



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE
HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

MEMORIA DE EXPERIENCIA EN SERVICIO SOCIAL

**“Factores de las Precauciones Estándar en Cuidados
de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva”**

Para obtener el título de: Licenciado en Enfermería

PRESENTA:

P.L.E.: Claudia Asunción López Hernández

ASESOR:

Doctora en Ciencias de Enfermería María Leticia Rubí

García Valenzuela



Morelia, Michoacán Junio de 2015

DIRECTIVOS

D.C.E. María Leticia Rubí García Valenzuela

Directora de la facultad de enfermería

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Secretaria académica

MCE. Roberto Martínez Arenas.

Secretario administrativo

MESA SINODAL

ASESORA

D.C.E. MARÍA LETICIA RUBI GARCIA VALENZUELA

VOCAL 1

L.E.Q.D. BERTHA HERLINDA RUIZ CUBILLO

VOCAL 2

DRA. MARIA JAZMIN VALENCIA GUZMAN

SUPLENTE

DEDICATORIAS

A Dios todo poderoso, el ser que me creó con un propósito y me permitió escoger esta carrera para desempeñarme como toda una profesional, y a la virgen de Guadalupe por la fortaleza que me da a diario. Gracias por estar presente día con día.

A mis padres Celestino López y María Flor Hernández por darme ese valioso regalo que es la vida, por su constancia, amor y dedicación al ayudarme a alcanzar esta primera meta. Muy en especial a mi madre flor, te amo mamá por ser uno de los pilares fundamentales en toda mi trayectoria y te agradezco por darme tu apoyo, comprensión y cariño, por ser mi guía y mi fuente de inspiración, gracias mamá sin ti no lo hubiese logrado, gracias por demostrarme lo fuerte que puede ser una en momentos tan difíciles por no abandonarme por mandarme las fuerzas y los ánimos que necesite te amo mamita para usted también es este logro.

A mis hermanos Cesar Carmen, Manuel, Norma Sandra y Nayelli por su apoyo y consejo durante el transcurso de este camino, ustedes forman gran parte en mi formación académica cesar hermano gracias por el último consejo dado lo logre!.

Al I.S.C. Alejandro Méndez, que me ha acompañado durante toda mi carrera quien con su amor y comprensión pero sobre todo la paciencia a ha contribuido al logro de esta meta amor muchos momentos y experiencias vividas, lágrimas, risas y enseñanzas al estar contigo, gracias por todo güero. Dios me lo bendiga grandemente.

AGRADECIMIENTO

La vida es el regalo máspreciado que los seres humanos tenemos, la cual debemos conservarla, cuidarla y amarla, los sueños forman parte importante de ella, por ello quiero agradecer primeramente a Dios porque siempre me ha guiado por el camino del bien y me ilumino para cumplir mi sueño.

A mi mami por tu apoyo incondicional, no tengo como pagarte todo lo que recibí de ti gracias por tus oraciones y tus lecciones, porque te sacrificaste a sufrir con tal de verme feliz porque tú me has enseñado por lo que realmente vale la pena luchar por tus concejos y tus regaños gracias mami.

Además quiero agradecer a la facultad de enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, ya que en sus aulas aprendí muchas cosas importantes para mi futuro como profesional.

Sin dejar de nombrar a la persona que formó parte fundamental de esta investigación a mi asesor M.S.P. Julio Cesar Gonzales Cabrera quién a través de sus conocimientos, valores y paciencia supo guiarme y motivarme durante la realización y culminación de la investigación, y a mis asesoras D.C.E. Leticia Rubi García, L.E.Q.D. Bertha Ruiz y a la Dra. Jazmín Valencia por brindarme parte de su valioso tiempo y significar para mí un modelo profesional, que Dios les de mucha salud para que sigan adelante en su importante labor.

Al ISC Alejandro Méndez por tu apoyo incondicional en todo momento por ayudarme a levantarme en cada caída nunca cambies al menos que sea para bien.

A mis hermanitos de infancia Karina y Rubicel por acompañarme en todo momento por sus concejos, por las lágrimas y risas de estos años a mi lado los amo.

ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	3
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
III.- OBJETIVOS.....	7
IV.- MARCO TEORICO.....	9
CAPITULO I.- LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR.	9
1.1 - ANTECEDENTES.....	9
1.2 - BIOSEGURIDAD.....	9
1.2.1 - PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD	10
1.3 - MODELO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM Y LAS PRECAUCIONES ESTANDAR.	12
1.4 - LAS PRECAUCIONES ESTANDARES UNIVERSALES.	14
1.5- CLASIFICACIÓN DE LA PROTECCIÓN EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.	15
1.6.- BARRERAS FÍSICAS.....	15
1.6.1.- USO DE CUBRE BOCAS	16
1.6.2. - USO DE GUANTES	17
1.6.3 -PROTECCIÓN OCULAR.....	19
1.6.4 -USO DE GORRO.....	20
1.6.5 - USO DE BATA	20
1.6.6 - USO DE BOTAS Y ZAPATOS.....	22
1.7 -MEDIDAS DE HIGIENE	23
1.7.1 - LAVADO DE MANOS.....	23
1.7.2 - LAVADO DE MANOS HIGIÉNICO MEDICO	29
1.7.3 - LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.....	30
CAPITULO II- PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	34
2.1 - DEFINICIÓN:.....	34
2.2 – PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN ENFERMERÍA.....	35
2.3 - PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	36
2.4- FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.....	55
CAPITULO III - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA	60
3.1 - CONCEPTO.....	60
3.2 - ANTECEDENTES.....	60
3.3 - PACIENTE CRITICO	62
3.4- RECURSOS FÍSICOS.....	63

3.5 - RECURSOS MATERIALES	66
3.6 - RECURSOS HUMANOS	72
CAPITULO IV FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRECAUCIONES ESTANDARES	75
4.1- ESTRÉS	75
4.2 - SÍNDROME DE BURNOUT.....	78
4.2.1 - EL AGOTAMIENTO EMOCIONAL:	78
4.2.2 - LA DESPERSONALIZACIÓN:.....	79
4.2.3 - BAJO LOGRO PERSONAL:	79
4.3 - SOBRECARGA LABORAL EN ENFERMERÍA	81
4.4 - FACTORES DESENCADENANTES.....	84
4.5 - LEGISLACIÓN LABORAL EN ENFERMERÍA	88
V.- METODOLOGIA	90
VI.- CONCLUSIONES	92
VII.- BILIOGRAFIA.....	95
PROPUESTAS	100

RESUMEN

“Factores de las Precauciones Estándar en Cuidados de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva”

Claudia Asunción López Hernández; Julio Cesar González Cabrera

El personal de salud desarrolla actividades diversas en los niveles de atención dirigidas a proteger la salud de la comunidad, paciente y personal, existen muchos factores sociales en el área laboral de enfermería esto afecta tanto al personal como a los pacientes que requieren de un buen cuidado en la terapia intensiva.

La investigación tiene como objetivo determinar la aplicación de precauciones estándar en los cuidados de enfermería en el servicio de terapia intensiva del hospital rural de Coalcomán, Michoacán en el periodo 2012-2013.

Durante el servicio social en el Hospital rural N.46 IMSS-OPORTUNIDADES del municipio de Coalcomán Michoacán se observó la falta de aplicación y práctica de las precauciones estándar en los procedimientos invasivos por diversos factores que se presentan día con día en el servicio de terapia intensiva.

El resultado obtenido arroja que algunos de los factores más conocidos es el estrés que su complicación máxima desencadena el síndrome de burnout, así como también la sobrecarga laboral que se presenta día con día en el servicio de terapia intensiva; estos factores pueden desencadenar también desde una infección nosocomial hasta la complicación del paciente.

Palabras claves: Precauciones estándar, Cuidados de enfermería en terapia intensiva.

ABSTRAC

"Standard Precautions in Nursing Care in the Intensive Therapy Unit"

Claudia Asunción López Hernández; Julio Cesar González Cabrera

Health personnel carries out various activities in the levels of care aimed at protecting the health of the community, patients and staff, there are many social factors in the workplace that affects both nursing staff and patients that require careful in intensive care.

The research aimed to identify the factors that influence nurses to not perform standard precautions in the intensive therapy Coalcomán rural hospital, Michoacán in the period 2012-2013 are correct.

During the social service in rural Hospital IMSS-Opportunities N.46 Township Coalcomán Michoacán improper practice of standard precautions for the various factors that arise day by day in the intensive therapy was observed.

The result reveals that one of the most known factors is stress that triggers complication maximum burnout, as well as work overload that occurs day after day in the intensive care unit. What are these factors can trigger from a nosocomial infection to the patient complication.

Keywords: standard precautions, nursing care therapy intensive.

I.- INTRODUCCIÓN

El presente proyecto se realiza a fin de conocer cuáles son los factores que influyen para las precauciones estándares en cuidados de enfermería tales como procedimientos invasivos en la unidad de terapia intensiva; a esta relación se la puede definir como:

Proyecto que constituye, el conocer la importancia de los factores que se atraviesan al momento de realizar las precauciones estándar, lo que genera las consecuencias debidas de una débil precaución que no se toman en cuenta al realizar algún procedimiento invasivo dentro del servicio de unidad de terapia intensiva (UTI), y reconocer las grandes consecuencias que puede traer no solo al paciente, sino que constituye la profesión de enfermería.

Cuando se habla de las precauciones estándar la unidad de terapia intensiva se tiene que hablar obligatoriamente del profesional de enfermería, que tiene la seria responsabilidad de cuidar el enfermo en esos momentos tan críticos y muchas veces dar el apoyo que este requiere. Para brindar esos cuidados se requiere una formación integral y profunda desde el punto de vista científico, con el firme propósito de realizar todos los procedimientos y actos propios del área.

Mejorar los cuidados depende de la aplicación de las técnicas adecuadas por parte de la enfermera (o) intensivista, con el objetivo de restablecer la salud y evitar cualquier infección, tanto para el paciente como para el personal en general. De este investigación abordaremos abordaremos de temas importantes como precauciones estándar y procedimientos invasivos, para brindar y mejorar los conocimientos acerca del servicio de terapia intensiva, ya que hay factores que se

presentan en el área laboral que impiden realizar correctamente las actividades correspondientes al personal de enfermería.

En este sentido el propósito de esta investigación es determinar cuáles son los factores que intervienen en el personal de enfermería en la aplicación de las precauciones estándar en procedimientos invasivos en el servicio de terapia intensiva, conocer la importancia de las normas de bioseguridad en esta área así como también mencionar algunas sugerencias de gran importancia para el personal de salud que elaboran en el servicio de terapia intensiva.

El contenido de la investigación se presenta en cuatro capítulos del marco teórico: Capítulo I. describe las precauciones estándar en enfermería. El Capítulo II, los procedimientos invasivos en enfermería. El Capítulo III el servicio de terapia intensiva y sus recursos físicos, materiales y humanos. El Capítulo VI los factores que intervienen en el servicio de la unidad terapia intensiva en relación a los procedimientos invasivos y sus factores desencadenantes.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las precauciones estándares: Son medidas que deben aplicarse a todos los pacientes independientemente de su diagnóstico, a fin de minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo del paciente, al trabajador de la salud y viceversa, tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos. Son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar como un mínimo, en la atención de todos los pacientes o usuarios que solicitan atención.

La prevención es la mejor manera de evitar los accidentes laborales de tipo biológico y las enfermedades nosocomiales; se considera importante el conocimiento sobre los factores que intervienen en el personal de enfermería al no cumplirse las precauciones estándares que se realizan en los procedimientos invasivos en el servicio de terapia intensiva.

Las precauciones estándar en el campo laboral constituyen factores determinantes de la salud y seguridad de los trabajadores de los profesionales que reciben diariamente a las diferentes personas afectadas en su salud y que son ingresados al servicio de terapia intensiva.

El estudio resulta relevante para el personal de salud, especialmente el de enfermería, ya que se observó durante el servicio social realizado en el hospital rural IMSS-OPORTUNIDADES del municipio de Coalcomán Michoacán la falta de aplicación de precauciones estándar en el personal de enfermería a la hora de realizar cualquier actividad en procedimientos invasivos en la unidad de terapia intensiva, el personal no cumplía con las precauciones debido a los factores que se

presentaban. (Estrés, síndrome de burnout, sobre carga de trabajo etc.) Con este trabajo de investigación se espera realizar un aporte al personal de la Unidad de terapia intensiva debido a que las actividades que ahí se realizan se consideran el alto riesgo para el usuario y el personal de enfermería, para ello es necesario concientizar, evaluar y supervisar los factores que participan en la aplicación de precauciones estándar en procedimientos invasivos en terapia intensiva.

Por tal motivo se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuáles son Factores que influyen en la aplicación de las Precauciones Estándar en Cuidados de Enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva?

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer los factores que influyen en la aplicación de precauciones estándar en los cuidados de enfermería en terapia intensiva.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar cuáles son las precauciones estándares en procedimientos invasivos en el servicio de terapia intensiva.
- Conocer los Procedimientos invasivos que se realizan en la unidad de terapia intensiva.
- Conocer la dotación real de los recursos humanos y materiales en la unidad de terapia intensiva.
- Conocer material necesario para la aplicación de precauciones estándares en procedimientos invasivos en el servicio de terapia intensiva.

CAPITULO I

IV.- MARCO TEORICO

CAPITULO I.- LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR.

1.1 - Antecedentes.

Las precauciones estándar se derivan de la bioseguridad que tuvieron sus inicios en la guerra de Crimea, desarrollada entre 1854-1856. Durante este conflicto bélico, el 21 de octubre de 1854, Florence Nightingale, fue enviada a la Península de Crimea en el Mar Negro, por el secretario de guerra Sidney Hebert, para que junto a enfermeras voluntarias limpiaran y Reformaran el hospital, logrando disminuir de esta manera, la tasa de mortalidad del 40% al 2%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, señala que globalmente ocurren 120 millones de accidentes laborales anualmente se producen más de 200.000 muertes y entre 68 millones de nuevos casos de problemas de salud, provocados por la exposición profesional ante los riesgos ocupacionales. Cada año sufren 2 millones de lesiones (5,7%), siendo las enfermeras el sector profesional más afectado. Cada año presentan un millón de accidentes con objetos punzo cortantes, de los cuales el 40% corresponden al personal de enfermería.

1.2 - Bioseguridad.

La palabra bioseguridad, significa seguridad de la vida o asegurarse la vida. Por definición la bioseguridad es el conjunto de normas que están diseñadas para

la protección del individuo, la comunidad y el medio ambiente del contacto accidental con agentes que son potencialmente nocivos. La bioseguridad tiene tres pilares que sustentan y dan origen a las precauciones universales, estos son Universalidad, barreras de Protección y Medidas de Eliminación.

1.2.1 - Principios de bioseguridad

A) Universalidad:

Las medidas deben involucrar a todos los pacientes de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías.

[La universalidad, son medidas que deben de tomarse en cuenta en general a todos aquellos pacientes que requieren de los servicios de salud, independientemente de conocer o no su padecimiento. El personal de enfermería en general debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, pero es algo que el personal de salud no hace ya que durante la estancia en el servicio social el personal de enfermería no usa protección en ningún momento en todas las situaciones que

puedan dar origen a accidentes estando o no en contacto con cualquier agente capaz de provocar riesgo].

B) Uso de barreras:

Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente infecciosos.

[Las barreras de protección permiten evitar la exposición directa a la sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras como por ejemplo el uso de guantes no evita los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las consecuencias de dicho accidentes].

C) Medios de eliminación de material contaminado:

Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo para las personas ni para el medio ambiente.

[La bioseguridad es un tema importante de que hablar aunque la presente investigación es de precauciones estándares que se deriva del primer y segundo punto del tema de bioseguridad es bueno mencionar el ultimo principio de bioseguridad, ya que es importante que el personal de enfermería tenga algún conocimiento del medio de eliminación ya que eso lo llevamos día con día en el ambiente laboral y a veces no le damos importancia del desecho de material contaminado].

1.3 - MODELO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM Y LAS PRECAUCIONES ESTANDAR.

Modelo del Auto-Cuidado.

Orem explica el concepto de auto cuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia el objetivo. Es una conducta en que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí misma, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” Define tres requisitos de auto cuidado, entendiendo por tales objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

Requisitos del cuidado universal:

Son comunes en todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad, descanso, soledad interacción social prevención de riesgos e interacción de la vida humana.

Requisitos de Auto cuidado del desarrollo:

Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, o prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud:

Que surgen o están vinculados a los estados de salud.

De acuerdo con las necesidades del ser humano es necesario de cuidar su propia salud, el personal de enfermería cumple con otro deber en cuidar la salud de otros seres a cambio de una remuneración económica y por vocación.

[En un trabajo tan delicado como el que realiza enfermería, es importante que el personal vea por mantener su salud aplicando medidas y cumpliendo normas de bioseguridad que garanticen el buen estado de su salud para desarrollar plenamente su trabajo y no poner en riesgo a las demás personas que les rodean evitando accidentes dentro de su área de trabajo].

1.4 - LAS PRECAUCIONES ESTANDARES UNIVERSALES.

Definición.

Son las precauciones que deben aplicarse a todos los pacientes independientemente de su serología, a fin de minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo, del paciente al trabajador de la salud y viceversa, tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos.

Son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes.

La higiene de las manos es un 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. 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, o agentes patógenos.

[Además de las prácticas llevadas a cabo por los trabajadores sanitarios durante la atención, todos los individuos (incluidos pacientes y visitas) deben cumplir con las prácticas de control de la infección en los entornos de atención de la salud.]

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

suministros adecuados, junto con liderazgo y educación del personal sanitario, los pacientes y las visitas, es fundamental para un mejor clima de seguridad en los entornos de la atención de salud.

1.5- Clasificación de la protección en el personal de enfermería.

La protección en el trabajo es fundamental ya que el personal de enfermería está expuesto todos los días a agentes que pueden causar algún tipo de lesión por eso es importante mencionar los tipos de protección ya que se observó durante el servicio social que hay servicios como el de urgencias y hospitalización en que utilizan las precauciones universales como son cubre bocas y guantes para cualquier procedimiento, en cuanto al servicio de terapia intensiva se realizan procedimientos invasivos en donde se requiere que el personal de enfermería lleve a cabo las precauciones estándar correspondientes para cada procedimiento, por eso es importante mencionarlas, además de que las unidades de terapia intensiva reglamentan el uso de un uniforme especial, que no esté en contacto con el ambiente hospitalario para evitar exponer a los pacientes a riesgo patógenos.

1.6.- Barreras Físicas

La Enciclopedia de Enfermería, (2010), expresa que el equipo de protección personal “solo se considerará adecuado si impide que la sangre y otros materiales potencialmente infecciosos puedan alcanzar la ropa de trabajo del empleado, su ropa de calle interior, piel, ojos, boca y mucosas en general”. los mencionados equipos se deben usar siempre que exista riesgo de que se produzca salpicaduras, aerosoles, rociaduras o partículas de sangre o de otros materiales infecciosos.

El equipo de protección personal según el Ministerio de Salud de México, (2010), “consiste en el empleo de precauciones de barrera con el objeto de prevenir la exposición de la piel y mucosas a sangre o líquidos corporales de cualquier paciente o material potencialmente infecciosos. En relación con el estudio estas barreras deben ser: guantes, mascarilla, lentes protectores, bata, gorro, entre otros.

1.6.1.- Uso de cubre bocas

La función principal de cubre boca es la de cubrir la nariz y la boca para evitar la filtración de microorganismos que sean expulsados por el usuario. Atkinson, L. y Kohn, M (1995), señalan las normas para el uso de la mascarilla, a saber: Debe estar cubriendo completamente nariz y boca. Se deben manipular sólo las cintas para conservar limpia el área facial. Las cintas se anudan con fuerza para fijarla. Anudar las cintas superiores detrás de la cabeza y las inferiores detrás del cuello.

Con esta medida se previene la exposición de las membranas mucosas de la boca y la nariz a los líquidos potencialmente infectados. La mascarilla según Guillén, P (1994). “se utiliza para disminuir el peligro de transmitir bacterias patógenas al paciente, a través de la gotas de Fludgge, puesto que ellas actúan como filtros, tanto del aire inspirado como del expirado”. El profesional de enfermería debe manipularla lo menos posible, especialmente cuando se respira a través de ellas.

El tapaboca debe de ser de material impermeable frente a aerosoles o salpicaduras, por lo que debe ser amplio cubriendo nariz y toda la mucosa bucal. Puede ser utilizado por el trabajador durante el tiempo en que se mantenga limpio y no

deformado. Esto dependerá del tiempo de uso y cuidados que reciba.

1.6.2. - Uso de guantes

Es una prenda que se utiliza para cubrir las manos, están fabricados de distintos materiales como látex, el vinilo y materiales hipo alérgicos. Se deben utilizar para todo procedimiento que implique contacto con sangre y otros fluidos corporales, considerados de precaución universal, piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre.

Méndez, M. (1998) señala que “los guantes deben usarse una vez y deben desecharse antes de abandonar el área contaminada; usarse cuando se está en contacto con secreciones y cambiarlos antes de continuar con los cuidados”. Los guantes nunca son sustitutos del lavado de manos, dado que el látex no está fabricado para ser lavado y reutilizado.

Es una barrera de protección para la prevención de infecciones cruzadas. El objetivo es prevenir la transferencia de microorganismos desde las manos al paciente.

Siempre que la actividad laboral implique exposición a materiales contaminados, deben usarse guantes limpios, no necesariamente estériles en procedimientos que no franquean las barreras cutáneo-mucosas de los pacientes, previas al contacto con: sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, mucosas y materiales contaminados.

Para procedimientos invasivos o contacto con áreas estériles el organismo se debe usar guantes estériles y luego descartarlos.

Las razones para el uso de guantes por el personal de salud son principalmente para reducir los riesgos de transmisión de gérmenes de personal y al paciente; de preferencia deben ser guantes limpios y desechables (no estériles). Existen procedimientos que requieren técnicas y el uso de guantes estériles, para evitar que las manos de las personas sean contaminadas.

[Es importante saber en qué procedimiento se requiere de guantes estériles y desechables que en su caso serían no estériles, así como también el correcto del calzado de guantes ya que se observó que por los factores que se presentan en el servicio no se llevan a cabo correctamente debido a los factores que se presentan en cualquier momento].

Indicaciones

Usar guantes limpios, no necesariamente estériles, previo al contacto con: sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, mucosas y materiales contaminados.

Para procedimientos invasivos se deben usar guantes de látex, estériles y luego descartarlos.

Cambiar los guantes entre diferentes procedimientos en el mismo paciente, luego del contacto con materiales que puedan contener alta concentración de microorganismos.

En caso de que el trabajador de la salud tenga lesiones o heridas en la piel la utilización de los guantes debe ser especialmente jerarquizada.

Retirar los guantes:

- Luego del uso.
- Antes de tocar áreas no contaminadas o superficies ambientales.

- Antes de atender a otros pacientes.

1.6.3 -Protección ocular

Los lentes protectores constituyen un método de barrera para la protección de los ojos, estos deben ser adaptables al rostro, cubrir completamente el área ocular. Se utilizan gafas o un protector facial cuando existan riesgos de que la sangre u otros líquidos del paciente salpiquen a los ojos. Los lentes protegen a los ojos durante la realización de procedimientos que puedan generar expulsión de gotas de sangre u otros fluidos corporales que estén contaminados.

Igualmente se emplean cuando se maneja material de vidrio a presión reducida, materiales criogénicos, sustancias cáusticas, irritantes o corrosivas, sustancias biológicas con riesgo para la salud.

Los lentes protectores deben utilizarse cuando se manejen fluidos, secreciones corporales o sustancias biológicas que puedan salpicar y causar riesgos a la salud.

Gestal, J. (2000), expone que las gafas protectoras tienen que “ofrecer una buena protección frontal y lateral, ser lo más cómodas posibles ajustándose a la nariz y a la cara, no interferir en los movimientos del usuario y estar fabricados con un material que se pueda limpiar y desinfectar”. En relación a la cita los

Protectores oculares para una efectiva protección deben cumplir algunas características, como poder limpiarse y poder ajustarse.

1.6.4 -Uso de gorro

El gorro es considerado una barrera de protección física para evitar que el cabello libere posibles microorganismos contaminantes al usuario, ya que se estableció que el cabello era una vía de contaminación importante, y es por ello que el profesional de enfermería debe utilizar el gorro en toda situación en donde haya la posibilidad de salpicaduras o contacto con el paciente.

Es entre las recomendaciones para el manejo de desechos y la atención de los pacientes, está uso del gorro para evitar que el cabello esté suelto, ya que el mismo es un gran contaminante. A juicio de Hernández, L; Contreras, N. y Prieto, C (1999), consideran que: “el cabello facilita la retención de partículas contaminadas y cuando se agitan provocan su dispersión, por lo que se consideran al mismo tiempo, como fuentes de infección y vehículos de transmisión de microorganismos”. Por tal razón, se recomienda usar el gorro, ya que esto constituye una medida de protección.

1.6.5 - Uso de bata

El personal de salud debe utilizar las precauciones universales en cualquier momento en que exista un contacto potencial con sangre, todos los líquidos corporales, secreciones y excreciones del usuario y al manipular los desechos biológicos para minimizar o evitar los accidentes laborales. Según Lynch, P. (1996) “la bata constituye el atuendo protector más utilizado, con la intención de proteger la ropa y la piel de las salpicaduras de sustancias húmedas corporales que puedan empapar la ropa y ponerse en contacto con la piel del personal”. En circunstancias

especiales se puede tener mayor protección mediante el empleo de delantales impermeables bajo la bata habitual.

El Manual de Normas Para la Prevención y Control de Infecciones hospitalarias (1998), señala que: “las batas protectoras deben ser usadas obligatoriamente cuando se entra en los servicios de cuidados intensivos, de prematuros y de habitaciones de aislamiento”, lo que indica que las prendas de vestir como la bata deben estar limpias. Como se puede observar, la característica principal de la bata, es la de proteger la piel del personal de salud, así como también, evitar que en la vestimenta se porten gérmenes infecciosos.

Por otra parte, Méndez, M. (1998), expresa “protege la ropa en procedimientos que puedan ocasionar salpicaduras de secreción o excreciones infecciosas”. En lo que corresponde a las batas es una prenda de uso exterior que se utiliza como cobertor de la vestimenta de trabajo para evitar la contaminación en la realización de algún procedimiento.

La bata actúa como barrera y protege de esta forma contra la transmisión de bacterias de un área a otra. La característica más importante que debe tener es su impermeabilidad a la humedad, ya que el efecto capilar de un paño o uniforme mojado transmitirá bacterias de un lado a otro del material. Se recomienda utilizar bata cuando se realicen procedimientos que puedan producir salpicaduras. Como características se deberá observar que la bata esté limpia, íntegra, de material que no genere estática, que cubra brazo y antebrazo y abarque del cuello a la rodilla.

[La bata se deberá incorporar para todos los procedimientos invasivos y todos aquellos en donde se puedan generar salpicaduras o aerosoles.

Deben ser impermeables, de manga larga y hasta el tercio medio de la pierna. Se deben lavar las manos posteriormente a la manipulación de la bata luego de su uso. Asimismo se deberá disponer que luego de su utilización la misma sea correctamente depositada para su limpieza].

1.6.6 - Uso de botas y zapatos

Usar botas limpias, no estériles para proteger la piel y prevenir la suciedad de la ropa durante procedimientos en actividades de cuidados de pacientes que puedan generar salpicaduras y aerosoles de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones.

Quitarse las botas o zapatones y colocarlos en un lugar adecuado para su posterior procedimiento.

Lavar las manos después de quitarse las botas o zapatos.

[En este punto es importante el conocimiento por parte del personal de enfermería ya que se observó durante el servicio social que esta barrera de protección no es llevada a cabo correctamente considero que es de suma importancia mencionarlo para que enfermería tenga conocimiento de la importancia que tiene el uso de botas dentro del servicio de terapia intensiva.]

1.7 -Medidas de Higiene

Son métodos o prácticas que deben realizarse en todas las actividades que se ejecutan en el área de la UTI (unidad de terapia intensiva) y en las demás áreas, que proporcionan protección tanto al paciente como al profesional de enfermería.

El cumplimiento de las técnicas y normas específicas deben ser estrictamente acatadas por todo el personal que tenga acceso a la unidad de Cuidados Intensivos. De acuerdo al planteamiento anterior, cabe destacar el rol que ejerce el profesional de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos y la observancia de las medidas de asepsia y antisepsia, para disminuir las complicaciones de tipo infeccioso en el paciente hospitalizado. Las técnicas de asepsia y antisepsia, corresponden al conjunto de técnicas utilizadas con el firme propósito de evitar contaminación a todo nivel, en todos los procedimientos médicos.

1.7.1 - Lavado de Manos

Concepto.

Es la técnica de seguridad que permite disminuir los microorganismos de las manos para evitar su diseminación y previene la propagación microorganismos patógenos a zonas no contaminadas.

Es la medida más importante antes y después del contacto con los pacientes, y también entre paciente y paciente. En general, los patógenos transmisibles por vía sanguínea no atraviesan la piel intacta, de manera que su eliminación inmediata reduce la probabilidad de ingreso en mucosas y su diseminación.

[El lavado de manos es el punto más importante de las precauciones estándar, el más sencillo y efectivo que tenemos para prevenir la propagación de agentes infecciosos de una persona a otra. La importancia del lavado de manos no es algo exagerado ya que los agentes infecciosos se transmiten realmente a través de ellas y todo lo que tocamos tienen gérmenes].

El lavado de manos, es quizás la medida más importante y de eficacia comprobada para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas en las personas hospitalizadas. Una de las vías de transmisión de los microorganismos es por contacto, ya sea directo de persona a persona, o indirecto a través de objetos contaminados previamente, que posteriormente pueden contaminar al paciente.

La piel, es una estructura que constituye una barrera entre el medio externo y el organismo. Impide por tanto el paso al interior del organismo de gérmenes de todo tipo. Esta barrera es física, pero también existe una barrera química debida a las secreciones glandulares que tienen una acción bactericida.

La flora normal de la piel está integrada por microorganismos transitorios y permanentes. Entre los transitorios se encuentran habitualmente los estafilococos aureus y los bacilos Gram. Negativos. La flora permanente la forman los micrococos, estafilococos epidermis y el propionibacterium acnés.

El jabón y el agua, por lo general, son suficientes para eliminar la flora transitoria. sin embargo, para eliminar la flora permanente es necesario el uso de antisépticos en el lavado de manos. El lavado de manos es primordial en la prevención de las Infecciones hospitalarias; Kozier, B; Erb, G y Bufalino, P (1994) lo definen como: “una de las medidas para el control de las infecciones más eficaces, cuyo fin es

eliminar los gérmenes que se podrían transmitir a otros pacientes, visitantes u otro `personal sanitario”

El profesional de enfermería, debe tratar de disminuir el riesgo de contaminación al realizar el lavado de manos evitando la proliferación de bacterias.

Brunner, L y Suddarth, D (1993) refieren que “muchos de los brotes de infección en las instituciones de salud pueden prevenirse con el lavado de manos adecuado y constante. El lavado de manos es importante, ya que permite que los agentes patógenos transitorios se eliminen con facilidad antes de poder transmitirse a otros pacientes.

[La higiene de manos, reconocida dentro de las precauciones estándar, sigue siendo la medida más eficaz y menos trabajosa para evitar accidentes intrahospitalarios; sin embargo, en el servicio social se observó que es el procedimiento que no todo el personal de enfermería lo lleva a cabo dentro del servicio de Terapia Intensiva].

La propuesta de la OMS para el primer reto mundial denominado “Una atención limpia es una atención más segura”, se basa, esencialmente en difundir las técnicas para la higiene de las manos, las cuales son: el lavado de manos, que se refiere al lavado de las manos con agua y jabón (con o sin antiséptico); y el frotamiento de manos antiséptico, que consiste en la aplicación de un antiséptico, de manera frotada en las manos, para reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos sin la necesidad de una fuente exógena de agua y que no requiere lavado o secado con toallas u otros dispositivos. Y recomienda además que las técnicas antisépticas para la higiene de manos se realicen primordialmente

en 5 momentos, durante el proceso de atención a los pacientes, los que se describirán más adelante.

En México, la Campaña Sectorial “Está en tus manos”, se apega a lo recomendado por la OMS, para las técnicas de higiene de manos, con la diferencia de que la técnica de frotamiento de manos antiséptico, en nuestro país es conocida como “Técnica para desinfección de manos”. Por lo tanto, para la higiene de manos, tenemos el lavado de manos con agua y jabón (con o sin antiséptico) y desinfección de manos con soluciones alcoholadas u otro antiséptico.

A continuación se describen las técnicas para la higiene de manos, propuestas por la OMS.

Técnica de lavado de manos con agua y jabón:

1. Deposite en la palma de las manos 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. Séquelas con una toalla de un solo uso,
10. Sírvase de la toalla para cerrar el grifo.

Mecanismos utilizados para la higiene de manos:

Para efectos de este trabajo, los mecanismos que se llevan a cabo con la higiene de manos, en las técnicas propuestas son:

Mecánico: Consiste en remover suciedad por fricción. Y se lleva a cabo por la fricción o frotación realizada entre las manos en ambas técnicas.

Químico: Utiliza agentes químicos antimicrobianos para destruir o interferir con el crecimiento de microorganismos. Agentes antimicrobianos o antisépticos contenidos en los jabones o bien en soluciones o geles.

Antisépticos utilizados para la higiene de manos

Existen diversos tipos de antisépticos (ver glosario), recomendados para la higiene de manos, como:

- Jabones normales,
- Alcoholes,
- Cloroxilenol,
- Hexaclorofeno,
- Gluconato de clorhexidina

- Alcoholes más Glicerina
- Triclosán
- Yodóforos

Los 5 Momentos para la Higiene de manos:

La OMS, propone 5 momentos durante el proceso de atención a los pacientes, en los que esencialmente los profesionales de la salud, deben realizar higiene de manos:

1. Antes de tocar al paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia / aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
4. Después de tocar al paciente.
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

El lavado de manos también debe ser realizado:

- Luego de manipular sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones, materiales e instrumentos contaminados, tanto se hallan usado o no guantes.
- Inmediatamente después de retirar los guantes del contacto con pacientes. Entre diferentes tareas y procedimientos epidémicos, previo a procedimientos invasivos y unidades de alto riesgo).

[El lavado de manos como barrera protección se clasifica en clínico y quirúrgico; en el servicio de terapia intensiva dependiendo del tipo de procedimiento que se tenga que realizar el personal de enfermería decide que técnica utilizar ya que hay procedimientos que requieren de un correcto lavado de manos ya sea el clínico o el quirúrgico.

Técnicas de barrera para evitar el contacto de piel y mucosas con sangre, tejidos y otros fluidos corporales del paciente así como al manipular dispositivos, objetos y desechos provenientes del paciente].

1.7.2 - Lavado de Manos Higiénico medico

El lavado de manos higiénico médico, es el lavado de manos ordinario que se realiza al entrar y al salir del hospital (Antes y después de realizar cualquier técnica). Este tipo de lavado abarca hasta las muñecas con movimientos de rotación y fricción cuando utilizamos el jabón, haciendo especial hincapié en los espacios interdigitales y las uñas. Se aclaran las manos con las puntas de los dedos hacia abajo. Todo el proceso dura aproximadamente 1 minuto, además de al entrar y al salir de hospital, el lavado higiénico se realizará en los siguientes casos:

- Cada vez que se tenga contacto con un paciente.
- Siempre que se haya tocado cualquier superficie u objeto contaminado.
- Antes y después de ir a la cafetería.
- En todos los casos en que lo exijan las normas de aislamiento establecidas en el hospital.

Material a utilizar para esta técnica son: el jabón, detergente o antiséptico, cepillo de uñas y toallas de papel o secadores de aire.

1.7.3 - Lavado de Manos Quirúrgico

El lavado de manos quirúrgico es el lavado se realiza en los quirófanos, unidades de terapia intensiva (UTI), unidades de diálisis, salas de expulsión, entre otros. Este lavado es más meticuloso. Debe durar unos 5 minutos aproximadamente. Se utiliza el mismo material que en el lavado anterior. En tal sentido, el profesional de enfermería, procede a la realización del lavado quirúrgico de manos y antebrazos, donde según Atkinson, L y Fortunato, N (1998) actualmente lo definen como:

El proceso dirigido a eliminar el mayor número posible de microorganismos de las manos y antebrazos mediante el lavado mecánico y antisepsia química antes de participar en un procedimiento quirúrgico. El lavado quirúrgico, se realiza Inmediatamente antes de colocarse la bata y los guantes en cada intervención quirúrgica.

El objetivo del lavado quirúrgico, es eliminar suciedad, residuos, aceites naturales de la piel, lociones de manos y microorganismos transitorios de las manos y antebrazos de los miembros del equipo estéril.

Técnica

Por otra parte, refieren Atkinson, L y Fortunato, N (1998) que la técnica se realiza de la siguiente manera:

- Mójese las manos y brazos.
- Lávese manos y brazos con cuidado 5cm arriba del codo con solución antiséptica.
- Limpie las uñas bajo agua corriente usando una lima, deséchela.

- Enjuague las manos y brazos con agua corriente manteniendo las manos hacia arriba.
- Tome un cepillo o torunda estéril.
- Lávese las uñas de una mano 30 movimientos de frotamiento, todos los lados de cada dedo, el dorso, las palma, los brazos por cada tercio del antebrazo y hasta 5 cm arriba del codo, (20 movimientos cada uno).
- Repita la operación en la otra mano y brazo. Enjuague cuidadosamente las manos y brazos.

Se puede aplicar también una crema germicida que a la vez de suavizar las manos mantiene la asepsia durante más tiempo.

Tiempo aproximado del Lavado de Manos Quirúrgico

Con respecto, al tiempo de duración (5 min) Atkinson, L y Fortunato, N (op.cit) dicen que:

- Mójese las manos y antebrazos.
- Aplique 6 gotas de antiséptico sobre las palmas de las manos.
- Lave manos y brazos varias veces hasta 5cm arriba del codo, enjuague con la mano hacia arriba para que el agua corra hacia el codo.
- Tome un cepillo estéril, cepille uñas y manos (1/2 min) cada mano.
- Conserve la espuma.
- Enjuague manos y cepillo desechando la torunda o éste último.
- Aplique de nuevo detergente y lave las manos y brazos con fricción hasta el codo (3 min), entrelace los dedos para cepillarse bien entre ellos.
- Enjuague manos y antebrazos como se indicó anteriormente.

En otro orden de ideas, Fuller, J (1999) señala que existen dos métodos para el procedimiento del cepillado “uno el de los frotos numerados, en el cual se le asigna un cierto número de frotos con el cepillo a cada dedo, palma, dorso de la mano y brazos y el método alternativo es el cepillado cronometrado en el cual cada cepillada debe durar 5 min”. El mismo autor referido, numera los siguientes pasos para el mencionado.

Procedimiento:

- Localice cepillos, jabón antiséptico y limpiadores de uñas.
- Retire reloj, pulseras y anillos.
- Lave manos y brazos con jabón antiséptico.
- Limpie la región subungueal con una lima de uñas.
- Tome el tiempo.
- Cepille cada lado de cada dedo, entre los dedos, el dorso y la palma (2 min).
- Lave cada brazo hasta 3 pulgadas por encima del codo (1min) manteniendo la mano más alta que el brazo. Repita el proceso en la otra mano y brazo.
- Si la mano es contaminada se prologará el cepillado por 1 min en esa zona.
- Enjuague manos y brazos en una sola dirección desde la punta de los dedos hasta los codos, mantenga las manos por encima de los codos.

De acuerdo a lo antes expuesto, se infiere que en la unidad de terapia intensiva, se debe implementar la práctica y uso de los procedimientos de lavado de manos y antebrazos quirúrgico, el cual es una compilación de investigación y literaturas adaptadas a las necesidades del área objeto de estudio.

CAPITULO II

CAPITULO II- PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

2.1 - Definición:

Se entiende como invasivo a todos los procedimientos que irrumpen la barrera tegumentaria o mucosa del paciente. Las precauciones en los procedimientos invasivos son:

- Uso de guantes y tapa boca.
- Protección para los ojos (en procedimientos que pueden provocar salpicaduras de sangre, fluidos o fragmentos óseos).
- Los delantales protectores son utilizados para protección durante procedimientos invasivos con riesgo de salpicaduras.
- En situaciones donde: se rompe uno de los guantes, se deben retirar ambos guantes, lavarse las manos con agua y detergente por arrastre y colocarse otros nuevos.
- Todo material punzante usado durante el procedimiento invasivo deberá ser desechado en contenedores adecuados de paredes rígidas.
- Los materiales deben ser transportados en recipientes adecuados a los lugares de procesamiento.
- La ropa contaminada será depositada en bolsas plásticas y transportada para el procesamiento.
- Usar botas limpias, para proteger la piel y prevenir salpicaduras y aerosoles de muestra de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones.
- Una vez utilizadas, quitarse las botas y colocarlas en un lugar adecuado para su posterior procesamiento.

- Lavar las manos después de realizar este procedimiento.

Se recomienda:

- No reencapuchar las agujas. No doblarlas, ni romperlas.
- No manipular la aguja para separarla de la jeringa. De ser posible usar pinzas para manipular
- Instrumentos punzocortantes.

[Es importante reconocer las medidas estándar propios de procedimientos invasivos ya que en el servicio de terapia intensiva el personal está expuesto a múltiples accidentes por lo tanto la mención de estas precauciones es de suma importancia para el conocimiento del personal].

2.2 – Procedimientos Invasivos en Enfermería.

Definición: Un procedimiento invasivo es aquel que se vale de una o varias técnicas médicas que invaden el cuerpo, con un fin diagnóstico o terapéutico. Por lo general, cortan o punzan la piel, o insertan instrumentos dentro del cuerpo.

A los fines de la aplicación de estas normas entendemos como procedimiento invasivo a las intervenciones quirúrgicas, canalizaciones, partos, punciones, endoscopias, prácticas odontológicas y cualquier otro procedimiento diagnóstico o terapéutico que implique en su desarrollo lesión de tejidos o contacto con la sangre. En todos estos procedimientos son de aplicación las precauciones universales ya expuestas.

2.3 - Procedimientos Invasivos en la Unidad de Terapia Intensiva

Instalación de venoclisis.

Concepto

- Acciones que se realizan para introducir líquidos y fármacos en forma continua al torrente circulatorio por medio de un catéter, en un tiempo determinado.

Objetivos

- Conservar y reemplazar reservas corporales de líquidos, electrolitos, vitaminas, proteínas y calorías en pacientes que no tienen un ingreso adecuado por vía oral.
- Restablecer el equilibrio ácido- base. Restituir el volumen sanguíneo y/o de sus componentes.
- Conservar una vía para administrar medicamentos.

Curación de Catéter

Concepto

Acciones llevadas a cabo por enfermería para el cuidado y mantenimiento de vía venosa.

Objetivos

Prevención de complicaciones asociadas a:

- Irritación local.

- Deterioro del catéter.
- Reflujo a través del punto de punción.
- Transmisión de infecciones.
- Técnica.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Colocarse cubre bocas.
- Verificar de que tipo es el catéter a curar.

Curación de catéter central

El catéter puede ser de uno, dos o tres lúmenes, debiendo etiquetarse según su uso. Las siguientes designaciones son ejemplos de cómo se puede utilizar las diferentes vías o lumen.

Luz Proximal: muestreo de sangre, medicamentos, administración de sangre, infusiones en general.

Luz Medio: Nutrición Parenteral Total (NPT); drogas vaso activas (si no se usa NPT)

Luz Distal: Monitoreo de la presión venosa central (PVC), líquido a alto volumen (viscoso, coloides), medicamentos.

- Colocarse guantes estériles (en la mano dominante colocarse doble guante)

Retirar parche con la mano dominante y retirar guante.

- Limpiar la zona con antiséptico del centro a la periferia de dos a tres ocasiones según sea necesario.
- Secar perfectamente el excedente de antiséptico.
- Limpiar en forma circular el catéter y los puertos de este con cuidado de no fraccionar mucho para no sacar el catéter.
- Colocar una gasa pequeña y fijarla.
- Colocar membrete con los datos de la fecha de instalación y curación del catéter y el nombre de la enfermera.
- Retirar material y equipo y darle los cuidados posteriores.
- Dejar cómodo al paciente.
- Hacer anotaciones de enfermería.

Retiro de catéter central

Concepto

Procedimiento para realizar la extracción de un catéter central por haber concluido tratamiento o por recambio del mismo.

Objetivo

- Unificar criterios para realizar el retiro del catéter.

Medición de presión venosa central (P.V.C)

Concepto:

Consiste en hacer una medición de la presión existente en la vena cava o en la aurícula, derecha, en cm. de agua. Nos da una idea de la suficiencia o insuficiencia

cardiaca. Se introduce un catéter central a través de la vena yugular o subclavia y cuyo extremo más distal debe llegar como mínimo a la última porción de la vena cava o aurícula derecha, y mediante una regla graduada en cm. en la que se introduce suero fisiológico, conectada al catéter mediante un sistema nos permite medir la presión en cm. de agua que existe en la vena cava o en la aurícula derecha.

Objetivos

- Detectar problemas de hipovolemia, sobre hidratación, insuficiencia cardiaca y estado de shock.
- Conocer si el volumen de la sangre es deficiente, adecuado o excesivo.

La pvc descende fundamentalmente a consecuencia de:

- La disminución del volumen circundante.
- La disminución del tono venoso, vasodilatación de venas o arterias.
- Cuando la acción de bombeo del corazón a mejorado.

La pvc elevada puede deberse a:

- Falla del ventrículo derecho como bomba, es el primer dato para detectar insuficiencia cardiaca.
- Vasoconstricción como consecuencia de descarga adrenérgica.
- Aumento de volumen circundante, Hiperglobulia. Daño de la válvula tricúspide.

- Pericarditis obstructiva, Estenosis de la válvula pulmonar, Tumores en cavidad derecha (mixomas), Obstrucción de la vena superior por neoplasia mediastinales.
- Aneurismas de la aorta ascendentes que comprimen la vena cava superior, Obstrucción de la vena cava superior por neoplasia mediastinales.

Técnica:

1. Colocar al paciente en decúbito dorsal procurando poner el brazo al nivel del corazón.
2. Lavado de manos.
3. Armar el equipo de pvc.
4. Conectar al catéter del paciente.
5. Cerrar la llave de tres vías al paciente.
6. Llenar la columna del equipo de pvc hasta 20 ml de solución.
7. Cerrar llave de tres vías a solución.
8. Abrir llave de tres vías al catéter y se deja bajar la columna de solución.
9. Se observa hasta donde fluctúa la solución y esa es la medida de pvc.
10. Se cierra el equipo y se desconecta del catéter, si tiene varios lúmenes el catéter puede quedarse el equipo conectado y solo manejarlo con las llaves de tres vías.
11. Hacer el reporte y anotaciones en la hoja de enfermería.
12. Cambiar el equipo cada 72 horas. (según indicadores).

Aspiración de Secreciones

Concepto

Maniobras que se realizan para extraer secreciones a través de la boca, nariz o cánula.

Objetivos

- Mantener vías respiratorias permeables.
- Favorecer la ventilación respiratoria.
- Prevenir y evitar la disnea, hipoxia e hipercapnia.
- Prevenir la formación de infecciones y atelectasias por acumulo de secreciones.

En pacientes sin tubo endotraqueal:

- Indicar al paciente que respire profundamente para que suba el flujo de oxígeno unos minutos.
- Colocarse el guante estéril en la mano dominante. Pueden colocarse en ambas manos y considerar contaminado el guante de la mano no dominante.
- Con la mano no dominante sujete la cabeza del paciente y con la otra mano introduzca la sonda en la cavidad bucal aspirando las secreciones coloque la cánula orofaríngea al paciente, si fuera necesario.

En pacientes intubados o con tubo de traqueotomía:

- Oxigenar al paciente 1 minuto con un FIO₂ al 100%.
- Conecte la sonda de aspiración a la conexión del aspirador.

- Introduzca la sonda suavemente pero con rapidez y tan profundamente como sea posible. (No introduzca la sonda aspirando, el periodo de aspiración no superará los 10").
- Limpie la sonda con una gasa y aspire la solución fisiológica o agua estéril para mantener la sonda permeable.
- Repetir procedimiento, No repetir aspiración más de tres veces seguidas.
- Realizar higiene bucal al paciente.
- Valorar si es necesario aspirar nariz.

Se aspira por nariz:

- Introduzca la sonda suavemente (nueva) por la fosa nasal y aspire, durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda, tomándola entre los dedos índice y pulgar.
- Limpie nuevamente la sonda.
- Continué con la otra fosa nasal.

Si no se aspira por nariz

- Observe al paciente durante el procedimiento.
- Asegúrese de conectar el oxígeno al flujo prescrito, una vez finalizado el procedimiento.
- Desconecte la sonda y colóquela en su empaque correspondiente.
- Cierre la llave del aspirador.
- Deje al paciente cómodo y quite sujeción en caso de que haya sido necesaria.
- Cambiar sonda de aspiración cada 24 hrs., o en caso de contaminación.

- Cambiar frascos de solución cada 24 hrs.
- Hacer anotaciones en la hoja de enfermería.

Lavado Bronquial

Concepto:

Irrigación de líquidos, agua destilada o solución fisiológica a través de la cánula de rush o de traqueostomía a las vías respiratorias, con el fin de diluir las secreciones y expulsar tapones mucosos que estuvieran bloqueando la respiración

Objetivos:

- Dispersar los tapones de moco que comúnmente se adhieren a las paredes bronquiales.
- Fluidificar las secreciones.
- Colaborar a una mejor ventilación pulmonar mediante la destrucción mecánica del moco que se acumula en las cánulas.

Nota: antes de realizar el lavado bronquial, es importante aspirar boca y cambiar guantes (recordando que el lavado bronquial es un procedimiento estéril y se debe evitar infecciones cruzadas).

- Cargar 1ml de lidocaína simple por cada 9ml de la solución salina.
- Aspirar secreciones (como se indica en el procedimiento de aspiración de secreciones en paciente intubado).
- Pre oxigenar al paciente. (Hay algunos modelos de ventiladores que traen la función de pre oxigenar al paciente que significa que va a recibir una FIO2 al 100% durante un minuto, solo hay que accionarla antes de empezar y al

terminar), si el ventilador no cuenta con esa función hay que hacerlo de manera manual con la bolsa-mascarilla conectado al oxígeno.

- Desinflar el globo de la cánula.
- Previo lavado de manos ponerse guantes estériles.
- Instilar 5 ml de la solución preparada sobre el orificio de la cánula de endotraqueal o de traqueotomía.
- Oxigenar con la bolsa.
- mascarilla conectada al oxígeno.
- Introducir sonda a cánula y aspirar con movimientos circulatorios suaves de abajo hacia arriba.
- Oxigenar al paciente.
- Repetir el procedimiento (los pasos 6, 7, 8 y 9 se repetirán dependiendo del espesor de las secreciones y de las condiciones generales del paciente.)
- Volver a inflar el globo de la cánula. Dejar cómodo al paciente.
- Hacer anotaciones.

Instalación de sonda nasogástrica

Concepto

Colocación de una sonda a través de una de las fosas nasales, que pasara por el esófago hasta llegar al estómago.

Objetivos

- Alimentación del paciente a través de la sonda.
- Drenar liquido del estómago por aspiración o a gravedad.

- Lavado gástrico.

Verificar indicación médica:

- Preparar material y equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Identificar al paciente, y llamarlo por su nombre.
- Explicar al paciente procedimiento a realizar.
- Colocar al paciente en posición semifowler.
- Lavado de manos antes de iniciar el procedimiento.
- Calzarse guantes estériles.
- Tomar la sonda del calibre elegido y medir de la nariz al lóbulo de la oreja, ala apófisis xifoides.
- Colocar una marca de tela en la sonda para indicar el lugar.
- Lubricar la punta de la sonda con jalea hidrosoluble.
- Indicar al paciente que incline la cabeza hacia delante para facilitar la introducción de la sonda.
- Introducir la sonda por una de las fosas nasales con movimientos suaves y sin forzar su entrada.
- Empujar suavemente la sonda hasta llegar a estómago, pedir al paciente que realice movimientos de deglución (tragar saliva o beber y tragar agua).Si aparecen nauseas, detenerse y aplicar movimiento de rotación mientras avanza la sonda en dirección al esófago.
- Introducir la sonda hasta que la marca de referencia quede a nivel de la nariz.

- Verificar la correcta colocación de la sonda en el estómago, colocar el extremo proximal de la sonda, en un frasco o riñón con agua y verificar que salgan burbujas de la misma.

1. Reinstalar la sonda.

Se observan burbujas

- Fijar la sonda con cinta umbilical y tela adhesiva
- Según la finalidad del sondaje, colocar tapón, bolsa recolectora o tubo para aspiración.
- Retirar el material y dar cuidados posteriores
- Lavado de manos- Registrar en hoja de enfermería.

Recomendaciones

- Informe de inmediato si existe alguna fuga de la sonda.
- Observar color y tipo de material y cantidad drenada.
- Si es necesario tomar muestra del material drenado.
- No levantar el frasco de drenaje.
- Retirar la sonda si el paciente empieza a toser o muestra signos de insuficiencia respiratoria; esperar unos minutos y volver a introducir la sonda.

Alimentación por sonda nasogástrica

Concepto

Es la técnica que nos permitirá la nutrición e hidratación del paciente, además de la administración de medicación por vía oral.

Objetivo

- Nutrir e hidratar al paciente que no puede hacerlo por vía oral.
1. Prepara el material y lo traslada a la unidad del paciente.
 2. Informa al paciente del procedimiento a realizar.
 3. Coloca al paciente en posición fowler.
 4. Lavarse las manos.
 5. Colocarse guantes desechables.
 6. Coloca toallas desechables sobre el tórax del paciente, para protegerlo de posibles derrames de alimento.
 7. Comprobar correcta colocación de la sonda.
 8. Pinzar la S.N.G. y retire el tapón.
 9. Comprobar tolerancia, conectando la jeringa vacía, despince la sonda y aspire, comprobando el residuo gástrico.

Si hay residuo de 150 mil o más

1. Suspender la alimentación.
2. Informar al médico.
3. no hay residuo o es menor de 150mil.
4. Pinzar la sonda.
5. Conectar la jeringa a la sonda.
6. Vaciar la dieta a la jeringa.
7. Despinza la sonda.
8. Introduce el alimento lentamente a gravedad o ejerce una ligera presión con la perilla de la jeringa.
9. Lava la sonda con 20-30 CC. de agua y coloque el tapón.

10. Mantenga al paciente sentado o incorporado en la cama hasta una hora después de la administración de la dieta.
11. Recoge el material y da los cuidados posteriores al equipo.
12. Retirarse los guantes y lavarse las manos.
13. Anotar en registros de enfermería. Anote tipo de dieta administrada y cantidad de la misma, así como cualquier tipo de incidencia ocurrida durante su administración.

Instalación de sonda vesical

Concepto

Inserción de una sonda estéril por la uretra hasta la vejiga urinaria.

Objetivos

- Obtener muestra para cultivo de orina.
 - Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
 - Preparar al paciente para intervenciones quirúrgicas.
 - Facilitar la eliminación urinaria en el paciente inmóvil.
1. Verificar orden médica.
 2. Preparar material y equipo y llevarlo a la unidad del paciente.
 3. Lávese las manos.
 4. Explicar al paciente el procedimiento que va a realizar y disponga las medidas necesarias para asegurar la intimidad.
 5. Colóquese el cubre bocas.

6. Abrir paquete de gasas y destapar frascos de agua y jabón para realizar asepsia de genitales al paciente.
7. Calzarse guantes desechables.
8. Indique al paciente se coloque en posición de decúbito dorsal y póngale el cómodo.
9. Compruebe que el agua esta tibia y vierta un poco a chorro sobre la región genital del paciente, de tal manera que discurra en sentido pubis-ano.
10. Enjabone con una gasa los genitales En las mujeres, realice la limpieza siguiendo el sentido pubis-ano, pase una gasa por el pliegue que existe entre los labios mayores y los menores, a continuación pase otra gasa por la cara interna por los labios menores en sentido dentro-fuera. En los hombres: enjabone los pliegues inguinales, el vello pubiano, el pene, el escroto y en último lugar el ano. Con la mano no dominante sostenga el pene y retraiga el prepucio, con una gasa limpie el glande.
11. Enjuague vertiendo agua, seque genitales con gasas.
12. Quitarse los guantes.
13. Preparar el material estéril para la instalación dela sonda vesical (abra paquete de gasas, sonda, vierta un poco de jalea lubricante en una gasa o papel del mismo y prepare jeringa con solución para inflar el globo de la sonda).
14. Calzarse los guantes estériles.
15. indique al paciente que respire lenta y profundamente (con esta medida se favorece la relajación del esfínter externo de la uretra.
16. Dispóngase a instalar la sonda, dependiendo del sexo del paciente

Si es mujer

17. Con la mano no dominante separe los labios menores de la paciente para localizar el meato urinario.

18. Lubrique la sonda desde la punta hasta una distancia de 2.5 a 5 cm.

Si es hombre.

19. Lubrique la sonda desde la punta, hasta una distancia de 12.5 a 17.5 cm, en adultos.

20. Con la mano no dominante sujete el pene en posición perpendicular, formando un ángulo de 90 grados respecto al cuerpo y realice una ligera tracción del pene manteniéndolo en esta posición.

21. Con la ayuda de una gasa, deslice el prepucio hacia abajo y localice la uretra.

22. Con la mano dominante introduzca con suavidad la sonda en el meato urinario hasta que empiece a fluir la orina. Cuando observe la presencia de la orina, introduzca un poco más la sonda.

23. Conecte el embudo colector de la sonda al sistema de drenaje urinario.

24. Infle el balón de retención con la jeringa (la capacidad del balón viene impresa en el pabellón de la sonda).

25. Jalar la sonda suavemente hacia el exterior hasta notar resistencia.

26. Fije la sonda dependiendo del sexo del paciente

Si es hombre

27. Fijar la sonda en la cara antero superior del muslo.

Si es mujer

28. Fijar la sonda en la cara interna del muslo, comprobar que la amplitud del movimiento de la extremidad no tense la sonda-
29. Situé la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga independientemente de la posición del paciente para evitar el retorno de la orina. La bolsa colectora no debe rebasar más del 75% de la capacidad de la misma y no debe de estar colocada sobre el piso, superficie sucia o cualquier otro recipiente.
30. Colocar membrete de identificación que tenga escrito como mínimo: fecha de instalación y nombre completo de la persona que lo instalo.
31. Verificar que la sonda vesical este permanentemente conectada al sistema de drenaje y bolsa colectora, que el dispositivo de salida de la misma esté colocado en la guarda y tenga cerrada su respectiva pinza; por ningún motivo debe ser desconectada la sonda del sistema.
32. Registrar datos referentes al funcionamiento de la sonda y tubo de drenaje.
33. Registrar días de instalación de la sonda y corroborar prescripción médica.
34. Reportar ausencia o presencia de signos y síntomas que evidencien infección de vías urinarias (picos febriles, dolor supra púbico o en flancos derecho o izquierdo) En caso de no presentar signos y síntomas deberá quedar registrar.
35. Realizar y registrar medidas higiénicas al paciente.
36. Anotar las medidas de orientación proporcionadas al paciente y familiar.

Administración de enema

Concepto

- Son las maniobras que se efectúan para introducir líquidos en el colon a través del recto.

Objetivo

- Facilitar la evacuación de las heces mediante la introducción de una solución a través del recto del paciente.

1. Verificar indicación médica.
2. Preparar material y equipo necesario para la aplicación del enema.
3. Trasladar material a la unidad del paciente.
4. Informar al paciente en que consiste el procedimiento que se le va a realizar.
5. Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con ambas piernas flexionadas Colocar el cómodo al paciente cuando así se requiera.
6. Colocarse guantes.
7. Preparar el tipo de enema prescrito

Enema en tubo:

8. Quitar el tapón protector del enema.
9. Separar los glúteos del paciente.
10. Lubricar el pivote del tubo de enema.
11. Introducir el pivote del tubo del enema en el recto del paciente.
12. Presionar el tubo hasta vaciar el contenido del mismo.
13. Retire el tubo del enema firmemente.

Enema preparado con solución:

14. Conecte el tubo irrigador a la sonda rectal.
15. Cuelgue el recipiente a una altura máxima de unos 40 cm. por encima del recto.
16. Expulse el aire que contenga el tubo y sonda.
17. Coloque una cinta o pinza en el tubo irrigador.
18. Lubrique la sonda con jalea hidrosoluble.
19. introduzca la sonda en el recto unos 5 o 10 cm.
20. Indique al paciente se relaje y respire profundamente.
21. Despince el tubo y haga fluir el líquido, regule la velocidad del flujo según la tolerancia del paciente.
22. Indique al paciente retenga el líquido de 10 a 15 minutos.
23. Una vez terminada la administración del enema, cierre el tubo y retire suavemente la sonda.
24. Deseche el tubo o sonda en bolsa amarilla.
25. Proporcione papel higiénico al paciente.
26. Lávese las manos.
27. Realizar los registros correspondientes en la hoja de enfermería En pacientes que no se pueden levantar de la cama: coloque el cómodo y papel higiénico al alcance del paciente, si fuera necesario permanezca junto a él. Cuando no se disponga de sonda rectal, utilizar sonda vesical de gran calibre.

Transfusión sanguínea

Concepto:

Procedimiento mediante el cual se transfunde sangre o sus componentes al paciente.

Objetivo:

- Administrar sangre o derivados al paciente en las condiciones de seguridad adecuada evitando complicaciones.

Material y equipo

- Equipo de Transfusión.
- Guantes.
- Equipo para instalación de venoclisis en caso necesario.

1. Plasma indicación de hemoderivado en expediente clínico.
2. Requisita consentimiento informado.
3. Elabora solicitud de transfusión de hemoderivados.
4. Toma pruebas cruzadas al paciente.
5. Lleva pruebas y solicitud al laboratorio.
6. Solicita hemoderivados al laboratorio.
7. Entrega hemoderivado a enfermera jefe deservicio
8. Recibe y entrega hemoderivado a enfermera correspondiente.
9. Verifica indicación médica.
10. Corroborar si el paciente tienen venoclisis ya instalada

Paciente sin venoclisis.

11. Instalar venoclisis al paciente, elegir un catéter de calibre adecuado para la transfusión.

Paciente con venoclisis

12. Verificar que el usuario cuente con una venopunción de gran calibre

Venopunción no adecuada.

13. Recanalizar al paciente con un catéter adecuado para el hemoderivado.

14. Según en los años de 1990 los guantes para ser cualquier procedimientos invasivos se con los guantes ya que eran reutilizables.

2.4- Funciones del Personal de Enfermería

Aunque la función que determina el ejercicio de la profesión es la de cuidar la salud, se le asignan además las de administrar el cuidado de enfermería, los servicios, unidades y educar para la salud. También se han considerado como funciones de su práctica, la investigación y la docencia. Si bien estas funciones son muy generales, se hace necesario concretar las actividades a ejecutar por cada categoría profesional.

En el año 1957 la OMS (organización mundial de la salud) señaló que la enfermería es parte integral de sistema de atención de salud, que abarca la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado de enfermos físicos, mentales e impedidos de todas las edades, en todos los sitios en los que brinda atención de salud y en otros servicios comunitarios (Informe de la Jornada de Trabajos sobre la Función de la Enfermería en la Atención Primaria de Salud". Nairobi, Kenya.

En 1966 la OMS definió a la enfermera como la persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería y está capacitada y autorizada para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería, que exigen el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos.

En marzo del 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS (organización mundial de la salud) plantean que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en respeto a la vida y a la dignidad humana.

Otros elementos importantes sobre esta temática se encuentran en los resultados parciales de un Estudio Metacéntrico sobre la Reforma de Salud y sus Implicaciones para la Práctica, la Regulación y la Educación de Enfermería, realizada en cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Estados Unidos, en 1999, donde se muestran algunas de las más importantes implicaciones que la reforma de salud ha tenido para la enfermería, las cuales se resumen en: condiciones de trabajo precarias; incremento de la carga laboral; pérdida de seguridad en los trabajos, lo cual es también una consecuencia de las reformas del Estado; falta de suministros para la prestación de servicios; bajos salarios; falta de recurso humano de enfermería; necesidad de trabajar en dos o más instituciones;

insatisfacción laboral e incremento de procesos de demanda por responsabilidad civil.

A pesar de las recomendaciones salidas de las reuniones y organizaciones internacionales y de las solicitudes hechas a los gobiernos de incorporar la enfermería en los niveles estratégicos nacional, departamental, distrital, regional y local, los resultados muestran una respuesta inconsistente y un desarrollo incipiente y desigual de los servicios de enfermería en los países de la Región de América. También hay evidencias de que los servicios de enfermería, en la mayoría de los países, enfrentan una problemática que involucra el desequilibrio entre la oferta y la demanda de personal de enfermería, las deficientes condiciones de trabajo, la falta de posicionamiento de esta disciplina y su participación en la toma de decisiones del sector salud.

[La disminución de personal, es un punto que tal vez en los países desarrollados no sea uno de los factores más importantes para que el personal de enfermería no lleve a cabo las precauciones debidas de cada procedimiento, pero en nuestro país y en los diferentes hospitales de México éste es uno de los factores más influyentes por el tipo de contrato que las instituciones de salud ofrece a los enfermeros de nuestro país y muchas veces por las reestructuraciones que las instituciones están haciendo frecuentemente, para reducir costos.]

En la mayoría de los países las condiciones de trabajo son deficientes, expresadas en bajos salarios, sobrecarga laboral por exceso de pacientes, turnos de trabajo prolongados, ambientes laborales poco adecuados, áreas físicas deficientes, falta de dotación de equipos y suministros básicos para el cuidado de enfermería y pocos o inexistentes espacios de participación de enfermería en la toma de

decisiones, lo cual es coherente con los hallazgos. Sin embargo, en estudios realizados por diferentes agencias y en distintos países sobre costo efectividad de los servicios de enfermería, muestran que los cuidados de enfermería son similares en calidad a los que se proveen por otros profesionales de la salud, incluyendo los médicos. También hay evidencias en muchos países que reflejan que las profesionales de enfermería en la salud pública han mostrado un alto grado de experiencia en los aspectos de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud; las enfermeras ofrecen servicios en una amplia variedad de formas, diagnostican problemas de salud, proveen enseñanza a los pacientes y familias, realizan consejería, hacen seguimiento de los cuidados, colaboran con otros profesionales, remiten pacientes, administran y controlan tratamientos, manejan casos. La enfermería juega un papel importante en el logro de una gran variedad de resultados positivos, tales como el incremento del conocimiento en salud, la disminución de quejas, el mantenimiento de la salud, la accesibilidad a los servicios, la disminución de los días de estancia hospitalaria y en la satisfacción de pacientes y empleados.

[El estudio mencionado en el párrafo anterior mostró que los pacientes estuvieron satisfechos con la atención recibida, que la calidad técnica de las enfermeras generales es parecida a la de los médicos generales y los servicios son menos costosos. *Hartz* y otros (citado por OMS, 1998).

De 3.100 hospitales en los cuales se analizaron las características del hospital y sus tasas de mortalidad. Los resultados evidenciaron que los hospitales que tienen un buen porcentaje de enfermeras generales y una alta razón de enfermeras por pacientes tienen tasas menores de mortalidad.

CAPITULO III

CAPITULO III - UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

3.1 - Concepto

La Unidad de terapia Intensiva (UTI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinaria en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

3.2 - Antecedentes

Los cuidados intensivos han evolucionado a partir de la evidencia de que los pacientes con enfermedad o daño agudo que pone en peligro la vida, pueden ser mejor tratados si se agrupan en áreas específicas del hospital. Ya en 1860, Florence Nightingale señaló las ventajas de establecer un área del hospital para la recuperación del paciente tras la cirugía. El inicio histórico del desarrollo de la UTI es controvertido.

La primera descripción corresponde a la unidad de recuperación postquirúrgica, presente en los años veinte del pasado siglo en el hospital Johns Hopkins de Baltimore, aunque se postula que la primera UTI de 1940 cuando el neurocirujano Dr. W. E. Dandy abrió una unidad de cuatro camas, específica para cuidados postoperatorios neuroquirúrgicos en ese mismo hospital. En Alemania las primeras

UTIS postquirúrgicas datan de 1930. Durante la II Guerra Mundial, se establecieron unidades de shock, para la resucitación y cuidados postquirúrgicos de los soldados heridos en batalla.

Tras la guerra, por el déficit de personal de enfermería, se empezaron a agrupar los pacientes pos operados en unidades de recuperación postquirúrgica, que se extendieron a todos los hospitales por sus resultados. Durante los años 50 se desarrolló la ventilación mecánica, tras la experiencia positiva en Dinamarca durante la epidemia de poliomielitis de 1952 donde se traqueostomizó y ventiló manualmente a los pacientes con parálisis bulbar¹⁵. Este hecho condujo a la organización de unidades para cuidados respiratorios.

La UTI general para paciente grave, incluyendo postoperatorio, se desarrolló por los mismos motivos. Concebida como unidad de enfermería para vigilancia y tratamiento intensivo, fuera de la sala de hospitalización convencional, tuvo un importante desarrollo en los años 50 y 60, presentando notables diferencias en su diseño, organización y gestión¹⁶. En 1958, aproximadamente sólo un 25% de los hospitales de más de 300 camas tenían UTI, mientras que al final de los 60 la mayoría ya disponían de ella. En 1961 un estudio canadiense mostró el impacto de esta unidad sobre la reducción de la mortalidad.

En 1970 se crea la Sociedad Americana de Cuidados Intensivos (Society of Critical Care Medicine: SCCM). En España, la Ley de Especialidades (Real Decreto 2015/1978) crea una especialidad primaria denominada Medicina Intensiva.

En 1982 se crea la Sociedad Europea de terapia y Cuidados Intensivos (European Society of Intensive Care Medicine: ESICM).

Especialidades Americano (American Board of Medical Specialties) reconoce la certificación de una subespecialidad en medicina intensiva para las especialidades de anestesia, cirugía, medicina interna, obstetricia y ginecología y pediatría.

Hasta la clasificación de niveles de cuidados del año 2000, el Departamento de Salud del Reino Unido diferenciaba la UCI (unidad de cuidados intermedios). La UTI ha sido descrita en la literatura en lengua inglesa como unidad abierta (unidad de enfermería con organización similar a la de la hospitalización convencional) o cerrada (cuando los médicos responsables pertenecen a la unidad).

3.3 - Paciente Crítico

Existen dos aspectos que definen a un paciente crítico. El primero es el que establece la necesidad de ejercer sobre él una serie de controles estrictos, lo que se conoce como monitoreo.

El segundo es el que reconoce la necesidad del empleo de tratamientos especiales y o inmediatos. Los pacientes críticos son aquellos que se encuentran en una situación de inestabilidad fisiológica en la cual pequeños cambios funcionales pueden llevar a un serio deterioro global, con daño orgánico irreversible o muerte.

El monitoreo, intermitente o continuo, está destinado a detectar estos cambios precozmente, a fin de proveer un tratamiento adecuado y restablecer una situación fisiológica más estable, previniendo de tal modo el daño orgánico o la muerte.

El segundo aspecto que define a los pacientes críticos es la necesidad de recibir tratamientos especiales. Estos tratamientos pueden ser urgentes, como el empleo de drogas en pacientes en estado de shock; intermitentes, como la diálisis; o continuos, como la ventilación mecánica. A su vez pueden estar dirigidos a curar al paciente, como el empleo de antibióticos; o a sostener las funciones orgánicas hasta que el organismo pueda retomar una función adecuada.

3.4- Recursos Físicos

El diseño de la planta física de una Unidad de Terapia Intensiva debe ser establecido sobre la base de los pacientes que presuntamente serán asistidos en ella.

Las características de la planta física deben ser tales que faciliten.

- 1) La observación directa de los pacientes como parte de la función de monitoreo.
- 2) La vigilancia de los monitores de variables fisiológicas.
- 3) La realización de intervenciones terapéuticas de rutina y de emergencia.
- 4) La obtención y el almacenamiento de la información referida al cuidado de los pacientes.

El número de camas

La mayoría de las recomendaciones en este sentido establecen que la sala ideal no debe tener menos de 8 camas ni más de 12, lo cual permite una adecuada división de los recursos humanos y un adecuado rendimiento económico.

Existen varias maneras de establecer el número de camas necesarias en una institución en particular. Las fórmulas generales se basan en el número total de camas del hospital y en el porcentaje de camas médicas/quirúrgicas que deben estar disponibles para el cuidado especializado. Una recomendación aceptable es utilizar valores históricos de ocupación de camas de pacientes críticos, ya sea en la misma institución o en instituciones similares en la misma área geográfica.

Los requerimientos de espacio

Una vez que se ha establecido el número de camas de la unidad, se debe establecer el tamaño total de la misma. En adición al número de camas, existen otros determinantes del espacio. En efecto, en una UTI se requieren distintos tipos de espacios:

- 1) el espacio asignado para las camas, incluyendo el lugar necesario para los equipos de control y la actividad a desarrollar.
- 2) el espacio de soporte para todas las actividades dentro de la unidad, incluyendo central de monitoreo, sección para preparación de drogas, áreas limpias y sucias de soporte, etc.

3) los espacios de apoyo técnico, que incluyen áreas de reunión, sala de visión de radiografías, archivos, áreas de almacenamiento de equipamiento, oficina del director, habitaciones de médicos de guardia, etc. A ello deben agregarse los espacios de tránsito, tanto para el personal de la unidad como para los visitantes.

El espacio de una cama

Una consideración muy importante al diseñar la unidad es establecer el espacio por cama, incluyendo el área de apoyo adyacente. El requerimiento mínimo para cada cama exigido por la legislación de nuestro país es de 9 m², debiendo considerarse las necesidades implícitas en los equipos de asistencia y monitorizaje habituales, y el espacio necesario para equipos de uso no continuo.

El diseño debe permitir un libre acceso al paciente por todos los lados de la cama. Este acceso generalmente es afectado por el emplazamiento de la cama y por el tipo de monitores o fuentes de electricidad, oxígeno, aspiración, etc., que se conectan con ella.

Una de las consideraciones críticas para el diseño específico es que se debe mantener una adecuada observación de los pacientes y de sus sistemas de monitoreo.

Entre los cambios más significativos de los últimos años se encuentra la aplicación de equipos de computación para el manejo de la información recogida en la Unidad. Las unidades de trabajo a la cabecera de la cama son de gran utilidad para el registro de enfermería, y en lo posible deben ser conectadas a los monitores de

cabecera para registrar y almacenar automáticamente los signos vitales. Es conveniente disponer de un espacio de almacenamiento particular para cada cama. En el mismo se deberán ubicar los medicamentos, el material descartable, los utensilios propios del paciente y otros enseres necesarios para una atención rápida y eficiente.

Otro elemento fundamental del diseño es la localización de las tarjas para lavado de manos. Una disposición ideal debería incluir una pileta por cama, pero aun en aquellas unidades que cuentan con una disposición adecuada de lavabos, no resulta fácil incluir esta disciplina en el personal de asistencia.

Otras consideraciones a tener en cuenta son:

- 1) La posibilidad de mantener en los pacientes críticos la orientación en el tiempo, fundamentalmente en la secuencia día-noche, para lo cual es muy útil disponer de ventanas con vista al exterior.
- 2) El ayudar a mantener en paciente una patente de sueño adecuada.
- 3) El mantener un correcto nivel de estímulo sensorial.

3.5 - Recursos Materiales

Cada unidad de terapia intensiva (UTI) debe tener fuentes de poder eléctrico, de agua, oxígeno, aire comprimido, vacío y control ambiental (temperatura, humedad, iluminación) capaces de sostener las necesidades de los pacientes y del equipo de asistencia bajo situaciones normales y de emergencia, debiendo cumplir con los requerimientos y estándares de las respectivas entidades de control.

La recomendación actual es utilizar una columna de utilitarios en relación con cada cama, la cual provee las conexiones para las fuentes de energía eléctrica, oxígeno, aire comprimido y vacío, conteniendo los controles para temperatura e iluminación. Esta podrá estar montada del techo y en relación con un ángulo de la cama. Si no se puede disponer de estas columnas, los servicios precedentes deben ser aportados desde la pared que está en relación con la cabecera de la cama.

Las disposiciones respecto de los requisitos de cada uno de los elementos precedentes son formuladas por las autoridades de salud, y varían para cada país e incluso para cada localidad dentro de un mismo país. Todas ellas, sin embargo, deberán proveer el máximo de eficiencia y seguridad, tanto para los pacientes como para el personal de asistencia.

Equipamiento de la unidad

Por definición, una Unidad de Terapia Intensiva debe tener la capacidad de proveer monitoreo básico y ofrecer un apoyo terapéutico completo al paciente crítico. A los fines de cumplir con estos objetivos, toda UTI debe disponer de los siguientes elementos:

- Monitoreo continuo de electrocardiograma, con alarmas de baja y alta frecuencia.
- Monitoreo arterial continuo, invasivo y no invasivo.
- Monitoreo de presión venosa central y de presión de arteria pulmonar.

- Equipo para el mantenimiento de la vía aérea, incluyendo laringoscopio, tubos endotraqueales, etc.
- Equipo para asistencia ventilatoria, incluyendo bolsas, ventiladores, fuente de oxígeno y de aire comprimido.
- Equipo para realizar aspiración.
- Equipo de resucitación, incluyendo cardioversor y desfibrilador, y drogas para el tratamiento de las emergencias.
- Equipo de soporte hemodinámico, incluyendo bombas de infusión, equipos de calentamiento de sangre, bolsas de presurización, filtros de sangre.
- Monitores de transporte.
- Camas con cabecera desmontable y posiciones ajustables.
- Marcapasos transitorios.
- Equipos de control de temperatura.
- Sistema de determinación de volumen minuto cardíaco.
- Registro de oximetría de pulso para todos los pacientes que reciben oxígeno.
- Ecografía a la cabecera del paciente.
- Acceso al departamento de diagnóstico por imágenes para realización de tomografía computarizada, centellografía; y al laboratorio de cateterización cardíaca.
- Posibilidad de realización de broncofibroscopía.
- Equipamiento para monitoreo de presión intracraneana y saturación de oxígeno en el bulbo de la yugular.

El progreso continuo de la tecnología en los equipos de utilización habitual en la monitorización y tratamiento de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos ofrece sin duda cada vez más posibilidades de actuación. Al mismo tiempo, esta alta tecnología conlleva mayores costos, no siempre posibles de ser soportados por las instituciones de salud.

El monitoreo fisiológico

Cada cama debe disponer de la posibilidad de monitoreo completo, que incluye la presentación y el análisis de una o más derivaciones electrocardiográficas, al menos dos presiones, y la medición directa o indirecta de los niveles de oxígeno arterial. Esto debe ser mostrado tanto en formato analógico como digital, para proveer la forma visual de las ondas y la interpretación numérica de frecuencia y valores máximos, mínimos y medios de los distintos registros.

Cada monitor debe tener la capacidad de registrar en papel al menos dos ondas analógicas en forma simultánea en un formato de dos canales. Debe disponer de alarmas para los valores críticos preestablecidos, tanto audibles como visibles.

Los monitores de cabecera deben estar localizados para permitir un fácil acceso y visión, y no deben interferir con la visualización o el libre acceso al paciente. Si bien puede existir una conexión de los monitores de cabecera a una central de monitoreo, ésta de ningún modo puede reemplazar los controles a la cabecera del paciente.

Es deseable obtener los siguientes registros:

Electrocardiograma: Deben ser mostradas en forma continua una o más derivaciones electrocardiográficas. Es recomendable que se pueda evaluar en forma computarizada la frecuencia y realizar un análisis de la forma de onda, y deben existir alarmas para asistolia, taquicardia y fibrilación ventricular, y frecuencias cardíacas máxima y mínima preestablecidas. Es deseable contar con una función de memoria para reconocimiento de arritmias.

Ondas de presión: El equipo de monitoreo debe tener la capacidad de mostrar en forma analógica al menos dos presiones en forma simultánea. En adición, se deben poder mostrar en forma digital los valores máximo, mínimo y medio de las presiones constatadas. Las alarmas deben indicar los valores críticos para los parámetros precedentes; y se deben poder registrar las ondas en forma simultánea con el electrocardiograma.

Parámetros respiratorios: Cada estación de cabecera debe tener la capacidad de mostrar en forma continua la oximetría de pulso. También se debe contar con un registro de CO_2 de fin de espiración o medida de PCO_2 transcutáneo, en particular en los pacientes en asistencia respiratoria mecánica. Debe estar disponible un control de frecuencia respiratoria para los pacientes en riesgo de apnea.

Volumen minuto cardíaco (VMC) y variables derivadas: Es imprescindible en los las unidades de terapia intensiva (UTI) contar con la posibilidad de la determinación a

la cabecera de la cama del VMC, y la capacidad de obtener una serie de índices derivados hemodinámicos y respiratorios.

El equipamiento de asistencia respiratoria mecánica: Una de las actitudes terapéuticas más frecuentes en las unidades de cuidado intensivo es la asistencia respiratoria mecánica. En los últimos años se ha producido una notable evolución en la tecnología de los equipos de asistencia respiratoria.

Los requerimientos para este tipo de respiradores incluyen la posibilidad de realizar respiraciones controladas y asistidas, por volumen o presión, con ventilación mandataria intermitente sincronizada, y soporte de presión; disponer de ciclado por tiempo, flujo o presión; realizar presión positiva de fin de espiración; contar con mezclador de oxígeno-aire que permita concentraciones confiables de la mezcla gaseosa; disponer de sistemas de alarma de desconexión, baja presión de oxígeno, falla eléctrica, presiones límites en la vía aérea; monitorizar la presión en la vía aérea, la FiO_2 , la temperatura del aire inspirado, la frecuencia respiratoria, el volumen corriente y el volumen minuto, y la relación I:E. Es recomendable, además, disponer de un sistema de monitoreo visual de curvas de presión, flujo y volumen, así como los correspondientes lazos; y que a su vez permita una información sumaria de la mecánica respiratoria.

3.6 - Recursos Humanos

Analizar la guía técnica para la dotación de recursos humanos en enfermería, los pacientes críticos presentan necesidades especiales de monitoreo y soporte vital que debe ser provisto por un grupo humano, incluyendo un médico con los conocimientos básicos, la habilidad técnica, el tiempo necesario y la presencia física permanente para proveer dicho cuidado en forma inmediata y adecuada. Este cuidado debe ser continuo y preventivo por naturaleza, asegurando que el paciente sea manejado de una manera eficiente, humana y segura, utilizando recursos finitos de modo de asegurar una alta calidad de cuidado y una evolución óptima.

La medicina de cuidado crítico debe ser provista por intensivistas, que son individuos entrenados formalmente y capaces de brindar tales servicios, y que se encuentran libres de obligaciones competitivas, tales como áreas de cirugía o responsabilidades administrativas. Los intensivistas en práctica deben participar en un sistema que garantice la provisión de todos los servicios necesarios durante las 24 horas del día. La relación con los otros servicios deberá estar establecida en el organigrama de funcionamiento de la institución.

Las áreas de responsabilidad de la Unidad de Terapia Intensiva incluyen:

- El cuidado de pacientes.
- La administración de la unidad.
- La educación médica continuada

- La investigación clínica.

La intensidad de ejercicio de cada una de estas actividades varía según el nivel de cada unidad, pero todas ellas deben ser realizadas en cierta medida en todas las unidades, única forma de cumplir adecuadamente con su función específica, que es el cuidado integral del paciente crítico.

La Unidad de Terapia Intensiva debe ser dirigida por un médico director. Este, en base a su entrenamiento, interés, tipo de práctica y tiempo disponible debe poder asumir la dirección. Además del director médico, la unidad debe contar con un médico o más, de acuerdo con la magnitud de los servicios que brinda, presente durante las 24 horas todos los días, que al menos maneje las emergencias, incluyendo la reanimación cardiopulmonar, el control de la vía aérea, shock, trauma complejo, etc. Además, un equipo de consultores especialistas debe estar disponible en caso de necesidad, y participar en las rondas de seguimiento de pacientes con patologías específicas. El equipo de enfermería debe estar entrenado para el servicio en la unidad. Es muy conveniente la presencia de un enfermero director a fin de establecer las líneas de autoridad y responsabilidad para brindar la atención de enfermería óptima en términos de calidad, seguridad y adecuación.

La exacta relación entre enfermeros y pacientes aún no se ha establecido. Sin embargo, un mínimo de un enfermero por cada tres pacientes se considera imprescindible durante las 24 horas del día. Los pacientes más graves pueden requerir un enfermero personal.

CAPITULO IV

CAPITULO IV FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRECAUCIONES ESTANDARES

4.1- Estrés

Un hecho de la vida moderna es que nadie vive sin estrés (Rosenberg, 2003) y que el estrés está en todos lados. El estrés afecta al sistema inmunológico, aumenta la vulnerabilidad ante infecciones, provoca problemas físicos crónicos y psicológicos, causa desajustes de los ritmos biológicos y hasta incrementa el consumo de alcohol y tabaco, lo cual permite afirmar que el estrés no sólo se ha convertido en un problema de salud para las personas que lo sufren, sino también para las organizaciones (Luskin y Pelletier, 2005).

En cuanto al personal de salud, tanto profesional como voluntaria, trabaja frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Estos pueden variar desde enfermedades crónicas, incapacidades y traumas agudos, hasta enfermedades psiquiátricas mayores y enfermedades terminales. Parecería que éste es un campo propicio para cultivar el estrés, debido a la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte (Gutiérrez, 1999).

Es evidente la abundancia de literatura respecto a estrés en las áreas de medicina; esto conlleva que se entiendan muchas cosas por estrés, aunque de manera general puede decirse que es un estado interno del organismo que se refiere tanto a reacciones fisiológicas como emocionales (Leibovich y Schufer, 2002:20). Particularmente el estrés laboral se ha definido como una respuesta a las demandas de la relación entre la persona y su entorno de trabajo que es percibido

como impuesto, excediendo sus recursos y poniendo en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1998)

Los estresores del lugar del trabajo están enfocados a características intrínsecas de mismo (carga laboral, horarios y exposición a riesgos), a la naturaleza del puesto (ambigüedad del rol, conflicto del rol y sobrecarga del puesto), a las relaciones en el trabajo (calidad y falta soporte social) y al desarrollo de la carrera (inseguridad en el trabajo), dando poca atención a la relación familia trabajo (Clarke y Cooper).

Adicional a lo anterior, también pueden considerarse como fuentes de estrés Laboral la tonicidad, la desorganización o reestructuración de la institución, entre Otras (Greenglass y Burke, 2002).

En este cúmulo de causas, no podemos hacer de lado lo referente a la doble jornada que muchas mujeres, entre ellas las enfermeras, enfrentan como jefas de familia, amas de casa, esposas y madres, es decir, después de cubrir una jornada de 8 horas diarias en el hospital, acostumbran cumplir con su rol de mujeres en la sociedad. En esencia, durante los últimos años, la salud mental de las mujeres se ha convertido en un asunto de preocupación central, tanto en el ámbito de la medicina y la psicología, como dentro de las organizaciones.

Por ello, cualquier investigación al respecto debe considerar que “las mujeres y los varones no experimentan el estrés de la misma manera” (Sidelski, 2005), debido entre otros factores a las variaciones en la sensibilidad, el tipo de estresores que enfrentan, los distintos significados que atribuyen a un mismo problema, el modo en que afrontan las dificultades, [así como una visión distinta de la vida en general. A

mi punto de vista pienso que el estrés es muy diferente para hombres y mujeres, ya que las mujeres tienen a estresarse rápidamente que los hombres, ya que ellos cuentan con mucho mayor fuerza para una sobrecarga de trabajo así como la rutina de cada día en el hospital.]

En estudios realizados por Rogers, Li y Shani (1987) y por Li y Shani (1991) en Personal, respectivamente, han encontrado que tanto la ambigüedad como el conflicto en el rol han estado asociados al estrés y resultados tanto a nivel personal como organizacional. De aquí que para el presente estudio se haya optado por el instrumento que dichos autores aplican y que incluye: ambigüedad del rol, conflicto del rol, carga de trabajo y ansiedad producida por el mismo.

La creciente presencia del estrés en los últimos años, hace necesario realizar algún tipo de intervención, traducida en dos tipos de acción:

(a) Eliminar, reducir o modificar los estresores.

(b) Desarrollar competencias específicas a quienes ocupan empleos que muestran fuertes reacciones de estrés

Al ser tantas y tan diversas las fuentes de estrés, se convierte en un campo propicio para el burnout, síndrome caracterizado por la “pérdida del bienestar en la actividad profesional y del equilibrio emocional, asociado a una vivencia subjetiva más bien depresiva o desesperanzada” (Comisión Nacional del SIDA, 2001).

4.2 - Síndrome de Burnout

Antecedentes

Inicialmente había una gran variedad de opiniones en relación a lo que era y no era el Burnout, lo que dificultó el manejo del término. Sin embargo ahora ya hay un Consenso sobre las tres dimensiones que integran este síndrome, que muchas Veces no sólo se presenta en individuos, sino también a nivel institucional (Ordenes, 2004).

Maslach et al (2001) señalan que el síndrome de burnout, estar quemado o desgaste profesional, es una reacción ante el estrés crónico que padecen individuos que trabajan en sectores que exigen entrega y una gran demanda y se define por tres dimensiones:

- Agotamiento emocional.
- Despersonalización.
- Bajo logro personal.

4.2.1 - El agotamiento emocional:

Es la cualidad central y la manifestación más obvia del burnout; no es algo que simplemente se experimenta, sino que se traduce en acciones que manifiestan un distanciamiento con el trabajo, tal vez como una manera de hacer frente a la excesiva carga laboral. Cuando se presta algún servicio a otras personas, las demandas emocionales del trabajo pueden agotar la capacidad de involucramiento y entrega, sin responder a las necesidades del usuario (paciente o alumno, por ejemplo) (Maslach et al, 2001).

4.2.2 - La despersonalización:

Es un intento de poner distancia entre uno mismo y quienes reciben el servicio, ignorando que mediante éste es posible hacer sentir únicos e importantes a los usuarios.

En este sentido, las demandas del servicio son más manejables cuando se considera a los pacientes como objetos y no como personas.

La distancia es tal que puede dar lugar al cinismo (Maslach et al, 2001).

4.2.3 - Bajo logro personal:

Percibido por quien padece este síndrome como ineficiencia y reducción considerable en el alcance de metas. En comparación con las otras dos dimensiones (agotamiento emocional y despersonalización), el bajo logro personal es más complejo, pues pudiera incluir la calidad del servicio prestado y la aceptación de los demás, es decir, la falta de eficiencia parece deberse a la ausencia de un trabajo relevante y retador, mientras que el agotamiento emocional y la despersonalización se deben a la sobrecarga de trabajo y el conflicto laboral (Maslach et al, 2001).

En resumen, la persona con burnout siente que está exhausta y vacía emocionalmente; en otras palabras, es una persona que percibe que ya no puede ofrecer nada a los demás y que en muchos casos opta por actuar con una actitud fría, distante e incluso negativa hacia las personas a las que da un servicio. Tiene además una percepción negativa de sí misma, en la que los logros y el rendimiento laboral no son valorados como algo positivo sino como un fracaso o como

insuficientes, con lo que se incrementa así la baja autoestima y la mala percepción de uno mismo y de los demás (Ibáñez et al, 2004).

En cuanto a algunas investigaciones realizadas sobre burnout en enfermeras, es importante mencionar el estudio longitudinal de cuatro años realizado por la Universidad de Harvard, para evaluar las condiciones que influían en el Estado de salud física y emocional de las enfermeras, encontrándose que, con el tiempo, las mujeres con actividades que demandan una alta carga laboral, con poco control sobre ella y escaso apoyo de su entorno laboral, presentan una disminución importante de sus niveles de salud emocional y física y un deterioro de sus habilidades (Torres, 2001).

En un estudio realizado con 199 miembros del personal de enfermería de cinco hospitales psiquiátricos de Atenas (Adali, et al, 2003), se encontró que la afectación por el Síndrome de Burnout parece estar en niveles moderados y que la edad se relaciona de forma positiva con los logros personales, además de que la disminución del agotamiento emocional y la despersonalización se vinculan al tiempo que se dedica al cuidado de los pacientes. Esto es, cuanto más tiempo se pasa cuidando y comunicándose con los pacientes, menor es el agotamiento emocional y la despersonalización, al mismo tiempo que aumentan los logros personales, lo cual significa que el agotamiento emocional está relacionado de forma positiva con la sobrecarga de trabajo, aunque la correlación es negativa con factores como el apoyo del supervisor, la claridad de la tarea y el control por parte de los supervisores. Así también se concluye en este estudio que los factores que

influyen en el ambiente laboral están directamente conectados con el desarrollo del Síndrome del Quemado en el personal de enfermería.

Albar Marín et al (2004) afirman que los profesionales de enfermería han sido Identificados como uno de los principales grupos de riesgo para el desarrollo del Burnout y que, particularmente las mujeres corren más este riesgo por la doble Carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar. De aquí que ahora bien, en cuanto al burnout o desgaste profesional, puede decirse que si bien no es considerable el cansancio emocional, ni la despersonalización, tampoco lo es la realización personal. Esto es, parecería que no hay muchas aspiraciones para un desarrollo profesional, aunque tampoco un desgaste serio por el desempeño de las actividades que implica la enfermería.

4.3 - Sobrecarga laboral en enfermería

A nivel mundial se ha reconocido la sobrecarga laboral y secundaria a esta el estrés laboral como un problema cada vez más importante que se presenta en todos los oficios pero especialmente en los trabajos asistenciales como la enfermería.

”Las investigaciones que se han llevado a cabo en torno a ese tema sugieren que el personal de enfermería experimenta mayor estrés ocupacional que cualquier otro tipo de trabajadores”, en ese sentido, la Health education authority clasificó la enfermería como la cuarta profesión más estresante. Igualmente algunos estudios revelan que las unidades que mayor estrés generan son aquellas donde hay pacientes críticos, observándose una alta prevalencia de estrés en el personal de

enfermería que trabaja en estos servicios.

Los estresores en enfermería son aquellas situaciones relacionadas con el trabajo de enfermería, capaces de generar estrés, estos estresores son: sobrecarga laboral, estrés emocional, contacto con el dolor y la muerte, conflictos con los pacientes y sus familias entre otros. En lo relacionado con la sobrecarga laboral Reig A. y Caruana con base en una serie de investigaciones identificaron la sobrecarga laboral como una de las principales causas de estrés en las enfermeras, ya que estas perciben que su trabajo es físicamente agotador, la jornada de trabajo excesiva produce desgaste físico y mental e impide al profesional hacer frente a situaciones estresantes.

La sobrecarga de trabajo tanto en los aspectos difíciles de la tarea como es la cantidad tiene una relación directa entre horas de trabajo y muerte causada por enfermedad coronaria.

En una investigación realizada en cuatro unidades de cuidados intensivos del estado de México (siglo XXI) al personal de enfermería se llegó a la conclusión que la sobrecarga laboral ocupó el segundo lugar con respecto a los niveles más altos de estrés. La mayor parte del personal de enfermería encuestado evalúa el estrés relacionado con la sobrecarga laboral como moderado (36%) y alto (33%).

Dentro de los estresores que más causan estrés son: escases de personal (20%); estos resultados son similares a los reportados por el Dr. Méndez Díaz donde las enfermeras entrevistadas coinciden en factores tales como la sobrecarga laboral, entre otros, que son característicos del trabajo en la UTI.

[Vemos entonces que la sobrecarga laboral es definitivamente un factor que causa estrés no solo al personal de enfermería sino también al paciente y su entorno,

porque se siente desprotegido ante la falta de un cuidado óptimo por parte de enfermería.]

Respecto a los síntomas físicos sufridos por el personal de enfermería como resultado de las condiciones de trabajo Freudenberg (1974) dice: [“El Burnout es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos”, o “cuando un miembro de la organización se vuelve inoperante”. Viendo la opinión de Freudenberg también podríamos agregar que en algunos hospitales de México el personal a cargo del servicio ve la sobrecarga reflejada hacia la responsabilidad con uno mismo ya que en los servicios de UTI (unidad de terapia intensiva) cuentan con 2 enfermeros tal fue el caso visto durante el servicio social.

Para la investigadora Cristina Maslach (1982) “Burnout es un síndrome de fatiga emocional, despersonalización y de un logro personal reducido que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con personas o pacientes”.]

Mientras que para Dr. José Francisco Figueroa el Burnout es una condición fisiológica, psicológica y conductual que presenta un profesional cuyo trabajo está orientado al servicio directo hacia otras personas. Las características son agotamiento emocional excesivo, la negación o aislamiento, y un desempeño laboral pobre; como resultado de un proceso largo, tedioso, excesivo y repetitivo ante las demandas de otros, de trabajo o de ambos.

[La opinión del Dr. José Francisco Figueroa a mi punto de vista tiene una opinión muy clara ya que el agotamiento emocional por el personal de enfermería es el

estertor número uno en el síndrome de burnout y que el personal de enfermería se muestra con un desgaste emocional ya que se sentían tristes, agotados ya que terapia intensiva es un servicio que requiere de mucha energía y concentración, eso fue lo que se observó durante el servicio social.]

Se dice también que es una respuesta a una tensión emocional de índole crónico, originada por el deseo de tratar exitosamente con otros seres humanos, especialmente cuando tienen problemas y la única condición que tiene es que la tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe la ayuda y el que brinda la ayuda, al ocurrir esto, el que ofrece la ayuda pierde el interés y el tacto hacia el paciente presentando una actitud deshumanizada y sin mostrar preocupación alguna.

4.4 - Factores desencadenantes

El personal de enfermería está sometido a múltiples factores estresantes tanto de carácter organizacional como propios de la tarea que ha de realizar, estas características hacen que tenga una incidencia relativamente alta en esta profesión. La salud del profesional de enfermería es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través del cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran en los cuidados específicos de enfermería.

La práctica de la profesión requiere un despliegue de actividades que necesitan un control mental y emocional de mayor rigor ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones como por ejemplo el manejo del paciente con pronóstico sombrío y la necesidad de brindar cuidado, no solamente intensivo, sino también prolongado y

en el cual también se exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental además de la exigencia de mantener en forma permanente el espíritu de compartir, con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor. Dentro de los factores desencadenantes tenemos:

Personales: son aquellas condiciones inherentes al personal de salud que le impiden ejercer su función con tranquilidad y efectividad. En general se encuentra en personas propensas al estrés (ansiosas), con poca tolerancia a la abstracción, al liderazgo y a la toma de decisiones; personas que acusan sentimientos de impotencia por la no mejoría del paciente; inseguridad y miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería; que se sienten insuficientemente preparados para ayudar emocionalmente al paciente; incapaces de resolver de manera satisfactoria las inquietudes del paciente; con dificultad para trabajar con uno o varios compañeros del servicio; con obligaciones familiares, mantenimiento de la casa, hijos y deberes como pareja con problemas personales falta de habilidad en el manejo de las personas e intolerancia ante las mismas; incapacidad para trabajar en equipo, dependencia absoluta de otras personas para trabajar y tomar decisiones. Otros de los factores que se deben tener en cuenta son la edad, sexo y el estado civil.

Ambientales: condiciones físicas externas que alteran el curso normal de la labor del profesional en salud debido a que distorsionan la concentración y tranquilidad que requieren para ejecutar su labor de una manera óptima, por ejemplo: ruido (aparatos, personas); entorno laboral, iluminación, orden y asepsia del lugar,

espacio inadecuado e insuficiente para realizar las labores específicas de enfermería; y presencia en el sitio de trabajo de gran cantidad de personal ajeno al servicio.

Contenido del trabajo: se refiere a las características propias del ejercicio profesional y que son independientes del lugar en donde se está trabajando, como realización de procedimientos dolorosos para los pacientes; escuchar o hablar frecuentemente con los pacientes y sus familias sobre su muerte cercana; la muerte de un paciente cuando se ha establecido una relación estrecha; convivir diariamente con el sufrimiento; y el contacto continuo y permanente con personas deprimidas.

Condición del trabajo: aquellas que dependen y son inherentes a la institución donde se realiza la actividad profesional. Dentro de estos factores tenemos la responsabilidad del trabajo; interrupción frecuente en la realización de la tarea; recibir de manera constante crítica de otras personas, como médicos, superiores, familiares de los pacientes y el paciente mismo; falta de comunicación con los compañeros de trabajo sobre problemas del servicio y compartir experiencias y sentimientos positivos o negativos hacia los pacientes; ausencia de personal médico en situaciones de urgencia como paro cardiorrespiratorio o empeoramiento de la situación clínica del paciente, etc.; estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente o información insuficiente e inadecuada con respecto a la evolución del paciente; rotación permanente por diferentes servicios; ambigüedad en la asignación de las funciones de enfermería; tiempo insuficiente para dar apoyo emocional al paciente; falta de personal para atender adecuadamente el servicio;

sobre -carga de trabajo y bajo salario.

[Es por esta razón que el cuidado de enfermería va encaminado a la restauración de la salud, a la prevención de la enfermedad y a mantener un confort en los individuos que no se pueden cuidar por sí mismos (Henderson, 1990). El número y el tipo de actividades realizadas por enfermería durante un tiempo específico están dados por el número de pacientes y los requerimientos especiales de cada uno.]

El cuidado directo, ocurre cuando nosotras como enfermeras podemos brindar un excelente cuidado de enfermería teniendo en cuenta la situación del paciente y su entorno, evitando la sobrecarga laboral para evitar todas las complicaciones que puede llegar a tener un paciente y por supuesto las nuestras también.

[En nuestras instituciones existen hasta seis pacientes por enfermera, y es allí donde otras condiciones laborales se unen y se complementan entre sí; por ejemplo por el aumento de pacientes por enfermera, la enfermera no cumple con las precauciones estándar ante los procedimientos invasivos en el servicio de terapia intensiva ya que se observó durante el servicio social una múltiple sobrecarga de trabajo].

[Stengenga, et al 2004 indica que los trabajadores lavan sus manos en un 50% menos cuando hay aumento de la carga laboral. A mi punto de vista yo digo que los trabajadores de la salud solo hacen un cumplimiento de un 40% de las medidas estándar, de esto se pueden derivar muchas complicaciones para los pacientes y también para el personal de enfermería].

4.5 - Legislación laboral en enfermería

Teniendo en cuenta que el interés para este estudio es conocer los factores principales para el personal de enfermería al cumplir con las precauciones estándar propios del servicio de terapia intensiva, se revisa la legislación relacionada con este aspecto. Según la organización internacional del trabajo (OIT) en su convenio 149 en 1977, se dice:

El personal de enfermería deberá gozar de condiciones al menos equivalentes a las de los demás trabajadores del país correspondiente, en los aspectos siguientes:

- Horas de trabajo.
- Descanso semanal.
- Vacaciones anuales pagadas.
- Licencia de educación.
- Licencia de maternidad.
- Licencia de enfermedad.
- Seguridad social.

Su remuneración debería fijarse en niveles que correspondieran a sus necesidades socioeconómicas, calificaciones, responsabilidades, funciones y experiencia, que tuviesen en cuenta los imperativos y riesgos inherentes a la profesión y que fuesen capaces de atraer y retener al personal en la profesión.

- En los países en los que la semana normal de trabajo del conjunto de los trabajadores excediera de cuarenta horas, deberían adoptarse medidas para reducirla lo más rápidamente posible a dicho nivel para el personal de enfermería, sin reducción de salario.

- La duración normal del trabajo no debería exceder, en principio, de ocho horas diarias, y siguiendo un horario continuó. La jornada de trabajo, incluidas las horas extraordinarias, no debería ser superior a 12 horas, salvo en casos de urgencia especial.
- Las decisiones relativas a la organización del trabajo, al horario del trabajo y a los períodos de descanso, deberían adoptarse de acuerdo o en consulta con los representantes libremente elegidos del personal de enfermería o con las organizaciones que lo representan.

[Con respecto al apartado anterior es obvio que en nuestro país de los puntos antes mencionados no se cumple con algunas de las reglas porque no hay personal que cubra o remplace a la enfermera cuando sale a vacaciones, porque el contrato para brindar los servicios de salud y a los diferentes departamentos de enfermería no les importa si las enfermeras tienen o no vacaciones, además los pagos u honorarios no se dan puntuales como debe ser, no se permite el descanso cuando los turnos son de 12 horas, lo importante es cubrir el faltante de personal de enfermería sin tener en cuenta el descanso, horarios para comer, sueldo, etc.. Es así que por alguna de estas razones se incumple las debidas precauciones por parte del personal de enfermería a la hora de sus cuidados. y es ahí donde surgen dificultades con respecto a las precauciones estándar durante los procedimientos invasivos en el servicio terapia intensiva].

V.- METODOLOGIA

La investigación identificada como una problemática en el servicio de terapia intensiva durante el servicio social en el HRO. 46 Coalcomán Michoacán se estructuró el problema de estudio delimitando la problemática se generó una pregunta de investigación sobre cuestiones identificadas. Una vez planteando el problema de estudio se consideró lo que se investigó en relación al problema y se realizó una tesina monográfica al efectuar una investigación documental y al analizar la literatura que otros autores han escrito e investigado sobre la relación de esta problemática, mediante la revisión de la literatura en otras fuentes primarias como libros, plataformas en internet en google académico (Enfermería IMSS, Dorothea Orem monografías, Guía de medidas universales de bioseguridad, Manual de desechos sólidos hospitalarios para el personal médico y de enfermería (2002), páginas de la secretaria de salud y del instituto mexicano del seguro social, artículos extranjeros sobre la bioseguridad y precauciones estándar en enfermería, libros, diccionario y artículos basados sobre los factores relacionados acerca de la investigación después de analizarlos sistemáticamente se redactó un texto original basados en evidencia identificada, analizando el estado del conocimiento. Se delimito el problema buscando la relación de la variable en estudio con otras variables, se definió el objetivos de la investigación los cuales fueron las guías de estudio, se justificó el estudio argumentando por qué y el para que así como la importancia que tiene la realización de esta investigación para el personal de enfermería, alumnos de la facultad de enfermería, instituciones de salud y la sociedad.

Al cumplir con la investigación, se finalizó con las conclusiones dando respuestas a la pregunta y cumpliendo los objetivos planteados ya que se logró conocer e identificar los principales factores que influyen en el personal de enfermería para cumplir las precauciones estándares en procedimientos invasivos en el servicio de terapia intensiva de acuerdo a lo obtenido de la investigación se proponen sugerencias para evitar algunas complicaciones que ponen en riesgo la salud del paciente y del personal de enfermería evitando accidentes intrahospitalarios y reforzar los conocimientos de las próximas generaciones en el área de salud.

VI.- CONCLUSIONES

OBJETIVO GENERAL: QUE CONCLUYO EN EXPERIENCIA DEL SERVICIO

SOCIAL

En el hospital rural N.46 del municipio de Coalcomán Michoacán se observa que el conocimiento de precauciones estándar en el servicio de terapia intensiva es escaso, el objetivo general de esta investigación se ha logrado ya que se dan a conocer los diversos factores que se presentan día con día en una institución de salud por parte del personal de enfermería.

Las precauciones estándar es algo muy importante que se debe de llevar día con día en todos los servicios y de más importancia en el servicio de terapia intensiva, el personal de enfermería se enfrenta a diversas actividades entre ellos los procedimientos invasivos en las cuales las precauciones estándar tienen que estar presente tanto para cuidar al personal de enfermería como para evitar la complicación del estado de salud del paciente, pero hay ocasiones en el que el personal de enfermería no lleva a cabo los protocolos de seguridad por los diversos factores que se presentan día con día en el área laboral de enfermería. Los principales factores encontrados son: estrés, síndrome de burnout, sobrecarga de trabajo y factores desencadenantes, siendo el estrés el máximo factor ya que está presente día con día en el ambiente laboral. Es decir, el personal de enfermería corre riesgo de caer en un desgaste profesional que se presenta por una fuerte carga de trabajo que conlleva la dinámica de una institución de salud es una complicación generada por los factores que se presentan.

El personal de enfermería del HOSPITAL RURAL IMSS-OPORTUNIDADES N. 46 no tiene suficientes conocimientos en cuanto al material y equipo necesario con el que se cuenta en el servicio es por ello que en esta investigación se mencionan lo más importante acerca del servicio de terapia intensiva, ya que también por no tener el conocimiento de estos podría tener alguna consecuencia durante el área laborar al no aprovechar los recursos, un protocolo de bioseguridad es de suma importancia su conocimientos pero se observa durante el servicio social la ausencia de este así como también de capacitaciones al personal de enfermería, el nivel de aplicación con respecto al lavado de manos no es tan eficaz al momento de las actividades a realizar en cuanto a los procedimientos invasivos, ya que se observó siempre se lavan las manos antes y después de cada procedimiento pero en el tiempo no comprendido debido a los factores que se presentan día con día en el servicio, en relación al uso de guantes se determinó que en cuanto a la aplicación son moderados aplican las técnicas para colocación de guantes estériles y el retiro de guantes contaminados, así como el uso en la realización de procedimientos invasivos una de la barreras de protección más cumplidas en cuanto al personal de enfermería, En cuanto a la aplicación con respecto al uso correcto de la ropa impermeable del personal de enfermería se observó durante la estancia del servicio social que a menudo tiene y utiliza correctamente el tapabocas, pocas veces las botas desechables y el gorro y nunca utilizan la bata. En cuanto a la protección ocular el personal de enfermería en ningún momento utiliza esta barrera ya que en el servicio de unidad de terapia intensiva del hospital no tienen el conocimiento de la importancia de esta protección.

Para las intervenciones de enfermería para el servicio de terapia intensiva son: implementar el conocimiento de precauciones estándar en el servicio y la importancia de este durante los procedimientos invasivos, contar con un manual de bioseguridad así como también el conocimiento extenso del servicio de terapia intensiva como estructura física, recursos físicos materiales y humanos, y fomentar una estrategia para evitar el estrés y los factores que este desencadenan, la sobrecarga laboral y sus complicaciones.

VII.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Lubo, A., Jiménez, M., Quebedo, A., Montiel, M., Sirit, Y. y Petit, M. 2011. Conocimiento y aplicación de las Normas de Bioseguridad por el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos. Pag.:71-79.
- 2.-Organización Mundial de la Salud. 2005. Manual de Bioseguridad en el Laboratorio. Ediciones de la OMS. Ginebra. 3era ed. Pp.19-49 en línea disponible <http://www.fcm.uncu.edu.ar/joomla/downloads/OMS.pdf> [consultado en marzo 2014].
- 3.- La universalidad,: García, E. y Pérez, V. 2002. Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistema de aislamiento. Rev. Enfermería IMSS [Serie en línea]. 10(1):27-30. Disponible: <http://www.bvsde.opsoms.org/bvsacd/cd49/medidas20.pdf> [Enero, 2014].
4. - DOROTHEA OREM: 23 www.monografias.com Dorotea Orem. Teoría del autocuidado consultado del 15 de marzo de 2014.
- 5.- LAVADO DE MANOS: Simán, R., Galván, G., Miranda, C., Criollo, M., Durán, J., Pineda, T., *et al.* 2004. Guía de medidas universales de bioseguridad [En Línea]Disponible:http://www.mspas.gob.sv/.../pdf/guia/Guia_de_Bioseguridad_VIH.pdf [Enero, 2014]
- 6.- La Enciclopedia de Enfermería, (2010), Mc Graw-Hill. Interamericana, México. Tomo I pag.129
- 7.- Ortega M, Mensa J. Precauciones de aislamiento en el área de urgencias. Emergencias. 2009; 21:36-41
- 8.- Soto, V. y Olano, E. 2004. Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga.

Chiclayo 2002. An. Fac. Med. [Serie en línea]. 65(2):103- 110.
Disponible:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&=S1025-55832004000200004&lng=es&nrm=iso. [Enero, 2009].

9.- Méndez, M. (1998) Atención a Pacientes Infectocontagiosos. 1ª edición. Interamericana MC Graw Hill. México. 670-678

10.- Gestal, J. (2000). Riesgos del Trabajo del Personal Sanitario. 2ª Ed. España: Interamericana Mc Graw Hill.

11.- Lynch, P. (2000) Infecciones y Prácticas de Enfermería. Prevención y Control. 1era. Edición Mosby . EUA pág. 800-810

12.- Atkinson, L Y Fortunato, N (1998) Técnicas de Quirófano. Harcourt.Brace

13.- Kozier, B. Erb, G. y Bufalino, P (1994). El Proceso de Atención de Enfermería: Un Enfoque Científico. Manual Moderno, SA de CV.

14.- Brunner L. y Suddarth, D Brunner (1993). Enfermería Médico – quirúrgica. 7mas Edición, Vol. I Interamericana McGraw – Hill. México.

15.- Fuller, J (2000) Instrumentación quirúrgica. Principios y práctica. 3ªEdición. Editorial Médica Panamericana. San Francisco, California.

16.-Manual de desechos sólidos hospitalarios para el personal médico y de enfermería (2002) www.ccss.sa.cr/germed/gestamb/médico3.htm

17.- El manual de normas para la prevención y control de infecciones hospitalarias (1998), pág. 118.119

19.- Enf. Solorza Omar E. manual de procedimientos de enfermería sector críticos 2011

20.- Areizaga Hernández. B. manual de procedimientos de enfermería hospital de Basurto 1ra. Edición 2010 pág. 375-379

21.- Manual de funciones del departamento de enfermería año 2010. pág. 130-137

22.- Morales C. costo de las infecciones en pacientes atendidos en una unidad de cuidados intermedios. Revista cubana enfermería. Volumen y número 2 año 2009.

23.- Lina Corredor y Sandra Sanches. Sobrecarga laboral en enfermería 2011 Mex. Df. pág. 158-162

24.- Adali, E. Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. The European Journal of Psychiatry (edición en español). Julio-septiembre 2003, vol. 3. p. 161-170. Disponible en <http://scielo.isciii.es>

25.- Albar Marín, Stengenga. et al Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Enfermería Clínica. 2004; 14(5). p. 281-285.

26.- Comisión Nacional del SIDA. Estrés laboral y burnout en los servicios de salud. México, 2004.

27.- Hernández, J.R. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Revista Cubana de Salud Pública. Marzo-Diciembre 2003. Vol. 29, número 002. Sociedad Cubana de Administración de Salud. p. 103-110

29.- Ibáñez, N. et al Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Enfermería Clínica. 2004. 14(3). p. 142-151

30.- Torres, C. ¿Estrés o burnout? Agenda Salud. Octubre-Diciembre 2001. No.24.

31.- Vashishtha, A. y Mishra, P. Social support as a moderator variable of occupational stress and organizational commitment relationship. Psychological Studies. 1998. Vol. 43, No. 1. p. 33-36.

32.- Reeder, S. Y Mauksch, H. La enfermería: en cambio continuo. Manual de Sociología Médica. Freeman, H. Levine, S. y Reeder, L. (compiladores). Fondo de Cultura Económica. Biblioteca de la Salud. México, 1998.

33.- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Lavado de manos técnica y práctica principal en la prevención y control de infecciones. Secretaria de Salud [en línea] 22-28 Jul 2007. [accesado Feb 2012]; 24(30). Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2007/sem30/pdf/edit3007.pdf>

PROPUESTAS

- ❖ Como personal de enfermería apoyar a diferentes entidades educativas, a los directores y docentes, sobre la importancia de las precauciones estándares en cualquier momento durante la estancia en una institución de salud, como información precisa del problema.
- ❖ Como enfermera capacitar al personal de enfermería del hospital sobre los temas de precauciones estándar y procedimientos invasivos impartir temas de gran importancia y actividades propias del servicio de terapia intensiva.
- ❖ Tener a la mano un protocolo de seguridad del paciente y del personal de salud sobre precauciones estándar y darle un seguimiento cada mes.
- ❖ Supervisar las actividades de procedimientos invasivos revisando si las reglas de precauciones estándar son las correctas.
- ❖ Proponer una nueva materia exclusiva de terapia intensiva acerca de los recursos físicos, recursos materiales como la función de los aparatos propios del servicio de terapia intensiva y de conocimientos de recursos humanos.