

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DISERTACION DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA:**

**SEGURIDAD DEL PACIENTE EN AISLAMIENTO RESPIRATORIO EN LA  
UNIDAD DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN,  
DURANTE EL PERÍODO AGOSTO – NOVIEMBRE 2013.**

**ELABORADO POR:  
ANDREA CAROLINA PROAÑO ANCHATIPÁN**

**QUITO, FEBRERO 2014.**

## INTRODUCCION

La salud es un privilegio que todo ser humano tiene derecho a disfrutarla, vivirla y organizarla según su estilo de vida, creencias y costumbres. Es así que la OMS define a la salud como: “el estado completo de bienestar físico, mental, social y espiritual y no solamente la ausencia de enfermedad.

La seguridad del paciente dentro de instituciones hospitalarias, se considera en la actualidad como una prioridad en la asistencia sanitaria cada vez más efectiva pero a la vez más compleja, pues busca de una u otra manera reducir eventos adversos ocasionados durante la estancia hospitalaria, con la finalidad de lograr la satisfacción y pronta recuperación de los usuarios que atraviesan en ese momento una etapa de enfermedad.

La seguridad en la atención de pacientes constituye un tema de gran importancia a nivel mundial pues la vida de muchas personas se encuentran en manos de profesionales de la salud que tienen la obligación de mejorar y mantener la salud de quienes lo necesitan, sin embargo muchas veces esta se ve afectada por errores o efectos adversos ocasionados durante la atención.

Es así la búsqueda constante de mejoras en la atención sanitaria que cada institución se encarga de crear, organizar, planificar y poner en práctica acciones que garanticen una óptima atención y respaldo de los servicios que se presta logrando el éxito y progreso institucional.

Dentro de las funciones del Hospital Carlos Andrade Marín, está la atención a personas afiliadas que requieran o no hospitalización por alguna enfermedad, es así el caso de atención a pacientes que requieren de aislamiento por su patología y por un periodo de tiempo determinado, quienes son los profesionales de salud los encargados de mejorar u curar su enfermedad, pero en ocasiones esto no se cumple por un mal manejo o tratamiento inadecuado para la recuperación de su salud.

Las enfermedades respiratorias son aquellas que se contagian por virus o bacterias que generalmente se encuentran en el ambiente y afectan a las vías respiratorias requiriendo de forma obligada durante su tratamiento hospitalario un tipo de

aislamiento debido a su medio de contagio teniendo así: la neumonía, gripe H1N1, varicela, bronconeumonía.

Las medidas de seguridad utilizadas durante la atención a pacientes con enfermedades respiratorias son de gran importancia y cumplimiento para garantizar una exitosa recuperación y mantenimiento de su salud, entre ellas tenemos, lavado de manos, uso de mascarilla, insumos personalizados, señalización, educación a pacientes y familiares, restricción de visitas, limpieza de la habitación y lugar de estancia de los pacientes.

Los profesionales de enfermería son los encargados de cuidar y velar por la recuperación de los pacientes, teniendo una responsabilidad adicional que ponga en práctica principios científicos enseñados en su formación académica profesional.

Esta investigación se realizó en el Hospital Carlos Andrade Marín en el servicio de Infectología y en dicho servicio se encuestaron al personal profesional, integrado enfermeras y enfermeros. El interés de este estudio fue generar recomendaciones y diseños que permitan establecer componentes que estén orientados a una nueva forma de ver, entender y manejar el aislamiento respiratorio en función de un cuidado y óptima recuperación del usuario, potencializando el trabajo en equipo de los profesionales de la salud. La metodología utilizada en la investigación fue descriptiva observacional, de la que se derivó un plan de recomendaciones como producto final.

Desde el punto de vista organizativo, el presente estudio contiene 3 capítulos, en el primero se aborda la problemática y la importancia del tema de estudio así como también los objetivos. El segundo capítulo contiene un amplio estudio de marco teórico, bases científicas de la investigación, aplicación de normas básicas de atención en pacientes con aislamiento respiratorio. Finalmente, en el tercer capítulo se presentan los resultados y la discusión de los datos obtenidos mediante el instrumento, conclusiones y recomendaciones; que muestran que el uso de protocolos de atención para pacientes con aislamiento respiratorio relacionado con el conocimiento y la percepción que se tiene de ellos por parte de los profesionales de enfermería.

## RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo descriptivo, analítico, donde el objeto de estudio fueron las medidas de seguridad empleadas en la atención de pacientes con aislamiento respiratorio según protocolos manejados por el personal profesional de enfermería. El objetivo de este trabajo fue comprobar el cumplimiento de las normas básicas y la seguridad en la atención que se presta a pacientes con aislamiento respiratorio en el servicio de Infectología. Participaron 15 profesionales de enfermería. A pesar de la existencia física de los protocolos de atención a pacientes según su patología de ingreso, la accesibilidad para su lectura y conocimiento no es tan factible para todos los que laboran dentro de la institución.

Las enfermedades respiratorias se presentan con mayor frecuencia en personas sin importar límite de edad, en la que los agentes causantes provocan una alteración del estado de salud, que en ocasiones se complican y pueden causar la muerte si no se controla a tiempo.

La puesta en práctica de las normas de atención para pacientes con aislamiento respiratorio por parte de los profesionales de enfermería no muestra el interés o su dominio teórico a pesar de contar en un documento escrito, mencionando que el lugar del documento no es el adecuado para su lectura.

La aplicación y dominio de las normas básicas para una atención segura de pacientes que ponen su vida y recuperación en manos de los profesionales de la salud, no se refleja para cumplir y asegurar una atención de calidad.

## DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico a mi padre, quien ha sido el pilar fundamental en el desarrollo y éxito de mi vida, por su sacrificio, su dedicación y su infinito apoyo que me ha brindado día a día para salir adelante y enseñarme como ser una persona de bien.

Al ser más hermoso, mi hijo, Mateo Sebastian, quien a pesar de su corta edad me ha enseñado lo maravillosa que es la vida y cuán grande es el amor de una madre hacia su hijo, por impulsarme a luchar, a saliradelante día a día con fuerza y dedicación y por hacerme entender que vine a este mundo para ser feliz gracias a él.

A mi esposo, por su amor incondicional, su paciencia, su cariño y sus valiosas enseñanzas de que cualquier sacrificio por más grande o pequeño que sea da como resultado una gran recompensa.

A mi hermano Alejandro, por su compañía y su apoyo incondicional que nos ha permitido seguir adelante y cumplir con parte de nuestras metas.

A mi abuelita, quien ha sido mi segunda madre y me ha enseñado a través de sus experiencias que nunca hay que darse por vencida, que las cosas hechas con amor y perseverancia siempre salen bien.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a Dios por darme la vida, por sus bendiciones y por llenarme de fe en momentos difíciles para no recaer y nunca darme por vencida, por permitirme crecer día a día como persona y como profesional.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por permitirme culminar mi carrera universitaria y poner a disposición a los mejores maestros para nuestro aprendizaje académico, que con su humildad y sabiduría nos enseñaron como desenvolvemos en nuestra vida profesional y personal.

A mis maestras y maestros por su valioso tiempo y bondad que me brindaron dentro y fuera de las aulas y por enseñarme el verdadero valor de la vida y de nuestra profesión.

# INDICE DE CONTENIDOS

## CAPÍTULO I: GENERALIDADES.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.3. OBJETIVOS.....	9
1.3.1. GENERAL.....	9
1.3.2. ESPECIFICOS.....	9

## CAPITULO II: METODOLOGIA.

2.1. ENTORNO INSTITUCIONAL.....	10
2.2. TIPO DE ESTUDIO.....	12
2.3. DISEÑO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	12
2.3.1. CRITERIOS DE INCLUSION.....	12
2.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.....	13
2.4. TECNICA E INSTRUMENTO.....	13

## CAPITULO III: MARCO TEORICO.

3.1. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.....	14
3.2. LA SALUD COMO DERECHO.....	21
3.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	26
3.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA CALIDAD DE ATENCION.....	34
3.5. SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LOS ASPECTOS ETICO – LEGALES.....	39
3.6. SEGURIDAD DEL PACIENTES DESDE LA ATENCION DE ENFERMERIA.....	42
3.7. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN AISLAMIENTO RESPIRATORIO.....	45
3.8. NORMAS DE ATENCION PARA PACIENTES CON AISLAMIENTO RESPIRATORIO.....	51

3.8.1. NORMAS DE ATENCION DEL HCAM.....	52
3.8.2. NORMAS DE ATENCION DE LA OMS.....	64
3.9. MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PROTECCION PERSONAL.....	74
3.10. HIPOTESIS.....	78
3.11. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	79

#### **CAPITULO IV: DISCUSIÓN Y RESULTADOS.**

4.1. DISCUSION Y RESULTADOS.....	92
4.2. CONCLUSIONES.....	108
4.3. RECOMENDACIONES.....	112
5. BIBLIOGRAFÍA.....	115
6. ANEXOS.....	119

# CAPITULO I

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad del paciente considerada como “la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”, ha cobrado gran importancia a nivel mundial e involucra a todo el personal de Salud encargado del cuidado directo de los pacientes durante su estancia en las distintas unidades de prestación de éste servicio. (OMS, 2009)

Muchas ocasiones, la recuperación del paciente depende de la calidad de cuidado que le preste el personal de salud sin embargo también, por una acción no intencionada o empleo de un plan equivocado, puede desencadenar en incapacidad, prolongación en su estancia hospitalaria e incluso en su muerte.

En Estados Unidos entre 44,000 y 98,000 personas mueren todos los años a consecuencia de equivocaciones cometidas por descuidos en la seguridad del paciente. (Company, 2012), convirtiéndose en la tercera causa de muerte en este país.

En JAMA durante 1994, se produjeron 250 000 muertes debido a este factor (Leape LL. Error in medicine. JAMA. 1994; 272: 1851-7). El Ecuador no es ajeno a esta situación, basta regresar la mirada a los acontecimientos que han sido noticia de gran consternación como es el caso de Carlos Mora un adolescente paralítico que contrajo SIDA durante una transfusión sanguínea o de los 19 recién nacidos que fueron contagiados de un virus no identificado en un Hospital de Chone, (La Hora, Sábado, 20 de Mayo de 2006).

Esta situación se evidencia en mayor índice cuando se trata de enfermedades respiratorias que por descuido o negligencia del personal de salud, el paciente agrava e incluso muere.

El asma, la enfermedad obstructiva crónica (EPOC), la bronquitis, la neumonía, el enfisema pulmonar, la influenza, la gripe H1N1, las alergias respiratorias, la tuberculosis pulmonar, son las enfermedades respiratorias más frecuentes que pueden causar la muerte de pacientes.

Según estimaciones de la OMS (2005), unos 3 millones de personas en el mundo fallecieron por EPOC, lo cual representa el 5% de las muertes habidas ese año. Esta enfermedad conjuntamente con la bronquitis en el 2007, tan solo en España motivó el 30,9% en hombres y el 9,8% en mujeres de las muertes por enfermedades respiratorias – convirtiéndose en tercera causa de mortalidad en la Comunidad de Madrid-. (Ministerio de Sanidad y Consumo, España, 2009).

Al menos 4.735 personas en todo el mundo han muerto por causa del virus de la gripe A (H1N1) identificado en abril, indicó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe más actualizado de junio 2009. De los fallecimientos ocurridos, 3.406 se registraron en el continente Americano, 530 en el sureste de Asia y 432 en el oeste del Pacífico. Las otras tres regiones de la OMS, Europa, el este del Mediterráneo y África han informado sobre 207, 90 y 70 fallecimientos, respectivamente (OMS, 2009).

En el 2010, en Cataluña, hubo 2.533 defunciones por bronquitis, enfisema, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Este hecho supone una tasa de mortalidad de 34,2 defunciones por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad masculina (49,9) es 2,7 veces superior a la femenina (18,7). La mortalidad se concentra en las edades más avanzadas. De hecho el 81,5% de las personas que han muerto durante el año 2010 superan los 75 años de edad y la tasa de mortalidad del grupo de 85 años o más triplica a la del grupo de 75 a 84. (Gencat.cat, 2010).

En Colombia, a inicios de este año debido a la prolongación de la temporada invernal se han reportado más de 15.500 menores de cinco años enfermos con Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA), por lo menos 763 casos se atienden diariamente en los Hospitales de Bogotá, haciéndose necesario mantener la alerta epidemiológica, así lo afirmó el Secretario de Salud, Héctor Zambrano. (El Espectador, 2013).

En los países en desarrollo como es el caso del Ecuador, la infección respiratoria es otra de las principales causas directas de muerte en niños menores de 5 años, así, de acuerdo con los indicadores básicos del MSP, entre las principales causas de mortalidad infantil, se encuentran la neumonía e influenza, sepsis bacteriana y dificultad respiratoria, con una tasa de 23,0 muertes (tasa por 100 000 habitantes). EL 60% de muertes se dan antes de la

primera semana de vida, en el periodo posneonatal las muertes se deben principalmente a neumonías de origen infeccioso. (MSP, 2005)

En el año 2007, la primera causa de morbilidad en niños fueron las Enfermedades Respiratorias Agudas ocupando una tasa de 14% (1`703.803 Habitantes). Por ejemplo en Cotopaxi y en otras provincias, se dio un considerable porcentaje de niños contagiados con una tasa de 11,23% (44.997 habitantes). (Aguilar, E. 2009).

En enero de 2011, el Ministro de Salud, David Chiriboga, dijo que cada año al menos 25 de cada 100 niños se enferman de neumonía, meningitis, bronquitis, otitis o infecciones al oído interno. En el país, 500 niños al año mueren por el neumococo. La mortalidad por esta enfermedad es pronunciada en la Sierra, por las condiciones climáticas. Así, de las 40 muertes por neumonía registradas en las dos primeras semanas del año, 17 se dieron en Pichincha y 10 en Azuay; el resto en otras provincias. En Guayas no se reportó ninguna víctima. (El UNIVERSO, 2011).

En febrero de 2012, en la Dirección Provincial de Salud de Imbabura se registró un incremento en las atenciones a personas afectadas con enfermedades respiratorias.

Según las estadísticas de salud, los meses de mayor índice de enfermedades respiratorias son febrero y marzo. Por eso las autoridades solicitan a la ciudadanía, colaborar con la prevención, ya que el virus de la gripe AH1N1 permanece en el ambiente y nada garantiza que no pueda existir un nuevo rebrote de dicha gripe. (LA HORA, 2012).

La letalidad del virus AH1N1 en el año 2013 ya ha superado en el doble en los siete meses que va del año con respecto a lo registrado en todo 2012, cuando se presentaron seis fallecidos por efectos de ese tipo de influenza, según las estadísticas de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud y los últimos reportes.

De acuerdo con los datos entregados por la ministra Carina Vance, desde enero de este año hasta la presente semana el total de personas fallecidas por causa del AH1N1 es de 14, de un global de 187 contagiados, comprobados.

(Ciudadanía Informada, agosto 2013). En Quito, cuatro son los hospitales que reciben la mayor afluencia de estos pacientes, estos son: el Eugenio Espejo, Pablo Arturo Suárez, Enrique Garcés y el Carlos Andrade Marín.

En Quito el acelerado y hasta pernicioso tráfico da como resultado una pesada y asfixiante contaminación que provoca toda clase de enfermedades respiratorias que sumado a la deficiente práctica de normas de higiene puede desencadenar en muerte.

Así lo evidencia un estudio realizado en Quito, por el Proyecto Calidad del Aire y la Fundación Natura que estableció una incidencia de infecciones respiratorias altas de 131.40 /1000 semanas-niño en escolares que asisten a una escuela ubicada en zona de mayor contaminación de aire y una incidencia de 30.77/1000 semanas-niño en escolares que asisten a una escuela en zona de menor contaminación. En toda la población de estudio hubo 1566 casos de infección respiratoria alta (IRA) (tasa de incidencia 72.67/1000 SN). De estos casos, 950 correspondieron a IRA grave (tasa de incidencia 44.04/1000 SN); 53 casos a IRA moderada (tasa de incidencia 2.45/1000 SN) y 563 casos a IRA leve (tasas de incidencia 26.12/ 1000 SN). (Estrella, 2000).

Por su parte, un estudio realizado por Salud de Altura revela que, el 37.32% de la población quiteña presenta problemas respiratorios, esta dolencia ocupa el primer lugar, en el ranking de enfermedades más frecuentes de la ciudad.

La incidencia de esta enfermedad es igual en la población pobre de Quito. Según el estudio, en este sector, los trastornos respiratorios alcanzan el 38% debido a causas medioambientales. La calidad del aire de Quito, sin duda, ha influido en este tipo de dolencias. Por ejemplo la rinitis, las neumonías y demás enfermedades respiratorias son consecuencias de la contaminación. (LA HORA, 2007).

Uno de los últimos estudios realizados por la Fundación Natura en el 2003 referente al impacto económico de la contaminación del aire en Quito determinó que el costo de la contaminación atmosférica con respecto a la salud para el período 1991- 2000 ascendió a más de 34 millones de USD, considerando el presupuesto codificado, las admisiones hospitalarias, los costos ambulatorios, el

ausentismo y la estimación de los años de vida saludable perdidos. (Flasco, Mae, Pnuma. 2008).

La incidencia continua de enfermedades respiratorias en pacientes vulnerables y en personas en general, que a menudo requieren de hospitalización, hace que la infección por virus se disperse al resto de pacientes o personal de salud, cuando el manejo o aislamiento respectivo no es realizado de manera correcta.

Las enfermedades respiratorias cuando el cuadro patológico agrava requieren de aislamiento como medida de control estricto del entorno del paciente a través de la formación de barreras, principalmente en casos de neumonía, tuberculosis, sarampión, varicela, gripe H1N1 y meningitis.

Ante estas enfermedades los profesionales de enfermería cumplen un papel fundamental pues deben saber el tipo de desinfección (concurrente o terminal), tipo de medidas de precaución y cuidado que ha de realizar y ejecutar conforme el caso patológico, la forma eficiente en que lo haga determinará la recuperación del paciente y por ende controlará el posible contagio; muchos de los errores que se comenten podría deberse a la escases de personal sanitario para la atención de estos pacientes que de una u otra manera necesitan de un cuidado más personalizado, sumado a ello las condiciones físicas y la cantidad de equipos, instrumentos e insumos, que son insuficientes para cumplir con lo que establecen las normas de aislamiento.

De esta manera podemos definir que el aislamiento consiste en el control estricto del entorno del paciente, a través de la formación de barreras especiales que garantice la seguridad y protección, del personal de salud y personas externas como familiares, visitantes y quienes los rodean.

Además se dice que es la separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de personas, exceptuando al personal sanitario se le colocará en habitación y condiciones adecuadas con la finalidad de evitar el contagio. (tecnicas y medidas de aislamiento de enfermería, 2010).

Finalmente como consecuencia de un mal manejo en la atención de pacientes hospitalizados con enfermedades respiratorias y que además

requieran de algún tipo de aislamiento, que en este estudio sería el aislamiento respiratorio, puede traer consecuencias graves como: infecciones cruzadas, incluidas las infecciones nosocomiales, complicaciones de la enfermedad e incluso la muerte del paciente, en el que se ven involucrados los familiares, personal de salud, pacientes hospitalizados por otra patología base y personas cercanas al área involucrada.

Por tal motivo se hace necesario aplicar medidas de prevención, mitigación e incluso erradicación de la propagación de microorganismos patógenos de pacientes con enfermedades respiratorias hacia el personal de salud a nivel hospitalario, siendo una de éstas medidas los aislamientos protectores. Entre estos están, el aislamiento respiratorio y aislamiento de gotitas, diseñados como barreras físicas para evitar el contagio a través de la fuente de infección, que en este caso sería el paciente hospitalizado y el sujeto susceptible como puede ser el personal de salud, familiares y otros pacientes, con el propósito de disminuir al máximo dicha diseminación.

## 1.2. JUSTIFICACIÓN

La seguridad del paciente es una prioridad en la asistencia sanitaria cada vez más efectiva pero también más compleja, pues busca de una u otra manera reducir eventos adversos ocasionados durante la estancia hospitalaria, con el fin de lograr su satisfacción y pronta recuperación.

Debido a la complejidad de ejecutarla en varias ocasiones ha dado lugar que se produzcan consecuencias graves. Nuestro país no es ajeno a la problemática de la seguridad del paciente, pues el manejo inadecuado de enfermedades consideradas de riesgo también conlleva a que se produzcan consecuencias semejantes o quizá más acuciantes que las presentadas en sucesos catastróficos.

Los acontecimientos desfavorables derivados de una mala atención sanitaria llevan a la reflexión y a la implementación emergente de medidas eficaces que permitan reducir su número de ocurrencia y las repercusiones en la vida de los pacientes.

Es así que el establecimiento de normas y procedimientos de aislamiento constituyen una medida eficaz para la prevención y control de enfermedades respiratorias. Un correcto manejo de aislamiento en pacientes con enfermedades respiratorias disminuye de manera considerable la propagación y contaminación de microorganismos patógenos que adquieren personas externas al entrar en contacto con el paciente durante su etapa de enfermedad.

Las estrategias adoptadas se han de fundamentar en la detección de los errores, su registro sistemático y el análisis de la información, útil para la generación de condiciones de atención seguras y por ende la mejora continua de los servicios de salud.

El presente trabajo está encaminado a la investigación de normas y procedimientos utilizados en el Hospital Carlos Andrade Marín en pacientes con enfermedades respiratorias que necesitan de algún tipo de aislamiento durante su estadía, así como también, de las medidas de seguridad de atención

generadas y ofertadas por el personal de salud que en éste presta sus servicios, para en base a estas experiencias establecer recomendaciones encaminadas a dar el cuidado procedente, en el tiempo correcto y en la forma debida.

Además se espera con este aporte que el Hospital mejore significativamente la respuesta de sus autoridades y en especial de enfermeras y enfermeros del Servicio de Infectología, durante la presencia de dichas enfermedades y aún más cuando se dé un incremento de casos que requieran de aislamiento respiratorio, como la neumonía, tuberculosis pulmonar, meningitis, la gripe AH1N1, y aumente la concienciación de la importancia de prevenirlas, mitigarlas y de ser posible erradicarlas. En sí que se convierta en una institución segura y competitiva tanto a nivel local como nacional en esta materia. En otras palabras se aspira, que este trabajo redunde en el perfeccionamiento de la atención de pacientes con aislamiento respiratorio dentro del Servicio de Infectología del HCAM.

Es importante mencionar que el cumplimiento adecuado y correcto del aislamiento en pacientes hospitalizados mediante normas y procedimientos ya establecidos, beneficia de manera considerable al personal de salud, grupo administrativo, autoridades y al hospital en general para reducir gastos que muchas veces son innecesarios por malas decisiones o prácticas inadecuadas durante el cuidado y tratamiento del enfermo, abuso en la utilización de implementos médicos, materiales e insumos y las largas estancias de pacientes hospitalizados que se ven obligados a permanecer ahí por complicaciones ajenas a la patología de su ingreso.

Su realización es factible por contar con el apoyo de las autoridades del Servicio de Infectología del HCAM, la riqueza de información disponible en la bibliografía y por contar con el conocimiento teórico práctico en atención a pacientes de distintas enfermedades de riesgo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Analizar el grado de cumplimiento de normas básicas, tanto institucionales como de referencia internacional en la seguridad del paciente con aislamiento respiratorio en el HCAM, durante el período comprendido de Agosto – Noviembre 2013.

### **Objetivos Específicos:**

- Describir las normas básicas de seguridad estipuladas para atención del paciente con aislamiento respiratorio en el área de Infectología del HCAM y de referencia internacional.
- Evaluar la aplicación de las normas de seguridad relacionadas a aislamiento respiratorio del paciente en el servicio de infectología del HCAM.
- Relacionar las condiciones medidas de seguridad y protección del paciente con aislamiento respiratorio del HCAM con la normativa y estándares internacionales.

## **2.1. MARCO METODOLOGICO**

### **2.1.1. Entorno Institucional – Hospital Carlos Andrade Marín.**

En una aproximación al objeto de estudio es importante mencionar al Servicio de Infectología del Hospital del Seguro Social “Carlos Andrade Marín”, lugar fundamental donde se realizó la investigación, que está ubicado en el tercer piso del edificio occidental. Esta unidad, es parte fundamental del HCAM pues es la responsable de brindar durante las 24 horas del día, los 365 días del año, una atención con calidad y calidez humana a los pacientes que se encuentran en un proceso delicado de restablecimiento de su salud.

El talento humano que trabaja en el servicio cuenta con preparación académica superior: (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería). Existen 15 profesionales de enfermería entre hombres y mujeres, tres médicos tratantes, tres médicos residentes, y dos internos. En lo que se refiere a turnos los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería lo hacen en tres turnos rotativos, mientras que los médicos residentes e internos realizan turnos de 24 horas.

De lo anterior se desprende que en éste Servicio, trabaja un conjunto de personas de diferente formación y especialización, integradas en un equipo, para lo cual dispone de un área física de 695,24 m<sup>2</sup>, (13,37 m ancho, 52m de largo, 2.55 m de alto), distribuida en 14 habitaciones, 2 salas de visita, 1 estación de enfermería, 1 baño para pacientes, 1 aula, 1 habitación de médicos residentes, 1 bodega de medicamentos, insumos, ropa, sillas de ruedas, tanques de oxígeno. Las habitaciones 1, 2, 8, 10, 11 y 13 tienen capacidad para dos camas, las habitaciones 3, 4, 7 y 9 tienen capacidad para cuatro camas y las habitaciones 5, 6, 12 y 14 con capacidad para una cama.

Según horario en Medicina Interna, los martes y jueves en las habitaciones de 1 a 6 pasan visita todos los médicos tratantes, los residentes, un interno y dos enfermeras; en Infectología de lunes a domingo tres médicos tratantes, tres residentes, un interno, dos enfermeras y dos auxiliares, en la mañana están tres enfermeras, tres auxiliares. Al servicio también ingresan a visita médicos

especialistas como de cirugía plástica cuatro, de traumatología tres, de endocrinología dos, esto los martes y jueves.

En lo que respecta a personal de limpieza de lunes a viernes de 7 am a 15 pm una persona, de 11 am a 19 pm otra persona, los sábados y domingos ingresan de 7 am a 17 pm. También ingresan los martes y viernes de 7 am a 15 pm una enfermera y una auxiliar de clínica de heridas; una enfermera de insumos de lunes a viernes de 7 am a 15 pm; una nutricionista antes de las 10 am todos los días; una persona de ropería todos los días a las 7 am; una de dietas todos los días a las 8 am, 12 pm y 17 pm; dos de farmacia todos los días a las 14 pm; un proveedor de oxígeno tres veces a la semana; un guardia solamente en el día y en la puerta de ingreso; doce estudiantes de lunes a viernes, seis en la mañana y seis en la tarde; un anestesiólogo todos los días; dos camilleros de urgencias y uno de recuperación conforme sean remitidos los pacientes de esas unidades médicas. Además cabe mencionar que ingresa todas las mañanas el expendedor de periódico.

En cuanto a equipos, muebles, recipientes y otros objetos que se emplean, cuenta con:

Las camas utilizadas totalizan 32, dado a que constantemente ingresan pacientes transferidos de otras unidades del mismo hospital o que son internados como consecuencia de sus dolencias. El equipo mínimo que dispone es de tensiómetros, fonendoscopios, equipo de diagnóstico, laringoscopio, además: electrocardiógrafo, tomas de oxígeno, tomas de alta presión, tomas al vacío, tanques de oxígeno (3), balanza. Emplea gran cantidad de medicina tanto inyectable como en tabletas, así como también utiliza un sin número de insumos necesarios para la atención del paciente. Entre muebles posee camas con su respectiva ropa, almohada y colchón, coches de paro; 1 silla para los visitantes y 1 velador junto a cada cama, además en cada habitación por cama están dispuestos recipientes plásticos según el tipo de basura o desperdicio.

### **2.1.2. Tipo de Estudio.**

Para este estudio se trabajó con un tipo de investigación analítica observacional descriptiva, ya que permitió el análisis, la observación y la descripción de la existencia y cumplimiento de normas básicas y protocolos de atención para pacientes con aislamiento respiratorio que constan de manera escrita y son de conocimiento y dominio por parte de los trabajadores de la salud, específicamente por parte de los profesionales de enfermería.

Además fue de tipo transversal ya que como se mencionó se realizó en el servicio de Infectología del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito en un período de tiempo de Agosto a Noviembre del 2013.

El estudio de investigación contó con la autorización de la Jefa de enfermeras del servicio de Infectología para su realización dentro de la institución.

### **2.1.3. Población y Muestra.**

La población de este estudio fueron los 15 profesionales de enfermería, que laboran en el área de Infectología del Hospital Carlos Andrade Marín, durante los tres turnos de jornada de trabajo de hospitalización. Este estudio usó el universo de la población.

#### **2.1.3.1. Criterios de Exclusión.**

- ⊗ Profesionales de enfermería de otros servicios del Hospital Carlos Andrade Marín.
- ⊗ Personal de salud o administrativo que labore en el servicio de Infectología.
- ⊗ Profesionales de enfermería que ejecuten apoyo logístico o de enlace.
- ⊗ Personal no profesional.
- ⊗ Estudiantes de enfermería.

### **2.1.3.2. Criterios de Inclusión.**

- ⊗ Personal profesional de enfermería del servicio de infectología que ejecuta atención directa del Hospital Carlos Andrade Marín.
- ⊗ Personal de sexo masculino y femenino.

### **2.1.4. Técnica e Instrumento.**

Se realizó una revisión documental de la existencia de los protocolos de atención a pacientes y con la participación de los profesionales de enfermería que brindan cuidado directo, se les observó durante la atención a pacientes hospitalizados con la finalidad de obtener información que contribuya a evaluar el cumplimiento de las normas básicas de atención a pacientes con aislamiento respiratorio manejados en el servicio de Infectología del Hospital Carlos Andrade Marín.

El instrumento que se utilizó, es una lista de verificación, para la comprobación de la aplicación de las normas básicas escritas en los protocolos del servicio por parte de los profesionales de enfermería durante la atención a pacientes con aislamiento respiratorio.

El procesamiento y tabulación de la información se efectuó en forma secuencial y coordinada, en torno al tipo de investigación desarrollado. El análisis estadístico se presenta en gráficos y de acuerdo a sus variables.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.**

Las enfermedades respiratorias son todas aquellas que afectan al aparato o sistema respiratorio. Este consta de boca, fosas nasales, faringe, laringe, tráquea, y bronquios. Entre ellas podemos encontrar el resfriado común llamado también infección de las vías respiratorias altas, sin más repercusión que tos, mucosidad, molestias en la garganta y febrícula o enfermedades graves como el enfisema pulmonar (enfermedad pulmonar crónica que se caracteriza por la destrucción de los espacios donde se produce el intercambio de gases entre el aire inspirado y la sangre; estos espacios son los bronquiolos, los conductos alveolares y los alvéolos; puede ser: centroacinar, se destruyen principalmente los bronquiolos y pancinar, se caracteriza por una destrucción de todos los espacios donde hay intercambio de gases), el cáncer de pulmón (cáncer que se forma en los tejidos del pulmón, por lo general, en las células que recubren las vías respiratorias), etc. (Sánchez, 2005).

Pueden estar causadas por diversidad de elementos y aunque las más comunes son las infecciones bacterianas o víricas también pueden ser por causas ambientales, como polución en lugares de trabajo con alta exposición a tóxicos aéreos, contaminación vehicular, tabaquismo, etc.

Estudios evidencian que cerca de 1.7 millones de trabajadores estadounidenses están expuestos a la sílice cristalina respirable en diversas industrias y ocupaciones, entre ellas la construcción, la limpieza con chorro de arena y la minería. La silicosis, una enfermedad irreversible pero que puede prevenirse, es la afección que está más estrechamente asociada con la exposición ocupacional a la sílice cristalina respirable, que también se conoce como polvo de sílice. Las exposiciones ocupacionales a la sílice cristalina respirable están asociadas con la aparición de silicosis (inflamación en los

pulmones y ganglios linfáticos del tórax por larga exposición a polvo de sílice), cáncer pulmonar, tuberculosis pulmonar (causada por la bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis* y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada), y enfermedades de las vías respiratorias. Estas exposiciones también pueden estar relacionadas con el surgimiento de trastornos autoinmunitarios, enfermedad renal crónica y otros efectos adversos en la salud. (C.D.C, Marzo 2013)

La morbimortalidad consecuente de estas enfermedades está relacionada con su origen, así si tiene origen viral predisponen a las neumonías bacterianas. Esto significa en otros términos que ciertos virus que dañan, aunque sea levemente, las vías de conducción del aire inhiben los mecanismos de defensa del pulmón, posibilitando que bacterias extrañas se establezcan en el pulmón y lo colonicen, pero también permiten el crecimiento de poblaciones bacterianas que son habituales en cierto número en el tejido pulmonar, pero que en exceso generan enfermedades. Entre los virus más comunes se encuentran los de la Parainfluenza responsables de la gripe, pueden causar crup, bronquiolitis, bronquitis y ciertos tipos de neumonía. (Ballvé, 2012)

Entre los géneros de bacterias más importantes en la producción de enfermedades pulmonares se pueden mencionar a las Pasteurellas (ahora llamadas Mannheimia: responsable de enfermedades bovinas, se transmite por contacto directo, a través de la ingestión de alimentos y agua contaminados y por gotas de la nariz.), Haemophilus (ahora Histophilus: causa meningitis e infecciones respiratorias agudas, principalmente en los niños), Klebsiella (puede encabezar un amplio rango de estados infecciosos, sobre todo neumonía), Bordetella (causante de la tos ferina o convulsiva y contagiosa), Micoplasmas (provoca infección respiratoria se contagia a través del contacto cercano y prolongado con partículas de secreción de la nariz y de la garganta de personas infectadas, especialmente cuando tosen y estornudan), Clamidias (se transmiten con mayor frecuencia por vía sexual), Proteus (responsables de muchas infecciones del tracto respiratorio), Corinebacterium (bacilo causante de la difteria), *Mycobacterium* (es el único género de la familia de las bacterias *Mycobacteriaceae* que pueden causar enfermedades graves incluyendo

tuberculosis), Escherichia coli, Salmonellas, Pseudomonas, Estafilococcus y Estreptococos (puede producir neumonía, amigdalitis, meningitis).

Es importante considerar que, en general, las infecciones virales sólo causan una neumonía intersticial leve, transitoria y raramente grave o letal. Sin embargo la colonización bacteriana requiere de tratamiento con antibióticos para restablecer el estado de salud. (Latin Pedia, julio 2008)

En verdad, el tratarse a tiempo puede reducir el riesgo de diseminar los gérmenes infecciosos, pero la separación física es probablemente la medida más importante para reducir la propagación de las enfermedades respiratorias cuando éstas son agudas, en especial cuando el paciente está en un ambiente hospitalario.

El aislamiento es la separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de personas, que debe ser colocado en una habitación y en condiciones adecuadas con la finalidad de evitar el contagio.

Para ello se emplea una técnica de barrera que consiste en limitar los microorganismos a un área determinada (habitación o unidad del paciente) y en el cual todo el equipo que se encuentre dentro de esa área se considera contaminado.

En este contexto, con el fin de evitar la propagación de microorganismos patógenos de personas enfermas a personas sanas y en especial al personal de salud, se enuncian a continuación los siguientes tipos de aislamientos.

- a. **Aislamiento estricto.** Se utiliza para impedir la transmisión de infecciones fuertemente contagiosas, las cuales se pueden contagiar por medio del contacto físico con el paciente que padezca dicha infección o bien, a través del aire. (Tipos de Aislamiento, 2013).
- b. **Aislamiento protector o preventivo.** Consiste en proteger a los pacientes seriamente inmunodeprimidos de los microorganismos transportados por otros enfermos, por el personal sanitario, visitas, familiares y los que existen en el medio ambiente. Se prescribe en pacientes con trasplante de médula ósea, neutropénicos con menos de 1000 neutrófilos. (Ibíd, 2013).

- c. **Aislamiento de contacto.** Impide la difusión de colonizaciones o infecciones sumamente transmisibles pero que no requieren un aislamiento estrictamente hablando. Se maneja en enfermedades que se transmiten por contacto cercano o directo con el paciente, como por ejemplo gangrena, heridas abiertas o quemaduras menores al 25% del cuerpo. (Ibíd, 2013).
- d. **Aislamiento entérico.** Se utiliza para evitar infecciones que pueden transmitirse a partir del contacto indirecto o directo con las heces. Este tipo de aislamiento se emplea con pacientes que tengan hepatitis vírica tipo A, amebiasis, cólera o fiebre tifoidea. (Tipos de Aislamiento, 2013).

En estos casos es importante que el paciente, los familiares, personas que puedan tener contacto con él, en especial el personal de salud aplique medidas de precaución.

En el conjunto médico se cuenta con las denominadas precauciones estándar o generales, que deben aplicarse a todos los pacientes, incluso los atendidos en consultas, siempre que se prevea un contacto con:

- ◆ Sangre.
- ◆ Fluidos corporales: orina, heces, secreciones, etc.
- ◆ Piel no intacta y mucosa.

Según la OMS, las precauciones estándares tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas. Son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar como un mínimo, en la atención de todo los pacientes. (OMS, 2007).

El aumento global del uso de las precauciones estándares reduciría los riesgos innecesarios asociados con la atención de salud. La promoción de un *clima de seguridad institucional* ayuda a mejorar la adhesión a medidas recomendadas y por lo tanto a la reducción de los riesgos posteriores. La provisión de personal y suministros adecuados, junto con liderazgo y educación

del personal sanitario, los pacientes y las visitas, es fundamental para un mejor clima de seguridad en los entornos de la atención de salud.

Las precauciones estándares deben ser las precauciones mínimas utilizadas cuando se brinda atención a todos los pacientes, así tenemos:

### **1. Higiene de las manos:**

- ✓ Realice higiene de las manos frotándose o lavándose las manos.
- ✓ Realice el lavado de las manos con agua y jabón si las manos están visiblemente sucias, o si se comprueba o se sospecha firmemente exposición a microorganismos formadores de esporas, o después de usar el baño. De lo contrario, si los recursos lo permitieran, realice el frotado de las manos con una preparación a base de alcohol al 70%.
- ✓ Asegure la disponibilidad de instalaciones para el lavado de las manos con agua corriente limpia.
- ✓ Asegure disponibilidad de productos para higiene de las manos (agua limpia, jabón, toallas limpias descartables, desinfectante para las manos a base de alcohol). Los desinfectantes para las manos a base de alcohol idealmente deben estar disponibles en el lugar de atención.

### **2. Equipo de protección personal (EPP):**

- EVALÚE EL RIESGO de exposición a sustancias corporales o superficies contaminadas ANTES de cualquier actividad de atención de salud. ¡Haga de esto una rutina!
- Seleccione el EPP en base a la evaluación de riesgo:
- ✓ Guantes limpios no estériles.
- ✓ Bata limpia, no estéril, impermeable
- ✓ Máscara y protección ocular o un protector facial.

### **3. Higiene respiratoria y etiqueta de la tos:**

- ✓ Educación de los trabajadores sanitarios, pacientes y visitas.
- ✓ Cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar.
- ✓ Higiene de las manos después del contacto con secreciones respiratorias.

- ✓ Separación espacial de las personas con síntomas respiratorios febriles agudos.

En lo que se refiere a lo específico según el tipo de aislamiento y recomendaciones especiales que observar así:

- **Aislamiento estricto**, ubicar al paciente en habitación individual manteniendo la puerta cerrada. Lavado de manos, uso de mascarilla obligatorio desde antes de entrar a la habitación hasta salir de ella; gafas o lentes si se prevén salpicaduras; guantes y otros según presencia de lesiones cutáneas; mascarilla para paciente siempre al salir de la sala.

También es importante que se cuente con manguito individual del aparato de presión o utilizar paño como barrera cuando la piel no es indemne; desinfectar el fonendoscopio antes y después de su uso con alcohol 70°; antes de salir de la habitación depositar las prendas contaminadas en un contenedor seleccionado para el efecto, excepto la mascarilla que se tirará después de salir. (Enfermería EC, 2012).

- **Aislamiento protector o preventivo**: A los pacientes con este tipo de aislamiento se los ubica en habitación individual en lo posible, si no se cuenta con ello se debe procurar un aislamiento espacial mínimo de un metro de distancia y evitar compartir con pacientes con infección respiratoria.

Es obligatorio el lavado de manos usando jabón antiséptico; usar mascarilla si se acerca a menos de un metro del paciente; guantes ante contacto con el paciente; lentes. También es necesario contar con manguito individual del aparato de presión, desinfectar el fonendoscopio antes y después de su uso; mantener la puerta siempre cerrada; depositar la ropa utilizada en un contenedor para ello cuando se salga de la habitación.

La prescripción y duración de este aislamiento será responsabilidad del médico. (Ibíd, 2012).

- **Aislamiento de contacto**: Se provee de habitación individual si es posible (con lavamanos) o compartir con pacientes de igual diagnóstico.

Es obligatorio el lavado de manos con jabón antiséptico; guantes al contacto con pacientes, apósitos y/o secreciones; lentes conforme precaución estándar; delantal o pechera sólo si se trata de sarna noruega o diarrea por *Clostridium difficile*, se debe considerar en pacientes con lesiones cutáneas extensas.

Además hay que contar con manguito individual del aparato de presión o utilizar paño como barrera cuando la piel no es indemne; desinfección del fonendoscopio antes y después de su uso; abstenerse de tocar con las manos las heridas o lesiones. Todas las personas que entren en contacto directo con el enfermo vestirán bata, mascarilla y guantes según el tipo de lesión. Todo el material para vestirse debe estar preparado en la habitación y antes de salir ser depositada en los contenedores respectivos.

Los pacientes con grandes quemaduras o heridas infectadas con *Staphylococcus aureus* o estreptococo del grupo A que no estén cubiertas o tapadas, requieren aislamiento estricto en habitación individual. (Ibíd, 2012)

→ **Aislamiento entérico** requiere lavado de manos, habitación individual se aconseja que tenga lavabo; la bata es obligatoria para la persona que entre en contacto directo con el paciente; se ha de usar guantes cuando se manipule material contaminado. Las prendas de vestir como guantes y batas deben estar listas dentro de la habitación, antes de salir de ella, se debe depositar la vestimenta en un contenedor amarillo, excepto la mascarilla que se la retirará una vez fuera. (Enfermería EC, 2012).

Haciendo referencia a las enfermedades respiratorias más recurrentes (neumonía, influenza, tuberculosis pulmonar, bronquitis) en Ecuador, el tipo de aislamiento que debe ser utilizado es el de gotitas, y de contacto, facilitando a los pacientes que padezcan de cualquiera de estas patologías en la medida de lo posible una habitación individual, pero dado el caso se ubicará en habitaciones compartidas siempre y cuando sean diagnosticados de la misma patología. El personal sanitario que esté en contacto con estos pacientes deberá seguir las medidas de precaución estándar y en el caso necesario utilizar

guantes y finalmente al salir de la habitación deberán colocar los insumos y materiales en los recipientes dispuestos para ello.

## 2.2. LA SALUD COMO DERECHO.

Según la OMS, ha definido a la salud desde varios aspectos importantes para el desarrollo del ser humano, así lo explica el Dr. Risolia en un artículo publicado en Septiembre del 2011.

**Salud física:** En la esfera física el organismo sano es capaz de “alostasis”, es decir mantener la homeostasis fisiológica a través de circunstancias cambiantes. Frente al estrés fisiológico, el organismo sano puede organizar una respuesta protectora para reducir la posibilidad de daño y restablecer el equilibrio (adaptación). Si esta estrategia de enfrentamiento fisiológica no tiene éxito el daño (o “carga alostática”) continúa y finalmente se puede producir la enfermedad.

**Salud mental:** En la esfera mental Antonovsky menciona el “sentido de coherencia” como el factor que contribuye a la capacidad de enfrentamiento, de recuperación de un fuerte estrés psicológico y de prevención de los trastornos por estrés post-traumático. El sentido de coherencia comprende las facultades subjetivas que intensifican la comprensibilidad, manejabilidad y significatividad de una situación difícil. El fortalecimiento de la capacidad de adaptación y autogestión a menudo mejora la sensación subjetiva de bienestar y puede producir una interacción positiva entre mente y cuerpo – por ejemplo, pacientes con síndrome de fatiga crónica tratados con terapia cognitiva conductual comunicaron efectos positivos sobre sus síntomas y bienestar. Esto se acompañó por el aumento de volumen de la sustancia gris en el cerebro, aunque aún no hay una explicación clara para esta asociación.

**Salud social:** Se pueden identificar varias dimensiones de la salud en la esfera social, como la capacidad de las personas de cumplir con sus obligaciones, de gestionar su vida con cierto grado de independencia a pesar de padecer alguna enfermedad y de participar en actividades sociales, incluido el

trabajo. La salud en esta esfera se puede considerar como un equilibrio dinámico entre las oportunidades y las limitaciones, afectado por condiciones externas, como los desafíos sociales y ambientales. Al adaptarse a una enfermedad, las personas pueden trabajar y participar en actividades sociales y sentirse sanas a pesar de sus limitaciones. Esto se demuestra en evaluaciones del programa de Stanford de autogestión de la enfermedad crónica: pacientes con enfermedades crónicas, muy controlados, que aprendieron a manejar mejor su vida y a enfrentar su enfermedad, comunicaron mejor percepción subjetiva de su salud, menos malestar, menos cansancio, más energía y menor percepción de sus incapacidades y limitaciones en las actividades sociales después de su adiestramiento. Asimismo, los costos de su atención sanitaria disminuyeron. Si las personas pueden desarrollar estrategias de enfrentamiento exitosas (en relación a su edad) la alteración del funcionamiento no cambiará la percepción subjetiva de su calidad de vida, fenómeno que se conoce como la paradoja de la discapacidad.

Es por ello que la Comunidad Internacional ha distinguido como un bien jurídico autónomo, es decir, que merece una protección independiente de la que posibilita la protección indirecta a través de otros derechos. Ejemplo claro es el siguiente, cuando se declara que “uno de los derechos de todo ser humano, es el gozar al máximo y como sea posible de la salud, que incluye el acceso a una atención sanitaria, oportuna y de calidad”. (OMS, Derecho a la Salud, 2012). Siendo los Estados los responsables de garantizar que este derecho se cumpla a cabalidad proveyendo de los recursos necesarios.

El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo, como se evidencia a continuación.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el párrafo 1, del Artículo 25 plantea que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

La Constitución Política del Ecuador en su título II, capítulo segundo Derechos del Buen Vivir, sección séptima La Salud: Art. 32.- establece que, la

salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución República del Ecuador, 2008).

Deduciendo que, el Derecho a la Salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Se enuncia a continuación cuatro elementos esenciales cuya aplicación depende de las condiciones que tiene cada Estado: (OMS. 2012).

- a. **Disponibilidad**, que se refiere a contar con suficientes centros para asegurar la cobertura en adecuadas condiciones sanitarias, personal de salud suficiente en número y correctamente capacitados, medicamentos esenciales y ubicados a distancias razonables, así como de programas de salud.
- b. **Accesibilidad**, que toda persona con problemas de salud sea atendida de manera oportuna, aceptable, asequible, de calidad satisfactoria, en otros términos, brindar atención sin discriminación.

*La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:*

- no discriminación;
- accesibilidad física;
- accesibilidad económica (asequibilidad);

- o acceso a la información.
- c. **Aceptabilidad**, tener ética médica y respetar la individualidad e intimidad de la gente, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.
- d. **Calidad**, ser de buena calidad y apropiada desde el punto médico científico.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

- a. **Respetar**. Significa simplemente no ingerir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).
- b. **Proteger**. Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales).
- c. **Cumplir**. Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas).

Sin embargo, de ser considerada como derecho humano universal ésta no está al alcance de toda la población en la mayor parte del planeta, principalmente de los países empobrecidos en los que la enfermedad o la falta de salud implica a menudo la pérdida del puesto de trabajo, el hecho de tener que hipotecar los escasos recursos disponibles para pagar a los médicos y los tratamientos y quedar condenado a la marginación por un problema de salud que limita o inhabilita las capacidades laborales y sociales.

Se denota entonces que la falta de salud es una causa y consecuencia inevitable de la pobreza: la falta de acceso a los sistemas sanitarios perpetúan la situación de dificultad de millones de personas en los países empobrecidos.

Las estadísticas determinan que, 150 millones de personas a nivel mundial, se encuentran cada año en situaciones financieras desfavorables, mientras que 100 millones de personas se ven obligadas a vivir bajo situaciones de pobreza a consecuencia de gastos por salud. (OMS, Derecho a la Salud, 2012).

La salud es un privilegio que todas personas deberían disfrutar y tener al alcance, cuando un acontecimiento desfavorable se presente, con el fin de combatir el problema y seguir gozando de la salud y vida que les permita desarrollarse como personas y como seres humanos dentro de esta sociedad.

Entonces, la universalidad del derecho a la salud requiere de un enfoque de equidad. Las desigualdades injustamente producidas, hay que disminuirlas, erradicarlas con políticas que se expresen en oportunidades equitativas de acceso a servicios de salud y en una efectiva materialización de mejores condiciones de vida y salud para la población. Ello implica dar respuestas diferentes a necesidades diferentes y enfrentar las inequidades existentes para el acceso a la salud.

En virtud de lo que precede, los gobiernos de cada país deben crear las condiciones que históricamente creadas por razones de género, etnia, clase social, territorio social y ciclo de vida, permitan que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible, es decir organizar, financiar y desarrollar estrategias que consientan cumplir con el derecho a la salud, en el que todos los seres humanos tengan la facilidad y oportunidad de ser atendidos en cualquier institución de salud que le brinde seguridad, aceptabilidad, confianza y disponibilidad acorde con su padecimiento.

Ecuador por su parte, a través de su Ministerio de Salud para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud para su población ha puesto en marcha programas tales como:

- Programas de Control de los desórdenes por deficiencia de Yodo (DDI).
- Programa ampliado de Inmunizaciones, PAI.
- Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/SIDA-ITS.
- Encuesta nacional de salud y nutrición.
- Atención integral por ciclos de vida.

- Detección e intervención temprana de los trastornos del desarrollo.
- Detección temprana y escolar de discapacidades auditivas en el Ecuador.
- Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos - día.
- Fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública en el sistema nacional de sangre. (MSP, 2013).

### **2.3. SEGURIDAD DEL PACIENTE.**

Según la teoría de Maslow sobre la motivación de la personalidad, indica que la seguridad constituye una necesidad humana básica, en la que refiere que el primer tramo de su jerarquía de necesidades está integrado por las necesidades de supervivencia (fisiológicas), cuya satisfacción da inmediato lugar a la aparición de una nueva categoría que describe como necesidad de seguridad. Las necesidades de seguridad incluye un conjunto de requerimientos para el bienestar y desarrollo del sujeto: seguridad física, estabilidad, dependencia, protección, libertad de miedo, ansiedad y caos, necesidad de orden, leyes y límites, fortaleza en sus protectores y otras.

Además describe la supervivencia y desarrollo del sujeto humano como un proceso de búsqueda constante de seguridad, y es esa búsqueda la que posibilita el desarrollo subjetivo y social. (Maslow, 1970).

Para Sposati, el concepto de seguridad social se inscribe en el campo de los riesgos y vulnerabilidades sociales y su abordaje organizado incluye la provisión de recursos materiales para fortalecer la autoestima, la autonomía, la inclusión, la participación social y la ciudadanía, lo que posibilita la búsqueda de emancipación de la subjetividad humana. La seguridad social representa el camino hacia la riqueza de derechos gracias a que avanza en paralelo a los medios que completan la supervivencia. (Sposati, 2004).

El informe sobre *Seguridad Humana Ahora*, del año 2003, preparado por la Comisión de Seguridad Humana de la Organización de las Naciones Unidas, establece que la seguridad humana significa proteger las libertades esenciales de las personas: libertad frente a las privaciones, frente al miedo y libertad para actuar en nombre propio.

La seguridad humana consiste en la esencia vital de la vida humana, de tal forma que sean realizadas las libertades y la plena realización del ser humano. Incluye protecciones a las situaciones y amenazas críticas, individuales y colectivas, así como a los procesos que reducen la fortaleza y las aspiraciones del ser humano.

La seguridad humana significa la creación de sistemas políticos, sociales, ambientales, económicos, militares y culturales que permitan la sobrevivencia de la vida y la dignidad humana. (Humanos, 2011).

Por su parte los orígenes de la noción de seguridad de los pacientes están asociados tanto como factores negativos, como el aumento de litigio en casos públicos, la valorización de la calidad de los cuidados y las exigencias en cuanto a los errores profesionales, así como con factores positivos, como los esfuerzos de enfermeras, médicos y gestores por calificar la atención de salud. Todos estos factores convergen en un debate relevante para el desarrollo científico y de políticas públicas. (Vicent, 2009).

La seguridad del paciente ha sido definida como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a la salud. (Cáceres., 2009).

Es así que para la OMS ha ingresado como uno de los temas primordiales a ser abordados, mientras que en todos los sistemas de salud del mundo se maneja con carácter de prioridad.

En la actualidad, la OMS dispone de definiciones claves y de una taxonomía de seguridad de los pacientes que facilita la comprensión de la diversidad de estos problemas, estableciendo un lenguaje común para la información, la investigación, la práctica de la asistencia y la enseñanza.

La OMS define a la seguridad de los pacientes como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (OMS, 2009).

Wachter afirma que la seguridad de los pacientes se define como la ausencia de daños accidentales o prevenibles producidos por la atención de salud. Vincent, por su parte, dice que la seguridad de los pacientes es el acto de evitar, prevenir o mejorar los resultados adversos o lesiones originadas en el proceso de atención médico-hospitalaria. (Wachter, 2010).

En consenso es que la seguridad de los pacientes supone una complejidad en los sistemas de salud que exige la búsqueda permanente de conocimientos y estrategias. La importancia clave del tema radica en que la atención de salud representa la respuesta social organizada de una comunidad a los asuntos de salud, por lo que la seguridad de los pacientes se plantea como condición inherente e ineludible del sistema y su principal compromiso. Esta condición incluye la noción que afirma que los sistemas de salud son sistemas humanos desarrollándose en contextos ambientales y culturales determinados, y por tanto vulnerables y sujetos a los acontecimientos del medio ambiente, así como del comportamiento individual y social.

La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas consigue aportar beneficios importantes en la atención sanitaria pero del mismo modo conlleva a un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos (incidentes que producen daño a un paciente), durante su intervención, representando así una causa de elevada morbilidad y mortalidad. Puesto que puede originar lesiones y daños a los pacientes, con importantes consecuencias para ellos, para el sistema sanitario y para la sociedad.

Se entiende como evento adverso, una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. La gran mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados.

*Se pueden distinguir dos tipos de eventos adversos:*

- Eventos adversos graves (por ejemplo muerte o pérdida defunción)
- Eventos adversos leve (por ejemplo fiebre o prolongación de la estancia).

Los factores etiológicos del error son multifactoriales y complejos, entre ellos constan: error humano, estrés, fatiga, sobredemanda de atención, capacidad de atención, el síndrome de desgaste profesional Burnout (Hernández, C. et al, 2008 – UNAM). A estos la Joint Commission añade los de proceso: fallos de los diferentes pasos del proceso; los de equipamiento: mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia; factores ambientales: ruido, espacio, mobiliario; gestión de la información: comunicación intra y extra equipo; liderazgo: cultura de la organización con respecto a la seguridad; Supervisión adecuada. (M.S.C.I, 2000).

El 50% de los efectos adversos ocurren como resultado de un procedimiento quirúrgico, el resto es consecuencia del uso de medicamentos, errores en las dosis o errores diagnósticos. (Seguridad del paciente hospitalizado, 2008).

La OMS estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. Casi uno de cada 10 pacientes sufre algún daño al recibir atención sanitaria en hospitales bien financiados y tecnológicamente adelantados.

En la región latinoamericana una publicación realizada en los años 2007 a 2009 sobre el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), determinó que se producen eventos adversos en 10,5% de pacientes hospitalizados, de los cuales se podría evitar en un 50% de los casos.

En el Estado de New York, 1984. El 3,7% de los pacientes hospitalizados sufren efectos adversos. El 13,6% fallecerán (98.000 muertes/año). En los Estados de Colorado y Utah, 1992. (Brennan, 1991)

El 2,9% de los pacientes hospitalizados sufren efectos adversos. El 6,6% fallecerán (44.000 muertes/año). La mitad son prevenibles. Muchos de ellos son evitables. (Thomas, 2000).

El Departamento de Salud del Reino Unido, en su reporte del año 2000, “Una organización con memoria”, estimó que ocurren eventos adversos en alrededor de 10% en las admisiones hospitalarias, es decir, cerca de 850,000 al año. (Ruelas, Sarabia, Tovar, 2007).

La OMS considera que este problema en los países en vías de desarrollo, emergentes o en transición económica, merece particular atención. El mal estado de la infraestructura y el equipo, la pobre calidad de los medicamentos, la falta de control de infecciones, el deficiente desempeño del personal con poca motivación o habilidades técnicas insuficientes y los costos de operación hacen que la probabilidad de eventos adversos sea mucho mayor que en países industrializados.

Desde luego, no deben olvidarse las consecuencias económicas que conllevan dichos eventos adversos. Según la OMS, la atención insegura genera gastos médicos y de hospitalización, infecciones nosocomiales, pérdida de ingresos, discapacidad y pleitos que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año.

Uno de los efectos adicionales de dichos eventos adversos es la erosión de la confianza, confidencialidad y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Toda esta información ha conducido a los responsables de los servicios sanitarios, junto con la comunidad científica, a una intensa reflexión acerca de la absoluta necesidad de adoptar medidas eficaces y contrastadas que permitan reducir el creciente número de eventos adversos derivados de la atención sanitaria y sus repercusiones sobre la vida de los pacientes, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones sanitarias y potenciando la investigación sobre esta materia.

La propia Organización Mundial de la Salud, y numerosos organismos internacionales como la OCDE, el Consejo de Europa, la Comisión Europea, y la mayoría de las autoridades sanitarias de muchos países, han apostado por la adopción y puesta en marcha de diversas iniciativas, estrategias y programas tendientes a reducir el impacto de estos efectos adversos. Cabe destacar entre todas ellas el lanzamiento de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en octubre de 2004, con el fin de propagar y acelerar las mejoras efectuadas en lo que se refiere a la seguridad del paciente y la calidad de atención sanitaria a nivel mundial.(OMS, 2004).

Adicionalmente en los años 2005 – 2006 organizaciones internacionales como la OMS y la OPS desarrollaron políticas y estrategias destinadas a la seguridad de los pacientes con las primeras iniciativas: La Seguridad para el paciente en todo el mundo.

Un Reto Global denominado como Control de las Infecciones Asociada a la atención Sanitaria, se presentó con el lema “Una atención limpia salva vidas”, centrándose en la higiene de manos como parte fundamental para evitar dichas infecciones dentro del área hospitalaria.

Prácticas Quirúrgicas Seguras Salvan Vidas es considerada como el Segundo reto Global, en la que proporciona herramientas que permitan reducir las defunciones y complicaciones causadas por las intervenciones quirúrgicas a nivel mundial, para así lograr el apoyo de los profesionales para brindar una atención quirúrgica más segura y que permita realizar un mejor seguimiento del volumen de las intervenciones.

Según resultados de algunos estudios anunciados, la utilización de estas herramientas del reto global de la OMS pueden reducir de manera significativa el número de complicaciones y muertes de pacientes hospitalizados.

Además de campañas con retos globales, la OMS trabaja en la capacitación de los recursos humanos mediante programas como:

- ❖ Formación de líderes en investigación sobre seguridad del paciente.
- ❖ Elaboración de un currículo para la formación de profesionales médicos y profesionales sanitarios.
- ❖ Materiales para talleres de capacitación en Aprendiendo de los Errores.
- ❖ Manual técnico sobre el perfil de riesgo en radioterapia.
- ❖ Materiales para la formación en el control de las infecciones.
- ❖ Manual para la utilización de verificación quirúrgica.
- ❖ Curso introductorio de seguridad del paciente.

Por otro lado, en mayo de 2007, y junto con la Joint Commission International, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, presentó un documento con nueve soluciones obtenidas a través de una revisión de antecedentes, analizando el problema y el impacto de la prevención sobre la base de la

evidencia en las recomendaciones, considerando aspectos como las expectativas, la aplicabilidad, las barreras en la implementación y los riesgos de consecuencias no deliberadas.

***Las nueve soluciones sugeridas son:***

1. Considerar la similitud fonética u ortográfica en los nombres de los medicamentos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Continuidad correcta de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Prevención de los errores en la conexión de catéteres y otros dispositivos.
8. Uso único de los dispositivos de inyección.
9. Mejora de la higiene de las manos para la prevención de infecciones.

En concordancia con los planteamientos señalados, en septiembre de 2007, en una comparecencia ante las Cortes Regionales, el Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha se comprometió a la elaboración de un Plan Estratégico de Seguridad del Paciente cuyos principales objetivos son la mejora de la calidad asistencial, la mejora de los cuidados y la calidad de vida, y el incremento de la eficiencia del sistema sanitario.

Ecuador por su parte, ha incursionado en el estudio de las reacciones adversas a medicamentos por considerarlo relevante desde el punto de vista de la salud pública, para ello, planteó un Proyecto para la detección, evaluación y prevención de reacciones adversas causadas por medicamentos en pacientes hospitalizados en la ciudad de Quito denominado Farmacovigilancia – Quito. (Maldonado, JC. 2007).

En este terreno abonado, a nivel internacional, no sólo las organizaciones se han movilizadas en el desarrollo y la colaboración en la seguridad del paciente,

también se han implicado los agentes directos de la asistencia: los profesionales y los propios pacientes.

De lo anterior se desprende que tanto el personal de salud como el propio paciente con sus familiares y la comunidad en general, deben involucrarse en la búsqueda e implementación de estrategias para desarrollar los procesos de atención sanitaria pertinentes, oportunos y efectivos, que se traduzcan en una atención de calidad.

El procedimiento a tener en cuenta a la hora de empoderarse del rol de cada agente y actor del cuidado al paciente, es: conocer los procesos apropiados para la dolencia o intervención a realizar (estandarización de los procesos); identificar los daños consecuentes de la intervención o negligencia en el desempeño de la función (resultados clínicos, eventos adversos); invertir en aprendizaje es decir, capacitarse o instruirse sobre los procesos y funciones a cumplir dentro de los mismos; evaluar la existencia de una política o programa que regula tanto los procesos como las funciones y responsabilidades de cada agente y actor en el aseguramiento de la atención al enfermo; es trascendental también que se evalúe el conocimiento que posee el profesional de su función, de los procesos y estándares de atención en su Unidad Médica..

Todo ello facultará que se identifiquen las barreras, falencias o errores que dificultan atender correctamente al paciente y en base a los resultados obtenidos ir implementando acciones de mejora o correctivas sobre la marcha para evitar desenlaces fatales. Esta implementación será posible si el ambiente laboral es favorable y el trabajo es en equipo en el que se intercambien experiencia y vivencias siendo una vez quien enseña y otra quien aprende en forma alternativa, se apuesta por el liderazgo en los procesos de atención.

El trabajo cooperativo y el conocimiento pleno de los procesos hará que los eventos adversos sean prevenibles, que si todavía se producen incidentes estos no causen daño o en su defecto sea lo mínimo admisible, que se denote un cambio en las práctica porque hay un incremento en el cumplimiento de las acciones de mejora y sobre todo haya una cultura de la seguridad.

## **2.4. SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.**

Como ya se dijo en acápite anteriores, hablar de seguridad del paciente es abordar el proceso por el cual se le proporciona atención y cuidados seguros, lo que se manifiesta por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos. Del mismo modo, implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarse de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como, buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de eventos adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

En este sentido, se ha llegado a reconocer a la Seguridad del Paciente como el eje de la calidad de un sistema de salud, el cual requiere de:

- Crear un ambiente de seguridad y de manejo de riesgos, que incluya cuando menos:
  - Control de Infecciones
  - Uso seguro de medicamentos
  - Equipamiento seguro
  
- Promover que todos los actores de la salud tengan:
  - Alto nivel de comprensión del problema y sus repercusiones
  - Manejo multidisciplinario del o los problemas
  - Evaluación de los riesgos

Por tanto mejorar la seguridad de los pacientes requiere de todos los involucrados y juntos realizar esfuerzos para lograr estandarizar y sistematizar

los procesos de atención y obtener resultados que se derivan en la calidad del servicio o de atención.

Calidad de atención se define como el conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes.

Brindar atención de calidad implica: atención pronta y digna, comunicación, autonomía, respeto a la confidencialidad, acceso a redes de apoyo social, calidad de las instalaciones y servicios de capacidad de elección. (Ibíd, 2010).

La calidad de la atención al paciente es la resultante de dos fuerzas opuestas, siempre presentes: los beneficios y los riesgos. Ninguna intervención en salud o enfermedad es totalmente infalible; en consecuencia, los grados de calidad dependen del interjuego que tienen en cada circunstancia y de su relación y probabilidad específica.

Ya lo afirmaba Avedis Donabedian: "La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos". Adicionalmente señala dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica y la interpersonal; en la primera establece la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la correlación que se establece entre los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos sin dejar de considerar el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio para ambos casos, (Donabedian, 2011), a estas dimensiones les denomina componentes de la calidad asistencial a los cuales añade un tercero, aspectos de confort, que están determinados todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más placentera.

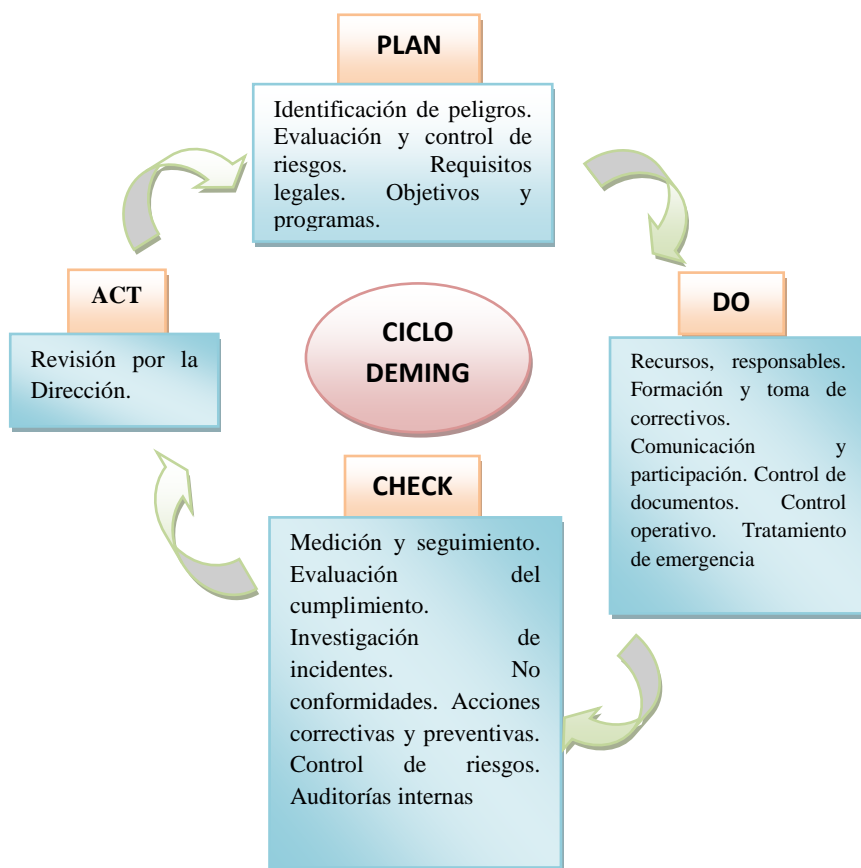
Si bien esa afirmación siempre estuvo presente, en el momento actual la seguridad de los pacientes es un tema de preocupación e interés creciente y se encuentra en el centro del debate público debido a que los errores, eventos adversos o accidentes son causas primordiales de muertes, invalidez, desajustes económicos o juicios contra profesionales e instituciones.

El reto propuesto por Johns Hopkins para beneficiar a sus pacientes dice: "primero, que ningún paciente sufra daños por errores con medicamentos ni infecciones adquiridas en el hospital y, segundo, que el profesional encargado de la atención dedique mayor tiempo al cuidado directo del paciente". (Fernández. B, Nélica Dra. 2004).

Entonces, uno de los principios esenciales de calidad es la prevención y progreso continuo, es decir un proceso dinámico, en el que su objetivo primordial es la detección de disfunciones tan rápido como sea posible una vez que éste suceda, lo que permite representar a la calidad de atención médica a partir del "Ciclo de Deming", de acciones correctivas y preventivas mediante cuatro pasos:

1. Planificar y definir los objetivos a alcanzar y cómo se van a implementar las acciones.
2. Hacer o implementar las acciones correctivas.
3. Verificar y controlar que se logren los objetivo, y
4. Actuar según los resultados en la toma de medidas preventivas.

La interpretación de este ciclo es muy sencilla: cuando se busca obtener algo, lo primero que hay que hacer es planificar cómo conseguirlo, después se procede a realizar las acciones planificadas (hacer), a continuación se comprueba qué tal se ha hecho (verificar) y finalmente se implementan los cambios pertinentes para no volver a incurrir en los mismos errores (actuar). Nuevamente se empieza el ciclo planificando su ejecución pero introduciendo las mejoras provenientes de la experiencia anterior.



Fuente: (Calidad & Gestión, 2012).

**Etapas:**

**PLAN (Planificar):** Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados. Identificación de peligros, evaluación y control de riesgos, requisitos legales, objetivos y programas.

**DO (Hacer):** Implementar los procesos. Asignación de recursos y responsabilidades, formación y toma de conciencia, comunicación y participación, control de documentos, control operativo, tratamiento de emergencias.

**CHECK (Verificar):** Realizar el seguimiento y la medición de los procesos, los objetivos, las metas y los requisitos legales y otros requisitos, e informar sobre los resultados. Medición y seguimiento, evaluación del cumplimiento,

investigación de incidentes, no conformidades, acciones correctivas y preventivas, control de riesgos, auditorías internas.

**ACT (Actuar):** Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño. Revisión por la Dirección. (Calidad & Gestión, 2012)

El compromiso de brindar servicios de salud de calidad, es responsabilidad de todos los integrantes de los equipos de salud, por lo que es indispensable que realicen su labor adecuadamente y acepten el reto de cambiar paradigmas establecidos, que incluyen, un cambio radical en la actitud, comportamiento y capacidades, así como también, asuman el compromiso personal en este cometido.

Deduciendo se dirá que, alcanzar el propósito de establecer una atención segura y de calidad requiere de que en los servicios de primer contacto haya personal de salud competente, serio, preocupado y comprometido por la seguridad, que cuenten con el apoyo necesario para prestar una asistencia segura.

Por consiguiente deben incluir tareas dirigidas a la prevención, detección y mitigación de los eventos adversos cada vez que ocurren, así como al análisis de sus causas, al aprendizaje de los errores y a la difusión de las lecciones aprendidas. Han de poseer un verdadero compromiso y cooperar en la sensibilización, promoción, concertación, y coordinación de acciones que realmente alcancen logros efectivos.

Finalmente han de involucrar al paciente de manera activa en la toma de decisiones sobre su salud brindando información clara con palabras que entiendan sobre indicadores de trato y aspectos relacionados con su tratamiento, ya que tener estos aspectos cubiertos en los pacientes, está íntimamente relacionado, con un mejor cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas por parte de los mismos. (Proyecto Séneca, 2008).

## **2.5. SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LOS ASPECTOS ÉTICO – LEGALES.**

La seguridad de los pacientes se ha convertido en un elemento clave de las políticas sanitarias internacionales, locales y nacionales logrando que su difusión otorgue la posibilidad de discusiones y debates a los diferentes integrantes de los equipos de salud, así como a los propios pacientes. Evidenciándose con mayor presencia, la discusión y reflexión de que la actual práctica del cuidado de la salud exige atención sobre riesgos potenciales, valorizando tanto las conductas de los profesionales como las conductas institucionales, la voz de los pacientes y los avances tecnológicos.

Nadie puede negar entonces, que la seguridad de los pacientes es una prioridad de la salud pública y un exigente ético para los profesionales de la rama, como también es parte de la calidad de un servicio de salud junto con la accesibilidad, la oportunidad, la continuidad y la pertinencia que esto lleve a valorar y observar la importancia del acto de cuidar y satisfacer las necesidades que los usuarios requieren en situaciones de emergencia o ayuda.

Sin embargo, persiste una cuestión que no ha tenido toda la atención que se merece, se refiere a la dimensión ética que hace referencia a las obligaciones morales de los actores y gestores de la prestación de servicios de salud con respecto de la seguridad de los pacientes. Por ello, un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relacionada a la Calidad de la atención y seguridad del paciente, instituye que: “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño”.

En este contexto, ya han sido puestas en marcha distintas iniciativas internacionales dirigidas a garantizar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos inherentes a la calidad y a su mejora. En otras palabras, encaminadas a procurar el acceso a una atención sanitaria segura, ya no como un hecho deseable sino como un derecho básico de los ciudadanos y ciudadanas de todos países.

Entre las actuaciones emprendidas en este sentido, una de las más significativas ha sido la Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes, que emprendió la OMS en 2004 con el objetivo principal de disminuir las consecuencias negativas de los cuidados médicos.

La calidad asistencial y la ética son las bases para considerar la dimensión ética de la garantía de calidad en la atención médica; las consideraciones de hacer el bien, el no hacer daño, el permitir la autoridad de decisión en aquellas situaciones que le afecten más a una persona que a su propio cuerpo y a su propia vida, resultan un imperativo ético.

El cuestionamiento del error en medicina, las fallas en los sistemas y métodos de atención a los usuarios, las lesiones provocadas a los pacientes, es un indicio de que hay reconocimiento general sobre dicha problemática, y su consecuente comprometimiento de los profesionales de salud por mantener y mejorar la seguridad de los pacientes, convirtiéndolos en un estado de beneficio que sea favorable para la humanidad, en otros términos poner en práctica la bioética como el método para establecer criterios de calidad de la atención tanto de la vertiente asistencial, como de la gestión de los centros.

En el ámbito de la bioética coexisten cuatro principios enunciados en 1978, fundamentales para las prácticas de cuidado y atención de la salud, que no son sino la forma de afirmar los derechos de la vida (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia).

Al principio de la *no maleficencia*, se conoce como el principio hipocrático y el más antiguo: lo principal es no dañar, evitar el daño a los pacientes, inhibirse de realizar de forma intencionalmente acciones que puedan causar daño incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades y así entender la obligación de extremar los beneficios y minimizar los posibles riesgos. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Por su parte el principio de *beneficencia* se refiere a cómo prevenir cualquier tipo de daño y minimizar los posibles riesgos. Significa hacer el bien, proteger los derechos de los pacientes, garantizar su bienestar, asegurar que sus valores y creencias sean respetados sin discriminación. El personal de salud tiene la

obligación de actuar en beneficio del paciente, curar el daño y promover su bienestar.

El principio de la *autonomía* es una consecuencia de la libertad individual para deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. El consentimiento voluntario y los intereses del paciente deben ser considerados al momento de tomar decisiones que lo afectan; caso contrario se estaría atentando contra su dignidad. Es decir, debe prevalecer el derecho de las personas a ser tratados como seres autónomos y sujetos de protección.

El principio de la *justicia* es de tipo formal, lo importante de éste, no es que todos deben recibir por igual, sino que cada cual debe tomar de manera proporcionada a lo que se merece y a lo que tiene derecho. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado. (Camfic, 2002)

La puesta en práctica de estos principios, implica que para disminuir los efectos de los errores o falencias en la atención médica se debe, poner en marcha mecanismos que permitan la identificación de errores humanos y fallas en la asistencia médica, desde dos aspectos diferentes, en primer lugar desarrollando políticas que incidan en el carácter preventivo y no punitivo de la identificación de eventos adversos y en segundo lugar a nivel hospitalario mediante el desarrollo de programas de detección de riesgos.

La política de seguridad del paciente, no fomenta la impunidad cuando la acción insegura se deba a negligencia o impericia o hay intención de hacer daño y respeta por lo tanto el marco legal del país. Pero de igual manera procura proteger al profesional que de manera ética y responsable analiza las fallas de la atención y los eventos adversos para desarrollar barreras de seguridad que protejan al paciente. (Ministerio de Protección Social, Colombia, 2008).

Partiendo del hecho, que la seguridad de los pacientes es una prioridad sectorial y de Estado es trascendental que se planteen políticas que se conviertan en líneas de acción específica que deberán ser comunicadas ampliamente a todos los actores involucrados. En su formulación se han de establecer en forma clara sus propósitos: (Colombia.com, 2008).

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente.

Se trata entonces que el paciente tenga una atención basada en el respeto de sus derechos fundamentales, que por ningún motivo se desatiendan sus requerimientos y que de haber controversia en el proceso de recuperación de su salud, se aplique la normativa correspondiente que restablezca su condición.

Los profesionales de salud deben poner de manifiesto sobre todo, la ética profesional y la moral.

## **2.6. SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.**

La seguridad del paciente debido a los resultados adversos que se presentan, hoy por hoy se ha vuelto un reto que requiere gran esfuerzo para identificar qué abordajes son los más seguros, aplicarlos cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores, en el que los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante por estar muy implicados en los procesos y procedimientos que se aplican, por consiguiente su participación debe ser responsable. Entendiéndose que ha de tener una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupe por el bien fundamental de los otros y el suyo propio, y sea capaz de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo.

La intervención de enfermería ha de incluir la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para determinar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal diseñe e implemente prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras, recomendadas por el Centro de Seguridad del Paciente, del Ministerio de la Protección Social de Colombia (2008), que puede utilizar para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- ☼ Acciones dirigidas a garantizar una atención limpia en salud
- ☼ Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos: formas de denominación, presentación, prescripción, dosificación, dispensación.
- ☼ Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- ☼ Programas para evitar las caídas de pacientes
- ☼ Protocolos para la remisión oportuna de pacientes
- ☼ Barreras de seguridad en la utilización de tecnología.

Estas prácticas, tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los pacientes, así como determinar la garantía de la calidad del cuidado.

Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar estos propósitos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente. (CIE, artículo de prensa, 29 de abril de 2002).

En otros términos, para que el personal de enfermería garantice una atención segura, restablecimiento y/o mantenimiento de la salud del paciente a su cargo, es preciso que posea varias competencias fundamentales que fortalezcan, su perfil profesional. Entre otras, según Antón Almerana (1994), enfermería debe poseer las siguientes competencias:

1. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.

2. Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.
3. Capacidad para ajustar su papel con el objeto de responder efectivamente a las necesidades de la población o los pacientes, es decir reformular la esencia del cuidado en torno a la calidad de vida y el bienestar, y por tanto, entender que es en relación a la vida y la salud es como éste se construye y se desarrolla.
4. Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.
5. Capacidad para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud/mala salud, sufrimiento, incapacidad de la persona (valoración y diagnóstico).
6. Capacidad para responder a las necesidades del paciente planificando, prestando servicios y evaluando los programas individualizados más apropiados de atención junto al paciente, sus cuidadores y sus familias y otros trabajadores sanitarios o sociales.
7. Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos
8. Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente, control de infecciones, primeros auxilios básicos y procedimientos de emergencia.

A manera de conclusión, se puede afirmar que la seguridad del paciente implica que el personal de enfermería demuestre responsabilidad legal, ética y moral en el ejercicio, práctica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como autodeterminación y autorregulación con la finalidad de brindar una atención de calidad y con calidez humana.

## **2.7. SEGURIDAD DE PACIENTES EN AISLAMIENTO RESPIRATORIO.**

Es de dominio entre el personal de salud, que la asistencia sanitaria de no tomar las correspondientes precauciones puede provocar efectos adversos, con mayor frecuencia en pacientes hospitalizados. Las condiciones de susceptibilidad de esos enfermos y la intensidad de las actividades en el ámbito hospitalario son las causas principales. Estos pueden darse en cualquiera de las etapas del proceso de atención y es posible distinguir la tríada ecológica causal: huésped, agente y medio.

La primera acción para solucionar este problema es tomar conciencia de que existe y trabajar en el diseño de estrategias de cuidado tendientes a reducir la probabilidad de errores, garantizar una reducción importante de la posibilidad de diseminación de enfermedades transmisibles hacia otros enfermos o al propio equipo de trabajo, una de ellas es el aislamiento.

En los años 70 la Oficina Sanitaria Panamericana publicó el primer compendio sobre aislamientos, indicándose ya una serie de precauciones a adoptar en cada uno de ellos, las enfermedades a las que se debían aplicar, y las condiciones y duración de los mismos. Estos conceptos han ido evolucionando hasta la actualidad, en que se distinguen:

- ◆ Precauciones estándar o generales. Unifican las medidas antes llamadas Universales, más las precauciones de Aislamiento de Sustancias Corporales. Son aplicables a todos los pacientes.
- ◆ Precauciones basadas en la vía de transmisión (por contacto, gotas y aéreas). Su objetivo es proteger a todas las personas del hospital, enfermos, trabajadores o visitantes, de los microorganismos transmisibles eliminados por un paciente determinado. (Hospital Donostia, Octubre 2006)

2.7.1. **Transmisión por contacto:** es el modo más importante y frecuente de transmisión de infecciones nosocomiales. Se divide en dos subgrupos: transmisión por contacto directo y transmisión por contacto indirecto.

- a. La transmisión por *contacto directo* implica contacto entre la superficie corporal de una persona infectada o colonizada con un huésped susceptible (por ejemplo al movilizar un paciente, bañarlo o cualquier actividad que conlleve un contacto personal directo).
- b. La transmisión por *contacto indirecto* supone el contacto de un huésped susceptible con un objeto intermedio contaminado, normalmente inanimado (instrumentos, agujas, vendajes, guantes no cambiados entre pacientes, etc.)

2.7.2. **Transmisión por gotitas:** Las gotitas son generadas por la persona fuente principalmente durante la tos, estornudos, al hablar y al ejecutar determinados procedimientos (aspiraciones, broncoscopias).

La transmisión se produce cuando las gotitas que contienen microorganismos generados por la persona infectada son impulsadas a corta distancia a través del aire y depositadas en la conjuntiva, la mucosa nasal o la boca del huésped.

Dado que las gotitas no permanecen suspendidas en el aire durante mucho tiempo, no se requiere una especial manipulación del aire.

2.7.3. **Transmisión por el aire:** Se tratan de partículas de diámetro inferior o igual a  $5\mu$ . Los microorganismos que se transmiten por esta vía se pueden dispersar a través de corrientes de aire, pudiendo así ser inhalados por un huésped susceptible dentro de la misma habitación o a una distancia más larga desde el paciente fuente (dependiendo de factores medioambientales). Se requiere por tanto una manipulación especial del aire y del sistema de ventilación. (Camfic, 2002).

Entonces, además de las precauciones estándar se tiene en cuenta la vía de transmisión de los mismos. Pueden ser: precauciones de contacto, por gotas y aéreas.

Estas medidas de precaución se resumen en el siguiente cuadro, en el cual se correlaciona el tipo de aislamiento con los diagnósticos, las causas, el cómo se procede, cuándo, en dónde, quién lo determina, las medidas en caso de traslado de los pacientes y quiénes deben dar información sobre los pacientes aislados.

**CUADRO RESUMEN DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE AISLAMIENTO**

AISLAMIENTO	CUÁNDO	QUIÉN	DÓNDE	CÓMO	TRASLADOS	INFORMACIÓN
<b>AÉREO</b>	<p><b>Gotas 5≤μ</b></p> <p>Partículas de polvo suspensión en</p>	<p><b>Médico:</b> orden aislamiento</p> <p><b>Admisión:</b> habitación aislamiento</p> <p><b>Enfermería:</b> aislamiento</p> <p><b>M Preventiva:</b> seguimiento, coordinación y consultas</p> <p><b>M Interna:</b> Tratamiento. Infección</p>	<p>Habitación individual, Puerta cerrada, Prueba Negativa, 6 renovaciones aire/h</p> <p><b>EXCEPCIONAL,</b> dos pacientes juntos misma infección activa</p> <p>En TBC <b>no “juntar”</b> pacientes</p>	<p><b>Mascarilla (alta eficiencia)</b> (ponerla fuera de la habitación), Lavado Manos, Guantes, Bata. Restricción visitas</p> <p><b>Sarampión y Varicela:</b> no entrar los no inmunizados</p>	<p>Los imprescindibles, Mascarilla quirúrgica paciente, Últimos en trasladar para pruebas diagnósticas o tratamiento.</p>	<p>MÉDICO RESPONSABLE, ENFERMERA, M PREVENTIVA y SP</p>
<b>GOTAS</b>	<p>Gotas <b>5≥μ</b>,</p> <p>Contacto estrecho, &lt;1m (toser, estornudar, broncoscopio, aspiraciones, etc.)</p>	<p><b>Médico:</b> orden aislamiento</p> <p><b>Admisión:</b> habitación aislamiento</p> <p><b>Enfermería:</b> aislamiento</p> <p><b>Medicina Preventiva:</b> seguimiento, coordinación y consultas</p> <p><b>Medicina</b></p>	<p>Habitación individual</p> <p><b>EXCEPCIONAL,</b> dos pacientes juntos misma infección activa &gt; 1 m distancia</p> <p>Personas</p>	<p><b>Mascarilla</b> quirúrgica, Lavado Manos, Guantes, Bata, Restricción visitas</p>	<p>Los imprescindibles, Mascarilla quirúrgica paciente, Últimos en trasladar para pruebas diagnósticas o Tratamiento.</p>	<p>MÉDICO RESPONSABLE ENFERMERA M PREVENTIVA y SP</p>

		<b>Interna:</b> Tratamiento. Infección				
<b>POR CONTACTO</b>	Contacto directo con la piel, Objetos Contaminados	<b>Médico:</b> orden aislamiento <b>Admisión:</b> hab. aislamiento <b>Enfermería:</b> aislamiento <b>Medicina Preventiva:</b> seguimiento, coordinación y consultas <b>Medicina Interna:</b> Tratamiento. Infección	Habitación individual <b>EXCEPCIONAL</b> , dos pacientes juntos misma infección activa Ver epidemiología del germen para “juntar” pacientes y situación de cultivos de control de los aislados	<b>Lavado manos</b> antiséptico Guantes Bata Equipo uso individual No tocar superficies contaminadas Juguetes y objetos áreas de Pediatría Restricción visitas	Sólo imprescindibles Bata paciente Tapar bien heridas Últimos en trasladar para pruebas diagnósticas o tratamiento.	MÉDICO RESPONSABLE ENFERMERA M PREVENTIVA y SP

Fuente: (CAMFIC, 2002).

Entre las diferentes variantes de las medidas de aislamiento, se reconoce al aislamiento respiratorio como la suma de recursos dirigidos a evitar la transmisión de enfermedades infecciosas que se adquieren por la vía aérea. (Auxiliar de Enfermería, 2011).

Con este objetivo, se definen algunas premisas que suelen ser supervisadas por el personal de Enfermería, ya mencionadas en acápites anteriores como estándar o generales, sin embargo se recalca que se debe tener siempre presente:

- ♣ Lavado de manos antes y después del contacto con el enfermo.
- ♣ Destrucción de los materiales contaminados con secreciones respiratorias de estos pacientes.
- ♣ Habitación individual para el enfermo, aunque los individuos que comparte el mismo agente causal pueden agruparse en un mismo recinto.
- ♣ Uso obligatorio de mascarilla N95 o barbijo, con preferencia por los de triple capa en caso de infecciones virales.

De las infecciones que requieren aislamiento respiratorio estricto se mencionan las formas graves de enfermedad por *Haemophilus influenzae*, el sarampión, la meningitis meningocócica, la parotiditis urliana, rubeola, la tuberculosis y las neumonías virales graves. (Auxiliar Enfermería, 31 de mayo 2011).

La importancia de contar con un sistema de vigilancia, prevención y control de eventos adversos en pacientes con aislamiento respiratorio constituye un instrumento útil, que necesariamente cuenta con el buen hacer individual y colectivo de todos los profesionales para conseguir el objetivo final de minimizar la transmisión de estas infecciones y consecuentemente la morbimortalidad tanto de pacientes como del personal de salud o personas en contacto con enfermos portadores.

Es necesario, por tanto, que todos los profesionales incluyan en su buena práctica profesional, aquéllas que son esenciales para romper la cadena epidemiológica en la transmisión de gérmenes (con mayor atención a los

multirresistentes), y para manejar y tratar adecuadamente tanto a los pacientes como al entorno hospitalario cuando éstos gérmenes se detectan; en esta tarea existen servicios con particular implicación: Medicina Preventiva y Salud Pública, Microbiología, Medicina Interna (secciones de enfermedades infecciosas), Farmacia, Prevención de Riesgos Laborales, así como Servicios Quirúrgicos.

## **2.8. NORMAS DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON AISLAMIENTO RESPIRATORIO.**

Considerando que el aislamiento respiratorio se lleva a cabo con aquellos pacientes que puedan transmitir enfermedades infecciosas por gota de pflugge, principalmente a través del aire a corta distancia, el personal de salud ha de tomar medidas basadas en la guía para la prevención de infecciones hospitalarias.

El estudio tendrá como referente de comparación el cumplimiento de precauciones estándar y de aislamiento en enfermedades respiratorias, de acuerdo con recomendaciones de instituciones de salud, como el Hospital Carlos Andrade Marín de referencia nacional y la Organización Mundial de la Salud (OMS) de referencia internacional.

Entre los pacientes que ingresan a este servicio se encuentran los que padecen de enfermedades respiratorias, quienes por su patología necesitan de un cuidado personalizado por parte del personal de salud, siendo este manejado con medidas de seguridad y protección en la atención con el fin de evitar infecciones causadas por virus o bacterias ajenas a la inicial que provocaría la complicación del estado de salud e incluso la muerte del paciente o de personas externas que se encuentran en este servicio. Por esta razón el personal de Infectología ha diseñado protocolos de atención principalmente para casos de aislamiento respiratorio, mismo que se transcribe a continuación:

### **2.8.1. Normas de Atención del Hospital Carlos Andrade Marín:**

Tiene por objetivo principal, establecer y normalizar las medidas de control que se deben aplicar en cada caso concreto, para controlar y vigilar la infección/colonización por microorganismos patógenos aerobios, intentando evitar el incremento de casos y si es posible, reducir el nivel actual.

La aplicación de este protocolo corresponde al personal sanitario responsable del paciente durante su hospitalización dentro del servicio de Infectología:

#### **Talento humano:**

Personal de enfermería del servicio de Medicina Interna e Infectología  
Auxiliar de Enfermería, Camillero.

#### **Material a utilizar:**

- Habitación: individual y privada.
- Mascarilla: Sí es necesario.
- Batas pueden ser estériles, desechables.
- Guantes de manejo.
- Gafas de protección.
- Lavabo, jabón, toallas desechables.
- Alcohol antiséptico.
- Recipientes recolectores de basura (accionados por pedal).
- Recipiente de plástico para corto punzante.
- Fundas para desechos comunes e infecciosos (rojas y negras).

**Procedimiento:**

<b>PASOS</b>	<b>FUNDAMENTO CIENTIFICO</b>
<b>HABITACIÓN</b>	Esta debe contar con presión negativa (para no permitir la salida de aire en el momento en que se abre la puerta de la habitación), individual y privada, con filtros de alta eficiencia, y realizarse entre seis a doce recambios de aire por hora. La puerta debe permanecer siempre cerrada para evitar diseminación aérea, si el caso lo requiere como es el caso de la tuberculosis la habitación debe tener una buena iluminación de luz solar ya q el bacilo q causa esta enfermedad es susceptible a los rayos ultravioletas y muere, además debe tener una buena ventilación.
<b>SEÑALIZACIÓN DEL AISLAMIENTO</b>	Letrero colocado a la entrada de la habitación, que indique claramente el aislamiento.
<b>RESTRICCIÓN DE VISITAS</b>	Disminuir el riesgo de contagio. Las visitas deberán acatar sin excepciones las indicaciones del personal de salud a cargo.
<b>LAVADO DE MANOS</b>	Es considerado el procedimiento más importante para reducir la infección hospitalaria. Debe realizarse al inicio del turno, antes y después de todo procedimiento, al estar en contacto directo con la piel del paciente, con sangre, secreciones o líquidos corporales o con elementos contaminados y después de quitarse los guantes. Debe realizarse con agua, jabón, y colocar alcohol antiséptico en gel al final.
<b>BATAS DESECHABLES</b>	Se deben usar solamente si hay riesgo de salpicadura con secreciones del paciente, tales como sangre u otros fluidos corporales, tiempo máximo de duración de 12 a 24 horas en este tipo de aislamiento siempre y cuando no este manchada por secreciones .
<b>MASCARILLA</b>	Obligatoria para personal de salud y visitas; debe ser de alta eficiencia, al entrar a la habitación:

	<p>son mascarillas categoría N (N95) con 95% de eficiencia en la filtración, recomendadas por los CDC y el Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH) de los Estados Unidos de América no existe un tiempo definido de duración de este tipo de mascarilla ya que existen varias parámetros para cambiarla como son la frecuencia del uso, la intensidad de las exposiciones a la contaminación, las prácticas utilizadas para evitar la contaminación y la variedad de materiales utilizados para su fabricación.</p> <p>Deben ser utilizados en la realización de procedimientos que generan salpicadura o aerosoles como aspiración de secreciones, fisioterapia respiratoria o grandes superficies cutáneas afectadas de líquidos o secreciones corporales en ojos, piel y/o mucosas. Éstos deben cubrir ojos, nariz y boca. cuando exista un manejo adecuado de la misma como son; no maltratarla, si se mancha con fluidos corporales de un paciente desechar inmediatamente, no dejar en la habitación del paciente, etc.</p>
<b>GUANTES DE MANEJO</b>	Deben ser de Látex, y adaptados al tamaño de la mano de cada personal sanitario; se utilizaran siempre que se deba tomar contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones, o con superficie de la habitación, piel no intacta del enfermo, y membranas mucosas del mismo.
<b>TRANSPORTE LIMITADO DEL PACIENTE</b>	En caso estrictamente necesario, colocarle una mascarilla de alta eficiencia (particulada) al paciente.
<b>LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LA HABITACION</b>	Según protocolos de desinfección de habitaciones y estaciones de trabajo del Hospital.
<b>MANEJO DE DESECHOS</b>	De acuerdo a Normas Institucionales

**TIEMPO MINIMO QUE DEBE MANTENERSE EL AISLAMIENTO  
RESPIRATORIO**

Patología	Material Infectante	Tiempo de Aislamiento
<b>Cuadro clínico de brotes vesículo/máculopapular con coriza y fiebre</b>		
Sarampión	Secreción nasofaríngea	Hasta seis días después de iniciado el tratamiento y aparecido el brote cutáneo
Varicela	Secreción respiratoria y lesiones dérmicas	Hasta cuando todas las lesiones tengan costra
Herpes Zóster	Secreción salivar o vesiculopapular	Hasta 24 horas después de terminada la terapia medicamentosa y las lesiones tengan costra
Tuberculosis pulmonar activa y laríngea	Secreción nasofaríngea	Tres semanas después de haber iniciado el tratamiento antimicrobiano
Pacientes VIH positivos con cuadro de fiebre e infiltrado pulmonar	Secreción nasofaríngea	Hasta cuando se descarte tuberculosis
Tos ferina	Secreción nasofaríngea	Secreción nasofaríngea cinco días después de iniciada la antibioticoterapia

Fuente: Protocolos para Atención de Pacientes en el Servicio de Infectología del HCAM.

En las medidas de prevención que se presentan con mayor relevancia dentro de los protocolos de atención a pacientes con aislamiento respiratorio del HCAM tenemos:

- a. **Lavado de manos:** Es el procedimiento fundamental a utilizarse en el trabajo diario de los profesionales de la salud, para evitar así la propagación de enfermedades e infecciones nosocomiales dentro de un hospital o entidad sanitaria. El proceso debe ser minucioso y de forma responsable a la entrada y salida de la institución de salud o durante procedimientos y visitas dentro de la misma.

***Se lo realiza mediante cinco momentos:***

- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de realizar cualquier procedimiento aséptico.
- Después del contacto con fluidos corporales.
- Después de tocar al paciente.

- Después del contacto con cualquier material u objetos del paciente.

**Pasos a seguir:** humedecer las manos con agua, aplicar suficiente jabón para cubrir toda la superficie de la mano, frotar las manos palma contra palma, frotar la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

Dorso de los dedos con la palma de la mano contraria. Dedo pulgar de la mano izquierda “envuelto” en la palma de la mano derecha, frotando circularmente; y viceversa.

Punta de los dedos de la mano derecha en la palma de la mano izquierda, frotando circularmente en ambos sentidos, y viceversa.

Enjuagar las manos con agua, secarlas con cuidado con una toalla de papel desechable. Usar la toalla para cerrar el grifo de agua.

**b. Habitación individual:** se recomienda la utilización de una habitación por paciente, sin embargo en casos necesarios se puede compartir la habitación siempre y cuando el otro paciente tenga la misma patología o germen. La puerta debe permanecer cerrada.

**c. Mascarilla:** Se debe colocar antes de entrar a la habitación y la utilizará toda persona que esté en contacto con dicho paciente.

Es necesario su uso durante los procedimientos y actividades del cuidado del paciente que puedan generar salpicaduras o nebulizaciones de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones.

- ✓ La mascarilla se debe colocar bien ajustada a la superficie facial, cubriendo completamente nariz y boca, para proteger las membranas mucosas.
- ✓ La mascarilla quirúrgica se debe usar para protegerse frente a la diseminación de partículas transmitidas en un contacto estrecho y que,

generalmente, sólo viajan distancias menores a un metro (transmisión por gotas).

- ✓ La mascarilla de alta eficacia se utilizará únicamente en situaciones concretas que la requieran.

**d. Uso de guantes:** Pueden utilizarse guantes de manejo, limpios, no necesariamente estéril.

***Cambiarlos:***

- ✓ Después del contacto con los pacientes, entre paciente y paciente, fluidos corporales y material contaminado.
- ✓ Entre procedimientos con el mismo paciente después de trabajar con material que pueda contener alta concentración de microorganismos.
- ✓ Antes de tocar membranas mucosas y piel no integra.
- ✓ Quitar los guantes rápidamente después de utilizarlos, y lavar las manos antes de tocar materiales o superficies y antes de atender a otro paciente.

**e. Tarjeta de aislamiento:** Debe colocarse “Tarjeta de Aislamiento Respiratorio” en la puerta de la habitación y que sea visible para todo el personal que labora en la institución y para las visitas.

**f. Artículos contaminados:** Los artículos que estén contaminados, deben estar separados y estrictamente rotulados, para ser descontaminados. En general los materiales de aislamiento respiratorio no son infectantes, ya que se trata de gérmenes que no son transmisibles por medio de objetos

A continuación se enuncian los protocolos específicos manejados en el servicio de Infectología del Hospital Carlos Andrade Marín, con su respectiva actualización en Enero del 2012.

**HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN**  
**SERVICIO DE INFECTOLOGÍA**  
**PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA**  
**VERSIÓN: 01**  
**12/01/2012**

**PROTOCOLO DE ENFERMERÍA A PACIENTES DE AISLAMIENTO AEREO  
POR CONTACTO**

**Definición:** Se designan a todas las medidas adoptadas para prevenir la transmisión aérea de enfermedades infecciosas que se difunden a través del aire y a corta distancia, y debe ser aplicada a todos los pacientes que son atendidos dentro de los hospitales, indiferentemente de sus diagnósticos, deberán ser tratados de tal manera que se minimice el riesgo de transmisión de cualquier tipo de organismo; desde los pacientes a los trabajadores de la salud, de los trabajadores de la salud a los pacientes y de una paciente a otro paciente. El mecanismo de transmisión se realiza por microgotas que según su tamaño flotan libremente en el aire ambiental o se depositan en el piso o mobiliario con capacidad infectante que puede durar años.

**Objetivo.**

- Proteger a todas las personas del hospital, enfermos, trabajadores o visitantes, de microorganismos transmisibles eliminados por un paciente determinado.

**Material e Insumo:**

- ✓ Todos los utilizados en las medidas estándar.
- ✓ Solución antibacterial.
- ✓ Guantes desechables.
- ✓ Mascarilla.

- ✓ Gafas protectoras.
- ✓ Batas desechables.
- ✓ Habitación individual con puerta cerrada.

### **Procedimiento:**

- **Lavado de manos:** Utilizando los 5 puntos principales (medidas estándar). Estudios clínicos demuestran una relación temporal entre el cumplimiento de la higiene de manos y la disminución del índice de infecciones hospitalaria, ya que la higiene de las manos se puede reducir las infecciones asociadas al cuidado de la salud. La falta de la higiene de las manos se considera la causa líder de la aparición de infecciones hospitalarias y la diseminación de organismos multiresistentes.
- **Uso de guantes:** estos deberán estar limpios, no necesariamente deben ser estériles, especialmente cuando se prevea estar en contacto con sangre, secreciones y/o fluidos corporales, material contaminado, o antes de tocar membranas mucosas o piel no intacta. Se deben quitar los guantes inmediatamente después de realizado el procedimiento y desecharlos.
- **Uso de mascarillas:** es necesario su uso durante los procedimientos y actividades del cuidado del paciente que puedan generar nebulizaciones o salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones (especialmente si el personal va a estar a una distancia menor a un metro del paciente). La mascarilla se debe colocar bien ajustada a la superficie facial cubriendo completamente la nariz y boca para proteger las membranas mucosas.
- **Uso de gafas de protección:** estas se utilizarán en caso de riesgo de nebulizaciones o salpicaduras a los ojos por secreciones o fluidos corporales.
- **Uso de bata:** esta debe ser limpia y no necesariamente estéril; para prevenir la contaminación de la ropa y piel del personal de salud, si existe

riesgo de nebulizaciones y/o salpicaduras de sangre y fluidos corporales, o en caso de que haya heridas de gran extensión o supuración.

### **Consideraciones científicas de enfermería:**

- ❖ El riesgo de transmisión nosocomial puede ser importante, antes de tener un diagnóstico de certeza, por ello las precauciones estándar deben aplicarse con todos los pacientes (incluso con los atendidos en las consultas) siempre que se prevea un contacto con: sangre, fluidos corporales o piel no intacta o mucosas.
- ❖ El lavado de manos es la medida más importante para reducir la transmisión de microorganismos entre una persona y otra en alrededor de un 50%.
- ❖ Los guantes se utilizan en los hospitales por 2 importantes razones: Primero, para proveer una protección de barrera y prevenir la contaminación macroscópica de las manos. Segundo, para reducir la posibilidad que microorganismos presentes en las manos del personal sean transmitidos a los pacientes durante procedimientos invasivos (los guantes son una medida adicional no reemplazan al lavado de manos).
- ❖ Una habitación individual con un baño es útil para prevenir la transmisión de contacto directa e indirecta por agente altamente transmisibles o epidemiológicamente importantes. En habitaciones múltiples, los pacientes infectados deben alojarse con un compañero adecuado. Los pacientes infectados con el mismo microorganismo pueden alojarse juntos si no están infectados por otros microorganismos.
- ❖ Limitar el movimiento de pacientes infectados por microorganismos altamente transmisibles.
- ❖ Mascarillas y visores se usan solos o combinados para proveer protección de barrera. Una mascarilla que cubre la boca y la nariz y visor deben utilizarse para procedimientos en los que es probable que hayan

salpicaduras o aspersión de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones para disminuir el riesgo de transmisión. La mascarilla quirúrgica es útil para proteger frente a gotas grandes que contienen patógenos que se transmiten por contacto estrecho y generalmente viajan a cortas distancias (hasta 1 m). Respecto de la prevención por la vía aérea se han utilizado mascarillas. La mascarilla N95 (categoría N a un 95% de eficiencia) reúne los criterios de calidad para un respirador para tuberculosis, puesto que tiene una malla cargada electrostáticamente y que garantiza un 95% de eficiencia de filtración.

- ❖ Las batas deben utilizarse para prevenir la contaminación de la ropa o proteger la piel del personal de exposiciones a sangre y fluidos orgánicos.
- ❖ No requieren de una normativa en especial. La combinación de agua caliente y detergente es suficiente para disminuir el riesgo de transmisión de cualquier patología.

## **PROTOCOLO DE ATENCIÓN A PACIENTES CON AISLAMIENTO RESPIRATORIO Y DE CONTACTO AH1N1**

**Definición:** La gripe porcina es una enfermedad vírica que ataca a los porcinos pero ocasionalmente transmite a los seres humanos.

La gripe porcina, influenza porcina o gripe de cerdo es una enfermedad infecciosa causada por cualquier *virus* perteneciente a la familia *Orthomyxoviridae*. Estas cepas virales, han sido clasificadas en *Influenza virus C* o en alguno de los subtipos del género *Influenza virus A* (siendo las cepas más conocidas H1N1).

Aunque la gripe porcina no afecta con regularidad a la población humana, existen casos esporádicos de infecciones en personas en diferentes países alrededor del mundo. Estos virus tienen la capacidad de modificar su estructura

para impedir que las defensas de un organismo tengan siempre la misma eficacia, ocasionando que los virus ataquen de nuevo con un mayor efecto nocivo para la salud.

**Diagnóstico de Laboratorio:** Se confirma con la detección de estructuras antígenas del virus (H o N) que se obtienen mediante la muestra de exudado nasofaríngeo o de las secreciones del tracto respiratorio.

*Existen algunas pruebas que se pueden realizar:*

- a. **Prueba rápida:** consiste en la detección de antígenos de los virus Influenza A o B. El tiempo que toma en dar el resultado es de 30 minutos. Esta prueba se utilizará en el Servicio de Urgencia, sirve para excluir la influenza. Es un test de baja sensibilidad.
- b. **Virus Influenza A o B.** Arroja los resultados en un tiempo de 2 a 4 horas., este examen se los realiza en los Laboratorios Izquieta Pérez de Quito.
- c. **Cultivo viral:** virus A y B. Sus resultados están listos en un tiempo de 5 a 10 días.
- d. **PCR tiempo real:** estudio confirmado, detecta las estructuras genómicas de los variantes del virus. Identifica la variante A(H1N1), el tiempo que se toma en dar los resultados es de 1 o 2 días. Este examen se realiza en los Laboratorios Izquieta Pérez en la ciudad de Guayaquil.

**Objetivos:**

- Prevenir las infecciones cruzadas disminuyendo el riesgo de transmisión de microorganismos.
- Ser responsable por la identificación y aplicación de medidas de contención apropiadas para el aislamiento del virus.

- Establecer las condiciones del trabajo esenciales y óptimas acorde con las manipulaciones concretas de esta enfermedad que se efectúan en la enfermería.

### **Material e Insumos:**

- ✓ Agua.
- ✓ Solución de jabón.
- ✓ Mascarilla con filtro N95.
- ✓ Guantes.
- ✓ Delantal desechable.
- ✓ Gafas.
- ✓ Toallas desechables.

### **Procedimiento:**

- Valore el estado clínico del paciente. Verifique el diagnóstico y los factores de riesgo según historia clínica.
- Aliste el equipo necesario según el caso.

*Aislamiento por Aire y Microgotas:* Aplicar precauciones estándar.

- Higiene de manos
- Uso de mascarilla
- Mantenga la puerta cerrada
- Separar los desechos funda roja y funda negra
- Visitas restringidas

### **Consideraciones científicas de enfermería:**

- ❖ La higiene de las manos es un componente principal de las precauciones estándar y uno de los métodos más efectivos para prevenir la transmisión de agentes patógenos asociados con la atención de salud.

- ❖ Un respirador con máscara y filtro N95 o superior, está diseñado para protegerlo de la inhalación de partículas muy pequeñas, (de tamaño superior a 5 micras) que pueden contener virus. Estos tipos de respiradores se ajustan perfectamente al rostro de modo que la mayor parte de aire se inhala a través del material de filtro. Para el óptimo funcionamiento, deben ajustarse de manera especial a cada persona que lo utiliza.
  
- ❖ La bata sirve para proteger la piel y evitar ensuciar la ropa durante actividades que se puedan generar salpicaduras por líquidos o fluidos con sangre, secreciones o excreciones.
  
- ❖ Los guante utilice al manipular sangres, fluidos, secreciones mucosas, piel lesionada, también se considera que debe cambiárselos entre tareas y procedimientos en el mismo paciente después del contacto con material potencialmente infeccioso, quítese estos después del uso, antes de tocar elementos o superficies no contaminadas y antes de ir a otro paciente.
  
- ❖ Trate los desechos contaminados con sangre, fluidos corporales, secreciones como desechos clínicos, en conformidad con los reglamentos locales, en fundas rojas.
  
- ❖ Los tejidos orgánicos y los desechos de laboratorio que están directamente asociados con procesamiento de muestras también tratarse como desechos clínicos.

### **2.8.2. Normas de atención de la Organización Mundial de la Salud:**

*En el día Mundial de la Salud 2011, la OMS desarrolla medidas para mejorar la prevención y control de infecciones:*

***Selección de prácticas de prevención y control de infecciones para prevenir la aparición y propagación de microorganismos resistentes a los antimicrobianos:***

- Higiene de las manos.
- Ubicación de los pacientes.
- Precauciones de barrera.
- Prácticas de asepsia.
- Uso apropiado de antimicrobianos.
- Esterilización y desinfección.
- Higiene ambiental y manejo de residuos.
- Diseño ambiental de establecimientos favorable al empleo de prácticas apropiadas de prevención y control de infecciones.

*En lo que se refiere a prevención para evitar el contagio y propagación de microorganismos en infecciones relacionadas a la gripe porcina, en Abril del 2009 la OMS describe lo siguiente:*

**Prevención y control de infecciones en la atención sanitaria a casos confirmados o sospechosos de gripe porcina por A(H1N1)**

Los datos epidemiológicos han evidenciado que el virus se transmite entre seres humanos y puede originar brotes de la enfermedad en la población, todo lo cual apunta a la posibilidad de una transmisión sostenida entre personas. Los centros de atención sanitaria han de hacer frente ya a la eventualidad de dispensar atención a pacientes infectados por la gripe porcina por A(H1N1). Es esencial que los profesionales sanitarios adopten precauciones contra las infecciones al tratar a pacientes con síntomas gripales, particularmente en áreas afectadas por brotes de gripe porcina A(H1N1), a fin de reducir al mínimo la posibilidad de transmisión, tanto entre ellos mismos como a otros profesionales sanitarios, pacientes o visitantes.

### **Elementos clave de la atención sanitaria:**

- ✓ **Recomendaciones básicas para el control de las infecciones en todos los centros de atención sanitaria.** Precauciones estándar y antigotículas durante la atención a un paciente afectado por una enfermedad respiratoria aguda y febril.
- ✓ **Higiene respiratoria y precauciones al toser.** Los profesionales sanitarios, los pacientes y sus familiares se cubrirán la boca y la nariz con un pañuelo al toser, y limpiarán adecuadamente sus manos a continuación.
- ✓ **Precauciones para controlar la infección o posible infección por el virus de la gripe porcina A(H1N1).** Mantener al paciente en una habitación adecuadamente ventilada. Si no se dispone de habitaciones individuales, instalarlo en una dependencia compartida, manteniendo como mínimo un metro de distancia entre las camas. Imponer las medidas de precaución estándar y antigotículas a todas las personas que accedan a la unidad de aislamiento.
- ✓ **Triage, reconocimiento temprano y notificación de los casos de gripe porcina A(H1N1).** Considerar la posibilidad de gripe porcina A(H1N1) en aquellos pacientes con procesos respiratorios agudos y febriles que hayan estado en una región afectada durante la semana anterior a la aparición de los síntomas, o que hayan estado expuestos a un paciente o animal afectado por ese tipo de gripe.
- ✓ **Precauciones estándar.** Precauciones básicas para reducir al mínimo la exposición directa y sin protección a material sanguíneo, fluidos corporales o secreciones que puedan estar infectados.
- ✓ **Precauciones antigotículas:** Los profesionales sanitarios usarán una mascarilla médica cuando trabajen a menos de un metro del paciente.

- ✓ **Obtención/transporte/manipulación de muestras en los centros de atención sanitaria.** Adoptar las precauciones estándar durante el transporte de las muestras al laboratorio. Los laboratorios de los centros sanitarios observarán unas prácticas de bioseguridad apropiadas.
- ✓ **Recomendaciones a familiares y visitantes.** Familiares y visitantes verán limitada al mínimo esencial su presencia para prestar apoyo al paciente, y deberán adoptar las mismas precauciones que los profesionales sanitarios frente a la infección.
- ✓ **Atención prehospitalaria.** Las precauciones frente a la infección serán similares a las adoptadas en la atención hospitalaria a los casos sospechosos de gripe porcina A(H1N1) (por ejemplo, durante el traslado al hospital).
- ✓ **Salud ocupacional.** Vigilar la salud de los profesionales sanitarios expuestos a pacientes con gripe porcina A(H1N1). Respecto a la profilaxis antiviral, se observarán las medidas establecidas a nivel local. Los trabajadores sanitarios que presenten síntomas deberán permanecer en su domicilio.
- ✓ **Evacuación de desechos.** Todo desecho que pudiera estar contaminado por el virus de la gripe porcina A(H1N1) deberá ser tratado como desecho clínico infeccioso (por ejemplo las mascarillas usadas).
- ✓ **Vajillas y cubiertos.** Lavar siguiendo el procedimiento habitual, con agua y detergente. Utilizar guantes de goma no estériles.
- ✓ **Lavado de ropa de cama y prendas de vestir.** Lavar con arreglo al procedimiento habitual, con agua y detergente; no sacudir la ropa de cama ni las prendas de vestir durante las operaciones previas al lavado. Utilizar guantes de goma no estériles.

- ✓ **Limpieza y desinfección de los recintos.** Lavar regularmente con desinfectante las superficies pisadas y/o frecuentemente tocadas (por ejemplo los pomos de las puertas).
- ✓ **Equipo de atención al paciente.** Utilizar un equipo diferente para cada enfermo con gripe porcina A(H1N1). Si ello no fuera posible, lavar y desinfectar el equipo antes de utilizarlo con otro paciente.
- ✓ **Duración de las precauciones frente a la gripe porcina A(H1N1).** El tiempo que duren los síntomas.
- ✓ **Alta del paciente.** Cuando un afectado por la gripe porcina A(H1N1) reciba el alta médica estando todavía en la fase infecciosa (es decir, mientras estén vigentes las precauciones frente a la infección: véase la Nota 16 supra), se informará a los miembros de la familia sobre las precauciones a adoptar en el hogar.
- ✓ **Prioridades de uso de los equipos de protección personal cuando las existencias sean limitadas.** Las mascarillas médicas/quirúrgicas y la higiene de las manos serán prioritarias durante la atención a todos los pacientes con gripe porcina A(H1N1).
- ✓ **Controles técnicos en los centros de atención sanitaria.** Siempre que sea posible, los pacientes con gripe porcina A(H1N1) serán hospitalizados en habitaciones individuales adecuadamente ventiladas. Los procedimientos que puedan generar aerosoles humanos se practicarán en espacios bien ventilados.

### **Precauciones a adoptar:**

Para el personal que atiende a casos confirmados o sospechosos de gripe porcina por A(H1N1) y para los pacientes con síntomas gripales.

Extremar las precauciones habituales y frente a las gotículas cuando se trabaje en contacto directo con casos confirmados o sospechosos de gripe porcina por A(H1N1). Las medidas más importantes son:

- Utilizar una mascarilla médica o quirúrgica;
- Extremar la higiene de las manos, y disponer de instalaciones y suministros a tal efecto.

Conforme a la precaución estándar, si hubiera riesgo de salpicaduras en la cara:

- Usar algún tipo de protección facial. Para ello, utilizar <sup>1</sup> una mascarilla médica o quirúrgica con visor ocular o gafas de protección, o bien una careta protectora.
- Usar una bata y unos guantes limpios.

**ES IMPORTANTE:** No olvidar la higiene de las manos después de quitarse el equipo de protección personal.

Los procedimientos que generan aerosoles (por ejemplo, aspiración del tracto respiratorio, intubación, reanimación, broncoscopia, autopsias) conllevan un mayor riesgo de transmisión de la infección, por lo que a efectos preventivos conviene utilizar:

- Mascarillas filtrantes (por ejemplo, del tipo FFP2 en la UE, o del tipo N95, certificado por el NIOSH, en Estados Unidos).
- Protección ocular (es decir, anteojos)
- Batas de manga larga, limpias y no estériles.
- Guantes (para algunas de estas actividades los guantes deberán ser estériles).

*En Abril del 2008 el control de Infecciones de la OMS expone medidas de prevención y control de infecciones en enfermedades respiratorias agudas:*

En una era de amenazas por enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes, no se debe subestimar la importancia de las medidas de prevención y control de infección en los entornos de atención de la salud para evitar el incremento de brotes. El modo principal de transmisión de la mayoría de las enfermedades respiratorias agudas (ERA) es a través de las microgotas de un paciente fuente que tose o estornuda. La transmisión también puede ocurrir a través del contacto (incluyendo la contaminación de las manos con secreciones respiratorias seguida de la autoinoculación de la conjuntiva o la mucosa de la nariz o boca) y mediante la propagación de aerosoles respiratorios infecciosos muy pequeños a corta distancia durante los procedimientos que generan aerosoles.

Dado que muchos síntomas de las ERA no son específicos y no siempre se dispone de exámenes diagnósticos rápidos, la etiología a menudo no se conoce de forma inmediata. Por consiguiente, los centros de salud afrontan el reto de brindar atención a los pacientes con ERA de etiología y formas de transmisión conocidas y desconocidas. Es fundamental que los trabajadores de salud usen las precauciones apropiadas para el control de infección cuando se brinda atención a tales pacientes para minimizar la posibilidad de transmisión de esta infección a sí mismos, a otros trabajadores de la salud, a los pacientes y las visitas.

Los elementos más importantes de estas precauciones de control de infección son la protección de la mucosa de la boca y la nariz y la higiene de las manos. Si hay riesgo de salpicaduras o líquidos pulverizables al rostro, también debe estar protegida la mucosa de los ojos (conjuntivas).

Los controles ambientales/de ingeniería, como la ventilación adecuada, la ubicación correcta de los pacientes y la limpieza apropiada del ambiente pueden ayudar a reducir la propagación de algunos agentes patógenos respiratorios durante la atención de la salud.

***Las medidas básicas necesarias al brindar cuidado cercano en forma directa a los pacientes con SRAS son:***

- Higiene de las manos con agua y jabón o un desinfectante para las manos a base de alcohol.
- Mascarilla médica; usar protección facial si hay riesgo de salpicaduras al rostro. Use una máscara médica y visores oculares o gafas de seguridad, o un protector facial.

***Para los pacientes con sospecha de estar infectados con una ERA que también puede transmitirse vía contacto agregue:***

- Bata limpia, no estéril de manga larga.
- guantes limpios que deben cubrir los puños de la bata. Para ciertos procedimientos invasivos (es decir, broncoscopía, intubación, aspiración del tracto respiratorio) se puede requerir que los guantes sean estériles.

***Usar un respirador para partículas en:***

- Procedimientos que generan aerosoles asociados con mayor riesgo de transmisión de infección (por ejemplo, aspiración del tracto respiratorio, intubación, reanimación, broncoscopía, autopsia.
- Todas las interacciones con pacientes con sospecha de estar infectados con una ERA nueva que causa morbilidad y mortalidad elevadas.

*Por su parte en Abril del 2008 el Control de Infecciones de la OMS, menciona algunas recomendaciones para el control de infecciones de la Influenza Aviar:*

1. **Recomendaciones básicas para el control de infección para todos los centros de atención de la salud:** Precauciones Estándares y para

Microgotas cuando se brinda atención a pacientes con enfermedad respiratoria aguda, febril.

2. **Higiene respiratoria/ etiqueta de la tos:** Los trabajadores de salud, pacientes y familiares deben cubrir su boca y nariz con un pañuelo al toser y realizar higiene de las manos después.
3. **Precauciones de aislamiento para casos presuntos y confirmados de IA:** Coloque al paciente en una habitación adecuadamente ventilada. Mantener Precauciones Estándares, de Contacto y para Microgotas para todas las personas que ingresan a la habitación de aislamiento.
4. **Reconocimiento y notificación temprana de casos de IA:** Considerar IA en pacientes con enfermedad respiratoria aguda febril, que han estado en una región afectada por IA en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas y han estado expuestos a aves o a un caso de IA humano.
5. **Medidas adicionales para reducir la transmisión hospitalaria de IA:** Limite la cantidad de trabajadores de salud, familiares, visitas expuestos al paciente con IA.
6. **Recolección/transporte/manejo de muestras dentro de los centros de atención de salud:** Use las Precauciones Estándares, de Contacto y para Microgotas para tomar muestras. Use las Precauciones Estándares para el transporte de muestras al laboratorio. Los laboratorios deben seguir las buenas prácticas de bioseguridad.
7. **Recomendaciones para familiares/visitas:** Los familiares/las visitas deben limitarse a aquellos esenciales para el apoyo del paciente y deben usar las mismas precauciones para el control de infección que los trabajadores de salud.
8. **Traslado de pacientes dentro de los centros de atención de la salud:** El paciente con IA debe usar mascarilla quirúrgica. Los trabajadores de salud que trasladan a los pacientes deben usar batas y guantes.

9. **Atención prehospitalaria:** Precauciones para el control de infección similares a las practicadas durante la atención hospitalaria para todos aquellos involucrados en la atención de pacientes con sospecha de IA.
10. **Eliminación de desechos:** Tratar los desechos que pueden estar contaminados con virus IA como desechos clínicos.
11. **Platos/utensilios para comer:** Lavar con procedimientos de rutina, agua y detergente. Use guantes de goma no estériles.
12. **Ropa blanca y lavandería:** Lavar con procedimientos de rutina, agua y detergente; evitar agitar la ropa blanca/de lavandería al manipular. Use guantes de goma no estériles.
13. **Limpieza y desinfección ambiental:** Limpie regularmente las superficies sucias y/o tocadas con frecuencia.
14. **Equipo para el cuidado de pacientes:** Destinar a los pacientes con IA. De no ser posible, limpie y desinfecte antes de la reutilización en otro paciente.
15. **Duración de las precauciones de control de infección para casos de IA:** Adultos >12 años: 7 días después de resolución de la fiebre Niños <12 años: 21 días después de la aparición de los síntomas.
16. **Alta de pacientes:** Si el paciente de IA todavía es contagioso (es decir, se le dio el alta dentro del período de las precauciones de control de infección por IA: ver punto 15 anterior), dé instrucciones a los familiares sobre las precauciones de control de infección adecuadas en el hogar.
17. **Recomendaciones de salud ocupacional:** Controlar la salud de los trabajadores de salud expuestos a pacientes con IA. La profilaxis antiviral debe seguir la política local. Promover el uso de la vacuna para la influenza estacional.

- 18. Controles administrativos de los centros de atención de la salud:**  
Educación, capacitación y comunicación de riesgos a los trabajadores de la salud sobre la IA. Personal y EPP adecuados.
- 19. Asignación de prioridades del EPP cuando los suministros son limitados:** La protección facial (ojos, nariz y boca) e higiene de las manos son prioritarias.
- 20. Controles de ingeniería de los centros de atención de la salud:**  
Coloque a los pacientes con IA en habitaciones individuales adecuadamente ventiladas. Si no hay habitaciones individuales disponibles, realice cohorte de pacientes en salas, manteniendo una separación de por lo menos 1 metro entre las camas.

## **2.9. MEDIDAS DE SEGURIDAD Y PROTECCION PERSONAL**

Los antecedentes acerca de las medidas para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas datan de siglos; sin embargo, las primeras recomendaciones publicadas sobre aislamiento se dieron en 1877, con la separación de los enfermos con patología infecciosas en ambientes separados. Posteriormente en 1910 surgen las “barreras de enfermería” que establecía un estricto uso de medidas diversas para prevenir la adquisición de infecciones dentro de los hospitales, como el lavado de manos con soluciones antisépticas después del contacto, y desinfección de materiales contaminados. Que a pesar de haberse mantenido a los pacientes en ambientes hospitalarios de múltiples camas la aplicación de estas medidas redujo la ocurrencia de estas infecciones.

En la década de los 60 pocos hospitales en el mundo tenían políticas de aislamiento, así en 1970 se emite las primeras propuestas en este tema publicados por el CDC de Atlanta, EUA; denominado “Manual sobre Técnicas de

Aislamiento” para uso en hospitales, siendo posteriormente modificadas en los 80 con el surgimiento de las “Precauciones con Sangre y Fluidos corporales”.

Ante la pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en 1985 se publica las precauciones universales después de los reportes de contaminación de personal de salud con esta enfermedad. El Sistema de Precauciones Universales fue establecido por el Centro de Control de Enfermedades (C.D.C) de Atlanta, en 1987, a través de un grupo de expertos quienes desarrollaron guías para prevenir la transmisión y control de la infección por VIH y otros patógenos transmisibles por la sangre hacia los trabajadores de salud y a sus pacientes. En este documento se recomendó que todas las Instituciones de Salud adoptaran una política de control de la infección, a la que denominaron precisamente “Precauciones Universales”.

*Entre los riesgos que tienen que afrontar los trabajadores sanitarios se incluyen los siguientes:*

- **Riesgos biológicos**, como infecciones provocadas por heridas de aguja.
- **Riesgos químicos**, como por ejemplo fármacos utilizados para el tratamiento del cáncer, o productos desinfectantes.
- **Riesgos físicos**, como la radiación ionizante.
- **Riesgos ergonómicos**, por ejemplo en el manejo de pacientes.
- **Riesgos psicosociales**, que incluyen la violencia y el trabajo en turnos.

El equipo de protección personal (EPP) es un conjunto de elementos especiales que usted usa para crear una barrera entre usted y los microbios.

- Esta barrera reduce la posibilidad de tocar, exponerse y propagar microbios.
- Los guantes son el tipo más común de equipo de protección personal.

El equipo de protección ayuda a prevenir la propagación de microbios en el hospital. Esto ayuda a proteger a los pacientes y a los trabajadores de la salud de las infecciones.

Todo el personal del hospital, los pacientes y los visitantes deben utilizar el equipo de protección personal al trabajar con sangre u otros líquidos corporales. (Medline Plus, 2012).

### **Tipos de Equipos de Protección Personal.**

- ✓ El uso de **guantes** protege las manos de microbios y ayuda a reducir su propagación.
- ✓ Las **máscaras** cubren la nariz y la boca. Algunas tienen una parte plástica transparente que cubre los ojos.
  - ◆ Una máscara quirúrgica ayuda a detener la propagación de los microbios de la nariz y la boca. También puede evitar que usted inhale algunos microbios.
  - ◆ Una máscara respiratoria especial (respirador) crea un sello hermético alrededor de la nariz y la boca. Se puede necesitar para que usted no inhale pequeños microbios como los de la tuberculosis.
- ✓ La **protección de los ojos** incluye cubiertas para la cara y gafas. Éstas protegen las membranas mucosas en los ojos de la sangre y otros líquidos corporales.
- ✓ La **ropa** incluye batas, delantales, cubiertas para la cabeza y los zapatos.

A menudo se utilizan durante la cirugía para protegerlo a usted y al paciente.

También se utilizan durante la cirugía para protegerlo cuando trabaje con líquidos corporales.

Los visitantes usan batas si están visitando a un paciente que se encuentre en aislamiento.

Es posible que usted necesite un equipo de protección personal especial al manejar algunos fármacos para el cáncer. Este equipo se denomina EPP citotóxico.

Tal vez sea necesario usar una bata con mangas largas y puños elásticos. Esta bata no debe permitir que los líquidos se empapen.

También es posible que necesite usar cubiertas de zapatos, gafas protectoras y guantes especiales. (Medline Plus, 2012).

### **3. HIPOTESIS**

La enfermera y enfermero del servicio de Infectología del Hospital Carlos Andrade Marín, en la atención de pacientes en aislamiento respiratorio cumplen al 100% con las normas básicas de atención para pacientes con aislamiento respiratorio tanto institucionales como de referencia internacional, garantizando así la seguridad y mejoramiento del enfermo.

#### 4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Definición Operacional	Indicador	Escala	Fuente	Técnica	Instrumento
Normas básicas del HCAM.	<p>Conjunto de normas, reglas, procedimientos determinados por el HCAM y que son aplicables de manera ineludible por el personal sanitario al intervenir a pacientes con aislamiento respiratorio.</p> <p>Regulan el funcionamiento</p>	<b>Lavado de manos.</b>	Es el término general que se aplica a cualquier lavado de manos, lavado antiséptico de manos, antiséptico de manos por frotación o antisepsia quirúrgica de manos, que se realiza en los centros sanitarios para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.	% de cumplimiento de la normativa relacionado al lavado de manos.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación

	o del Área de Infectología y el desempeño de su personal sanitario para con una atención eficaz alcanzar la pronta recuperación de éstos pacientes.	<b>Señalización</b>	<p>Técnicamente es el conjunto de estímulos que pretenden condicionar, con la antelación mínima necesaria, la actuación de aquel que los recibe frente a unas circunstancias que se pretende resaltar.</p> <p>Las señales tienen diversos colores, símbolos y formas distintas dependiendo del tipo de señal.</p>	% del cumplimiento de la normativa relacionada a la señalización.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
--	---	---------------------	---	---	---------	----------	-------------	-----------------------

		<b>Habitación</b>	<p>Es un espacio distinguible mediante una estructura. Usualmente está separada de otros espacios interiores por paredes exteriores, normalmente se ingresa por una puerta y se utiliza para el descanso y hospitalización de las personas.</p>	% de cumplimiento de la normativa relacionada a la habitación del paciente.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
--	--	-------------------	---	---	---------	----------	-------------	-----------------------

		<b>Insumos personalizados</b>	<p>Materiales e instrumentos utilizados como parte de la atención de enfermería para control del estado y recuperación del paciente, como: insumos para control de los signos vitales, para limpieza y curación de heridas, para la administración de medicamentos, realizar procedimientos asépticos, insumos de aseo, etc.</p>	<p>% del cumplimiento de la normativa relacionado a insumos personalizados.</p>	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
--	--	-------------------------------	--	---	---------	----------	-------------	-----------------------

		<b>Manejo de desechos</b>	Es la forma de eliminar los desechos hospitalarios mediante la clasificación de los mismos según la necesidad, como: infecciosos, comunes, papel, alta alerta, corto punzantes, etc, ubicándolos en recipientes o fundas de diferentes colores específicas según lo establecido, con el fin de evitar accidentes y cumplir con las normas de seguridad.	% de cumplimiento de la normativa relacionado al manejo de desechos.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
--	--	---------------------------	---	--	---------	----------	-------------	-----------------------

		<b>Educación de visitas</b>	<p>Información difundida por parte del personal de salud a familiares, visitas y personas externas que ingresan al servicio de Infectología del HCAM, se puede realizar de forma escrita ubicada en un lugar accesible y de forma clara para el buen entendimiento por parte de las personas o de forma verbal a la entrada del servicio o de la habitación del paciente.</p>	% de cumplimiento de la normativa relacionada a educación de visitas.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
--	--	-----------------------------	---	---	---------	----------	-------------	-----------------------

		<b>Restricción de visitas</b>	Educación e información necesaria y de importancia para todas las personas externas sobre la precaución y disminución de visitas a pacientes hospitalizados con algún tipo de aislamiento, con el fin de evitar la propagación de microorganismos patógenos que causen infecciones cruzadas o complicaciones de la salud del mismo paciente.	% de cumplimiento de la normativa relacionado con restricción de visitas.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
--	--	-------------------------------	--	---	---------	----------	-------------	-----------------------

		<b>Limpieza de la habitación.</b>	Es la forma y procedimiento realizado para realizar la desinfección sea terminar o parcial de la habitación, donde el paciente permanece durante su etapa de enfermedad, generalmente lo realiza un personal específico de limpieza en el hospital, pero puede ser realizado por el personal auxiliar y de enfermería con el fin de mantener un orden y limpieza en el área de trabajo durante la atención.	% de cumplimiento de la normativa relacionada a la limpieza de la habitación.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
--	--	-----------------------------------	---	---	---------	----------	-------------	-----------------------

Aplicación de las normas del HCAM	Actividad realizada para el cumplimiento adecuado y de forma correcta de las normas de atención utilizadas mediante protocolos escritos y que son de conocimiento general dentro del servicio de Infectología del HCAM.	<b>Lavado de manos</b>		% de la aplicación de la normativa del lavado de manos.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
		<b>Señalización</b>		% de la aplicación de la normativa de señalización del aislamiento.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
		<b>Habitación</b>		% de la aplicación en la distribución de pacientes dentro de la habitación.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación

		<b>Insumos personalizados</b>		% de la aplicación de insumos para cada paciente atendido.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
		<b>Manejo de desechos</b>		% de la aplicación para la eliminación y manejo de desechos.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
		<b>Educación de visitas</b>		% de aplicación para la educación de visitas.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación.
		<b>Restricción de visitas</b>		% de la aplicación para la restricción de visitas.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación

		<b>Limpieza de la habitación</b>		% de la aplicación de la limpieza de la habitación	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación
Condiciones – Medidas de seguridad y protección personal	<p>La Unión Europea por parte del (Consejo de Gobierno de 1989), establece las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para la utilización por los trabajadores en el trabajo de equipos de protección individual.</p> <p>El equipo de protección individual</p>	<b>Uso de mascarilla</b>	<p>Tipo de máscara utilizada por personal sanitario para contener o evitar el contagio de bacterias provenientes de la nariz y la boca. Son también utilizados por personas en espacios públicos ante brotes o epidemias de enfermedades transmitidas por vías respiratorias, o bien cuando el aire de un</p>	% de utilización de mascarillas por el profesional de enfermería	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación

	(EPI) es cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador o trabajadora para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud en el trabajo.		determinado lugar está contaminado.					
		<b>Gafas de protección</b>	Son protectores para los ojos hechos de plástico o de materiales de goma flexible asegurados a la cabeza con una correa de goma flexible o con cuerdas de anteojos regulares. Su utilización evita salpicaduras de fluidos corporales o sustancias tóxicas durante cualquier procedimiento con el paciente.	% de utilización de gafas de protección por el profesional de enfermería	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación

		<b>Uso de guantes de manejo</b>	Instrumento utilizado principalmente por parte del personal de salud, como medida de protección durante un procedimiento que requiera evitar el contacto directo con la piel como fluidos corporales, soluciones, equipos contaminados, desechos, entre otros.	% de la utilización de guantes por el profesional de enfermería.	Nominal	Primaria	Observación	Lista de verificación.
--	--	---------------------------------	--	--	---------	----------	-------------	------------------------

**Elaborado por:** Andrea Proaño.

## **CAPITULO III**

### **DISCUSIÓN Y RESULTADOS**

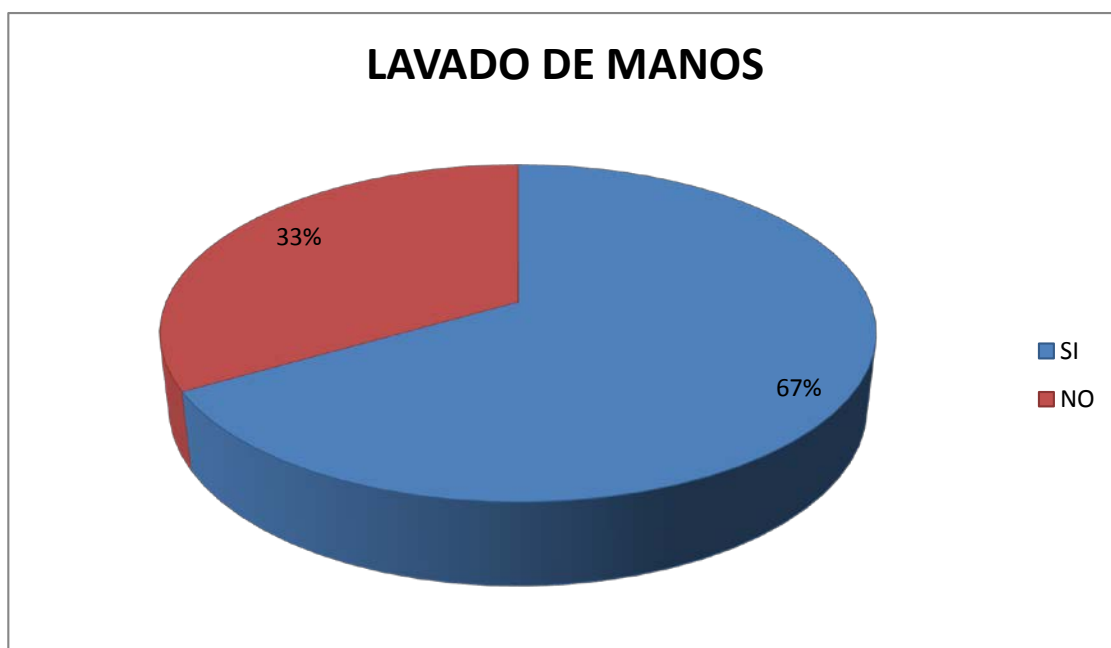
Posterior a la recolección de datos en este estudio se presenta el análisis y los resultados obtenidos mediante el instrumento de investigación, aplicado a 15 profesionales de enfermería del servicio de Infectología del hospital Carlos Andrade Marín de la Quito, a objeto de describir y comprobar el cumplimiento de las normas de atención para pacientes con aislamiento respiratorio.

La población mencionada en el estudio participó en su totalidad durante la observación mediante la lista de verificación, los 15 profesionales de enfermería; equivalente al 100% de los trabajadores del servicio de Infectología del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, con estos preámbulos se hará la presentación de los gráficos de acuerdo al resultado según la población estudiada.

**1.1. ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS BÁSICAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AISLAMIENTO RESPIRATORIO EN EL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN.**

**1.1.1. Análisis de la normativa básica de atención sobre el lavado de manos empleado por los profesionales de enfermería del servicio de Infectología del HCAM.**

**GRÁFICO 1: Lavado de manos realizado por el personal de enfermería en la atención a pacientes con aislamiento respiratorio en el servicio de Infectología del HCAM.**



Fuente: Lista de verificación.  
Elaborado por: Investigadora.

De los 15 (100%) profesionales de enfermería observados durante la atención de pacientes con aislamiento respiratorio, en el lavado de manos, 10 (66,6%) si realizan la técnica adecuada y cumple los momentos del lavado de manos, mientras que 5 (33,3%) lo realizan por cumplir el protocolo.

**GRAFICO 2: Letrero de señalización de aislamiento al ingreso de la habitación de paciente con enfermedades respiratorias del servicio de Infectología del HCAM.**

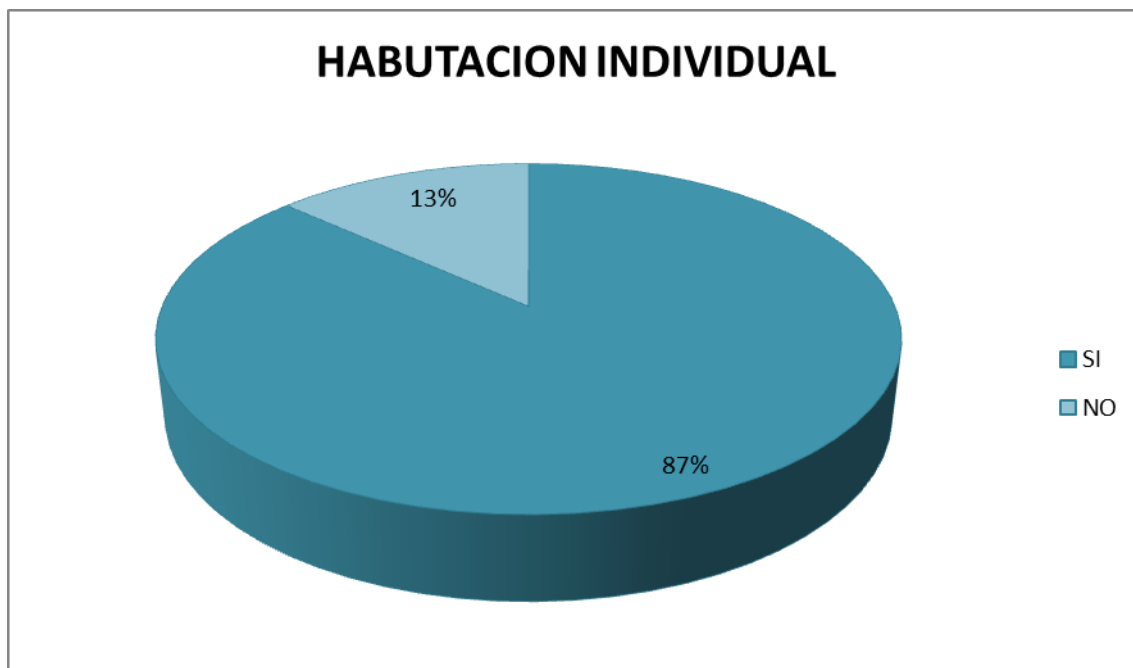


Fuente: lista de verificación.

Elaborado por: Investigadora.

Mediante la lista de observación realizada en el servicio de Infectología durante los turnos de la mañana y tarde se pudo evidenciar que la señalización de aislamiento generalmente ubicado al ingreso de la habitación si se coloca en su totalidad 100% por todos los profesionales de enfermería o a su vez tienen la precaución de revisar y constatar la presencia del mismo.

**GRAFICO 3: Habitación asignada para pacientes con aislamiento respiratorio en el servicio de Infectología del HCAM.**



Fuente: Lista de verificación.

Elaborado por: Investigadora.

Del total de profesionales de enfermería, se pudo evidenciar que el (87%) tienen conocimiento y emplean la utilización de habitaciones individuales para hospitalizar a pacientes con aislamiento respiratorio, mientras el (13%) no da la importancia necesaria por preferir las habitaciones individuales en este tipo de pacientes. Cabe mencionar que en ocasiones se utiliza habitaciones compartidas por la demanda de pacientes, pero siempre y cuando padezcan de la misma patología.

**GRAFICO 4: Utilización de insumos personalizados para la atención de pacientes con aislamiento respiratorio en el servicio de Infectología del HCAM.**

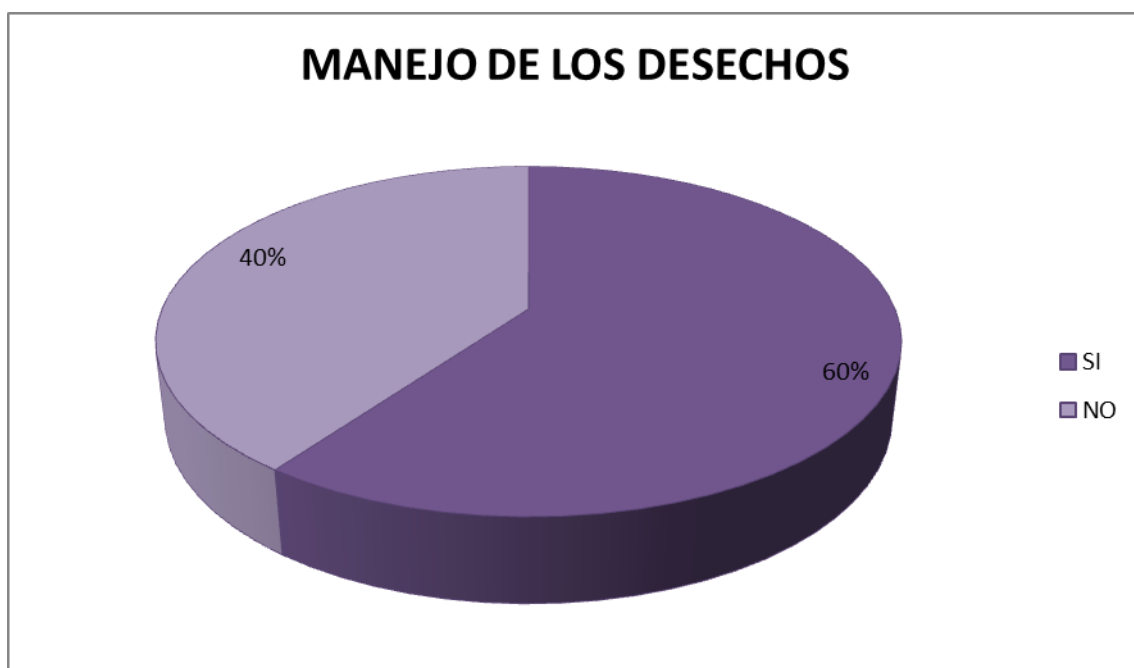


Fuente: Lista de verificación.

Elaborado por: Investigadora.

Para la atención de pacientes con aislamiento respiratorio el personal profesional de enfermería utiliza materiales e insumos personalizados para cada paciente, así se evidencia en un (80%), en lo que se refiere a: termómetro, tensiómetro, jeringuillas, guantes, gasas, algodón, etc, sin embargo un (20%) menciona que no cumple con esta normativa porque los insumos están en mantenimiento, pero que toman las medidas necesarias para la desinfección en cada atención del paciente.

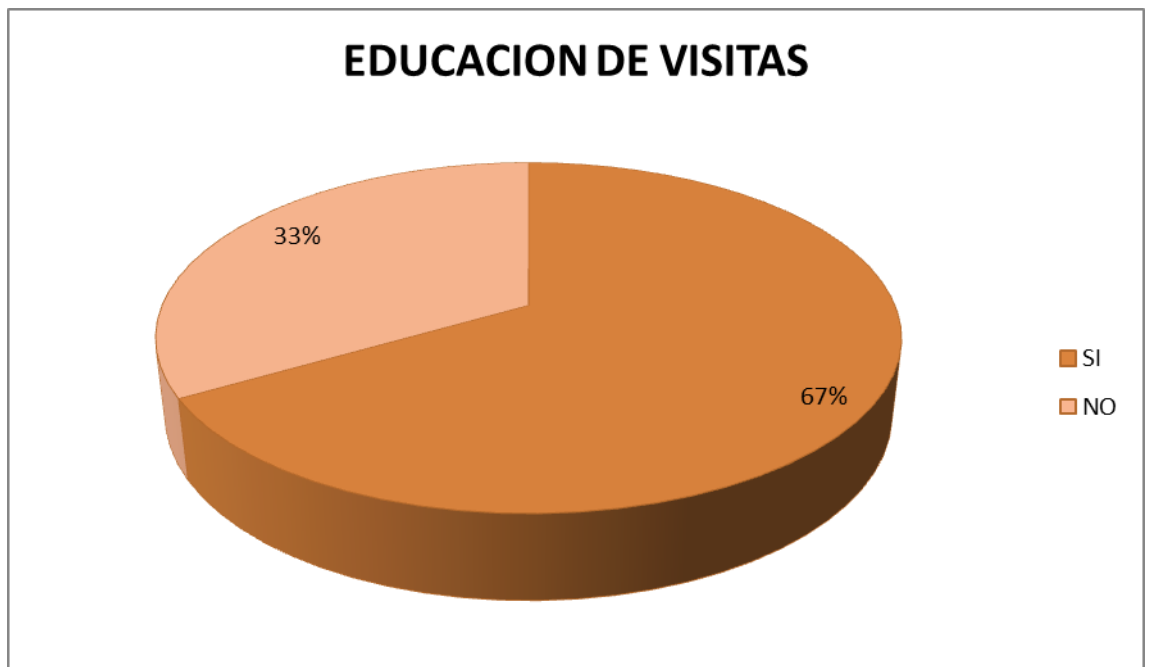
**GRAFICO 5: Manejo de desechos después de la atención a pacientes con aislamiento respiratorio en el servicio de Infectología del HCAM.**



Fuente: lista de verificación.  
Elaborado por: Investigadora.

El manejo y disposición de desechos como es de conocimiento general por parte del personal de salud, requiere de una eliminación especial según normas, para esto se observó que del total de profesionales de enfermería, el (60%) clasifica y elimina de forma adecuada los desechos tomando en cuenta que para esto existe personal especializado, sin embargo se preocupan y garantizan un ambiente limpio y agradable para la estancia del paciente, por su parte el (40%) no presta la importancia necesaria para la eliminación de desechos, pues cree que solo el personal encargado debe realizar ese trabajo.

**GRAFICO 6: Educación de visitas por parte del personal de enfermería a familiares de pacientes con aislamiento respiratorio en el servicio de Infectología del HCAM.**



Fuente: lista de verificación.

Elaborado por: Investigadora.

La educación dada a familiares y personas externas que a menudo visitan el servicio de Infectología es de necesidad ser comunicada por parte de los trabajadores en especial de los profesionales de enfermería, con el fin de evitar la propagación de gérmenes o realizar una mala utilización del aislamiento respiratorio, es así que se observó que la educación dada por parte de los profesionales de enfermería equivale a un (67%), que dedican un tiempo razonable para dar a conocer la forma de aislamiento y porque se toma la misma, pero por su parte un (33%) no pone a consideración la educación como parte fundamental dentro de la recuperación y manejo del paciente aún por la presencia de personas externas.

**GRAFICO 7: Información sobre restricción de visitas para familiares de pacientes con aislamiento respiratorio en el servicio de Infectología del HCAM.**

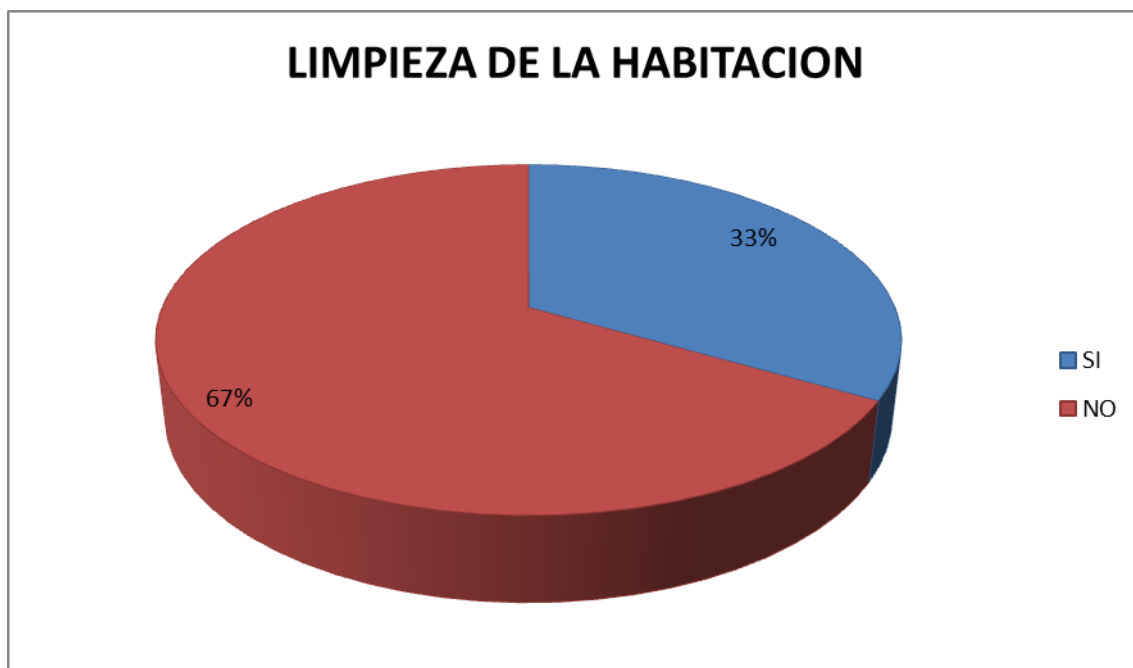


Fuente: lista de verificación.

Elaborado por: Investigadora.

Como medida de prevención y disminución de contagio y propagación de microorganismos e infecciones cruzadas, se ve necesario la restricción de visitas en pacientes con aislamiento respiratorio, es por ellos que el personal de enfermería se encarga de educar e informar a los familiares y personas externas la restricción de su entrada al servicio en este tipo de pacientes, dado esto se pudo observar que un (53%) realiza la educación necesaria a familiares sobre la restricción de visitas, mientras que el (47%) en un porcentaje elevado no toma la precaución de informar a los familiares y refiere que la información está escrita en las carteleras del servicio.

**GRAFICO 8: Responsables y colaboradores encargados de la limpieza diaria de la habitación de pacientes con aislamiento respiratorio en el servicio de Infectología del HCAM**

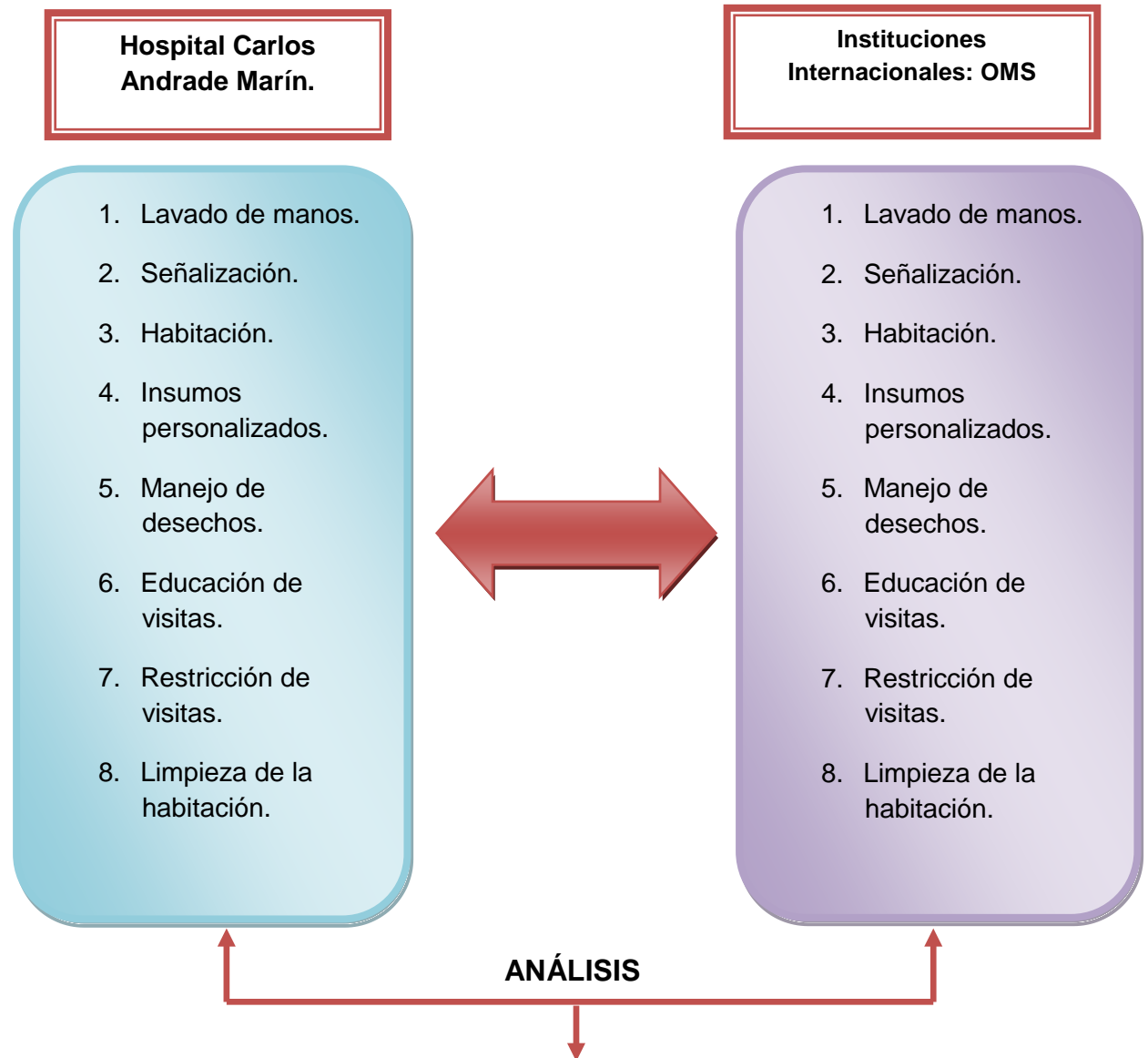


Fuente: lista de verificación.

Elaborado por: Investigadora.

La limpieza y el orden de la habitación hace de este un espacio agradable y tranquilo para la recuperación y descanso del paciente que pasa por una etapa de enfermedad, es por ello que mantener limpio el lugar es indispensable para la salud, a la observación se pudo determinar que el personal profesional de enfermería no presta atención ni se preocupa por la limpieza siendo solo el (33%) quien ayuda a mantener la habitación limpia, mientras el (67%) cree que para la limpieza de la habitación y del servicio en general existe personal de limpieza encargado del buen mantenimiento de este espacio.

## MATRIZ DE COMPARACIÓN DE NORMATIVAS BÁSICAS

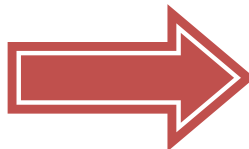


Las normativas básicas de atención para pacientes hospitalizados y que requieran de aislamiento respiratorio, se evidencian tanto en instituciones internacionales como en el HCAM, lo que se puede deducir que en dichos protocolos existió una semejanza y concordancia al momento de estas normativas con el fin de garantizar un cuidado y manejo de calidad a los pacientes por parte del personal de enfermería durante su etapa de enfermedad y así lograr una pronta y adecuada recuperación, sin poner en riesgo la vida de los profesionales de la salud ni del propio paciente.

**NORMATIVAS  
BÁSICAS DEL HCAM**

**APLICACIÓN DEL  
PERSONAL DE  
ENFERMERÍA**

1. Lavado de manos.
2. Señalización.
3. Habitación.
4. Insumos personalizados.
5. Manejo de desechos.
6. Educación de visitas.
7. Restricción de visitas.
8. Limpieza de la habitación.



	SI	NO
1.	10	5
2.	15	
3.	13	2
4.	12	3
5.	9	6
6.	10	5
7.	8	7
8.	5	10

## **ANÁLISIS**

1. El 15 de Octubre de cada año, más de 200 millones de personas y 100 países celebran el día Mundial del Lavado de manos, con el fin de motivar a millones de niños y adultos a tener limpias las manos y evitar la trasmisión de virus y bacterias, que pueden ocasionar la muerte de más de tres millones de niños. A diario mueren 9 mil niños a causa de males diarreicos o respiratorios.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la promoción del jabón es fundamental porque las personas se lavan las manos con agua, pero el uso de ese limpiador en momentos críticos es de menos de 34%. Teniendo el hábito del lavado de manos se podría reducir en 25% las infecciones respiratorias.

Desde sus inicios en 2008, designado el Año Internacional del Saneamiento, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Día Mundial del Lavado de Manos refuerza el llamado a extender mejores prácticas de higiene en todo el mundo. (QUO, México 2012).

Actualmente está comprobado científicamente que más del 80% de las infecciones corrientes se transmiten por las manos.

Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria, para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria es importante el lavado de manos a través de 5 momentos. (OMS, 2012).

Con estos datos estadísticos se puede evidenciar la importancia del lavado de manos y la importancia que deben dar los profesionales de enfermería para el correcto cumplimiento del mismo y así llegar a un porcentaje adecuado que no cause complicaciones de la salud en los pacientes hospitalizados.

2. Las precauciones de aislamiento crean barreras entre las personas y los microbios. Éstas se toman para ayudar a prevenir la propagación de microbios en el hospital.

Cualquiera que visite a un paciente de hospital que tenga una señal de aislamiento por fuera de su puerta debe detenerse en el puesto de enfermería antes de ingresar en la habitación de dicho paciente. Se debe limitar el número de visitantes y el personal que entra en la habitación del paciente. (Medline Plus, 2012).

La señalización de aislamiento es un instrumento utilizado por instituciones de salud, diseñados para brindar mayor información y precaución antes del ingreso a la habitación de cualquier paciente, con la finalidad de promover una atención efectiva y de calidad por parte del personal sanitario, evitando así cualquier tipo de contagio por microorganismos patógenos o la aparición de infecciones cruzadas que causen la complicación de salud del propio paciente o del equipo de salud.

De acuerdo a lo observado los profesionales de enfermería del servicio de Infectología del Hospital Carlos Andrade Marín cumplen al 100% en la colocación de la señalización de aislamiento respiratorio, ubicada a la entrada de la habitación, siendo de gran ayuda para quienes van a ingresar, sea el personal de salud o los propios familiares, así promueven a prácticas seguras de seguridad y protección personal.

3. Las precauciones con base en la transmisión son medidas adicionales a seguir para las enfermedades causadas por ciertos microbios.

Los pacientes deben permanecer en sus habitaciones con la puerta cerrada tanto como sea posible mientras existan estas precauciones. Es posible que necesiten usar una máscara cuando salgan de su habitación por cualquier examen o procedimiento que requiere el abandono de su habitación. De esta manera el paciente debe permanecer en una habitación individual o en un cuarto especial donde el aire se aspira suavemente, es decir, de presión negativa. (Precauciones de aislamiento, 2012).

La ubicación del paciente con aislamiento respiratorio dentro del servicio de Infectología, predomina en la utilización de habitaciones individuales ubicado de acuerdo al criterio de los profesionales de enfermería en un (87%), siempre y cuando la demanda de paciente no obligue a tomar otras medidas previamente aceptadas de acuerdo a la patología.

4. La utilización de insumos personalizados en la atención de pacientes con aislamiento respiratorio impide o disminuye la transmisión de agentes infecciosos por contacto directo de la piel o mucosas del paciente. Para esto es necesario contar con equipos e insumos personales que se colocaran en una mesa lo más cercana a la puerta de entrada y junto al paciente para el control y manejo adecuado del mismo. (Protocolos y medidas de aislamiento).

Es indispensable la desinfección periódica de los equipos utilizados y en circunstancias de no disponer para cada paciente deberán ser desinfectados después del uso con cada uno de ellos.

5. Con el crecimiento de la población y la industrialización, el manejo de los desechos se está convirtiendo en un problema severo alrededor del mundo. Las maneras apropiadas para eliminar los desechos son cruciales para la salud pública y para el medio ambiente. Esto ayuda a mantener un medio ambiente más limpio y reduce las posibilidades de la extensión de enfermedades.

De todos los desechos que generan las actividades de atención sanitaria, aproximadamente un 80% corresponde a desechos comunes. El restante 20% se considera material peligroso que puede ser infeccioso, tóxico o radioactivo.

Se calcula que cada año se administran en el mundo 16 000 millones de inyecciones, pero no todas las agujas y jeringas se eliminan después correctamente.

Los desechos de la atención sanitaria contienen microorganismos que pueden ser dañinos e infectar a pacientes de hospital, al personal sanitario y a la población en general. (OMS, 2011).

En conjunto, los desechos infecciosos y de anatomía patológica constituyen el grueso de los desechos peligrosos, hasta un 15% del total de los desechos resultantes de las actividades de atención sanitaria. Los objetos punzocortantes representan aproximadamente un 1% del total, pero cuando no se gestionan debidamente son uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades. Los productos químicos y farmacéuticos representan cerca de un 3% de los desechos de la atención sanitaria, mientras que los genotóxicos y los que contienen material radioactivo o metales pesados suponen alrededor del 1% del total. (OMS, 2011).

Los países de ingresos elevados generan en promedio hasta 0,5 kg de desechos peligrosos por cama y día, mientras que en los de ingresos bajos el promedio se sitúa en 0,2 kg por cama hospitalaria y día. Sin embargo, en estos últimos países los desechos de la atención sanitaria que son peligrosos no se suelen separar de los no peligrosos, por lo que en realidad la cantidad de desechos peligrosos es mucho mayor.

En lo que respecta a objetos cortos punzantes, la OMS calcula que, en 2000, la aplicación de inyecciones con jeringas contaminadas causó en el mundo 21 millones de infecciones por el virus de la hepatitis B, dos millones por el virus de la hepatitis C y 260 000 por el VIH. Si se hubieran eliminado correctamente las jeringas, se habrían evitado muchas de esas infecciones. La reutilización de jeringas y agujas desechables para aplicar inyecciones es especialmente común en ciertos países africanos, asiáticos y de Europa Central y Oriental.

De acuerdo a lo observado es necesario tomar medidas correctivas en lo que refiere a la eliminación y manejo de residuos dentro del servicio de Infectología ya que su buen manejo equivale solo al 60%.

6. Las visitas en el área hospitalaria, en especial cuando existe algún tipo de aislamiento se deben adoptar medidas de protección indicadas en el cartel de señalización colocado en la puerta de la habitación.

El uso de bata será necesario excepcionalmente (sólo si el familiar va a ayudar en el aseo personal del paciente).

Se informará a las visitas de que deben lavarse las manos antes de salir de la habitación.

La educación ofrecida con el lenguaje claro y en términos sencillos por parte del personal de enfermería antes del ingreso a la habitación dependerá el nivel de cumplimiento de las medidas de protección por parte de los familiares, sin embargo es necesario retomar la educación continua dentro del servicio de Infectología.

7. La presencia de personas externas en áreas hospitalarias a menudo son factores de riesgo de contaminación y complicaciones de patologías por falta de conocimiento o un mal manejo en medidas de higiene, que al tener en contacto directo con los pacientes puede agravar la condición de salud.

A consecuencia de esto el personal médico y de salud recomienda la restricción de visitas o la presencia mínima de familiares durante la estadía hospitalaria del paciente, por ende es función fundamental del profesional de enfermería educar a familiares sobre riesgos y complicaciones que podría desencadenarse por presencia de personas externas en la habitación y más aún cuando no cumplen con las medidas de higiene y protección establecidas.

Según lo observado se puede decir que existe la educación dada por los profesionales de enfermería está bajo el nivel esperado que favorezca el cuidado y pronta recuperación del paciente.

8. La higiene hospitalaria es uno de los aspectos fundamentales en el control de infecciones. El medio ambiente hospitalario cumple un rol importante en la transmisión de enfermedades y se ha podido relacionar, en algunas oportunidades, como causa directa de la infección de los pacientes, y ha sido responsable de grandes brotes epidémicos.

Hoy se considera que todo lo que rodea al paciente debe gozar de una exhaustiva higiene para prevenir infecciones como principio fundamental se tendrá en cuenta que todo lo que se encuentre LIMPIO y SECO no desarrollará gérmenes que puedan provocar infecciones en los pacientes.

*Desinfección diaria:* Es un proceso físico – químico que destruye la mayoría de los microorganismos patógenos y no patógenos, pero rara vez elimina las esporas. Es por eso que antes de realizar cualquier desinfección es necesario evaluar los objetos para determinar el nivel de desinfección que se necesita.

El arreglo y limpieza de la habitación es responsabilidad de todo el equipo de salud y no solo del servicio de limpieza por el compromiso fundamental evitar infecciones cruzadas que pongan en riesgo la salud del paciente.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES:

- ◆ La seguridad del paciente hospitalizado es la medida más necesaria e importante durante la atención sanitaria en cualquier institución de salud, con el fin de lograr una óptima recuperación y brindar una atención de calidad. El aislamiento respiratorio es una medida de seguridad primordial durante la estadía de pacientes hospitalizados, que permite la pronta recuperación y a su vez minimiza la propagación de microorganismos e infecciones cruzadas causadas por un mal manejo en el cuidado de personas que padecen de alguna patología.
  
- ◆ Se encontraron ocho normas básicas de atención a pacientes con aislamiento respiratorio que responden a la normativa escrita en los protocolos del servicio de Infectología del HCAM y recomendaciones de normativas generadas por instituciones internacionales con impacto a nivel de las instituciones de salud como de la OMS.
  - **Norma 1:** lavado de manos es el procedimiento más efectivo para evitar infecciones cruzadas dentro del área de salud.
    - 1.1. En la observación se pudo evidenciar que solamente el 66,6% cumple con la norma del lavado de manos durante la atención de enfermería a pacientes con aislamiento respiratorio.
  
  - **Norma 2:** Señalización: Medio de información visual, que nos permite conocer parte de la situación del paciente hospitalizado.
    - 2.1. Según la observación la señalización se encuentra en un 100% visible a la entrada de cada habitación.

- **Norma 3:** Habitación: Espacio físico adecuado para la estancia de personas dentro de un hospital por padecer de alguna patología.

Cabe recalcar que estos resultados depende del punto de vista de los profesionales de enfermería pero en muchas ocasiones esto no se lleva a cabo por falta de espacio físico y la demanda de pacientes que a menudo se hospitalizan.

- 3.2.** Según la observación el 86,6% de los pacientes se encuentran en habitación individual, por su parte para el 13,3% la disposición y ubicación de los pacientes lo hacen en habitaciones compartidas.

- **Norma 4:** Insumos personalizados: Materiales utilizados en la atención de enfermería para pacientes hospitalizados en el HCAM.

- 4.1.** Según lo observado el 80% de los pacientes cuenta con insumos personalizados, exceptuando los utilizados para la toma de signos vitales, sin embargo el 20% no lo cuenta por deterioro de equipos.

- **Norma 5:** Manejo de desechos: Forma de eliminar desperdicios empleados durante la atención de pacientes.

- 5.1.** Después de la observación se puede concluir que el 60% de los profesionales de enfermería del HCAM, realizan de forma adecuada la eliminación de desechos, pero el 40% de estos no lo hace, quizá por falta de conocimiento o poco interés de la forma correcta de eliminación.

- **Norma 6:** Educación de visitas: información que se facilita a personas externas que visitan a familiares hospitalizados en el área de Infectología.

- 6.1.** Mediante la observación se pudo determinar que el 66,6% de los profesionales realizan educación a visitas que ingresan al servicio y lo ponen a visibilidad de cualquier persona que ingresa,

pero un 33,3% de profesionales no realizan educación sobre visitas.

- **Norma 7:** Restricción de visitas: Es la limitación de acceso de personas externas al servicio de Infectología con el fin de evitar contagio de patología o infecciones.

**7.1.** En la observación se evidenció que un 53,3% de profesionales de enfermería explican recomendaciones para restringir visitas a pacientes con aislamiento respiratorio, pero por su parte el 46,6% no realizan la respectiva educación a visitantes que acuden al servicio.

- **Norma 8:** Limpieza de la habitación: Cuidado y limpieza que se da al espacio físico donde se encuentran hospitalizados pacientes con aislamiento respiratorio.

**8.1.** Mediante la observación se evidenció que el 33,3% de profesionales de enfermería da importancia al cuidado y limpieza de la habitación por acción propia o informando al personal encargado, pero un 66,6% no lo realiza y responde a que el personal responsable sabe sus funciones y debe realizarlas a menudo.

- ◆ La aplicación de las normas es insuficiente el cumplimiento en: la educación e importancia sobre restricción de visitas, ya que solo el 53,3% de profesionales de enfermería cumple con la normativa y en lo que se refiere a la limpieza de la habitación solo el 33,3% dan prioridad para mantener las habitaciones de los pacientes de forma ordenada y limpia.
- ◆ Las normas básicas mencionadas de atención a pacientes con aislamiento respiratorio fueron tomadas y relacionadas de instituciones nacionales como el MSP, el HCAM, de referencia internacional como la OMS, Joint Commission International y su cumplimiento de manera general alcanzan niveles bajo los términos de la encuesta personal y de la observación directa.

- ◆ Si bien el hallazgo por la encuesta refleja un grado de cumplimiento moderado, lo observado en la práctica permite concluir la necesidad de un plan orientado a mayores niveles de seguridad y mejoramiento en la atención de salud.
- ◆ La hipótesis por consiguiente alcanza un cumplimiento intermedio si se privilegian los hallazgos observados por la práctica; particularmente plantea una agenda que requiere atención inmediata para un cumplimiento del 100% de las normas con mayor impacto en la atención directa como: lavado de manos, manejo de desechos y educación del paciente y familiares sobre restricción de visitas.
- ◆ Las normas escritas se encuentran dentro del servicio de Infectología del HCAM, sin embargo el acceso y disponibilidad para la lectura continua y conocimiento por parte de los profesionales de enfermería se encuentra en forma restringida.
- ◆ La gestión clínica es un marco que favorece la mejora continua de calidad y la satisfacción de los usuarios y profesionales de enfermería que laboran en los servicios de salud a través de cambios en la organización, en la tecnología y en la gestión, orientados a fomentar las buenas prácticas asistenciales.

#### **RECOMENDACIONES:**

- ✓ Se recomienda que exista constante actualización del manual de protocolos de atención a pacientes con asilamiento respiratorio en el servicio de Infectología del HCAM, pero con una activa participación del personal que permita una internalización de las políticas, normas,

procesos y procedimientos en cada uno de los profesionales de enfermería.

- ✓ La socialización del marco normativo para el personal de nuevo ingreso y la disponibilidad del mismo, que facilite el acceso a todos los profesionales permitirá su buen cumplimiento. De esto se deriva la presencia de un módulo específico para el tratamiento en los procesos de inducción del personal nuevo y el desarrollo de un plan de capacitación que complemente las competencias de los profesionales de enfermería.
  
- ✓ Desarrollo de una programa de calidad y seguridad del paciente que promueva la presencia de indicadores tales como: infecciones nosocomiales, complicaciones de alargamiento de días de estadía, gasto institucional, impacto a nivel personal y familiar del usuario.
  
- ✓ Una de las estrategias que permitan dinamizar el programa de calidad y seguridad es la implementación de procesos de auditoria interna, al igual que un sistema de registros que de manera periódica que permitan conocer la evolución de indicadores en el tiempo y la toma de acciones correctivas. Permitiendo en último término identificarnos de manera eficiente.
  
- ✓ Generar incentivos que reconozcan un ambiente de sana competencia entre el personal interno y las demás unidades del hospital. Los niveles de conocimiento y experiencia en el manejo de las infecciones respiratorias puede generar un reconocimiento público, publicaciones, participación del personal en eventos internos, nacionales para las buenas prácticas profesionales de enfermería.
  
- ✓ La implementación de un sistema de evaluación que midan la percepción tanto de los usuarios como de los prestadores, permitiendo de manera activa el interés y compromiso por crear una

cultura organizacional orientada en la calidad de atención del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILAR, E. (2007). Diez principales causas de morbilidad por provincias Ecuador. Quito: MSP 2007; (De PDF) <http://www.msp.ec>. 2009-07-16.
2. Auxiliar Enfermería (31 de mayo 2011) El Aislamiento Respiratorio. Disponible en [www.auxiliaresenfermeria.net/2011/05/el-aislamiento-respiratorio.html](http://www.auxiliaresenfermeria.net/2011/05/el-aislamiento-respiratorio.html), 31 de mayo 2011). Consultado 2013-06-14.
3. BARRIENTOS, Tomás (2011). La seguridad en el paciente vista desde la educación médica, segunda década siglo XXI. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011](http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011).
4. BENAVIDEZ, Luis (2005). Normas de seguridad del paciente y calidad de atención. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/cd332e9176a5fd3ce040010164016c75.pdf>.
5. BRENNAN, TA et al. (2000). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study I-II. NEJM 1991;324:370-84.
6. CAMFIC (31-10-2012). Los cuatro principios básicos de Bioética. Recuperado en: [www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/.../cast\\_industria.pdf](http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/.../cast_industria.pdf)
7. Centro de Seguridad del Paciente - OBSERVATORIO DE CALIDAD DE LA DE LA ATENCIÓN EN SALUD., (MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, REPÚBLICA DE COLOMBIA 201.234.78/OCS/PUBLIC/SEG.PACIENTE).COMMETTO, M. (2011).

Enfermería y seguridad de los pacientes, Organización Panamericana de la salud. Washington, DC.

8. CIE (29 de abril 2002) Seguridad del Paciente. Disponible en [http://www.icn.ch/matters\\_ptsafetysp.htm](http://www.icn.ch/matters_ptsafetysp.htm) Clasificación internacional de enfermedades, artículo de prensa.
9. ESTRELLA, R., et al. (2000) Incremento de enfermedades respiratorias en escolares de Quito por contaminación atmosférica de origen vehicular. Proyecto Calidad del Aire - Fundación Natura.
10. FLACSO, MAE, PNUMA. (2008). Geo Ecuador 2008: Informe sobre el Estado del Ambiente. FLACSO, MAE, PNUMA
11. Fifty-fifth Health Assembly. Quality of care: patient safety. Report by the secretariat. WHA 55/13.
12. HERNÁNDEZ, Clara Ivette; María Eloisa Dickinson,1 Miguel Ángel Fernández Ortega. (Enero – febrero 2008), UNAM. Rev Fac Med UNAM Vol. 51 No. 1.
13. HONselect, Fundación – Health On the Net (2010) Enfermedades Respiratorias. Disponible en [www.hon.ch/HONselect/Selection\\_sp/C08.html](http://www.hon.ch/HONselect/Selection_sp/C08.html)
14. HOSPITAL DONOSTIA (octubre 2006) Grupo de estudio de Aislamiento Hospitalario. Disponible en [www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/Medicos/Protocolos/...](http://www.urgenciasdonostia.org/Portals/0/Medicos/Protocolos/...) · archivo de PDF.
15. INSTITUTO NACIONAL DE COSTOS Revista (diciembre 2009). Calidad Asistencial, Seguridad del paciente e ineficiencia. Disponible en: [www.revistaiic.org/articulos/num5/articulo12\\_esp.pdf](http://www.revistaiic.org/articulos/num5/articulo12_esp.pdf).

16. LA HORA (2012-02-10) Alerta por enfermedades respiratorias, (De la HORA, Noticias Imbabura), [www.lahora.com.ec/.../Alerta\\_por\\_enfermedades\\_respiratorias\\_.html](http://www.lahora.com.ec/.../Alerta_por_enfermedades_respiratorias_.html). 2013-06-02.
17. LA HORA (2007-09-25) Problemas respiratorios y digestivos afectan a quiteños, (De la HORA, Quito), [www.lahora.com.ec/.../Problemas\\_respiratorios\\_y\\_digestivos\\_afectan\\_a\\_...](http://www.lahora.com.ec/.../Problemas_respiratorios_y_digestivos_afectan_a_...)2013-06-02.
18. [http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA55/ea5513.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA55/ea5513.pdf) World Health Organization
19. Latin Pedia (Julio 20 de 2008) Enfermedades Respiratorias. Disponible en [www.latinpedia.net/.../enfermedad/Enfermedades-respiratorias-ad921.ht](http://www.latinpedia.net/.../enfermedad/Enfermedades-respiratorias-ad921.ht).
20. MALDONADO, Juan Carlos. (2007) El Proyecto Farmacovigilancia – Quito. Un paso más en el Ecuador para el estudio de las reacciones adversas a medicamentos. Quito – Ecuador. Volumen 1, nº 3. Edición: 2007. Disponible en <http://www.redsaf.org/index.php?pag=boletin> 2013-06-02.
21. MINISTERIO DE SANIDAD, Política Social e Igualdad, España (2005 – 2011). Desarrollo de la Estrategia Nacional en seguridad del paciente. Disponible en: [http://www.seguridadelpaciente.es/recursos/documentos/estrategia\\_sp\\_sns\\_2005\\_2011.pdf](http://www.seguridadelpaciente.es/recursos/documentos/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf).
22. NIOSH (29 de marzo 2013). Enfermedades Respiratorias. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional Disponible en [www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/respiratorias.html](http://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/respiratorias.html)

23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2013). Seguridad del paciente. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>.
24. OMS La investigación en seguridad del paciente: Mayor conocimiento para una atención más segura. Disponible en pdf World Health Organization.
25. RUELAS, Enrique. SARABIA, Odet Sarabia, TOBAR Walter (2007) Seguridad del Paciente Hospitalizado. Instituto Nacional de Salud Pública. Médica Panamericana. México.
26. SERRAT Tarres, José (2004). Calidad en atención Básica de salud. Disponible en: [www.aiu.edu](http://www.aiu.edu).
27. SERVICIO DE SALUD PRINCIPADO DE ASTURIAS Guía de Aislamiento para pacientes con infecciones transmisibles. Edición resumida. Recuperado en: [www.hca.es/huca/web/.../Guía%20aislamiento%20Resumida.pdf](http://www.hca.es/huca/web/.../Guía%20aislamiento%20Resumida.pdf).
28. THOMAS, EJ et al. (2000) Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. Med Care 2000;38:261-71. 5

## ANEXOS

### LISTA DE VERIFICACION PARA PACIENTES CON AISLAMIENTO RESPIRATORIO, CONFORME ESTÁNDARES INTERNACIONALES Y PROTOCOLOS DEL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DEL HCAM.

No.	Indicador	Criterio	
		SI	NO
1	Lavado de manos, al ingresar a la habitación.		
2	Se coloca bata, mascarilla, guantes de manejo, protector ocular como protección.		
3	Lleva el material necesario para realizar el procedimiento asignado, sin la necesidad de salir a cada momento de la habitación.		
4	Se observa el letrero de señalización al ingreso a la habitación		
5	Se presenta con el paciente al ingresar a la habitación.		
6	Sabe el paciente porque se utiliza el aislamiento con él.		
7	La habitación es individual o compartida.		
8	Educa a familiares sobre las visitas.		
9	Explica a los familiares la importancia de restricción de visitas como medida de seguridad para pacientes y familiares.		
	<b>DURANTE EL PROCEDIMIENTO CON EL PACIENTE</b>		
10	Explica al paciente que procedimiento va a realizarse.		
11	Mantiene un orden para realizar los procedimientos.		
12	Tiene la precaución de lavarse las manos en cada procedimiento que se realice, ejemplo: canalizar una vía, verificar el equipo de infusión, curar una vía periférica o central, realizar la valoración física, tomar signos vitales.		
13	En la toma de signos vitales existe equipo para cada paciente o es compartido.		
14	Desinfecta el equipo para atender a cada paciente.		
15	Para tomar muestras de sangre, utiliza guantes de manejo como		

	medida de protección contra fluidos.		
<b>16</b>	Elimina los desechos utilizados en el paciente, en el recipiente correcto.		
<b>17</b>	Mantiene un orden y limpieza de la habitación del paciente.		
	<b>DESPUES DE TERMINAR EL PROCEDIMIENTO CON EL PACIENTE</b>		
<b>18</b>	Se lava las manos antes de salir de la habitación.		
<b>19</b>	Se retira la vestimenta de protección de aislamiento.		
<b>20</b>	Descarta la mascarilla, guantes, gorro y protector ocular o los reutiliza en el próximo ingreso.		



# MAPA DE RIESGOS

