



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE TESIS DE GRADO

**Previo a la obtención del título de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TEMA

**“Nivel de conocimientos del Personal de Enfermería sobre procedimientos de
prevención de las Infecciones Intrahospitalarias en neonatos ingresados en
la Sala UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), del Hospital Abel
Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil en el periodo 2010-2011”**

AUTORA

Cathy Ubilla Carpio

ASESOR (A)

Lcda. Gládys Jarrín

GUAYAQUIL, ECUADOR

2011

1. DEDICATORIA

A mis padres, por haberme inculcado deseos de superación día a día.

A mi hija, motivo de mi esfuerzo para seguir adelante.

Cathy

2. AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme dado salud y esperanza.

A mis padres por su permanente compañía y por haberme dado su apoyo durante toda mi carrera estudiantil.

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, a sus Directivos y Docentes, que me orientaron por las sendas del arduo estudio y la perseverancia.

De manera muy especial a la Lcda. Gládys Jarrín, por su dedicación y dirección en la elaboración de esta tesis.

Cathy

3. TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
ASPECTOS PRELIMINARES O INTRODUCTORIOS	
1. Dedicatoria.....	II
2. Agradecimiento.....	III
3. Tabla de Contenidos	IV
4. Índice de Tablas.....	V
5. Abreviaturas.....	VI
6. Resumen.....	VII
7. Abstract.....	VIII
EL TEXTO O CUERPO DEL ESCRITO	
1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del problema.....	2
3. Objetivos.....	3
3.1 Objetivo general.....	3
3.2 Objetivos específicos.....	3
4. Marco Teórico.....	4
4.1 Marco Referencial.....	5
4.2 Fundamentación Teórica.....	6
4.2.1 Generalidades de las enfermedades intrahospitalarias.....	6
4.2.2 Epidemiología.....	10
4.2.3 Factores de riesgo.....	18
4.2.4 Características del paciente.....	19
4.2.5 Prevención y control.....	20
4.2.6 Factores determinantes de las infecciones intrahospitalarias en la sala UCIN.....	22
4.2.7 Efectos Psicológicos.....	28
5. Formulación de la hipótesis/la pregunta de investigación.....	30
6. Método.....	31
6.1 Justificación de la elección del método.....	31

6.2	Diseño de la Investigación.....	31
6.2.1	Muestra/Selección de los participantes.....	31
6.2.2	Técnicas y recogida de datos.....	32
6.2.3	Técnicas y modelos de análisis de datos.....	32
7.	Presentación de los datos/resultados.....	33
8.	Procesamiento y análisis de datos.....	49
9.	Conclusiones.....	50
10.	Valoración Crítica de la Investigación.....	51

APARTADOS FINALES

1.	Referencias Bibliográficas.....	52
2.	Anexos.....	55

4. ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla No. 1	
Mecanismos de transmisión y puertas de entrada más comunes en el huésped susceptible.....	14

5. ABREVIATURAS

I.I.H.

Infecciones Intrahospitalarias.

U.C.I.N

Unidad de Cuidados Intensivo Neonatales.

I.N.

Infección Nosocomial.

R.N.

Recién Nacido.

V.I.H.

Virus de Inmuno deficiencia Humana

6. RESUMEN

La presente investigación se realizó en el Hospital Abel Gilbert Pontón, ubicado en la Parroquia Febres Cordero, calle 29 y Oriente, en el período 2010-2011 y en la misma participaron todas las Enfermeras que trabajan en el área neonatal; la problemática fundamental gira en torno a la falta de conocimientos del Personal de Enfermería sobre prevención de infecciones intrahospitalarias, situación que pone en riesgo la salud de los recién nacidos del país; los procedimientos de Enfermería no contienen todas las normas de asepsia pertinentes para el respectivo control. Para superar la problemática se procedió a la determinación de la eficacia del nivel de conocimientos del personal de Enfermería sobre el tema, luego se investigaron los factores desencadenantes de infecciones y finalmente se elaboró una Guía de medidas eficaces de prevención. La tesis se justifica en el objetivo del servicio de Enfermería que es dar seguridad al paciente, que mediante su intervención, cuidados diarios, técnicas utilizadas, manifieste los conocimientos teóricos-prácticos necesarios para la lucha contra múltiples factores que desencadenan en infecciones como las intrahospitalarias. La revisión de la Literatura sobre esta enfermedad, también llamada Nosocomial comienza con la historia, incidencia, definición, epidemiología, eslabones del agente infeccioso, factores de riesgo, prevención y control como generalidades; luego se describen los factores determinantes de las I.I.H. en la U.C.I.N.; para finalmente describir cuidados de Enfermería con sus normas, técnicas y procedimientos. En la Metodología, se ha organizado un estudio descriptivo con un enfoque cualicuantitativo, y una muestra probabilística estratificada intencionada, se seleccionó a diez enfermeras. El instrumento utilizado fue la encuesta, los resultados fueron procesados, graficados y analizados. Posteriormente se procedió a elaborar las conclusiones y recomendaciones. Los datos arrojaron el nivel de desconocimiento existente y la necesidad de promover cambios como propuesta. La investigación beneficia principalmente al paciente, sus familiares y a toda la Institución Hospitalaria.

Nivel de Conocimientos Factores desencadenantes Guía Cuidados Enfermería

7. ABSTRACT

This research was conducted at the Hospital Abel Gilbert Ponton, located in the Parish Febres Cordero, 29 Street and the East in 2010-2011 and it involved all nurses working in the neonatal area, the fundamental problem revolves about the lack of knowledge of the Nursing Staff on the prevention of nosocomial infections, a situation that endangers the health of newborns in the country, nursing procedures do not contain all relevant standards for the respective asepsis control. To overcome the problems we proceeded to determine the level of knowledge of nursing staff on the subject, then investigated the triggers of infections and eventually produced a guide to effective prevention. The thesis is justified by the aim of nursing is to reassure the patient, through intervention, day care, techniques, indicates the theoretical and practical knowledge necessary for the fight against multiple factors that trigger such as nosocomial infections. The review of literature on this disease, also called nosocomial begins with the history, incidence, definition, epidemiology, infectious agent links, risk factors, prevention and control as an overview, then describes the determinants of IHH in the UCIN, and finally describe nursing care with its rules, techniques and procedures. In the Methodology, has organized a descriptive study with qualitative-quantitative approach, and a purposeful stratified probability sample was selected ten nurses. The instrument used was the survey results were processed, plotted and analyzed. Then we proceeded to develop conclusions and recommendations. The data showed the level of lack of knowledge and the need to promote change as a proposal. The research primarily benefits the patient, family and all the medical institution.

Knowledge level

Triggers

Nursing care guide

1. INTRODUCCIÓN

El propósito de la presente investigación se orienta al principio fundamental de dar seguridad en la atención al paciente neonato con necesidad de cuidados intensivos; mejorarla, es una tarea compleja que involucra a todos los componentes del equipo de salud, en especial a las enfermeras; se requiere de un enfoque multidisciplinario para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales de infección por factores desencadenantes, que afecten esa seguridad, así como sus respectivas soluciones.

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema que se inicia con la aparición misma de los hospitales y representan un serio problema de atención pública, ya sea por su efecto sobre la salud de los pacientes, como por los costos que este problema implica.

Los hospitales crecen de forma continua ampliando y ofertando cuidados sanitarios cada vez más complejos a muchos pacientes con múltiples patologías, en ocasiones graves y con su sistema inmunitario comprometido. Las infecciones constituyen una importante causa de morbi-mortalidad de estos pacientes hospitalizados y su control supone un reto muy importante en la actualidad. Es imprescindible que todos los miembros del equipo de cuidados sanitarios alcancen un conocimiento del concepto e intervenciones de tales infecciones, también deben familiarizarse con su proceso, evolución y las formas de prevenirlas.

Las infecciones intrahospitalarias en la sala UCIN. (Unidad de Cuidados Intensivos neonatales) del Hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón”, son el resultado de una complicación en la salud, que desmejora el nivel de atención en pacientes ingresados. En el presente trabajo se abordarán, de manera general, aspectos fundamentales de la transmisión de este tipo de infecciones.

Los pacientes que se encuentran en el área de cuidados intensivos, por su estado delicado, pueden entrar en etapa crítica, con alteraciones en el ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, presión arterial y temperatura. Para este tipo de pacientes, la atención del equipo médico gira en torno a cualquier anomalía que provoque el desarrollo de infecciones por la invasión de agentes causales. No hay que dejar de lado la

investigación de formas de cuidado aséptico y la adquisición de conocimientos teórico-prácticos para evitar errores que afecten la salud de estos pequeños.

El principal objetivo del Servicio de Enfermería es darle la seguridad al paciente que mediante su intervención, cuidados diarios, técnicas utilizadas ante cualquier situación de enfermedad, manifieste los conocimientos teóricos – prácticos necesarios para la lucha contra múltiples factores que desencadenan en infecciones como las intrahospitalarias.

Conocer los factores desencadenantes de estas Infecciones Intrahospitalarias, es importante para evitar que se repitan y así mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de atención; cualquiera sea la edad del paciente, éste se halla expuesto a riesgos de contraer este tipo de enfermedad, en especial en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, debido a la vulnerabilidad de los pacientes, por las condiciones de su nacimiento, su bajo peso, el tener una enfermedad genética o un organismo sin defensas, debilitado en general.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA (fenómeno)

El Ecuador tiene un déficit en el sector salud: “Según una investigación de la Defensoría del Pueblo, el 89% de las salas en los nosocomios públicos no cumple con las normas de asepsia” (El Expreso 23 de marzo de 2011, Pág. 1). Más adelante se informa que: De 28 hospitales investigados en las 24 Provincias, solo cuatro cumplen con las normas internacionales (Guayas, 2011). En síntesis, en el país hay una crisis hospitalaria.

Gran cantidad de Infecciones Intrahospitalarias son endémicas y se presentan continuamente en cierto grupo de pacientes con características individuales, relacionadas con la edad, alteraciones en el sistema defensivo, o acciones invasivas diagnósticas o terapéuticas, predisponentes a adquirir infecciones en el mismo hospital. El problema de investigación surgió de un diagnóstico previo en el Hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón” por la alta incidencia de infecciones, el perfil epidemiológico en ascenso de las mismas y un bajo impacto de las acciones para contribuir a resolver los

problemas de la comunidad y en este aspecto vemos un puntal fundamental en el personal de Enfermería.

El personal de enfermería se encuentra directamente inmerso en el proceso de disminuir la aparición de las infecciones hospitalarias, tanto desde el punto de vista de la consiguiente complicación al añadir una infección a un enfermo ingresado, como el costo por procesos que aumentaría al prolongar estancias hospitalarias, mayor medicación, complicaciones propias de la infección nosocomial, entre otras.

Al realizar la práctica de Enfermería en la Institución, he observado que en el área de neonatos se presenta un porcentaje elevado de Infecciones Intrahospitalarias que en muchas ocasiones inclusive causan la muerte de los neonatos, situación que me motivó a investigar la incidencia de los factores que desencadenan este tipo de infecciones y los cuidados de Enfermería que deben llevarse en esta sala en especial por la vulnerabilidad de los pacientes que tienen el mayor riesgo de contraer y desarrollar esta enfermedad en la Institución.

Identificar los factores desencadenantes de infecciones se constituye en una situación emergente para evitar brotes de enfermedades infecciosas que desvirtúan la acción del equipo de salud, sus condiciones físicas, estructuras, sus formas de prevención y tratamiento. El esquema de la cadena epidemiológica ayuda a comprender cómo se producen las infecciones y permite igualmente una comprensión rápida de los mecanismos de control, al romper uno cualquiera de los eslabones de la cadena.

¿De qué manera el nivel de conocimientos sobre procedimientos de prevención de Infecciones Intrahospitalarias ayudará a disminuir la acción de los factores desencadenantes de esta enfermedad en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Guayaquil “Abel Gilbert Pontón” en el período 2010-2011?

3. OBJETIVOS

3.1 General

Determinar el nivel de conocimientos del personal de Enfermería sobre procedimientos de prevención de las infecciones intrahospitalarias en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN., del Hospital Abel Gilbert Pontón.

3.2 Específicos

- Identificar el grado de preparación académica y años de experiencia del personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales UCIN. del Hospital.
- Investigar cuáles son los factores desencadenantes de Infecciones Intrahospitalarias.
- Elaborar una Guía de procedimientos de prevención de las infecciones intrahospitalarias en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y socializarla con el Personal de Enfermería.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco Referencial

El Hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” con su denominación por decreto ejecutivo, es una Institución dependiente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y que está bajo el control de la Dirección Provincial de Salud del Guayas, por encontrarse ubicado en la parroquia Febres Cordero en el periodo comprendido al norte por la calle Oriente, al sur por la calle Galápagos, al este por el Callejón Rodríguez y al oeste por la calle 29, hoy conocida también con el nombre de Av. Assad Bucaram de Guayaquil.

Su historia ha sido fruto de esperanzados afanes y esforzados empeños de incansables visionarios, en su búsqueda incesante de bienestar común, amparado en el derecho universal llamado Salud. Las primeras gestiones para la construcción del Hospital se realizan en el último periodo Presidencial del Dr. José María Velasco Ibarra y con la ayuda de algunos Legisladores guayaquileños entre los que se contaba el Sr. Assad Bucaram E.

Al finalizar la década del 60 la compañía CONASA comienza la construcción y equipamiento de un nuevo Hospital en el corazón mismo del suburbio porteño parroquia Febres Cordero, atendiendo un pedido de clamor popular del hombre humilde que no ceso en levantar su voz al unísono, a los poderes centrales y el 7 de Octubre de 1973, se cumple su inauguración en el Gobierno del General Guillermo Rodríguez Lara y el Ministro de Salud Dr. Raúl Maldonado Mejía, siendo funcional desde 1976.

El hospital ha sentido en forma lamentable el deterioro, no solamente de su planta sino también de sus equipos médicos y de diagnóstico, cosa muy aparte constituye lo relacionado al aseo de limpieza y mantenimiento. Se requiere de todas las autoridades de salud y del centro, su recuperación, para hacer de esta Institución una entidad orgullosa de sus logros científicos y humanos.

4.2 Fundamentación Teórica

4.2.1 Generalidades de las enfermedades intrahospitalarias

4.2.1.1 Historia

El fenómeno de las infecciones intrahospitalarias, se remonta al comienzo mismo de los hospitales, esto es, en el año 325 de nuestra era. Grandes hombres aportaron a su descubrimiento, entre ellos Sir John Pringle (1740-1780), defensor de la teoría del contagio, que conduce a las infecciones nosocomiales y fue el precursor del concepto de antiséptico. James Simpson, que en sus estudios relacionó el número de fallecimientos por gangrena e infección, luego de una amputación, con la capacidad del hospital y su afluencia. En 1861, el médico Ignacio Felipe Semmelweis, quien publicó sobre el origen nosocomial de la fiebre puerperal, porque quienes las atendían, venían de realizar autopsias y las contaminaban. Semmelweis redujo la mortalidad materna implementando el lavado de manos apropiado. En 1885 Lord Joseph Lister estableció el uso del ácido carbólico, ácido fénico o feno, para aerolización de quirófanos, que se considera como origen de la asepsia, además introdujo los principios de la antisepsia en cirugía.

Los primeros hospitales ya conocían de dónde provenían las infecciones epidémicas, y es a través de gérmenes comunitarios, propagadas con seguridad por el desconocimiento de las normas de higiene. Hoy, las infecciones están sujetadas, escondidas tras la masa de infecciones de carácter endémico, a su vez ocasionadas por gérmenes insignificantes.

A más de ellos contribuye a las infecciones el aumento del número de servicios médicos y su complejidad, la mayor utilización de la Unidad de Cuidados Intensivos, el uso de agentes microbianos cada vez más potentes, y también la utilización de fármacos inmunosupresores. Todo esto dificulta el control de las infecciones. Como conclusión, se observa que las infecciones que se adquieren son un precio a pagar por la tecnología aplicada, que si bien dan una oportunidad de vida, también los expone a otra causa de enfermedades y en el peor de los casos, a elevar el índice de mortalidad.

Las Infecciones Intrahospitalarias se constituyen en un indicador que define la calidad de servicio que se ofrece a la comunidad. No solo se toma en cuenta el índice de mortalidad, o el aprovechamiento del recurso cama sino también el índice de infecciones hospitalarias.

Así lo expresa la fundadora de la Escuela de Enfermería en Inglaterra, “Lo primero que no debe hacer un hospital es enfermar” (Nightingale, Florence, 1910).

Son factores predisponentes de tal tipo de infecciones la utilización de catéteres, la necesidad de alimentación parenteral, el uso de respirador artificial, la asistencia farmacológica, los procedimientos invasivos para el diagnóstico o la terapia, factores predisponentes de invasión bacteriana junto a un huésped inmunológicamente deprimido.

La infección nosocomial representa un desafío creciente en las Unidades de Neonatología, un problema siempre presente que lejos de haber sido solucionado o paliado, ha ido aumentando y haciéndose más complejo. Por un lado, se atiende a niños cada vez más inmaduros que son especialmente vulnerables a los gérmenes, y por otro lado, se utilizan procedimientos tecnológicos avanzados, que son en muchas ocasiones nuevas fuentes de entrada para las infecciones.

(Mendivil, C. et al, 2000)

La era de los estafilococos es conocida en la década de los 50, porque el staphylococcus aureus anteriormente susceptible a la penicilina, de manera gradual y uniforme desarrolló resistencia. Este germen se puede considerar como paradigma del patógeno de hospital.

A comienzos de los 60 con la introducción de nuevos antibióticos, la pandemia de estafilococos comenzó a disminuir. De 1970 – 1975 se incrementaron los bacilos gramnegativos, las cuales eran propagadas por manos contaminadas del personal. En los 80 los enterococos aumentaron su presencia. Con la aparición del VIH/SIDA, surgen nuevos patógenos como aspergillus y corinebacterias.

En el recién nacido la infección nosocomial se da a través del parto; siendo que la infección no es hospitalaria cuando es adquirida transplacentariamente, acaecida tras el

nacimiento. Tres son los componentes de la cadena de infección: los agentes infecciosos, el huésped y el medio ambiente. En la medida que estos participan en la infección hospitalaria, será su comportamiento e incidencia.

4.2.1.2 Incidencia

La incidencia de infecciones intrahospitalarias en los neonatos ingresados especialmente en el área de UCIN, comparativamente resulta ser mucho más alta que las otras áreas de los hospitales. Van en aumento las infecciones por *Candida*, y esto es, porque en el área existen factores que favorecen su crecimiento, tales como el bajo peso de los neonatos, los procedimientos invasivos, la antibioterapia, la dexametasona, entre otros.

Existe una variedad de gérmenes en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, UCIN, debido a los microorganismos encontrados, generadores de infecciones urinarias y respiratorias; así como casos de sepsis, esto es, como se ha mencionado anteriormente porque el neonato es vulnerable para la invasión bacteriana.

La introducción de catéteres representa otro medio de infección para los recién nacidos tales como el catéter venoso central en el tratamiento o para ofrecerle alimentación. También se colocan catéteres percutáneos, para extracciones de sangre y en tratamientos prolongados.

4.2.1.3 Definición

Las infecciones nosocomiales son un importante problema de salud pública por su morbilidad y mortalidad elevada. La palabra “nosocomial” proviene de las palabras griegas “nosos” que significa Enfermedad, y “Komein”, cuidar, y dio lugar al vocablo latino nosocomiumu hospital. Las infecciones nosocomiales u hospitalarias, son por tanto las que se desarrollan durante la hospitalización del paciente y que no están presente ni en el periodo de incubación al momento del ingreso. Una excepción a esta regla son las infecciones existentes al ingreso, pero relacionadas con hospitalizaciones previas. (Cruz M. Tratado de Pediatría, Nueva edición, año 2007. infecciones nosocomiales, página 405)

Las Infecciones Intrahospitalarias se definen como cualquier enfermedad microbiológica clínicamente reconocible que afecta al paciente como consecuencia de su admisión, permanencia y/o después de su egreso del hospital.

Se define la infección nosocomial, también denominada hospitalaria, como aquella infección que se desarrolla en el paciente hospitalizado que no estaba presente, ni dentro del periodo de incubación, en el momento del ingreso o que aparece después de la hospitalización, dentro del periodo de incubación.

Debieran incluirse como nosocomiales también las que sufre el personal asistencial como consecuencia de su actividad laboral transmitida por contagio desde el paciente enfermo o portador asintomático, pero en la práctica estas infecciones asociadas al riesgo laboral se excluyen de la definición. Sin embargo, cuando se investiga un brote no pueden ignorarse los casos de infección en el personal asistencial porque pueden ser el origen de nuevos casos en los pacientes, de modo que la delimitación entre estos dos tipos de infecciones nosocomiales en los brotes deben quedar claramente establecidas en la definición de caso.

El término nosocomial hace referencia a la adquisición hospitalaria de la infección. En los RN tanto la colonización como la infección son acontecimientos hospitalarios. Sin embargo, la vigilancia y control de la infección, necesitan determinar una diferenciación entre colonización e infección.

La colonización denota la presencia de flora microbiana de piel o membranas mucosas, mientras que la infección se refiere a invasiones locales o sistémicas de microorganismos con sus consecuentes manifestaciones clínicas.

La mayoría de las infecciones que se desarrollan durante las primeras 48 horas, no son adquiridas en la Unidad de Neonatología, y se consideran de transmisión vertical. Aquéllas que aparecen después de este intervalo de tiempo sí serán el resultado de un contagio en la Unidad y serán consideradas como nosocomiales, pudiendo además haber sido evitadas con las medidas de prevención de la infección.

Existen, por otra parte, infecciones neonatales de aparición tardía, pero producidas por gérmenes adquiridos intraútero, por vía transplacentaria como ocurre con la enfermedad por Citomegalovirus o con la Toxoplasmosis. Estas enfermedades no son consideradas nosocomiales aunque las manifestaciones clínicas ocurran varios días después del nacimiento, incluso después de la primera semana. Por último, también se consideran infecciones nosocomiales las que aparecen durante las 48 horas siguientes al alta hospitalaria en neonatos que han estado hospitalizados.

La OMS define una infección nosocomial como:

Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta a esa infección. En cuanto a los recién nacidos se define como infección nosocomial cuando aparece infectado, después de 48-72 horas más tarde, de una madre no infectada.

Las infecciones nosocomiales son la complicación más común en pacientes hospitalizados. Aproximadamente una cuarta parte de estas infecciones ocurren en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), aunque los cuidados intensivos no sean más que un 10% de la camas hospitalarias. (Eggimann, P, Pittet, D., 2001).

Se entiende por endemia la presentación de una enfermedad en cifras de frecuencia habituales. La Infección Intrahospitalaria aparece de forma endémica en todos los hospitales, de modo que se acepta la existencia de tasas basales de infección. La enorme cantidad de factores causales y con-causales implicados en su aparición plantea grandes dificultades en su control y se habla por ello de un nivel de Infección Intrahospitalaria irreductible.

4.2.2 Epidemiología

Se entiende por epidemia la ocurrencia de casos de una enfermedad por encima de lo esperado, en el lugar y en el tiempo considerado. Es decir, las tasas de infección (la proporción de infecciones o de pacientes con infección en los pacientes en riesgo)

observadas en periodo endémico se incrementan significativamente en el periodo epidémico.

El concepto de epidemia y de brote, pues, se confunden, porque significan lo mismo. Sin embargo, la presentación de epidemias tiene, además de las implicaciones propiamente médicas, consecuencias políticas, económicas y legales importantes y por eso existe tendencia a utilizar el término "brote" más que el de "epidemia" pues su impacto en la opinión pública es menor al expresar una propagación de una situación hasta este momento "normal" y que puede ser más fácilmente limitada y controlada. Y porque, generalmente, los brotes suceden como agrupaciones de un número pequeño de casos que se elevan sobre las tasas endémicas de la infección nosocomial.

1º) Durante el parto y el postparto inmediato, los niños experimentan su contacto o primer encuentro con los microbios. Hasta el parto los RN no tienen una flora endógena y pueden contraer cualquier organismo al que se les exponga. La flora de la piel y mucosas reflejan la flora del tracto genital materno y la del ambiente de la Unidad de Partos. Por lo tanto, es importante la prevención de las infecciones a este nivel, para facilitar el desarrollo de una microflora inocua que minimice la transmisión de patógenos activos.

2º) La inmadurez inmunológica de los RN, especialmente de los prematuros y la frecuencia de procedimientos invasivos en las UCIN (Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales), conllevan una mayor susceptibilidad para las infecciones tanto endémicas como epidémicas.

3º) Las infecciones que resultan de la colonización en la unidad, pueden ocurrir tanto durante como después de la hospitalización, particularmente en RN sanos a término, cuya estancia en el hospital es breve. Por lo tanto, una completa vigilancia de las infecciones hospitalarias necesitaría un seguimiento después del alta.

4º) La identificación de la causa de infección que se da en neonatos, puede ser complicada por la dificultad de diferenciar entre la adquisición de gérmenes potencialmente patógenos, intraparto o postparto. Por ejemplo: la infección tardía por el Streptococo de grupo B, que puede ser consecuencia de la colonización durante el parto

o postparto transmitido por la madre, puede también pasar de niño a niño (vía manos del personal), o puede ser transmitido del personal trabajador infectado.

4.2.2.1 Primer Eslabón de la cadena Epidemiológica: El agente infeccioso en su reservorio y/o fuente de infección

Cualquier microorganismo puede ser capaz de producir una infección nosocomial en alguna de sus distintas localizaciones o formas clínicas. Cualquier infección de las llamadas comunitarias, así llamadas para diferenciarlas de las que se producen en sujetos hospitalizados, puede también corresponderse con la infección nosocomial si cumple las condiciones de la definición. Hay gérmenes estrictamente patógenos que son los responsables de las infecciones comunitarias, que, por supuesto, pueden encontrar en el hospital un terreno más adecuado, si cabe, para su actuación. Ejemplos de brotes hospitalarios de enfermedades más habituales en la comunidad son salmonellosis y tuberculosis entre otros. Pero estas infecciones, cuyas formas más graves son las que precisan hospitalización y se acumulan por ello para ser tratadas en el hospital, son, por contra, las que encuentran allí un medio mejor preparado para su control a través de las medidas de aislamiento siempre presentes en mente del personal hospitalario, y son las menos representativas de las infecciones nosocomiales.

Son los otros microorganismos, los ambientales y los saprófitos humanos, bien del propio paciente o del personal asistencial o de otros pacientes hospitalizados, los agentes más comunes y más representativos de las infecciones nosocomiales. Estos microorganismos han encontrado a lo largo de la evolución un hábitat compartido con el hombre sin que se produzca el conflicto de competencias origen de la enfermedad infecciosa. Es en el hospital donde se rompe el equilibrio agente infeccioso-huésped por existir nuevos mecanismos de transmisión, al abrirse nuevas puertas de entrada y aparecer nuevos factores de susceptibilidad del huésped.

El agente infeccioso es inseparable de su reservorio, el cual se convierte en fuente de infección cuando se produce la salida del agente del mismo. Existen portadores sanos o asintomáticos de numerosos agentes infecciosos como el propio paciente que va a sufrir la infección (fuente endógena), otro paciente o el personal asistencial (fuente exógena; infección cruzada). La piel, tubo digestivo, boca y vías respiratorias son los

reservorios más representativos de la flora saprófita causante de las infecciones nosocomiales (estafilococo, acinetobacter, enterobacter, proteus).

El medio ambiente como reservorio y fuente de infección es menos frecuente que la fuente/reservorio humano y queda reducido a:

- Fómites que pueden ser su asiento, la mayoría de las veces pasajero (jabones, desinfectantes, dispositivos que van a entrar en contacto con el paciente). En ambientes húmedos y con suficiente materia orgánica nutritiva y condiciones adecuadas de temperatura, los agentes infecciosos pueden sobrevivir e incluso llegar a reproducirse en aspiradores, nebulizadores, contenedores de líquidos (orina), endoscopios, alimentos...). Los gérmenes gram-negativos y especialmente *Pseudomona* sp y *Serratia* sp, son el ejemplo más representativo de ellos.

- El aire y el suelo para formas de larga supervivencia, en particular esporas (*Aspergillus* y hongos mucorales).

- fuentes de infección animales o vegetales (roedores, aves, plantas) pueden considerarse también bajo ciertas condiciones.

4.2.2.2 Segundo eslabón de la cadena epidemiológica: El mecanismo de transmisión

Los agentes infecciosos que abandonan la fuente de infección alcanzan la puerta de entrada en el huésped susceptible a partir de uno o varios mecanismos de transmisión: transmisión por contacto, transmisión aérea, transmisión por gotitas, transmisión por vectores y transmisión por vehículo común.

Tabla No. 1 Mecanismos de transmisión y puertas de entrada más comunes en el huésped susceptible

Mecanismo de transmisión	Puerta de entrada más común
Contacto directo:	
- Manos contaminadas.	Cualquiera, (cutánea, respiratoria)
- Gotitas respiratorias.	Respiratoria.
Contacto Indirecto (fómites contaminados):	
- Alimentos.	Digestiva.
- Instrumental.	Dispositivos in situ.
- Antisépticos y jabones.	Herida quirúrgica.
Aire	
- Núcleos goticulares.	Respiratoria, herida quirúrgica.
- Polvo.	Respiratoria, herida quirúrgica.
Otros mecanismos	
- Vectores (roedores, moscas)	Inoculación, mixtas.
- Agua.	Digestiva, mixta.

Fuente: Delgado, M, Lardelli, P, Arenas, C.A. (1993) Investigación y control de brotes epidémicos. Infección Hospitalaria. Universidad de Granada.

4.2.2.2.1 Transmisión por contacto directo

El principal y más habitual mecanismo de transmisión es el contacto, bien directo (por contacto físico entre fuente y huésped), bien indirecto (a través de fómites contaminados en donde pueden sobrevivir temporalmente los microorganismos). Ejemplos, los fómites contaminados con estafilococos áureos (meticilin resistente o sensible) de un cirujano portador nasal asintomático o presente en infecciones cutáneas de un sanitario que presta asistencia al paciente, el bolo de anestesia intravenosa manipulado por un determinado anestesista (hepatitis C, bacteriemias diversas); el catéter de aspiración de secreciones en el paciente intubado y con ventilación mecánica; los nebulizadores de soluciones terapéuticas suministradas en aerosol).

Es la mano del personal que atiende al paciente (y también del propio paciente) el más importante vehículo transmisor de agentes infecciosos, actuando unas veces propiamente como reservorio (flora cutánea residente) pero más frecuentemente como vehículo que porta los agentes desde un paciente enfermo o portador al paciente susceptible, o desde el lugar reservorio del propio trabajador a la mano por gestos inaparentes (infección cruzada). Mientras que la flora transeúnte de la mano es fácilmente eliminable con el lavado, la residente lo es menos, pero también su importancia como agente de infección es menor.

4.2.2.2 Transmisión por contacto indirecto

El término fómite se refiere a cualquier objeto inanimado que puede entrar en contacto con el paciente susceptible y puede actuar como vehículo de infección. Dentro de ellos, son vehículo común aquellos elementos habituales que se ponen en contacto con el paciente tales como alimentos y agua de bebida, medicamentos e instrumentos. Un vehículo común es aquel vehículo de infección asociado a 2 ó más casos de IN1. Los ejemplos de fómites destinados a entrar en contacto con el paciente más común son los utilizados en procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En ocasiones, además, estos objetos constituyen un excelente reservorio para muchos de los agentes que aguardan en ellos su oportunidad para alcanzar el huésped susceptible. La enumeración de estos fómites se hace muy larga y la higiene deficiente en la técnica de manipulación de los mismos provoca su contaminación antes o durante su uso y facilita la infección. Entre ellos mencionaremos:

- Alimentos: agentes oportunistas pueden causar graves epidemias en los hospitales vehiculizados por este medio, en donde los agentes pueden, además, reproducirse: listeria, salmonella, E. coli enteropatógeno.
- Dispositivos de nutrición parenteral.
- Dispositivos uretrales y ureterales.
- Dispositivos intravasculares.
- Dispositivos para diálisis, hemodiálisis.
- Dispositivos de ventilación mecánica, equipos de anestesia, equipos de aerosoles.
- Soluciones para diálisis, transfusiones sanguíneas, hemoderivados e infusiones parenterales.

- Antisépticos y desinfectantes.

4.2.2.2.3 Transmisión por gotitas

Las infecciones vehiculizadas por gotitas de más de 5 micras de diámetro son otro ejemplo de transmisión por contacto directo pues no son capaces de desplazarse en el aire a distancias mayores de 1 metro tras su salida de la fuente antes de alcanzar el huésped susceptible, y es difícil que sobrevivan en fómites si estos no entran inmediatamente en contacto con el huésped susceptible. Estas partículas se generan al toser, estornudar o hablar y los agentes que utilizan esta vía son los que tienen como reservorio el aparato respiratorio y la boca. Ejemplos: estreptococias grupo A, tuberculosis, virus respiratorio sincicial, gripe, varicela, etc.

4.2.2.2.4 Transmisión por el aire

Los agentes infecciosos pueden abandonar la fuente/reservorio vehiculizados por el aire en forma de aerosoles de partícula mínima (igual o menor a 5 micras de diámetro); por su pequeño tamaño pueden permanecer largo tiempo en el aire y recorrer largas distancias hasta el huésped susceptible. Las partículas de polvo son de tamaño mayor pero actúan de forma similar.

En las gotitas de los aerosoles (ambiente húmedo) y en el polvo (seco) pueden sobrevivir y transmitirse agentes infecciosos. Los aerosoles de partícula mínima son producidos de forma natural al toser o estornudar y es la vía de salida desde la fuente respiratoria de numerosos agentes infecciosos. También se producen por salpicaduras en los grifos y las conducciones de agua de abastecimiento, duchas, humidificadores del aire acondicionado, equipos de ventilación o inhaladores.

El polvo vehiculizador de agentes infecciosos tiende a depositarse en los lugares bajos, sobre las superficies, pero son puesto de nuevo en re-suspensión por la producción de suaves corrientes de aire producidas por el movimiento de las personas en su actividad laboral, el sacudido de la ropa de la cama, la limpieza por barrido en seco o con aspiradoras sin filtro.

4.2.2.3 Tercer eslabón de la cadena epidemiológica: El huésped susceptible

El agente infeccioso que abandona el reservorio/fuente de infección vehiculizado por alguno de los mecanismos de transmisión que le son propios, alcanza la puerta de entrada del huésped y si la susceptibilidad de éste es adecuada se producirá la infección.

El concepto de puerta de entrada es muy importante para relacionar el mecanismo de transmisión con el huésped susceptible. El agente infeccioso precisa de una puerta de entrada en el huésped susceptible para producir sus efectos y es el primero y más importante de los factores condicionantes de la susceptibilidad del huésped, pero no el único.

A las puertas de entrada utilizadas por los patógenos habituales que, como se ha señalado, también pueden ser agentes de infecciones nosocomiales, hay que añadir las nuevas puertas que se abren en el paciente que precisa ingreso hospitalario para ser sometido a maniobras instrumentales diagnósticas y/o terapéuticas. La apertura de estas nuevas puertas convierten al huésped en susceptible a la infección nosocomial: la punción transcutánea que deja en el sitio un catéter intravascular como vía de entrada de alimentos y fluidos pero también de agentes infecciosos; la penetración uretral forzada para dejar un catéter vesical que abre ampliamente la vía urinaria a la invasión de los agentes infecciosos; el tubo endotraqueal o la traqueotomía que salva la barrera oro-rino-faríngea abriendo una vía directa hasta bronquio y pulmón; el tubo nasogástrico abriendo hasta el estómago o intestino una vía de acceso directo, o la herida quirúrgica que salva todas las defensas hasta órganos habitualmente estériles o con flora habitual comensal en equilibrio con el huésped.

La enfermedad de base y las comorbilidades que el paciente presenta en el momento del ingreso o le sobrevienen a partir de su ingreso son los factores condicionantes de la susceptibilidad: la diabetes; la obesidad y la desnutrición; la presencia de neoplasias; el deterioro cognitivo; y los condicionantes constitucionales genéticamente determinados y modificados por el hábito de vida del paciente; la agresividad de las medidas diagnósticas y terapéuticas en sus dos vertientes: la de apertura de nuevas vías y puertas de entrada a la penetración de agentes infecciosos y la

de modificación del sistema inmune y del equilibrio agente infeccioso/huésped (tratamientos antimicrobianos o corticoides). La barrera natural constituida por la piel y las mucosas y las inmunoglobulinas segregadas por sus glándulas son de esta manera soslayadas.

Los pacientes hospitalizados son cada vez más viejos, más enfermos y más inmunocomprometidos y se someten a procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más agresivos: Corticoides, quimioterápicos citotóxicos antineoplásicos, sangre y hemoderivados, nutrición enteral y parenteral, antibióticos de amplio espectro, depresores del sistema nervioso central, inhibidores de la acidez gástrica, radioterapia, técnicas instrumentales invasivas (intravasculares, del tracto digestivo, respiratorio o urinario...) y todo ello prepara el asiento de los agentes infecciosos y el desarrollo de la infección.

4.2.3 Factores de riesgo

4.2.3.1 Factores ecológicos

La colonización bacteriana ocurre en el canal del parto y continúa en el niño nacido. Lo ideal sería conseguir una colonización por gérmenes saprófitos que inhiban el crecimiento de otros gérmenes patógenos. Se recomienda secar al niño en la sala de partos para que no pierda calor y después lavarlo.

4.2.3.1.1 Procedimientos invasivos

Los catéteres umbilicales o centrales son un factor de riesgo de infección nosocomial, así como los trócares (de toracocentesis o paracentesis), las sondas, etc.

La intubación endotraqueal está demostrado que incrementa la tasa de colonización en las vías respiratorias bajas, dando lugar a mayor incidencia de neumonías y sepsis.

La ventilación mecánica produce alteraciones en el tracto pulmonar que se correlacionan con la presencia posterior de infección.

En nuestra Unidad una vez retirados los catéteres, trócares y tubos, se envían las puntas al Servicio de Microbiología para su cultivo, también se recogen muestras del aspirado de secreciones pulmonares.

4.2.3.1.2 Fluidoterapia y tratamiento intravenoso

La administración de fluidos y nutrición parenteral son factores de riesgo por sí mismos, por la presencia de catéter y por la adición de lípidos.

En cuanto a tratamientos, al surfactante, se le asoció en los primeros trabajos con infección nosocomial, pero en la actualidad esta eventualidad está en entredicho. Recientemente se está confirmando que la dexametasona incrementa las infecciones en los niños de muy bajo peso. No se ha encontrado diferencias significativas en la incidencia de Enterocolitis necrotizante y/o sepsis entre los pacientes que reciben indometacina y los que no la reciben.

4.2.3.2 Factores ambientales

- El personal y familias pueden ser portadores de enfermedades.
- Visitas a la UCIN: Tras los trabajos de Kennell y Klaus, no hay justificación para mantener cerradas las Unidades para los familiares, aunque puede haber situaciones en las que no sean recomendables las visitas, como en enfermedades contagiosas de los visitantes o en enfermos en situación de aislamiento.

4.2.4 Características del paciente

Los principales factores de riesgo son la prematuridad y el bajo peso al nacimiento. Ambos factores condicionan una mala respuesta inmunológica ante los agentes, unas estancias prolongadas en la Unidad y un mayor consumo de procedimientos.

4.2.5 Prevención y control

En la mayoría de las ocasiones el control del brote precisa la aplicación de medidas generales y medidas específicas.

4.2.5.1 Medidas generales

Las medidas rutinarias en el control de la infección endémica deben ser útiles para el control de los brotes. Estas medidas se concretan en las precauciones estándar las precauciones de aislamiento según el mecanismo de transmisión y en las técnicas asépticas de inserción y de cuidados de los dispositivos y de los procedimientos, y son tratadas en otros capítulos de esta monografía. Sin embargo, consideramos que no podemos menos de hacer hincapié en la importancia de las siguientes recomendaciones:

- El lavado estricto de manos entre pacientes.

- La limitación del uso y duración de los dispositivos (sondas urinarias, catéteres venosos, etc.).

- Aislamiento adecuado de los pacientes infectados en función del mecanismo de transmisión.

- Técnica aséptica en la inserción y manipulación de los dispositivos.

- Uso estricto del protocolo escrito para todo procedimiento, que debe estar disponible en todo momento para todo el personal que precise consultarlo.

La ruptura de la técnica aséptica en el manejo de los pacientes y de los procedimientos asistenciales aplicados a ellos es la causa más común de los brotes. Como factores desencadenantes debemos mencionar: la rutina, que hace que se flaquee en el rigor; la urgencia, que impone su propia regulación en cuanto está en peligro la vida; la sobreocupación y la disminución de la relación nº de camas/personal disponible;

la prestación de atención al paciente por parte de personal con lesiones/enfermedad susceptibles de transmisión: dermatitis, hepatitis, etc.

El lavado de manos y el uso de guantes en la práctica de las precauciones estándar son actividades que el personal confunde en sus finalidades; de hecho la protección personal que fue la finalidad inicial de las llamadas precauciones universales, está reñida con la prevención de la infección transmitida a través del contacto con la mano, si no se completa con el cambio de guantes y el lavado de manos entre pacientes.

Brotos de bacteriemias y neumonías por especies de *Acinetobacter* y la dificultad de erradicar a este microorganismo multiresistente de las UCI ha sido incriminada al uso incorrecto de los guantes que no se cambian entre pacientes.

4.2.5.2 Medidas específicas

El estudio epidemiológico del brote puede poner a la luz la presencia de otros factores de exposición cuya corrección puede ser suficiente para la desaparición del brote:

- El exceso de ocupación y de la alteración de la relación nº de camas/nº de personal asistencial, fundamental en las unidades de neonatología y de cuidados intensivos.
- La eliminación de la fuente de acuerdo con los resultados del estudio del brote: el personal portador de cepas de estafilococo áureo meticilin-resistente, o del estreptococo piógeno.
- Los equipos registradores de presión del tracto urinario contaminados por *Pseudomonas aeruginosa* y *pseudomonas cepacia* e inadecuadamente desinfectados, en infecciones del tracto urinario.
- Los transductores contaminados por *Serratia marcescens* en bacteriemias que siguen a su empleo.
- El empleo de la clindamicina en la colitis por *Clostridium difficile*.

4.2.5.3 Otras medidas

Es importante identificar cuanto antes la causa inmediata del brote para poder diseñar las medidas directas más simples que corrijan el problema. Establecidas estas medidas complementadas por las medidas generales deberá vigilarse activamente y con rigor su cumplimiento y evaluar los resultados sobre el control del brote.

Hay que considerar la conveniencia de activar altas y acortar estancias siempre que ello no suponga el traslado del problema a otro lugar contribuyendo así a su expansión.

Debe valorarse la necesidad de aislar a los pacientes, agrupándolos por afectación u otras características de riesgo y dedicar un personal que se encargue exclusivamente del cuidado de los pacientes afectados y no de los no afectados. En último lugar queda plantearse el cierre de la unidad cuando otras medidas no son eficaces y cuando procede la descontaminación de la misma para erradicar el brote.

4.2.6 Factores determinantes de las infecciones intrahospitalarias en la sala UCIN

Los factores que favorecen el desarrollo de infecciones nosocomiales en esta área son:

1. Algunos de los mecanismos de defensa del prematuro son deficientes y en menor grado del recién nacido a término: los niveles de anticuerpos están disminuidos, existiendo un paso incompleto de IgG antes de la semana 32-34 de gestación; IgM, IgE e IgA no pasan la barrera placentaria. La función de los linfocitos T y los niveles de algunos componentes del complemento están disminuidos; la función quimiotáctica y opsonofagocítica de los neutrófilos es deficiente y existe una tendencia hacia la depleción de la médula ósea con la sepsis grave.
2. Dado que el recién nacido está iniciando la colonización bacteriana puede ser colonizado por organismos intrahospitalarios.

3. La alta densidad de población en estas salas favorece la diseminación de cualquier infección.
4. Las técnicas invasivas necesarias en prematuros favorecen la entrada de gérmenes patógenos.

Los factores predisponentes encontrados fueron (Ávila, 1999), la prematurez en un 58.5%. Otro factor de riesgo fue contar con colocación de un catéter central con RM de 6, en la cual se habla de fallas ya sea en la técnica de colocación o en la manipulación con pobre asepsia del mismo. Es importante hacer énfasis en las medidas generales como el lavado estricto de manos y la asepsia al colocar y manipular un catéter central.

Las mezclas de soluciones parenterales, resultan con una razón de momios alta aunque no significativa, lo que obliga a poner especial cuidado en la preparación de las mismas.

La bacteriemia primaria y la neumonía son las infecciones nosocomiales más frecuentes en neonatos, independientemente de su peso representa del 79 al 87% de todas las infecciones intrahospitalarias en recién nacidos y en más del 88% de los casos, existe relación con la presencia de catéter venoso central o umbilical (RP Gaynes, 1996).

- Los microorganismos.
- El paciente y su susceptibilidad.
- El tratamiento.
- El medio ambiente.

Pacientes con alteraciones de las defensas causadas por agentes que no provocan enfermedad en personas sanas.

Las infecciones oportunistas.

Muchas de estas infecciones son ocasionadas por la flora del paciente y frecuentemente son irreversibles.

Por estar relacionados con defectos en las barreras mucosas y otras defensas del huésped.

4.2.6.1 Los Microorganismos

Es difícil obtener el agente etiológico aun en las IN; no obstante, los microorganismos aislados en hemocultivos en este estudio corresponden a los patógenos considerados clásicamente como flora intrahospitalaria (Jamulitrat, S., 1994).

Algunos aspectos son determinantes en la presencia de infecciones hospitalarias:

- Patogenicidad de las especies.
- La virulencia de la cepa.
- Invasividad.
- Toxigenicidad.
- Afinidad por los tejidos.
- # de Mos presentes.
- Su capacidad de supervivencia en el medio ambiente.
- Métodos germicidas.

En la actualidad la mayoría de casos en que se conoce la etiología involucra B. G. N aerobios.

1. Klebsiella sp.
2. Enterobacter sp.
3. Pseudomonas sp.
4. Serratia sp.
5. Escherichia coli.
6. Proteus sp.

Staphylococcus aureus.

Agente más común.

Esp/te en niños y lactantes

Causa frecuente de infección de heridas quirúrgicas y cutáneas

Ppal patógeno en adultos, causa más frecuente de infecciones del tracto urinario

Han adquirido gran importancia como agente patógeno en la población pediátrica. E. coli, Staphylococcus epidermidis.

4.2.6.2 El paciente y su susceptibilidad

Los factores determinantes de riesgo son:

- Edad.
- Género.
- Presencia de infecciones anteriores.
- Enfermedades subyacentes.
- Tipo de cirugía.
- Estado nutricional.
- Factores genéticos.

4.2.6.3 El Tratamiento

Procedimientos Dx:

- Cateterismo cardiaco
- Aspiración de m.o
- Punción de órganos para biopsia

Uso de irradiación

Efecto sobre la resistencia del huésped.

Uso de ag. Quimioterápicos.

Alteración flora norm de piel, hipersensibilidad.

Uso generalizado de A.B

Selección de esp. Resistentes.

Estim del Cto de hongos.

Colonización.

Elementos para cuidado del paciente, pueden representar riesgo

Desinfectantes; contaminación por:

- Pseudomonas.

- Achromobacter.
- Serratia.

4.2.6.4 El Medio Ambiente

Por contacto

Directo: entre Ptes o Ptes y

Personal hospitalario

Indirecto: objt. Inanimados se contaminan y no son b. esterilizados

Por vehículo común

Alimento. Sangre, react. de Dx, medicamentos.

Por el aire

Como los agentes infecciosos han sido transmitidos a través de grandes distancias.

IIIH más frecuentes

1. Infección Respiratoria

Neumonía nosocomial

Más común

- mortalidad 20- 50%
- Etiología: mas frec.te Pseudomonas aeruginosa
- Otros: S. aureus, Klebsiella, E. coli (pediatria).
- Estos Mos proceden de: colonización de orofaringe.

Intubación endotraqueal

- Sistemas de asistencia respiratoria
- Equipos de soporte y terapia respiratoria
- La mayoría de neumonías son resultado de ASPIRACIÓN de Mos patógenos.

Colonizando superficies mucosas de vías respiratorias.

2. Infección asociada a dispositivos intravasculares

Septicemia

La más común

- El Mo penetra por varios sitios: recipientes (frascos, bolsas) soluciones (líquidos, alimentación parenteral) contaminación en equipos de venoclisis.

contaminación en sitio de inserción de catéter con Mos locales.

3. Infección urinaria nosocomial

Es la más común de todas las infecciones nosocomiales

Asociada al uso de catéteres uretrales

- Células del T. urinario permiten adherencia bacteriana Bacteriuria.
- Las bacterias pueden llegar a vejiga cuando:
 - a. En el momento de inserción del catéter
 - b. Una vez colocado el sistema de drenaje cerrado, este puede ser abierto en 2 sitios contaminado en el momento de algún procedimiento.

Prevención

- Evitar la cateterización prolongada de vías urinarias.
- Normas de asepsia.

Las fuentes de Mos en las vías urinarias son:

Bacterias que habitan en uretra o piel perineal.

La microflora intestinal se disemina hacia el periné o meato uretral.

Manos contaminadas del personal.

Soluciones antisépticas y de irrigación contaminadas, instrumental urológico.

4. Infección de la herida quirúrgica

La infección impide cicatrización e invade tejidos sanos circundantes.

El riesgo de infección depende de:

- localización de la herida.
- magnitud del Procedimiento Quirúrgico

Vigilancia de las IIH

Un programa para el control de la IIH debe contar con los siguientes elementos:

Comité de vigilancia epidemiológica.

Normas y medidas para manejo y cuidado de pacientes.

Normas de aislamiento.

Programa de esterilización y desinfección.

Programa de salud para empleados.

Programa de educación continuada en el hospital.

4.2.7 Efectos psicológicos

El niño internado se lo considera en riesgo vital y por ende, sus padres o familiares se encuentran en riesgo psicosocial, de ahí la preocupación del personal por brindar ayuda a este sector cuya salud se ve afectada en su campo emocional. Muniagurria, Gabriela. (1998) destaca la importancia de dar asistencia institucional hospitalaria a los padres del neonato:

Así como el riesgo orgánico demanda de la intervención médica precoz con el objeto de brindar cuidados intensivos neonatales que apunten a lograr la sobrevida del pequeño, el riesgo psíquico al que se ven expuestos sus padres por el impacto emocional de la internación del hijo Recién nacido, demanda también, de cuidados intensivos emocionales, que apunten a lograr la sobrevida y calidad de la vinculación padres-bebe. (p. 1)

Ante una situación de enfermedad en neonatos, la autoestima de sus padres sufre una baja porque su realidad es de constante estrés, miedo, confusión y angustia; un estado de alerta por los peligros que entraña, y donde la muerte resulta una amenaza constante en un período que debería un comienzo de vida. El hogar de los niños se rodea de una atmósfera hospitalaria con instrumentos y accesorios médicos: respiradores, sondas y sonidos de monitores. Sus padres tendrán que establecer los primeros vínculos con su hijo y tratar de atenderlo, prodigarle cariño y sobre todo un cuidado también intensivo. Es ahí donde el personal médico ha de ofrecer un soporte socio-emocional adecuado.

El personal de Enfermería desempeña una función principal, ya que se constituye en el referente más cercano a los padres. Es quien se relaciona día a día con ellos, en una situación terapéutica para ayudarlos a salir de la enfermedad y recuperar la salud tanto física como psicológica.

Dar pertenencia, seguridad y muestras de capacidad y profesionalismo son gestiones que ayudan a rescatar la confianza en los padres, a reducir su sensación de impotencia y temor de no ser asistidos a tiempo y con pertinencia. Es importante que el personal transmita que su intervención, su cálida voz tranquiliza al niño y son ingredientes de apoyo para que los padres logren un cierto equilibrio que ayuda a la

pronta recuperación. Otra forma de transmitir seguridad, es la información técnica pero comprensible del estado o evolución de la enfermedad. A su vez los padres han de manifestar sus propias necesidades y preguntas.

Es imprescindible que tengan una actitud responsable en procesos como la lactancia satisfactoria u otras formas de alimentación o de intervención médica. En el ámbito de cuidados intensivos neonatales es mucho lo que se puede hacer para salir de esta situación de crisis y con inteligencia emocional, así lo expresa la Dra. Fava Vizzielo, Graziella (1995):

El gran desafío de este fin de milenio para maximizar la calidad asistencial, será el de lograr unir las conquistas en el plano somático y psicosocial en un único modelo que pueda, cada vez más, adaptarse a las reales necesidades del recién nacido internado y sus padres. (p. 9)

Todo el equipo de salud desempeña una función psicosocial con los padres, esto es, de acuerdo al momento emocional por el cual atraviesan. El rol del especialista será reducir los factores de riesgo psicosocial y estimular vínculos o contactos emocionales seguros.

5. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS / PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

5.1 Hipótesis

El poco conocimiento del Personal de Enfermería sobre procedimientos de prevención de Infecciones Intrahospitalarias no permite tomar efectivas medidas preventivas y de control.

5.2 Preguntas

¿El desconocimiento sobre los procedimientos de prevención de las infecciones intrahospitalarias sería un factor desencadenante para la ocurrencia de las mismas?

6. MÉTODO

6.1 Justificación de la elección del método

Para la realización de esta Tesis, se utilizó el método analítico descriptivo, el mismo que permitió interpretar la realidad que se suscitó en el Hospital Guayaquil, durante los meses de enero – mayo del 2011.

La técnica para la recolección de datos se hizo en base a una encuesta dirigida al personal de Enfermería que labora en los tres turnos que laboran en el área de UCIN.

6.2 Diseño de la investigación

En el marco teórico se describieron los factores desencadenantes de las infecciones intrahospitalarias y en la Propuesta los pasos de las actividades que han de realizar las enfermeras para hacer su labor de prevención.

6.2.1 Muestra, selección de los participantes

Encuestas al personal de enfermería

1 Enfermera Jefa de área.

3 Licenciadas en Enfermería.

6 Auxiliares de Enfermería.

6.2.2 Técnicas de recogida de datos

La encuesta

Andino, Yépez (2001) “es una técnica que se sirve de un cuestionario debidamente estructurado, mediante la cual se recopilan datos provenientes de la población frente a una problemática determinada” (p. 165).

Méndez, C. (1994) manifiesta que:

La recolección de información por la encuesta se hace a través de formularios, los cuales, tienen aplicación en aquellos problemas que se pueden investigar por métodos de observación, análisis de fuentes documentales y demás sistemas de conocimientos. La encuesta permite el conocimiento de las motivaciones, actitudes, opiniones de individuos en relación a su objeto de investigación. (p. 106).

Es un operativo planificado, programado y sistematizado que ejecuta un investigador para obtener información sobre un conjunto de unidades de observación técnicamente seleccionado, el cual constituye parte representativa de un universo. Es una técnica utilizada para obtención de datos reales y objetos de poblaciones o muestras de población.

Dirigida al Personal Médico y al Personal de Enfermería.

6.2.3 Técnicas y modelo de análisis de datos

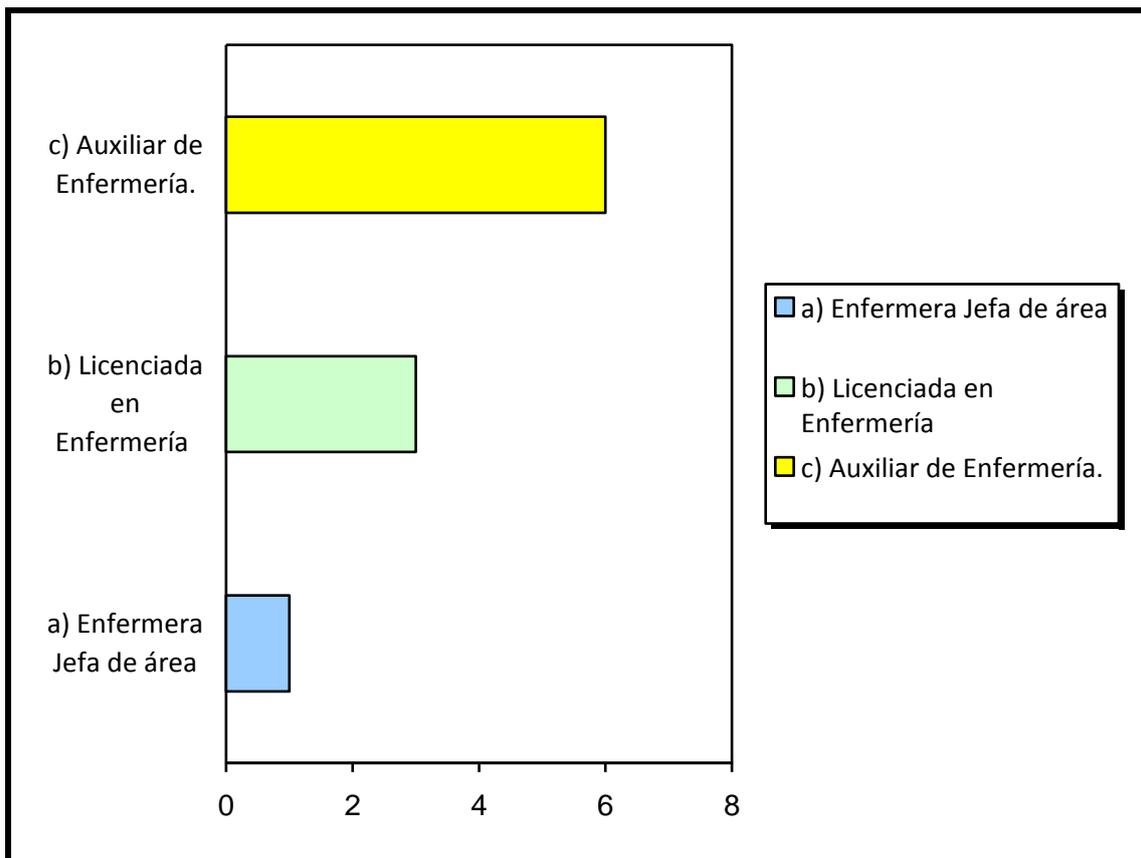
Se realizó un análisis descriptivo comparativo, en triangulación con el marco teórico y la opinión personal.

7. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS/RESULTADOS

ENCUESTA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL “DR. ABEL GILBERT PONTÓN”

1.- Título que posee o cargo que desempeña:

Gráfico No. 1



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

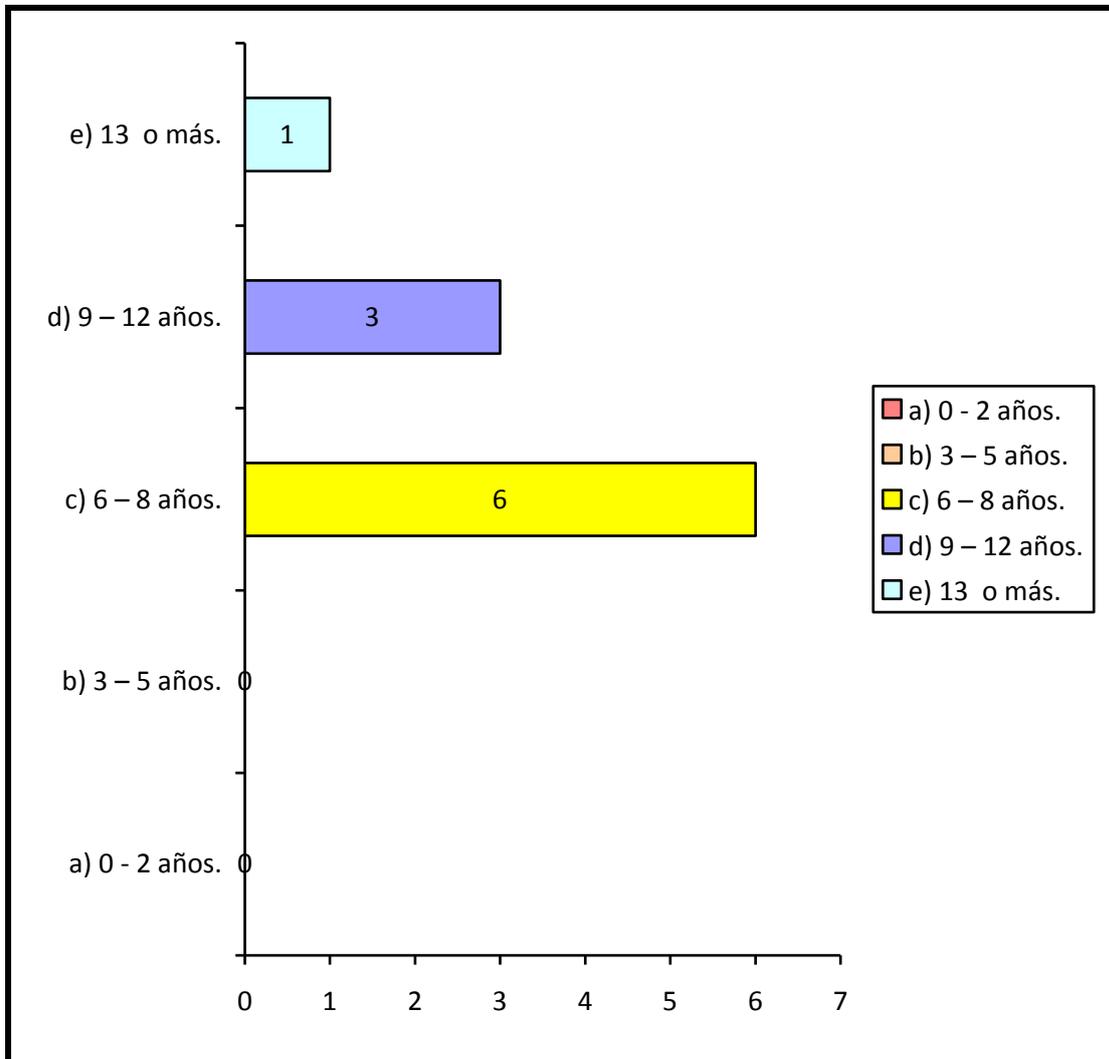
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

Este gráfico indica que el 60% del Personal es Auxiliar de Enfermería, lo que indica el bajo índice de personal Profesional de Enfermería que debe laborar en la Sala de Cuidados Intensivos, por ello, se constituyen en el grupo que debe recibir mayor información de cuidados intensivos neonatales para prevenir las infecciones intrahospitalarias.

2.- Tiempo que lleva laborando en el área de neonatos:

Gráfico No. 2



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

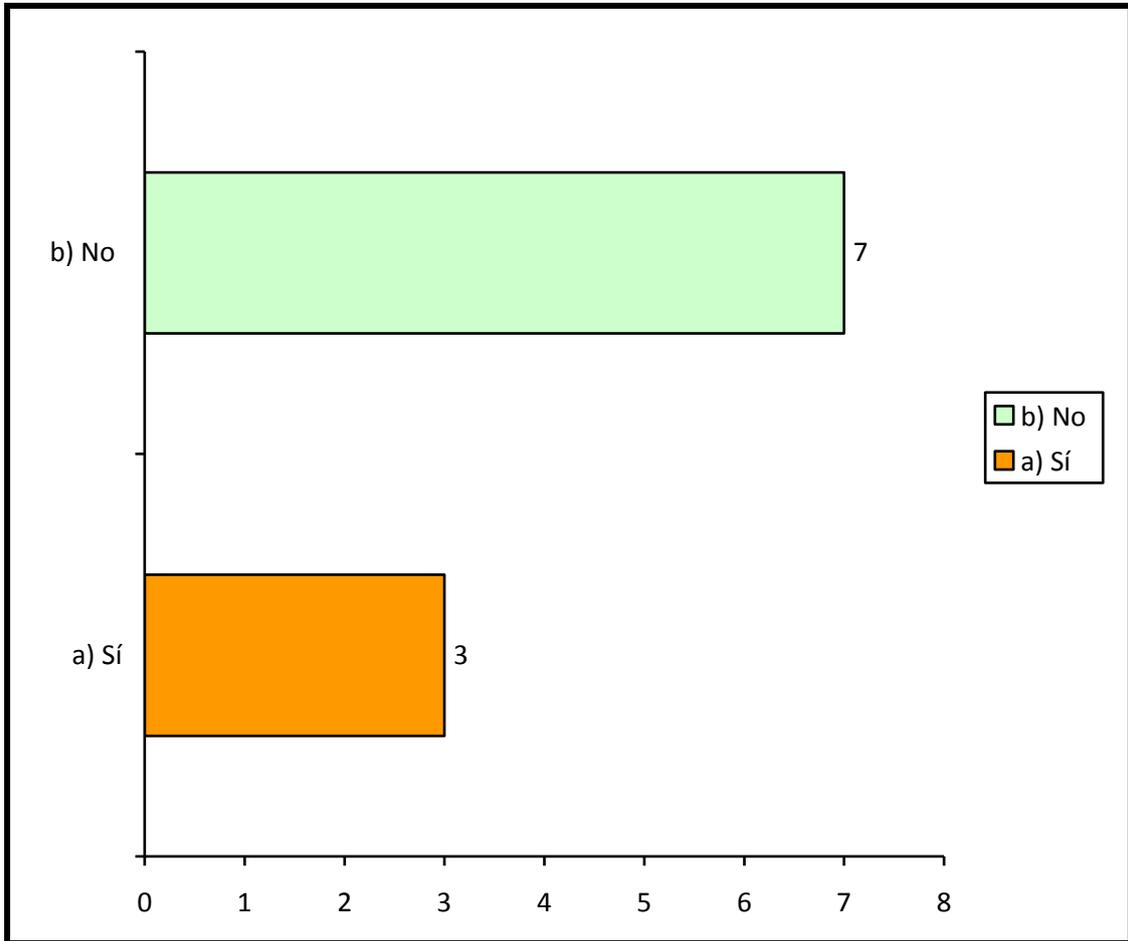
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

Se observa en el gráfico que el 60% del personal de Enfermería labora de 6 – 8 años en el área de neonatos, un 30% de 9 – 12 años y un 10% más de 13 años, sin embargo el personal que labora necesita información continua y actual sobre las técnicas asépticas, además de los conocimientos obtenidos por su experiencia.

3.- ¿Para atender a neonatos ingresados en la Sala UCIN, ha recibido alguna información?

Gráfico No. 3



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

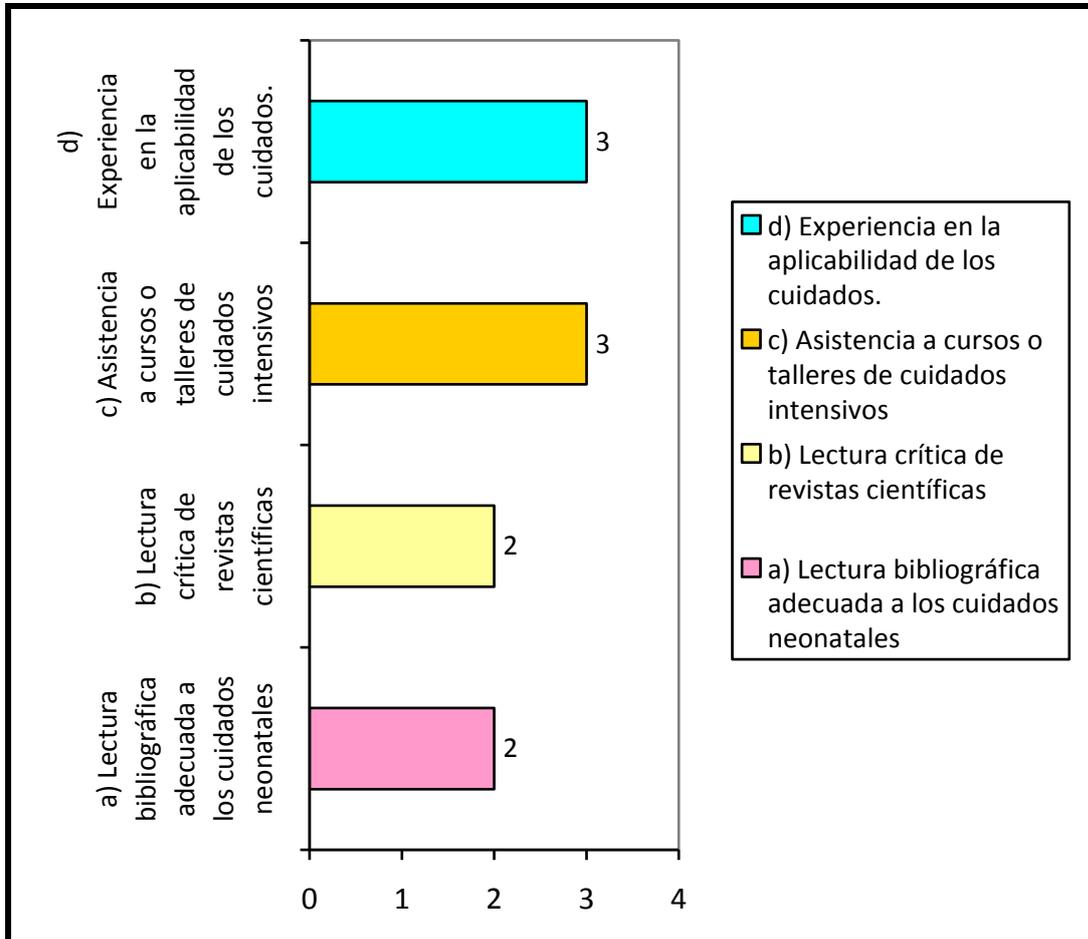
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

El gráfico determina que el personal de Enfermería posee alguna información, sin embargo, se debe tomar en cuenta que el trabajo desempeñado es de cuidados intensivos neonatales, situación que no da lugar a improvisaciones o el aprendizaje con la diaria experiencia, el personal debe recibir capacitación continua de acuerdo a la Sala donde labora pues es de suma responsabilidad, agilidad, pertinencia, adecuación técnica, metodológica y práctica.

4.- ¿En qué basa su atención y cuidados de prevención de infecciones intrahospitalarias en los neonatos?

Gráfico No. 4



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

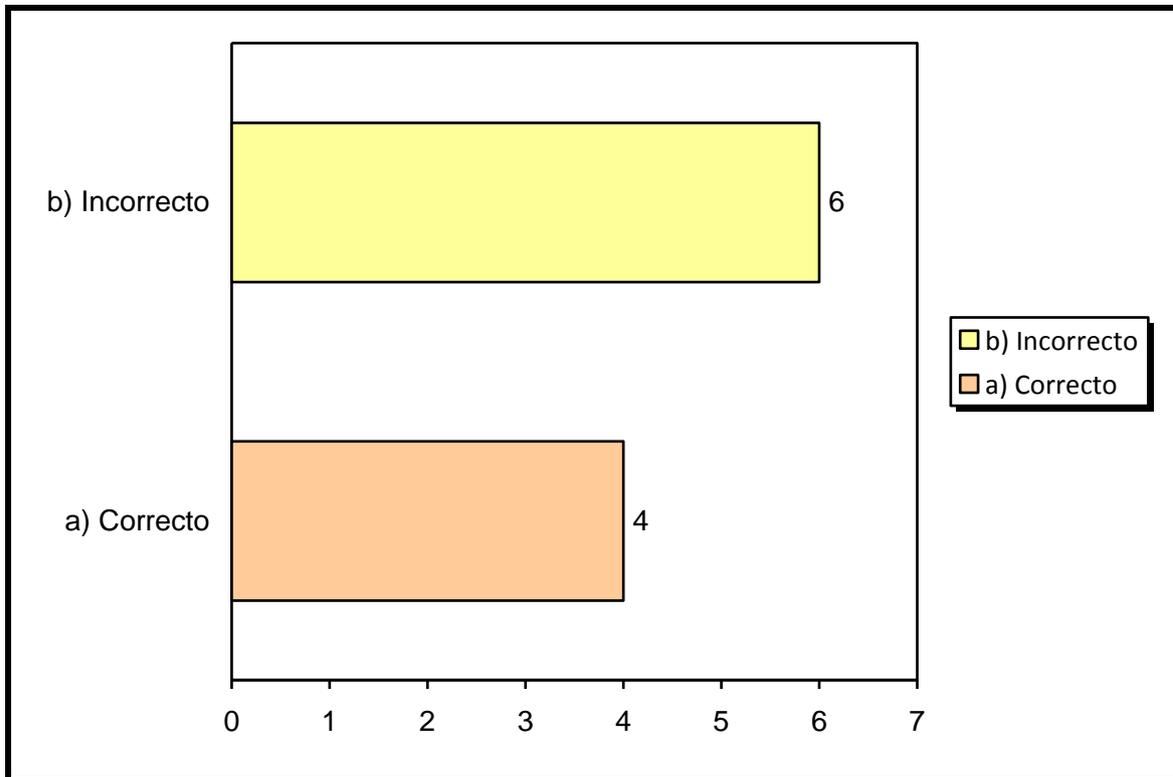
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

El gráfico evidencia que el personal de Enfermería basa sus cuidados en su experiencia o en asistencia a cursos o talleres sobre cuidados intensivos. Ello califica al personal no idóneo para prevenir sobre infecciones intrahospitalarias en la sala de cuidados intensivos; todas deben estar capacitadas previamente en técnicas para atender pacientes en estado crítico con la responsabilidad de atenderlos adecuadamente y seguros de no exponerlos a otras enfermedades.

5.- ¿Entiende por asepsia la condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones?

Gráfico No. 5



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

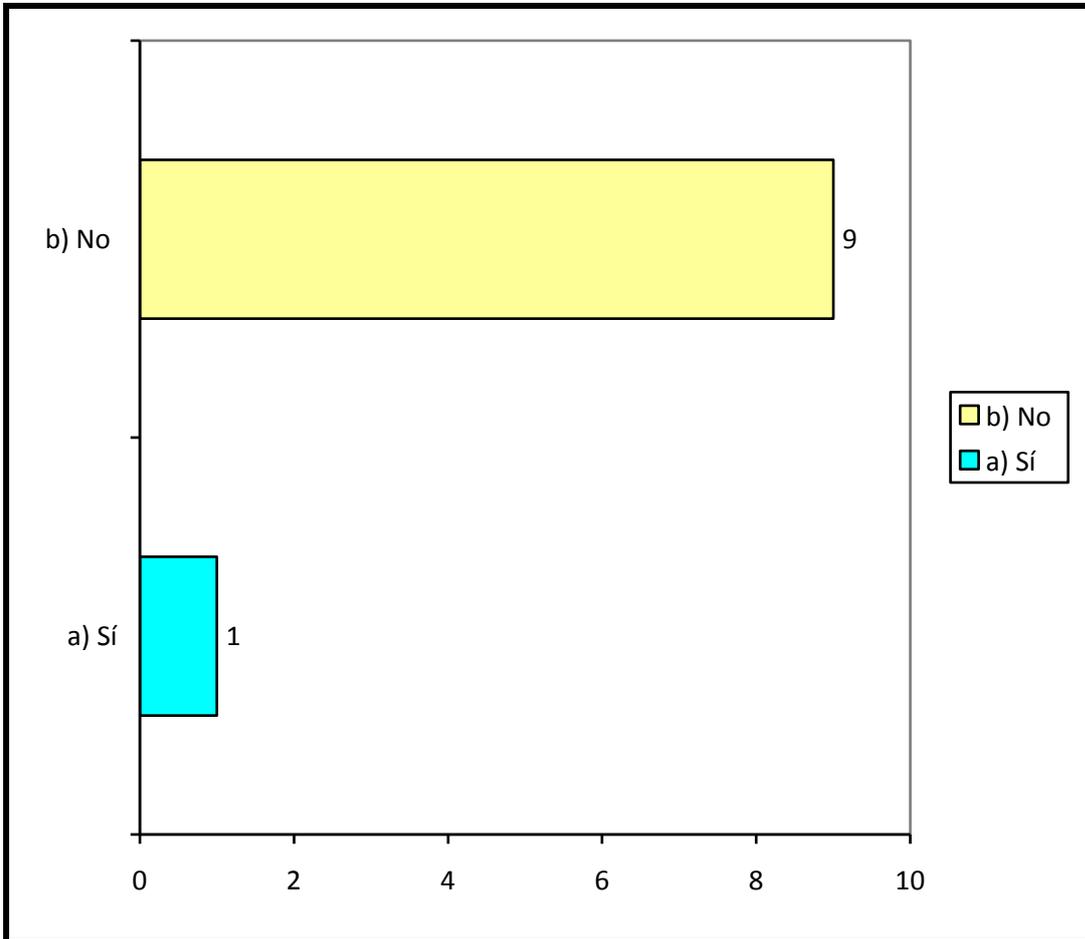
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

El gráfico demuestra que la mayoría desconoce el concepto de asepsia, esto no ayuda a comprender el significado y la importancia de prevenir el desarrollo de microorganismos que desencadenen en infecciones intrahospitalarias; las normas y procedimientos de sepsis deben ser estrictamente tomadas en cuenta en toda manipulación que se realice en la sala de neonatos.

6.- ¿Existe en el área donde usted trabaja, normas de procedimientos con técnicas asépticas para la atención de neonatos?

Gráfico No. 6



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

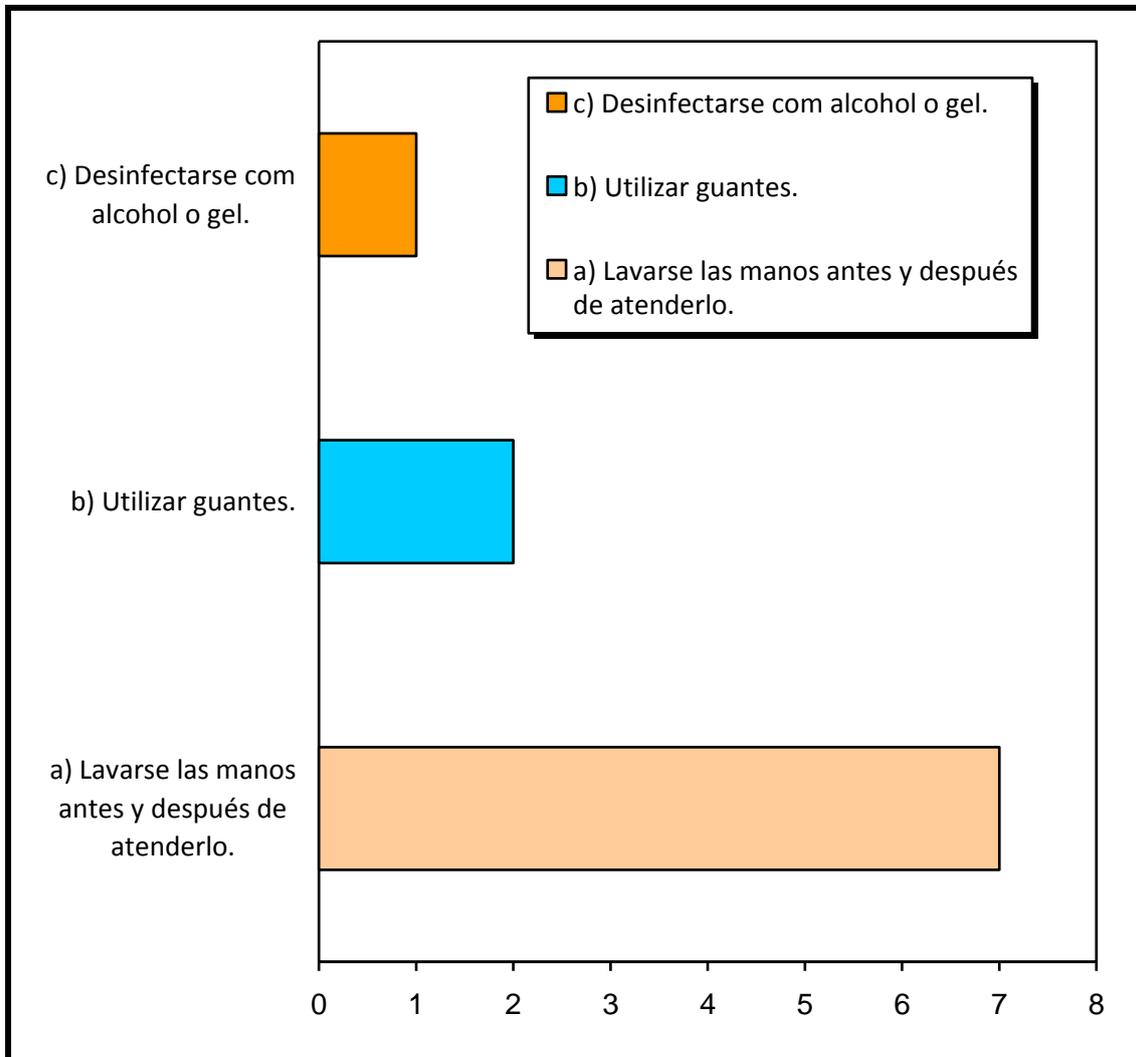
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

El gráfico evidencia la no existencia de normas para la atención de neonatos. Ello califica al personal no idóneo para trabajar en la sala de cuidados intensivos; todas deben estar capacitadas en técnicas para atender pacientes en estado crítico con la responsabilidad de atenderlos adecuadamente y seguros de no exponerlos a otras enfermedades.

7.- ¿Cuáles de las siguientes medidas de asepsia utiliza usted con más frecuencia al atender a un neonato?

Gráfico No. 7



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

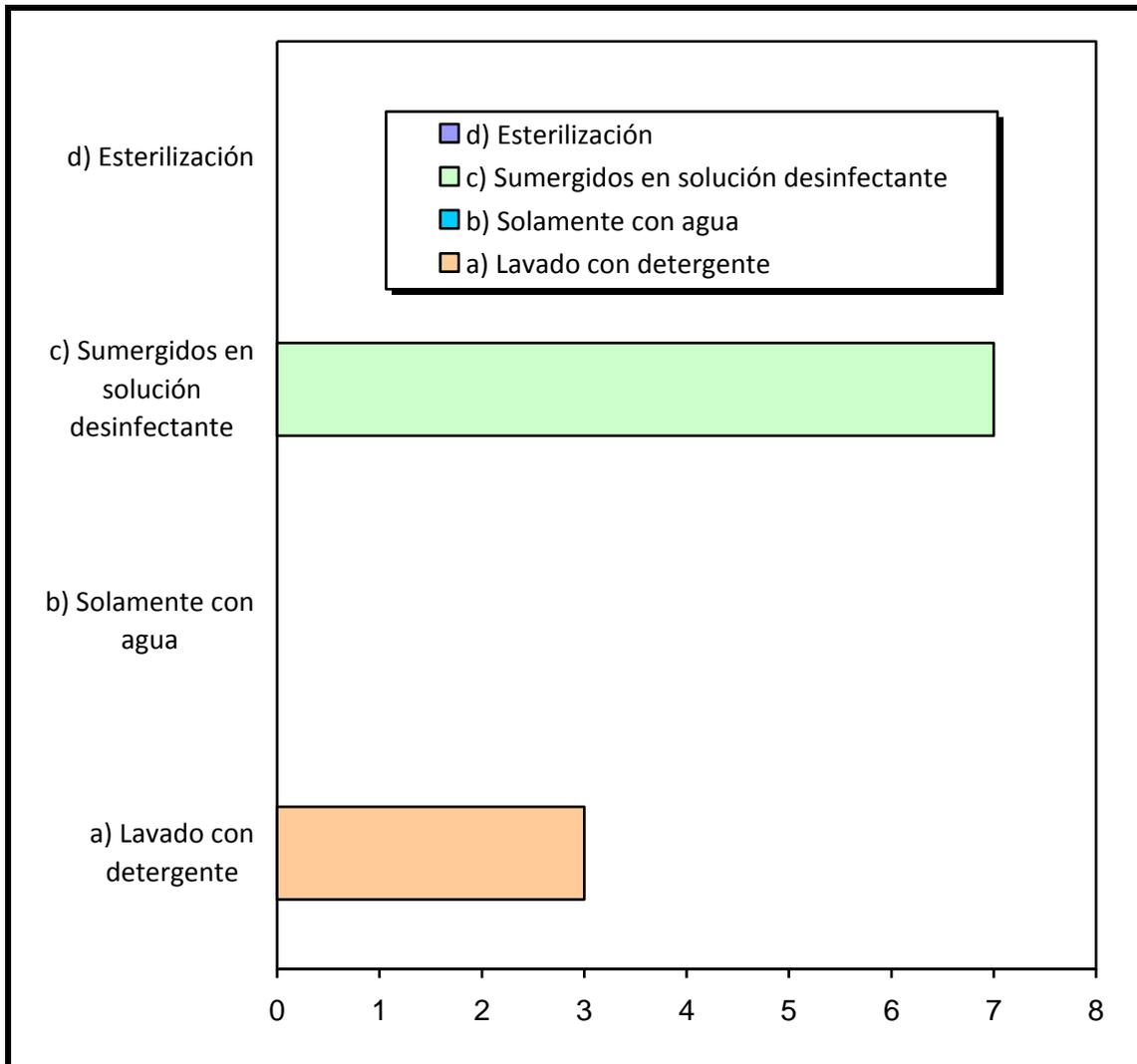
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

Se puede observar en el gráfico que la medida más inmediata es el lavado de manos, antes y después de atender al neonato. El personal de Enfermería ha de privilegiar esta forma de prevención científicamente aprobada por todos.

8.- ¿Indique cuál de las siguientes técnicas asépticas se utiliza con mayor frecuencia en el manejo de equipos y accesorios utilizados en el área de UCIN?

Gráfico No. 8



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

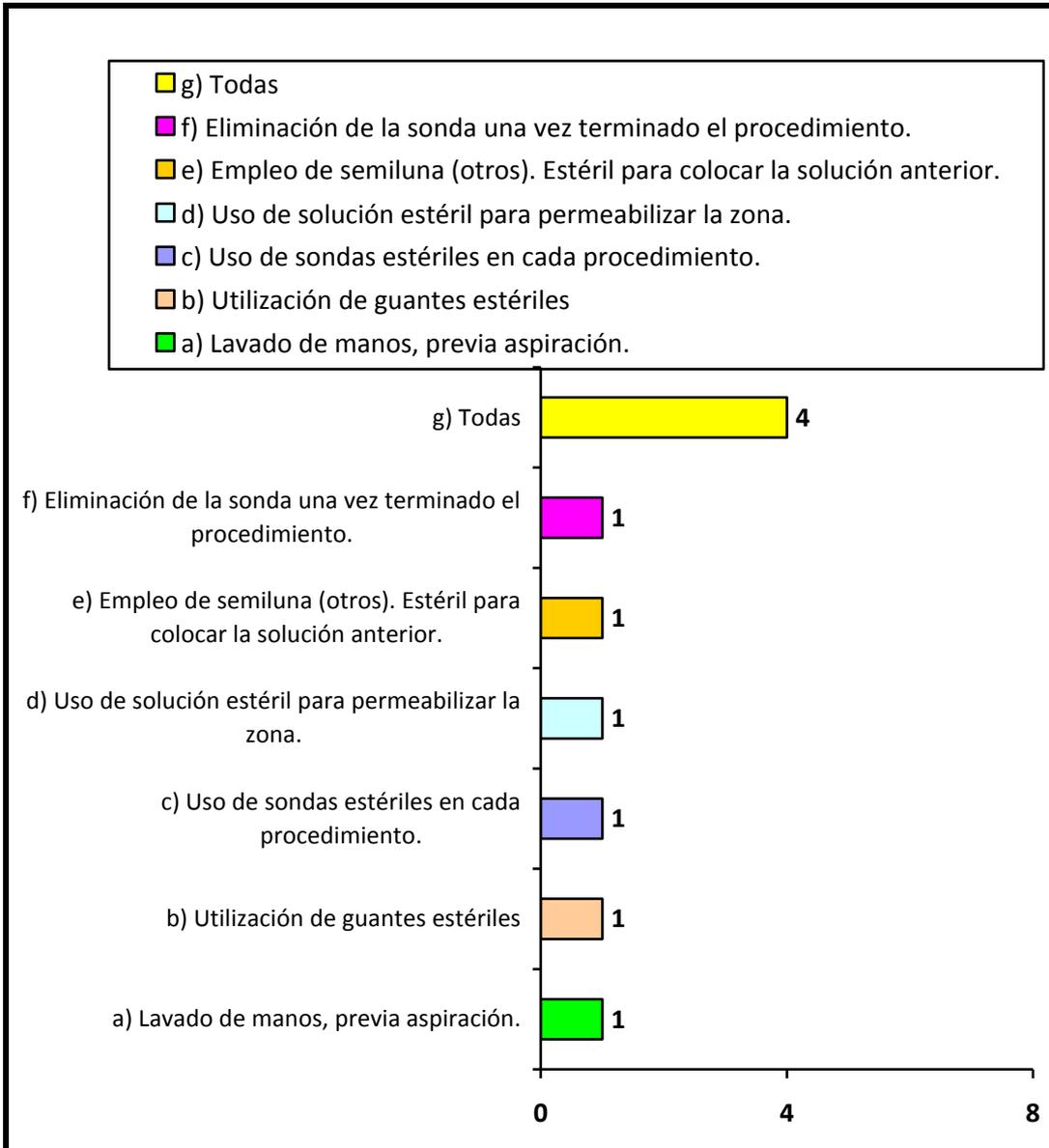
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

El gráfico muestra que el lavado que más se utiliza es el c) Sumergidos en solución desinfectante. Teniendo en cuenta que esta es un área de sumo cuidado, se considera que es la más apropiada.

9.- Cuando usted realiza aspiración de secreciones, ¿cuál de las siguientes técnicas asépticas cumple con mayor frecuencia?

Gráfico No. 9



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

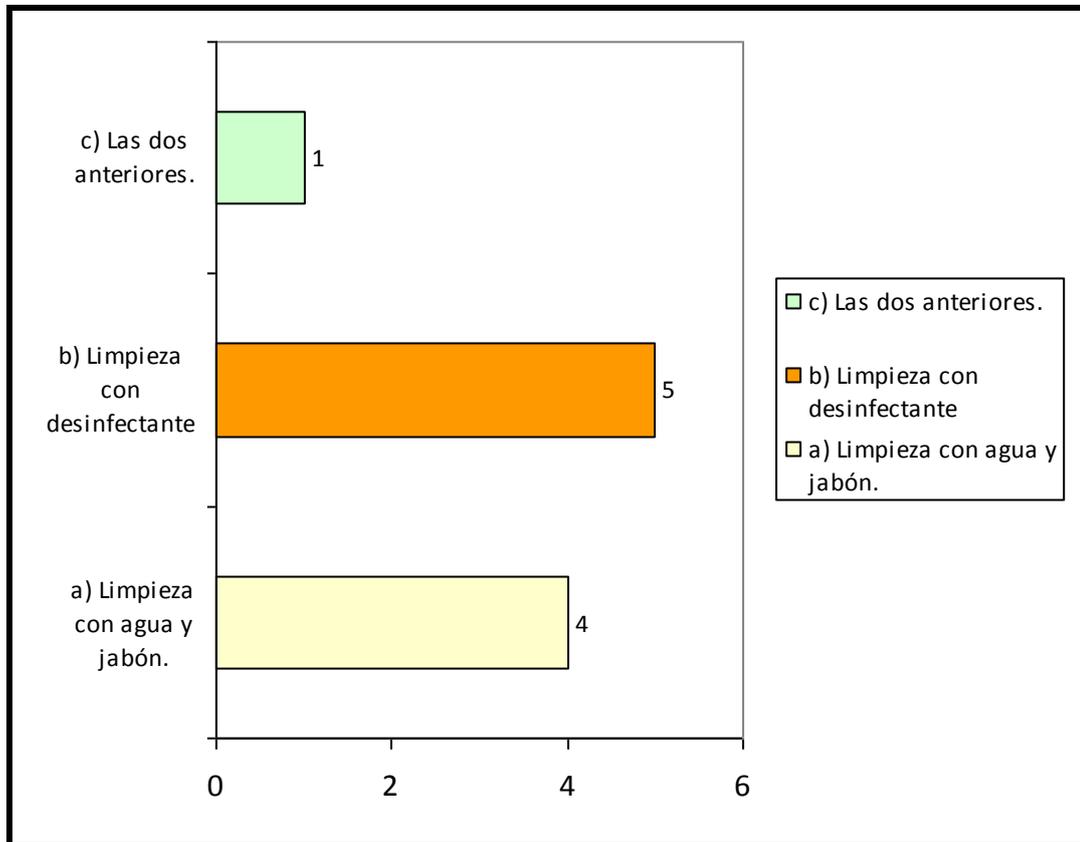
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

Se observa gráficamente que todas las medidas deben ser tomadas en cuenta, y, cada una merece especial atención dentro del proceso.

10.- Cuando un neonato es dado de alta o ha fallecido, ¿qué procedimientos realiza en la incubadora y en sus accesorios?

Gráfico No. 10



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

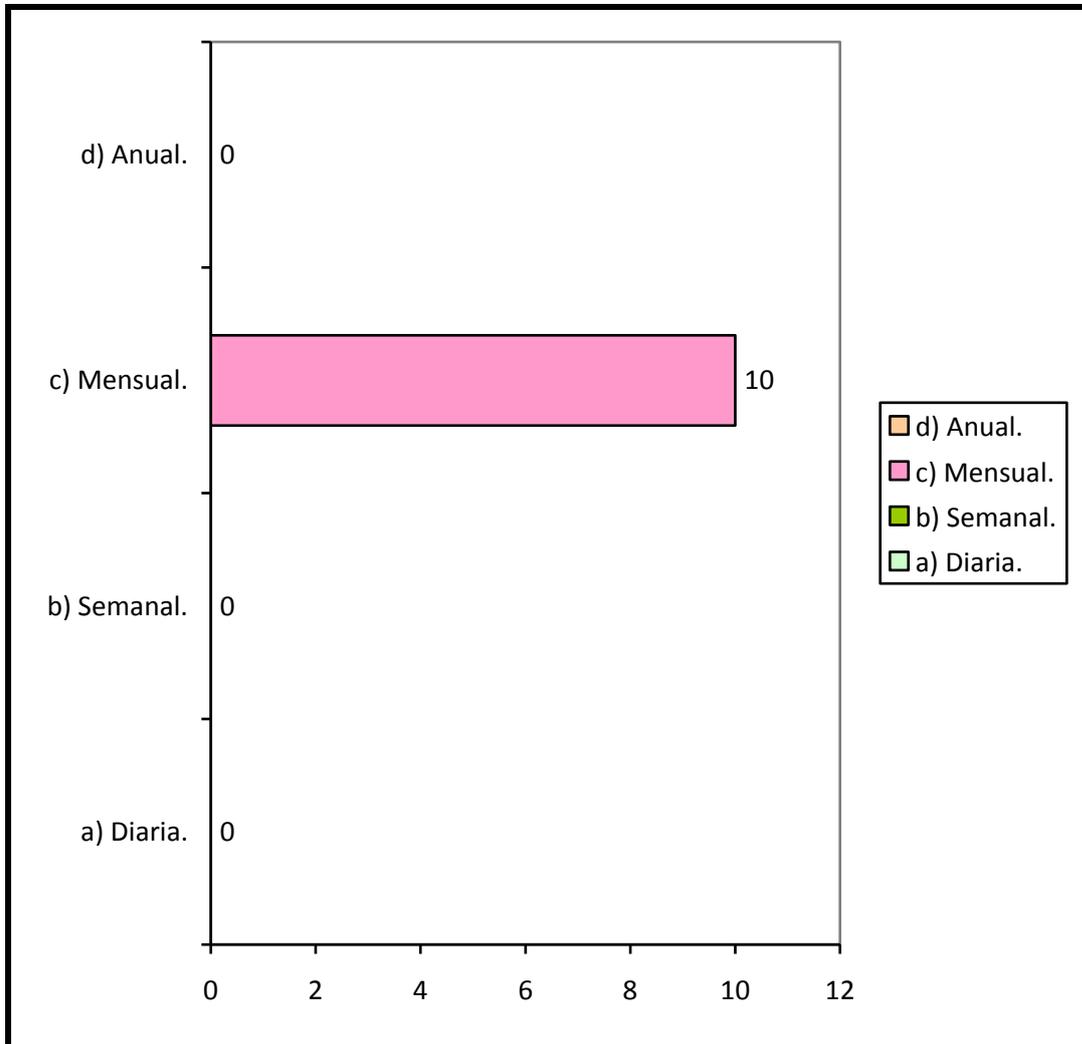
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

El gráfico muestra que la limpieza con desinfectante después de haber sido utilizada la incubadora es realizado por un 50%, sin embargo hay un 40% que lo hace con agua y jabón y un 10% utiliza los dos procedimientos, que es la manera más aséptica que siempre debería darse.

11.- ¿Con qué frecuencia se desinfecta el área de neonatos?

Gráfico No. 11



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

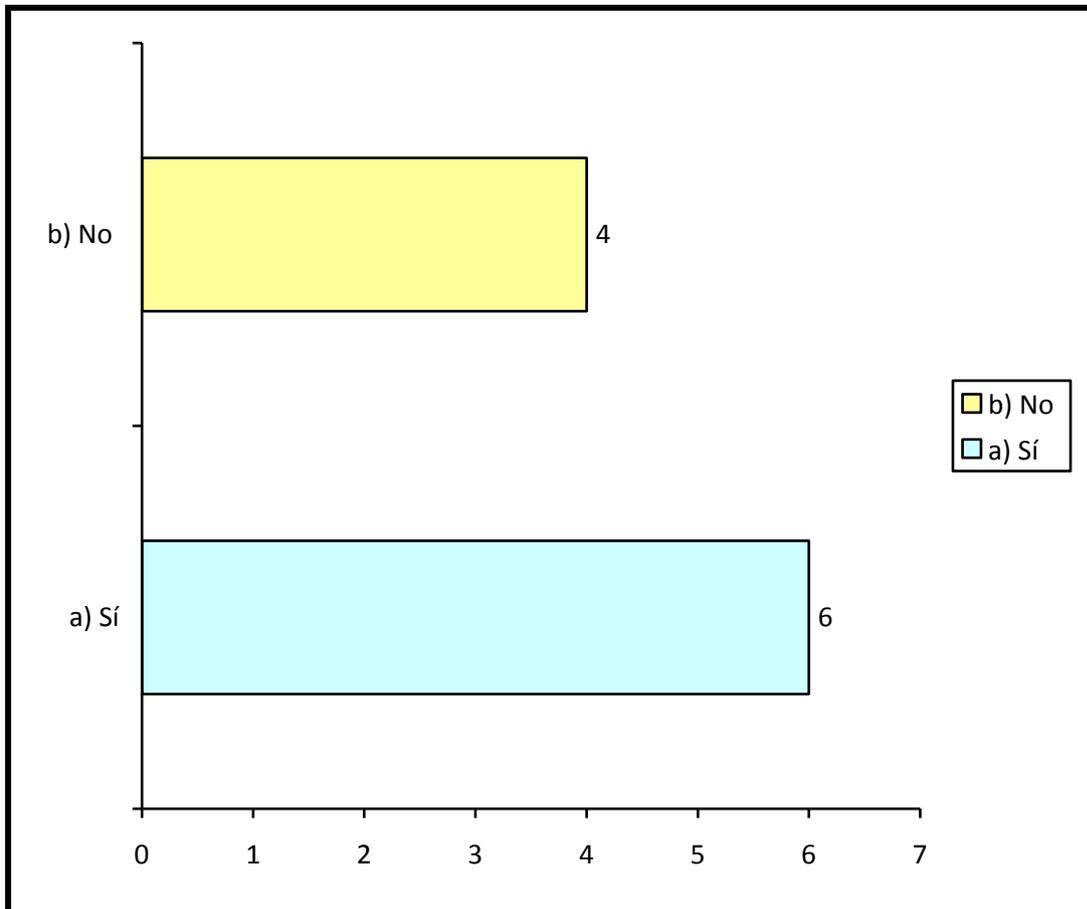
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

Se observa en el gráfico que la desinfección de la sala se hace mensualmente. Sin embargo, cuando hay alguna emergencia de contaminación, se acorta el tiempo para llevar a efecto el procedimiento con el fin de prevenir la contaminación de la sala y la consecuente infección intrahospitalaria.

12.- De acuerdo a su práctica profesional, ¿ha notado un incremento en los casos de infecciones intrahospitalarias en la sala UCIN?

Gráfico No. 12



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

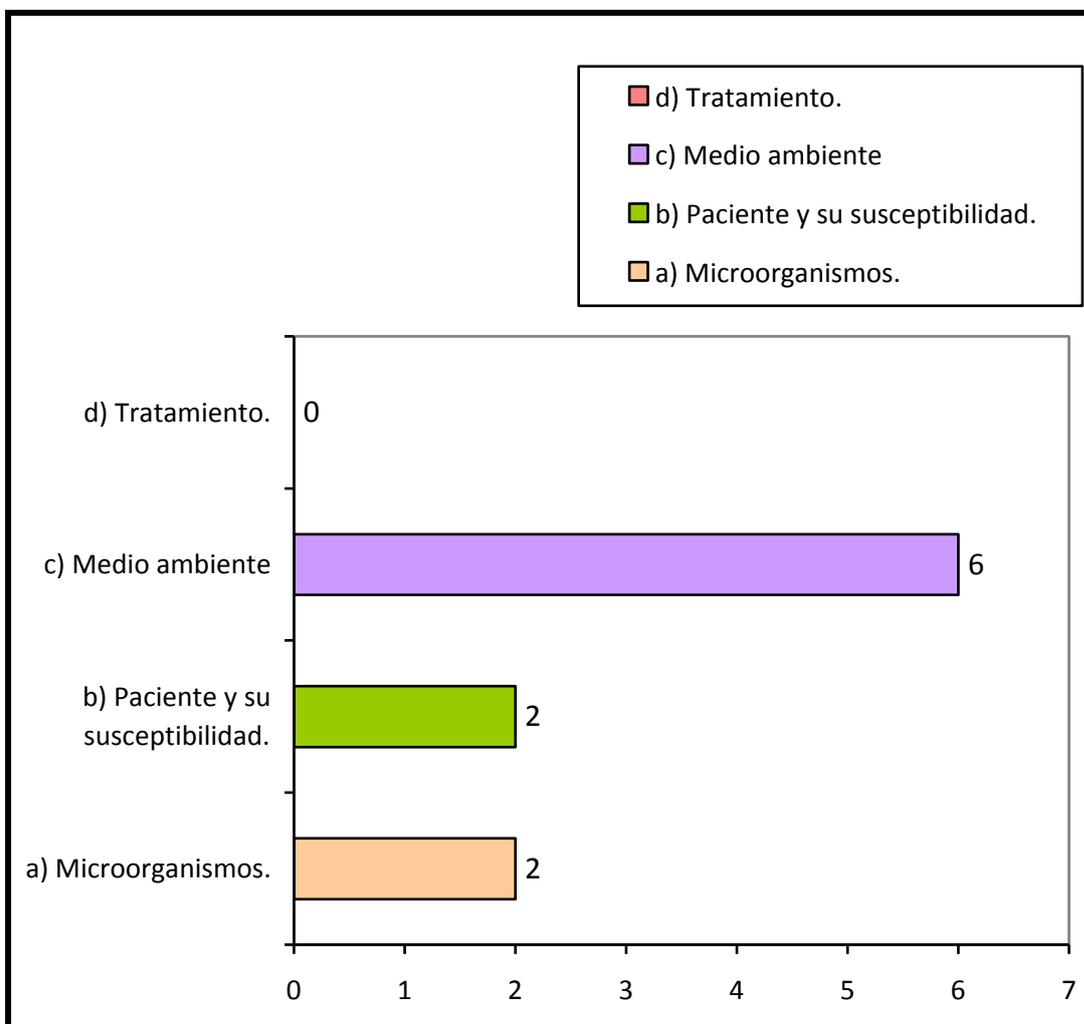
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

El gráfico demuestra que a percepción de la mayoría de enfermeras, un 60% observa el aumento de infecciones intrahospitalarias. El 40%, no pone atención a este incremento. La situación es un signo de alerta para que el personal institucional mejore sus técnicas de asepsia y busque la estructura física y material pertinente para esta área neonatal.

13.- ¿Cuál de las siguientes dimensiones considera de mayor riesgo para que se desencadenen las Infecciones Intrahospitalarias:

Gráfico No. 13



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

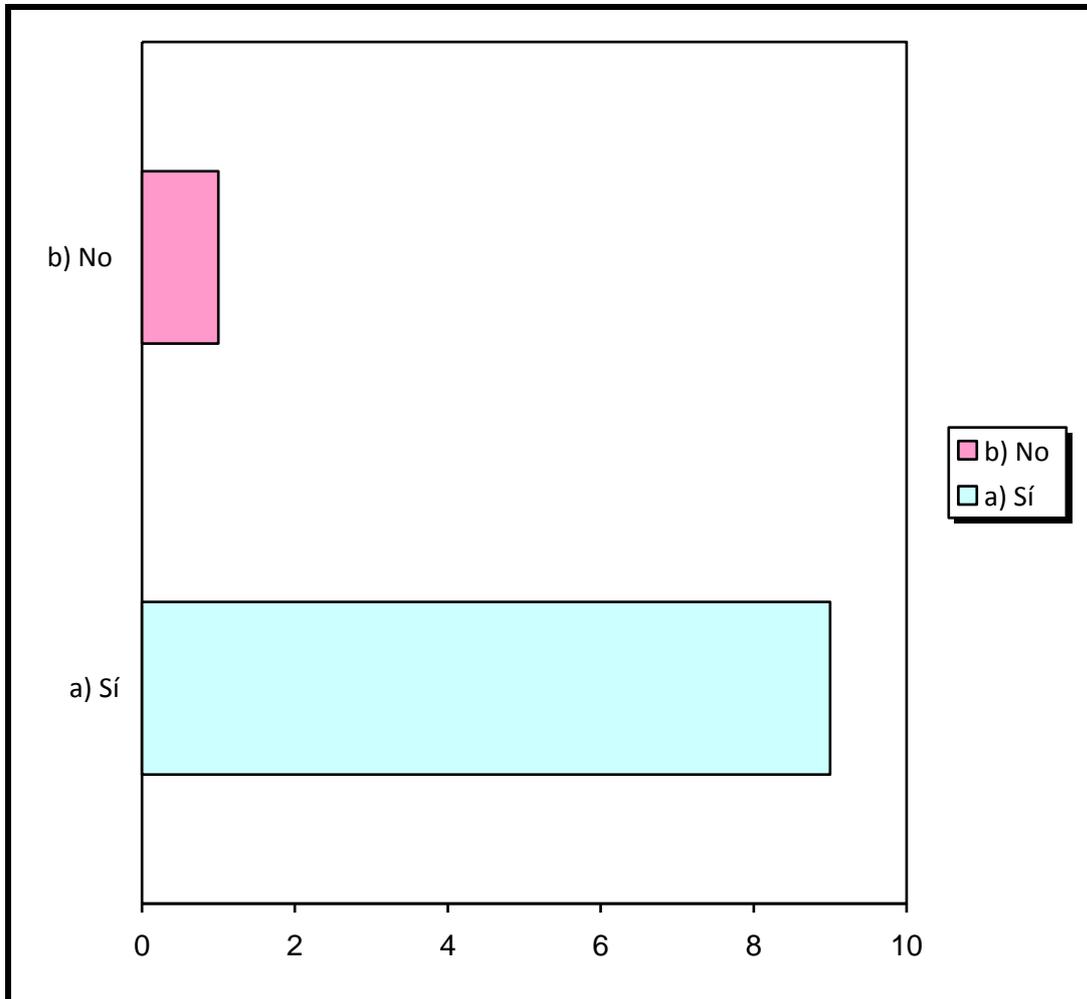
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

El gráfico muestra que la dimensión que se considera de mayor riesgo para las infecciones intrahospitalarias es la opción c) Medio ambiente. Con justificada razón, la prevención por medio de una atención segura del Personal de Enfermería garantizará la mejoría de los neonatos en corto tiempo y con menor costo para sus familiares.

14.- ¿Cree Usted necesaria mayor información sobre normas y procedimientos de Cuidados de Enfermería en la prevención de las Infecciones Intrahospitalarias?

Gráfico No. 14



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

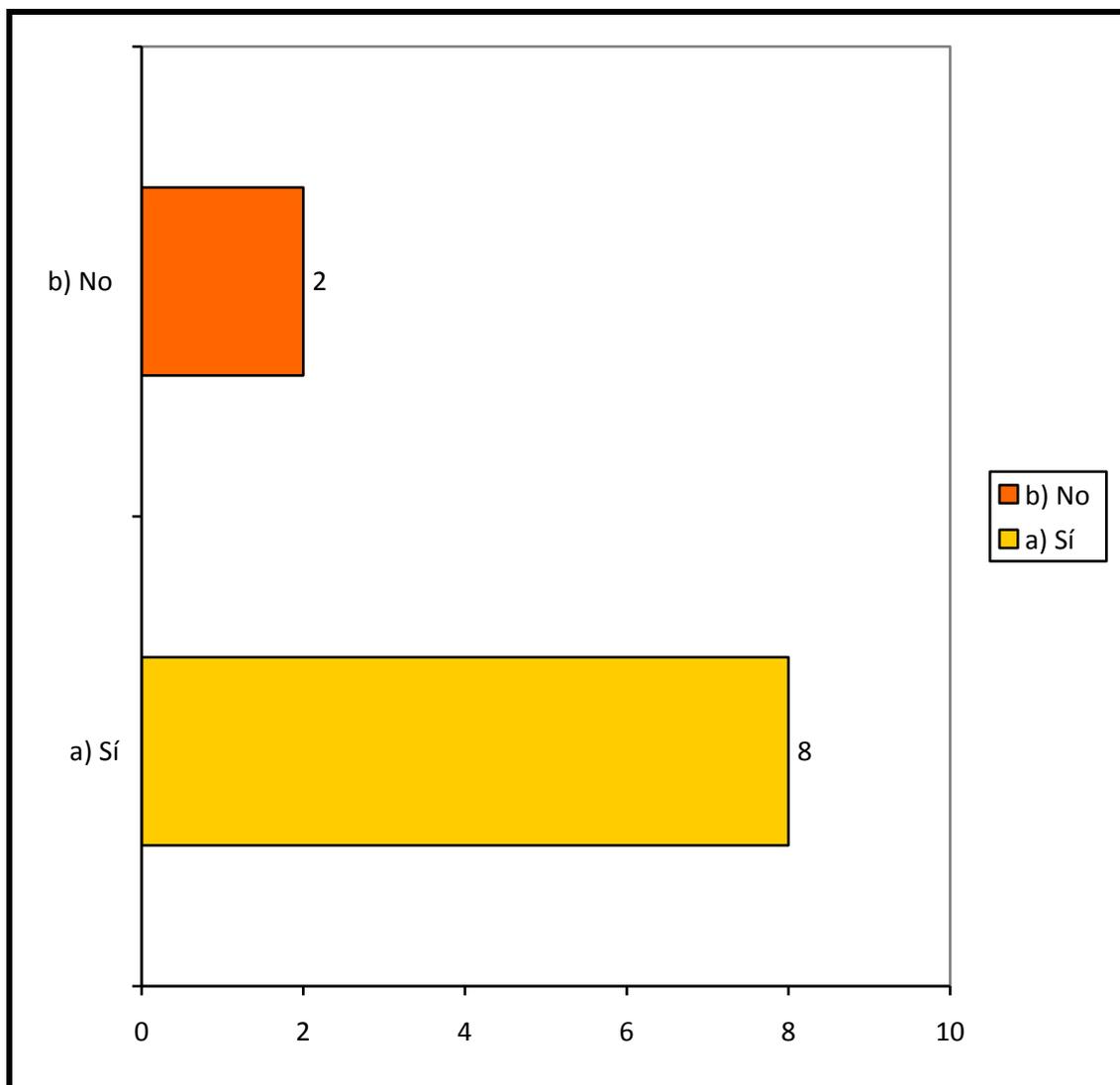
Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

Como se puede observar en el gráfico, el Personal de Enfermería requiere de mayor información sobre normas y procedimientos para cuidar a estos pacientes en estado crítico. Todo profesional debe estar actualizado ante los cambios o descubrimientos que en cuanto a avances de los investigadores aplican en el desempeño laboral.

15.- ¿Considera usted que el área UCIN necesita mejorar sus condiciones de equipamiento y provisión de insumos?

Gráfico No. 15



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón

Elaboración: Cathy Ubilla Carpio

Análisis:

En el gráfico se puede observar que el Personal de Enfermería necesita mejorar, se perciben fallas tanto en el equipamiento como en la provisión de insumos para el área UCIN.

8. ANÁLISIS DE LOS DATOS/RESULTADOS

En la Sala de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital, el 60% lo constituye Personal de Enfermería, es decir sus conocimientos requieren mayores conocimientos correspondientes a esta Sala. Además de la pues un 60% labora 6 a 8 años, necesitan de capacitación continua. Por ello necesitan cursos de técnica y metodológica especializada.

En cuanto a las normas, estas son desconocidas por un gran porcentaje de enfermeras, necesarias para una atención responsable a los pacientes neonatos en estado crítico. Igualmente las prendas de vestir son limitadas y se los deja para situaciones muy delicadas.

Las técnicas asépticas podrían mejorarse en cuanto a limpieza y desinfección de maquinarias, incubadoras y la sala en general. Existen situaciones de alerta para que el Personal ponga la debida atención en técnicas de asepsia y busque la estructura física y material pertinente en esta área neonatal.

El medio ambiente constituye el factor de riesgo de mayor amplitud, contra quienes hay que luchar tomando las medidas pertinentes, sobre todo en cuanto a cuidados de Enfermería.

El Personal de Enfermería expresa requerir de mayor información sobre normas y procedimientos para cuidar estos pacientes. Para ofrecer un servicio de calidad en salud, es conveniente la actualización en cursos sobre el tema y así su desempeño será óptimo.

Los familiares expresan no estar informados en su totalidad con respecto a las normas de higiene y cuidado que deben tomar para atender a los pacientes. Ello podría constituirse en la preocupación actual de ser factores desencadenantes de infecciones intrahospitalarias.

9. CONCLUSIONES

- En la Sala U.C.I.N. del hospital se identifica como principal factor desencadenante de infecciones, el ambiental, o sea la parte física, infraestructura y todos los implementos utilizados, objetos, termocunas y todo lo que corresponde a la manipulación del paciente, vestuario, lavado de manos en lo cual el cuidado de las enfermeras es de suma responsabilidad.
- El personal de Enfermería requiere de mayor información sobre normas y procedimientos para cuidar a los pacientes neonatos en estado crítico.
- En el Hospital Guayaquil, no existe una Guía de Enfermería para prevención de Infecciones Intrahospitalarias, los casos de infección intrahospitalaria han ido en aumento, lo cual constituye un problema de salud que preocupa a las Institución.
- En el Hospital Guayaquil, no existe una Guía de Enfermería para prevención de Infecciones.
- Los cuidados de Enfermería son esenciales para la prevención de infecciones intrahospitalarias.
- El personal de enfermería reconoce que todo profesional debe estar actualizado ante los cambios o descubrimientos que en cuanto a avances de los investigadores aplican en el desempeño laboral.
- El área de UCIN. necesita mejorar en cuanto a provisión de insumos y de equipamiento.

10. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

RECOMENDACIONES

- El Hospital debe atender a la situación de riesgo de Enfermedades Intrahospitalarias, y realizar continuas investigaciones para explorar los factores desencadenantes que podrían dar lugar a estas infecciones y que pueden ser prevenidas con normas de asepsia para todo el personal médico y de Enfermería.
- Se recomienda a todo el personal que atiende a los neonatos, estar actualizados ante los cambios o descubrimientos en cuanto a prevención se refiere en investigaciones como la actual para aplicarlas en el desempeño laboral.
- Se recomienda al Personal de Enfermería seguir normas y procedimientos de prevención y cuidado de Infecciones Intrahospitalarias, los pasos que serán incluidos en la presente Guía.
- Hacer monitoreo sobre las acciones de vigilancia y control que lleve a cabo el personal responsable sobre los casos presentados en cada servicio.
- Hacer una visita diaria al laboratorio de bacteriología para informarse sobre los resultados de los pacientes con diagnóstico de infección intrahospitalaria y de los cultivos bacteriológicos en general.
- Realizar visita diaria a los diferentes servicios del hospital, para obtener información oportuna de posibles IIH.

1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2. Alianza mundial para la seguridad del paciente. (2001): Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria: unas manos limpias son unas manos más seguras.
3. Arévalo JM, Arribas JL, Hernández MJ y Lizán M. (2001): Guía de utilización de antisépticos. Medicina Preventiva, Vol VII (1): 17-23.
4. Ávila FC, Ponce de León RS. (1999): Avances en infecciones Intrahospitalarias Tomo II. Asociación Mexicana de Infectología y microbiología Clínica.
5. CIE-10 Condensado. (2001): clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión.
6. Díaz RD, Solórzano F, Padilla G, Miranda M, González R, Trejo J. (1999): Infecciones nosocomiales. Experiencia en un hospital pediátrico de tercer nivel. Salud Pública México.
7. Eggimann P, Pittet D. (2001): El control de las infecciones en la U.C.I. Chest.
8. Grupo de trabajo EPINE, Vaqué J y colaboradores. (2005): Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en los hospitales españoles. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
9. Guía de higiene hospitalaria. (2004): Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid
10. Guía de procedimientos de prevención y control de las enfermedades transmisibles en el medio hospitalario (1999): Guía de procedimientos de limpieza en el medio hospitalario. Xunta de Galicia (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales: Dirección General de Salud Pública), año

11. Jamulitrat S, U Meknavin, Thongpiyapoom S. (1994): Factores que afectan el resultado de mortalidad <y el riesgo de desarrollar infección del torrente sanguíneo nosocomiales. Infect Control <Hosp Epidemiol.
12. Ministerio de Salud Pública. (2005): Dirección Provincial de Salud del Guayas. Hospital de Especialidades “Abel Gilbert Pontón” “Guayaquil”.
13. Muniagurria, G. (1997): Manejo Informativo en la U.C.I.N. Curso de formación continua para Enfermeras. Sanatorio Mitre. Buenos Aires.
14. Organización Mundial de la Salud, (2005): Eriksen HM, Iversen BG, Aavitsland P. Prevalence of nosocomial infections and use of antibiotics in long-term care facilities in Norway, 2002 and 2003. J. Hosp. Infection 2004.
15. Ponce de León RS. (1991): Infecciones intrahospitalarias y calidad de la atención médica. ¿Es posible ahorrar en salud? Salud Pública. México.
16. Preparado por: Dr. Ronald Alvarado F. ronald_alvarado@hotmail.com
dr.ronald.alvarado@gmail.com
17. Prevención de las infecciones nosocomiales. (2005): Guía práctica, Organización Mundial de la Salud. 2ª edición, año.
18. Prevención de la transmisión de la infección a través de la estructura, equipos y materiales utilizados en la atención al paciente (2001): Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.
19. Procedimientos, prevención y control de enfermedades transmisibles en el medio hospitalario. (2004): Guía de actuación para la implantación de un plan DDD en el medio hospitalario. <http://www.sergas.es/>

20. RP Gaynes, JR Edwards, Jarvis WR, Culver DH, JS <Tolson, Martone WJ. (1996): Nosocomiales en neonatos infectionsamong viveros de alto riesgo en el UnitedStates. Pediatría.
21. Rubio T, García de Jalón J, Sanjuan F, Erdozain MA, Sáinz de Murrieta JI, Escobar (2000): E. Control de infección. Precauciones estándar. Política de aislamientos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra.
22. WHO/CDS/CSR/EPH/(2002): Prevención de las infecciones nosocomiales: guía práctica. Disponible en:
www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/PISpanish3.pdf

Anexos

2. ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UCIN.

**PARA PREVENIR
LAS INFECCIONES
INTRAHOSPITALARIAS (IIH)**

Autora: Cathy Ubilla Carpio

Asesora: Lic. Glády Jarrín

PRESENTACIÓN

La presente Guía está orientada bajo las leyes y preceptos de la Bioseguridad Hospitalaria definida como el conjunto de normas y procedimientos que garantizan el control de los factores de riesgo, la prevención de los impactos nocivos y el respeto de los límites permisibles dentro de los procesos de atención en salud, la manipulación de elementos biológicos, la aplicación de técnicas bioquímicas, la experimentación genética y sus actividades conexas, para asegurar que su desarrollo o producto final no atente contra la salud ni el bienestar del consumidor final, usuario, personal que presta esos servicios o la comunidad, y tampoco afecten al medio ambiente.

La autora

NORMAS GENERALES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- a) El personal no debe de usar reloj o joyas (anillo, pulseras).

- b) Las manos y los brazos deberán lavarse con iodóforo o hexaclorofeno al inicio del trabajo. Las manos se lavarán con agua y jabón de pastilla después del contacto con cada niño y el objeto potencialmente contaminante.

- c) Dentro del cunero siempre deberá usarse bata larga, que será lavada en el hospital y de uso exclusivo dentro del área de neonatología.

- d) Los guantes, gorros y mascarillas no se consideran necesarios en las actividades de rutina.

- e) Debe de existir un número adecuado de enfermeras y personal auxiliar entrenado.

- f) Los técnicos, médicos y personal que permanezcan por tiempo limitado en el área deberán lavarse las manos y usar bata en la forma ya descrita.

- g) Limpiar con solución isodine al 1 x 200 el equipo de exploración antes de utilizarlo con cada paciente. No transferir del cubículo los equipos.

- h) No deberán introducirse los expedientes a los cubículos. La nota clínica se escribirá en la estación de médicos y enfermeras.

- i) La visita se limitará a los padres, los cuales deberán seguir el procedimiento indicado para el personal.

- j) Aislar a los niños infectados de acuerdo al tipo de aislamiento que se requiera.

- k) Los métodos invasivos que se realicen serán los estrictamente necesarios.

- l) Cualquier visitante o personal hospitalario que presente alguna enfermedad infecciosa aunque leve (lesiones cutáneas, infección de vías respiratorias superiores, enfermedades exantemáticas, hepatitis o diarrea) no podrá tener acceso a la sala.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROFILÁCTICOS EN LAS INFECCIONES DE LOS RN BAJO PESO

- Colocar al recién nacido en una incubadora para proporcionarle un ambiente térmico neutro y a aislarlo del medio ambiente.
- Uso de ropa estéril.
- Manipular al recién nacido lo menos posible, de ser necesario con guantes y sobretapas estériles.
- Lavado de mano vigoroso, antes de cada manipulación.
- Cambiar los depósitos de agua de las incubadoras cada 24 h y añadirle ácido acético al 2%.
- Realizar cambios de incubadora cada 7 días.
- Desinfección diaria de la incubadora con agua estéril por las paredes internas y alcohol al 76 % por la parte externa.
- Relación enfermera-paciente no mayor 1:2.
- Los dispositivos capaces de producir lesiones de la piel (electrodo de cardiomonitores, colectores de orinas, entre otros) sólo se usarán el tiempo estrictamente necesario.
- Evitar la humedad dentro de la incubadora, pues favorece a la proliferación de gérmenes.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROFILÁCTICOS DE LAS INFECCIONES CON LOS CATÉTERES

- El material de proceder debe estar estéril.
- Extremar las medidas de asepsia y antisepsia durante la realización del proceder.
- Realizar desinfección mecánica (agua y jabón) y química (alcohol al 76% y yodo povidona) de la zona antes de la punción.
- Acortar el tiempo de permanencia y que sea el estrictamente necesario.
- No extender la estadía del catéter más allá de lo indicado, catéter umbilical (máximo 7 días), catéter epicutáneo (máximo 21 días).
- Lavado de mano vigoroso, antes de la manipulación.
- Uso de guantes estériles cada vez que se va a manipular el catéter.
- Proteger la conexión y la llave de 3 pasos con torundas o apósitos estériles.

- Tomar muestra rutinaria de los catéteres.
- Vigilar los signos de infección del área canalizada (rubor, calor, inflamación, flebitis), en caso de existir, retirarlo inmediatamente.
- Evitar el reflujo de sangre por el catéter, en caso de refluir sangre, lavar con solución salina o dextrosa al 5%.
- Evitar que la entrada de los catéteres hagan contacto con áreas no estériles.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PROFILÁCTICOS DE LA INFECCIÓN DURANTE LA VENTILACIÓN

- Acortar el tiempo de permanencia según las posibilidades del neonato.
- Aspirar cuando sea necesario y en un tiempo breve.
- Control bacteriológico frecuente de las secreciones y conexiones.
- Cambios de conexiones del equipo y los depósitos de agua del humidificador cada 24 h.
- Evitar la presencia de agua en los circuitos del recién nacido, pues favorece la proliferación de gérmenes.
- La manipulación de las conexiones deben ser con guantes estériles.
- Lavado de mano vigoroso, antes de la manipulación.
- Relación enfermera-paciente 1:1.
- Vigilar signos y síntomas de infección.
- Extremar las medidas de asepsia y antisepsia.
- Realizar una adecuada desinfección a las conexiones del ventilador, con la solución antiséptica disponible y luego esterilizar.

NORMAS GENERALES DE HIGIENE Y EPIDEMIOLOGÍA PARA PREVENIR INFECCIÓN

- El acceso al departamento debe ser limitado.
- Lavado de mano higiénico antes de entrar al departamento.
- Cumplir estrictamente el flujograma del departamento.
- Uso correcto de las soluciones desinfectantes disponible.
- Uso correcto del porte personal (evitar las prendas, pelo recogido, ropa adecuada).

- Evitar el hacinamiento en la sala y de personas en los cubículos.
- Las unidades de neonatología deben tener una buena climatización.
- El material estéril debe estar bien protegido y durar el tiempo reglamentado.
- Cumplir las normas del uso y desinfección del material estéril.
- Mantener una buena higiene en el departamento.
- Cumplir las normas de aislamiento en un paciente séptico.
- Llevar un control estricto de los cultivos y perfiles de sepsis de los pacientes.
- Acortar la estancia de los neonatos en el departamento, según sus posibilidades.
- No usar indebidamente los antibióticos para evitar de esta forma la resistencia antimicrobiana.

NORMAS PARA MANEJO DE LA VÍA AÉREA

Procedimientos específicos:

1.- Previo a, e inmediatamente después de, efectuar cualquier procedimiento sobre la vía aérea, el anestesiólogo y el personal asistente deberán cumplir con la precaución universal de un adecuado lavado de manos. Deberán permanecer libres de joyas y relojes durante la jornada de trabajo.

2.- Se utilizarán guantes estériles para proteger al paciente en los casos de enfermedades que cursen con inmunodepresión o susceptibilidad aumentada a las infecciones como las neoplasias, la fibrosis quística del páncreas, grandes quemados, insuficiencia renal crónica, recién nacidos, etc.

Los guantes deben cambiarse entre pacientes y cada vez que se complete un procedimiento y se vaya a efectuar otro diferente en el mismo paciente. Una vez contaminados los guantes no se debe seguir trabajando con ellos puestos pues se contamina todo lo que ellos toquen.

3.- Los tubos endotraqueales y las sondas de aspiración serán siempre estériles y desechables.

4.- Las máscaras laríngeas, las cánulas oro y nasofaríngeas, los conductores de tubo traqueal, los fonendos esofágicos, los sensores de temperatura esofágica, las máscaras faciales y las de tipo Campbell con su correspondiente humidificador serán elementos estériles que se utilizarán en un solo paciente y podrán ser reprocesadas.

5.- Las hojas de los laringoscopios y la pinza de Magill se descontaminarán después de cada uso mediante técnicas de lavado y desinfección de nivel bajo (con alcohol). El mango recibirá el mismo proceso al final de cada jornada de trabajo y cada vez que se

vea macroscópicamente contaminado. Siempre existirá un laringoscopio con su correspondiente juego de hojas, estéril, debidamente sellado, para ser utilizado en pacientes inmunodeprimidos. Cada vez que un laringoscopio se utilice en pacientes reconocidamente infectados, este será sometido –mango incluido- a esterilización.

6.- El laringoscopio estéril o desinfectado se manejará siempre en una caja de plástico de tamaño adecuado, sin perforaciones, para este uso exclusivo. En esta caja será depositado inmediatamente después de utilizarse, no debiendo tocar ni contaminar ninguna otra superficie. Esta caja y su tapa se utilizarán también como bandejas para depositar en ellas la máscara facial cuando no se esté utilizando, la pinza de Magill, la cánula oro o naso faríngea, la máscara laríngea, etc. Esta caja y su tapa se desinfectarán de igual forma y simultáneamente con el laringoscopio correspondiente.

7.- Las pinzas de Magill después de procesadas deberán mantenerse envueltas en manga plástica, de preferencia estéril.

8.- Los circuitos pediátricos Mapleson D y la modificación de Jackson Rhee siempre se utilizarán estériles para cada paciente y se reesterilizarán después de cada uso. Con estos circuitos no será necesario considerar el uso de filtros bacterianos, salvo en las patologías mencionadas, en que se utilizará un filtro exclusivo para ese paciente, adosado al tubo traqueal o a la máscara laríngea o facial, a fin de limitar el número de microorganismos que se liberen al medio ambiente.

9.- Las mangueras de las ramas inspiratoria y espiratoria, más la pieza en Y, el codo, la línea de muestreo del capnógrafo de flujo lateral y la bolsa del circuito circular serán estériles para cada paciente y se reesterilizarán después de cada uso.

10.- Un filtro bacteriano a la entrada del canister protegerá la máquina de anestesia y otro a su salida protegerá al paciente. Estos filtros se desecharán y reemplazarán por otros nuevos una vez a la semana. El circuito circular completo, incluyendo los filtros, se desechará de acuerdo a los criterios expuestos en el punto 8.-

11.- Los capnógrafos de flujo central se reemplazarán a la brevedad por otros de flujo lateral. En el intertanto las cámaras de sus sensores serán lavadas entre paciente y paciente.

12.- En aquellos pacientes cuyo peso sea inferior a 5 kg. y se sometan a cirugías que duren una hora o más o salgan a ventilación mecánica se utilizará un filtro HME.

13.- Los elementos del circuito circular que corresponden a la máquina de anestesia: canister, mangueras, fuelle, cabezal o base del ventilador, válvulas inspiratoria y espiratoria, válvula APL, selector ventilador-bolsa, cuerpo del circuito estarán

protegidos de contaminación por el filtro bacteriano y no requerirán esterilización. El canister deberá lavarse con agua tibia y detergente suave cada vez que se cambie la cal sodada, de preferencia al final de una jornada laboral.

14.- Las superficies de la máquina de anestesia y de toda el área de trabajo, incluyendo los monitores, deberá limpiarse entre paciente y paciente con agua tibia y un detergente suave. Para facilitar esta tarea, estas superficies deberán mantenerse lo más despejadas posibles.

15.- Los mecanismos internos de la máquina de anestesia, vaporizadores, flujómetros, reguladores de presión, manómetros, etc. hasta la salida de los gases frescos no requieren cuidado especial. Lo mismo sucede con el mecanismo de scavenging cuando éste existe.

NORMAS PARA MANEJO DE VIAS VENOSAS PERIFERICAS, CENTRALES Y LINEAS ARTERIALES

RECOMENDACIONES GENERALES:

SUPERVISION DE INFECCION ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL:

1. Instar a familiar del paciente a reportar a sus cuidadores cualquier cambio en el sitio del catéter o algún nuevo disconfort en relación a catéter.
2. Registrar el operador, fecha y hora de inserción o remoción y cambios de parche. En ficha para inserción y cambio de catéter y en el mismo parche cuando se trate de cambios de este.

HIGIENE DE MANOS:

1. Mantener una apropiada higiene manual para procedimientos consistente en lavando manos con jabón antiséptico y agua, o espuma líquida. Adecuado lavado antes y después de palpar sitios de inserción, insertar, reemplazar, acceder o parchar un catéter intravascular. Palpación del sitio de inserción de catéter no debe ser hecha después de la aplicación de antiséptico a menos que se mantenga técnica aséptica.

2. El uso de guantes no obvia la necesidad de adecuado lavado de manos.

TÉCNICA ANTISÉPTICA DURANTE INSERCIÓN Y CUIDADOS DE CATÉTER VENOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO

1. Mantener técnica aséptica para la inserción y cuidados de catéteres intravasculares.
2. Guantes limpios o guantes estériles al instalar un catéter intravascular. Para la inserción de catéteres venosos periféricos es aceptable uso de guantes limpios más que guantes estériles si el sitio de inserción no será tocado luego de la aplicación de antisépticos. Guantes estériles se requerirán para la inserción de catéteres venosos centrales y catéteres intraarteriales.
3. Guantes limpios o estériles cuando se cambien parches de catéteres intravasculares.

INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL O ARTERIAL

1. No usar rutinariamente desnudación venosa o arterial como método de inserción de catéteres.

CUIDADOS DE SITIO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

1. El paciente debe recibir un baño con agua y jabón al momento de ingresar a la sala cuando esto es posible. Solo después de este aseo general está en condiciones de ser intervenido por el equipo de salud.
2. Desinfectar con un antiséptico apropiado antes de la inserción del catéter y durante los cambios de parche. De preferencia usar preparaciones de clorhexidina al 2% de no contar con esta se pueden usar tintura de yodo, alcohol yodado o alcohol 70%. No se pueden hacer recomendaciones con respecto al uso de clorhexidina en niños menores de 2 meses.

3. Permitir que el antiséptico permanezca en el sitio de inserción y se seque al aire antes de insertar el catéter. Permitir que la povidona yodada permanezca al menos dos minutos en sitio de inserción o más si no se ha secado antes de iniciar inserción del catéter.
4. No aplicar solventes orgánicos (acetona o éter) sobre la piel antes de insertar catéter o durante los cambios de parche.
5. Usar gasa estéril más parches estériles, transparentes y semipermeables para cubrir sitio del catéter.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS

1.-Generalidades:

El siguiente documento tiene como objetivo normar el tema específico del cuidado de equipos usados en la Unidad.

Se debe recordar que el personal que administra anestesia es un potencial vector de patógenos a los pacientes. En tal sentido, el lavado de manos y las medidas universales de asepsia son esenciales en la práctica anestésica.

La puerta de entrada de las infecciones potencialmente transmitida por el personal y el equipamiento de anestesia, involucra especialmente la vía aérea, pero también la herida operatoria y los sitios de inserción de catéteres y sondas y, en general, cualquier solución de continuidad de la piel o las mucosas del paciente.

Por otra parte, es aún controvertido establecer que el equipamiento limpio (no estéril), sea capaz de transmitir infecciones. Sin embargo es indudable que la esterilización es esencial luego del uso del equipo en pacientes con infección conocida o sospechada del tracto respiratorio, especialmente con organismos virulentos como la *Pseudomona aeruginosa*.

2.-Maquinaria:

- a) Se debe asear con detergente/ germicida la consola, el frente y los lados, diariamente, antes del comienzo de la tabla. Este aseo debe repetirse entre paciente y paciente.
- b) En la superficie de la consola no debe depositarse ningún elemento ajeno a su uso (vb., celulares, revistas, comida y otros)
- c) Asear y desinfectar toda la consola y los cajones, por dentro y por fuera, semanalmente, o luego de casos que hayan contaminado la máquina.

3.-Equipamiento específico:

a) Los aparatos reutilizables que entran en contacto con mucosas o vía aérea deben, como mínimo, recibir desinfección de bajo nivel entre pacientes. Esto se efectúa con un detergente/germicida químico autorizado por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias del establecimiento. Es por esta razón, que debe ser inmediatamente separado del resto del material usado en el paciente.

- Hojas de laringoscopios.
- Máscaras laríngeas.
- Pinzas de magill.
- Cánulas de mayo.
- Mascarillas faciales.
- Tubos endotraqueales siliconados reutilizables.
- Mascarillas de campbell.
- Termómetro y fonendoscopio esofágicos.

El equipamiento mencionado, debe ser concienzudamente lavado, en recinto anexo al pabellón, para reducir el material orgánico (o biocarga).

b) Excepto en circunstancias muy raras o especiales, los artículos que no tocan en forma habitual al paciente o tocan solo piel intacta ,no están involucrados en la transmisión de

enfermedades y generalmente no necesitan desinfección de alto nivel_entre usos en diferentes pacientes.

Estos artículos incluyen:

Dependiendo de cada aparato en particular, el lavado con un detergente o el uso de un desinfectante de bajo nivel, puede ser suficiente cuando se necesita descontaminación. Esto debe efectuarse luego de la atención de cada paciente.

Si elementos no críticos son contaminados en forma grosera con sangre u otros fluidos corporales.

Esterilización y desinfección relacionada con HIV.

c) Las circunstancias especiales que requieren que artículos no críticos sean dedicados a un paciente o cohorte de pacientes, o sujetos a una desinfección_de alto nivel_entre paciente y paciente, son aquellos que involucran:

-pacientes infectados y colonizados con enterococos vancomicina-resistentes u otros microorganismos multirresistentes establecidos así por los programas de control de infecciones, basados en recomendaciones actualizadas, regionales o nacionales y que sean de significación especial clínica o epidemiológica, o

-pacientes infectados con microorganismos especialmente virulentos, por ejemplo, virus que causan fiebres hemorrágicas (tales como el Ebola o el Lassa) o SARS.

d) Implementos como sondas de aspiración, electrodos de ECG y tubos endotraqueales son de uso único y deben ser desechados en recipiente especialmente destinado a estos efectos.

Esterilización y desinfección de equipamiento usado en el cuidado de los pacientes: relacionados con el HIV.

Los siguientes principios generales se aplican a la mayoría de los casos de esterilización y desinfección del equipo de cuidado de pacientes en relación al HIV. Sin embargo, esta información no es absoluta.

1.-Los germicidas químicos standard a concentraciones mucho más bajas que las comúnmente usadas en la práctica, pueden inactivar rápidamente el HIV.

2.-Los germicidas químicos que están registrados como esterilizantes, pueden ser usados ya sea para esterilización o desinfección de alto nivel de los aparatos médicos, dependiendo del tiempo de contacto.

3.-Los aparatos reutilizables u objetos que contactan las mucosas intactas, debieran ser reesterilizados o recibir una desinfección de alto nivel antes de ser reutilizados.

4.-Los instrumentos médicos que requieren esterilización o desinfección debieran ser minuciosamente limpiados para reducir el material / carga biológica antes de ser expuestos al germicida, y las instrucciones del fabricante del equipo y del germicida debieran ser cumplidas estrechamente.

5.-No es necesario efectuar esfuerzos extraordinarios en desinfectar paredes, pisos u otras superficies ambientales. Sin embargo, la limpieza y la remoción de la suciedad debieran ser hechas en forma rutinaria. Un germicida de superficie barato y efectivo contra el HIV, es una solución de hipoclorito de sodio (una parte de cloro casero en 99 partes de agua o una cuarto de taza de cloro en un galón de agua) preparado diariamente. El cloro, sin embargo, es corrosivo para los metales (especialmente el aluminio) y no debiera ser usado para descontaminar instrumentos médicos con partes metálicas.

Los germicidas químicos aprobados para su uso como “desinfectantes hospitalarios” y que son tuberculicidas/viricidas cuando son usados a las diluciones y a los tiempos de contacto recomendados, pueden ser usados para descontaminar salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales que contienen sangre, en las siguientes áreas:

1.-En las áreas de cuidado a pacientes. Las áreas visiblemente sucias debieran ser primero lavadas y luego descontaminadas químicamente. Para la desinfección, las áreas previamente lavadas, debieran ser humedecidas con el germicida apropiado y permitir que se seque al aire.

2.-En el laboratorio, las salpicaduras grandes de agentes infecciosos cultivados o concentrados, debieran ser sometidos a abundante cantidad de un germicida líquido antes de la limpieza, luego descontaminado con un germicida líquido fresco después de que se ha removido el material orgánico. No es necesario el mismo procedimiento con salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales antes de la limpieza. Siempre se debe usar guantes durante los procedimientos de limpieza y descontaminación.

Precauciones Universales de Bioseguridad

Aplicables a todo paciente independientemente de su diagnóstico

- Lavado de manos antes y después de cada procedimiento, inclusive antes y después de colocarse los guantes.
- Empleo de tapabocas siempre que sea necesario acercarse a menos de un metro de distancia del paciente.
- Uso de guantes para cualquier procedimiento que genere riesgo de contacto con secreciones, fluidos, sangre; o cuando haya heridas o alteraciones en la piel de las manos.
- No reenfundar agujas hipodérmicas; y manipular todo elemento cortante con máxima precaución para evitar punción o cortadura accidental.
- Desechar todo elemento cortante o punzante en recipiente de paredes resistentes y no en las canecas corrientes.
- Empleo de guantes de caucho grueso para lavado de equipos, materiales, instrumental y elementos; previa desinfección.
- Ante cualquier derramamiento de sangre, fluidos o secreciones, se debe usar hipoclorito de sodio a 5000 ppm antes de hacer la limpieza.
- Toda muestra de laboratorio debe mantenerse y transportarse herméticamente tapada y en recipiente adecuado para tal fin o en bolsa plástica sellada.
- Emplee delantal protector impermeable y gafas cuando haya posibilidad de generar salida expulsiva o a presión de sangre o líquidos corporales: drenaje de abscesos, atención de heridas, partos, punción de cavidades etc.
- En presencia de dermatitis, excoriaciones o lesiones en las manos absténgase de realizar procedimientos en donde presuma que tendrá contacto directo con secreciones del paciente.

Registros de la Atención de Enfermería

Propósito

Describir los lineamientos generales para elaborar los registros de la atención de enfermería en las hojas correspondientes, en el área de cuidados intensivos.

Definición

Es el registro real, claro, oportuno y veraz de la valoración realizada por enfermería, los cuidados brindados, los procedimientos y exámenes realizados, las observaciones especiales, los medicamentos administrados, los procesos pendientes, los líquidos administrados y eliminados.

Requisitos

En la HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA, deben consignarse todos los cuidados de enfermería brindados al paciente durante 24 horas, cumpliendo con los siguientes requisitos:

- Debe diligenciarse en esfero con letra legible; así facilitará la lectura de los demás integrantes del equipo de salud
- Debe ser diligenciada por la persona que tiene asignado el paciente o quien realice la actividad en un momento determinado
- Al término de la jornada diaria de trabajo, la auxiliar de enfermería o enfermera responsable de cada paciente debe firmar la hoja en el sitio correspondiente
- La enfermera debe realizar anotaciones sobre cambios especiales en la situación clínica del paciente y al terminar el turno firmar así
- Llenar diariamente todos los datos del encabezamiento de la hoja y por ningún motivo obviar la numeración de las mismas
- En caso de equivocaciones, colocar entre paréntesis pero nunca borrar o tachar ni utilizar corrector líquido, recuerde que este registro es una fuente de información en situaciones de carácter legal
- En caso de traslado del paciente a otro servicio o unidades de cuidado intensivo, las notas y el balance de líquidos deben cerrarse y en el servicio adonde fue trasladado el paciente le abrirán la hoja de enfermería y control de líquidos correspondientes
- Registrar la actividad o procedimiento realizado en la hora correspondiente; nunca registrar procedimientos antes de realizarlos. Igualmente en el caso de líquidos administrativos y eliminados y de medicamentos
- Al inicio del turno se registra el tipo de soluciones que le está pasando al paciente, sitio de venopunción, localización de catéteres centrales (venosos y/o arteriales), anormalidades encontradas en el examen físico, signos vitales,

saturación, parámetros ventilatorios, heridas, tubos y drenajes, cantidad de líquidos de base, características.

En la columna OBSERVACIONES, hay suficiente espacio para los tres turnos y está destinado para consignar todos los aspectos relevantes que no están contemplados en cada una de las casillas.

Equipo Humano

Funciones

- Servir como centro de consulta para todos los miembros del equipo multidisciplinario de la salud en todos los aspectos del soporte nutricional, lo cual dependerá de una interconsulta previa a través del médico tratante. El personal de Enfermería del servicio correspondiente y/o el médico tratante, contacta a la enfermera o cualquier miembro del grupo de soporte nutricional y esta a su vez, a todo el grupo.
- Promover y participar en trabajos de investigación relacionados con el área.
- El grupo hará reuniones e informes mensuales, sobre sus labores y avances; así como también, la revista diaria para cada paciente, con participación del núcleo conformado por el médico, nutricionista, enfermería, y/o cualquier otro miembro cuya presencia sea necesaria. Dicha revista se hará de lunes a viernes en la unidad de cada paciente. Los fines de semana y festivos, los pacientes en terapia de soporte nutricional, serán valorados por el médico de turno en cada servicio.

Para asegurar un equipo multidisciplinario, las funciones de cada miembro deben ser claramente definidas y varían de acuerdo al tamaño del hospital, número de participantes y grado de interés individual.

Enfermera

- Su papel es múltiple pues debe tener la habilidad para valorar, dirigir, implementar y evaluar la atención de los pacientes que reciben o necesitan soporte nutricional.
- La enfermera sirve de puente entre los diferentes departamentos involucrados en el soporte nutricional.

- Valoración y monitoreo diario de los pacientes.
- Educación de familiares y otros miembros de la institución.
- Verificación del cumplimiento de protocolos y procedimientos establecidos por el grupo de soporte.
- Trabajar con otros miembros del equipo en actividades de investigación
- En ausencia del químico farmacéuta, tendrá la responsabilidad de preparar las soluciones parenterales.
- Curaciones y manejo de catéteres, líneas y sitios de inserción
- Participar en la solicitud y emisión de conceptos técnicos para la compra de los elementos requeridos.
- Participar activamente en la elaboración de protocolos relacionados con soporte nutricional.

Auxiliar de Enfermería

- Cumple funciones y actividades de orden administrativo y asistencial
- Revisión diaria de sitios de venopunción y catéteres venosos; y de equipos y líneas para administración parenteral, de acuerdo a los protocolos de la institución.
- Sirve de apoyo a las acciones de enfermería dentro del grupo de soporte nutricional para las curaciones, cambio de equipos, pedidos de farmacia, ropa estéril, almacén, etc.
- En ausencia del Químico Farmacéutico, asiste al profesional de Enfermería en la preparación de la mezcla parenteral.
- Inicia diariamente las mezclas de nutrición parenteral para cada uno de los pacientes.
- Registra los consumos general e individual de los pacientes.
- Revisión diaria del inventario

Médico

- Es el responsable de ordenar los requerimientos nutricionales en los diferentes tipos de soporte nutricional, y tratar las complicaciones que puedan resultar; así como ordenar, coordinar y/o colocar catéteres intravenosos o sondas de alimentación.

- Conducir la revista médica con los pacientes y supervisar el programa de administración de las nutriciones parenterales y/o enterales.
- Asesorar a los miembros del grupo de soporte nutricional.
- Coordinar actividades académicas y asistenciales.
- Coordinar el concurso de otros profesionales: cirujano, intensivista, infectólogo, etc.
- Actuar como puente entre el grupo y las áreas administrativa y científica de la institución.
- Participar en la solicitud de los elementos requeridos para la preparación de las mezclas.

Químico Farmacéutico

- Preparar las nutriciones parenterales, asegurando la esterilidad de las soluciones y garantizando la compatibilidad de los componentes.
- Establecer criterios de selección de productos.
- Implantar normas de control de calidad y programas de costo-efectividad
- Responder por el adecuado almacenamiento y manejo de los productos
- Promover educación e información sobre los productos.
- Participar en la rendición de conceptos técnicos sobre los diferentes elementos.
- Evitar la interacción entre fármacos y nutrientes.
- Participar en programas de investigación.
- Elaboración de protocolos sobre interacción fármaco-nutrientes.

Nutricionista

- Realizar valoración nutricional de los pacientes.
- Monitorear pacientes que reciben soporte nutricional.
- Recomendar terapias nutricionales y responsabilizarse de la valoración del soporte nutricional.
- Educar a los familiares para que conozcan el plan terapéutico desarrollado para el paciente.
- Proporcionar un plan de seguimiento nutricional al paciente ambulatorio
- Preparar las nutriciones enterales.
- Participar activamente en el desarrollo de programas de educación
- Trabajar con los otros miembros del equipo en actividades investigativas

Evaluación Nutricional

La nutrición adecuada es condición del crecimiento y desarrollo normal de los seres vivos, razón por la que el seguimiento y evaluación nutricional son parte fundamental del cuidado del neonato. El soporte nutricional debe adecuarse a los requerimientos individuales de cada paciente, evaluando su estado nutricional con el objeto de conocer las necesidades concretas.

Objetivos

- Identificar aquellos pacientes que en razón de su estado nutricional presentan riesgos elevados de morbimortalidad.
- Evaluar la depleción nutricional.
- Controlar los efectos del tratamiento nutricional.

RECOMENDACIONES PARA EL AISLAMIENTO MADRE-NIÑO

El personal de Enfermería debe vigilar que en ciertas circunstancias la madre y el niño se mantengan separados. En este caso, el médico tratante será responsable de explicar los motivos de ello a la madre.

A. Enfermedades en el niño

Los niños deberán ser aislados de la madre en caso de:

1. Infección de herida o de la piel
2. Exantema o
3. Diarrea que puede deberse a enfermedad transmisible.

B. Enfermedades en la madre

INDICACIONES DE AISLAMIENTO EN CUNEROS

Las condiciones que hacen necesario llevar a cabo medidas de aislamiento en el cunero son las siguientes:

1. Niños en cuya madre exista la sospecha de herpes genital activo.
2. Niños cuya madre haya desarrollado fiebre de más de 38 C.
3. Niños con sospecha de tener infección viral congénita.

ANEXO 2

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CARRERA DE ENFERMERÍA

“Nivel de conocimiento del Personal de Enfermería sobre procedimientos de prevención de Infecciones Intrahospitalarias en Neonatos ingresados en la sala de UCIN. (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales) del Hospital Abel Gilbert Pontón de la ciudad de Guayaquil en el periodo 2010-2011”

ENCUESTA DIRIGIDA A PERSONAL DE ENFERMERÍA

Objetivo: Obtener información necesaria para el cuidado de Enfermería en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

1.- Título que posee o cargo que desempeña:

- a) Enfermera Jefa de área
- b) Licenciada en Enfermería
- c) Auxiliar de Enfermería.

2.- Tiempo que lleva laborando en el área de neonatos.

- a) 0 - 2 años.
- b) 3 - 5 años.
- c) 6 - 8 años.
- d) 9 - 12 años.
- e) 13 o más.

3.- ¿Para atender a neonatos ingresados en la Sala UCIN, ha recibido alguna información?

Si No

4.- ¿En qué basa su atención y cuidados de prevención de infecciones intrahospitalarias en los neonatos?

- a) Lectura bibliográfica adecuada a los cuidados neonatales.
- b) Lectura crítica de revistas científicas.
- c) Asistencia a cursos o talleres de cuidados intensivos.
- d) Experiencia en la aplicabilidad de los cuidados.

5.- Entiende por asepsia la condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones.

a) Correcto.

b) Incorrecto

6.- ¿Existe en el área donde usted trabaja, normas de procedimientos con técnicas asépticas para la atención de neonatos?

a) Sí.

b) No.

7.- ¿Cuáles de las siguientes medidas de asepsia utiliza usted con más frecuencia al atender a un neonato?

a) Lavarse las manos antes y después de atenderlo

b) Utilizar guantes.

c) Desinfectarse con alcohol o gel.

8.- Indique cuál de las siguientes técnicas asépticas aplica con mayor frecuencia en el manejo de equipos y accesorios utilizados en el área de UCIN?

a) Lavado con detergentes.

b) Solamente con agua.

c) Sumergidos en solución desinfectante.

d) Esterilización.

9.- Cuando usted realiza aspiración de secreciones, ¿cuál de las siguientes técnicas asépticas cumple con mayor frecuencia?

a) Lavado de manos, previa aspiración.

b) Utilización de guantes estériles.

c) Uso de sondas estériles en cada procedimiento.

d) Uso de solución estéril para permeabilizar la zona.

e) Empleo de semiluna (otros). Estéril para colocar la solución anterior.

f) Eliminación de la sonda una vez terminado el procedimiento.

g) Todas

10.- Cuando un neonato es dado de alta o ha fallecido, ¿qué procedimientos realiza en la incubadora y en sus accesorios?

- a) Limpieza con agua y jabón.
- b) Limpieza con desinfectante.
- c) Las dos anteriores.

11.- ¿Con qué frecuencia se desinfecta el área de neonatos?

- a) Diaria.
- b) Semanal.
- c) Mensual.
- d) Anual.

12.- De acuerdo a su práctica profesional, ¿ha notado un incremento en los casos de infecciones intrahospitalarias en la sala UCIN?

Si No

13.- ¿Cuál de las siguientes dimensiones considera de mayor riesgo para que se desencadenen las Infecciones Intrahospitalarias:

- a.- Microorganismos
- b.- Paciente y su susceptibilidad.
- c.- Medio ambiente.
- d.- Tratamiento.

14.- ¿Cree Usted necesaria mayor información sobre normas y procedimientos de Cuidados de Enfermería en la prevención de las Infecciones Intrahospitalarias?

Si No

15.- ¿Considera usted que el área UCIN necesita mejorar sus condiciones de equipamiento y provisión de insumos?

Si No

ANEXO 3

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico No. 1	
Título que posee o cargo que desempeña.....	33
Gráfico No. 2	
Tiempo que lleva laborando en el área de neonatos.....	34
Gráfico No. 3	
Información recibida para atender a neonatos en la Sala U.C.I.N.....	35
Gráfico No. 4	
Normas para la atención de neonatos.....	36
Gráfico No. 5	
Piezas de vestir para la atención de neonatos.....	37
Gráfico No. 6	
Exigencias de prendas de vestir a los familiares.....	38
Gráfico No. 7	
Medidas de asepsia utilizadas para atender neonatos.....	39
Gráfico No. 8	
Técnicas asépticas utilizadas con mayor frecuencia.....	40
Gráfico No. 9	
En aspiración de secreciones, técnica utilizada.....	41

Gráfico No. 10	
Procedimientos asépticos realizados e incubadora y accesorios después de salida de neonatos por alta o fallecimiento.....	42
Gráfico No. 11	
Frecuencia en la desinfección del área de neonatos.....	43
Gráfico No. 12	
Ha observado incremento en los casos de Infecciones Intrahospitalarias.....	44
Gráfico No. 13	
Dimensiones que considera de mayor riesgo para que se desencadenen las Infecciones Intrahospitalarias.....	45
Gráfico No. 14	
Cree necesaria mayor información sobre normas y procedimientos de Cuidados de Enfermería para prevención de Enfermedades I.I.....	46
Gráfico No. 15	
Considera necesario mejorar Área U.C.I.N. en equipamiento y provisión de insumos.....	47