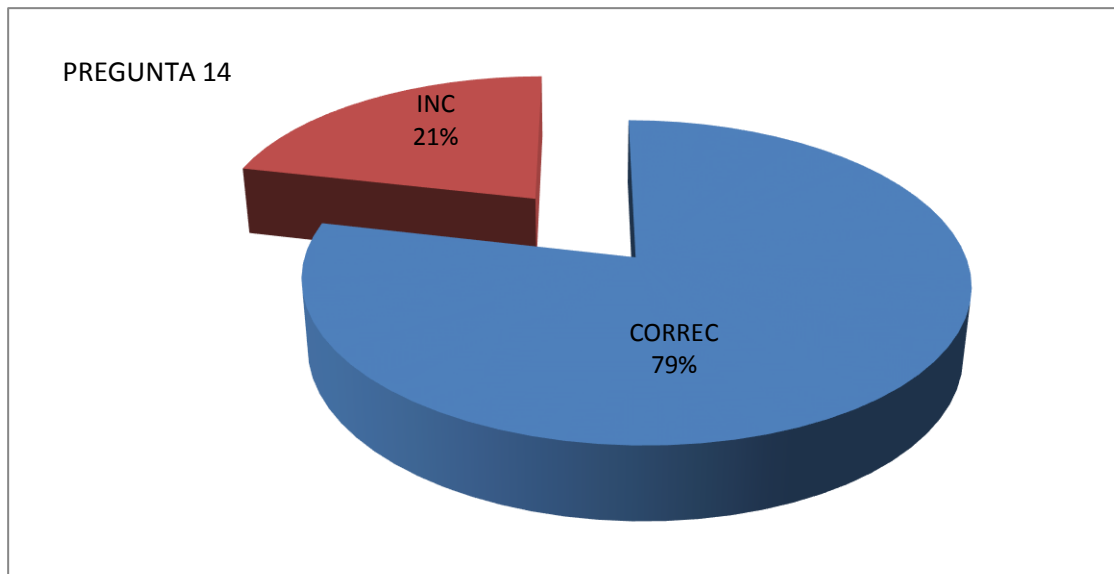
Pregunta	N°13	
	N	%
Correctas	9	21%
Incorrectas	33	79%
Total	42	100%



**14) En lo referido a la información al paciente/familia encontraremos:**

1. Restringir el número de visitas/familiares estrictamente limitándolas a las esenciales
2. Las visitas no requieren utilizar las mismas medidas de protección que los sanitarios
3. Uso de pañuelos de tela para el paciente y de un solo uso para visitas/familia

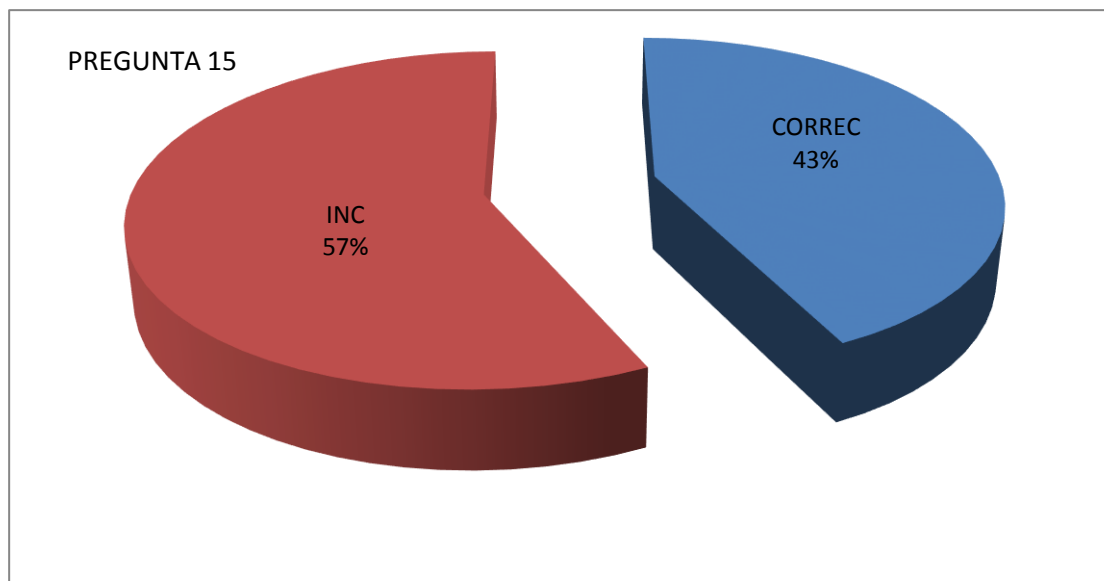
Pregunta	N°14	
	N	%
Correctas	33	79%
Incorrectas	9	21%
Total	42	100%



**15) Como actuaciones a tener en cuenta en este tipo de precauciones debemos considerar:**

1. La higiene de manos y evitar el contacto con mucosa ocular/nasal con las manos sucias
2. La higiene de manos no es la medida más importante para reducir la transmisión en este caso
3. La limpieza y desinfección del box tras el alta será extensa y con productos especiales

Pregunta	N°15	
	N	%
Correctas	18	43%
Incorrectas	24	57%
Total	42	100%

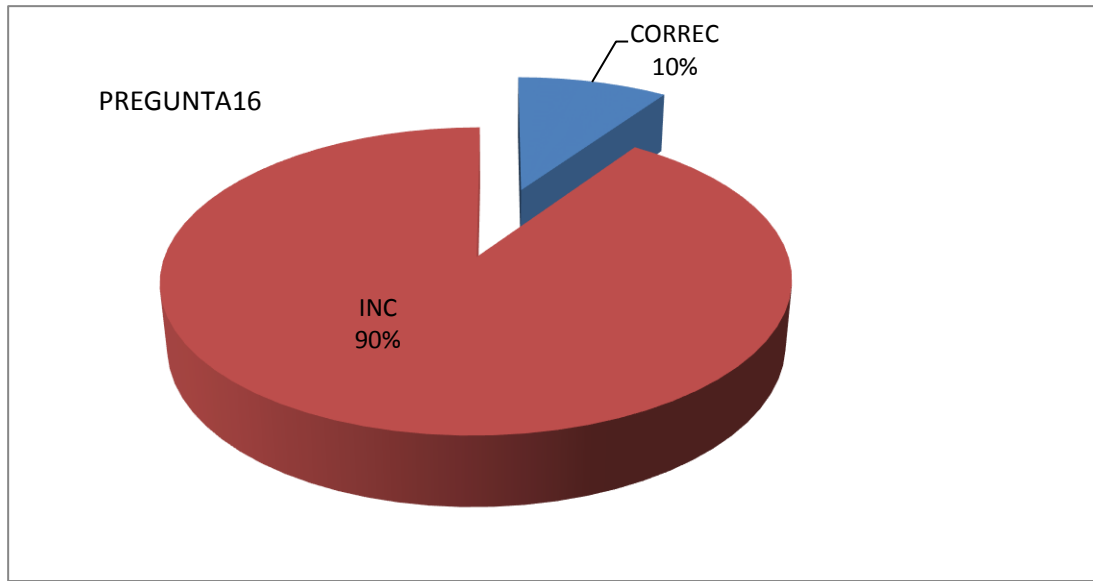


**Precauciones por aire. Marque la opción correcta**

**16) Como enfermedades relacionadas con esta medida de precaución encontramos:**

1. Varicela o Sarampión
2. Virus sincital, H1N1, rotavirus o Herpes Zóster diseminado.
3. Tuberculosis pulmonar y gripe A siendo esta última a más de 1 metro del paciente

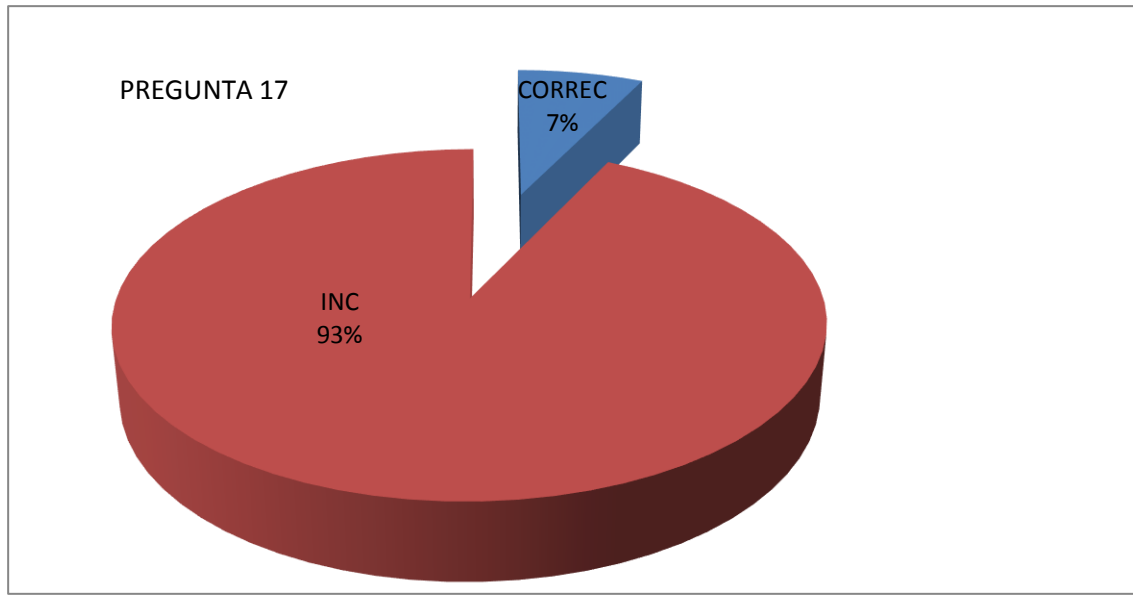
Pregunta	N°16	
	N	%
Correctas	4	10%
Incorrectas	38	90%
Total	42	100%



**17) Si se presenta un paciente con tos de 3 semanas, esputo hemoptoico y antecedentes de Tuberculosis:**

1. Aplicaremos de inmediato como prevención mascarilla FFP2 de alta protección y box individual
2. Aplicaremos mascarilla quirúrgica, box individual y rótulo identificativo en primera instancia
3. Aplicaremos de inmediato mascarilla FFP2, box individual, rótulo identificativo y visitas restringidas

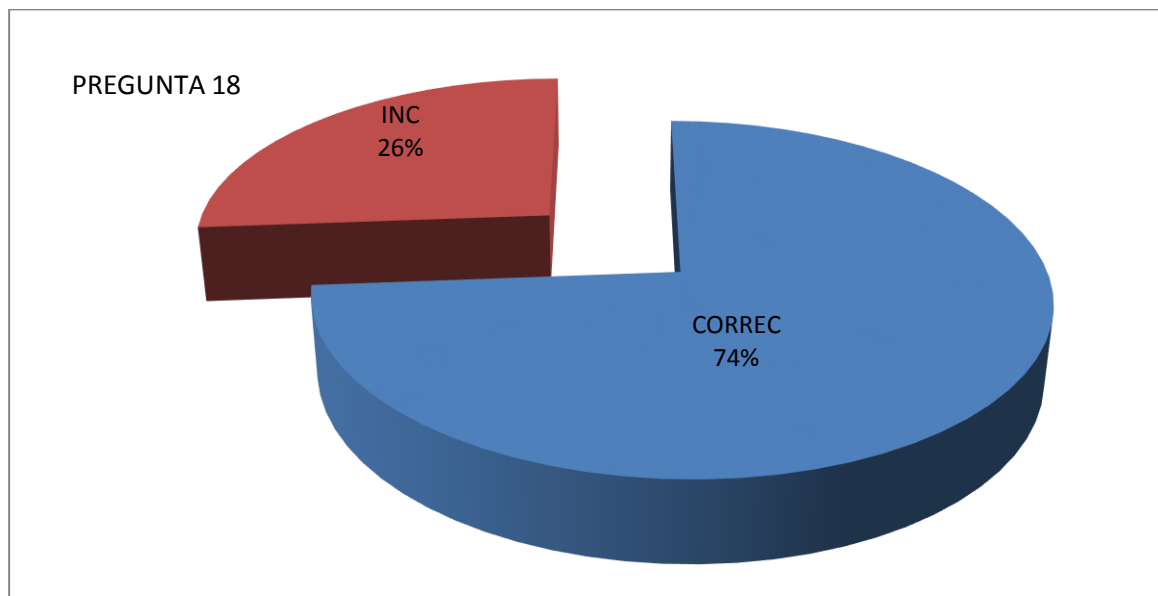
Pregunta	N°17	
	N	%
Correctas	3	7%
Incorrectas	39	93%
Total	42	100%



**18) En las consideraciones a tener en cuenta para las precauciones por aire encontramos:**

1. La aplicación de mascarillas FFP2 antes de entrar en la habitación
2. La aplicación de mascarillas FFP2 cuando se realicen traslados del enfermo a otros servicios
3. El material que entre en el box podrá salir sin introducirlo en bolsas ya que es precaución aérea

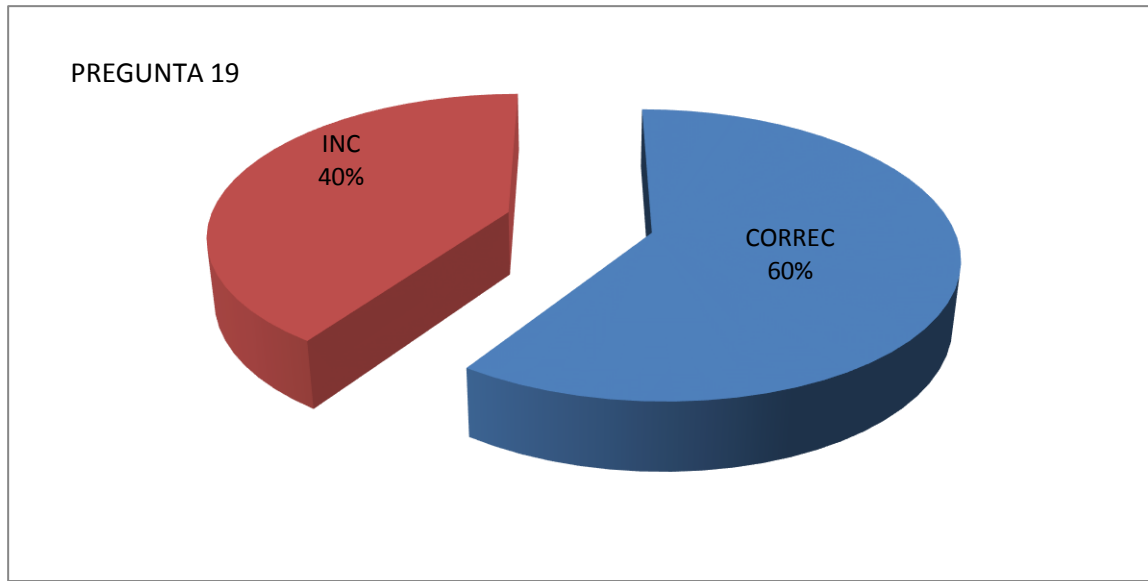
Pregunta	N°18	
	N	%
Correctas	31	74%
Incorrectas	11	26%
Total	42	100%



**19) Las instrucciones que daremos a los familiares y visitas como normativa serán:**

1. Higiene de manos con solución alcohólica al salir del box en todo caso
2. Máximo 2 familiares y uso de mascarilla quirúrgica si son visitas esporádicas o menores a 2 h.
3. Aplicaremos de entrada mascarillas FFP2 a todas las personas que entren en el box

Pregunta	N°19	
	N	%
Correctas	25	60%
Incorrectas	17	40%
Total	42	100%



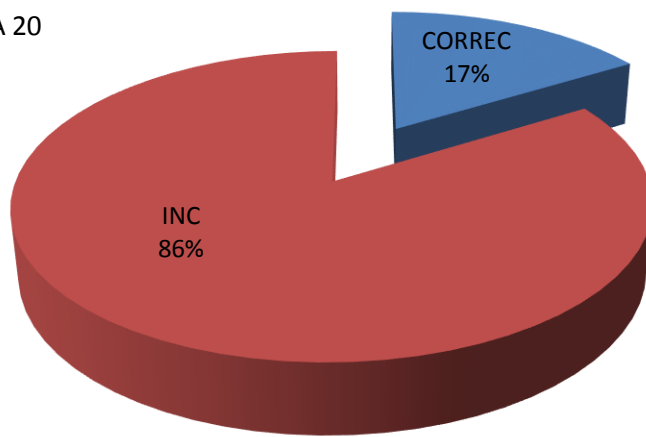
**20) Respecto las recomendaciones de limpieza y desinfección para este tipo de precaución hayamos:**

1. Se limpiará el box una vez al día con los productos establecidos y siempre con utillaje exclusivo
2. Se cerrará la habitación una hora antes de la limpieza eliminando todo el material de un solo uso
3. Bombas de perfusión, manguitos o fonendoscopio se lavarán y desinfectarán cada 48 h.

Pregunta	N°20	
	N	%
Correctas	6	17%
Incorrectas	36	86%
Total	42	100%



PREGUNTA 20



Bs As Agosto12, del 2015

Licenciada Irene Outi:

Licenciada en enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario CEMIC Saavedra.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted, por medio de la presente nota, a los fines de invitarla en merito a sus antecedentes académicos, me acompañe como directora de la futura tesina que deberé desarrollar en la carrera de la Licenciatura de Enfermería.

A la espera de una respuesta, le saluda atentamente a Ud muy atentamente

Enrique De Luca