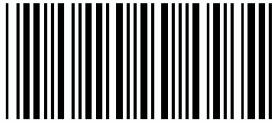




GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca

PTE 2559

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

CÁTEDRA: TALLER DE INVESTIGACIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Cumplimiento de medidas de precaución de contacto del equipo de salud según el sexo, dominio laboral, antigüedad laboral, capacitación y nivel de información acerca de medidas de precaución de contacto en un servicio de clínica médica de un hospital público de alta complejidad, de la ciudad de reconquista en el periodo comprendido de marzo a abril del año 2024”

AUTORA: JARA, JOANA MICAELA

DIRECTORA: LIC. LOPEZ, STELLA MARIS

DOCENTE ASESOR: Mg. NORES, ROSANA

DOCENTE ASESOR: LIC. SAMAMÉ, MARÍA DEL CARMEN

NOVIEMBRE 2023

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

El cumplimiento de las medidas de precaución de contacto es muy significativo en la atención de salud de las personas en las instituciones hospitalarias, asimismo constituye un desafío sanitario, por lo que es necesario tener conocimiento e información de las medidas llevándolo a la práctica a través de cumplimiento correcto de todas las técnicas y protocolos implementados en el establecimiento, que son avalados por organismos nacionales e internacionales.

Objetivo: Determinar el cumplimiento de medidas de precaución de contacto del equipo de salud según el sexo, dominio laboral, antigüedad laboral, capacitación y nivel de información acerca de medidas de precaución de contacto en un servicio de clínica médica de un hospital público de alta complejidad, de la ciudad de Reconquista en el periodo comprendido de marzo a abril del año 2024.

Se hará desde el abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo con aspectos correlacionales, prospectivo, de corte transversal en el servicio de clínica médica de un hospital público, la población en estudio será el equipo de salud que trabaja en el sector. Los instrumentos a utilizar son una lista de cotejo y un cuestionario autoadministrado de elaboración propia con saberes previos de la temática.

El plan de análisis será univariado, bivariado y multivariado, utilizando la estadística descriptiva, aplicando la distribución de frecuencia utilizando los gráficos de barras adosadas, las medidas de tendencia central, la moda, la mediana y la media aritmética. Para establecer la correlación se utilizará el programa Excel a través del Diagrama de Dispersión.

Palabras clave: Medidas de precaución de contacto- Clínica médica- Aislamientos- Infecciones asociadas al cuidado de la salud- Dominio Laboral – Sexo- Antigüedad laboral- Capacitación de medidas de precaución de contacto- Nivel de información de medidas de precaución de contacto-Equipo de Salud

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi gratitud a todos aquellos que me apoyaron, para llegar a esta instancia, en especial a mi familia, mis padres Alberto y María y mis hermanos, a mi directora de proyecto la Lic. López, Stella Maris por la guía, a mis docentes asesoras MG. Rosana Nores y LIC. Samamé, María del Carmen por estar en todo momento acompañándome y guiándome en este proyecto para la culminación de la Licenciatura en Enfermería.

Joana M. Jara

ÍNDICE GENERAL

Resumen y palabras claves	2
Agradecimientos	3
Índice general	4
Introducción	5
Estado actual de conocimiento o Estado del arte	6
Justificación y planteamiento del problema en estudio	12
Hipótesis y objetivos	13
Marco Teórico	15
Material y Métodos	42
Tipo de estudio o diseño	42
Sitio o contexto de la investigación	43
Descripción del sitio	43
Contexto de estudio: Criterios de elegibilidad	44
Población y muestra	45
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	46
Decisiones en función al análisis de resultados de la prueba piloto	46
Procedimiento de recolección de datos	47
Consideraciones Éticas	48
Plan de Análisis	48
Cronograma de actividades y plan de trabajo	50
Referencias bibliográficas	51
Anexo I:	55
Aval institucional	55
Anexo II:	56
Operacionalización de las variables	56
Instrumentos de recolección de datos	58
Consentimiento informado	64
Anexo III	65
Procedimientos de lavado de manos	65
Los cinco momentos del lavado de manos	67
Colocación y retiro de Equipo de Protección Personal	68

INTRODUCCIÓN

Las instituciones de salud de alta complejidad y polivalentes, requieren para su funcionamiento de recursos humanos entre profesionales y no profesionales, materiales, económicos, financieros y tecnológicos que en conjunto se integran para realizar los procesos y sostener resultados que requieren de una estructura dinámica teniendo una distribución acorde a la relación equipo de salud y sujeto de atención tratando de resolver problemas de salud de la población buscando una atención segura. (INE-SADI-ADECI, 2023)

Esto lleva a la enunciación desarrollada el Consenso Interinstitucional estrategia multimodal de intervención de las Sociedades Argentinas y el Ministerio de Salud de la Nación definida por Ibarra Camou; y otros (2021) acerca de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) las cuales define como:

Todo cuadro clínico, localizado o sistémico, causado por la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas, que se desarrolla durante la asistencia en el hospital u otro centro sanitario, sin evidencia de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso. También se incluyen aquellas que aparezcan después del alta y que estén relacionadas con la internación, así como las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario. (p. 9)

Las IACS representan un problema de salud pública controlable que afecta principalmente a los sujetos hospitalizados que, además de prolongar el tiempo de estada, aumentan la morbimortalidad y los costos para el sistema sanitario y la comunidad en general. Actualmente, para algunos de los patógenos causantes de IACS, no hay tratamiento antibiótico eficaz por la resistencia antimicrobiana, debido al mal uso de antibióticos por parte de la población, que los pueden comprar sin una prescripción médica. Por lo cual se deben invertir un gran capital en infraestructura y equipamiento para restringir la diseminación de los agentes causales de infecciones. (Acosta-Gnass, 2011)

Con el objetivo de analizar los cuidados que reciben los sujetos en la asistencia sanitaria, y fruto de la necesidad de dotar a los profesionales de la salud de herramientas e instrumentos que guíen y mejoren la práctica de los procedimientos más frecuentes que realizan en el cuidado de los sujetos de atención.

Aunque la transmisión de los gérmenes multirresistentes es más frecuentemente documentada en las instituciones de salud que tienen servicios de áreas críticas (UTI, quemados, quirófano, cuidados neonatales), otros servicios también se ven afectados por

microorganismos multirresistentes en el traslado de sujetos portadores. Es por todo esto, que una buena organización de Enfermería es la piedra angular para la atención de este tipo de sujetos convirtiéndose en el centro de preocupación, para disminuir la propagación de los patógenos. (Acosta-Gnass, 2011)

Ante esta preocupación es importante reconocer que la incorporación de nuevos conocimientos de forma continua mejora la conducta, hábitos, respetando las “medidas de aislamiento” establecidas por el Comité de Infectología de la institución y la disponibilidad de recurso financiero, humano, materiales, incluyendo un adecuado liderazgo administrativo, provocaría un estímulo positivo que puede resultar en grandes logros.

De este modo la educación es el pilar fundamental para que el personal involucrado realice una correcta implementación de los aislamientos de contacto, así evitar nuevas incidencias de casos, prolongaciones de la estadía de los sujetos, uso de tratamientos microbianos de altos costos y aumento de la morbimortalidad. Se hace necesario adaptar medidas a las necesidades específicas de los sujetos con infección o colonización para evitar los brotes.

Evitar y controlar las infecciones adquiridas en un centro de atención de salud es responsabilidad de todos, desde el personal de higiene hospitalaria hasta el especialista, incluyéndose uno. El control de las infecciones es muy importante, se realiza a través de acciones correctas en los cuidados y la seguridad que se aplique, tanto para protegernos como para proteger al sujeto.

ESTADO ACTUAL DE CONOCIMIENTO O ESTADO DEL ARTE

Los estudios consultados de los últimos cinco años con respecto a precauciones de contacto referido a nivel de información y cumplimiento de las medidas implementadas se tomó en cuenta a partir de la investigación realizada por Hernández Faure y otros (2019) a través un abordaje cuantitativo, descriptivo y transversal en una población de 345 trabajadores, de estos se tomó una muestra no probabilística, intencional de 53 profesionales (médicos especialistas, generales e internos de la carrera de medicina, licenciados en enfermería, enfermeros y auxiliares) buscaron identificar el nivel de conocimientos, actitudes y practicas relacionadas con las infecciones intrahospitalarias en Nicaragua y su control en el equipo asistencial, cuyas variables fueron clasificación ocupacional, nivel de conocimiento sobre la definición de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), el efecto del lavado de manos con agua y jabón, también la evaluación de prácticas y actitudes relacionadas con la

prevención de las IAAS; con la aplicación de un cuestionario y de una guía de observación de procedimientos relacionados con las IAAS y para las respuestas del cuestionario se establecieron los criterios adecuados (60% de respuestas correctas) e inadecuado (menos de 60% de respuestas correctas).

Para la evaluación de procedimientos estimaron adecuado cuando cumplía los requisitos de la guía e inadecuado cuando no cumplía. Realizaron la discusión comparando los resultados con las bibliografías consultadas, esto evidenció un déficit cognitivo sobre las infecciones asociadas a la atención en salud y en las actitudes y prácticas correctas en el personal asistencial para su prevención, así que concluyeron que existe una falencia en cuanto a conocimientos sobre las infecciones de atención hospitalaria y de prácticas preventivas que disminuyan estas, se propusieron desarrollar un programa de capacitación para lograrlo.

En la investigación realizada por Bloch-Melgarejo y otros (2020) en Paraguay, que evaluó el protocolo de lavado de manos por profesionales de enfermería en un servicio de salud implementado a través de un abordaje cuantitativo, descriptivo con una población de 24 enfermeros, aplicando un muestreo no probabilístico, con las variables referidas al cumplimiento de los pasos de la técnica de lavado de manos y en los cinco momentos establecidos por la OMS teniendo como indicadores cumplimiento total, parcial e incumplimiento de los pasos y capacitaciones teniendo como indicadores el sexo, la edad y antigüedad laboral. Los instrumentos utilizados fueron tres planillas A, B, C, la primera con tres indicadores referidos a la técnica de lavado de manos, la segunda con cinco indicadores de los momentos y la tercera recabo datos sobre las capacitaciones recibidas en los últimos años, siendo la recopilación de datos de marzo a julio, toda la semana, en todos los turnos.

Los resultados evidenciaron un 54% de incumplimiento en la técnica de lavado de manos, un 44% de incumplimiento parcial y solamente un 2% de cumplimiento. En cuanto a los cinco momentos del lavado de manos, el 85% no cumplió con todos los momentos y un 70% no ha recibido capacitación referente al lavado de manos en los últimos 2 años. Se evidenció un alto porcentaje de incumplimiento del protocolo de lavado de manos. Llegando a la conclusión que hay incumplimiento del protocolo de lavado de manos y sus momentos poniendo en riesgo la salud de los sujetos de atención, e incrementando las tasas de infecciones asociadas a la atención en salud. Propusieron que se realice un monitoreo y capacitación con mayor compromiso de los profesionales.

De acuerdo a la investigación realizada por Salcedo-Cienfuentes y otros (2020) en la cual buscaron evaluar el cumplimiento de una estrategia de higiene de manos en cinco instituciones asistenciales de Colombia con el fin de poder prevenir el riesgo biológico a través

de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal, participaron de manera voluntaria 93 profesionales de la observación, en las cuales se tuvieron en cuenta variables individuales e institucionales donde se utilizó una lista de autoevaluación de higiene de manos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con 34 ítems a observar hechas por maestros de salud ocupacional para verificar su correcto cumplimiento.

Los resultados alcanzados fueron que la representatividad estuvo en las instituciones hospitalarias de primer nivel en las cuales el personal de enfermería, seguido por los médicos, tuvo un mejor cumplimiento del protocolo de lavado de manos. Este porcentaje se vio impactado por el menor cumplimiento de suministro de insumos e infraestructura. Por esto, concluyeron que hay incumplimiento del protocolo de higiene de manos, con una calificación inaceptable para los factores de insumos/infraestructura y técnica de higiene de las manos, respectivamente. En toda la investigación tuvieron en cuenta los principios bioéticos y el consentimiento informado.

Teniendo en cuenta las implicancias de la sociedad (visitas), se explora una investigación realizada por Arango Castrillón (2021) en Colombia, realizado en un hospital de alta complejidad de la ciudad de Medellín partió del objetivo de determinar si los factores sociodemográficos y de la atención en salud asociados con el cumplimiento de las precauciones de contacto, la población estudiada eran todos los visitantes de sujetos de atención aislados que al momento del estudio que eran mayores de 18 años, y que aceptaron participar voluntariamente, a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia, a todos los presentes en el momento de la recolección de datos, fueron un total de 126 participantes. Se estudiaron variables cuantitativas y cualitativas, en las primeras fueron el sexo, la edad, educación, etc. En la segunda, conocimiento de aislamiento, elementos que se aplican y disponibilidad, estar de acuerdo con usarlos, etc.

El instrumento utilizado para la recolección fue una encuesta realizada por la investigadora y auxiliares de investigación previa capacitación, la encuesta fue de forma presencial. Esta contaba con quince preguntas cerradas en su mayoría dicotómicas y diez preguntas sobre variables de exposición que pueden favorecer o no el aislamiento. La encuesta fue modificada en algunas de sus variables después de realizar una prueba piloto a cinco visitantes.

Los resultados fueron que la adherencia total al aislamiento fue de un 40,5% y está asociada principalmente con dos factores, la disponibilidad de los elementos de protección y estar de acuerdo con el uso de estos. Concluyendo que los factores mejor asociados con el cumplimiento del aislamiento hacen necesario que las instituciones garanticen suficientes

insumos para los visitantes y el personal de salud, que tanto este último como los familiares reciban una mayor sensibilización en este tema.

De La Leona Miñana (2021) basados en que, en la mayoría de las instituciones sanitarias, los aislamientos de contacto comienzan en las unidades de cuidados intensivos para luego pasar a una sala común para la continuidad de su cuidado hasta su alta hospitalaria. Por tal motivo se indagó sobre el cumplimiento de las precauciones de aislamiento de contacto en pacientes críticos en Valencia, España, siendo observacional, descriptivo y prospectivo en una UCI polivalente con 22 camas distribuidas en diez boxes y dos individuales su objetivo fue analizar el cumplimiento de las medidas por parte de los profesionales sanitarios siendo su población enfermeros, médicos, personal de higiene hospitalaria, cuyas variables más relevantes fueron higiene de manos, solución utilizada, uso de EPP, si realizaron la técnica correcta de colocación y retiro antes de salir del box.

Su instrumento de recolección fue un check-list de elaboración propia basados en las recomendaciones del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y se evaluó a través de la observación directa. Dando como Resultado que la adherencia a la higiene de manos fue del 83,5%, del 95% para el uso de guantes y del 84,5% para el de bata. La higiene de manos se realizó sólo después del contacto en el 65%. Se empleó solución alcohólica en el 62% de las ocasiones. El equipo de protección fue retirado antes de salir del box en el 80,8% de los registros, y se retiró en el orden correcto en el 20%. Su conclusión fue que observaron diferencias entre los profesionales médicos y enfermeros, el cumplimiento en la higiene de manos fue mayor en los enfermeros/as y en los procedimientos de contacto directo con fluidos contaminados del sujeto de atención y menor el cumplimiento en el cambio de guantes y el orden correcto de retirada del EPP.

En la ciudad de Lima, Perú se realizó una investigación por los autores Yagui Moscoso y otros (2021) relacionada a la prevención de infecciones asociadas a la salud, conocimientos y prácticas en médicos residentes. Este estudio fue observacional, analítico y transversal tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos y practicas sobre medidas de prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) y sus factores asociados. Su población fue conformada 517 médicos residentes a través de un muestreo probabilístico, el tamaño muestral fue de 171 participantes. Utilizaron una encuesta estructurada elaborada a partir de estudios previos y validada para medir las variables en estudio. Aplicaron el coeficiente "V" de Aiken resultando un valor de 0,97 teniendo una fuerte validez de contenido. Con el coeficiente Alfa de Cronbach se valoró la confiabilidad del instrumento. Las variables

conocimientos y practicas teniendo como dimensiones la edad, sexo, tiempo como profesional, capacitaciones previas sobre control de infecciones, etc.

Los resultados arrojados por esta investigación fue que 52% de los participantes fueron de sexo femenino, el 49% tenía 2 o menos años de tiempo como profesional médico, el 49% provenía de una universidad del interior del país, solo el 34% ocupó una vacante cautiva y el 71,9% tuvo capacitaciones previas sobre medidas de prevención de IAAS. El 83% de los médicos residentes ingresantes estudiados mostró poco conocimiento sobre medidas de prevención de las IAAS mientras que el 68,4% mostró prácticas no adecuadas sobre medidas de prevención de las IAAS. El ingreso a una especialidad de medicina estuvo asociado a un menor riesgo de tener poco conocimiento y el mayor tiempo como profesional se relacionó a un menor riesgo de tener prácticas inadecuadas. Como conclusión, enunciaron que existe un bajo nivel de conocimientos sobre medidas de prevención de IAAS y observaron que el tipo de especialidad fue un factor asociado al nivel de conocimientos y el tiempo de experiencia profesional fue un factor asociado al tipo de práctica.

Al seguir la indagación, una investigación de la autora Chumbe Padilla (2022) partió de identificar el conocimiento de las infecciones intrahospitalarias en el personal de enfermería del Hospital Regional Moquegua en Perú, evaluó lo antes mencionado en una población de 50 enfermeras seleccionadas por criterios de inclusión y exclusión. Como variables en estudio al conocimiento de infecciones hospitalarias: nivel conocimiento, edad fue agrupada cada 10 años, según sexo, según años de servicio. Como instrumento utilizó la encuesta a través de un cuestionario validado con la prueba estadística de alfa de Cronbach, con un valor de 0,72, es confiable.

Los resultados fueron con respecto al conocimiento, en la dimensión importancia, el mayor porcentaje lo tiene el nivel medio con 56 %, seguido de los niveles alto y medio, ambos con 22 %; en la dimensión prevención, el que obtuvo el mayor porcentaje fue el nivel alto con 60 %, seguido del nivel medio con un 36 %; en la dimensión transmisión, el mayor porcentaje fue el nivel alto con 68 %, seguido del nivel medio con 28 %. Habiendo llegado a la conclusión de que el conocimiento general sobre infecciones intrahospitalarias entre los profesionales de enfermería del hospital es un conocimiento medio con un 54 %.

Por último, una investigación realizada por Zambrano Menéndez y otros (2022) en la cual se dio inicio a una validación del cuestionario para la recolección de datos sobre las infecciones nosocomiales y su relación con el lavado de manos en el personal de salud de la sala postquirúrgica siendo un tipo de estudio mixto cuantitativo, descriptivo y correlacional y cualitativo fenomenológico teniendo como objetivo determinar la validez, pertinencia y

confiabilidad del instrumento de validación para identificar las infecciones nosocomiales y su relación con el lavado de manos en el personal de salud con una población de 40 personas, diferenciándolo según profesión, en la indagación de campo se empleó un instrumento validado por un juicio de expertos y Alpha de Cronbach, se seleccionan 20 personas con las que se desarrolló una prueba piloto, de manera aleatoria, se seleccionó la muestra con la técnica de bola de nieve, utilizó como técnica la entrevista y la encuesta.

Los resultados fueron que la herramienta cuantitativa exhibe una validez de 90%; Pertinencia de 89 %; 89,61% del estado de confiabilidad con un Alpha de Cronbach de 0,86; el personal no está cumpliendo de forma idónea con las medidas de bioseguridad, puesto que, dentro del centro hospitalario, el 77% de los individuos ha presentado infecciones nosocomiales. El estado emocional describe estrés, con inestabilidad e inseguridad emocional por la tensión en área por las decisiones que se deben tomar. Concluyendo que el escaso proceso de validación de instrumentos de medición interfiere en calidad/validez/credibilidad de los trabajos investigativos, los procedimientos no son cumplidos a cabalidad por la tensión y responsabilidad de los profesionales en relación al estado de las personas internadas, el temor al fracaso y el sufrimiento de los familiares y sujetos de atención. El lavado de manos es un factor que afecta el resultado final, pero existen otras razones.

Se puede visualizar que hay un vacío en las investigaciones sobre esta temática a nivel país en los últimos 5 años, dejando en evidencia que se necesita actualizaciones constantes en estas situaciones dinámicas, por los cambios que van surgiendo en la resistencia antimicrobiana de la población.

Las precauciones estándares se utilizan en todos los sujetos que requieran atención en salud, cuando estas no son suficientes se aplican las barreras de uso extendido; Aislamientos de contacto, respiratorio o por gotas, en esta investigación se enfatizará en las medidas de precaución de contacto, su cumplimiento e información por parte del equipo de salud.

El cumplimiento de las medidas de precaución de contacto es muy significativo en la atención de salud de las personas en las instituciones hospitalarias, asimismo constituye un desafío sanitario, por lo que es necesario tener conocimiento e información de las medidas llevándolo a la práctica a través de cumplimiento correcto de todas las técnicas y protocolos implementados en el establecimiento, que son avalados por organismos nacionales e internacionales.

Se buscará determinar si el cumplimiento de las medidas de precaución de contacto tiene relación en cuanto, al sexo, dominio laboral, antigüedad laboral y capacitación en medidas de precaución de contacto en cuanto a nivel de información de la temática. Al estudiar si se

cumplen o no, se buscará implementar nuevas estrategias adecuadas para lograr mejores adhesiones a los protocolos que se encuentran utilizando en la institución para la seguridad del equipo de salud y los sujetos de atención.

Lo antes mencionado tiene importancia y relevancia social al realizar el cumplimiento total de las medidas de precaución de contacto como están implementados se lograría que las personas estén internadas menos tiempo y a través de la prevención, las infecciones intrahospitalarias se produzcan con menor frecuencia y la calidad de atención sea óptima, a su vez que la organización del equipo de salud tenga educación permanente que le posibilite en el transcurso del tiempo lograr que las personas y el equipo de salud tengan un nivel de información adecuado.

Es preciso realizar un estudio detallado para poder resolver falencias que pudiera haber en cuanto a cumplimiento e información logrando que el equipo de salud tenga herramientas que permitan corregir los puntos débiles que pudieran tener, identificando en la población estudiada., en cuales hacer hincapié a la hora de reforzar y actualizar información de las medidas de precaución de contacto.

Diversos estudios han demostrado que el cumplimiento de medidas de precaución de contacto, es beneficioso tanto para el sujeto de atención como para el equipo de salud tomando como estrategia fundamental, la técnica de lavado de manos y la utilización de los equipos de protección personal, en las ocasiones en las que, es necesario colocar a un sujeto de atención en aislamiento de contacto en el servicio de internación de clínica médica, para prevenir las infecciones cruzadas y cortar la transmisión de la enfermedad.

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA EN ESTUDIO

La bioseguridad hospitalaria, a través de medidas científicas organizativas, define las condiciones de contención bajo las cuales los agentes infecciosos deben ser manipulados con el objetivo de confinar el riesgo biológico y reducir la exposición potencial. Su adquisición es mayoritariamente hospitalaria, especialmente en unidades de áreas críticas, cuando el sujeto de atención deja de requerir los cuidados críticos se encuentra hemodinámicamente estable es trasladado a servicios abiertos como lo es clínica médica, en el cual lleva a la infección o colonización de dichas bacterias. (Rodríguez Castillo y otros 2018)

La mayoría de estas infecciones se da en sujetos con enfermedades de base como diabetes, neoplasias, insuficiencia renal crónica, sujetos con postoperatorios de cirugía. Estos sujetos de atención tienen disminuidas sus defensas y corren más riesgo de contagiarse, lo que

implica la separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de las personas, Estos son ubicados en habitaciones y en condiciones adecuadas con la finalidad de evitar el contagio.

Esta investigación será llevada a cabo con el propósito de presentar el proyecto y sus resultados teniendo en cuenta los antecedentes indagados, a la institución, cuyo fin es exponer un diagnóstico de situación. Con el objetivo de examinar las causas de la problemática, aportar herramientas que favorezcan el aprendizaje, la acción preventiva y fomentar la investigación en el campo de la seguridad del sujeto de atención para identificar sus fortalezas y debilidades en el cumplimiento de medidas de precaución de contacto y si se considera necesario la aplicación de medidas pertinentes, para abordar este estudio se exploró investigaciones referidas a la temática en los últimos cinco años, para generar una problemática y construir las relaciones que intervienen en dicho contexto a estudiar, se establecerá como:

¿Qué relación existe entre el cumplimiento de medidas de precaución de contacto del equipo de salud según el sexo, dominio laboral, antigüedad laboral, capacitación y nivel de información acerca de medidas de precaución de contacto en un servicio de clínica médica de un hospital público de alta complejidad, de la ciudad de Reconquista en el periodo comprendido de marzo a abril del año 2024?

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Teniendo como hipótesis las siguientes relaciones:

- El personal médico y enfermería cumplen con mayor frecuencia el lavado de manos y colocación de equipo de protección personal, que el personal de higiene hospitalaria y camilleros.

- El cumplimiento de las medidas de precaución de contacto suele ser mayor en mujeres con una antigüedad mayor a 5 años que en hombres con el mismo tiempo de antigüedad.

-El nivel de información acerca de medidas de precaución de contacto es más elevado en el personal médico y enfermería que en el personal de higiene hospitalaria y camilleros.

- La capacitación en medidas de precaución de contacto es más frecuente en enfermería que en médicos.

- El uso de equipo de protección personal es más frecuente en enfermería que en médicos en la dimensión de contacto directo.

- El cumplimiento de las medidas de precaución de contacto es más frecuente en enfermería que en médicos, personal de higiene hospitalaria y camilleros.

Todo lo anteriormente mencionado nos lleva a tener un objetivo general que es:

Determinar el cumplimiento de medidas de precaución de contacto del equipo de salud según el sexo, dominio laboral, antigüedad laboral, capacitación y nivel de información acerca de medidas de precaución de contacto en un servicio de clínica médica de un hospital público de alta complejidad, de la ciudad de Reconquista en el periodo comprendido de marzo a abril del año 2024.

Asimismo, a través del planteamiento de las hipótesis, se generan objetivos específicos que son los siguientes:

- Caracterizar a los participantes en función al dominio laboral, antigüedad laboral, sexo y capacitación acerca de medidas de precaución de contacto.

- Identificar el cumplimiento de medidas de precaución de contacto a través de los indicadores de lavado de manos y utilización de equipo de protección personal.

- Comparar el cumplimiento de lavado de manos y colocación de equipo de protección personal con el dominio laboral y su nivel de información de medidas de precaución de contacto.

- Analizar si la antigüedad y sexo influyen en el cumplimiento de medidas de precaución de contacto relacionado con el nivel de información acerca de medidas de precaución de contacto.

- Comprobar si las capacitaciones en medidas de precaución de contacto modifican el cumplimiento en cuanto a dominio laboral.

MARCO TEÓRICO

Esta investigación se desarrollará en el marco de una institución hospitalaria pública que cuenta con protocolos instaurados considerando específicamente los referidos a cumplimiento e información de medidas de precaución de contacto por parte del equipo de salud del servicio de clínica médica, compuesto por un equipo de profesionales que brinda asistencia médica a sujetos de atención que requieren internación por enfermedades agudas y crónicas, asimismo realiza el seguimiento de aquellos enfermos, quirúrgicos y no quirúrgicos, que por su gravedad o alto riesgo precisaron ingresar en cuidados críticos y resolvieron su cuadro.

El servicio de clínica médica se enfoca en la atención de adultos con enfermedades como diabetes, hipertensión y EPOC, entre otras, con una concepción integral del ser humano, capacitados para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar la patología prevalente, así como para guiar al sujeto de atención por todos los niveles de atención y realizar promoción de la salud; esta última, cumple un rol fundamental en la medicina actual, realizando cada cual su función de acuerdo a su dominio laboral en el equipo de salud. (Grupo Gamma , 2023)

Teniendo como punto de partida la definición de salud establecido internacionalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define salud como: *“Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. (1946)

Seguidamente a nivel local, el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe entiende la Salud como un derecho humano, asumiendo como misión garantizar el ejercicio efectivo de ese derecho, definiendo así su razón de existir como organización, y otorgándole significado a cada tarea desarrollada en su ámbito.

En los últimos años, diferentes actores, vienen sosteniendo una definición de salud más amplia que es la de la OMS, formulando a la salud como capacidad individual y colectiva de luchar contra las condiciones que limitan la vida. (Ferrandini, 2011)

Este Ministerio también asume la salud desde esta perspectiva, comprometiendo a sus trabajadores a ofrecer servicios dirigidos a garantizar a los ciudadanos el ejercicio efectivo del derecho a la salud en todas las instituciones prestadoras de salud de la provincia de Santa Fe. Por lo tanto, al entender la salud como derecho, las tareas de cuidado no se pueden llevar a cabo sin el involucramiento personal de cada trabajador, como tampoco sin el compromiso colectivo y teniendo todo el equipo de salud objetivos compartidos. Por eso se apela a la construcción de dispositivos de trabajo.

Se entiende por equipo a un grupo de seres humanos que se reúnen y trabajan en conjunto para alcanzar un objetivo en común. Para esto, el equipo tiene una organización de su trabajo. Sin embargo, es indispensable que el trabajador conozca y comprenda cual es la misión y visión del servicio en el que se desempeña y las actividades que se le asignen, no estarán desvinculadas de las que realizan otros trabajadores que conforman el equipo de salud.

En el área de la salud todas las actividades tienen importancia porque todos los procesos están enlazados, es decir, son interdependientes entre todo el equipo de salud. Por ejemplo, la limpieza y desinfección adecuada de un espacio del hospital, ayuda a evitar una diseminación de un patógeno infeccioso que complique la situación de salud de personas que allí se atienden, como así también la lentitud en un trámite de compra de termómetros (para cada sujeto de atención que requiera aislamiento de contacto). Todas y cada una de las tareas que realizan los trabajadores de la salud, tanto los de servicios generales como los que administran recursos o cuidan personas contribuyen al cumplimiento de una misión general superior, la de ejecutar lineamientos políticos para que los ciudadanos puedan hacer efectivo el Derecho a la Salud. (Ministerio de Salud de Santa Fe, 2015)

Las Teóricas con la que se asociará esta investigación será con Florence Nightingale y Jean Watson, En lo concerniente al abordaje de la temática planteada como problema de investigación se buscará definir con la variable dominio laboral concerniente a nuestra profesión tomando la definición que precisa que la enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que presentan las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos en todos los contextos, que influyen en la salud, la prevención de la enfermedad, los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas en sus últimos días. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2002)

Esta problemática se describe en primer lugar, se aborda los conceptos claves de la teoría del entorno de Florence Nightingale que describe que el entorno en donde habitan las personas debe tener un nivel elevado de salubridad para la recuperación de estas. Por esta cuestión, se tiene en cuenta la ventilación, limpieza, agua segura, luz, cloacas y el aire puro para mantener una atención sanitaria adecuada y eficaz. En un ambiente hospitalario, todas estas cosas se contemplan para que los sujetos que allí se internen puedan tener una estancia confortable, es responsabilidad del equipo de salud, utilizar los elementos disponibles de manera adecuada para trabajar en un hospital seguro.

En el estudio realizado por Young, y otros (2011) sobre Florence Nightingale (1820-1910) señala que ella definía la enfermedad como el camino que utiliza la naturaleza para desembarazarse de los efectos o condiciones que han interferido en la salud. Y que la salud es

no solamente estar bien sino ser capaz de usar bien toda la energía que posee la persona. La enfermería, entonces, es tanto ayudar a la persona que sufre una enfermedad a vivir, como poder o mantener el organismo del niño sano o del adulto en un estado tal que no padezca enfermedad.

Para lograr ver que el entorno tenía que ver con la salud de las personas, Nightingale tuvo que vivir lo que es una guerra para comprenderlo, en 1853 se dio inicio la Guerra de Crimea que comenzó cuando Rusia invadió Turquía, este último en alianza con Inglaterra y Francia. La finalización de la guerra fue en 1856. Un periódico inglés criticó fuertemente las infraestructuras hospitalarias militares británicas. Como respuesta a esta crítica, las autoridades de ese entonces, le pidieron a Nightingale que se desempeñara como enfermera administradora para supervisar la introducción de enfermeras en los hospitales militares, llegó a Escutari, con 38 enfermeras, el 4 de noviembre de 1854. En la organización de los servicios hospitalarios, en dos semanas logró montar una cocina para preparar la comida; una lavandería en donde se desinfectaba la ropa de los soldados heridos, además realizó donaciones. Fue denominada "La dama de la lámpara", debido a que por las noches recorría las salas con una de estas.

Al ser mujer llevaba implicado que tenía que luchar contra las autoridades militares, pero poco a poco, fue reformando el sistema hospitalario. Observó las condiciones indignas de soldados depositados en el suelo y con cirugías con escasa esterilidad al hacerse. Esto implicaba que los soldados heridos tuvieran una mayor probabilidad de morir en el hospital que en el frente de batalla. Sus conocimientos matemáticos se volvieron evidentes cuando usó los datos que había recolectado para calcular la tasa de mortalidad en el hospital, demostrando que una mejora en los métodos sanitarios empleados, produciría una disminución en el número de muertes. Mediante el establecimiento de una fuente de agua potable, así como usando su patrimonio para comprar alimentos saludables y equipamiento hospitalario, la tasa de morbimortalidad había decrecido.

Nightingale usó información estadística para crear su Diagrama de Área Polar que fueron utilizados para dar una representación gráfica de las cifras de mortalidad durante la Guerra. Las muertes en los hospitales de campo británicos alcanzaron su máximo en 1855, cuando muchos soldados murieron por enfermedades contagiosas, algunos por heridas y otros por otras causas, vislumbrando que la mayor tasa de muertes se daba por infecciones. Previendo que las enfermedades por sí mismas habrían acabado totalmente con el ejército, no la guerra en sí. Estas condiciones insalubres no se limitaban a los hospitales militares, demostró la necesidad de una reforma sanitaria en todos los hospitales del mundo.

Sus contribuciones para enfermería se consideran en dos niveles, en el ámbito general de la disciplina inició la exploración de un cuerpo de conocimiento propio, estableció la enseñanza y la educación de la profesión, comenzó la investigación en enfermería y fue la primera en escribir sobre la disciplina enfermera; y en el ámbito particular organizó la enfermería militar y fue la primera en utilizar la estadística, y el concepto de higiene en el ámbito de la salud. Florence Nightingale marcó un hito en enfermería e inscribió para todas las generaciones de enfermeras el concepto de “cuidar de uno mismo, del entorno y al sujeto de atención” que prima hasta la actualidad. (Young, y otros 2011)

En segundo lugar, al abordar la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson (1979), teniendo en cuenta los cuatro Conceptos del Metaparadigma de Enfermería, el primero, es la persona desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”. Es el lugar de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería. El segundo, es el medio ambiente, es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad. El tercero, es la salud está tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. El cuarto, es muy importante, la enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson, la enfermería es un arte cuando todo el equipo de salud, en especial enfermería, experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma similar a la que la otra persona los percibe.

Al fomentarse una interacción enfermera con el sujeto de atención, se forma el ideal moral de enfermería que es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano lleva a enfermería y al equipo de salud a que se involucre valores, voluntades y un compromiso para cuidar, conocimiento, información, de cómo planificar las actividades de cuidados seguros y las consecuencias si no se realiza con las debidas precauciones, se debe cuidar a sí mismo para cuidar al otro. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo donde interaccionan el sujeto de atención y el equipo de salud en su conjunto, a su vez, responde a procesos de salud-enfermedad-atención, con la interacción de las personas con su medio ambiente, basándose en los conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería y generales, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.

El cuidado inicia cuando el equipo de salud entra en el campo fenomenológico del sujeto de atención, que es marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana y responde a la condición del ser del sujeto de atención

de la misma manera que expone sus sentimientos subjetivos. Esta trascendencia permite a ambos, el sujeto de atención y la enfermería entrar en el campo fenomenológico del otro. Esta relación describe como la enfermería y el equipo de salud va más allá de una evaluación objetiva, haciendo énfasis en el cuidado de ellos y del sujeto de atención. Mostrando interés hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Una ocasión de cuidado es el momento en un espacio y tiempo, en que el equipo de salud y la persona que necesita atención en salud, viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Las personas que interactúan con sus espacios fenomenológicos, tienen la posibilidad de crear juntos una relación intersubjetiva de cuidado.

Las experiencias humanas consisten en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo. Watson insiste en que enfermería, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con el sujeto de atención.

Watson, Jean expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería: El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal, está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas, cuando es efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia, las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser. Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado, el cuidado genera más salud que curación, integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación, siendo el cuidado el eje central de la enfermería. (Watson, 2007)

Por consiguiente, el cuidado humanizado nos lleva a buscar respuestas a las problemáticas que vive la sociedad actual, e informarnos de cómo se produce, los factores de riesgos, las infecciones que son epidemiológicamente importantes a tener en cuenta para evitar su propagación en la institución y buscar medidas de precauciones que restrinjan su transmisión.

Según García Palomo, y otros (2010) la infección se define como la presencia y multiplicación de un microorganismo en los tejidos del huésped; representa la interacción del agente patógeno (y sus factores de virulencia) con el huésped. De acuerdo con los autores antes mencionados, la enfermedad infecciosa es la expresión clínica del proceso infeccioso,

traduciendo en signos y síntomas tanto el daño causado por el agente infeccioso como el resultado de la inflamación consiguiente. Se pueden clasificar en función del microorganismo causal o desde el punto de vista de las manifestaciones clínicas que produce que se traduce en síndromes y enfermedades. Los factores implicados en la patogénesis de las infecciones dependen tanto del microorganismo como del huésped que se da a través de la respuesta inmune innata y adaptativa que puede llegar a erradicar la infección.

La mayoría de las infecciones están causadas por microorganismos que pertenecen a la micro flora que coloniza habitualmente al huésped llamadas infecciones endógenas. Esta se asienta en el tracto gastrointestinal, en la piel y en el tracto genital; mantiene relaciones de comensalismo o incluso simbiosis (se benefician mutuamente) con el huésped; ocasionalmente se produce una alteración del equilibrio huésped-microorganismo que pueden causar una infección, por ejemplo, alteración de la integridad cutánea o disminución de las defensas del organismo.

Las infecciones exógenas se producen por una contaminación directa por microorganismos del ambiente que se encuentran presentes en el aire, suelo, agua, animales domésticos, otras personas con infección o portadores; por tanto, las vías de transmisión más frecuentes serían: la transmisión fecal oral, la vía aérea, inoculación transcutánea directa y mordeduras, transmisión parenteral, la vía sexual y la transmisión por artrópodos o insectos vectores. El conocimiento e información de estas vías de transmisión permite establecer mecanismos eficaces de control y prevención de las infecciones se debe implementar correctamente. (García palomo, y otros 2010)

En las instituciones hospitalarias se debe conocer estas causas, como también las infecciones que se producen por el cuidado a la salud, es decir, toda atención requiere que cada uno del equipo de salud se familiarice con esas cuestiones para que prevenga en lo posible estas infecciones, al utilizar las medidas de precaución estándar, si la ocasión lo amerite en alguna internación en la que es necesaria aplicar las medidas de precaución de contacto.

En las instituciones hospitalarias, el reconocimiento de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) requiere que los profesionales del equipo de salud cuenten con conocimientos relacionados con su etiología, los factores de riesgo o sus consecuencias, al mismo tiempo que precisa de una adecuada identificación de las diversas situaciones relacionadas con la ocurrencia de las mismas. Los diferentes escenarios epidemiológicos, implican distintas dinámicas de abordaje hecho que, no sólo requiere la adaptación de las medidas por parte de los profesionales involucrados en el control de infecciones, sino que, a su

vez, necesita la concientización por parte de todo el equipo de salud de la institución en su totalidad.

Las recomendaciones Intersociedades para el Manejo de Infecciones asociadas al cuidado de la salud por la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), la Asociación de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI), (2008) establece las bases epidemiológicas de los aislamientos de contacto y el uso racional de las precauciones de aislamiento en las áreas de la salud: La transmisión de infecciones dentro de un hospital requiere 3 elementos: una fuente de microorganismos infectantes, un huésped susceptible, y un modo de transmisión del microorganismo.

Fuente: Los agentes infecciosos pueden ser transmitidos primariamente de fuentes humanas y/o de objetos inanimados. Las fuentes humanas de microorganismos infectantes dentro de un hospital pueden ser los sujetos de atención, el equipo de salud y, en ocasiones, las visitas. Estas personas pueden tener enfermedad aguda, encontrarse en período de incubación o asintomáticos, portadores crónicos de un agente infeccioso o que estén colonizados transitoria o crónicamente con microorganismos infecciosos, (particularmente en las vías respiratorias o en el tracto gastrointestinal pero que no tienen enfermedad aparente). Otras fuentes de microorganismos infectantes se pueden encontrar en objetos inanimados que pueden contaminarse, incluyendo equipos (termómetro, estetoscopio, tensiómetro etc.), unidad cercana al paciente (cama, mesa etc.) y medicamentos multidosis.

Huésped: La resistencia a los microorganismos patógenos entre las personas varía enormemente. Algunas pueden ser inmunes a la infección y ser capaces de resistir la colonización por un agente infeccioso; otras, expuestas al mismo agente, pueden establecer una relación de comensalismo con el microorganismo infectante y convertirse en "portadores asintomáticos"; otras en cambio, pueden desarrollar una enfermedad clínica. Factores del huésped tales como edad; enfermedades subyacentes; ciertos tratamientos con antimicrobianos, corticoides u otras drogas inmunosupresoras pueden volver a los pacientes más susceptibles a la infección; así también la irradiación y ruptura de los mecanismos de defensa de primera línea causados por factores tales como cirugía, anestesia, y catéteres intravasculares o urinarios.

Transmisión: Los microorganismos son transmitidos en los hospitales por una o varias rutas siendo actualmente cinco vías de transmisión epidemiológicamente importantes: contacto, gotas, vía aérea, vehículos comunes y vectores.

Transmisión de contacto: el más importante y frecuente modo de transmisión de infecciones nosocomiales, se divide en 2 subgrupos: transmisión de contacto directa y transmisión de contacto indirecto.

La transmisión de contacto directo involucra el contacto de una superficie corporal con otra superficie corporal permitiendo la transferencia física de microorganismos entre un huésped susceptible y una persona colonizada o infectada, tal como ocurre cuando un enfermero realiza la higiene o realiza otras tareas de atención a un sujeto sin una correcta higiene de manos. Este tipo de transmisión también puede ocurrir entre dos sujetos de atención, uno de los cuales actúa como fuente del microorganismo y el otro como huésped susceptible. La transmisión de patógenos por sangre a través de pinchazos o cortes del equipo de salud, aparición de panadizo herpético en el personal que realiza cuidado bucal a sujetos de atención con herpes simple, sin la utilización de guantes. La transmisión de contacto directo es más eficiente pero menos frecuente que la de contacto indirecto. En general este tipo de transmisión se da más entre sujetos de atención y equipo de salud con más frecuencia, que entre sujetos de atención.

La transmisión de contacto indirecto: Involucra el contacto de un huésped susceptible con un objeto intermediario contaminado, habitualmente inanimado, tales como instrumental contaminado, agujas, gasas y otros elementos de tela, o las manos contaminadas que no se han lavado, así como los guantes que no se han cambiado entre la atención de los sujetos de atención. Las manos del equipo de salud son el principal modo de transmisión de contacto indirecto. (SADI-SATI-ADECI, 2008)

Actualmente el uso excesivo de antimicrobianos por parte de la población contribuye a que se genere una resistencia de parte de los microorganismos a los antibióticos haciendo más difícil la resolución de su proceso de enfermedad en la institución hospitalaria, ya que la sensibilidad es escasa en algunas patologías, teniendo que implementar medidas adicionales para la prevención de la transmisión de infecciones que puedan acarrear estos sujetos de atención, teniendo como punto principal evitar las infecciones cruzadas de los microorganismos multirresistentes, siendo tres de gran importancia epidemiológica.

Las infecciones cruzadas, emergencia de nuevos patógenos: gérmenes multirresistentes abordado por Acosta-Gnass, (2011) en el manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria de la Organización Panamericana de la Salud define primeramente a los microorganismos resistentes a múltiples antimicrobianos, predominantemente bacterias, que son resistentes a una o más clases de agentes antimicrobianos. Esto último lo determina epidemiológicamente importantes y merecen atención especial. Los microorganismos multirresistentes (MMR) se transmiten por la misma vía que los agentes infecciosos sensibles a los antimicrobianos. Usualmente, la transmisión cruzada se produce a través de las manos de los trabajadores de la salud. Los sujetos de atención con estos microorganismos deben ser

colocados bajo precauciones de contacto. Si dos sujetos de atención presentan el mismo organismo resistente y no padecen otra infección, pueden compartir la misma habitación (Cohorte) bajo las precauciones antes mencionadas.

Existen diferentes factores que se han asociado con la colonización de MMR estos pueden ser enfermedad subyacente; dispositivos intravenosos; alimentación enteral; catéter urinario; uso de antibióticos; heridas; hospitalizaciones previas; deterioro del estado funcional; demencia avanzada y aumento de la intensidad de los cuidados de enfermería.

Los factores que favorecen la transmisión de los MMR son la falta de atención a las medidas básicas de control de infecciones, el uso en común de equipos sin una desinfección adecuada entre sujetos de atención, las limitaciones para la adherencia a la higiene de manos, el uso inadecuado de los antimicrobianos, terminando con una incorrecta limpieza y desinfección del medio ambiente. (Acosta-Gnass, 2011)

Se aborda tres infecciones multirresistentes epidemiológicamente importantes en las instituciones de salud, en las que se aplican las medidas de precaución universales y de contacto, la primera, se denominan Enterobacterias productoras de carbapenemasas (KPC). Desde el punto de vista de Paciel, y otros, (2011) Las infecciones por Enterobacterias productoras de KPC son regularmente sistémicas y no tiene un sitio específico de reproducción. Los factores de riesgo descritos asociados a la infección por enterobacterias son la hospitalización de muchos días, internaciones en cuidados intensivos, dispositivos invasivos por tiempos prolongados, inmunocompromiso, y haber recibido múltiples planes antibióticos, incluyendo carbapenemes, pero no en forma exclusiva y en intervalos con otros medicamentos.

Las carbapenemasas tipo KPC en *Klebsiella pneumoniae*, como betalactamasas capaces de hidrolizar todos los antibióticos betalactámicos conocidos actualmente. Estas cepas se asocian generalmente a brotes intrahospitalarios y presentan multirresistencia a los antibióticos más utilizados en la terapéutica. Los sujetos de atención más afectados son los debilitados o inmunocomprometidos con larga estancia hospitalaria, estos factores incrementan la morbimortalidad de los sujetos de atención con infecciones multirresistentes. (Perozo-Mena, y otros, 2016)

De acuerdo con Vera-Leiva, y otros (2017) la principal enterobacteria productora de la enzima carbapenemasa KPC es la *Klebsiella pneumoniae* y la generación de esta enzima es el componente más significativo asociado con la resistencia a los antimicrobianos carbapenémicos. Las cepas productoras de KPC pueden presentar un grado de resistencia heterogéneo a los carbapenémicos, produciendo dificultad al equipo de salud involucrado en su detección, por lo tanto, en la pesquisa de estas bacterias, causando como resultando una alta

mortalidad por las infecciones provocadas por estas, debido al retraso de un tratamiento oportuno y eficaz.

Para continuar con las infecciones multirresistentes, la segunda, Los Enterococos Resistentes a la Vancomicina (ERV), es una infección que típicamente afecta a personas que están internadas en instituciones hospitalarias. Es producida por enterococos, una bacteria que normalmente se encuentra en los intestinos y en el tracto genital femenino, algunas veces puede producir una infección. Este tipo de infección se trata con el antibiótico llamado vancomicina. Si las bacterias del enterococo se vuelven resistentes, la infección se llama enterococo resistente a la vancomicina (ERV).

Esta puede existir en su cuerpo de 2 maneras, puede ser a través de la colonización, esto significa que las bacterias ERV están presentes en su cuerpo, pero no producen enfermedad o puede generar una infección significa que le están enfermando. Pueden producir infecciones en su tracto urinario, en el torrente sanguíneo o en las heridas. Las personas de buena salud usualmente no están en riesgo de enfermar. Con frecuencia, ocurre en personas que han tomado múltiples antibióticos durante algún tiempo, han estado en el hospital con una internación prolongada o reiteradas veces, que tengan un sistema inmunitario débil, que hayan pasado por procedimientos quirúrgicos tales como cirugía abdominal o de tórax, que tenga un catéter urinario u otro dispositivo médico durante un largo periodo. Usualmente se contagia de una persona a otra por el contacto casual o tocando objetos contaminados del entorno del sujeto de atención. No se contagia por el aire al toser o estornudar. (Intermountain Healthcare, 2017)

La tercera de las infecciones con resistencia a los antimicrobianos es el Clostridium difficile que es una infección causada por el germen Clostridium difficile (una bacteria), conocido también como “C. difficile”, es una enfermedad que provoca diarrea. Esta bacteria se encuentra en el suelo, comúnmente también en ambientes hospitalarios, en las heces de personas infectadas y de individuos sin síntomas aparentes (portadores). La mayoría de los casos de infección causada por el C. difficile es en sujetos de atención que están tomando o han tomado antibióticos y que han estado expuestos a entornos de cuidado de la salud. Los antibióticos pueden destruir la bacteria “que no causa enfermedad” del intestino, permitiendo el crecimiento del C. difficile. (SALUD PÚBLICA DE MASSACHUSETTS , 2014)

Otra definición por la que es conocida es colitis pseudomembranosa es una inflamación de la porción final del intestino, colon y recto, que se asocia frecuentemente al uso de antibióticos de espectro moderado a amplio, como amoxicilina o clindamicina, por ejemplo, lo cual genera crecimiento exagerado de la bacteria Clostridium difficile, que libera toxinas y

lleva al surgimiento de síntomas como diarrea, fiebre y dolor abdominal. (Bezerra & De Almeida, 2023)

Siendo los síntomas más comunes diarrea acuosa (generalmente 10 o más movimientos intestinales por día que pueden contener sangre o mucosidad), fiebre, pérdida del apetito, náusea, y dolor y ablandamiento abdominal. Es posible ser portador de esta bacteria en el intestino y no padecer síntomas. Forma esporas que pueden llegar a vivir y permanecer infecciosas por mucho tiempo. Éstas no se eliminan con temperaturas u otros medios que matan bacteria que no forma esporas. Las esporas se pueden encontrar en muchos entornos, en los hospitales se suelen hallar en las barandas de las camas, interruptores de luz y equipo médico. También se pueden transportar en las manos del equipo de salud después de atender a un sujeto de atención con el *C. difficile*. El lavado inadecuado de manos y la limpieza deficiente de habitaciones y baños de hospitales pueden poner en riesgo a las personas que los utilizan de contraer la infección.

A fin de evitar el contagio del *C. difficile*, los establecimientos hospitalarios han ido implementado medidas de precauciones a través del Comité de control de infecciones institucional. Los médicos, enfermeros y demás al realizar su prestación en salud deben primeramente lavar sus manos regularmente con agua y jabón antes y después de atender a cada sujeto de atención y seguidamente usar camisolín y guantes de examen clínico.

Todas las habitaciones y baños de hospitales han de ser lavados minuciosamente de forma regular y siempre se deben desechar y manipular adecuadamente los residuos comunes y patológicos según corresponda. El contacto con los sujetos de atención infectados debe ser mínimo, prestando suma atención en los cuidados brindados. En la medida de lo posible, el sujeto de atención debe tener una habitación adecuada a su patología o compartirla con otro sujeto con la misma infección, para precaución se les puede pedir a las visitas usar camisolín y guantes. (SALUD PÚBLICA DE MASSACHUSETTS , 2014)

Al realizar los cuidados humanizados se debe conocer cuáles son las medidas de precauciones universales o estándar y las de uso extendido o contacto, tomando en cuenta en qué momento de la atención se necesitaría implementar para realizar una asistencia segura para el equipo de salud y el sujeto de atención.

Las Medidas de Precaución universales de acuerdo al Consenso Interinstitucional Estrategia Multimodal de Intervención de las sociedades argentinas de prevención e investigación con los autores Ibarra Camou, y otros (2021) precisaron los conceptos utilizados en las instituciones hospitalarias para la atención de las personas que buscan resolver una situación en salud.

Primeramente, las Precauciones estándar: Son un conjunto de medidas que se aplican a todos los sujetos de atención independientemente del motivo de ingreso (infectado o no). Tales medidas tienen como fin reducir la transmisión de microorganismos patógenos, al prevenir la exposición a fluidos corporales. Son las precauciones básicas para el control de las infecciones que se deben usar, como mínimo, en la atención de todos los sujetos de atención.

En segundo lugar, la higiene de las manos es el componente principal de las precauciones estándares y uno de los métodos más efectivos para prevenir la transmisión de agentes patógenos asociados con la atención de la salud. Priorizando “Los cinco momentos para la higiene de las manos” de la OMS, para maximizar la interrupción del mecanismo de transmisión de los patógenos en la práctica clínica habitual. VER ANEXO III

Las técnicas de higiene de manos implementadas y aceptadas en todas las instituciones es la difundida por la Organización Mundial de la Salud estas son dos, el lavado de manos con agua y jabón y la técnica de lavado de manos con un desinfectante de base alcohólica. VER ANEXO III

El antiséptico elegido para el lavado de manos debe tener amplio espectro, rapidez de acción y poder residual. Debe causar la menor irritación posible en la piel de las manos del equipo de salud, por lo que, sin alterar su formulación, es importante que cuente con algún tipo de emoliente. Hay tres tipos de lavado de manos, en esta investigación se profundiza en el antiséptico.

Lavado de manos Social: con jabones líquidos (lo más neutros posible) envasados en forma hermética (al vacío) o con jabones trozados que se desechen después de ser usados.

Antiséptico: con gluconato de clorhexidina al 4% o con solución jabonosa de iodo povidona. En ausencia de suciedad visible, también puede usarse gel alcohólico para efectuar lavado antiséptico de manos. Con este producto se frota vigorosamente las manos y no se requiere el uso de agua ni de toallas de papel para el secado.

Quirúrgico: con gluconato de clorhexidina al 4% o con solución jabonosa de iodo povidona. Se realiza mediante frotación vigorosa de las manos, antebrazos y codos, durante cinco minutos.

Las instalaciones para el lavado de manos deben favorecer y no obstaculizar la práctica. Cualquier de las siguientes condiciones que no se cumpla afectará la adherencia al lavado de las manos: cercanía al sitio de atención; fácilmente accesible y con espacio amplio, de modo que permita el movimiento relacionado con el procedimiento que se lleva a cabo; posibilidad de regular la temperatura y presión del agua; cercanía del jabón o detergente; buena iluminación; lugar limpio, y acceso cercano de insumos para secarse las manos. Si se utilizan

toallas de papel desechables, habrá que contar con un recipiente de tamaño adecuado para que los desechos no lo rebasen y caigan al suelo.

Guantes: Se recomienda realizar higiene de manos antes de colocarse los guantes e inmediatamente después de quitárselos. Usarlos ante cualquier posible contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, órganos, mucosas o piel lesionada. Cambiarlos entre tareas y procedimientos realizados en el mismo sujeto de atención, después de entrar en contacto con material que pueda contener alta concentración de microorganismos. Quitarse inmediatamente después de su uso, antes de tocar material o superficies no contaminadas o antes de entrar en contacto con otro sujeto de atención. No usar el mismo par de guantes con diferentes sujetos, Su uso, bajo ninguna circunstancia, reemplaza la higiene de manos.

Barbijos: Se debe seleccionar el tipo de barbijo a utilizar, ya sea quirúrgico o tipo N95, teniendo en cuenta el tipo de tareas a realizar, el ambiente donde se efectúen, el tipo de aislamiento respiratorio que tenga el sujeto de atención.

Máscara facial / protección ocular: Se las debe utilizar en forma conjunta con el barbijo para proteger las membranas mucosas de los ojos, la nariz y la boca ante la posibilidad de salpicaduras con sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones, o generación de aerosoles

Camisolín: Se utiliza para evitar que la piel y la ropa se ensucien o se contaminen durante los procedimientos y actividades de cuidado del paciente, cuando se anticipe el contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones. Se recomiendan hidrorrepelentes de uso único. Para la asistencia de pacientes con aislamiento de contacto no es necesario el uso de hemo/hidrorrepelente. Debe cubrir brazos y pechera, con un largo hasta las rodillas y deben atarse a la altura de cuello/hombros y cintura.

Por lo tanto, se toma en cuenta la colocación y retiro del equipo de protección personal implementado por la OMS adaptado de la Guía para la selección y el uso de equipos de protección personal (EPP) en entornos de atención médica de la CDC. VER ANEXO III

Elementos cortopunzantes: Las agujas usadas deben ser descartadas directamente en los contenedores destinados a este fin. No doblarlas, romperlas, reencapucharlas o desmontarlas de la jeringa. Los elementos cortopunzantes deben ser depositados dentro de recipientes resistentes a las punciones y a los cortes, tienen que estar ubicados en lugares de fácil acceso para los miembros del equipo de salud, y preferentemente con soportes que los fijen sobre las superficies (disponerlos fuera del alcance de los niños y personas ajenas al equipo de salud)

Limpieza ambiental: deben asegurarse todos los procedimientos adecuados para la limpieza de rutina y desinfección de superficies. Se deben priorizar las áreas que son estimadas como altamente tocadas por el sujeto de atención y el equipo de salud. Para la limpieza y desinfección deben utilizarse productos que reúnan las condiciones necesarias, se recomiendan los que limpian y desinfectan en un solo paso, siguiendo las especificaciones del fabricante.

Por consiguiente, las precauciones basadas en la vía de transmisión, conocidas como Medidas de Aislamiento, fueron diseñadas para sujetos de atención con sospecha o confirmación de portación de microorganismos epidemiológicamente importantes o altamente transmisibles para los que se necesitan precauciones adicionales a las precauciones estándar con el objetivo de interrumpir/disminuir la transmisión (por ejemplo: muy contagiosa, microorganismos resistentes, brote epidémico).

Las precauciones de aislamiento y barrera apuntan a reducir o eliminar la transmisión directa o indirecta entre sujetos de atención de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria que pueden ocurrir a través de tres mecanismos: transmisión aérea, por gotitas y por contacto. Esta última es la que se abordará en esta investigación.

La transmisión por contacto: Se utiliza las medidas de precaución de contacto para los sujetos de atención que pueden ser transmitidos por contacto con el sujeto, ya sea de forma directa (manos) o indirecta (objetos o superficies), por ejemplo: enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC), *Clostridioides difficile* (CD) y enterococos resistentes a vancomicina (ERV). Esta se puede dar a través de dos maneras: contacto directo o indirecto.

A todo esto, las precauciones para la transmisión por contacto implican: Respetar las precauciones estándar, más:

La ubicación del sujeto de atención: Colocar el sujeto con infección multirresistente en una habitación solo. Cuando la habitación no esté disponible, ubicarlo junto a otro que tiene una infección activa con el mismo microorganismo (cohorte). Cuando no haya habitaciones disponibles y no se pueda efectuar cohorte, entonces se debe considerar la epidemiología y el modo de transmisión del patógeno infectante y el tipo de sujeto que compartirá la habitación (aislamiento unidad- sujeto de atención). No colocar en la misma habitación un sujeto de atención neutropénico, inmunocomprometido, con heridas abiertas, con traqueostomía. Bajo estas circunstancias, se recomienda consultar con el personal de control de infecciones antes de ubicar al sujeto de atención.

No es necesario ubicar a todos los sujetos con MMR en una habitación privada o individual. Estas habitaciones pueden estar limitadas en número y se deben priorizar, para aquellos que tienen condiciones que suponen un alto riesgo de transmisión a otros sujetos y

requieren precauciones de contacto o de gotas y para los sujetos de atención con infección activa por *C. difficile*, hasta que la diarrea se resuelva. De todas maneras, cada sujeto portador de un MMR debe ser evaluado individualmente al momento de decidir su ubicación con otro compañero.

Los guantes de examinación clínica y camisolín deben usarse cuando se entre a una habitación con aislamiento de contacto, anticipando que sus ropas tendrán contacto con el sujeto de atención, con las superficies ambientales, u otros objetos del entorno. Asegurarse de que las ropas no tocan las superficies contaminadas para evitar la transferencia de microorganismos a otros sujetos de atención o al medio ambiente.

Barbijos y antiparras: Los MMR que se consideran (EVR, KPC y *C. difficile*), no se transmiten por vía aérea y, por lo tanto, no se requiere la utilización de barbijos y antiparras específicamente para la atención de este tipo de sujetos. La excepción de esta recomendación se deja sin efecto si se generan salpicaduras, aerosoles de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones, en cuyos casos el uso de barbijos y antiparras está indicado por las precauciones estándares.

Equipo de atención del sujeto de atención: Se recomienda conformar un kit con los instrumentos necesarios para la atención de cada sujeto con MMR (por ejemplo, termómetros, manguitos de presión arterial y estetoscopios). Si el equipo se va a compartir se debe limpiar y desinfectar antes de su uso con otro sujeto (con alcohol al 70%).

Los artículos u objetos con material infeccioso deberán ser puestos en bolsa roja para su desecho (descartables), o enviados para su limpieza, descontaminación y reprocesamiento en bolsa roja a la central de esterilización (reusables).

Duración del aislamiento: Las precauciones por contacto continuarán hasta que el tratamiento antibiótico se complete y los hisopados anales tengan resultados negativos. (Ibarra Camou, y otros 2021)

En consideración a las vías transmisión de las enfermedades infecciosas por microorganismos multirresistentes se crearon los aislamientos que debe contar con los elementos necesarios para realización de los cuidados pertinentes para la recuperación de los sujetos de atención.

Las precauciones de aislamiento durante la hospitalización del sujeto de atención, nos lleva a la definición establecida por la policlínica metropolitana (2019) el aislamiento es el conjunto de procedimientos que separa a personas infectadas de las susceptibles a infectarse, durante el periodo de transmisibilidad, en lugares o momentos que permitan dar corte a la

cadena de transmisión. El aislamiento está indicado ante la sospecha clínica o evidencia de una enfermedad transmisible.

Se recomienda que en todos los casos de este proceso existan unas políticas de restricción de visitas para beneficio del sujeto de atención y los visitantes. Toda persona que tenga un proceso infeccioso debe abstenerse de visitar a estos sujetos de atención.

A su vez también juega un papel muy importante el lavado de manos para el equipo de salud (enfermería, médicos, camilleros y personal de higiene hospitalaria), que consiste en limpiar las manos con agua y jabón, antes y después de estar en contacto con el paciente, ya que las manos son una de las principales vías de transmisión de microorganismos durante la atención en las instituciones de salud.

Por consiguiente, las Precauciones de aislamiento de contacto se fundamentan a través del objetivo de implementar medidas de aislamiento para evitar la transmisión de microorganismos de importancia epidemiológica desde personas infectadas y/o colonizadas a huéspedes susceptibles, durante el período de riesgo y acorde a las posibilidades, reduciendo de ese modo la incidencia de IACS y las consecuencias negativas que de ella se derivan, minimizando la propagación de la resistencia antimicrobiana.

Las medidas de aislamiento deben adecuarse al tipo de microorganismo, mecanismo de transmisión y recursos disponibles. Si bien estas medidas han demostrado ser efectivas para limitar brotes y la transmisión de microorganismo por vía respiratoria, los resultados son dispares cuando se aplican a microorganismos multirresistentes en escenarios endémicos. Se está asistiendo en los últimos tiempos a un incremento considerable de estos microorganismos, lo cual supone un problema tanto a nivel clínico como epidemiológico. Por un lado, son causa de mayor morbimortalidad por el tipo de sujeto de atención a los que afecta y por las importantes limitaciones terapéuticas que originan, con un impacto negativo en los tratamientos empíricos. Por otro lado, se produce una rápida diseminación de los mecanismos de resistencia.

La vigilancia de colonización durante la internación al realizar hisopado anal semanal o quincenal a todo sujeto de atención derivado de la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos a una sala de internación común manteniendo aislamiento hasta el resultado de los cultivos, a todo sujeto de atención infectado por MMR, con el fin de detectar un segundo mecanismo de resistencia. El aislamiento de contacto se iniciaría si el hisopado fuera positivo o tuviera una herida o úlcera infectada por MMR, diarrea asociada, infección urinaria o neumonía.

Si al reingreso de un sujeto de atención con antecedente de infección por gérmenes multirresistentes, si el hisopado resulta positivo mantener aislamiento durante la internación;

si resulta negativo, repetir hisopados semanales. Al reiniciar aislamiento de contacto empírico, si el sujeto de atención esta con tratamiento antimicrobiano, se debe realizar hisopado anal al terminar la dosis de antibióticos prescritos. Si es positivo mantener el aislamiento hasta el alta, si es negativo levantar el aislamiento

La combinación de precauciones estándar y de aislamiento, representa una estrategia efectiva en la lucha contra la transmisión de agentes infecciosos asociada al cuidado de la salud. Para este tipo de aislamiento se deben usar: guantes, camisolines y adicionalmente desinfectar las superficies y también el lavado de manos antes y después de tocar al sujeto de atención. (Ibarra Camou, y otros 2021)

En todo aislamiento se debe realizar el uso del equipo de protección personal y también contar con información pertinente sobre las medidas de precaución de contacto instauradas en la institución. La OPS en su guía de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud (2017) define que el equipo de protección personal es el conjunto de diversos artículos que pueden usarse solos o en forma combinada; tiene por objeto conformar una barrera que impida el contacto entre un sujeto de atención, objeto o ambiente y el equipo de salud, con el fin de evitar la transmisión de agentes infecciosos durante la atención. Dada su capacidad de prevenir infecciones entre el equipo de salud al evitar el contacto entre las distintas puertas de entrada (mucosas, piel y vía aérea) de ese personal y microorganismos de los sujetos de atención, se denominan equipos de protección personal. Sin embargo, habrá que distinguir los diferentes criterios que priman cuando se trata de prevenir infecciones de los sujetos de atención o la transmisión entre estos, de los que se aplican con la intención de dar protección del personal.

El EPP debe usarse conjuntamente con otras estrategias de control y prevención y debe ser el indicado según el modo de transmisión de la infección (por ejemplo, si se requieren precauciones estándares o aislamiento de contacto, por gotitas o por aire). Las recomendaciones sobre el uso de estos equipos se basan en opiniones de especialistas, con base en los mecanismos de transmisión, las puertas de entrada conocidas, la percepción de riesgo y la gravedad de la enfermedad, entre otras consideraciones. No se dispone de estudios experimentales que proporcionen mejor evidencia de su impacto en forma individual; por ello, evaluar su eficacia resulta particularmente difícil, ya que la mayoría de las intervenciones estudiadas evalúan una combinación de distintos EPP. Esto convierte la interpretación del efecto individual de cada elemento.

Los guantes, uno de los componentes principales, su propósito es impedir el contacto de la piel de las manos, hay distintos tipos de guantes, según sean estériles o no estériles; según

el material de fabricación (látex, nitrilo, vinilo), tamaño y largo (hasta la muñeca o hasta el antebrazo, según su requerimiento se determina para qué tipo de procedimiento se utilizarán, si se trata de técnica aséptica, siempre deben ser estériles.

Las precauciones se deben tener al colocar y retirar los guantes, pero prestar especial atención en el retiro de estos, se requiere entrenamiento continuo y supervisión. Estudios han identificado como una inadecuada técnica para retirar los guantes puede incidir en contaminación de las manos y dispersión de fluidos y microorganismos a la ropa del operador, ambiente y personas cercanas, representando un potencial mecanismo de transmisión de microorganismos capaces de sobrevivir en el ambiente. Las manos se contaminan al retirarlos, independientemente de si los guantes tienen perforaciones visibles o no. Como no es posible garantizar que los guantes permanezcan indemnes durante el periodo de uso, así como la alta probabilidad de que el personal de salud no se percate de posibles perforaciones o soluciones de continuidad en ellos, la higiene de manos tras el retiro de los guantes debe ser realizada siempre, incluso cuando las manos no se observen sucias y cuando se contemple el uso de guantes en la siguiente atención.

El riesgo de exposición se estimará considerando: que tipo de procedimiento o atención que se realizará, prever el tipo de contacto que se tendrá con el sujeto, la duración del contacto o la exposición a situaciones específicas de alto riesgo de contaminación, generación de aerosoles o contacto o manipulación de material cortopunzante, por la dificultad de asegurar la indemnidad y su mala relación costo-beneficio. Sospecha de los agentes etiológicos e infecciones que podrían estar presentes y que se quiere prevenir. El conocimiento de la historia natural de la enfermedad, así como de la vía de transmisión del agente, permitirán determinar qué combinación de elementos del EPP se habrá de utilizar, así como la duración del uso, también se toma en cuenta la comodidad del equipo de salud.

Los establecimientos de salud deberán contar con EPP de tipo y tamaño adecuados para satisfacer las necesidades del equipo de salud, considerando su textura física y condiciones especiales (por ejemplo, alergia al látex del personal o del sujeto de atención, clima). Pese a que puede dar una percepción de mayor seguridad, el uso de más piezas de EPP que el mínimo necesario puede dificultar el trabajo del personal e incluso exponerse a mayores riesgos durante la atención del sujeto, sin añadir protección. Por lo mismo, debe haber equilibrio y racionalidad entre el efecto protector que se desea agregar y los riesgos e inconvenientes que genere esta incorporación. En la atención habitual de cualquier sujeto, se debe considerar el uso de guantes para tocar partes del cuerpo que puedan estar sucias o con fluidos. Si durante la atención se prevé que pueden producirse salpicaduras de secreciones, deposiciones o sangre, se agrega

antiparras y camisolín. Cuando el sujeto se encuentre con precauciones basadas en las vías de transmisión, los equipos de protección personal se usarán de acuerdo al tipo de aislamiento.

Al poner en uso los EPP en una institución, los distintos elementos de los equipos deben estar disponibles siempre que se necesiten. Para mantener existencias de reserva (stock), habrá que calcular si la cantidad de insumos de los tamaños requeridos por el equipo de salud cubre las necesidades del equipo de salud que brinda la atención y cuidados a los sujetos internados. Para ello se recomienda determinar qué atenciones requiere el sujeto de atención durante un período; estimar cuántas de las atenciones pueden ser otorgadas por un mismo personal, en un mismo momento (por ejemplo, control de signos vitales, cuidados de confort al sujeto de atención) e identificar las características físicas y antecedentes médicos del personal que realizará el cuidado (relevante al estimar el tamaño de los EPP a utilizar y materiales de éstos en el caso de alérgicos, particularmente al látex). Asimismo, capacitar al personal que usará EPP sobre: qué piezas lo componen, cuándo y dónde se lo deben colocar y sacar, necesidad o no de ayuda y supervisión para colocar y retirar el equipo, así también la secuencia correcta de colocación y de retiro. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2017)

En las instituciones de salud, las autoridades competentes en control de infecciones deben verificar los momentos de la higiene de las manos, en especial durante la secuencia de retiro de EPP, observar que estén los contenedores con su respectiva bolsa dónde desecharlos, en los casos que la secuencia de retiro falle o si durante el uso se produzca exposición a los fluidos corporales, observar si el personal de salud usa adecuadamente el EPP, no deambula con el equipo fuera de la zona de atención del sujeto, con los cierres y amarras correctamente ajustados que cubra las superficies para lo que fue diseñado, por ejemplo, que el barbijo cubra en forma permanente y simultánea la nariz, la boca y mentón.

Las condiciones que pueden incidir en la adherencia del uso de EPP no se ha identificado una estrategia única que muestre efectividad en lograr adherencia y uso adecuado de estos en forma sostenida en el tiempo. Los distintos estudios que evalúan intervenciones se fundamentan en estrategias estructuradas de carácter educativo presenciales o a distancia usando medios informáticos e internet, solas o asociadas a simulaciones, evaluación por pares entrenados, entrenamientos prácticos de destrezas, y asistencia a distancia por video. Éstos sólo han demostrado resultados con efecto a corto plazo, existiendo posteriormente una disminución de la adherencia a valores similares a los anteriores a la intervención. Si bien la falta de conocimiento de las medidas a aplicar o cómo utilizarlas suele ser un motivo de incumplimiento, otros motivos reducen la adherencia en el tiempo, a saber: sobrecarga laboral, poco tiempo, baja percepción de riesgo, acceso al EPP a más de tres metros de distancia de la

entrada de la habitación del paciente o desconocimiento del EPP a utilizar, Cada uno de estos factores debe ser considerado al momento de planificar una intervención.

Al evaluar percepción de riesgo, estudios han identificado diferencias en esta percepción y la predisposición a utilizar EPP entre los distintos profesionales de la salud, es particularmente notorio de acuerdo a las funciones por lo que intervenciones individualizadas de acuerdo al tipo de profesional o dominio laboral en que se desempeñe y sus funciones pueden ser mejores que actividades de adiestramiento o educación masiva. Reconociendo el breve efecto en el tiempo de estas actividades sobre la adherencia y adecuado uso del EPP, se plantea la necesidad de programas de educación permanente, especialmente si se trata de EPP con secuencia de retiro compleja o de riesgos de exposición a enfermedades particularmente altamente infecciosas.

Estas situaciones son más evidentes en casos de precauciones basadas en las vías de transmisión, que requieren conocer o sospechar la enfermedad previamente. Algunos autores han sugerido la utilidad de contar con ayuda de memoria en los lugares en donde se realiza el retiro del EPP y con profesionales entrenados supervisando colocación y retiro, mientras otros autores plantean focalizar la supervisión de la manipulación del EPP sólo en etapas específicas catalogadas de mayor riesgo, como al momento de retirar el camisolín. En cualquiera de estas estrategias, el respaldo de la institución y equipo directivo, así como jefaturas directas del personal involucrado, son condiciones asociadas a una mayor probabilidad de éxito de la estrategia.

El uso de EPP resguarda al equipo de salud, sin embargo, puede haber falencias durante su uso y, en particular, en el momento del retiro de estos elementos, generando que se acarree un mayor riesgo de transmisión de microorganismos patógenos altamente infecciosos. Por lo tanto, deben respetarse los principios generales en la etapa de colocación del EPP se debe seguir un orden y secuencia tal que asegure su adecuada utilización y permanencia durante la ejecución de las actividades clínicas, así como facilitar su posterior retiro en condiciones controladas y seguras. Las partes del EPP que tienen mayor contacto con los sujetos de atención, son la cara anterior de estos, así como los brazos y manos son las partes más contaminadas para efectos de todas las maniobras de retiro.

La cara del personal de salud, es la zona que tiene el mayor número de puertas de entrada (mucosa conjuntival, nasal y oral), debe considerarse de riesgo elevado. Por lo mismo, al sacarse el EPP, se resguardará la cara de modo de mantenerla siempre protegida y sin contacto con elementos contaminados; la última fase del retiro del EPP será la de los componentes faciales, que se quitarán después de que se hayan removido todas las otras partes

y se hayan higienizado las manos. Practicar la colocación y retiro del EPP debe ser una actividad permanente en el equipo de salud que se espera que lo use. El equipo de salud debe conocer la secuencia de movimientos, los cuales deben ser planificados y controlados. El entrenamiento debe ser realizado con los modelos de equipos disponibles localmente, a fin de adaptarse a condiciones específicas tales como sistemas de fijación, ajuste, resistencia y flexibilidad del material. (OPS, 2017)

Capacitar al personal de acuerdo a su dominio laboral, preferir grupos pequeños o capacitación individual y la retroalimentación de resultados de observaciones durante el uso habitual en el servicio pueden ser más útiles que actividades masivas. Si bien no existe un método infalible, la práctica y ejecución de movimientos controlados y sistematizados se ha asociado en condiciones experimentales a menor probabilidad de contaminación propia y del entorno.

Garantizando el suministro adecuado de EPP e involucrando al equipo de salud en la selección, asimismo, disminuyendo la variabilidad en el tipo de materiales y modelos que se utilizará en la institución ayuda a facilitar la estandarización del entrenamiento y capacitación. Entrenando al equipo de salud en la colocación, uso y retiro correcto del EPP con los artículos disponibles en la institución. Recurriendo a líderes que den el ejemplo con respecto al EPP. Constatando el cumplimiento y uso inapropiado de EPP y desecho de forma segura.

Para poner en práctica las precauciones adicionales es necesario: contar con definiciones y protocolos que estén fácilmente accesibles al equipo de salud de la institución. En ellos se señalará, para cada enfermedad infecciosa conocida o sospechada o agente infeccioso de importancia en salud pública, el tipo de precaución que habrá que adoptar. Esto facilitará la implementación de las medidas cuando sea el caso y el diálogo con el equipo de salud y jefatura del servicio de clínica médica.

Educar y capacitar, periódicamente, al equipo de salud a cargo de la aplicación de precauciones y de cumplirlas; teniendo en cuenta los recursos locales y las actividades planificadas. Esos protocolos deben ser conocidos por el equipo de salud y estar fácilmente accesibles, estar disponibles en varios formatos y en lugares estratégicos para su visualización. También contar con programas de evaluación del cumplimiento de las medidas e informar de los resultados al personal que participa en la atención, a fin de evitar o corregir posibles quiebres en el cumplimiento de esas medidas. Independientemente de la modalidad de precauciones seleccionada, habrá que montar estrategias para disminuir el grado de angustia, desconcierto o rechazo que puede presentar el sujeto de atención o sus familiares a las

precauciones. Las precauciones estándares se mantienen sin cambio cuando se aplican las medidas de precaución de contacto.

El servicio de internación debe tener las condiciones para las precauciones estándares, en particular para higiene de manos y uso de EPP, es decir, contar con lavamanos con agua de temperatura regulable, jabón y toallas de papel desechables o sistema de secado de manos (requisitos para higiene de manos) y disponer de soluciones de base alcohólica para las manos en el punto de atención del sujeto. Además, si se trata de enfermedades entéricas de personas que pueden valerse por sí mismos, habrá que contar con baño exclusivo para el sujeto de atención o los medios para minimizar el riesgo de transmisión de microorganismos por contacto con deposiciones (papagayos o chatas individuales). Si no es posible contar con baño exclusivo, se debe supervisar la limpieza y desinfección después de cada uso.

Se necesita tener un espacio para dejar los EPP que se usarán antes de ingresar a la habitación del sujeto de atención y contenedores para descartarlos después de la atención así también colocar un cartel con señalética en la puerta de la habitación y colocar los elementos para el ingreso a la unidad del sujeto de atención, que indique que se trata de una persona con precauciones por contacto y las instrucciones que habrá que cumplir.

Durante el traslado del sujeto de atención que requieran esas medidas, el camillero que esté en contacto con él deberá seguir las indicaciones mencionadas y asegurarse de que los insumos sean de utilización individual (desechable). (OPS, 2017)

El control ambiental se realiza a través de la limpieza diaria y terminal de las habitaciones viendo que los entornos de atención hospitalaria son complejos ya que, al recibir a un gran número de sujetos de atención da lugar a la contaminación de superficies y equipos con microorganismos que son capaces de sobrevivir en el medio ambiente y contribuyen en la cadena de transmisión de microorganismos. La limpieza y desinfección rutinaria y eficaz de superficies, artículos y equipos es una actividad esencial que protege a los sujetos de atención, al equipo de salud y a los visitantes al disminuir el riesgo de infección. El enfoque y la intensidad de la limpieza requerida para minimizar el riesgo difiere según las características de cada sector del hospital.

Se reconoce a la higiene del entorno como un factor esencial para reducir el riesgo de IACS para todos los sujetos de atención, residentes, visitantes y el equipo de salud que transitan o trabajan en las instituciones hospitalarias. Mantener un ambiente seguro, limpio e higiénico y minimizar la contaminación microbiana de las superficies, elementos biomédicos y equipos es fundamental dentro de la atención hospitalaria. (Ibarra Camou, y otros 2021)

La Limpieza se define como la eliminación física de materia orgánica, polvo y cualquier material extraño de los objetos. Debe realizarse con agua y detergente, más acción mecánica y proceder a los procesos de desinfección. La limpieza se realiza para remover la suciedad del entorno no cumple función de eliminar microorganismos. La higiene de las instituciones hospitalarias, en especial lo ambiental, favorece en gran medida al control y prevención de las infecciones. Las superficies sucias, húmedas o secas y los residuos orgánicos favorecen su proliferación, estos se constituyen en posibles reservorios y fuentes de infección. (Acosta-Gnass, 2011)

Esto nos lleva a la frecuencia de la higiene del entorno:

Los pisos se limpian una vez por turno y cada vez que se encuentren visiblemente sucios, las manchas de sangre se absorben con toallas de papel, que luego se descartan como residuo patológico en bolsas de plástico rojo. Finalmente, se lava la zona con una solución jabonosa. No se recomienda la desinfección de pisos, generalmente realizada con hipoclorito de sodio, debido a que este producto no posee acción residual, aumenta los costos implicados en las tareas de limpieza, y exige un mayor esfuerzo del personal de higiene hospitalaria sin beneficios agregados.

Los sujetos de atención no están en contacto con el piso, por lo tanto, el uso de hipoclorito de sodio u otros productos desinfectantes no modifica el grado de contaminación al que podrían estar expuestos, causado por el tránsito del equipo de salud y sujetos de atención.

Las paredes y techos pueden contener microorganismos infectantes. Es muy importante que estos se encuentren en buen estado, superficies lisas sin solución de continuidad, para prevenir la acumulación de suciedad. En los quirófanos, centrales de esterilización, unidades de cuidados intensivos y salas donde se realizan procedimientos invasivos es importante prevenir. Las paredes, hasta aproximadamente 1,60 cm del piso hacia arriba se deben limpiar y desinfectar en forma diaria y cada vez que estén visiblemente sucias. Los techos y superficies altas de las paredes deben verse limpios, y su limpieza debe realizarse por lo menos cada seis meses. No requieren desinfección.

Baños: Deben limpiarse por lo menos una vez por día, y lo ideal es dos veces (mañana y tarde) y siempre que haya necesidad de ello. Un detergente común es adecuado para la limpieza habitual, pero pueden utilizarse soluciones limpiadoras desinfectantes o hipoclorito de sodio al 1% cuando se registren infecciones entéricas (ej.: hepatitis A y gastroenterocolitis).

La unidad del sujeto de atención: Está compuesta por la cama, mesa de luz, pie de suero, paneles laterales, paredes cercanas, mesas adicionales, de comer, aparatos, equipos, monitores, etc. Estas superficies, tan cercanas al sujeto de atención, suelen contaminarse con

microorganismos del medio ambiente hospitalario. La unidad del sujeto de atención debe limpiarse y desinfectarse en forma diaria, pues sus superficies ofrecen riesgos potenciales de infección para el propio sujeto de atención internado. Los esfuerzos de higiene y desinfección deben estar especialmente dirigidos hacia los elementos que componen la unidad.

La desinfección, siempre después de una exhaustiva limpieza de la superficie, por ejemplo, puede realizarse con hipoclorito de sodio. Al adquirir un producto para limpieza y desinfección, debe conocerse su composición y asegurarse de que no provocará daños ni a los sujetos de atención ni a los objetos o superficies sobre las cuales se emplea.

Limpieza terminal: Después del alta, especialmente de aquellos sujetos de atención que han estado con aislamiento de cualquier tipo, debe realizarse la limpieza terminal. Los microorganismos contaminantes de las superficies de los equipos y aparatos destinados al cuidado del sujeto de atención están frecuentemente asociados con la transmisión de infecciones hospitalarias, especialmente si no han sido cuidadosamente limpiados y desinfectados. Si el paciente ha estado sometido a “precauciones de aislamiento”, el personal de higiene hospitalaria, que realiza la limpieza terminal debe continuar usando los mismos elementos de protección indicados como cuando el sujeto de atención ocupaba la habitación. Tanto con los materiales descartables como con los no descartables, debe procederse según se indica en las precauciones estándares. (Acosta-Gnass, 2011)

El personal de higiene hospitalaria, deberá tener siempre en cuenta: La limpieza general debe realizarse siempre con guantes de tipo doméstico. En habitaciones de sujetos bajo “precauciones de aislamiento”, unidades de trasplante y quirófanos, debe vestirse según las especificaciones de las tarjetas de aislamiento o según indicaciones particulares de cada servicio y deben lavarse frecuentemente las manos (después de manipular los residuos, al finalizar la limpieza, etc.).

El personal que efectúa la higiene del servicio debe estar frecuentemente capacitado sobre el método de limpieza que seleccionará según las superficies a limpiar, el tipo y la cantidad de suciedad acumulada. Recientemente, el rol del medio ambiente inanimado en la transmisión de infecciones ha sido muy reconsiderado.

Asimismo, la contaminación del medio ambiente, por la permanencia de los gérmenes en esté, establece una importancia mayor en la era de los microorganismos multirresistentes. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) establece que la transmisión de contacto directo desde las superficies o sustancias del cuerpo e indirecto por objetos inanimados es una de las principales vías de transmisión de microorganismos.

La circulación de personas debe ser regulada en los distintos sectores del hospital, en especial en las áreas de internación, unidades críticas y quirófanos. Los sistemas de ventilación deben tener adecuado mantenimiento, limpieza y cambios regulares de filtros de acuerdo a las sugerencias del fabricante. La construcción o renovación de sectores en el ámbito hospitalario debe efectuarse con barreras físicas adecuadas para evitar la polución ambiental. Deben aplicarse las medidas específicas recomendadas para asegurar la ausencia de contaminación, como los reservorios de agua. Las superficies de techos, paredes y pisos deben estar en perfecto estado de conservación. Los residuos patogénicos deben manejarse según las normas vigentes.

El personal de higiene hospitalaria debe ser capacitado para la tarea específica y sobre la importancia de la prevención de las infecciones intrahospitalarias y sobre las medidas de bioseguridad. Al establecer un orden de la limpieza, se debe comenzar por las áreas limpias y por último limpiar las áreas sucias, desde lo limpio hacia lo más sucio, disminuirá el riesgo de contaminar las superficies del área limpia donde se manipula material estéril. En reglas generales, la habitación es el área limpia de la unidad del sujeto de atención y el baño puede considerarse área sucia. Dentro de la misma habitación, la unidad del sujeto de atención, se debe limpiar con elementos distintos al piso.

La higiene de las superficies, se comenzará con las más cercanas al sujeto de atención y se terminará con la limpieza del piso, esta no debe dar prioridad como indispensable para la limpieza hospitalaria. La limpieza de las superficies cercanas al sujeto de atención y las accesibles a las manos del equipo de salud deben ser prioritarias al momento de realizar la higiene del entorno. Las áreas del office de enfermería deben limpiarse con otros elementos diferentes al resto de las áreas de atención del sujeto de atención.

La educación de los profesionales, sujetos de atención y familia, tiene fuerte impacto a la hora de la prevención y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud por lo que la OPS recomienda para la prevención de estos microorganismos se requiere de participación y toma de decisiones administrativas (por ejemplo, dotación de enfermeros, sistemas de comunicación, proceso de mejoramiento de la calidad, adherencia a las medidas de control de infecciones), educación y entrenamiento del equipo de salud, uso racional de los antimicrobianos, vigilancia exhaustiva de los microorganismos multirresistentes, aplicación de las medidas de control de infecciones durante la internación de los sujetos de atención, medidas ambientales (por ejemplo, limpieza y desinfección del ambiente que rodea al sujeto y del equipo de salud, equipos no críticos de la habitación), terapia de descolonización cuando sea apropiado. (Acosta-Gnass, 2011)

El cumplimiento y adherencia a las prácticas de higiene de las manos tiene múltiples factores que habrá que considerar, primeramente, mantener abastecido de insumos y funcionando las instalaciones, con acceso libre y cercano al sitio de atención del sujeto, asimismo, la capacitación para que el equipo de salud establezca cómo higienizarse las manos, el uso de los productos e instalaciones y los momentos en que esa práctica es fundamental (por ejemplo, los cinco momentos del lavado de manos). Seguidamente realizar una evaluación periódica del cumplimiento para conocer los factores que pueden obstaculizar o favorecerlo.

Por último, la aplicación adaptada de experiencias exitosas y evaluación de su impacto en el ámbito local, evaluar las características de los insumos e instalaciones para mejorar la aceptación por parte del equipo de salud, realizando la inclusión de estrategias multimodales, que incluyen el lavado de las manos y el uso de soluciones de alcohol como medidas complementarias a las precauciones estándares de control de infecciones y no como una medida aislada. Siempre teniendo en cuenta la participación del equipo de salud en las decisiones para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos y uso del EPP, en lo posible conforme con sus funciones, adaptada a los sectores de trabajo y con los productos e instalaciones disponibles

La institución hospitalaria debe implementar programas de educación continua para el equipo de salud, brindar herramientas, conocimientos y competencias para saber cuándo y cómo aplicar las precauciones y las medidas de control en la atención de los sujetos de atención infectados o colonizados con MMR, así como también explicar el bajo riesgo de infección por MMR en las personas sanas. Los sujetos de atención, familiares y visitas deberán recibir capacitación sobre el manejo de la colonización/infección por MMR. Principalmente sobre la higiene de manos al entrar y salir de la habitación y el uso de guantes cuando están en contacto directo con secreciones o excreciones del paciente.

La higiene de manos es una parte primordial para prevenir la transmisión de los MMR. Las instituciones deben asegurar que el personal sanitario esté familiarizado con la técnica adecuada, así como su razón de ser. No es suficiente contar con políticas de higiene de manos; la adherencia de las mismas debe ser monitoreada y retroalimentar directamente al personal involucrado.

El cumplimiento de estas medidas contribuye a un cuidado en salud óptimo para el sujeto de atención, considerando que los principales factores de riesgo de incumplimiento son ser trabajador de la salud (los médicos suelen cumplir menos que las enfermeras), la carga de trabajo (el cumplimiento se relaciona inversamente con la carga de trabajo), la indicación (el cumplimiento es peor antes del contacto con el sujeto de atención que después), el acceso deficiente a los materiales de higiene de manos (lavamanos, dispensadores) y la ausencia de

promoción de la higiene de manos multimodal. La falta de tiempo, el más importante al considerar que cuanta más demanda haya de lavado de manos, menos será el cumplimiento por parte del equipo de salud. Por lo tanto, el acceso a productos de higiene de manos en el punto de atención y el uso de un agente de acción rápida facilitan un mejor cumplimiento. El riesgo que tiene el sujeto de atención de adquirir microorganismos multirresistentes aumenta a medida que lo hace su estancia en el hospital. (Acosta-Gnass, 2011)

Según la OMS, ninguna persona que reciba o brinde atención de salud debe estar expuesta al riesgo de ser dañada por una infección prevenible. Es decir que, prevenir una infección y su propagación puede tener enormes beneficios para reducir el sufrimiento humano, la pérdida de vidas, así también el gasto adicional en insumos médicos y medicamentos para su tratamiento tanto del sujeto de atención como del equipo de salud. La higiene de las manos dignifica y es una señal de respeto a las personas que buscan atención de salud en instituciones hospitalarias y facilita el trabajo de quien la realiza. (OMS-OPS , 2023)

Además de la higiene de las manos, el uso de equipo de protección personal debe basarse en la evaluación de riesgos y el grado del contacto previsto con sangre y fluidos orgánicos con agentes patógenos infecciosos. La provisión de suministros adecuados y la educación del equipo de salud, los sujetos de atención y las visitas, es fundamental para un mejor clima de seguridad en las instituciones de atención de salud. La promoción de medidas de seguridad es la base para prevenir la transmisión de agentes patógenos durante la atención de la salud.

Todo esto nos lleva a plantear que el cumplimiento de las medidas de bioseguridad en la atención en salud contribuye a una mejor calidad de cuidados brindados al sujeto de atención, se debe poner énfasis en la educación permanente y continua del equipo de salud con un cupo de participantes en cada evento de capacitación, para fomentar la retroalimentación que contribuya a mejorar las aplicaciones de la técnica de lavado de manos y el uso del equipo de protección personal.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

La investigación se hará desde el abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo con aspectos correlacionales, prospectivo, de corte transversal, se procurará determinar la relación que existe entre cumplimiento de las medidas de precaución de contacto según el sexo, dominio laboral, antigüedad laboral, capacitación y nivel de información acerca de medidas de precaución de contacto. Para comenzar un estudio metódico, real y crítico de las propuestas hipotéticas formuladas sobre las supuestas relaciones que existen entre las variables a determinar en el campo del cuidado de la salud, si existe tal relación entre lo que se pretende investigar. (Pineda, Alvarado, & de Canales, 1994)

Se planteará desde el abordaje cuantitativo, que se emplea para formar procesos estructurados en post de la generación de conocimiento novedoso, en la temática investigada anteriormente con nuevos matices a vislumbrar, es secuencial y demostrativo, se diseña un plan en el que se establecen hipótesis y determinan variables, con el objetivo de demostrar deducciones a través de la medición de las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando metodologías, estadísticas, para lograr extraer conclusiones. (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2014)

En relación a la problemática expuesta se efectuará un estudio no experimental, observacional descriptivo con aspectos correlacionales en algunas de las variables en cuanto a su nivel de relación, visualizando los acontecimientos tal cual suceden en la realidad, es decir, no se manipulará en forma intencional las variables independientes (nivel de información acerca de las medidas de precaución de contacto, el sexo, dominio laboral, antigüedad laboral y capacitación), y como es su efecto en la variable dependiente (cumplimiento de medidas de precaución de contacto,) solo se observará las situaciones ya existentes para describirlas. (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2014)

Dentro de este marco el alcance del estudio al ser descriptivo explorará el entorno de las variables, que presenta el equipo de salud de clínica médica en un hospital público de alta complejidad de la ciudad de Reconquista, describir lo que pasa en el contexto en un período determinado, detallar cómo son y se manifiestan. Definir las particularidades y el perfil del grupo en algunas de sus relaciones hipotéticas, también desarrollar un estudio correlacional de algunas de sus variables para poder distinguir con mayor precisión y enfoque la relación no sólo describirla, al establecer la relación que existe entre la variable dependiente el cumplimiento de

las medidas de precaución de contacto con la variable independiente dominio laboral del equipo de salud de clínica médica. (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2014)

Acompañar la ocurrencia de los hechos o eventos a través de la recolección de datos del estudio, éste será prospectivo, se registrará la información según vayan surgiendo los hechos en tiempo real, tomando como punto de partida a las personas a indagar y los acontecimientos a medir como fuente primordial a través de la observación y encuestas en el período comprendido de marzo a abril del año 2024. (Pineda, Alvarado, & de Canales, 1994)

De acuerdo a lo planteado, al considerar las variables a medir, el momento en que se aplicará el instrumento será transeccional, los datos se recolectarán en un solo momento, con la realización de una única medición del hecho, con el firme propósito de determinar las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Se determinará el escenario de los meses antes mencionados del año 2024 sin que guarden relación con años preliminares o posteriores para el análisis de las variables en estudio. (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2014)

SITIO Y CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

El sitio y contexto de la investigación será en la ciudad de Reconquista, Departamento General Obligado, provincia de Santa Fe, en Argentina, en un hospital público de alta complejidad, en el servicio de Clínica Médica, que presenta un adecuado acceso, para la exploración.

DESCRIPCIÓN DEL SITIO

Luego de aplicar la guía de convalidación de sitio se examinó el servicio de clínica médica que cuenta con 27 habitaciones (52 camas) que comparte con otras especialidades cirugía, traumatología, neurocirugía entre otras, no se distribuye por patología solo por sexo, posee dos habitaciones individuales para aislamientos en un sector acondicionado con todas las medidas, para que se cumplan las medidas, cuando hay más sujetos de atención que requieran aislamiento de contacto; se debe restringir una habitación que cuenta con dos camas inhabilitando una. Cuenta con una sala de médicos y dormitorio, un office de enfermería y el sector de aislamiento, la sala está dividida en dos alas separadas por un largo pasillo, todas las habitaciones tienen baño propio y todos los implementos para su uso. El espacio físico cumple con determinados criterios para funcionar en los casos de aislamientos, siendo la infraestructura adecuada para realizar los procedimientos de aislamiento de contacto y cuenta con los insumos

necesarios para su implementación, existen protocolos de aislamiento en la institución, pero no se tiene con una copia en la sala de clínica. Las capacitaciones en medidas de precaución de contacto se realizan, sin embargo, son esporádicas y no incentiva al personal a participar en ellas por distintas circunstancias o por la demanda de los sujetos de atención y su complejidad, la participación es poca, es obligatoria, pero solo afecta a quien no esté de guardia o trabajando en otro lugar.

En tanto, el equipo de salud que trabaja en el servicio de clínica médica se encuentra distribuido por dominio laboral por un lado los médicos se caracterizan por ser de planta permanente éstos son 7 su horario de trabajo es de 7 a 11 hs, otros 5 que realizan guardias de 24 horas en los distintos días de la semana y los residentes que son 9 también realizan guardias de 24 hs rotando entre ellos en la semana dando un total de 21 personas (16 mujeres y 5 hombres).

Por su parte, el personal de enfermería tiene una dotación de 40 personas, que trabajan en el servicio se cuenta con una jefa de servicio y tres enfermeros que realizan tareas diferentes y 3 que se encuentran con certificados de larga duración, el personal asistencial se compone de 33 enfermeros (27 mujeres y 6 hombres) que realizan las actividades de atención a los pacientes en 24 horas en una rotación de tres turnos de 8 horas, mañana, tarde y noche, a estos se los distribuye en 8 o 7 personas por guardia, hay señalética para realizar las técnicas y procedimientos, estos se encuentran ubicados en la office sucio y el sector de aislamiento, en tanto a las licencias obligatorias anuales por mes se toman 4 recursos aproximadamente.

En cuanto a los servicios generales, el personal de higiene hospitalaria se compone de 10 recursos (5 hombres y 5 mujeres) que trabajan 16 horas al día, en dos turnos pueden ser, 3 o 2 personal por guardia, que realizan la limpieza y desinfección de las habitaciones, office de enfermería y salas de reuniones del servicio cuentan con capacitaciones en gestión de residuos en instituciones de salud, hay 3 recursos que están con certificado de larga y corta duración.

Los camilleros de la institución son 14 (13 hombres y 1 mujer) se los distribuye de acuerdo a la demanda de los servicios, habitualmente a la mañana son 4, a la tarde son 3 y a la noche 2 puede modificarse por algún imprevisto o certificado trabajan los tres turnos, no son exclusivos del servicio van rotando depende de su asignación y reciben capacitación para el transporte apropiado de pacientes.

CONTEXTO DEL ESTUDIO: CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

El criterio de elegibilidad de la investigación se da a través de la viabilidad y factibilidad de ser realizada, previa autorización de los directivos de la institución, a los cuales se expondrá lo que se pretende con la investigación, objetivos y propósito que, a corto o mediano plazo puede ser útil como antecedente para futuras investigaciones en la institución. Se aplicará los principios éticos, consentimiento informado, respetando la confidencialidad en cuanto a datos personales, autonomía y autodeterminación en cuanto a querer participar o no, no correrá riesgo ya que no hay manipulación de variables, solo se ejecutará observaciones en las cuales se verificará lo que se dice y lo que se hace, para determinar los objetivos propuestos y corroborar si las hipótesis planteadas se establecen , también se implementará una encuesta para determinar el nivel de información de las medidas de precaución de contacto.

Se accederá al sitio y al contexto, con la factibilidad de medir todas las variables en estudio, las cuales son nivel de información de precauciones de contacto, el sexo, dominio laboral, antigüedad laboral, capacitación y cumplimiento de las medidas de precaución de contacto del equipo de salud de clínica médica que están presentes en dicho servicio. La población en estudio, personal enfermería, médicos clínicos, residentes y camilleros, en un período de tiempo de 24 horas, el personal de higiene hospitalaria de 16 horas diarias (06 a 22 horas).

POBLACIÓN Y MUESTRA

Como resultado de la información alcanzada en la guía de convalidación de sitio el número de población disponible con la que se considerará al momento de la recolección de datos será 85 personas que se dividen en médicos, enfermería, camilleros y personal de limpieza que trabajan en el servicio de clínica médica durante el periodo pautado para la observación.

Seguidamente, la unidad de análisis se determinará en función de todo el equipo de salud que se encuentre trabajando al momento del estudio, aplicando los criterios de inclusión y exclusión al personal que esté con licencia de larga duración y corta duración, y los que no están habitualmente en dicho servicio, quedaría una población de 71 personas para el estudio, entre las amenazas a considerar sería la no participación de algunos integrantes del equipo de salud, se la controlará al trabajar con población total y se realizará las observaciones y encuesta con un cuestionario de opciones múltiples en un máximo de dos meses priorizando las 2 primeras semanas para realizarlas.

Por consiguiente, la validez externa, será generalizable a la población en estudio, es decir, al equipo de salud del servicio de clínica médica que comparte el mismo sitio y contexto no con otras instituciones porque cada una tiene sus características específicas que las hacen únicas.

TÉCNICA E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Al tener en cuenta la operacionalización de las variables (dimensiones e indicadores) la técnica para la medición de una de las variables será la observación con una lista de cotejo, esta será utilizada en la variable cumplimiento de medidas de precaución de contacto, en la que se observará la aplicación de todas las medidas en los indicadores lavado de manos, uso de equipo de protección personal, unidad del sujeto de atención, limpieza y desinfección del entorno, higiene, confort y transporte del sujeto de atención. En tanto la variable nivel de información de medidas de precaución de contacto se utilizará la técnica de la encuesta aplicando un cuestionario autoadministrado con múltiples opciones de respuestas de la temática, en el mismo se colocará preguntas sobre las demás variables a estudiar, dominio laboral, antigüedad laboral, sexo y capacitación.

DECISIONES EN FUNCIÓN DEL ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

Luego de la aplicación de la prueba piloto de los instrumentos a utilizar, en una población similar, en 6 personas, 2 de higiene hospitalaria, 2 camillero, 1 enfermera y 1 médico que no participarán en la investigación, pertenecientes a la institución pero que no laboran en el servicio, no hubo dificultad a la hora de responder las preguntas. Asimismo, dando como aspectos a considerar, en los momentos que se realice el cuestionario auto-administrado que la persona que debe contestar se encuentre sola para evitar interrupciones que puedan alterar sus respuestas, solo debe estar presente el encuestador. En cuanto a la inestabilidad del ambiente, aplicar la prueba piloto nos brindó ver si se comprenden las preguntas que se desarrollan en el cuestionario.

Al prever una posible muerte experimental por tener una población finita, se aplicará los cuestionarios a toda la población en estudio que acepte participar, para lograr tener resultados verídicos, teniendo en cuenta el dominio laboral, evaluando el contexto de los participantes y cuál es la mejor manera de llegar a ellos, evitando la difusión de la información anticipadamente para que no haya sesgos en la investigación brindando herramientas que puedan ayudar al sujeto

en su labor diario y no provocar daños teniendo en cuenta que puede haber nuevas variables a estudiar o eliminar. Siendo siempre objetivo en cuanto a la observación realizada con una comunicación adecuada al contexto.

El instrumento de medición para verificar el cumplimiento de las técnicas de lavado de manos y uso de equipo de protección personal a través de la observación se registrará en una lista de cotejo o control de todos los pasos a seguir para su correcta implementación de los procedimientos basado en los ítems implementados por la OMS/OPS (2021), la investigadora será responsable de las observaciones y de rellenar las listas de cotejo que tiene la opción SÍ o NO de las técnicas completas y utilización correcta de las secuencias establecidas dejando la opción de observaciones como punto de quiebre a nuevas evidencias, también para verificar que los elementos a utilizar sean los correctos o para justificar porque la aplicación no fue realizada como corresponde. El total cumplimiento de los pasos se le asignará el número 1 y el incumplimiento de algunas de las fases se le asignará el número 2.

Para determinar el nivel de información de medidas de precaución de contacto en el equipo de salud de clínica médica en cuanto a dominio laboral, antigüedad laboral, sexo y capacitación se implementará un cuestionario auto-administrado de 10 preguntas de opciones múltiples, en algunas tiene una sola respuesta, en otras varias y tiene instrucciones para completarlo con una X o escribir dentro de un cuadrado, tiene respuestas que son correctas y algunas no. Es de elaboración propia con saberes previos y en búsquedas de información de las entidades que se encargan de la regulación del control de infecciones en instituciones de salud nacional e internacional. Como ventajas tiene que insume menos tiempo y costo, es fácil de responder y no es necesario la presencia del investigador o su participación, en cuanto a las opciones a responder que puede no entenderse, por lo que antes se realizó una prueba piloto para probar su validez, confiabilidad y precisión del instrumento en una población similar y definir si hay que reformular las opciones o eliminarlas.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En tanto a la aplicación del instrumento será en los turnos mañana, tarde y noche de los participantes, en el turno mañana estará de las 7 a 10 de la mañana, a la tarde estará de 15 a 18 y en el turno noche en los horarios de 23 a 01 para realizar las observaciones en el transcurso de las dos primeras semanas del mes de marzo del año 2024, tiempo estimado que durará la recolección de datos, en el momento en el que están por aplicar la tarea o actividad en las medidas de precaución de contacto, en cuanto a la encuesta para medir el nivel de información

será un cuestionario autoadministrado con preguntas de respuestas múltiples en una oficina brindada por la institución para que pueda completarlo con tranquilidad en un espacio físico tranquilo, sin ruidos molestos y libres de aparatos electrónicos para que lo que sabe el encuestado no salga de otra fuente de información, será realizado por la investigadora sin intervención de terceros, luego de que los participantes observados realicen su actividad, el mismo llevará el tiempo estimado para completarlo de 15 minutos aproximadamente, tiempo estimado pertinente al realizar la prueba piloto.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para que esta investigación tenga justificación ética y validez científica va a estar basada en los principios éticos básicos, respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia a través del consentimiento informado, respetando las decisiones de las personas si quieren participar o no, libres de incentivos e influencias, reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, tratando a cada participante equitativamente aplicando la justicia distributiva, beneficiando al equipo de salud estudiado respetando sus valores y costumbres, incorporando en el instrumento de recolección solo datos menores como iniciales de sus nombres para identificación y sexo en cuanto a dominio laboral, al seleccionar a los participantes solo se excluyeron a aquellos que no se encuentran al momento de la recolección de datos tomando las precauciones necesarias para resguardar las confidencialidad y privacidad de los datos aportados expresando su compromiso mediante un código de identificación los datos serán manejados con la manera más exacta posible, para lograr una investigación veraz.

PLAN DE ANÁLISIS

Para la reconstrucción de la variable nivel de información de medidas de precaución de contacto que es cualitativa, compleja e independiente se le asignará un número, a la dimensión contacto directo se le asignará el 1, a la dimensión de contacto indirecto se otorgará el número 2 para su codificación.

Nivel de información de medidas de precaución de contacto		
Val or	D1 Contacto directo	D2 Contacto indirecto
1	Inadecuado	Inadecuado
2	Adecuado	Adecuado

Se realiza una categoría del índice en las que son incluidas las dimensiones contacto directo e indirecto que podrá ser categorizada de la siguiente manera:

Entre 0 y 10 puntos, será inadecuado

Entre 11 a 20 puntos será adecuado

Al sumar los valores se reconstruirá la variable nivel de información en las dimensiones contacto directo e indirecto si es adecuado o inadecuado el nivel de información de medidas de precaución de contacto

En cuanto a dominio laboral se le asignará un número a cada función laboral expresada por el participante número 1 a los médicos, el número 2 a los enfermeros, el número 3 al personal de limpieza y el número 4 para camilleros.

En la de cumplimiento de medidas de precaución de contacto se asignará el código 1 para cumplimiento y el código 2 para incumplimiento

Antigüedad laboral se le estipulara un rango de años para su agrupación de 5 años, luego de la recolección de los datos

En la variable sexo se le corresponderá el código 1 a las mujeres y el código 2 a los hombres

Para la capacitación acerca de medidas de precaución de contacto se construirá el código 1 a la realización y el código 2 a la no realización.

Para su análisis el tipo será univariado, bivariado y multivariado porque se describirá la relación de más de tres variables, utilizando la estadística descriptiva por que se pretende describir la mayoría de las variables como se desarrollan y su relación entre ellas aplicando la distribución de frecuencia utilizando los gráficos de barras adosadas que permitirán comparar dos o más variables con la frecuencia que se establecen. Se utilizarán las medidas de tendencia central, la moda, la mediana y la media aritmética.

Al someter a prueba las hipótesis planteadas en la variable de dominio laboral con la variable cumplimiento de las medidas de precaución de contacto y establecer la correlación a través de la estadística inferencial con la ayuda de un experto en estadística que sea de guía en el proceso de tabulación de los datos para medir la frecuencia de estas relaciones. Se utilizará el programa Excel a través del Diagrama de Dispersión que depende del patrón de puntos, que se forma, así se establecerá que tipo de relación lineal tendrán ambas variables si es positiva o negativa.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PLAN DE TRABAJO

	MESES DE MARZO Y ABRIL							
ACTIVIDADES	1ra semana	2da semana	3ra semana	4ta semana	5ta semana	6ta semana	7ma semana	8va semana
Recolección de datos								
Tabulación de datos								
Análisis de datos								
Interpretación de datos								
Conclusiones								
Construcción de informe final								
Transmisión de resultados								

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta-Gnass, S. (2011). *Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria*. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51545>
- Arango Castrillón, L. (2021). Factores asociados con el cumplimiento de las precauciones de contacto en un hospital de alto nivel de complejidad. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 23. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie23.facp>
- Bezerra, C., & De Almeida, J. (2023). *Colitis Pseudomembranosa: síntomas, causas y tratamiento*. Obtenido de Tua Saúde: <https://www.tuasaude.com/es/colitis-pseudomembranosa/>
- Bloch-Melgarejo, Y. A.-R.-A. (2020). Cumplimiento del Protocolo de Lavado de Manos por profesionales de enfermería en un servicio de salud de la ciudad de Encarnación, marzo-julio del 2019. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 18(2). doi:<https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2020.018.02.06>
- CDC . (2004). *Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment (PPE) in Healthcare Settings*. Obtenido de <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/ppeslides6-29-04.pdf>
- Chumbe Padilla, F. (2022). Conocimiento sobre infecciones intrahospitalarias en el personal de enfermería del Hospital Moquegua. *Investigación E Innovación: Revista Científica De Enfermería*, 2(3), 34-40. doi:
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2002). *Definiciones de enfermería*. Obtenido de <https://www.icn.ch/es/recursos/definiciones-de-enfermeria>
- De La Leona Miñana, R. (2021). Cumplimiento de las precauciones de aislamiento de contacto en pacientes críticos. *Enfermería Integral: Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 127, 62-66. Obtenido de <https://www.enfervalencia.org/pub/comunicacion/revista-ei.php>
- Ferrandini, D. (2011). *ALGUNOS PROBLEMAS COMPLEJOS DE SALUD*. Obtenido de <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>
- García palomo, J., Agüero Balbín, J., Parra Blanco, J., & Santos Benito, M. (2010). Enfermedades infecciosas. Concepto. Clasificación. Aspectos generales y específicos de las infecciones. Criterios de sospecha de enfermedad infecciosa. Pruebas diagnósticas

- complementarias. Criterios de indicación. *Elsevier sciencedirect*, 10(49), 3251-3264. doi:[https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(10\)70027-5](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(10)70027-5)
- Grupo Gamma. (2023). *Grupo Gamma: red integrada de salud*. Obtenido de <https://www.grupogamma.com/servicio/clinica-medica/>
- Hernández Faure, C. G. (2019). conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con las infecciones intrahospitalarias en Nicaragua. *Revista Información Científica*, 98(1). Obtenido de <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2252>
- Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado, C. y. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta ed. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Ibarra Camou, B., Barcelona, L., Giordano, L. R., & Pagano, I. (2021). *Documento de Consenso Interinstitucional. Estrategia multimodal de intervención: Aspectos generales, medidas de aislamiento, desinfección y limpieza del entorno del paciente, paquetes de medidas para la prevención de infecciones asociadas a dispositivos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: SGC- ANLIS, Ministerio de Salud de la Nación, SADI. Obtenido de <http://sgc.anlis.gob.ar/handle/123456789/561>
- INE-SADI-ADECI. (2023). *Documento de trabajo(PRELIMINAR), taller interinstitucional HOSPITAL SEGURO*. BUENOS AIRES. Obtenido de <https://www.congresosadi.com/precongreso-ine-sadi-adece-2023-hospital-seguro/>
- Intermountain Healthcare. (2017). *ERV (Enterococo resistente a la vancomicina)*. Obtenido de FOLLETO INFORMATIVO PARA PACIENTES Y SUS FAMILIAS: <https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=520512163>
- Ministerio de Salud de Santa Fe. (2015). *Salud Pública conceptos básicos y generales*. Santa Fe. Obtenido de <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/228703/1197588/#:~:text=El%20Ministerio%20de%20Salud%20de,tarea%20desarrollada%20en%20su%20C3%A1mbito.>
- OMS. (1946). Obtenido de organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB.>
- OMS/OPS. (2021). *La higiene de manos salva vidas*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/17-11-2021-higiene-manos-salva-vidas>

- OMS-OPS . (2023). *Día Mundial de la Higiene de las Manos 2023*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-higiene-manos-2023>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). *Prevención y control de infecciones asociadas a la atención de la salud: recomendaciones básicas*. OPS-OMS. doi:<https://doi.org/10.37774/9789275319543>
- Paciel, D., Seija, V., Prieto, J., Vignoli, R., Medina, J., & Savio, E. (2011). Enterobacterias productoras de KPC. *Tendencias en medicina*, 12, 47-54. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/303667452_Enterobacterias_productoras_de_KPC
- Perozo-Mena, A., Castellanos-González, M., Ling, E., Gómez, L., Ginestre, M., & Rincón, G. (2016). Presencia de carbapenemasa tipo KCP en aislados clínicos de *K. pneumoniae* de pacientes de unidades de cuidados intensivos. *Kasmera*, 44(1), 44-52. Obtenido de https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0075-52222016000100007
- Pineda, E., Alvarado, E., & de Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud* (Segunda edición ed.). Organización Panamericana de la Salud.
- policlinica metropolitana. (2019). *Entérate de los tipos de aislamientos en los pacientes hospitalizados*. Obtenido de <https://policlinicametropolitana.org/>: <https://policlinicametropolitana.org/informacion-de-salud/conozca-la-importancia-de-los-tipos-de-aislamientos-en-los-pacientes-hospitalizados/#texto-ancla8>
- Rodríguez Castillo, Z. y. (2018). Cumplimiento de las medidas de bioseguridad en la unidad quirúrgica de cirugía ambulatoria. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 22(5), 726-741. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/2111/211161292008/html/>
- SADI y otros. (2022). *Beeper en control de infecciones: documento interinstitucional ADECI, INE, SADEBAC, SADI*. Obtenido de <https://www.sadi.org.ar/rss/item/1517-beeper-en-control-de-infecciones>
- Salcedo-Cienfuentes, M., Ordóñez-Hernández, C., & Calvo-Soto, A. (2020). Cumplimiento de una estrategia de higiene de las manos en ambientes asistenciales. *Investigación En Enfermería: Imagen Y Desarrollo*, 22. doi:<https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.cehm>
- SALUD PÚBLICA DE MASSACHUSETTS . (2014). *Clostridium difficile (C. difficile)* . Obtenido de HOJA DE DATOS DE SALUD PÚBLICA DE MASSACHUSETTS: <https://www.mass.gov/doc/spanish-clostridium-difficile/download>

- Sociedad Argentina de Infectología (SADI), Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), Asociación de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI). (2008). *GUÍAS PARA LAS PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO*. Obtenido de <https://www.sadi.org.ar/documentos/guias-recomendaciones-y-consensos/item/34-recomendaciones-intersociedades-para-el-manejo-de-infecciones-asociadas>
- Vera-Leiva, A., Barría-Loaiza, C., Carrasco-Anabalón, S., Lima, C., Aguayo-Reyes, A., Domínguez, M., & González-Rocha, G. (2017). KPC: Klebsiella pneumoniae carbapenemasa, principal carbapenemasa en enterobacterias. *Revista chilena de infectología*, 34(5), 476-484. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182017000500476>
- Watson, J. (2007). Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. *Revista de Actualizaciones En Enfermería Fundación Santa Fe De Bogotá*, 10(4). Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
- Yagui Moscoso, M., Vidal-Anzardo, M., Rojas Mezarina, L., & Sanabria Rojas, H. (2021). Prevención de infecciones asociadas a la atención de salud: conocimientos y prácticas en médicos residentes. *Anales de la Facultad de Medicina*, 82(2). doi:<https://dx.doi.org/10.15381/anales.v82i2.19839>
- Young, P., Hortis De Smith, V., Chambi, M., & Finn, B. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista médica de Chile*, 139(6), 807-813. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017>
- Zambrano Menéndez, A., Vera Núñez, C., Romero Urrúa, H., Vera Núñez, M., & Bustamante Silva, J. (2022). Validación del cuestionario para la recolección de datos sobre las infecciones nosocomiales y su relación con el lavado de manos en el personal de salud de la sala post quirúrgica. *Más Vita*, 4(3), 160-181. doi:<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0139>

ANEXOS

Anexo I: Aval institucional



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

2022 - "Las Malvinas son argentinas"

-----Quien suscribe, Profesora, Mg. Rosana Nores, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Jero Jero Spicelo es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Por lo que para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera la estudiante deberá en primer lugar entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información que le permita tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería-----A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los ...15 de junio de 2023.


Rosana Nores
Prof. Asoc.
Esc. de Enfermería
FCM UNR


Lic. LÓPEZ STELLA MARÍA
Mat. N° 1338 LIII - F° 10
Jefa División de Enfermería
Hospital Central Reconquista

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr Tel. 341
4804558 Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Anexo N° II

Operacionalización de las variables en estudio

1)- Nivel de información acerca de medidas de Precaución de contacto: (cualitativa, compleja, independiente, ordinal)

Definición conceptual: Según la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) “las Precauciones de Contacto (PC) están diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos epidemiológicamente importantes por contacto directo e indirecto.”

Dimensiones 1: Precaución de contacto directo

Indicadores:

Lavado de manos

Uso de equipo de protección personal

Unidad del paciente

Dimensión 2: Precaución de contacto indirecto

Entorno del paciente

Habitación con señalética

Retiro de equipo de protección personal

Lavado de manos

2)-Cumplimiento de medidas de precaución de contacto (cualitativa, dependiente, simple y nominal)

Definición operacional: la aplicación de todas las medidas de precaución de contacto se considera cumplimiento, la no aplicación de una de las medidas se considera incumplimiento.

indicadores:

Lavado de manos

Uso de equipo de protección personal

Unidad del sujeto de atención

Limpieza y desinfección de entorno del sujeto de atención

Higiene y confort del sujeto de atención

Transporte del sujeto de atención

3) Dominio laboral: (cualitativa, independiente, simple, nominal)

Definición operacional: función laboral que cumplen dentro del equipo de salud

Indicadores:

Médicos

Enfermeros

Personal de higiene hospitalaria

Camilleros

4)- Antigüedad laboral:(cuantitativa, independiente, simple, de razón)

Definición operacional: Años de labor en la función laboral expresados por el participante.

Indicador:

Años

5)-Sexo: (cualitativa, independiente, simple, nominal)

Definición operacional: identificación de sexo expresado por el participante.

Indicadores:

Hombre

Mujer

6)- Capacitación acerca de medidas de precaución de contacto: (cualitativa, independiente, simple, nominal)

Definición operacional: la realización de capacitaciones acerca de medidas de precaución de contacto o no realización de las mismas expresadas por el participante en los últimos dos años.

Indicadores

Si realizo capacitación de medidas de precaución de contacto

No realizo capacitación de medidas de precaución de contacto

LISTA DE COTEJO

Para observar el cumplimiento de medidas de precaución de contacto en la que se visualizará su correcta implementación o no.

CUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE PRECAUCIÓN DE CONTACTO			
TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN	Si	No	Observaciones
1. Mójese las manos con agua.			
2. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.			
3. Frótese las palmas de las manos entre sí.			
4. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.			
5. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.			
6. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.			
7. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, rodeándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.			
8. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa			
9. Enjuáguese las manos con agua.			
10. Séqueselas con una toalla de un solo uso.			
11. Utilice la toalla para cerrar el grifo.			
12. Sus manos son seguras.			40-60 segundos
TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS CON UN DESINFECTANTE DE BASE ALCOHÓLICA	SI	NO	Observaciones
1- Deposite en la palma de la mano una cantidad de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.			
2- Frótese las palmas de las manos entre sí.			
3- Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.			
4- Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.			
5- Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.			
6- Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, rodeándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.			
7- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa			
8- Una vez secas, sus manos son seguras			20-30 segundos

COLOCACIÓN Y RETIRO DE EPP			
SECUENCIA DE COLOCACIÓN DE EPP	SI	NO	Observaciones
1- Higiene de manos			
2- Camisolín: -Atarlo a la altura del cuello/hombro y cintura			
3- Barbijo común o filtro de partículas según el caso -Colocación correcta -Ajuste nasal -Deslizar sobre el mentón -Chequear ajuste del barbijo			
4- Gafas			
5- Guantes comunes -Colocar sobre el camisolín			
SECUENCIA DE RETIRO DE EPP			
1- Retirar los guantes y descartarlo en bolsa roja.			
2- Retirar el camisolín y descartar en bolsa roja.			
3- Realizar higiene de manos.			
4- Retirar protección facial y limpiarla adecuadamente.			
5- Retirar el barbijo y proceder según el tipo de elemento utilizado.			
6- Realizar higiene de manos.			

FUENTE: OMS/OPS – CDC (2021)

UNIDAD DEL SUJETO DE ATENCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
Observar si la habitación del sujeto de atención con señalética			
Afuera de la habitación se encuentran los elementos de protección personal e higiene de manos			
- Para la ropa de cama del sujeto de atención, hay contenedor con bolsa blanca			
Contenedor de residuos con bolsa roja - Dentro de la habitación - En el baño de la habitación			
el sujeto de atención se encuentra solo en la habitación con un acompañante permanente			
Carpeta del sujeto de atención fuera de la habitación			

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL ENTORNO DEL SUJETO DE ATENCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
Verificar si el sujeto de atención está en aislamiento y si la habitación tiene señalética			
Utiliza los elementos de protección personal			
Comienza por las superficies cercanas del sujeto, desde lo más limpio a lo más sucio			
Limpieza todas las superficies y mobiliarios			
Cuenta con los elementos de limpieza necesarios			
Retira las bolsas de residuos y la coloca en los carros correspondientes para su descarte			
Realiza reposición correspondiente a materiales descartables de la unidad del sujeto de atención (jabón, papel higiénico, bolsas de residuos)			
Realiza higiene de manos antes y después de la limpieza de la habitación			

HIGIENE Y CONFORT DEL SUJETO DE ATENCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
El cambio de ropa de cama se realiza todos los días.			
Hay un contenedor con bolsa exclusiva para la ropa de cama.			

TRANSPORTE DEL SUJETO DE ATENCIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
Realiza higiene de manos antes del traslado			
El camillero utiliza elementos de protección personal			
Realiza higiene de manos después de traer al sujeto de atención			
Desinfecta camillas o sillas de rueda luego del transporte			

CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

El cuestionario es de respuestas múltiples donde el encuestado responderá de acuerdo a la información que tiene de la temática marcando con una X, las respuestas que considera correspondan a su nivel de información de medidas de precaución de contacto.

Encuestador: Jara, Joana Micaela, está se encontrará presente al momento de completar el formulario.

Fecha de la encuesta

Iniciales del nombre y apellido:

Sexo: Hombre Mujer

Dominio laboral: Médico/a Enfermero/a

Personal de higiene hospitalaria Camilleros

Antigüedad laboral en la función que desempeña actualmente, escribir la cantidad de años cumplidos en la labor.

Capacitación acerca de medidas de precaución de contacto en los últimos dos años

Si realizo capacitación de medidas de precaución de contacto

No realizo capacitación de medidas de precaución de contacto

Preguntas de medidas de precaución de contacto

1- ¿Cuáles son las medidas de precaución de contacto a tener en cuenta en la atención de un sujeto de atención en aislamiento? Marcar las opciones que corresponden con una X.

- Lavado de manos
- Uso de equipo de protección personal
- Limpieza de superficies sin guantes
- Habitación con señalética
- Limpieza de superficies con guantes y camisolín
- Transporte del sujeto de atención sin equipo de protección personal
- Transporte del sujeto de atención con equipo de protección personal

2- ¿El entorno del sujeto de atención es? Marcar la opción que correspondan con una X

- Es el espacio inmediato alrededor de un sujeto de atención que puede ser tocado por éste y por el equipo de salud al proporcionarle cuidado, incluye equipo, dispositivos médicos, mobiliario y el cuarto de baño.

- Es el espacio inmediato alrededor de un sujeto de atención que puede ser tocado por éste y por el equipo de salud al proporcionarle cuidado, incluye equipo, dispositivos médicos, mobiliario y no incluye el cuarto de baño.

3- ¿Cuáles son las vías de transmisión de microorganismos? Marcar las opciones que corresponden con una X.

- Contacto con superficies ambientales y con equipos médicos.
- No utilizar el equipo de protección personal.
- Las manos o guantes del equipo de salud.

4- ¿Cuál es el momento de mayor riesgo de contaminación del equipo de salud? Marcar la opción que correspondan con una X.

- Al colocarse el equipo de protección personal.
- Al retirarse el equipo de protección personal.
- Al lavarse las manos.

5- ¿Cuáles son los 5 momentos del lavado de manos? Marcar las opciones que corresponden con una X.

- Antes del contacto con el sujeto de atención.
- Antes de la ayuda al sujeto de atención.
- Antes de realizar una tarea aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después del contacto con el sujeto de atención.
- Después del contacto con el entorno del sujeto de atención.

6- ¿A qué deben adecuarse las medidas de aislamiento? Marcar las opciones que correspondan con una X.

- Tipo de microorganismos
- Mecanismos de transmisión
- Recursos disponibles

7- ¿Cuál es el objetivo de implementar medidas de precauciones de aislamiento? Marcar la opción que corresponda con una X

● Evitar la transmisión de microorganismos de importancia epidemiológica desde personas infectadas a huéspedes susceptibles durante el periodo de riesgo y acorde a las posibilidades.

● Permitir la transmisión de microorganismos de importancia epidemiológica desde personas infectadas a huéspedes susceptibles durante el periodo de riesgo y acorde a las posibilidades.

8- ¿Qué se busca al implementar las medidas de precaución de contacto? Marcar la opción que corresponda con una X.

- Prevenir las enfermedades infectocontagiosas
- Minimizar la propagación de la resistencia antimicrobiana
- Reducir las infecciones intrahospitalarias
- Lavado de manos correcta

9- ¿Qué medidas requiere un sujeto de atención con aislamiento de contacto? Marcar las opciones que correspondan con una X.

- Una habitación individual
- Utilización de señalética en puerta de habitación
- Uso de guantes y camisolín para la atención
- Colocarse el EPP antes de entrar a la habitación
- Desechar el EPP antes de salir de la habitación

10- ¿Qué elementos se deben tener en la habitación y fuera de ella? Marcar las opciones que correspondan con una X.

- Alcohol en gel y al 70% para higiene de manos
- Guantes fuera de la habitación
- Los artículos de limpieza deben ser individuales
- Los equipos de atención directa no sacarlos de la habitación

- Contenedor de residuos con bolsa roja
- Equipo de protección personal

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Reconquista, Santa Fe año 2024

Yo _____ he sido informado que esta investigación tiene como propósito determinar el cumplimiento de medidas de precaución de contacto y nivel de información acerca de medidas de precaución de contacto, cuyo fin es exponer un diagnóstico de situación con el objetivo de examinar las causas de la problemática, e identificar sus fortalezas y debilidades en la aplicación de las técnicas, procedimientos e información.

He sido informado de que esta investigación se encuentra dirigida por la Srta. Jara, Joana Micaela, estudiante de la Licenciatura en Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Rosario y que la duración del estudio es de dos meses que en el caso de que acepte participar se me contactará para la aplicación del instrumento auto administrado, cabe aclarar que la observación de la aplicación de las medidas de precaución de contacto se realizó antes del consentimiento del participante para evitar sesgos en la investigación y conductas que no reflejen la realidad.

En la primera instancia se observará la realización de actividades relacionadas a la atención de los sujetos de atención con aislamiento de contacto para visualizar la aplicación correcta de las técnicas. Asimismo, luego se deberá responder un cuestionario autoadministrado para evaluar el nivel de información de medidas de precaución de contacto en el cual se pedirán una serie de datos personales y laborales que son relevantes, se me ha manifestado la importancia de respuestas verídicas por lo tanto el cuestionario en cuestión se realizará en un espacio acondicionado para evitar interrupciones.

He sido informado de que este estudio no aportará beneficios directos hacia mi persona, el beneficio real es aportar información de relevancia para la institución en la que prestó servicio para poder implementar mejoras en la atención de pacientes y que mis datos serán resguardados manteniendo el anonimato y la confidencialidad, en ningún momento mi identidad estará en riesgo y no estará asociada a la información que exprese, sólo será utilizado en esta investigación, tengo derecho a no participar del estudio, si llegara aceptar y luego abandonar cuando lo considere necesario o no me sienta cómodo sin dar explicaciones a la investigadora.

He sido informado que en el caso de desear participar voluntariamente firmaré el consentimiento informado.

Firma del investigador

Firma del participante

Aclaración

Aclaración

Fecha

Fecha

Anexo III:

Procedimiento de lavado de manos

Limpia tus manos

CON AGUA Y JABÓN

Duración de este procedimiento: 40-60 segundos

- 0** Mójese las manos con agua.
- 1** Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
- 2** Frótese las palmas de las manos entre sí.
- 3** Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- 4** Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- 5** Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- 6** Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- 7** Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- 8** Enjuáguese las manos con agua.
- 9** Séquese con una toalla desechable.
- 10** Sirvase de la toalla para cerrar el grifo.
- 11** Sus manos son seguras.

Tener las manos limpias reduce la propagación de enfermedades como COVID-19

OPS Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud
www.paho.org/coronavirus

Conócelo. Prepárate. Actúa.
www.paho.org/coronavirus

Fuente: (OMS/OPS, 2021)

Limpia tus manos

CON UN GEL A BASE DE ALCOHOL



⌚ Duración de este procedimiento: 20-30 segundos

1a



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies.

1b



2



Frótese las palmas de las manos entre sí.

3



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

4



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.

5



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

6



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

7



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

8



Una vez secas, sus manos son seguras.

Tener las manos limpias reduce la propagación de enfermedades como COVID-19

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
www.paho.org
www.who.int/Américas

Conócelo. Prepárate. Actúa.

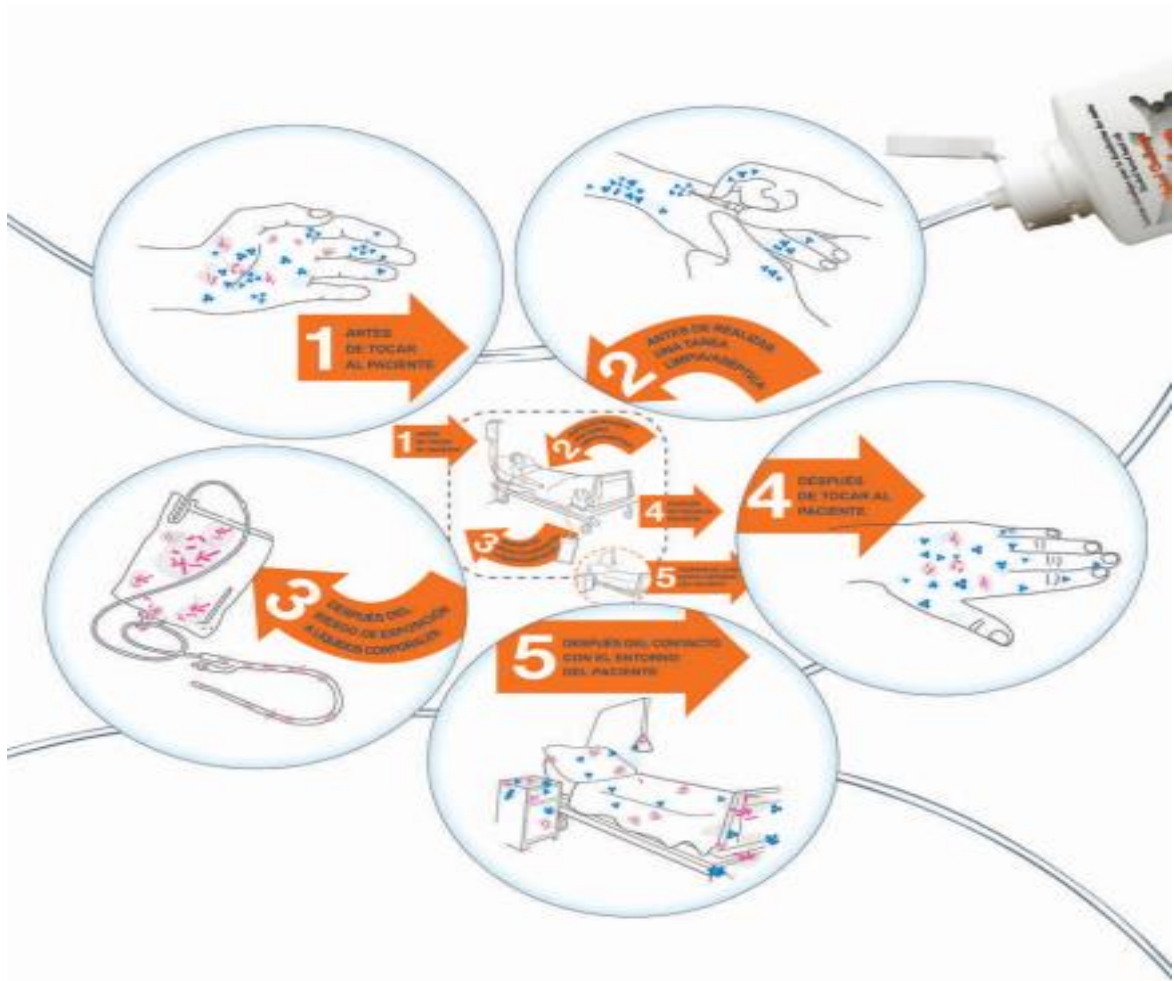
www.paho.org/coronavirus

Fuente: (OMS/OPS, 2021)

LOS CINCO MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS

1 y 2: Momentos que previenen la transmisión al sujeto de atención

3 a 5: Momentos que previenen la transmisión cruzada



Fuente: (SADI y otros, 2022) adaptado de la OMS/OPS

COLOCACIÓN Y RETIRO DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

Se sugiere que los EPP utilizados sean fabricados bajo normas ISO, IRAM o homólogas.

COLOCACIÓN DEL EQUIPO DE PROTECCIÓN

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

LAVADO DE MANOS

CAMISOLIN:

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

BARBIJO:



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



ANTIPARRAS Y MÁSCARA FACIAL:

- Colocarla sobre la cara y ojos y ajustar



GUANTES:

- Extenderlos hasta la muñeca y cubrir la manga del camisolín

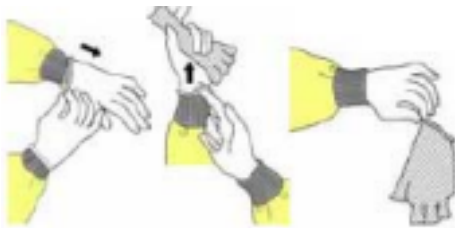


RETIRO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN

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

GUANTES:

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



ANTIPARRAS Y MÁSCARA FACIAL:

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



CAMISOLIN:

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

BARBIJO:



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



LAVARSE LAS MANOS

POSTERIOR A RETIRAR TODO EL EQUIPO DE PROTECCIÓN

Fuente: Adaptado de CDC , 2004). Disponible en:
<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ppe/PPEslides6-29-04.pdf>