



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Graduados

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

TEMA:

PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE
LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LOS NIÑOS DE LAS
SALAS DE CLÍNICA D-1 Y D-2 DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO
“DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”
DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2009

AUTORA
LIC. MARIANA TUFÍÑO GAVIDIA

TUTORA
MG. NORA CARRERA ROJAS

GUAYAQUIL – ECUADOR
SEPTIEMBRE 2012



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Lic. Mariana Tufiño Gavidia, como requerimiento parcial para la obtención del TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.

Guayaquil a los 7 días del mes de Enero del 2013

DIRECTOR DE LA TESIS:

Mg. Nora Carrera Rojas

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Mg. Nora Carrera Rojas

REVISOR:

Dr. Xavier Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Lic. Crelia Mariana Tufiño Gavidia

DECLARO QUE:

El trabajo de tesis “PROTOSCOLOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LOS NIÑOS DE LAS SALAS DE CLINICA D-1 Y D-2 DEL HOSPITAL PEDIATRICO “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2009” previa a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 7 días del mes de enero del 2013

EL AUTOR:

Lic. Crelia Mariana Tufiño Gavidia



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

AUTORIZACIÓN:

Yo, Lic. Crelia Mariana Tufiño Gavidia

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de tesis de la Especialización titulado: “PROTOSCOLOS DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LOS NIÑOS DE LAS SALAS DE CLINICA D-1 Y D-2 DEL HOSPITAL PEDIATRICO “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2009”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 7 días del mes de enero del 2013

EL AUTOR:

Lic. Crelia Mariana Tufiño Gavidia

AGRADECIMIENTO

*Quiero agradecer a **Dios** por darme sabiduría y permitirme llegar con salud hasta este momento de mi vida.*

*A mi **Madre**, que es mi amiga, mi compañera y que gracias a los consejos que me da, estoy cumpliendo las metas que me he propuesto.*

*A mis **Hijos**, que me comprenden, me adoran, y son la fuerza que me impulsa seguir adelante.*

*A la Directora de tesis **Mg. Nora Carrera**, por la ayuda incondicional, sus sabios conocimientos impartidos con bondad y paciencia, que fueron de apoyo para la culminación de esta investigación.*

Mariana.

DEDICATORIA

*El presente estudio está dedicado a **Dios** y mi **Madre**, por el apoyo incondicional que me brindan y que me permiten tener la seguridad de obtener un porvenir lleno de esperanza para el logro de mis metas más anheladas.*

*También quiero dedicar este estudio a mis **Hijos**, porque con su colaboración directa o indirectamente, he desarrollado y culminado este estudio aquí presentado y reconozco que sin su apoyo emocional, no hubiese podido realizar mi labor con tan complaciente confianza de que todo saldría tal y conforme lo he deseado.*

Mariana.

ÍNDICE GENERAL

	PÁG.
PORTADA	i
CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL DIRECTOR	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	iii
AUTORÍA DE TESIS	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE	vii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
1.1 EL PROBLEMA	3
1.1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.1.3 UBICACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	8
1.1.5 EVALUACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 JUSTIFICACIÓN	10
1.3 PROPÓSITOS Y OBJETIVOS	12
1.3.1 PROPÓSITO	12
1.3.2 OBJETIVO GENERAL	12
1.3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEORICA	15
2.2.1 INFECCIONES NOSOCOMIALES	15
2.2.2 ENFERMERÍA	27
2.2.3 PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFECCIONES NOSOCOMIALES	37
2.3 HIPÓTESIS	57
2.4 VARIABLES	57
2.4.1 LISTADO DE VARIABLES	57
2.4.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	58
CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA	61
3.1 TIPO DE ESTUDIO	61
3.2 UNIVERSO Y MUESTRA	61
3.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS	61
CAPÍTULO IV	
4. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	63
4.1 DESCRIPCIÓN DE LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS	64
4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	86
4.3 CONCLUSIONES	86
4.4 RECOMENDACIONES	89
BIBLIOGRAFIA	90
ANEXOS	93

PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LOS NIÑOS DE LAS SALAS DE CLÍNICA D-1 Y D-2 DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” DE AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2009

Autora:

Lic. Mariana Tufiño Gavidía

Tutora:

Mg. Nora Carrera Rojas

RESUMEN

A nivel mundial, las infecciones nosocomiales afectan cerca del 5% de los pacientes admitidos al hospital. En las últimas décadas incluso se han convertido en la principal causa de mortalidad asociadas a otras patologías. El personal profesional de enfermería que labora en las Salas de Clínica D1 – D2 del hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, tienen que afrontar frecuentemente infecciones nosocomiales, que proporcionan consecuencias agravantes en la salud de los pacientes hospitalizados con repercusiones psicológicas y sociales. Por la importancia del tema, la investigación presente tuvo como objetivo elaborar el Protocolo de Atención de Enfermería para la Prevención de las Infecciones Nosocomiales en los pacientes hospitalizados; fundamentando el estudio en los modelos profesionales de las teorías de interés científica, correspondiente a un estudio analítico y prospectivo a realizarse entre los meses de agosto a diciembre de 2009; donde se seleccionó la muestra para estudio de 50 pacientes y 50 enfermeras, aplicando como instrumento la encuesta a los familiares de los pacientes y al personal de enfermería; llegando a la conclusión que el grupo más afectado fueron los pacientes menores de 1 año con 62%; el 36% ingresaron con un diagnóstico de rotavirus y 66% tuvo más de 20 días de estancia hospitalaria; además, los niños se contagiaron dentro del área de hospitalización, con otras enfermedades; el 32% neumonía + IRA + EDA; seguido del 28% crisis asmática + rotavirus; el 25% bronconeumonía + rotavirus y el 15% infección renal + IRA; donde predominó el sexo masculino 58%. Referente a las encuestas aplicadas al personal de enfermería, el 100% respondió que no existen protocolos de enfermería en el área; por tal razón, se los elaboró como propuesta de este proyecto. Además, no existe un Manual de Normas de Procedimientos Específicos para la atención de pacientes pediátricos con infecciones nosocomiales; por lo que se recomienda que el Departamento de Enfermería junto con el Comité de Control de Infecciones Nosocomiales, lo elabore a la brevedad posible, para mejorar la calidad de vida de los pacientes en su estancia hospitalaria.

Palabras clave: Infecciones Nosocomiales, Protocolos de Enfermería, Prevención, pacientes pediátricos, personal de enfermería.

**PROTOCOLS OF NURSING IN THE PREVENTION OF INFECTIONS
NOSOCOMIAL IN CHILDREN IN THE ROOMS OF CLINIC D-1 AND D-2
OF THE PEDIATRIC HOSPITAL "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"
FROM AUGUST TO DECEMBER 2009**

Author:
Lic. Mariana Tufiño Gavidia

Tuthor:
Mg. Nora Carrera Rojas

ABSTRACT

Globally, nosocomial infections affect nearly 5% of the patients admitted to the hospital. In the last decades even have become the main cause of mortality associated to other pathologies. The professional staff of nurses working in the halls of clinic D1 - D2 of the pediatric hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde", are often faced with nosocomial infections, which provide consequences aggravating the health of patients hospitalized with psychological and social impact. By the importance of the subject, the present research had the objective develop the nursing care protocol for the prevention of nosocomial infections in hospitalized patients; basing the study on the professional models of theories of interest scientific, corresponding to an analytical and prospective study to occur between the months of August to December 2009; where was selected sample for study of 50 patients and 50 nurses, by applying as the survey instrument to the relatives of the patients and nursing staff; coming to the conclusion that the most affected group were less than 1 year patients with 62%; 36% were admitted with a diagnosis of rotavirus and 66% had more than 20 days of hospital stay; In addition, children infected is within the area of hospitalization, with other diseases; 32% pneumonia + ANGER + EDA; followed by 28% asthmatic crisis + rotavirus; 25% bronchopneumonia + rotavirus and 15% kidney infection + ANGER; where the prevailing male 58%. Concerning the surveys applied to nursing staff, 100% responded that nursing protocols there are no in the area; for this reason, it developed them is as this project proposal. Furthermore, there is a Manual on standards of specific procedures for the care of pediatric patients with nosocomial infections; so it is recommended that the Nursing Department along with the nosocomial infection Control Committee, develop it as soon as possible, to improve the quality of life of the patients in his hospital stay.

Keywords: Infections Nosocomial, Protocols Nursing, Prevention, Pediatric Patient, Nursing Personnel.

INTRODUCCIÓN

La elaboración de la investigación presente, tiene un enfoque analítico producto de la experiencia propia de la autora, en su observación del aumento de ***Infecciones Nosocomiales*** en los niños de las Salas D1 y D2 del hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, durante sus horas de trabajo; y tomando en cuenta la educación continua, que es transmitir la base de conocimientos, nutrida y aumentada en el mundo de la enseñanza, a la práctica en el mundo de la experiencia directa de la enfermería, que es la clave para crear pueblos saludables.

Siendo un estudio de la profesión de enfermería, se ubica de manera notable la aplicación de la metodología del Cuidado de Enfermería en los pacientes pediátricos con infecciones nosocomiales, con el propósito de crear los ***Protocolos de Enfermería*** que eviten el aumento de esta enfermedad en el hospital de estudio.

Agilar (2003). Este autor refiere en su libro de Cuidados de Enfermería Pediátricos, que la Infección Nosocomial o cruzada, es aquella que se adquiere en el hospital, y conlleva implicaciones médicas, éticas, legales y económicas de gran magnitud, es una infección localizada o sistémica, que se manifiesta al menos 48 horas después del ingreso del paciente y que no estaba en proceso de incubación, por ello, este autor las determina, potencialmente prevenibles.

A nivel mundial afecta cerca del 5% de los pacientes admitidos al hospital. Estas complicaciones infecciosas representan las causas más importantes de morbilidad en los pacientes con cáncer. En las últimas décadas, incluso se han convertido, en la principal causa de mortalidad en este grupo de pacientes.

Según **Berman (1997)**, las infecciones nosocomiales se producen por gérmenes oportunistas y en pacientes pediátricos, pueden causar mayor sufrimiento, debido a su vulnerabilidad de contraer cualquier tipo de infección, ya sea esta, por gérmenes oportunistas o patógenos, así como prolongar los días de hospitalización y aumentar considerablemente los costos de la atención médica. Éstas se producen debido a que el agente infeccioso entra en contacto con el huésped susceptible, recordando que el personal médico y paramédico, así como los familiares y toda persona que entra en contacto con estos pacientes, albergan y transportan agentes patógenos causantes de las infecciones nosocomiales.

Las infecciones nosocomiales se asocian también al avance tecnológico en medicina; los procedimientos invasivos aumentan la posibilidad de infección, intervenciones terapéuticas como: terapia intravenosa, inmunosupresión por drogas, catéter urinario, prótesis y tratamiento de soporte vital, están asociados con el incremento y complicaciones infecciosas hospitalarias.

Por este motivo, es necesario determinar los factores que pueden ayudar a prevenirlas, como son: el aislamiento de pacientes infectados, una correcta utilización de técnicas asépticas, adecuada desinfección y esterilización de todo el material a utilizar, buena desinfección de la unidad del paciente, entre otros.

Por lo tanto, la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias será una medida prioritaria a fin de impedir que el agente infeccioso entre en contacto con el huésped susceptible; por lo que será indispensable determinar las estrategias dirigidas a romper la cadena de transmisión, elaborando protocolos de atención de enfermería para evitar los procesos infecciosos en los pacientes pediátricos y brindar una atención adecuada con calidez, para mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO I

1.1. EL PROBLEMA

El personal profesional de enfermería que labora en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, tiene que afrontar frecuentemente infecciones nosocomiales, que constituyen verdaderas plagas de grandes consecuencias para la salud de los pacientes pediátricos hospitalizados, con repercusiones psicológicas y sociales para los pacientes y sus familiares.

En estas Salas del hospital en estudio, se observa que ingresan pacientes menores de tres años con diagnósticos diferentes, los mismos que han presentado complicaciones que generalmente aumentan progresivamente el riesgo de su estado inicial. Estas infecciones hospitalarias son normales y frecuentes en hospitales de todo el mundo debido al propio ambiente hospitalario en donde todo tipo de microorganismos se introducen, no solo con los pacientes, sino también con las visitas, encontrando un medio favorable para su desarrollo.

Agilar (2003). “La detección y notificación de los factores que inciden en la frecuencia de infecciones nosocomiales es tarea cotidiana e invaluable y esencial de la enfermera y son indispensables para aclarar dudas, complementar o confirmar datos relativos a las condiciones de los pacientes en riesgo y guiar las actividades cotidianas para su cuidado”.

Según este autor, para el registro veraz y oportuno de los factores de riesgo y los eventos relacionados con las infecciones nosocomiales, la enfermera tendrá en cuenta las infecciones nosocomiales más frecuentes y los servicios en los que existe el mayor riesgo de presentarlas.

Se debe tener presente que es posible que llegemos a morir, nosotros o nuestros hijos, de las mismas infecciones que morían nuestros abuelos o bisabuelos. Moriremos otra vez de pulmonía o incluso de una simple infección de orina, como ocurría antes de que apareciera esa arma de destrucción masiva de bacterias, que fue la penicilina. Si tenemos la mala suerte de infectarnos por un microorganismo resistente a los antibióticos, eso puede ocurrir y de hecho ocurre. Las bacterias que provocan esas enfermedades han aprendido a defenderse creando resistencias que las hacen invulnerables, y pueden acabar ganando la batalla.

La lucha contra las infecciones, que en el siglo XX contribuyó a que se doblara la esperanza de vida, está retrocediendo en nuevos e inesperados frentes. El problema es que las bacterias resistentes están saliendo del hospital; cada vez se diagnostican más casos de infecciones contraídas en la comunidad que no responden a los tratamientos habituales. Estamos pues ante un nuevo escenario en el que los microorganismos van más de prisa creando resistencias que la industria farmacéutica produciendo nuevos antibióticos.

Según la Federación Internacional de Control de Infecciones (2002); manifiesta que: "Las resistencias surgen porque las bacterias evolucionan y también porque el mal uso y abuso de los antibióticos les está dando la oportunidad de adaptarse y crear nuevos mecanismos de defensa".

Refiere esta Federación, que las bacterias evolucionan por la resistencia y que ellas siguen una regla esencial para la supervivencia de cualquier ser vivo; creando mecanismos de defensa. Los microorganismos que se han apoderado de los hospitales son precisamente aquellos que son capaces de resistir mejor el ataque de los antibióticos. Varios factores contribuyen a este retroceso. En primer lugar, el mal uso de los antibióticos, porque se prescriben cuando todavía no son necesarios, o porque el

paciente no cumple las pautas de las dosis y el tiempo prescrito. En segundo lugar, el costo de los tratamientos se ha disparado. Tratar con una penicilina cuesta alrededor de un dólar al día. Para las cepas resistentes, la vancomicina ya cuesta 34 dólares diarios. Esa es la progresión. "El diagnóstico de las infecciones es hoy mucho más complejo y de mayor responsabilidad, porque si no aciertas con el tratamiento idóneo, puedes perjudicar mucho al paciente; un tratamiento inadecuado incluso puede costarle la vida, por eso hay que tener muchos conocimientos y hacer un estudio minucioso de la historia clínica del paciente".

La revista chilena Modelo BUNDLE (2006), sobre las infecciones nosocomiales menciona: "Los usuarios no son conscientes de cómo contribuyen a perder la guerra cuando se auto-prescriben antibióticos, que pueden causar daño a la salud, o cuando dejan de tomarlos antes de lo que su médico les ha recomendado".

Esta publicación refiere, que los pacientes no toman conciencia, de que la automedicación de antibióticos es peligrosa, porque causa problemas de salud por los efectos del fármaco; además, cuando abandonan el tratamiento antes del tiempo recomendado por el médico, impide que tengan una buena recuperación y recaen nuevamente. Muchas veces, los pacientes no son conscientes de que son un tesoro que es preciso preservar.

1.1.1. Planteamiento del Problema

En las Salas D1 y D2 del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, se ha podido observar, el escaso personal de enfermería para la cobertura de pacientes en el área, déficit de información de las medidas de higiene, falta de materiales para el tratamiento de cada paciente, ya que es muy escaso en el área; tales como: materiales para la realización de las terapias respiratorias (guantes descartables, mascarillas descartables, sonda de

succión, solución salina o agua estéril y la bolsa recolectora de succión). Es aconsejable descartar el material luego de cada procedimiento según las normas de higiene, las mismas que no se están llevando a cabalidad en dicho procedimiento, ya que se está utilizando el mismo material, en muchas ocasiones, en varios días, e incluso hasta que el paciente es dado de alta.

En cuanto a las vías periféricas con sus respectivos circuitos, su norma indica que se debe cambiar luego de 2 días como mínimo y como máximo cada 3 días, pero en las áreas mencionadas, se cambia cada 4 o 5 días. Los pacientes que se encuentran con sondas nasogástricas, según las normas de bioseguridad se deben cambiar todos los días, rotulando la fecha y hora en que se realiza el cambio; en la práctica, el cambio se realiza cuando lo ordena el médico (después de 4 o 5 días)

La gran demanda de los pacientes que se genera en el hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” y de manera especial en las Salas D1 y D2 determinan que, el espacio entre una cama y otra, es muy reducido, lo que impide desinfectar correctamente el sitio con las técnicas adecuadas, luego de que el paciente es dado de alta. La falta de control de las visitas a los pacientes ingresados en las salas D1 y D2 del hospital, es otra puerta de entrada para las infecciones nosocomiales; además, la falta del lavado de manos y el uso de la vestimenta contaminada.

Refiere la revista INBIOMED (2006), en su artículo publicado sobre las infecciones nosocomiales: “Las infecciones intrahospitalarias plantean serios problemas de salud pública porque es causa de morbilidad, prolongación de la permanencia hospitalaria e incremento de los costos, que de ellos se derivan”.

El artículo sobre las infecciones, publicado en la revista INBIOMED, refiere que la infección nosocomial o adquirida en el hospital, o sea, la que

aparece durante la hospitalización sin indicios que el paciente la tuviera, ni en fase clínica ni de incubación al ingresar al hospital, trae consecuencias de morbilidad y costo por su estancia hospitalaria. El paciente ingresado está expuesto a una gran variedad de microorganismos durante la hospitalización. El contacto entre el paciente y un microorganismo, en sí, no produce necesariamente una enfermedad clínica, puesto que hay otros factores que influyen en la naturaleza y frecuencia de las infecciones nosocomiales, que tanto afectan a los pacientes hospitalizados.

1.1.2. Formulación del Problema

Hay factores de riesgo bien conocidos de infecciones nosocomiales, como el estado de salud previo del enfermo evaluado. Este fenómeno está produciendo cambios trascendentales en la sociedad, dirigidos especialmente a mejorar la calidad de vida en general y el nivel de salud en particular de la población que tiene escasos recursos económicos, que en muchos casos fue excluida de los servicios por su inaccesibilidad, tanto cultural como económica.

Precisar las causas que originan las infecciones nosocomiales en los pacientes pediátricos hospitalizados en las Salas D1 y D2 del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” es la prioridad de este estudio, con el fin de evitar la aparición de dichas infecciones cruzadas y mejorar la atención de enfermería en el área.

Con lo anteriormente expuesto para este estudio, se plantea la pregunta siguiente: **¿Cuáles son las razones que producen la aparición de las infecciones nosocomiales en los niños atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” en el año 2009?.**

1.1.3. Ubicación del Problema

El Hospital Pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, antiguamente “Alejandro Man”; es el más antiguo de la ciudad de Guayaquil, pues data desde el año 1903. Se encuentra ubicado en la provincia del Guayas, al norte de la ciudad de Guayaquil, en la ciudadela La Atarazana, parroquia Tarqui, entre las calles Roberto Gilbert y Nicasio Safadi; rodeado de un sector popular y de varios centros de salud y de rehabilitación.

Tiene todos los servicios necesarios de un hospital pediátrico, por estas razones, es considerado uno de los mejores centros de salud del Pacífico Sur. Cuenta con una capacidad de 400 camas para hospitalización, divididas por Salas: Clínica, Cirugía, Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatal, Cuidados Intermedios de Cardiología, Emergencia, Unidad de Quemados y Consulta Externa en todas las especialidades; además, tiene una Clínica Privada Pediátrica.

Este hospital es el centro de atención pediátrico más especializado de la ciudad y la región, cabe mencionar, que este prestigioso hospital es regentado por la H. Junta de Beneficencia de Guayaquil, en beneficio de los pacientes pediátricos.

1.1.4. Delimitación del Problema

Campo: Salud y ámbito social.

Área: Prevención de infecciones nosocomiales, Salas de Clínica D1 y D2.

Aspecto: Atención de enfermería en pacientes pediátricos con infecciones.

Tema: Protocolos de Enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales en los niños de las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de agosto a diciembre del 2009.

1.1.5. Evaluación del problema

Para realizar la evaluación del problema, se aplicaron los criterios siguientes, que permitieron determinar la calidad y objetividad de este proyecto.

Claro: Al estudiar la problemática de la investigación, está descrita de manera precisa, clara, detallada, que permita entender de una manera explícita el problema objeto de este estudio, y de esta forma ser competentes para tratar de disminuir los problemas causados por el desconocimiento de temas importantes, como es el tema tratado.

Evidente: Tiene manifestaciones claras y observables, donde está presente la evidencia, certeza y verdad científica. El personal de enfermería de las Salas de Clínica D1 y D2 no aplican el cuidado adecuado a los pacientes pediátricos hospitalizados, creando factores de riesgo que causan la aparición de las infecciones nosocomiales en el área de estudio.

Relevante: La información que logre obtener en el sitio de estudio, es importante porque me permite conocer, que situaciones conllevan al conocimiento de la problemática existente y poder establecer mecanismos que me conduzcan a mejorar con respecto a la atención de enfermería pediátrica, para evitar las infecciones nosocomiales.

Factible: Puesto que permite ejecutarla en el hospital en estudio, las variables a demostrar se identifican con claridad, lo que permite realizar el proceso investigativo con facilidad, y encontrar alternativas de soluciones.

Variables: El presente trabajo investigativo nos permite plantear las variables más relevantes, tales como son, desconocimiento del cuidado de enfermería, lavado de manos, infecciones nosocomiales, entre otras, las mismas que nos permiten ser claros y ajustarnos de forma correcta a nuestro objeto de estudio.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El estudio presente se justifica porque nos permite conocer la importancia de la participación de enfermería en el cuidado de los pacientes pediátricos con infecciones nosocomiales hospitalizados en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, que dada la relevancia del tema, servirá para planificar adecuadamente las actividades de enfermería, para prevenir el avance de estas infecciones adquiridas en la hospitalización, que sigue constituyendo un problema preocupante de salud, en donde está inmerso el rol de enfermería y la sociedad.

El estudio se dirige a utilizar la metodología propia de la profesión de enfermería, como es el cuidado del paciente pediátrico en la hospitalización, elaborando protocolos de enfermería para ser aplicados en la prevención de las infecciones nosocomiales de los pacientes pediátricos en el área de estudio, haciendo relevancia en la bioseguridad de los procedimientos, como el lavado de manos, la esterilización de los materiales, limpieza de la vestimenta, la desinfección del área; además del apoyo familiar o del visitante, para el cuidado del paciente hospitalizado, por medio de la interacción entre la enfermera y los familiares.

El estudio presente es factible, porque con la formación profesional adquirida en la Universidad Católica, Escuela de Graduados, Especialidad en Enfermería Pediátrica, me siento capacitada para realizar este trabajo y aplicar los conocimientos científicos, teóricos y prácticos en el cuidado de los pacientes pediátricos con infecciones nosocomiales, para mejorar su estancia hospitalaria y su calidad de vida.

Para este trabajo investigativo se tiene la información específica sobre las Salas de Clínica D1 y D2, del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de Guayaquil, objeto de este estudio, también se recopiló información

documental y material de aspecto a investigarse; para lo cual, se cuenta con los recursos materiales, la experiencia y el apoyo de las instituciones, de salud y educativa, además de la experiencia propia de la autora, y el tiempo necesario para realizar la investigación sobre Protocolos de Enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales, en pacientes pediátricos hospitalizados en la institución de salud, objeto de estudio.

Realizada la investigación presente, brindará un aporte importante a las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital, porque se dejarán establecidos los protocolos de enfermería sobre el cuidado esquematizado para la prevención de las infecciones nosocomiales en pacientes pediátricos hospitalizados, que fortalecerá el conocimiento del personal de enfermería sobre el cuidado directo que deben aplicar en estos pacientes, para mejorar la calidad de atención de enfermería, constituyendo un pilar de apoyo para utilizar las mejores estrategias, contra estas infecciones.

Como beneficiarios directos se consideran a los pacientes pediátricos hospitalizados en las Salas D1 y D2, del hospital referido, pues de esta manera, se logrará prestar atención especial a las causas prevenibles de la morbi-mortalidad por infecciones nosocomiales, garantizando una mejor calidad de vida de los pacientes pediátricos, aplicando los cuidados de enfermería directos y oportunos.

Como futura Especialista en Enfermería Pediátrica, este proyecto me beneficiará tanto en lo científico como en lo personal, porque me ayudará al mejor desenvolvimiento en este campo, lo que me entusiasma a desarrollarlo y culminarlo con éxito; lo que me exige mayor esfuerzo, dedicación y optimismo; logrando de esta manera, la obtención de nuevos criterios teóricos y prácticos en beneficio del cuidado de los pacientes pediátricos, por lo que se adquiere el compromiso de conocer mejor la temática, para realizar la investigación de manera objetiva y concreta.

1.3. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

1.3.1. PROPÓSITO

Protocolizar la Atención de Enfermería para evitar los procesos infecciosos en los niños de las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

1.3.2. OBJETIVO GENERAL

Elaborar los protocolos de atención de enfermería para la prevención de las infecciones nosocomiales en los pacientes pediátricos hospitalizados en las Salas de Clínica D1 y D2 del Hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

1.3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Determinar las causas que originan el exceso de estadía hospitalaria de los pacientes pediátricos en las Salas D1 y D2 del hospital en estudio.
- ✚ Evaluar el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería encargado de realizar el cuidado directo de los pacientes pediátricos en la Salas de Clínica D1 y D2 del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.
- ✚ Analizar los procedimientos individuales que se utilizan para regular las normas de higiene para la atención de los pacientes en la Salas de Clínica D1 y D2 del hospital.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se tiene como referencia de la investigación presente, que el personal profesional de enfermería que labora en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, afronta frecuentemente infecciones nosocomiales en esta área, que constituyen verdaderas plagas de grandes consecuencias para la salud de los pacientes pediátricos hospitalizados, con repercusiones psicológicas y sociales para los pacientes y sus familiares.

Se conoce que estas infecciones hospitalarias son normales y frecuentes en hospitales de todo el mundo, debido al propio ambiente hospitalario en donde todo tipo de microorganismos se introducen, no solo con los pacientes, sino también con las visitas que reciben, encontrando un medio favorable para su desarrollo.

El problema es que las bacterias resistentes están saliendo del hospital; cada vez se diagnostican más casos de infecciones contraídas en la comunidad, que no responden a los tratamientos habituales. Estamos pues ante un nuevo escenario en el que los microorganismos van más de prisa creando resistencias, que la industria farmacéutica produciendo nuevos antibióticos.

Además, se ha podido observar, que en las Salas D1 y D2 del hospital en estudio, existe escaso personal de enfermería para la cobertura de atención de los pacientes pediátricos, déficit de información sobre las

medidas de higiene, falta de materiales para el tratamiento de cada paciente, ya que es muy escaso en el área, tales como: materiales para la realización de las terapias respiratorias (guantes descartables, mascarillas descartables para la protección del personal de enfermería, sonda de succión, solución salina o agua estéril y la bolsa recolectora de succión). Es aconsejable descartar el material luego de cada procedimiento según las normas de higiene, las mismas que no se están llevando a cabalidad en dicho procedimiento, ya que se está utilizando el mismo material, en muchas ocasiones, por varios días, e incluso hasta que el paciente es dado de alta.

En cuanto a las vías periféricas con sus respectivos circuitos, su norma indica que se debe cambiar luego de 2 días como mínimo y como máximo cada 3 días, pero en las áreas mencionadas, se cambia, cada 4 o 5 días. Los pacientes que se encuentran con sondas nasogástricas, según las normas de bioseguridad se deben cambiar todos los días, rotulando la fecha y hora en que se realiza el cambio. En la práctica, el cambio se realiza cuando lo ordena el médico (después de 4 o 5 días)

La gran demanda de los pacientes que se genera en el hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” y de manera especial en las Salas D1 y D2 determinan que, el espacio entre una cama y otra es muy reducido, lo que impide desinfectar correctamente el sitio con las técnicas adecuadas, luego de que el paciente es dado de alta. La falta de control de las visitas a los pacientes ingresados en las salas D1 y D2 del hospital, es otra puerta de entrada para las infecciones nosocomiales; además, de la falta del lavado de manos y el uso de la vestimenta contaminada.

Por tal razón, amerita encontrar las soluciones a este problema, que aumenta el riesgo de las infecciones nosocomiales en los pacientes pediátricos hospitalizados en el área de estudio, creando los protocolos de enfermería para brindar una buena atención, mejorando su calidad de vida.

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. INFECCIONES NOSOCOMIALES

Definición

Se han establecido definiciones para identificar a las infecciones nosocomiales en determinados sitios del organismo. Se derivan de las definiciones publicadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en los Estados Unidos de América o durante conferencias internacionales y se usan para vigilancia de las infecciones nosocomiales. Se basan en criterios clínicos y biológicos y comprenden unos 50 sitios de infecciones potenciales.

Agilar (2003); este autor refiere en su libro de cuidados de enfermería pediátricos, que las *Infecciones Nosocomiales* son infecciones contraídas durante una estadía en el hospital que no se habían manifestado ni estaban en período de incubación en el momento del internado del paciente. Las infecciones que ocurren más de 48 horas después del internado, suelen considerarse nosocomiales.

En esta definición se tiene claro que, las infecciones nosocomiales se contraen en la hospitalización, porque aparecen después de las 48 horas del ingreso del paciente. Los cambios en la prestación de servicios de salud han redundado en menores períodos de hospitalización y ampliado la atención ambulatoria. Se ha señalado que los términos, infecciones nosocomiales, deben comprender infecciones que ocurren en pacientes tratados en cualquier establecimiento de atención de salud. Las infecciones contraídas por el personal o por los visitantes al hospital o a otro establecimiento de esa índole, también pueden considerarse infecciones nosocomiales. Las

definiciones simplificadas pueden ser útiles para algunos establecimientos, sin acceso a técnicas de diagnósticos completas.

www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/193pág. Las infecciones nosocomiales también pueden considerarse endémicas o epidémicas. Las infecciones endémicas son las más comunes, y las infecciones epidémicas ocurren durante brotes, definidos como un aumento excepcional superior a la tasa básica de incidencia de una infección o un microorganismo infeccioso específico.

Factores influyentes en la manifestación de las infecciones nosocomiales

El paciente está expuesto a una gran variedad de microorganismos durante la hospitalización. El contacto entre el paciente y un microorganismo, en sí, no produce necesariamente una enfermedad clínica, puesto que hay otros factores que influyen en la naturaleza y frecuencia de las infecciones nosocomiales. La posibilidad de exposición conducente a infección depende, en parte, de las características de los microorganismos, incluso la resistencia a los antimicrobianos, la virulencia intrínseca y la cantidad de material infeccioso (inoculo). Una gran cantidad de bacterias, virus, hongos y parásitos diferentes, pueden causar infecciones nosocomiales.

Huacón (2005), en su publicación sobre la prevención de la infecciones nosocomiales, manifiesta que las infecciones pueden ser causadas por un microorganismo contraído de otra persona en el hospital, a esto se le llama (infección cruzada) o por la propia flora del paciente (infección endógena). La infección por algunos microorganismos puede ser transmitida por un objeto inanimado o por sustancias recién contaminadas provenientes de otro foco humano de infección (infección ambiental). Antes

de la introducción de las prácticas básicas de higiene y de los antibióticos al ejercicio de la medicina, las infecciones nosocomiales, en su mayoría, se debían a agentes patógenos de origen externo (enfermedades transmitidas por los alimentos y el aire, gangrena gaseosa, tétanos, entre otras) o eran causadas por microorganismos externos a la flora normal de los pacientes (por ejemplo, difteria, tuberculosis).

El progreso alcanzado en el tratamiento de las infecciones bacterianas con antibióticos ha reducido considerablemente la mortalidad por muchas enfermedades infecciosas. Hoy en día, casi todas las infecciones nosocomiales son causadas por microorganismos comunes en la población en general, que es inmune o que sufre una enfermedad más débil que la causada a los pacientes hospitalizados (*Staphylococcus aureus*, *Estafilococos* negativos a la coagulasa, *Enterococos* y *Enterobacterias*).

Vulnerabilidad de los pacientes. Los factores de importancia para los pacientes que influyen en la posibilidad de contraer una infección comprenden la edad, el estado de inmunidad, cualquier enfermedad subyacente y las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. En las épocas extremas de la vida – la infancia y la vejez – suele disminuir la resistencia a la infección. Los pacientes con enfermedad crónica, como tumores malignos, leucemia, diabetes mellitus, insuficiencia renal o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) tienen una mayor vulnerabilidad a las infecciones por agentes patógenos oportunistas. Estos últimos son infecciones por microorganismos normalmente inocuos, por ejemplo, que forman parte de la flora bacteriana normal del ser humano, pero pueden llegar a ser patógenos cuando se ven comprometidas las defensas inmunitarias del organismo.

González (1998). Menciona en su libro que los agentes inmunodepresores o la irradiación pueden reducir la resistencia a la

infección. Las lesiones de la piel o de las membranas mucosas se producen sin pasar por los mecanismos naturales de defensa. La malnutrición también presenta un riesgo. Muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos modernos, como biopsias, exámenes endoscópicos, cateterización, intubación/respiración mecánica y procedimientos quirúrgicos y de succión aumentan el riesgo de infección. Ciertos objetos o sustancias contaminados pueden introducirse directamente a los tejidos o a los sitios normalmente estériles, como las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores.

Factores ambientales. Los establecimientos de atención de salud son un entorno donde se congregan las personas infectadas y las expuestas a un mayor riesgo de infección. Los pacientes hospitalizados que tienen infección o son portadores de microorganismos patógenos son focos potenciales de infección para los demás pacientes y para el personal de salud. Los pacientes que se infectan en el hospital constituyen otro foco de infección. Las condiciones de hacinamiento dentro del hospital, el traslado frecuente de pacientes de una unidad a otra y la concentración de pacientes muy vulnerables a infección en un pabellón (por ejemplo, de recién nacidos, pacientes quemados, cuidados intensivos) contribuyen a la manifestación de infecciones nosocomiales. La flora microbiana puede contaminar objetos, dispositivos y materiales que ulteriormente entran en contacto con sitios vulnerables del cuerpo de los pacientes. Además, se siguen diagnosticando nuevas infecciones bacterianas, por ejemplo, por bacterias transmitidas por el agua (mico bacterias atípicas), además de infecciones víricas y parasitarias.

Maldonado (2000), en el Control de las infecciones y la vigilancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, refiere que la neumonía nosocomial ocurre en diferentes grupos de pacientes, los más importantes son los pacientes conectados a respiradores en unidades de cuidados intensivos, donde la tasa de incidencia de neumonía es de 3% por día. Hay una tasa

alta de letalidad por neumonía relacionada con el uso de respirador, aunque es difícil determinar el riesgo atribuible porque la comodidad de los pacientes es tan elevada. Los microorganismos colonizan el estómago, las vías respiratorias superiores y los bronquios y causan infección de los pulmones (neumonía); con frecuencia son endógenos (aparato digestivo o nariz y garganta), pero pueden ser exógenos, a menudo provenientes del equipo respiratorio contaminado.

Housset (2001). Refiere en su Manual de Neumología que la definición de neumonía puede basarse en criterios clínicos y radiológicos, además de la neumonía relacionada con el uso de respirador, los pacientes con convulsiones o disminución del conocimiento están expuestos al riesgo de infección nosocomial, aun sin la intubación. La bronquiolitis vírica (causada por el virus sincitial respiratorio (VSR)) es común en los pabellones pediátricos y la influenza y puede ocurrir influenza y neumonía bacteriana secundaria en instituciones geriátricas. En pacientes con un alto grado de inmunodeficiencia, puede ocurrir neumonía por *Legionella* spp. Y por *Aspergillus*. En los países con una elevada prevalencia de tuberculosis, particularmente causada por cepas polifarmacorresistentes, la transmisión en los establecimientos de atención de Salud puede ser un problema importante.

Microorganismos. Muchos agentes patógenos diferentes pueden causar infecciones nosocomiales. Los microorganismos infecciosos varían en diferentes poblaciones de pacientes, diversos establecimientos de atención de salud, distintas instalaciones y diferentes países.

Bacterias

A continuación se citan los agentes patógenos nosocomiales más comunes, según la **Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología**

Clínica, INS. XXVLL Congreso Anual de la AMIMC, 200; 23; 84-87;
manifiesta lo siguiente:

- ✚ Las bacterias comensales encontradas en la flora normal de las personas sanas. Tienen una importante función protectora al prevenir la colonización por microorganismos patógenos. Algunas bacterias comensales pueden causar infección si el huésped natural está comprometido. Por ejemplo, los Estafilococos cutáneos negativos a la coagulasa pueden causar infección del catéter intravascular y la Escherichia Coli intestinal es la causa más común de la infección urinaria.
- ✚ Las bacterias patógenas tienen mayor virulencia y causan infecciones (esporádicas o endémicas), independientemente del estado del huésped. Por ejemplo: Los bastoncillos grampositivos anaerobios (por ejemplo, Clostridium) causan gangrena, **las bacterias grampositivas:** Staphylococcus aureus (bacterias cutáneas que colonizan la piel y la nariz del personal de los hospitales y de los pacientes) causan una gran variedad de infecciones pulmonares, óseas, cardíacas y sanguíneas y a menudo son resistentes a los antibióticos; los Estreptococos beta-hemolíticos también son importantes. **Las bacterias gramnegativas:** Las bacterias de la familia Enterobacteria (por ejemplo, Escherichia Coli, Proteus, Klebsiella, Enterobacter, Serratia marcescens) pueden colonizar varios sitios cuando las defensas del huésped están comprometidas (inserción de un catéter o de una cánula, sonda vesical) y causar infecciones graves (del sitio de una intervención quirúrgica, los pulmones, el peritoneo, bacteriemia). Pueden ser sumamente resistentes. Los microorganismos gramnegativos como Pseudomonas spp. A menudo se aíslan en agua y en zonas húmedas. Pueden colonizar el aparato digestivo de los pacientes hospitalizados. Otras bacterias determinadas representan un riesgo singular en los

hospitales. Por ejemplo, la especie *Legionella* puede causar neumonía (esporádica o endémica) por medio de inhalación de aerosoles que contienen agua contaminada (en sistemas de acondicionamiento de aire, duchas y aerosoles terapéuticos).

Las cuatro infecciones más frecuentes e importantes

Según el **Dr. Reid (2006)**; en su artículo: Vigilancia y Control de infecciones, refiere que hay muchos otros sitios de infección potenciales. Por ejemplo: Las infecciones de la piel y los tejidos blandos: las lesiones abiertas (úlceras comunes o por decúbito, quemaduras) fomentan la colonización bacteriana y puede ocasionar infección sistémica. La gastroenteritis es la infección nosocomial más común en los niños, cuyo principal agente patógeno es un rotavirus: *Clostridium* es la principal causa de gastroenteritis nosocomial en adultos en los países desarrollados, la sinusitis y otras infecciones entéricas, las infecciones de los ojos y de la conjuntiva, la endometritis y otras infecciones de los órganos genitales después del parto.

Prevención de infecciones

La prevención de las infecciones nosocomiales constituye una responsabilidad de todas las personas y todos los servicios proveedores de atención de salud. Todos deben trabajar en cooperación para reducir el riesgo de infección de los pacientes y del personal. Este último comprende el personal proveedor de atención directa a los pacientes, servicios de administración, mantenimiento de la planta física, provisión de materiales y productos y capacitación de los trabajadores de la salud.

Maldonado (2000). Los programas de control de infecciones son eficaces siempre y cuando sean integrales y comprendan actividades de vigilancia y prevención, así como capacitación del personal. También debe haber apoyo eficaz en el ámbito nacional y regional.

Comité de Control de Infecciones

Dr. Reid (2006). Un Comité de Control de Infecciones ofrece un foro para insumo y cooperación multidisciplinarios e intercambio de información. Este comité debe incluir amplia representación de programas pertinentes: por ejemplo, servicios de administración, personal médico y otros trabajadores de la salud, microbiología clínica, farmacia, servicio central de suministros, mantenimiento, limpieza y capacitación. Debe rendir cuentas directamente a la administración o al personal médico para promover la visibilidad y eficacia del programa. En caso de emergencia (como un brote), debe reunirse el comité, sin demora. Tiene las siguientes funciones:

- ✚ Revisar y aprobar un programa anual de actividades de vigilancia y prevención.
- ✚ Revisar los datos de vigilancia epidemiológica y señalar los campos apropiados para la intervención.
- ✚ Evaluar y promover mejores prácticas en todos los niveles del establecimiento de atención de salud.
- ✚ Asegurar la capacitación apropiada del personal en el control de infecciones y seguridad.
- ✚ Examinar los riesgos que acarrea la nueva tecnología y vigilar los riesgos de infección de los nuevos dispositivos y productos, antes de autorizar su empleo. En este programa deben participar también organizaciones profesionales y académicas.

Programas hospitalarios

Según el **Dr. Robert Reid Cobral (2006)**, en su artículo Médico Especialista en Salud Pública y Encargado del Programa de Vigilancia y Control de Infecciones NSC en hospitales infantiles, manifiesta que: **“La principal actividad preventiva debe concentrarse en los hospitales y**

otros establecimientos de atención de la salud; porque la prevención del riesgo para los pacientes y el personal debe ser una preocupación de todos en el establecimiento y debe contar con el apoyo de la alta administración”. Este doctor refiere que es necesario preparar un plan de trabajo anual para evaluar y promover una buena atención en salud a los pacientes pediátricos, como el aislamiento apropiado, la esterilización y otras prácticas de enfermería, además de la capacitación del personal y la vigilancia epidemiológica de las infecciones.

Los hospitales deben proporcionar suficientes recursos para apoyar este programa. El cuadro de administración y gestión médica del hospital, debe ejercer una función directiva mediante el apoyo a su programa de control de infecciones. El programa tiene las responsabilidades siguientes:

- ✚ Establecer un Comité de Control de Infecciones de carácter multidisciplinario.
- ✚ Buscar recursos apropiados para un programa de vigilancia de las infecciones y emplear los métodos de prevención más apropiados.
- ✚ Asegurarse de educar y capacitar a todo el personal por medio de apoyo a los programas de prevención de la infección en lo relativo a técnicas de desinfección y esterilización.
- ✚ Delegar la responsabilidad de los aspectos técnicos de la higiene hospitalaria a personal apropiado, por ejemplo, a enfermería, limpieza, mantenimiento, laboratorio de microbiología clínica.
- ✚ Realizar un examen periódico de la frecuencia de las infecciones nosocomiales y la eficacia de las intervenciones para contenerlas.
- ✚ Examinar, aprobar y ejecutar las políticas aprobadas por el Comité de Control de Infecciones.
- ✚ Asegurarse de que el equipo de control de infecciones tenga autoridad para facilitar el funcionamiento apropiado del programa y participar en la investigación de brotes.

Función del personal de enfermería

Martín (2002). Refiere en su libro sobre las Normas del Cuidado del Paciente, que el cumplimiento con las prácticas de atención de enfermería hacia los pacientes, para el control de infecciones es una función específica del personal de enfermería. Éste debe conocer dichas prácticas para evitar la manifestación y propagación de infecciones y mantener prácticas apropiadas para todos los pacientes durante su estadía en el hospital.

El administrador principal de enfermería tiene las siguientes responsabilidades:

- ✚ Participar en el Comité de Control de Infecciones.
- ✚ Promover la formulación y mejora de las técnicas de atención de enfermería y el examen permanente de las normas de atención de enfermería aséptica, con aprobación del Comité de Control de Infecciones.
- ✚ Crear programas de capacitación para los miembros del personal de enfermería.
- ✚ Supervisar la puesta en práctica de técnicas de prevención de infecciones en sitios especializados, como el quirófano, la unidad de cuidados intensivos y los Pabellones de maternidad y de recién nacidos.
- ✚ Vigilar el cumplimiento de las normas por parte del personal de enfermería.

El jefe de enfermería de un pabellón tiene las siguientes responsabilidades:

- ✚ Mantener las condiciones de higiene, de conformidad con las normas del hospital y las buenas prácticas de enfermería en el pabellón.

- ✚ Vigilar las técnicas asépticas, incluso el lavado de las manos y el aislamiento.
- ✚ Informar de inmediato al médico de cabecera sobre cualquier prueba de infección de los pacientes bajo el cuidado de un miembro del personal de enfermería.
- ✚ Aislar al paciente y ordenar la toma de especímenes para cultivo a cualquier paciente con signos de una enfermedad transmisible, cuando sea imposible comunicarse con el médico de inmediato.
- ✚ Limitar la exposición del paciente a infecciones de visitantes, el personal del hospital, otros pacientes o el equipo de diagnóstico y tratamiento.
- ✚ Mantener existencias seguras y suficientes de equipo, medicamentos y suministros para el cuidado de los pacientes en cada pabellón.

El miembro del personal de enfermería encargado del control de infecciones es miembro del equipo pertinente y tiene las siguientes responsabilidades:

- ✚ Identificar las infecciones nosocomiales.
- ✚ Investigar el tipo de infección y el microorganismo infeccioso.
- ✚ Participar en la capacitación del personal.
- ✚ Vigilar las infecciones nosocomiales.
- ✚ Participar en la investigación de brotes.
- ✚ Formular una política de control de infecciones y examinar y aprobar la política pertinente de atención de los pacientes.
- ✚ Asegurar el cumplimiento con los reglamentos locales y nacionales.

Función del servicio de limpieza

El servicio de limpieza se encarga de la limpieza regular y ordinaria de todas las superficies y de mantener estrictas condiciones de higiene en el

establecimiento. En colaboración con el Comité de Control de Infecciones clasifica las diferentes divisiones del hospital según sus distintas necesidades de limpieza y tiene las responsabilidades siguientes:

- ✚ Establecer normas sobre las técnicas de limpiezas apropiadas. El procedimiento, la frecuencia, los agentes empleados, etc., en cada tipo de habitación, desde la más contaminada hasta la más limpia, y asegurarse de que se sigan esas prácticas.
- ✚ Establecer normas para la recolección, el transporte y la evacuación de los diferentes tipos de desechos.
- ✚ Asegurarse de llenar regularmente los dispensadores de jabón líquido y de toallas de papel.
- ✚ Informar al servicio de mantenimiento sobre cualquier problema del edificio que necesite reparación: grietas, defectos del equipo sanitario o eléctrico.
- ✚ Cuidar las flores y las plantas en las zonas públicas y Controlar las plagas
- ✚ Ofrecer capacitación apropiada a todos los nuevos empleados y, periódicamente, a otros, además de adiestramiento particular cuando se introduzca una nueva técnica.
- ✚ Establecer métodos de limpieza y desinfección de los artículos de cama.
- ✚ Determinar la frecuencia del lavado de cortinas en general y de las divisorias de las camas.
- ✚ Examinar los planes de renovación o el nuevo mobiliario, incluso camas especiales para los pacientes, para determinar la factibilidad de limpieza.

El **Dr. Reid (2006)**, refiere que debe haber un programa continuo de capacitación del personal, y que este programa debe recalcar la higiene personal, la importancia del lavado frecuente y cuidadoso de las manos y los

métodos de limpieza, también debe entender las causas de la contaminación de los locales y cómo limitarlas, incluso el método de acción de los desinfectantes. El personal de limpieza debe saber comunicarse con el personal de salud si contrae una infección particular, especialmente de la piel, el aparato digestivo y las vías respiratorias.

2.2.2. ENFERMERÍA

Conceptos y definiciones

La teoría de **Virginia Henderson** es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado. Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Marriner (2006). Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades son denominadas por Henderson como cuidados básicos de enfermería y éstos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Definición de enfermería:

Marriner (2006), menciona en su libro “Modelos y Teoría”, que enfermería tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible.

Para ello tiene presente los conceptos siguientes:

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afecten a la vida y al desarrollo de un individuo.

Persona-paciente: Es un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila, el cuerpo y alma son inseparables. Contempla al paciente y a la familia como una unidad.

Necesidades:

Señala catorce necesidades básicas y estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (vestirse y desvestirse).
7. Mantener una adecuada temperatura del cuerpo seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.

8. Mantener la higiene corporal, proteger la piel y tener buena apariencia física.
9. Evitar los peligros y no dañar a los demás.
10. Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Profesar su fe.
12. Actuar de manera que se sienta satisfecho consigo mismo.
13. Participar y disfrutar de diversas actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduzcan al desarrollo normal, a la salud y acudir a los centros de salud disponibles.

Ideas principales:

Bear (1998). En su libro Tratado de Enfermería, refiere que: “la enfermera tiene como única función ayudar a los individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología y puede evaluar las necesidades humanas básicas”.

Según este autor, las personas deben mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, y requiere ayuda para conseguir su independencia. La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo. Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, para proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones teóricas

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y éstos son:

1. **La enfermera como sustituta del paciente:** Esto se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
2. **La enfermera como auxiliar del paciente:** Durante los períodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
3. **La enfermera como compañera del paciente:** La enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico: La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud: La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Henderson utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría. Dedujo esta definición y las catorce necesidades de su modelo de los principios psicológicos y fisiológicos.

Modelos y teorías de enfermería

Marriner (2006), La evolución de las teorías de enfermería ha servido como búsqueda de la esencia de la enfermería. La historia de la enfermería

demuestra que la teoría es importante para la enfermería tanto como la materia – formación como para la práctica misma de la enfermería.

La teoría de la enfermería es un tema presente en la literatura de la enfermería desde hace 35 años y ha fomentado un crecimiento notable en la profesión de la enfermería. La enfermería empezó a plantearse la meta de un desarrollo de un conocimiento que se pudiera basar su práctica. Esta meta sirvió para dirigir a la profesión de la enfermería del siglo 20. La historia demuestra claramente los esfuerzos realizados para desarrollar un cuerpo sustancial de conocimiento de enfermería que sirviera para guiar su práctica. La teoría de la enfermería presenta 3 grandes momentos:

Historia de la enfermería

Florence Nightingale (1820 - 1910)

Marriner (2006), La historia de la enfermería profesional empieza con Florence Nightingale. Ella es la madre de la enfermería moderna, crea el primer modelo conceptual de enfermería. Enfermera inglesa, nacida en Florencia el 12 de Mayo de 1820, de ahí el nombre que le pusieron sus padres (aunque eran de origen británico), y muerta en Londres en 1910. Procedente de familia victoriana, creció en un ambiente donde la educación era muy estricta. Realizó prácticas en los hospitales de Londres, Edimburgo y kaiserswerth (Alemania), y en 1853 trabajó en el Hospital For Invalid Gentlewomen de Londres. En 1854 ofreció sus servicios en la guerra de Crimea y con un grupo de enfermeras voluntarias se presentó en los campos de batalla, siendo la primera vez que se permitía la entrada de personal femenino en el ejército británico.

Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones

higiénicas en general). En 1856 enfermó de cólera y tuvo que regresar a Londres, donde fundó una escuela de enfermeras, y allí recibió el apelativo de la creadora de la enfermería moderna. Está considerada como la fundadora de las escuelas de enfermeras profesionales. Fue la primera mujer en recibir la British Order of Merit (1907). Su espíritu de indagación se basa en el pragmatismo.

Según **Marriner (2006)**, en su libro **Modelos y Teorías en enfermería**, refiere que: “**el objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él**”.

La teoría de **Nightingale** se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable, era necesario para aplicar los cuidados adecuados de enfermería para todos los pacientes.

Además, ella afirmó: "Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz". Otra de sus aportaciones hace referencia a la necesidad de la atención domiciliaria, las enfermeras que prestan sus servicios en la atención a domicilio, deben de enseñar a los enfermos y a sus familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia.

Tipos de Enfermería según el Modelo:

- ✚ **De la salud:** Arte que toda mujer debe aprender sobre conocimientos de higiene. La Enfermería cumple funciones independientes.

- ✚ **De la enfermedad:** Arte y cuerpo de conocimientos de otras disciplinas. Función dependiente total o parcialmente.

El significado de Enfermería de su Modelo:

Marriner (2006). Menciona en su libro, que Nightingale considera la enfermería como una vocación religiosa (sólo para mujeres), sus puntos fuertes fueron la educación, la experiencia y la observación. La palabra enfermería significa el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad; y la oportuna selección y administración de dietas, y todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad. En resumen unas buenas condiciones higiénicas para evitar la enfermedad.

Definición de enfermedad:

Florence Nightingale definía la enfermedad como “el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud”, y definía la salud diciendo que: “la salud es, no solamente estar bien, sino ser capaz de usar bien toda la energía que poseemos”.

Por lo tanto, según esta autora, la enfermería es ayudar al paciente que sufre una enfermedad a vivir tanto como poner o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal que no padezca enfermedad. La historia presenta el movimiento de la enfermería desde la vocación hasta la profesión, o más específicamente, la búsqueda de la esencia de la enfermería que llevó a ese momento destacado en su historia y el efecto de la era de la teoría sobre la enfermería como disciplina académica y como profesión práctica.

Se realizaron muchos esfuerzos para desarrollar la enfermería como profesión, y fue recién en la última mitad del siglo 20 cuando los líderes de la enfermería empezaron a entender la necesidad de métodos conceptuales y

teóricos en la investigación, para desarrollar la base del conocimiento esencial para la práctica de la enfermería profesional. Durante este período el desarrollo del desconocimiento fue la fuerza impulsora para la licenciatura en la enfermería, a nivel de enfermería profesional y a partir de este momento la enfermería se conoció como disciplina académica en la educación superior.

Importancia de la enfermería

A principio del siglo 20 los logros de la enfermería han permitido su reconocimiento como disciplina y como profesión, los mismos que están claramente interrelacionados y tienen significado específico:

Marriner (2006). Menciona a la enfermería en su libro Modelos y Teorías en enfermería, que:

Como disciplina: Característica de una escuela, hace relación de una rama de la educación, a un departamento de aprendizaje o a un dominio de conocimiento.

Como profesión: Hace referencia a un campo especializado de la práctica, a una estructura teórica de la ciencia o conocimiento y a sus habilidades prácticas que le acompañan.

Los éxitos de la profesión en el siglo 20 fueron muy importantes para el desarrollo de la ciencia en la enfermería. La historia demuestra que muchas enfermeras fueron pioneras en diversas causas y desarrollaron ideas muy creativas. Estos logros tan exitosos han permitido reconocerla como disciplina académica y como profesión.

El desarrollo de los programas, títulos universitarios, masterados en enfermería han permitido un desarrollo gradual de la profesión. Se empezó a

defender a la enfermería como una ciencia aplicada y como una ciencia básica, por las eruditas en enfermería: HENDERSON, NIGHTINGALE, ORLANDO, PEPLAU Y WIENDENBACH, quienes fueron reconocidas por sus importantes escritos teóricos. La teoría de **Orlando (1961)**, fue el resultado de un proyecto de investigación consolidado a nivel nacional y diseñado para estudiar las prácticas de enfermería

Análisis de la teoría de enfermería

El análisis es un proceso importante que constituye un paso fundamental en la preparación de los trabajos teóricos de la enfermería en la educación, investigación, administración o práctica. El análisis es el proceso llevado a cabo para adquirir el conocimiento del trabajo teórico. Los criterios para evaluar han sido: La claridad, simplicidad, generalidad, precisión empírica y las consecuencias deducibles.

Claridad: La coherencia y claridad semántica y estructural son muy importante se debe identificar los principales conceptos, subconceptos. Las palabras tienen múltiples significados lo que obliga a definirlos cuidadosamente.

Simplicidad: La simplicidad surgió con la necesidad de crear teorías simples de nivel medio que sirvan como guía práctica, que permita que todas las teorías puedan ser comprensibles y fáciles de relacionar.

Generalidad: Para esto es necesario examinar los objetivos de los conceptos y metas, en la medida que estén más limitados, se podrán aplicar mejor las teorías.

Precisión empírica: Se relaciona con la comprobación y uso de las teorías, que los conceptos se integren a la realidad. **Hardy (1978)**; afirmaba

que las evidencias apoyan a las teorías, que es un indicador de la adecuación empírica.

Consecuencia deducible: Chinn y Kramer (2004), proponen que si la investigación, la teoría y la práctica deben estar relacionadas, la teoría de la enfermería debería dedicarse a la comprobación de la investigación y la investigación al conocimiento como guía de la práctica.

2.2.3. PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INFECCIONES NOSOCOMIALES

Es una guía de actuación, que permite documentar la asistencia que debe proporcionar la enfermería, es un medio de comunicación que ayuda al desarrollo de los planes de calidad. Es una documentación escrita que proporciona un canal de comunicación entre el personal de enfermería, ayudando a la comunicación con el resto del equipo y a su vez es un documento de enseñanza para la persona que se incorpora a una unidad.

La enfermera ante acciones legales es capaz de aportar la documentación necesaria de su actuación y no depender únicamente de su memoria. Los protocolos de actuaciones son a su vez un punto de partida para asegurar la calidad de la asistencia, Porque determinan lo que debe hacerse, que permite comparar lo que se debió hacer o lo que se hizo. Permite identificar omisiones o puntos débiles. De igual manera, permite determinar las correcciones necesarias y llevarlo a la práctica.

OBJETIVOS

Es una documentación para el funcionamiento rápido y eficaz, al estar recopilados de forma ordenada todas las pautas de actuación, que contribuya a disminuir riesgos para el paciente, y dar seguridad al personal.

GUÍA DE PROTOCOLOS

La guía es el marco de funciones que nos permite ajustar las actividades en la enfermería. Los protocolos deben estar codificados de tal forma que facilite el acceso a los mismos, deben ser exhaustivos y completos, no dejar en el aire ninguna cuestión, de tal manera que no haya dudas posibles sobre las pautas de actuación.

La descripción de las acciones siempre se hará en forma positiva.

- ✚ Nombre: título del protocolo.
- ✚ Objetivo: descripción breve de lo que se va a realizar.
- ✚ Precauciones: todos aquellos aspectos a tener en cuenta previamente, durante y posteriormente a la realización de las actividades.
- ✚ Personal: quién, con quién se va a realizar la actividad, y si es delegable o no.
- ✚ Material: qué se precisa.
- ✚ Preparación personal: medidas de seguridad del personal tanto para proteger al paciente como para proteger al personal.
- ✚ Preparación paciente: con relación a la técnica y con relación a las medidas legales en cuanto a seguridad (identificación, prescripción, peligro de accidentes), y en cuanto a derechos (información, intimidad).
- ✚ Ejecución: descripción de la técnica.
- ✚ Comprobación: corrección de las acciones.
- ✚ Vigilancia: no aparición de complicaciones.
- ✚ Recogida de material: colocación, higiene/desinfección.
- ✚ Registro: actividad/hora/profesional, incidencias, recomendaciones, aspectos, objeto de especial vigilancia.

La enfermería necesitaría una guía de protocolos común, que sirva de guía documentaría de manera escrita de la actuación de todo el personal de enfermería. Es necesario que en esta guía colaboren el mayor número de profesionales para que su resultado sea representativo de la actuación de la mayoría.

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA EL LAVADO DE MANOS

DEFINICIÓN

Es el método más eficiente para disminuir el traspaso de microorganismos de persona a persona; se considera que la disminución o muerte de las floras residentes y transitorias son mecanismos suficientes para prevenir las infecciones hospitalarias cruzadas. El lavado de manos elimina la mayor parte de los contaminantes patógenos y la higiene con agua, jabón, y sentido común, es suficiente en la mayoría de los casos, para alcanzar los objetivos trazados.

OBJETIVOS:

- ✚ Disminuir las INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS, con la reducción de la flora residente y desaparición de la flora transitoria de la piel de las manos del personal luego del lavado de manos.
- ✚ Reducir el tiempo de ESTANCIA HOSPITALARIA, y las complicaciones clínicas que ésta conlleva.
- ✚ Disminuir COSTO-PACIENTE, al realizar procedimiento de alto impacto a bajo costo.

DIRIGIDO A:

Usuarios internos y externos de las instituciones de salud de la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil.

CARACTERÍSTICAS:

El Programa de LAVADO DE MANOS, será dirigido a TODAS las áreas de atención hospitalaria

Los insumos utilizados con éste fin, deberán reunir las características técnicas como son:

- ✚ **Calidad:** que cumpla con los objetivos planteados.
- ✚ **Aceptabilidad:** del personal quienes realizarán este procedimiento, para lo cual se garantizará que los productos utilizados no tengan efectos secundarios como hipersensibilidad y alergias de contacto.
- ✚ **Viabilidad:** que estén disponible en todas las áreas el material destinado para que este procedimiento se cumpla.

MATERIAL:

- ✚ Llave de agua, preferentemente que no sea accionada manualmente.
- ✚ Agua - Dispensadores.
- ✚ Jabón líquido (LAVADO DE MANOS RUTINARIO).

TIPO DE HIGIENE DE MANOS

Tipo de higiene clínico y seco.

1. HIGIENE DE MANOS CLÍNICO:

Procedimiento:

1. Subir las mangas de la ropa hasta el codo y retirar las joyas y reloj.
2. Uñas cortas y limpias.
3. Adoptar una posición cómoda frente al lavamanos.
4. Abrir la llave del agua y dejar corriendo, mojarse las manos.
5. Jabonar las manos y muñecas con jabón común o desinfectante de acuerdo al procedimiento.
6. Friccionar las manos (frotar las palmas, interdigitales, uñas, y dorso) por 10 segundos.

7. Enjuagar con agua corriente.
8. Secar primero las manos y después antebrazos con la toalla individual desechable.
9. Si llave es manual, cerrar la llave con la toalla antes de desecharla.
10. Si el lavado de manos es rutinario deberá durar 15 segundos y se utilizará jabón común. Si se va a realizar procedimientos invasivos, el lavado deberá ser con Yodo Povidona al 8 – 10% y deberá durar 2 minutos.

2. HIGIENE DE MANOS EN SECO

Indicaciones:

- ✚ Utilizar cuando las manos se encuentran limpias.
- ✚ Dispensador de toallas de papel descartable.
- ✚ Alcohol gel 70%

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES Y EQUIPOS

OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el proceso de limpieza y desinfección de superficies y equipos en los hospitales de la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil.

ESPECÍFICOS

- ✚ Optimizar los recursos institucionales existentes en limpieza y desinfección preservando los principios de costo – eficiencia en la atención.
- ✚ Disponer de un documento de consulta permanente para todos los funcionarios, especialmente para el personal encargado de la limpieza y desinfección hospitalaria.

COMPUESTOS UTILIZADOS EN DESINFECCIÓN Y ANTISEPSIA

DEFINICIONES:

Limpieza: Es la remoción de todos los materiales extraños (detritus, sangre, proteínas, etc.) que se adhiere a los diferentes objetos. Se realiza con agua, detergentes y productos enzimáticos. Siempre debe preceder a los procesos de desinfección y esterilización. Es altamente efectiva para remover microorganismos.

Desinfección: Es un proceso que elimina los microorganismos patógenos, con la excepción de las endosporas bacterianas, de los objetos inanimados. Se lleva a cabo con líquidos químicos.

Esterilización: Es la eliminación o destrucción completa de todas las formas de vida microbiana incluyendo las esporas bacterianas. Se puede llevar a cabo mediante procesos físicos o químicos, como son calor húmedo, vapor a presión, óxido de etileno, gas y líquidos químicos.

CLASIFICACIÓN DE LOS COMPUESTOS:

Germicidas:

Son agentes con capacidad de destruir diferentes microorganismos. Son utilizados tanto sobre tejidos vivos, como sobre objetos inanimados.

Desinfectantes:

Al igual que los germicidas, destruyen diferentes gérmenes, pero a diferencia de ellos, éstos sólo se aplican a objetos inanimados. Además de su actividad, se debe revisar en detalle la compatibilidad con los equipos y para ello es importante conocer las recomendaciones de sus fabricantes. Para su elección también se deben tener en cuenta la toxicidad, el olor, la compatibilidad con otros compuestos y su posible efecto residual.

Detergentes:

Agentes químicos utilizados para la eliminación de la suciedad insoluble en agua.

Antisépticos:

Son compuestos antimicrobianos que se usan sobre tejidos vivos.

Clasificación de los artículos según el sistema de Spaulding

Materiales críticos:

Son elementos que entran en contacto con tejidos estériles y requieren de esterilización para ser usados; representan un riesgo alto de infección si están contaminados con algún microorganismo, incluidas las esporas bacterianas. Ejemplos: instrumental quirúrgico, etc.

Materiales semicríticos:

Son objetos que entran en contacto con membranas mucosas o piel no intacta. Para su cuidado se recomienda la desinfección de alto nivel con

compuestos como el glutaraldehído, peróxido de hidrógeno, ácido peracético o compuestos clorados, teniendo presente que el mayor inconveniente de los dos últimos es su poder corrosivo. Los ejemplos típicos son los equipos de anestesia, de terapia respiratoria y los endoscopios. Los laparoscopios y artroscopios idealmente se deben esterilizar, pero si es necesario en circunstancias especiales, se pueden someter a desinfección de alto nivel.

Materiales no críticos:

Son aquellos que entran en contacto con piel intacta: tensiómetros, termómetros, barandas de las camas, muebles, pisos.

FACTORES QUE AFECTAN LA EFICACIA DE LA DESINFECCIÓN Y/O ESTERILIZACIÓN:

1. Realizar una estricta limpieza de los instrumentos antes de la desinfección. Sólo las superficies que están en contacto directo con el compuesto podrán ser desinfectadas; por ello, los equipos deben estar completamente inmersos en el desinfectante durante todo el proceso.
2. El grado de resistencia de cada microorganismo es diferente. La subpoblación de microorganismos con mayor resistencia en el hospital, es la que determina el tiempo de desinfección o esterilización y la concentración del compuesto.
3. Concentración y potencia de los desinfectantes: Con excepción de los yodo foros, los cuales necesitan ser diluidos antes de su uso, a mayor concentración del desinfectante mayor es la eficacia y más corto el tiempo necesario para obtener su actividad microbicida.
4. Factores físicos y químicos: Varios de estos factores son importantes durante los procesos de desinfección: temperatura, pH, humedad relativa y dureza del agua.

5. Material orgánico: Los restos de suero, sangre, pus o materia fecal pueden interferir con la actividad antimicrobiana de los desinfectantes. Los clorados y yodados son los más sensibles a esta inactivación. Siempre se hace necesario la limpieza de todos los elementos que se van a desinfectar o a esterilizar.
6. Duración de la exposición al desinfectante: Los instrumentos deben estar completamente inmersos y el tiempo de permanencia depende del compuesto utilizado.
7. Formación de biopelículas: Las biopelículas (son comunidades de agentes microbianos) se pueden formar en el exterior, o en el interior de canales y conductos de los instrumentos por lo tanto no logran ser destruidas o penetradas por los desinfectantes.
8. El incumplimiento de la norma de limpieza, desinfección y esterilización.

CLASIFICACIÓN DE LOS DETERGENTES

AMONIACOS:

Facilita la penetración del agua en la materia orgánica.

Modo de acción: disminuye tensión superficial.

Sulfones orgánicos

ENZIMÁTICOS:

Modo de acción: actúan sobre la materia orgánica, no son corrosivos, y facilitan el desprendimiento de residuos.

Uso: Limpieza de equipos e instrumental quirúrgico.

Enzimas proteinasas, amilasas, lipasa

DESINFECTANTES QUÍMICOS

AGENTE	ACTIVIDAD	USO	OBSERVACIONES
Alcohol (70-90%)	Bactericida Mycobacterium Fungicida Virucida	Antiséptico Desinfección de termómetros, tapones de medicamentos, estetoscopio.	Tiempo de acción: 15" Inflamable Almacenamiento: área fría y ventilada.
Cloro y compuestos clorados PRESETT Hipoclorito de Na	Depende de la concentración bactericida Mycobacterium Fungicida Virucida Esporas bacterianas	Desinfección de superficies. Lavandería. Tratamiento de agua y algunos desechos. En presencia de sangre su concentración debe ser de 5.000 ppm. A 1.000 ppm efecto contra hongos, protozoos, Micobacterias y endosporas bacterianas A 100 ppm destruye virus y formas vegetativas de bacterias.	Acción rápida, precio bajo. Almacenamiento en empaques opacos y cerrados. Irritante para el tracto respiratorio. Al mezclar con orina pueden producir vapores de cloro. Corrosivo
CIDEX OPA Ortoftalaldehido al 0,55%	Desinfectante de alto nivel.	Tiempo de inmersión es de 5 a 12 min.	

Glutaraldehído CIDEX, Metricide, Procide (glutaraldehído del 2 al 3,4 %)	Depende de la concentración Bactericida Mycobacterium Fungicida Virucida Endosporas	Desinfectante de alto nivel para equipos médicos y como esterilizante químico. Forma acuosa al 2% pH 7,5 a 8,5 destruye formas bacterianas en 2 minutos, Micobacterias, hongos e inactiva virus en menos de 20 min y elimina esporas de Clostridium y Bacillus en 3 horas	Compuesto no corrosivo. No daña lentes, el caucho o el plástico. Irritante para ojos, garganta y nariz.
Peróxido de hidrógeno. Sporox (Peróxido de hidrógeno al 7,5 % -ácido fosfórico al 0,85%) NO.	Bactericida Fungicida Virucida y esporicida	Desinfección de superficies inanimadas de elementos de ventiladores, de lentes de contacto, tonómetros oculares al 3%.	Efectividad cuando se usa durante 10 min. Es corrosivo del cobre, zinc y latón a una concentración del 6% para DAN.
Compuestos de amonio cuaternario (Cloruro de benzalconio, cloruro de alquildimetil- benzilamonio y cloruro de didecildimetil- amonio) SPARTAN	Bactericidas Fungicidas virucidas	Desinfectantes. Saneamiento de ambiente y de superficies no críticas como pisos, paredes y muebles.	No manchan, son inodoros, no corrosivos y no tóxicos. Bacterias Gram negativas crecen y sobreviven en ellos. Se inactivan en presencia de materiales orgánicos, detergentes químicos y materiales como algodón y gasa.
Virkon (monopersulfato de potasio)	No evidencia clínica		

ORGANIZACIÓN DE LA LIMPIEZA DEL MEDIO AMBIENTE HOSPITALARIO

Superficie	Frecuencia	Material Necesario	Producto	Observaciones
Pisos en áreas clínicas Áreas Qx. y críticas.	Cada turno. Cada vez que sea necesario. 1 vez al mes limpieza terminal(1).	Trapeador húmedo	Detergente común	No usar escobas en áreas clínicas
	Cada turno y luego de cada cirugía.	Trapeador húmedo con doble balde	Detergente/ desinfectante	Cambio de trapeador y de solución limpiadora/desinfectante entre ambientes de distintas áreas (2)
Mobiliario Mesas- mesones Manilas de puertas.	Cada turno y las veces que sea necesario.	Paño limpio	Detergente/ desinfectante	La utilización de un producto detergente vs. desinfectante depende de la condición del (de los) paciente(s): infectado(s) vs. no infectado(s)
Superficies de carritos	Diaria, antes de usar.	Paño limpio	Detergente en áreas de clínica desinfectante en áreas críticas	La limpieza diaria no excluye la desinfección de las mismas después de cada uso.
Lavamanos- llaves Bañeras- duchas Grifos.	Diaria	Paño limpio (distinto del anterior)	Detergente	Es importante mantener las instalaciones sanitarias secas luego de la limpieza/ desinfección

ORGANIZACIÓN DE LA LIMPIEZA DEL MEDIO AMBIENTE HOSPITALARIO

Colchones	Entre cada Paciente	Paño limpio	Detergente/ desinfectante	Limpiar de la manera expuesta sólo si la superficie del colchón o su funda son lavables; de lo contrario, analizar bien la posibilidad de secado Reparar cualquier ruptura antes de limpiar
Estanterías	Semanal	Paño limpio	Detergente	Remover el material / Limpiar y secar / Colocar de nuevo el material en su sitio original
Paredes	1 vez al mes	Paño limpio	Detergente	La limpieza rutinaria de las paredes no se justifica, dado que los microorganismos en suspensión en el aire no pueden depositarse sobre ellas.
Ventanas / vidrios Persianas/ cortinas	Según condiciones	Material apropiado		Detergente apropiado

Rejillas de ventilación	Semanal	Paño limpio (distinto de anteriores)	Detergente	Se deben limpiar tanto las rejillas de ventilación como las de extracción. Se debe prever una limpieza periódica de los ductos (personal especializado)
-------------------------	---------	--------------------------------------	------------	---

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS AL MANEJO DE LOS ACCESOS VENOSOS

INTRODUCCIÓN

Con bastante frecuencia, el manejo de los pacientes requiere la instauración de una vía venosa para la reanimación aguda, hidratación, control del dolor, observación del paciente, transfusión sanguíneas y recolección de muestras de sangre; la inserción de un catéter periférico es de primera elección, por ser un procedimiento sencillo, rápido y uno de los que mayores complicaciones supone al paciente con terapia intravenosa (flebitis), produciendo efectos indeseables como dolor, infección nosocomial y el incremento de gastos de hospitalización.

Desde su introducción en la práctica médica, en 1945, los catéteres de plástico revolucionaron los tratamientos intravenosos. Los riesgos potenciales de infección de los catéteres intravenosos como: flebitis, infección relacionada con catéter y bacteriemia relacionada con catéter fueron definidas en 1947, dos años después de su introducción.

La flebitis asociada con los catéteres venosos periféricos (CVP), aunque habitualmente no da complicaciones ni incrementan la mortalidad, aumentan la morbilidad de los pacientes que lo padecen. Las normas de inserción y mantenimiento no fueron definidas durante décadas, pero en 1981, The Centres of Disease Control (CDC), las publicaron.

Vigilancia/supervisión del catéter

- ✚ Visualizar o palpar con regularidad los catéteres antes y después de cada aplicación de la medicina

- ✚ En caso de dolor en el punto de inserción, fiebre sin foco aparente u otras manifestaciones que sugieran infección local o bacteriemias, retirar inmediatamente el catéter
- ✚ Advertir al paciente que notifique cualquier anomalía que perciba en el lugar de inserción.
- ✚ Registrar en una forma estandarizada el nombre del profesional que insertó el catéter, la fecha de colocación y de retirada

Técnica aséptica de inserción del catéter

- ✚ Efectuar una higiene adecuada de las manos mediante lavado con agua y jabón o con gel de base alcohólica antes y después de palpar los sitios de inserción del catéter, insertar y reparar o cambiar apósitos. La palpación del punto de inserción no debe ser realizada después de la aplicación de la antisepsia a menos que la técnica aséptica se mantenga.
- ✚ El uso de guantes no descarta la necesidad de una apropiada higiene de manos.
- ✚ Mantener una técnica aséptica para la inserción y cuidado de los catéteres.
- ✚ Utilizar guantes no estériles es aceptable para la inserción de catéteres periféricos si el sitio de acceso no es palpado tras la aplicación de antisépticos en la piel.
- ✚ Limpieza de la piel con un antiséptico (alcohol al 70%) en el momento de la inserción del catéter.
- ✚ Dejar que el antiséptico seque al aire libre antes de introducir el catéter, antes de la inserción.

Selección y sustitución de catéteres

- ✚ Reemplazar los catéteres venosos periféricos cada 72 horas para prevenir flebitis.

- ✚ Cuando no se haya podido asegurar una correcta técnica aséptica en la colocación de los catéteres (durante una emergencia), se debe cambiar los mismos tan rápido como sea posible y no más tarde de 48 horas.
- ✚ Usar el juicio clínico para determinar cuándo reemplazar un catéter que pueda ser una fuente de infección (no cambiarlo rutinariamente cuando el único indicador sea presencia de fiebre). No cambiar los catéteres en pacientes con bacteriemias o fungemias si es poco probable que la fuente de infección sea el catéter.
- ✚ No usar técnicas de recambios de catéteres mediante guías si se sospecha que existe una infección relacionada con el catéter.

6. Sustitución de los set y de los fluidos parenterales

- ✚ Los set de administración, llave de 3 vías y extensiones se cambiarán cada 72 horas, a no ser que se sospeche o documente infección asociada al catéter.
- ✚ El set de administración de lípidos con glucosa y aminoácidos (nutrición parenteral) debe cambiarse en las 24 horas que siguen al inicio de la infusión.
- ✚ Si las soluciones contienen solo dextrosa y aminoácidos, el set de administración no necesita cambiarse en menos de 72 horas.
- ✚ Completar la infusión de las soluciones de lípidos en 12 horas y no más de 24 horas desde el inicio.
- ✚ Completar la perfusión de sangre u otros componentes sanguíneos en no más de 4 horas desde el inicio. Se debe usar un equipo por cada transfusión.
- ✚ Desinfectar las zonas de acceso al sistema (cauchos) y los cauchos de goma de los viales multidosis con alcohol al 70% antes de acceder al mismo.

- ✚ Cerrar todas las conexiones del sistema cuando no se estén usando.
Mantener circuito cerrado (no se debe desconectar al paciente).
- ✚ No usar preparados intravenosos que presenten turbidez, fugas, grietas, partículas en suspensión o excedan la fecha de caducidad.
- ✚ Si se usa viales multidosis refrigerar los mismos después de utilizarlos si así lo recomienda el fabricante.

PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA BACTERIANA

Vigilancia microbiológica

Vigilancia de neumonía en los pacientes pediátricos de las Salas de Clínica que están en alto de riesgo de infección.

Prevención de la transmisión de los microorganismos.

Esterilización o Desinfección y Mantenimiento de Equipos y Dispositivos utilizados para el cuidado del paciente.

Materiales a utilizar:

Equipo de micro nebulización, guantes descartables, solución salina – rin sol, agua estéril, jeringuilla descartable, sonda de succión y medicamentos a utilizar para la terapia respiratoria.

Medidas generales:

- ✚ Limpiar y desinfectar el área a realizar la terapia respiratoria entre paciente y paciente.
- ✚ Preparar todo el material a utilizar en la terapia respiratoria.
- ✚ Descontaminar las manos con agua y jabón (si las manos están visiblemente sucias) o frotar con alcohol gel, después de realizar el procedimiento.
- ✚ Usar guantes para realizar el procedimiento anteriormente citado.
- ✚ Entre tratamientos en el mismo paciente: limpiar, desinfectar, enjuagar con agua estéril (si es necesario), y secar.
- ✚ Usar solamente fluidos estériles para la nebulización y dispensar el fluido dentro del nebulizador asépticamente.

- ✚ Cuando sea posible, utilizar en viales de uso único los medicamentos aerosolizados.
- ✚ Bolsas de resucitación (Ambú).
- ✚ Otros dispositivos usados en conjunto con el equipo de terapia respiratoria.
- ✚ Para el uso entre diferentes pacientes, deben ser esterilizados o colocadas en desinfección de alto nivel.

Equipos de función pulmonar

- ✚ No esterilizar rutinariamente o desinfectar la maquinaria interna de las máquinas para los test de función pulmonar para su uso en diferentes pacientes.
- ✚ Cambiar la pieza bucal del filtro del espirómetro para su uso en diferentes pacientes de preferencia estos equipos debe ser personal.
- ✚ Prevención de la transmisión bacteriana persona a persona.

Aspiración de secreciones

- ✚ Si se usa un sistema de succión abierto, usar un catéter estéril de uso único. (s. de succión)
- ✚ Usar sólo líquidos estériles para remover las secreciones del catéter de succión, si el catéter es usado para volver a entrar al tracto respiratorio del paciente.
- ✚ La aspiración de secreciones debe hacerse por necesidad del paciente. SIN HORARIOS PREFIJADOS.
- ✚ Modificando los factores de riesgo del huésped.
- ✚ Precauciones para prevenir la aspiración.
- ✚ Prevención de la aspiración asociada con alimentación enteral.
- ✚ En ausencia de contraindicaciones médicas elevar la cabecera de la cama entre 30-45 grados.

- ✚ Verificar rutinariamente la adecuada colocación de la sonda de alimentación.
- ✚ Prevención de la colonización oro faríngea.
- ✚ Limpieza oro faríngea y descontaminación con agente antiséptico.
- ✚ Limpieza de la cavidad oral cada turno.

2.3. HIPÓTESIS

El insuficiente material para el cuidado del paciente, el déficit de conocimientos y la falta de capacitación del personal de enfermería; la inexistencia de los protocolos en el área para la prevención de las infecciones nosocomiales y el nivel socioeconómico de los pacientes pediátricos, son los factores de riesgo que tienen mayor incidencia en las infecciones nosocomiales de las Salas D1 y D2 del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”.

2.4. VARIABLES

2.4.1. LISTADO DE LAS VARIABLES

- ✚ Inexistencia de los protocolos de enfermería en el área.
- ✚ Limitado conocimiento del personal de enfermería sobre las causas que originan las infecciones nosocomiales.
- ✚ Técnicas de lavado de manos en cada manipulación de los pacientes.
- ✚ Escasez de insumos y materiales utilizados para el cuidado del paciente pediátrico.
- ✚ Utilización del mismo material en dos y más pacientes.
- ✚ Utilización del material, más del tiempo requerido.

- ✚ Capacitación del personal de enfermería sobre las infecciones nosocomiales.
- ✚ Nivel socio-económico de los pacientes pediátricos.
- ✚ Neumonías.
- ✚ Infecciones de vías urinarias.

La operacionalización de las variables dio lugar a la creación de los formularios y preguntas que permitieron evaluar los conocimientos, ética, valores humanos y destrezas que poseen el personal de enfermería que elabora en la institución, y de esta forma analizar las debilidades de la atención en los pacientes, lo que dio acceso a la emisión de juicios críticos, y a la vez crear un Protocolo de enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales, enfocado en la corrección de las falencias identificadas; el cual será aplicado en la práctica del personal que labora en las Salas D1 y D2 del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, para fomentar un manejo de calidad en sus procedimientos, y brindar una mejor atención en el cuidado del paciente pediátrico.

2.4.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTOS	DIMENSIONES	INDICADOR
Nivel socio económico	Grado del nivel económico alcanzado en la sociedad de los pacientes pediátricos hospitalizados, medio, bajo, urbano y rural	Pacientes ingresados en las Salas D1 y D2 del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde	Entrevista y encuestas a los familiares de los pacientes pediátricos
Materiales e Insumos	Soluciones, equipos y materiales utilizados para los procedimientos necesario para el cuidado del paciente pediátrico	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Materiales para las terapias respiratorias ✚ Sondas de succión nasogástricas ✚ Solución salina o agua estéril ✚ Vías periféricas ✚ Mascarillas ✚ Guantes 	Tabla de observación
Limitado conocimiento del personal sobre las causas que originan las infecciones nosocomiales	Poco conocimiento del personal sobre las causas o el origen de las infecciones nosocomiales	Personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde	Entrevista al personal de enfermería
Capacitación del personal de enfermería	Acción y efecto de capacitar. Hacer a alguien apto, habilitarlo para alguien.	Personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde	Entrevista al personal de enfermería
Protocolos de Enfermería	Plan escrito y detallado de un procedimiento de enfermería para el cuidado de los pacientes.	Institucional distribuidos por áreas en el hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde	Cuestionario

Neumonías	Inflamación del parénquima pulmonar debido a una inflamación por diversos microorganismos.	Niños menores de tres años, de niveles socio económicos medio y bajo, de procedencia urbano marginales y rurales	Plan de observación
Infecciones de vías urinarias	Es una infección producida en cualquier parte de las vías urinarias. La orina normal es estéril, contiene fluidos, sales y desechos, pero está libre de bacterias, virus, y hongos. Cuando los microorganismos, generalmente bacterias del tubo digestivo, se aferran a la uretra, y comienzan a reproducirse, ocurre una infección.	Niños menores de tres años, de niveles socio económicos medio, bajo, de procedencia urbano marginales y rurales	Plan de observación

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es analítico, comparativo y prospectivo a realizarse entre los meses de agosto a diciembre de 2009.

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO: familiares de los pacientes pediátricos con infecciones nosocomiales ingresados en las Salas D1 y D2 del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, correspondiente a 50 pacientes de agosto a diciembre del 2009; y el personal de enfermería que labora en el área de estudio (50).

MUESTRA: la muestra tomada para este estudio, fue el 100% del universo, correspondiente a los 50 familiares de los pacientes pediátricos con infecciones nosocomiales ingresados en las Salas D1 y D2, durante el período de observación; y 50 enfermeras que laboran en los 3 turnos, correspondiente al 100% del universo del personal de enfermería.

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTOS

La investigación presente tiene como finalidad describir y analizar la Aplicación de los Protocolos de enfermería en la prevención de las infecciones nosocomiales en los pacientes pediátricos de la Sala Clínica D-1 y D-2 del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, de la ciudad de Guayaquil.

Las técnicas para este estudio, son las siguientes:

- Técnicas bibliográficas para información sobre el tema de estudio que ayudó a la recopilación de datos y procesamiento para un mejor resultado.
- Formularios para encuesta a los familiares de los pacientes pediátricos y al personal de enfermería.
- Observación directa e indirecta.
- Historias clínicas.
- Entrevista a los familiares y al personal de enfermería.
- Lectura con modificación del material obtenido.

Entrevistas.- Se utilizó esta técnica para conocer las problemáticas seleccionadas, preguntándole al personal de enfermería que labora en las Salas de Clínica D1 y D2 del área de estudio.

Encuesta.- Se utilizó esta técnica con el personal de enfermería y los familiares de los pacientes pediátricos, para conocer los datos específicos sobre la problemática de la población en estudio.

Observación directa.- Con esta técnica se pudo comprobar la carencia de los cuidados que presta el personal profesional de enfermería en el área del hospital en estudio.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN DE LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO UTILIZADO

Procesamiento de la información: una vez aplicada la guía de observación y formuladas las encuestas dirigidas a los familiares de los pacientes pediátricos, y al personal de enfermería que labora en el área de estudio, se procedió a la tabulación de los datos obtenidos de forma manual del formulario aplicado.

Luego se ingresaron los datos al programa Microsoft office Excel, para realizar las tablas correspondientes, las cuales están expresadas en frecuencia y porcentaje; para elaborar los gráficos estadísticos de cada una de las tablas presentadas y analizadas.

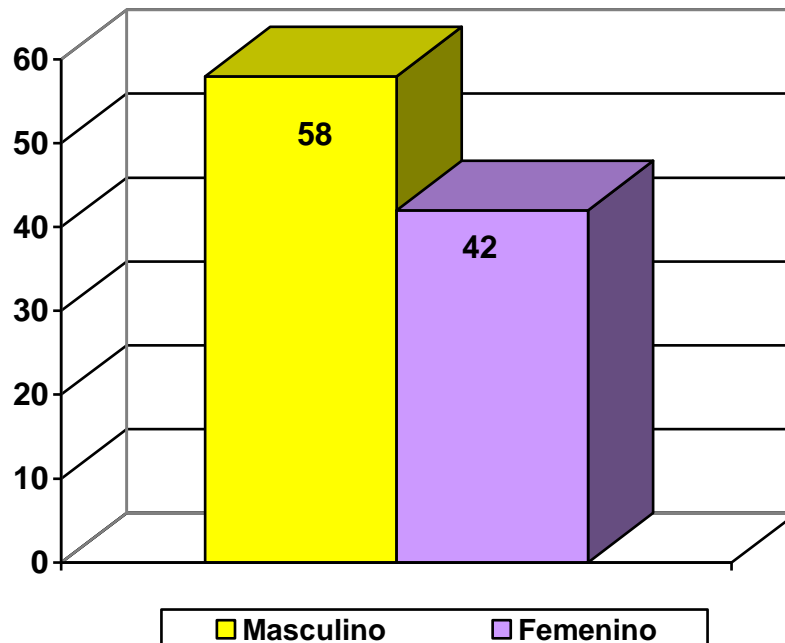
Análisis de la información: el propósito esencial de la investigación, es abordar el análisis de los resultados obtenidos de la recopilación y procesamiento de los datos, tomándose en consideración los puntos más relevantes para la investigación del proyecto de tesis.

ENCUESTA APLICADA A LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIONES NOSOCOMIALES

GRÁFICO # 1

Sexo de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

SEXO DE LOS NIÑOS



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes pediátricos.

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

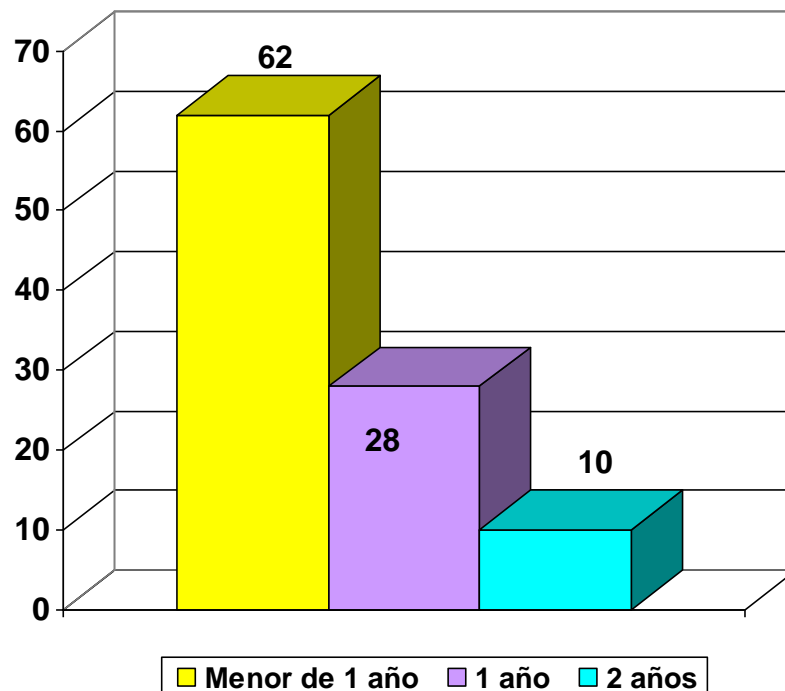
ANÁLISIS:

De acuerdo a la encuesta aplicada a los familiares de los niños de los pacientes pediátricos atendidos en la Sala de Clínica D1 y D2 del hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, se obtuvo, que el sexo que más presentó infecciones nosocomiales fue el masculino con 58% equivalente a 29 pacientes pediátricos y femenino obtuvo el 42%.

GRÁFICO # 2

Edad de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

EDAD DE LOS NIÑOS



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes pediátricos.
Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

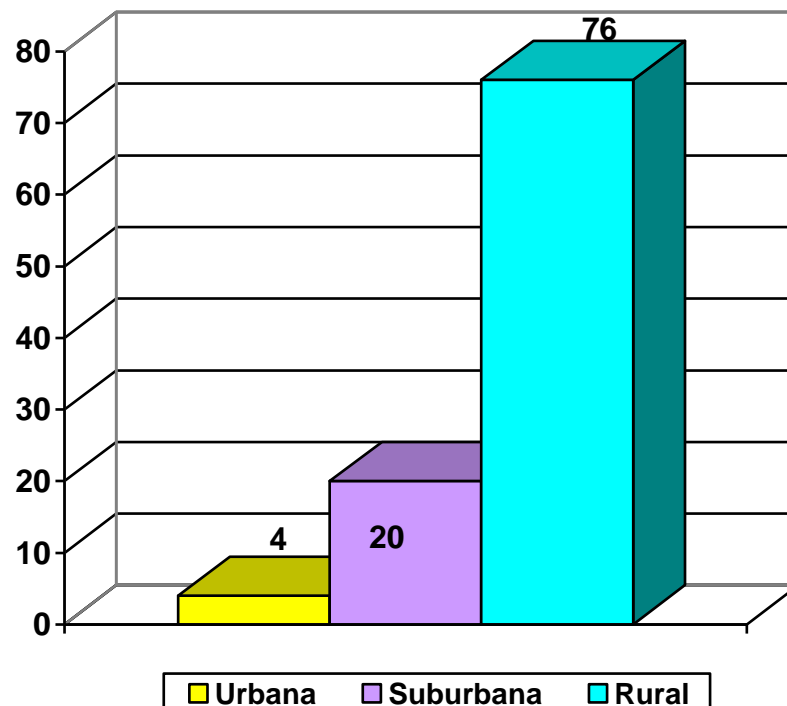
ANÁLISIS:

Se observa en este gráfico que el 62% de los pacientes pediátricos son menores de un año, seguido del 28% que tiene un año y 10% de ellos tiene 2 años de edad. La mayoría de los niños en estudio son menores de 1 año, y son los más vulnerables a adquirir infecciones nosocomiales, por lo que el personal de enfermería debe tener mayor control de asepsia y desinfección de todo el material utilizado, para que no aparezcan las infecciones y agraven su estado de salud.

GRÁFICO # 3

Procedencia de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes pediátricos.
Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

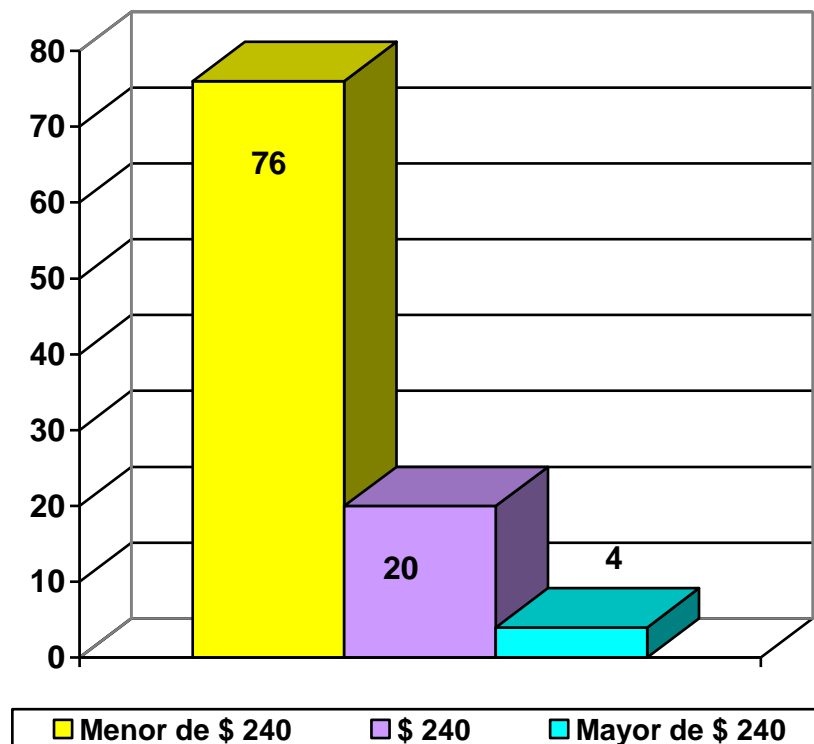
ANÁLISIS:

El 76% de los niños que acceden a la hospitalización en la Sala de Clínica D1 y D2 del hospital en estudio, provienen del área rural; el 20% urbana-marginal y el 4% urbana. La mayor parte de los pacientes pediátricos hospitalizados que adquieren infección nosocomial en la institución de salud, proviene del área rural, donde incluso, les falta los servicios básicos en sus viviendas, como el agua, la canalización para baños higiénicos; por lo que se debe tener mayor control con estos pacientes, ya que ellos mismos son ingresados con una patología de cuidado.

GRÁFICO # 4

Condición socioeconómica de la familia de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS NIÑOS



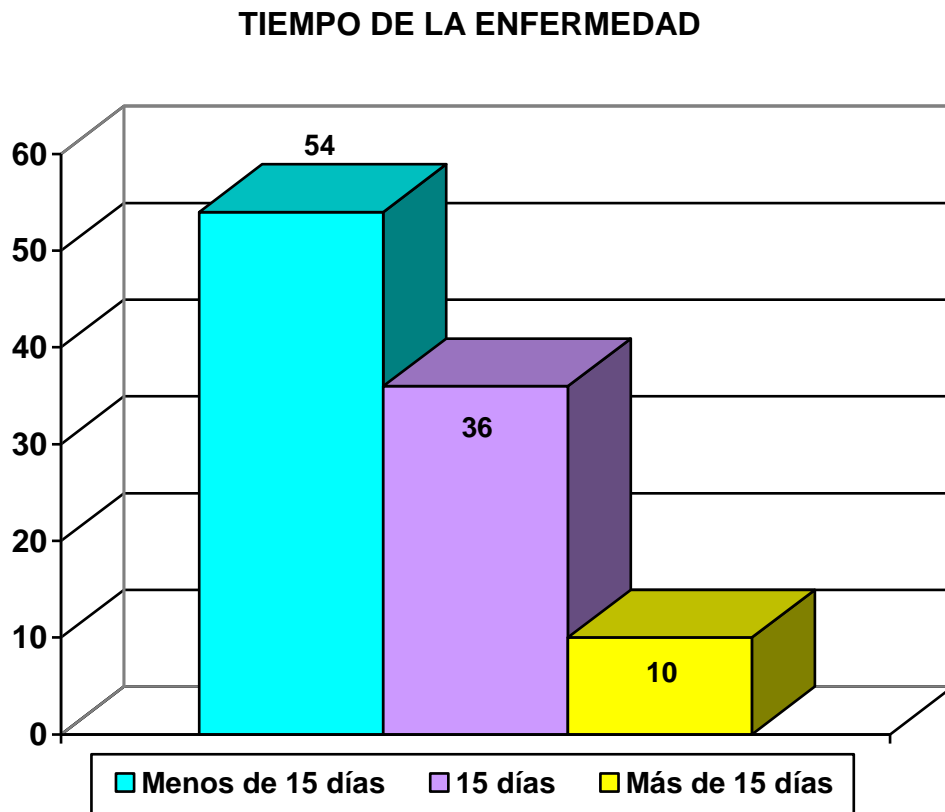
Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes pediátricos.
Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

ANÁLISIS:

Se puede inferir que el ingreso económico de la familia de los niños en estudio es menor a un sueldo mínimo vital que es de \$ 240 dólares mensuales, con el 76%; seguido por el 20% que tienen un salario mínimo vital de \$ 240, y el 4% percibe salario mayor de \$ 240 dólares. Se observa que son pacientes de escasos recursos económicos los que acceden por atención en las Salas D1 y D2 del hospital en estudio; hay que evitarles más gasto de medicinas y estancia hospitalaria, a los familiares y al Estado.

GRÁFICO # 5

Tiempo de la enfermedad de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes pediátricos.

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

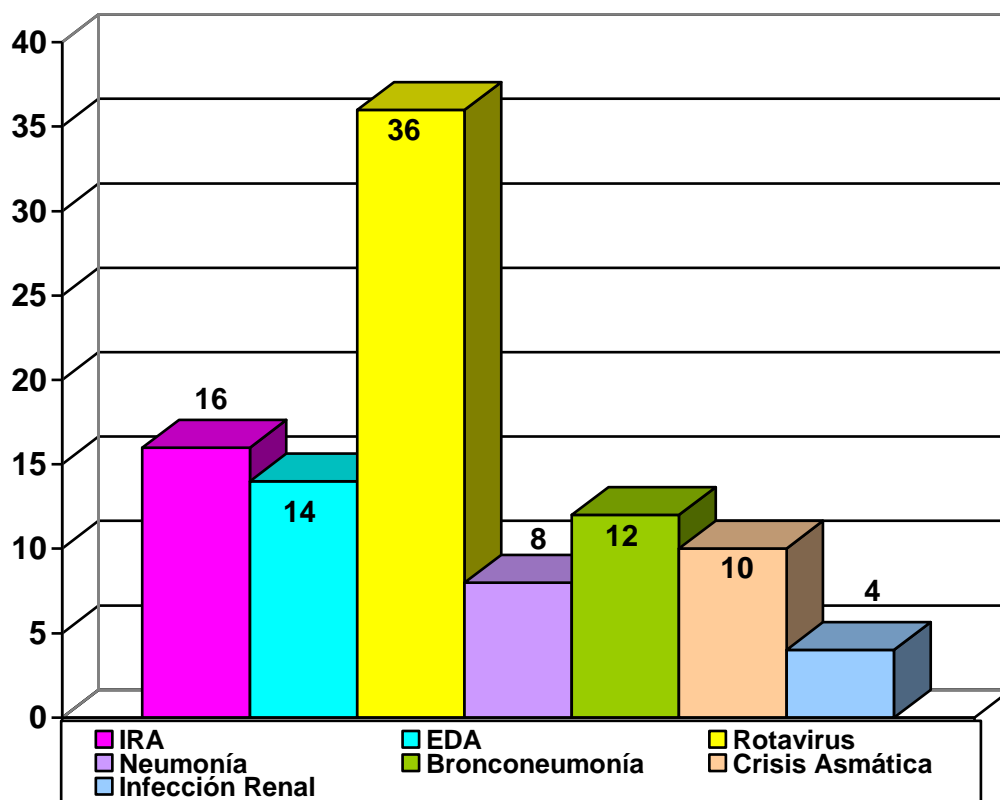
ANÁLISIS:

De acuerdo a la aplicación de las encuestas a los padres de familia de los niños atendidos en el área de estudio, se obtuvo que ellos presentaron la enfermedad días antes de ingresarlos al hospital; el 54% tenía menos de 15 días con la enfermedad; el 36% 15 días, y 10% más de 15 días.

GRÁFICO # 6

Diagnóstico médico de ingreso de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

DIAGNÓSTICO MÉDICO DE INGRESO



Fuente: Historias clínicas y encuesta aplicadas a los familiares de los pacientes pediátricos.
Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

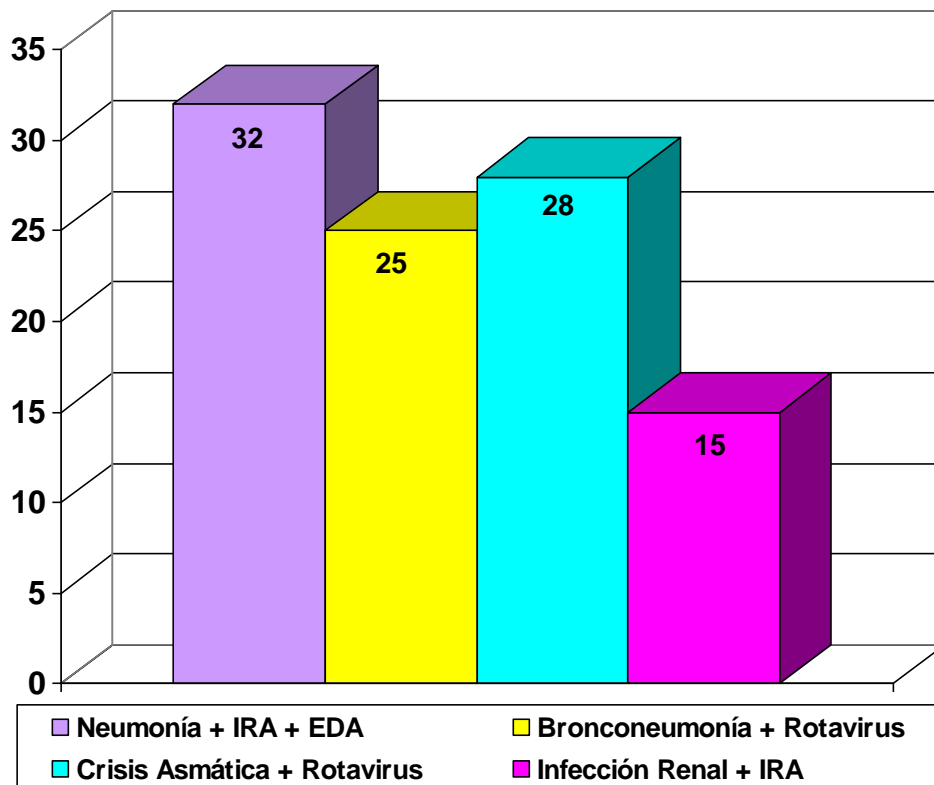
ANÁLISIS:

Según datos de las historias clínicas, además de las encuestas aplicadas a los padres de los pacientes hospitalizados, mencionaron que sus niños ingresaron, según el médico, con los diagnósticos siguientes; el 36% rotavirus; seguido del 16% que presentaron IRA; el 14% EDA; el 12% bronconeumonía; están hospitalizados con patologías de cuidado, por lo tanto, el personal de enfermería debe brindar la atención oportuna al paciente con la debida higiene para evitar la aparición de las infecciones nosocomiales cruzadas, dentro de la Sala y crear más riesgo en su salud.

GRÁFICO # 7

Diagnóstico a los 5 días de hospitalización de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

DIAGNÓSTICO A LOS 5 DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN



Fuente: Historias clínicas y encuesta aplicadas a los familiares de los pacientes pediátricos.
Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

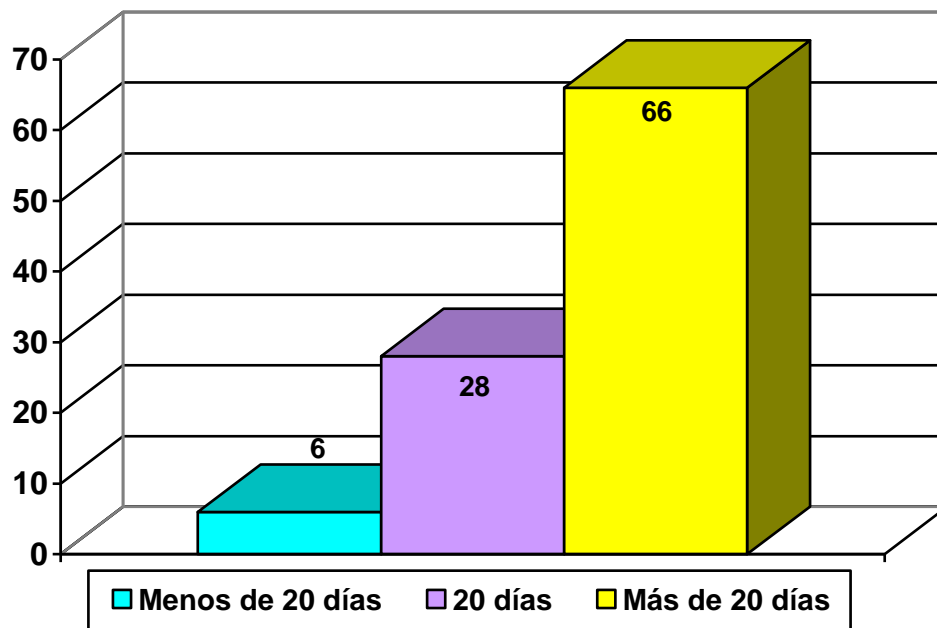
ANÁLISIS:

Según las historias clínicas y lo que sus familiares refieren, los niños se complicaron dentro del área de hospitalización, porque se contagiaron con otras enfermedades; así se obtuvo que el 32% presentaron neumonía + IRA + EDA; seguido del 28% con crisis asmática + rotavirus; el 25% bronconeumonía + rotavirus y el 15% infección renal + IRA; por lo que el personal de enfermería debe aplicar los protocolos de enfermería y las normas de bioseguridad en el cuidado de cada niño, para que no exista infecciones nosocomiales o cruzadas pasadas las 48 horas de ingreso, y crear más riesgo en la salud de los niños.

GRÁFICO # 8

Tiempo de estadía hospitalaria de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

TIEMPO DE ESTADÍA HOSPITALARIA



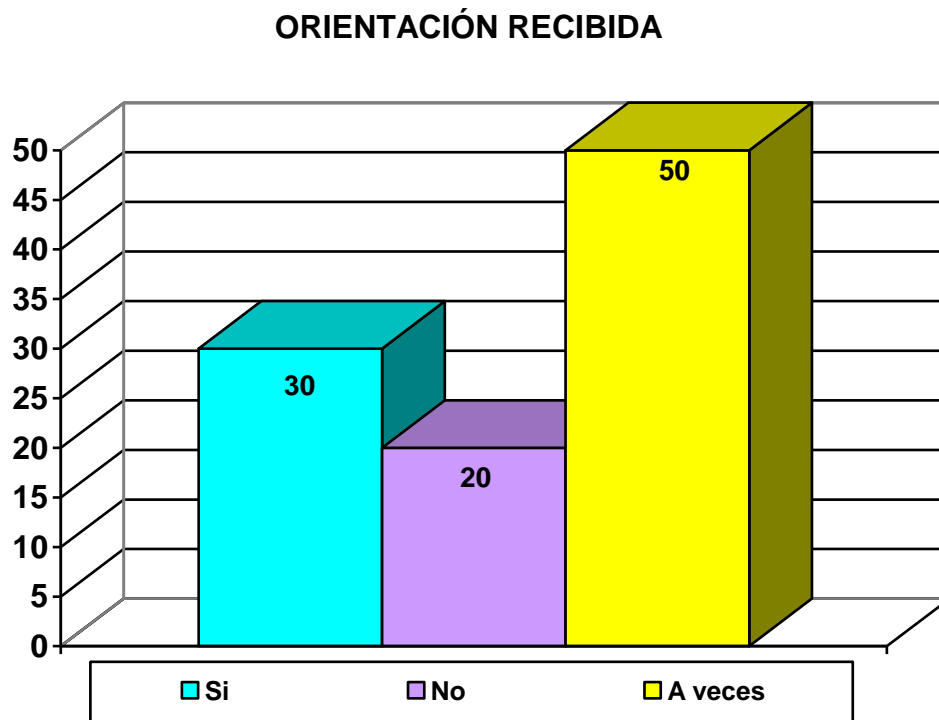
Fuente: Historias clínicas y encuesta aplicadas a los familiares de los pacientes pediátricos.
Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

ANÁLISIS:

Las historias clínicas confirmaron la estancia hospitalaria que los padres de los niños refirieron. Así se obtuvo que el 66% de los pacientes tuvieron más de 20 días de estancia hospitalaria; el 28% tuvo 20 días de hospitalización y 6% menos de 20 días. Aumentaron el tiempo de su hospitalización por las infecciones nosocomiales que adquirieron en la institución.

GRÁFICO # 9

Orientación que reciben los familiares sobre la estadía hospitalaria de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes pediátricos.
Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

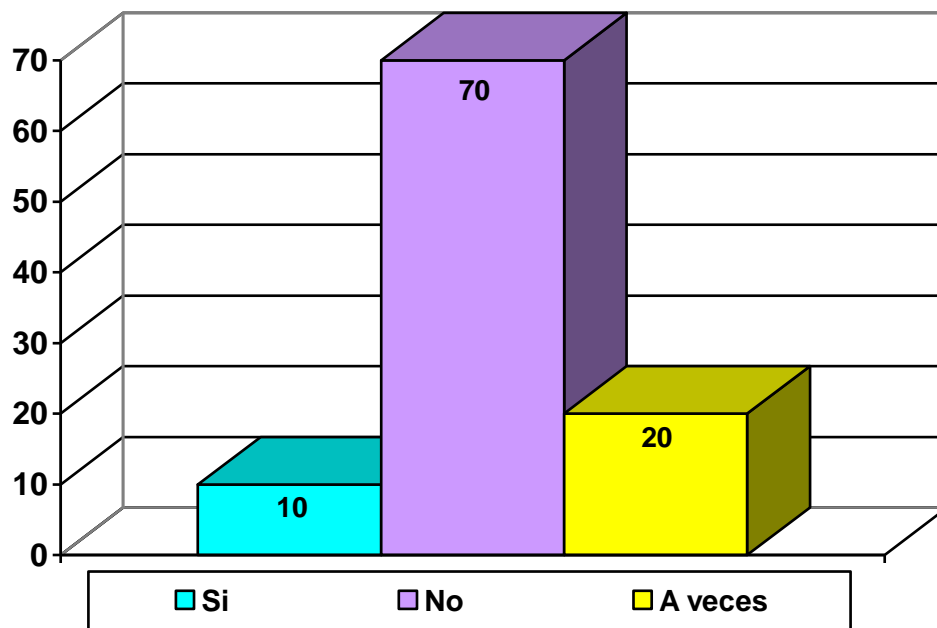
ANÁLISIS:

De los niños atendidos en la Sala D1 y D2 de Clínica del hospital en estudio, el 50% de sus familiares respondieron que a veces recibieron orientación por parte del personal de enfermería sobre la estancia hospitalaria que debe tener su familiar; el 20% manifestó que no tuvo ninguna orientación del personal de salud y 30% respondieron que tuvieron orientación sobre la estancia hospitalaria del niño.

GRÁFICO # 10

Información que reciben los familiares sobre el estado de salud de los niños con infecciones nosocomiales atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

INFORME SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL NIÑO



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes pediátricos.
Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

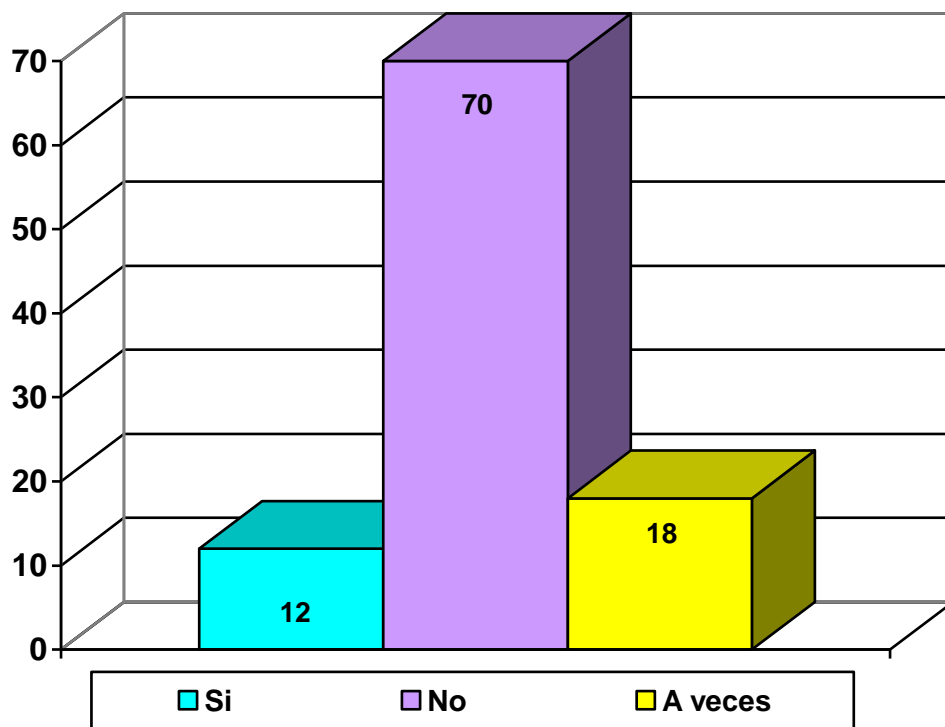
ANÁLISIS:

El gráfico demuestra que el 70% de los familiares de los pacientes no reciben información por parte del personal médico sobre el estado de salud de su familiar; el 20% manifestó que a veces recibe información y 10% respondieron haber recibido información sobre la salud del niño. El personal deberá estar presto para brindar información sobre la salud de los pacientes pediátricos a sus familiares.

GRÁFICO # 11

Medicación a la hora correcta que recibe el paciente con infecciones nosocomiales en el horario establecido por el médico, en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

MEDICACIÓN A LA HORA CORRECTA QUE RECIBE EL NIÑO



Fuente: Encuesta aplicada a los familiares de los pacientes pediátricos.

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

ANÁLISIS:

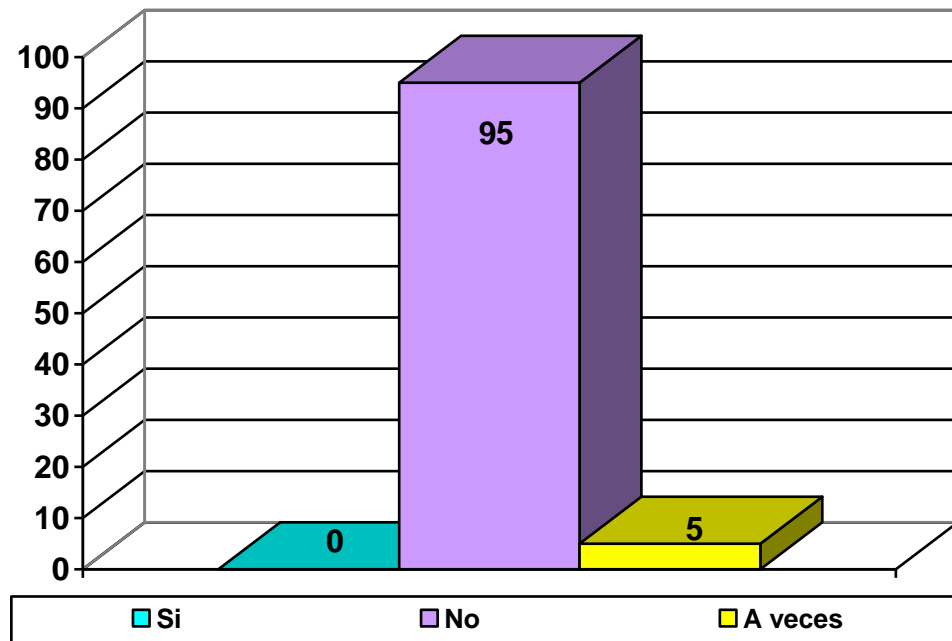
Se observa que el 70% de los pacientes hospitalizados en la Sala D1 y D2 no recibe la medicación prescrita por el médico; el 18% de los familiares de estos pacientes, manifiesta que a veces cumplen con el horario para administrar la medicación; y solo 12% manifestó que lo hacen en el horario prescrito. El personal de enfermería debe tener presente el horario prescrito por el médico para administrar la medicación a los pacientes pediátricos y evitar complicaciones posteriores que pueden afectar su salud y la estancia hospitalaria.

**CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE
LABORA EN LAS SALAS D1 Y D2 DEL HOSPITAL**

GRÁFICO # 12

Realiza los diagnósticos de enfermería de los niños atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

REALIZA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

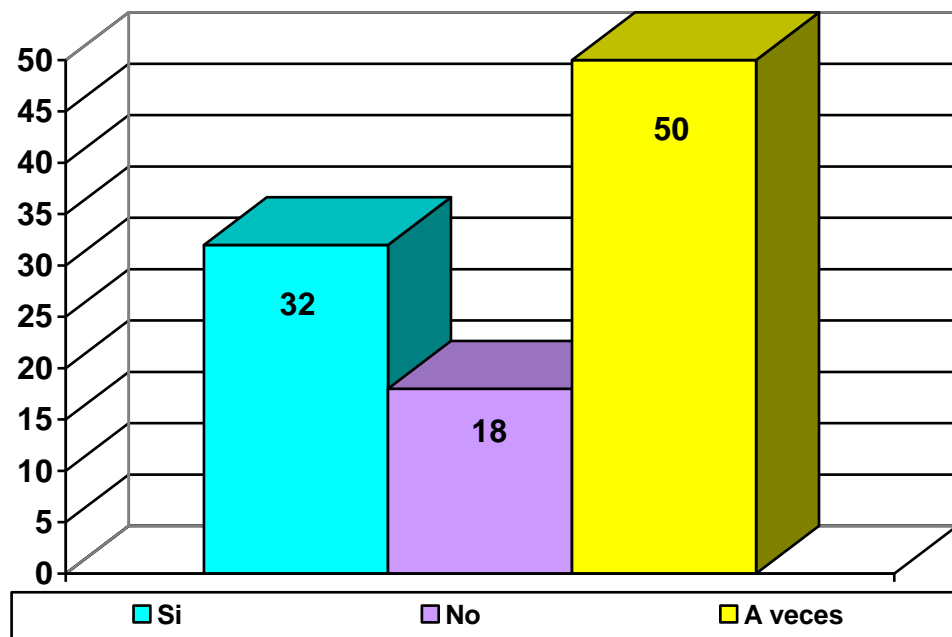
ANÁLISIS:

El 95% del personal de enfermería encuestado respondió que no realiza el diagnóstico de enfermería a los pacientes pediátricos ingresados en las Salas D1 y D2 del hospital; el 5% manifestó que a veces realiza los diagnósticos oportunos. Se debe tener en cuenta realizar el diagnóstico de enfermería al momento del ingreso del paciente pediátrico, para brindarle un cuidado oportuno según su patología.

GRÁFICO # 13

Al empezar la jornada de trabajo revisa la historia clínica de los niños atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

REVISA LAS HISTORIAS CLÍNICAS



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

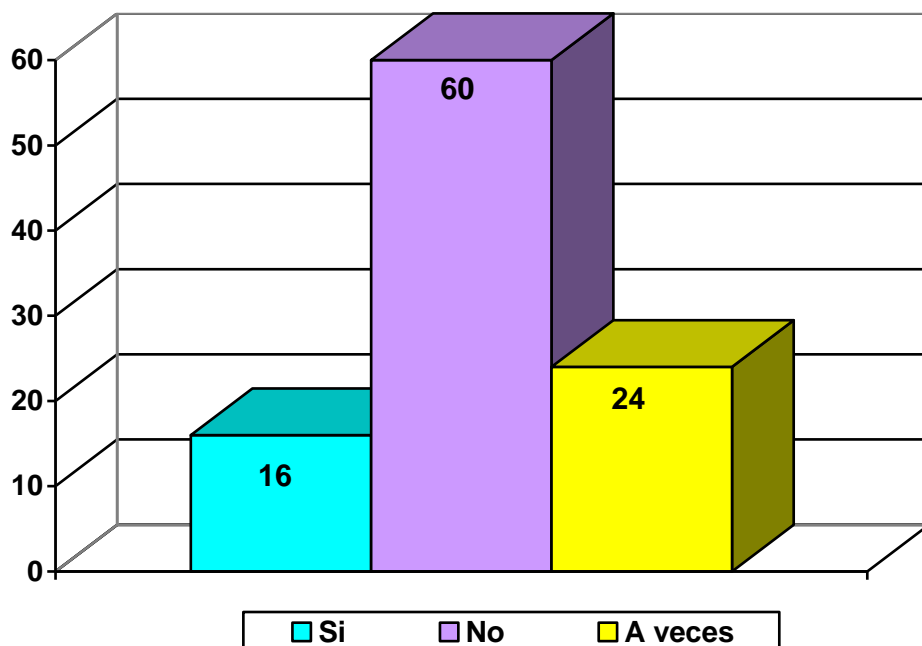
ANÁLISIS:

Este gráfico nos señala que el 50% del personal de enfermería encuestado a veces, al empezar su jornada de trabajo revisa primero su historia clínica; el 18% no realiza esta actividad al empezar a laborar y solo el 32% lo realiza. Esta falencia de enfermería implica descuido en sus actividades de atención al paciente.

GRÁFICO # 14

Está presente cuando el médico pasa visita a los niños atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

ESTÁ PRESENTE CUANDO EL MÉDICO PASA REVISTA A LOS NIÑOS



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

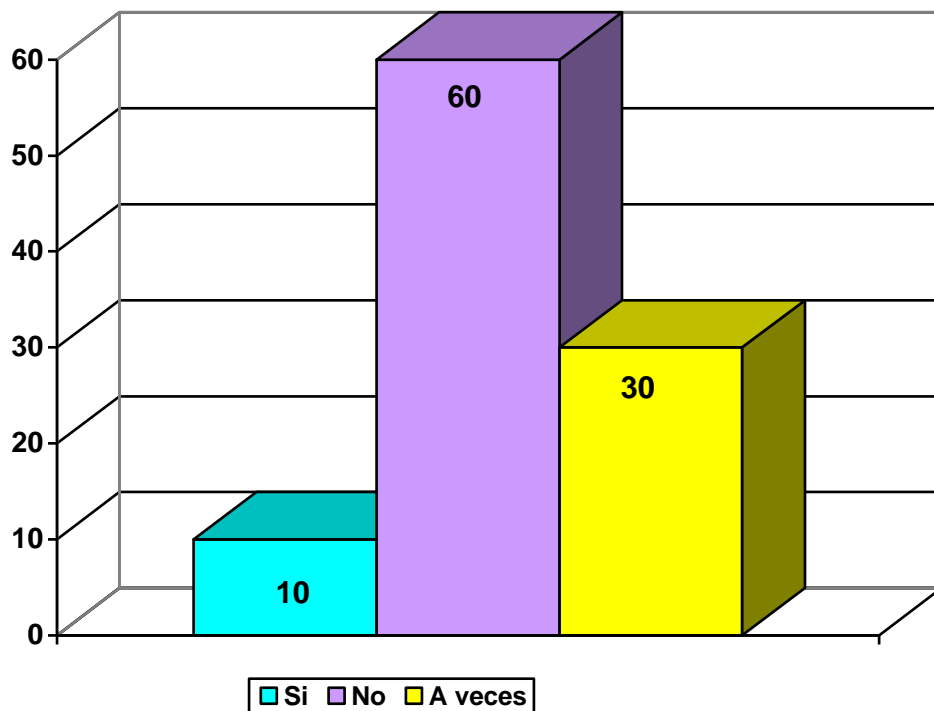
ANÁLISIS:

El 60% del personal encuestado manifestó que no se encuentra presente cuando el médico pasa la visita a los pacientes de la Sala D1 y D2 de Clínica, el 24% manifestó que a veces lo hace y el 16% respondió que está presente durante la visita del médico. Se demuestra poca importancia por parte del personal de enfermería de escuchar al médico detallar sobre la salud del paciente.

GRÁFICO # 15

Cuenta con los insumos y materiales necesarios para las terapias respiratorias de los niños hospitalizados en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

CUENTA CON LOS INSUMOS Y MATERIALES NECESARIOS



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

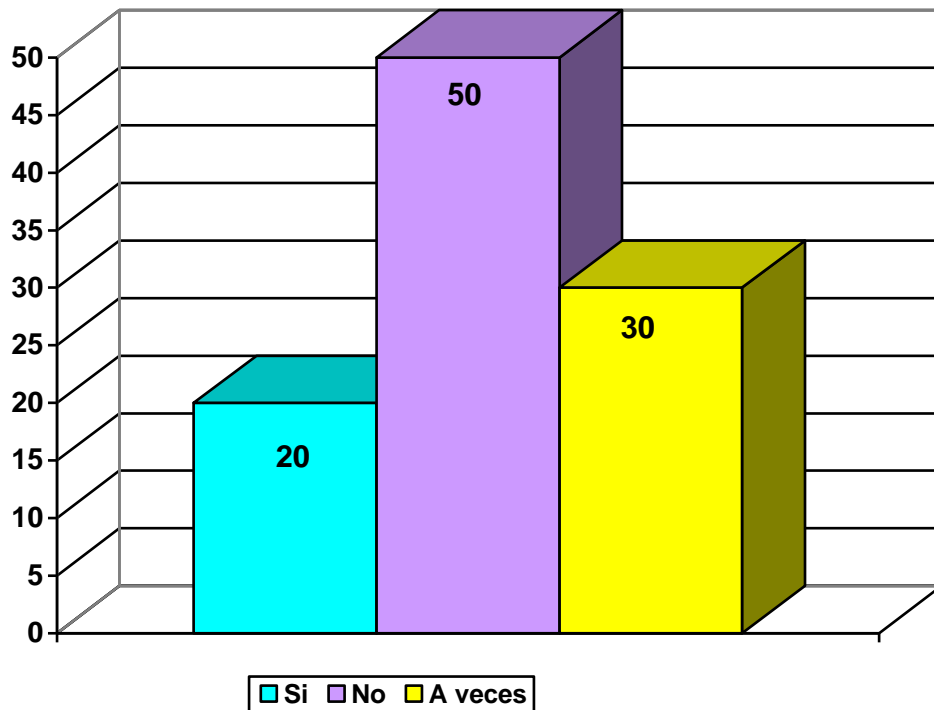
ANÁLISIS:

El personal encuestado manifestó que no cuenta con el insumo y material necesario para las terapias respiratorias de los pacientes pediátricos hospitalizados en las Salas de estudio, con el 60%; seguido del 30% que a veces cuenta con el material necesario para una correcta atención y el 10% manifiesta contar con el material necesario. Se debe tener presente verificar el insumo y material que se va a utilizar en cada paciente y organizar el pedido para que no exista escasez del mismo.

GRÁFICO # 16

Descarta el material utilizado después de cada procedimiento en las terapias respiratorias de los niños hospitalizados en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

DESCARTA EL MATERIAL UTILIZADO EN LAS TERAPIAS



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

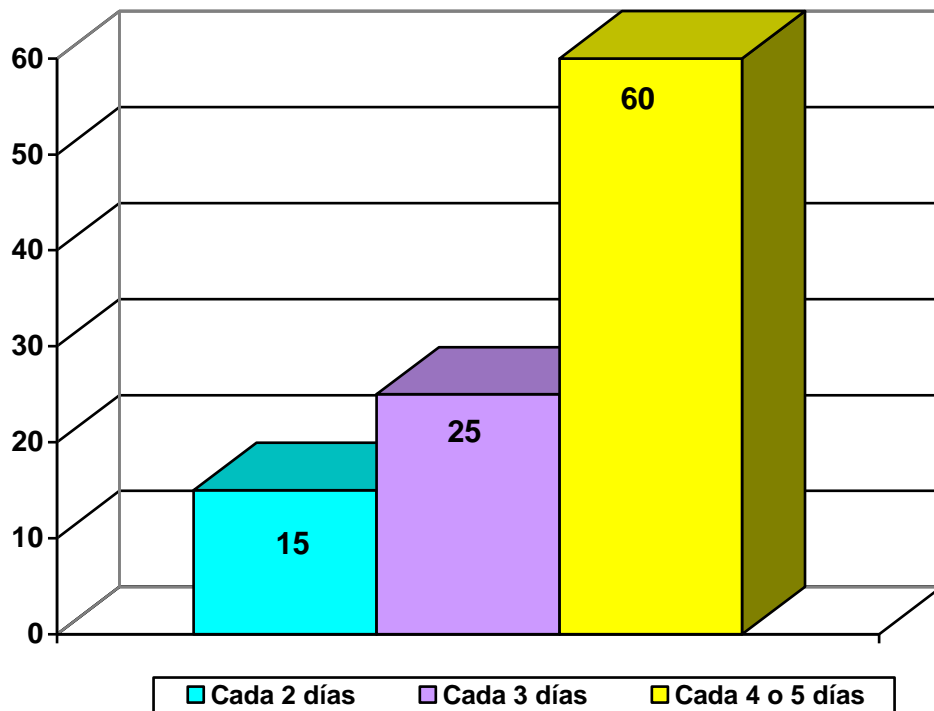
ANÁLISIS:

El 50% del personal de enfermería manifiesta que no descarta el material después de cada procedimiento de la terapia respiratoria porque es muy escaso y después no tienen para realizar los demás procedimientos, por ello lo reutilizan varias veces, e incluso hasta cuando el paciente es dado de alta; el 30% respondió que a veces lo descarta y el 20% si lo desecha al terminar un procedimiento. Es recomendable descartar el material después del procedimiento según las normas de higiene.

GRÁFICO # 17

Tiempo que descarta las vías periféricas con sus circuitos en los niños hospitalizados en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

TIEMPO QUE DESCARTA LAS VÍAS PERIFÉRICAS Y SUS CIRCUITOS



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

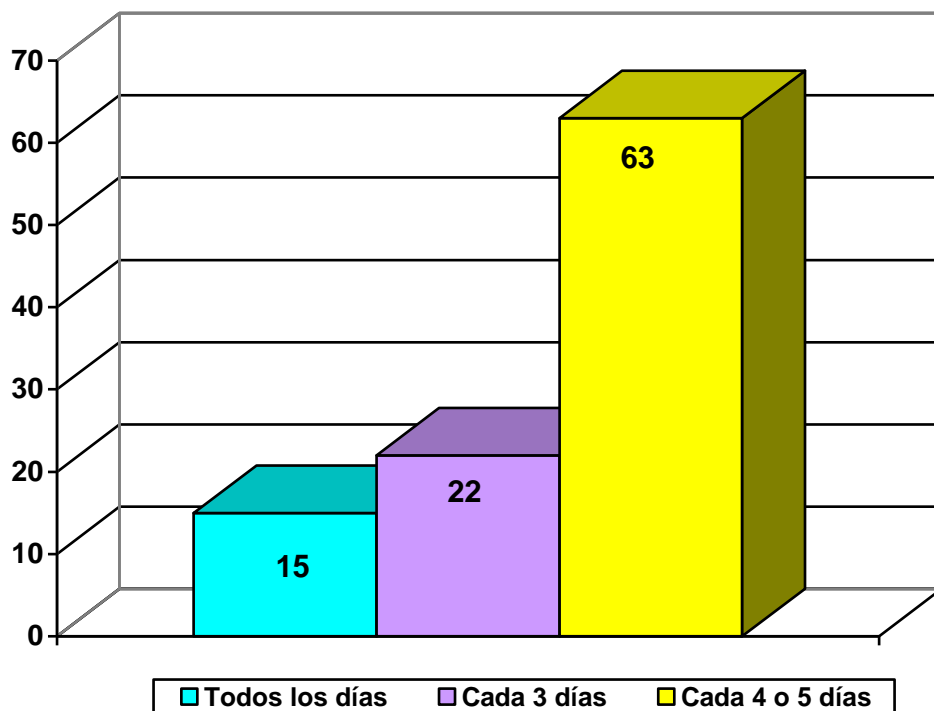
ANÁLISIS:

El 60% del personal de enfermería refiere que después de 4 o 5 días descarta las vías periféricas y sus respectivos circuitos, porque son escasos en el área, por ello le dan uso varios días; seguido del 25% que lo descarta cada 3 días y solo el 15% lo descarta cada 2 días; aplicando las normas de bioseguridad para los procedimientos.

GRÁFICO # 18

Tiempo que descarta las sondas de succión en las terapias respiratorias de los niños hospitalizados en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

CADA QUE TIEMPO DESCARTA LAS SONDAS DE SUCCIÓN



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

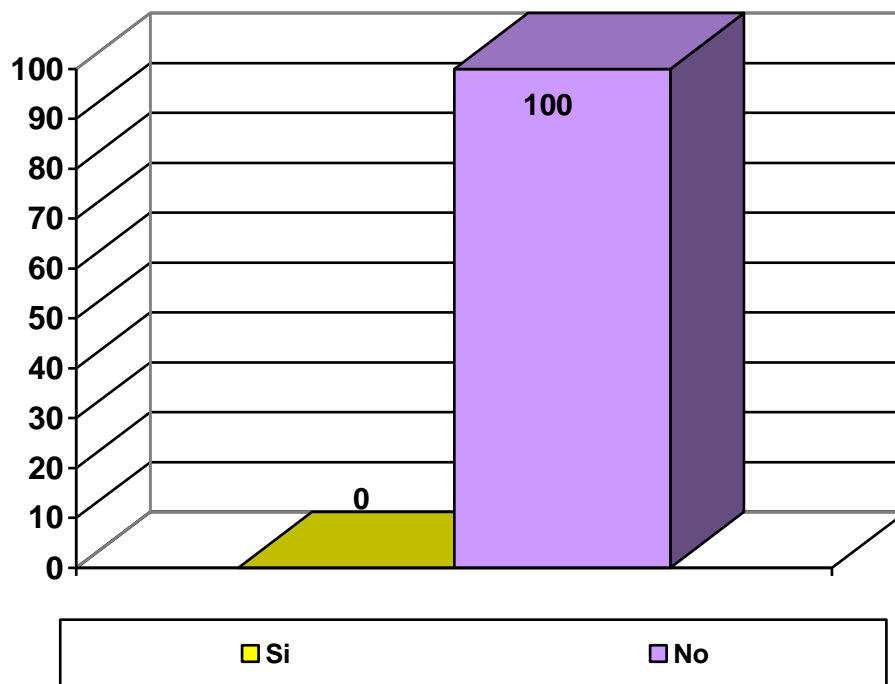
ANÁLISIS:

El 63% del personal de enfermería manifiesta que descarta la sonda de succión después de 4 o 5 días ordenado por el médico del área porque es escaso este material; seguido del 22% que a veces lo descarta cada 3 días y solo el 15% lo rotula y desecha todos los días como lo indica las normas de bioseguridad.

GRÁFICO # 19

Existen protocolos de enfermería para el manejo de las infecciones nosocomiales en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

EXISTEN PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA SOBRE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

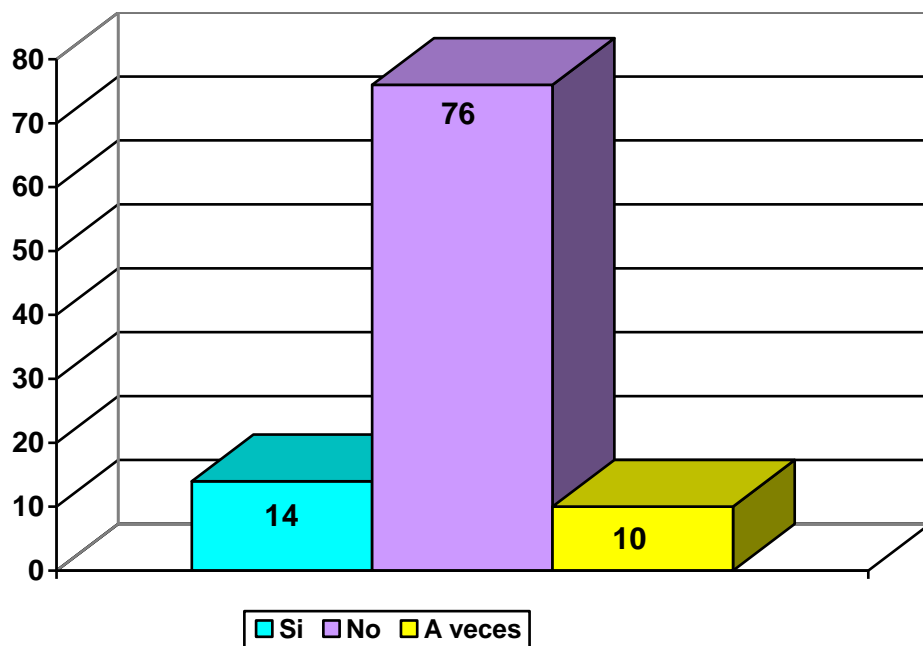
ANÁLISIS:

El 100% del personal de enfermería que labora en la Sala D1 y D2 de Clínica en el hospital de estudio manifestó que no existen protocolos de atención para la infecciones nosocomiales, por lo que amerita realizarlos, principalmente la técnica del lavado de manos, limpieza y desinfección de los materiales y del área, para evitar la proliferación de los microorganismos.

GRÁFICO # 20

Recibe conferencias de orientación continua de acuerdo a las patologías de ingreso de los niños atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

RECIBE CONFERENCIAS DE ORIENTACIÓN



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

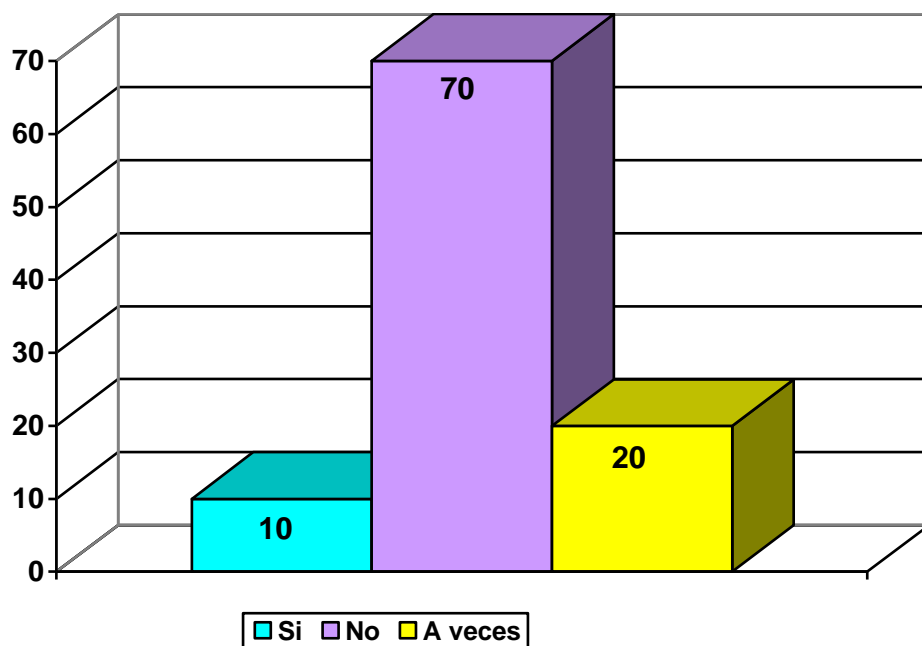
ANÁLISIS:

El 76% del personal de enfermería manifestó que no recibe conferencia de orientación continua de acuerdo a las patologías que presentan los pacientes en el área; el 10% manifestó que a veces ha recibido las conferencias y el 14% respondió que ha recibido. La institución debe tener presente capacitar al personal de enfermería para que brinden atención adecuada a los pacientes ingresados por diferentes patologías.

GRÁFICO # 21

Orienta al familiar sobre el cuidado que debe tener según la patología diagnóstica de los niños atendidos en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

ORIENTAN A LOS FAMILIARES DE LOS NIÑOS



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

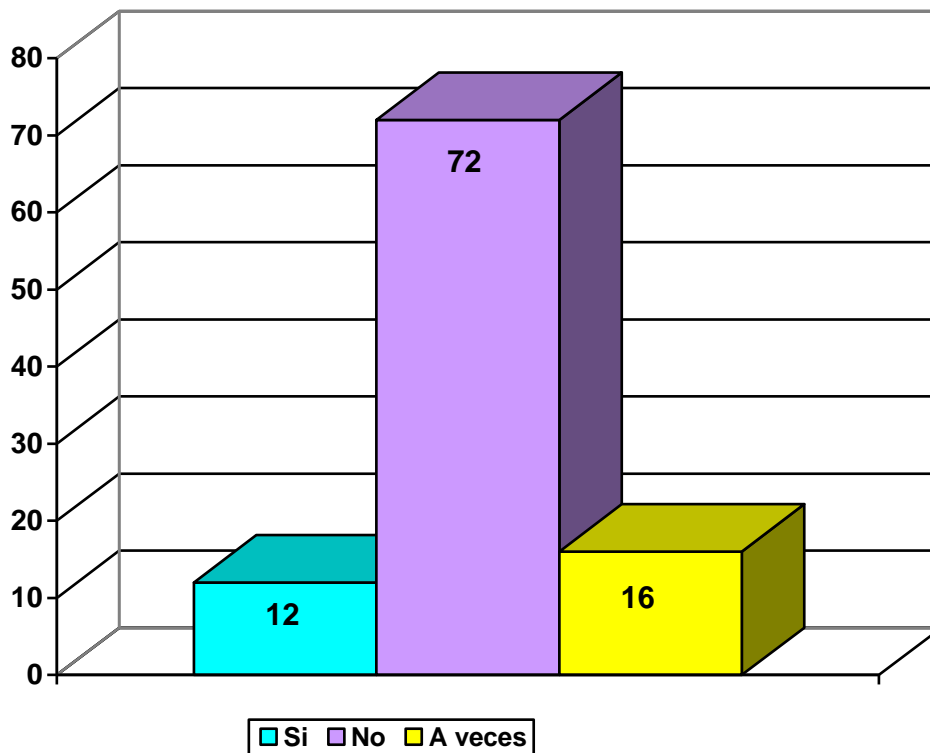
ANÁLISIS:

El 70% del personal encuestado manifestó que no orienta a los padres de familia sobre los cuidados que deben proporcionarle al niño según la patología diagnóstica que presenta; porque no tienen tiempo, ya que están ocupados con la cobertura de atención que deben brindar en el área; el 20% a veces realiza esta orientación y el 10% del personal de enfermería orienta a los padres de familia sobre la patología que presenta en el niño. Se debe orientar a los padres para que ellos también otorguen los cuidados que requieren sus hijos.

GRÁFICO # 22

Explica al familiar sobre los procedimientos que le va a realizar al niño atendido en las Salas de Clínica D1 y D2 del hospital pediátrico Dr. Roberto Gilbert Elizalde de Guayaquil, agosto a diciembre del 2009

EXPLICA AL FAMILIAR LOS PROCEDIMIENTOS QUE VA A REALIZAR



Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería de las Salas D1 y D2 del hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde"

Elaborado por: Lic. Mariana Tufiño

ANÁLISIS:

En el gráfico se observa que el 72% del personal de enfermería encuestado respondió que no explica al familiar sobre el procedimiento que le va a realizar al niño porque no tiene tiempo; el 16% a veces lo hace y el 12% realiza la explicación, porque considera que el familiar debe estar informado sobre lo que se le realiza al paciente, para que colabore con el cuidado.

4.2. DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación comprueban la hipótesis planteada, porque se confirma que existe insuficiente material para la atención de los pacientes pediátricos con infecciones nosocomiales hospitalizados en las Salas de Clínica; el 60% del personal de enfermería manifestó que no tiene suficiente recurso material; el 60% refiere que usa el material ya utilizado; no lo descarta porque hay escasez de material.

Otro factor importante que determina que exista la incidencia de las infecciones nosocomiales en el área de estudio, es la falta de un protocolo de enfermería que ayude a prevenirlas y atenderlas, para garantizar la salud de los pacientes pediátricos hospitalizados.

Según otros estudios, se determinó que estas infecciones nosocomiales se han convertido en la principal causa de mortalidad en este grupo de pacientes; a nivel mundial afecta cerca del 5% de los pacientes admitidos al hospital; además, prolonga la permanencia hospitalaria, e incremento de los costos que de ellos derivan.

En relación a la capacitación del personal para que tengan conocimientos actualizados sobre el manejo de las infecciones nosocomiales; el hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, al igual que otras entidades de salud, (según manifiestan otros estudios), les falta preocuparse de mantener capacitado al personal de salud, sobre estas patologías, para brindar una atención de calidad y calidez en el área de estudio.

4.3. CONCLUSIONES

Al concluir con la investigación presente: Protocolos de enfermería en la prevención de infecciones nosocomiales en los niños de la Sala de Clínica D-1 y D-2 del hospital pediátrico “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de agosto a diciembre de 2009; después de recolectado los datos en las encuestas y

analizarlos estadísticamente, se llega a evidenciar el conocimiento limitado que tienen las profesionales de enfermería y los familiares de los pacientes pediátricos en cuanto a los factores de riesgo que conllevan a adquirir las infecciones nosocomiales que afectan la salud.

- De acuerdo al sexo de los pacientes pediátricos que presentaron infecciones nosocomiales, el masculino tuvo 58% equivalente a 29 pacientes y femenino 42%; referente a la edad, el 62% fueron menores de un año.
- El 76% provienen del área rural y su ingreso económico es menor al sueldo mínimo vital de \$ 240 dólares; tienen déficit de servicios básicos en sus viviendas, como el agua potable y las canalizaciones.
- El 36% de los niños ingresaron con un diagnóstico de rotavirus; seguido del 16% que presentaron IRA; el 14% EDA; el 12% bronconeumonía; el 32% presenta un diagnóstico a los 5 días de hospitalizado, de neumonía + IRA + EDA; el 28% crisis asmática + rotavirus; y el 66% tiene más de 20 días de estancia hospitalaria; porque aumenta el tiempo de hospitalización por las infecciones nosocomiales que adquirieron en la institución.
- El 50% de los familiares respondieron que a veces recibieron orientación por parte del personal de enfermería sobre la estancia hospitalaria; el 70% no recibió informe sobre el estado de salud y las indicaciones del cuidado; el 70% refiere que no cumplen con el horario para administrar la medicación.
- Referente a las encuestas aplicadas al personal de enfermería, respondieron, que el 95% del personal no realiza los diagnósticos de enfermería y el 5% si lo hace; y que en su jornada de trabajo, a veces

revisan primero las historias clínicas; el 100% manifiesta que no hay protocolos de enfermería para el cuidado del paciente con infecciones nosocomiales.

- El 60% del personal manifestó que a veces cuenta con el material necesario para la atención del paciente hospitalizado en las salas de estudio; el 50% no descarta el material utilizado; sino que lo reutiliza, por el escaso material para los procedimientos; 60% refiere que descarta las vías periféricas y sus circuitos a los 4 o 5 días, sin respetar las normas de bioseguridad; el 63% descarta las sondas nasogástricas cada 4 o 5 días cuando lo normal es diario causando foco de infección; el 76% no recibe conferencia de orientación continua de acuerdo a las patologías que presentan los pacientes en el área; el 50% a veces orienta a los padres de familia sobre los cuidados que deben proporcionarle al niño según la patología diagnóstica que presenta; el 72% no explica al familiar sobre los procedimientos que se le va a realizar al niño, y sobre las acciones que se deben de tomar para evitar infecciones cruzadas y sobre las técnicas de barrera.
- El personal incurre con el incumplimiento del lavado de manos antes y después de abordar a un niño y no supervisa que los encargados de la limpieza del área, realicen su trabajo de acuerdo a lo que se requiere para evitar la aparición de las infecciones nosocomiales. Al respecto cabe anotar, que este problema se debe, en la mayoría de los casos, a que no reciben adiestramiento previo.
- Se observa que no existe una supervisión constante sobre las desinfecciones terminales ni las concurrentes del área de estudio, porque no hay un programa de capacitación continua al respecto.

4.4. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que el Departamento de Enfermería junto con el Comité de Control de Infecciones, elabore a la brevedad posible un Manual de Normas de Atención al paciente, así como también un Manual de Procedimientos para el área.
- Que las enfermeras de las Salas D1 y D2 apliquen el protocolo de atención para la prevención de las infecciones nosocomiales en los pacientes hospitalizados, elaborado en el proyecto.
- El personal de enfermería, como los familiares de los niños atendidos, deben extremar los cuidados en esta área a fin de evitar la aparición de las infecciones nosocomiales, dada su extrema vulnerabilidad.
- Que se programe cursos de capacitación continua para que el personal de enfermería realice la profilaxis de este tipo de afecciones, con técnicas adecuadas, como el lavado de manos.
- Se sugiere que las enfermeras del área dediquen parte de su tiempo a educar al familiar de estos pacientes, acerca de la importancia de la utilización de las técnicas de barrera y las acciones que se deben realizar para evitar las infecciones cruzadas.
- Establecer un programa de supervisión continua a fin de verificar el cumplimiento de las Normas y Procedimientos en el área, como también el trabajo realizado por el personal de la limpieza.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGILAR, Cordero. M. J. (2003). Tratado de Enfermería Infantil Cuidados Pediátricos, Vol. 1 Océano Mosbi.
2. BEAR, Myers y HARCOURT Brace. (1998). Tratado de Enfermería. M. Vol. 2.
3. BERMAN, kliegman A. (1997). Tratado de Pediatría. Decimoquinta edición, Vol. 2,
4. BRUNNER, Suddarth. (1985). Manual de Enfermería Práctica Médico Quirúrgico. 4ta. edición México D: F: Editorial Interamericana, Volumen 1.
5. BRUNNER, Suddarth. (2002). Enfermería Médico Quirúrgico.
6. CONTON, E. Vindes A, Pernan J, (2001); 1851-55. Infecciones Sistémica Nosocomial por Levadura, Rev. Iberoom Micol.
7. GONZÁLEZ, M. Ramírez M. (1998). Determinación de factores de riesgo Intrahospitalarias en un brote de Pseudomonas Aeuroginosa en la sala de Ciren, Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia Médica 2000; 31:176-184.
8. HARRIS J. S. MD. (1997). Pediatric Nosocomial Infections Children Are Not Tittle Adults. Infection Control and Hospital Epidemiologic.

9. HUACON, Bermero Ana. (2005). Enfermería como agente del cambio en la prevención de enfermedades nosocomiales en Guayaquil.
10. HUGONET, S. SAX H, (2004). Nosocomial bloodstream infection and clinica sepsis. *Emerging Infections Diseases*.
11. HOLYNSHEAD, H. (1983). Anatomía Humana. 3ra. edición. México.
12. HOUSSET, B. (2001). Manual de Neumología. Editorial II. Masson.
13. MALDONADO, N. (2000). Control de Infecciones y Vigilancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios y Terapia Intensiva Post Quirúrgica Cardiovascular. *Rev. Mexicana de Enfermería Cardiológica* Vol. 7.
14. MARTIN, Tucker S. MCMXVI. Normas del cuidado del paciente. Hacourt Brace. 6ta. Edición.
15. MARRINER, Tomey Ann PhD, RN, FAAN. y Raile Alligood Martha. PhD, RN. (2006). Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición. Edición Mosby. Págs. 71; 750 – 754.
16. PEÑAC, O. Silva E, Sierra P. (2000). Diagnóstico y Manejo Nosocomial en Pediatría. Un reto para el Clínico. *Rev. Hospital Universitario Pediátrico Mis*.
17. POTER, y Perry. Fundamentos de Enfermería. 2da. edición.
18. TORTORA, Grabowski. (2002). Principios de Anatomía y Fisiología, Oxford.

19. WILSON, S. MCMXC. Trastornos Respiratorios, Biblioteca de Enfermería Mosby.
20. ASOCIACIÓN MEXICANA DE INFECTOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA, INS. XXVLL Congreso Anual de la AMIMC, 200; 23; 84-87.
21. ENCICLOPEDIA DE ENFERMERÍA. (1986). Barcelona España. Editorial Planeta Internacional.
22. MANUAL DE ENFERMERÍA, Océano.
23. Artículo Médico Especialista en Salud Pública y Encargado del Programa de Vigilancia y control de Infecciones NSC, Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cobral.
24. www.revista electronica de portales medicos.com
25. Revista Chilena de Infectología. Modelo BUNDLE en Infecciones Nosocomiales.
26. [www.federacion 1999 internacional de control de Infecciones. Estocolmo Suecia. IFIC.](http://www.federacion 1999 internacional de control de Infecciones. Estocolmo Suecia. IFIC)
27. [www.asociacion española de enfermería y salud AECS.](http://www.asociacion española de enfermería y salud AECS)
28. www. wordpres.com prevención de las Infecciones Nosocomiales
29. www.enfermeriaysalud.es.aecs@enfermeria y salud.es
30. www.infosalud.infecciones nosocomiales.com
31. www.Inbiomed.infeccionesnosocomialescom

ANEXOS



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Graduados

**CUESTIONARIO DE PREGUNTAS
PARA LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS**

OBJETIVO:

Recopilar información de cada paciente para la realización de tesis previo a la obtención del título de post-gradado en Pediatría y conocer información de cada uno de ellos antes de la atención de enfermería.

INSTRUCCIONES

A continuación usted encontrará un cuestionario, que es anónimo, no escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario. Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste.

1.- **SEXO:** MASCULINO FEMENINO

2.- **EDAD:** MENOR DE 1 AÑO 1 AÑO 2 AÑOS

3.- PROCEDENCIA:

URBANA SUBURBANA RURAL

4.- CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

INGRESOS:

MENOR DE \$240 \$240 MÁS DE \$240

5.- TIEMPO DE SU ENFERMEDAD:

MENOS DE 15 DIAS 15 DIAS MÁS DE 15 DIAS

6.- DIAGNÓSTICO MÉDICO AL INGRESO DE SU NIÑO:

IRA	<input type="checkbox"/>	Bronconeumonía	<input type="checkbox"/>
EDA	<input type="checkbox"/>	Crisis asmática	<input type="checkbox"/>
Rotavirus	<input type="checkbox"/>	Infección renal	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>		

7.- DIAGNÓSTICO MÉDICO A LOS DÍAS O SEMANA DE SU ESTANCIA

HOSPITALARIA DE SU NIÑO:

IRA	<input type="checkbox"/>	Bronconeumonía	<input type="checkbox"/>
EDA	<input type="checkbox"/>	Crisis asmática	<input type="checkbox"/>
Rotavirus	<input type="checkbox"/>	Infección renal	
Neumonía			

8.- TIEMPO DE ESTADIA HOSPITALARIA:

MENOS DE 15 DIAS 15 DIAS MÁS DE 15 DIAS

9.- RECIBÍÓ ORIENTACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD DE SU PACIENTE, EN SU ESTADÍA HOSPITALARIA

SI NO A VECES

10.- RECIBÍÓ INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE SU PACIENTE, EN SU ESTANCIA HOSPITALARIA

SI NO A VECES

11.- LA MEDICACIÓN PRESCRITA POR EL MÉDICO, QUE RECIBE SU PACIENTE ES EN EL HORARIO ESTABLECIDO POR EL HOSPITAL.

SI NO A VECES



Muchas gracias por su colaboración

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Graduados

CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN LA SALA D1 Y D2 DEL HOSPITAL

OBJETIVO:

Conocer las diferentes actividades que brinda la atención de enfermería a los pacientes pediátricos hospitalizados con infecciones nosocomiales.

INSTRUCCIONES:

A continuación usted encontrará un cuestionario, que es anónimo, no escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario. Lea cuidadosamente cada pregunta y conteste.

12.- REALIZA USTED LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

SI NO A VECES

13.- AL EMPEZAR SU JORNADA DE TRABAJO, PRIMERO REvisa LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE:

SI NO A VECES

14.- UD. ESTÁ PRESENTE CUANDO EL MÉDICO PASA VISITA A LOS PACIENTES:

SI NO A VECES

15.- CUENTA CON LOS MATERIALES NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DE SU PACIENTE:

SI NO A VECES

16.- DESCARTA EL MATERIAL UTILIZADO DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO EN LAS TERAPIAS RESPIRATORIAS:

SI NO A VECES

17.- TIEMPO QUE DESCARTA LAS VÍAS Y SUS CIRCUITOS PERIFÉRICOS EN LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS:

Cada 2 días Cada 3 días Cada 4 o 5 días

18.- TIEMPO QUE DESCARTA LA SONDA DE SUCCIÓN EN LAS TERAPIAS RESPIRATORIAS:

Todos los días Cada 3 días Cada 4 o 5 días

19.- EXISTEN PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL ÁREA:

SI NO

20.- RECIBE CONFERENCIAS DE ORIENTACIÓN CONTINUA DE ACUERDO A LAS PATOLOGÍAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA:

SI NO A VECES

21.- ORIENTA A LOS PADRES DE FAMILIA SOBRE EL CUIDADO QUE DEBEN TENER DE ACUERDO A SU PATOLOGÍA DIAGNÓSTICA:

SI NO A VECES

22.- LE EXPLICA USTED A LOS FAMILIARES DE SU PACIENTE, SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE SE LE VA A REALIZAR:

SI NO A VECES

Muchas gracias por su colaboración