

Adherencia a técnicas de aislamiento en familiares y visitantes de pacientes aislados por vía aérea. IPS Universitaria Clínica. León XIII. 2016.

Adherence to isolation techniques in family and visitors of patients isolated by aerosol. IPS Universitaria Clínica León XIII. 2016.

Cindy Alejandra Monsalve Romero

**Trabajo de investigación para optar al título de
Especialista en Auditoria en Salud**

Asesor

**Guido Manuel Hernández Paternina MD, ESP, PhD
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública**

Héctor Abad Gómez

Medellín

2016

Dedicatoria

Con toda gratitud a Dios y a todas las personas
que me apoyaron en este proceso.

Muchas Gracias.

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen	10
1. Introducción.....	12
2. Planteamiento del problema.....	14
3. Objetivos	17
3.1 Objetivo general.....	17
3.2 Objetivos específicos	17
4. Marco Teórico.....	18
4.1 Infecciones intrahospitalarias	18
4.1.1 Componentes de la cadena epidemiológica.....	18
4.1.2 Modo de transmisión del agente	19
4.1.3 Precauciones para el control de infecciones durante la atención del paciente.....	20
4.2 Precauciones por Aerosol o vía aérea.....	23
4.2.1 Enfermedades que requiere aislamiento aéreo o por aerosol	23
4.2.2 Tuberculosis intrahospitalaria	24
4.2.3 Factores de riesgo para la transmisión intrahospitalaria	25
4.2.4 Medidas de prevención de la transmisión	25
4.3 Seguridad del Paciente.....	27
4.4 Generalidades IPS Universitaria.....	30
5. Metodología	32
5.1 Métodos para la recolección de la información.....	32
5.2 Descripción.....	33
5.3 Criterios de inclusión	33
5.4 Criterios de exclusión:	34
5.5 Análisis	34
5.6 Fuentes de información	34
5.7 Instrumentos para la captura y análisis de la información	35

6. Resultados	36
7. Discusión	54
8. Conclusiones	57
9. Recomendaciones	59
Referencias Bibliográficas	60
Anexos	64

Lista de figuras

	Pág.
FIGURA 1: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD.....	36
FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO.....	36
FIGURA 3 DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL	37
FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ESCOLARIDAD	37
FIGURA 5: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE.....	38
FIGURA 6: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS HORAS DE CUIDADO	38
FIGURA 7: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN	39
FIGURA 8: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PERSONA QUE INFORMA SOBRE EL AISLAMIENTO	40
FIGURA 9: DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE SE DEBEN UTILIZAR.....	40
FIGURA 10: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO	41
FIGURA 11: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE ACOMPAÑANTES QUE PUEDE TENER EL PACIENTE	42
FIGURA 12: CONOCIMIENTO SOBRE EL AISLAMIENTO.....	42
FIGURA 13: RESULTADOS DE LA VERIFICACIÓN CON LA LISTA DE CHEQUEO.....	43
FIGURA 14: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN LA EDAD.....	44
FIGURA 15: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN EL SEXO.....	45
FIGURA 16: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL	45
FIGURA 17: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO	46
FIGURA 18: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN LA ESCOLARIDAD	47
FIGURA 19: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE .	48
FIGURA 20: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN LAS HORAS DE CUIDADO	48
FIGURA 21: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN LA OCUPACIÓN	49
FIGURA 22: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN LA PERSONA QUE INFORMA SOBRE EL AISLAMIENTO	50
FIGURA 23: COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE ACOMPAÑANTES QUE PUEDE TENER EL PACIENTE	50

FIGURA 24: COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN SEGÚN LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN
PERSONAL QUE SE DEBEN UTILIZAR51

FIGURA 25: RELACIÓN DE LAS VARIABLES SEGÚN LA COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN52

FIGURA 26: RELACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA LISTA DE CHEQUEO SEGÚN LA
COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN53

Lista de Anexos

	Pág.
ANEXO 1: ENCUESTA	64
ANEXO 2: LISTA DE CHEQUEO	68

Glosario

Adherencia: Se trata del proceso y la consecuencia de adherir, puede referirse a pegar o aglutinar algo o a aceptar o apoyar una causa.

Aislamiento: Hacer que una persona o una cosa quede sola, separada de otras.

Familiar: De la familia, para la familia o relacionado con ella.

Infección: Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo.

Infección intrahospitalaria (IIH): Las infecciones intrahospitalarias o también llamadas infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS); son infecciones adquiridas durante la estancia en un hospital y que no estaban presentes ni en período de incubación al momento del ingreso del paciente.

Medicina interna: Parte de la medicina que se ocupa del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades que afectan a todo el organismo o a un solo órgano y no requieren asistencia quirúrgica.

IPS: Institución prestadora de servicios de salud

Vía aérea: La vía aérea comprende la totalidad del camino por donde fluye el aire desde los labios o nariz hasta los sacos alveolares

Visitante: Que visita a alguien o visita un lugar.

Resumen

El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional de corte transversal, se evaluó la adherencia a técnicas de aislamiento por parte de familiares y visitantes de pacientes aislados por vía aérea, en la IPS Universitaria sede Clínica León XIII 2016; la población y muestra fueron 58 familiares y visitantes de pacientes aislados por vía aérea en los servicios de medicina interna; durante 30 días entre febrero y marzo se les aplicó una encuesta y lista de chequeo diseñadas por la investigadora para la recolección y verificación de los datos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión y el consentimiento informado.

Para la tabulación y análisis se utilizó Microsoft Excel con base en la variable “comprensión de la información”. Se evidenció que los familiares y visitantes de los pacientes no tienen una total adherencia a las técnicas de aislamiento, pues se observó que tan solo la mitad comprenden la información, limitando así el conocimiento que motive a la aplicación de estas. Además, no conocen el tipo de aislamiento, la restricción de visitas, se retiran el tapabocas para descansar en la habitación, y lo utilizan de forma inadecuada porque carecen de conocimiento claro y completo que impide la adherencia.

Por lo tanto se recomienda reevaluar el método utilizado de socialización a acompañantes de la información sobre el manejo del aislamiento, facilitando la apertura a espacios educativos, definir un profesional responsable que explique la importancia, implementar folletos, boletines, carteleras informativas que el impacto de la información motive a la aplicación a las técnicas de aislamiento.

Palabras claves

Adherencia, Aislamiento, Familiares, Aerosol

Abstract

This study is descriptive, observational cross-sectional, it was evaluated the adherence to isolation techniques by the family and visitors of patients isolated by air, in the IPS Universitaria Clinica Leon XIII, 2016. The population and sample were 58 familiars and visitors of patients isolated by aerosol in internal medicine for 30 days between February and March; They were applied a survey and checklist designed by the researcher for collection and verification of data, considering the inclusion and exclusion criteria and informed consent.

The tabulation and analysis were done in Microsoft excel, based in the variable "understanding of information". It showed that familiars and visitors of patients do not have complete adherence to isolation techniques, it was observed that half of the caregivers understood the information about the isolation; this limits the knowledge and the motivation to the application of the techniques. Also they do not know the type of isolation, restriction of visits; they retire masks to rest in the room, and use it inappropriately because they do not have knowledge clear and complete that prevents adhesion.

Therefore it is recommended to evaluate the method of socialization of information about the isolation, facilitating the opening of educational spaces, to define a responsible professional to explain the importance of the isolation, implement brochures, newsletters, bulletin boards to motivate the application of the techniques of the isolation.

Keywords:

Adherence, Isolation, Family, Aerosol

1. Introducción

En la actualidad hay un notable aumento de las enfermedades intrahospitalarias en Colombia, además ha crecido el número de casos nuevos por diagnóstico de tuberculosis (TB), cada una de estas situaciones implica no solo a quien tiene la enfermedad sino además a quienes interactúan en su cuidado a nivel familiar y social, por lo que es muy importante la participación activa de los cuidadores en el manejo y control de la propagación de las enfermedades mediante la aplicación adecuada de las medidas de aislamiento. (1)

Las precauciones de aislamiento constituyen un elemento esencial en los programas contra la infección intrahospitalaria y sus recomendaciones responden a la información científica y a los cambios epidemiológicos ocurridos en los últimos años. Las infecciones adquiridas en los centros de salud (llamadas infecciones hospitalarias o infecciones nosocomiales) representan un peligro tanto para los pacientes como para el personal, estudiantes y visitas. Además, agravan el estado del paciente, aumentan el riesgo de muerte, e incrementa los costos. (2)

Con base en lo anterior se puede presumir que existe un desconocimiento de la población que visita a los pacientes con aislamiento hospitalario, sobre el manejo de las medidas de aislamiento, que puede ser por falta de educación por parte del personal asistencial sobre la enfermedad del paciente y los requerimientos del aislamiento, por olvido de la información, o tal vez por la rotación de los acompañantes y la falta de comunicación entre ellos.

El presente trabajo fue desarrollado en los servicios de medicina interna de la IPS Universitaria sede Clínica León XIII, la cual es una institución de tercer nivel en la ciudad de Medellín, ya que era necesario conocer cuál es la adherencia a las técnicas de aislamiento por los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea con el fin de corroborar su cumplimiento durante la estancia hospitalaria

del paciente para recomendar acciones de mejoramiento institucional y para minimizar los riesgos de transmisión de infecciones intrahospitalarias

Debido a esta problemática se requiere desarrollar estrategias que incentiven a mejorar la información brindada a los acompañantes sobre las técnicas de aislamiento por vía aérea, de tal forma que sean parte activa en la prevención de infecciones con el uso adecuado de los elementos de protección personal y las demás precauciones de aislamiento.

2. Planteamiento del problema

Las enfermedades de transmisión por vía aérea como la tuberculosis (TB), continua siendo a nivel mundial una de las principales causas de muerte por enfermedades trasmisibles, además es considerada como uno de los principales problemas de Salud Publica en varios países de Latinoamérica, África y Asia. Si bien la tuberculosis es curable, más de un millón de personas mueren cada año debido a esta enfermedad. (3) Además, se asocia con niveles socioeconómicos bajos según estudios realizados por la OMS.

En el año 2013, se estima que hubo 285.200 nuevos casos de TB en Las Américas, lo que equivale a una tasa de 29/100 000 habitantes. Más de dos tercios de todos los nuevos casos ocurrieron en dos subregiones de América del Sur. La incidencia varia en las diferentes subregiones, la mayor tasa de incidencia fue en el Caribe 70/100 000, seguida por la región andina 63/100 000, resto Sudamérica 41/ 100 000, México y América central 28/100 000 y Norte América 3.6/100 000. La incidencia de tuberculosis está disminuyendo en todas las subregiones de América excepto en México y América Central, donde permanece estable entre 2007 y 2013. (3)

En Colombia hasta la semana epidemiológica 16 de 2016, se han notificado al Sivigila 4.059 casos de tuberculosis de todas las formas; el 82,5.% pertenecen a la forma pulmonar, el 17,5.% a formas extrapulmonares, entre las que se registraron 132 casos con localización meníngea; en la semana epidemiológica 16, se notificaron al Sivigila 272 casos, 146 de esta semana y 126 de semanas anteriores notificadas tardíamente; el 87,0.% de los casos de esta semana (127 casos) pertenecen a la forma pulmonar, el 13,0.% (19 casos) a formas extrapulmonares entre las que se registraron tres casos con localización meníngea; en la semana epidemiológica 16 de 2016 se notificaron 280 casos. (4)

La Tuberculosis es una enfermedad de transmisión erógena que ocurre por la diseminación de núcleos de gotas (partículas de 5 µm o menos) o residuos secos de materia orgánica e inorgánica que por su pequeño tamaño puede permanecer suspendido en el aire por un período prolongado de tiempo y recorrer largas distancias hasta el huésped susceptible para luego ser inhalado. Las partículas microbianas inhaladas pueden llegar al alveolo pulmonar donde quedan retenidas y generar daño tisular. Los microorganismos transmitidos por esta vía son: *Mycobacterium tuberculosis* y los virus de la rubéola, sarampión y varicela. (5)

En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud el aislamiento de los pacientes con enfermedades infecciosas o que pueden padecerlas como los pacientes inmunosuprimidos, es una de las precauciones más importantes que se debe tener en cuenta, pues la seguridad del paciente implica prevenir la transmisión de infecciones intrahospitalarias, por lo que una vez diagnosticado el agente patógeno, se debe iniciar el empleo de unas técnicas especiales de precaución, no solo por el personal asistencial sino por los acompañantes de los pacientes.

En la IPS universitaria sede Clínica León XIII en los servicios de medicina interna, se ha evidenciado que el personal médico o de enfermería ingresa a la habitación para la valoración de los pacientes bajo medidas de aislamiento por aerosol, encontrándose que los acompañantes no utilizan los elementos de protección personal como lo es la mascarilla de alto flujo que es esencial para el manejo de este tipo de aislamiento lo que puede conllevar a la posible transmisión de infecciones intra-hospitalarias y extrahospitalarias.

Por lo tanto es fundamental que se aplique en las instituciones de salud no solo por el personal asistencial sino por todas las personas que estén el contacto con el paciente (familiares y visitantes) y que se garantice su cumplimiento mediante educación efectiva y con calidad.

La presente investigación permitirá realizar un diagnóstico y así valorar la adherencia a las técnicas de aislamiento por los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea, en los servicios de medicina interna de la IPS Universitaria sede Clínica León XIII, con el fin de corroborar su cumplimiento durante la estancia hospitalaria y minimizar los riesgos de infecciones intrahospitalarias.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Evaluar la adherencia de las técnicas de aislamiento por parte de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea en los servicios de medicina interna de la IPS Universitaria sede Clínica León XIII, 2016 con el fin de corroborar su cumplimiento durante la estancia hospitalaria.

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar la población objeto de estudio según variables socio- demográficas.

Verificar el uso adecuado de los elementos de protección personal por familiares y visitantes de pacientes aislados por aerosol de los servicios de medicina interna de la IPS Universitaria sede León XIII.

Establecer un análisis de las variables que impactan en la seguridad del paciente aislado por aerosol y en la prevención de infecciones intrahospitalarias en sus acompañantes.

4. Marco Teórico

4.1 Infecciones intrahospitalarias

Las infecciones intrahospitalarias son aquellas adquiridas en el hospital o institución prestadora de servicios de salud y son causadas por microorganismos reconocibles a través de manifestaciones clínicas y/o confirmación microbiológica. Las características dependen del agente causal, del sitio infectado y de las condiciones del huésped; pueden ocurrir durante la estancia hospitalaria o hasta 72 horas después del egreso del paciente, dependiendo del tiempo de hospitalización y del periodo de incubación de la enfermedad. En caso de prótesis, pueden presentarse hasta doce meses después. También se consideran infecciones intrahospitalarias las adquiridas por los trabajadores de la institución o la comunidad en general como consecuencia de contagio con otros pacientes o con los desechos patógenos de instituciones hospitalarias. (6)

La tasa de infección intra-hospitalaria máxima, según los parámetros de alerta temprana, es de 5 por cada 100 pacientes hospitalizados. En Colombia para el 2013-2 esta tasa se encuentra en 1,16 infecciones por 100 pacientes hospitalizados, ubicándose muy por debajo del valor máximo, lo cual, dado el nivel de subregistro, no significa por ahora un logro, sino que debe ser motivo de una mayor vigilancia y reporte a favor de la seguridad del paciente. (7)

4.1.1 Componentes de la cadena epidemiológica

4.1.1.1. Agente causal. Un agente es un factor que está presente para la ocurrencia de una enfermedad, por lo general un agente es considerado una causa necesaria pero no suficiente para la producción de la enfermedad. Los agentes pueden dividirse en biológicos y no biológicos; los agentes biológicos son organismos vivos capaces de producir una infección o enfermedad en el ser humano y los animales. Las especies que ocasionan enfermedad humana se

denominan patógenas. Dentro de los agentes no biológicos se encuentran los químicos y físicos. (8)

4.1.1.2. Huésped. Es una persona o animal vivo, incluyendo las aves y los artrópodos, que en circunstancias naturales permite la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso. La entrada del agente, biológico o no biológico, en el huésped inicia el proceso de infección o el período de latencia en las enfermedades no transmisibles. (8)

4.1.1.3 Infección. Es la entrada y desarrollo o multiplicación de un agente infeccioso en el organismo de una persona o animal. Los gérmenes, patógenos o no, habitan, se multiplican y se mantienen en nichos naturales específicos. El hábitat normal en que vive, se multiplica y/o crece un agente infeccioso, se denomina reservorio. (8)

4.1.2 Modo de transmisión del agente

El modo de transmisión es la forma en que el agente infeccioso se transmite del reservorio al huésped. Los principales mecanismos son los siguientes:

4.1.2.1 Transmisión directa. Es la transferencia directa del agente infeccioso a una puerta de entrada para que se pueda llevar a cabo la infección. Se denomina también transmisión de persona a persona. Esto puede ocurrir por rociado de gotillas por aspersión (gotas de flügge) en las conjuntivas o en las membranas mucosas de la nariz o boca al estornudar, toser, escupir, hablar o cantar, y por contacto directo como al tocar, besar, al tener relaciones sexuales. En el caso de las micosis sistémicas, la transmisión ocurre por exposición directa de tejido susceptible a un agente que vive normalmente en forma saprófita en el suelo. (8)

4.1.2.2 Transmisión indirecta.

- Mediante vehículos de transmisión o fómites a través de objetos o materiales contaminados tales como juguetes, pañuelos, instrumentos quirúrgicos, agua, alimentos, leche, productos biológicos, incluyendo suero y plasma. El agente puede o no haberse multiplicado o desarrollado en el vehículo antes de ser transmitido. (8)
- Por intermedio de un vector Mecánico o biológico. (8)
- A través del aire es la diseminación de aerosoles microbianos transportados hacia una puerta de entrada apropiada, generalmente el tracto respiratorio. Los aerosoles microbianos son suspensiones aéreas de partículas constituidas total o parcialmente por microorganismos. Las partículas con diámetro de 1 a 5 micras llegan fácilmente a los alvéolos del pulmón y allí permanecen. También pueden permanecer suspendidas en el aire durante largos períodos de tiempo; algunas mantienen su infectividad y/o virulencia y otras la pierden. Las partículas de mayor tamaño se precipitan, lo que puede dar origen a una transmisión directa, como la transmisión por gotas donde las gotitas de mayor tamaño (>5 micras de diámetro) transmiten el agente infeccioso. (8)

4.1.3 Precauciones para el control de infecciones durante la atención del paciente

Ciertos pacientes pueden exigir precauciones específicas para limitar la transmisión de posibles microorganismos infecciosos a otros pacientes. Las precauciones recomendadas para aislamiento dependen de la vía de transmisión.

Aspectos prácticos: Las precauciones de aislamiento y mediante colocación de barreras deben ser principios presentados por escrito, normalizados y adaptables al agente infeccioso y a los pacientes. Comprenden de precauciones normales o

regulares que deben tenerse con todos los pacientes y otras precauciones para determinados pacientes. (9)

Las precauciones de rutina deben tenerse en el cuidado de todos los pacientes; comprenden limitación del contacto de los trabajadores de salud con todas las secreciones y los humores biológicos, las lesiones de la piel, las membranas mucosas o la sangre y otros humores corporales. Los trabajadores de salud deben usar guantes para cada contacto que pueda ocasionar contaminación, y batas, mascarilla y protección para los ojos cuando se prevea que habrá contaminación de la ropa o la cara. (9)

Las Precauciones generales se deben utilizar con todos los pacientes:

El lavado de manos es considerado el procedimiento más importante sencillo y eficaz para el control de la infección nosocomial. Debe realizarse al llegar y finalizar el trabajo, antes y después de realizar todo procedimiento, al estar en contacto con fluidos corporales o con elementos o superficies contaminadas. (9)

La habitación del paciente es el sitio donde permanece el paciente es un componente de las prácticas de aislamiento. Un cuarto individual es necesario para prevenir la transmisión por contacto directo o indirecto y deben incluir lavamanos, jabón, toallas de papel, sanitario. Siempre mantener la puerta cerrada. Las habitaciones de los pacientes de aislamiento aéreo deben contar con presión negativa al interior y las de pacientes con trasplante de médula ósea deben tener presión positiva al interior de la institución. (9)

Los guantes deben usarse siempre como barreras protectoras de la piel, frente a los fluidos corporales, y para realizar procedimientos invasivos u otros procedimientos que involucren contacto con piel no intacta o mucosas. El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos. (9)

La mascarilla debe cubrir boca y nariz. Para la atención de pacientes con aislamiento aéreo se requiere respirador o mascarilla -N95- de alta eficiencia las cuales son diseñados para captar partículas menores de 5 micras suspendidas en el aire. Las mascarillas quirúrgicas son diseñadas para evitar que partículas mayores de 5 micras sean expelidas al medio ambiente, deben ser resistentes a fluidos pero no realizan filtración. (9)

Es importante tener en cuenta que los respiradores y mascarillas sean usados antes y durante el periodo completo de exposición, deben ajustarse a la cara. Para usar un respirador de alta eficiencia el usuario debe estar bien afeitado para que haya ajuste adecuado y evitar escapes o penetración de fluidos o inhalación de partículas. (9)

Las gafas son necesarias para realizar procedimientos que ofrezcan riesgo de salpicaduras con fluidos corporales. Las batas son usadas durante el contacto con pacientes que tengan riesgo de salpicaduras o infecciones por organismos de importancia epidemiológica. Deben retirarse antes de salir de la habitación y descartarse en bolsa plástica para ser enviadas a lavandería. (9)

La desinfección de la habitación debe realizarse al egreso del paciente, siguiéndole protocolo de desinfección de unidades y superficies contaminadas. Se pondrá especial cuidado con organismos infectantes que pueden sobrevivir en superficies contaminadas por largos periodos de tiempo como el enterococo y enterovirus. (9)

Muchos factores determinan la necesidad de manejar y disponer con prudencia los artículos utilizados en la atención de los pacientes. Es de destacar el manejo de poncheras y jarras para el baño, las cuales deben lavarse con agua y jabón y desinfectarse con hipoclorito de sodio a 500 partes por millón y luego enjuagar y secar después de cada uso, al egreso del paciente se deben esterilizar al igual

que riñoneras, patos. Tensiómetros y estetoscopios deben ser de uso exclusivo del paciente y ser desinfectados a su egreso. (9)

Es importante limitar el traslado y transporte del paciente infectado para reducir la transmisión de microorganismos epidemiológicamente importantes o muy virulentos. Cuando sea indispensable su traslado se debe informar al personal las normas de manejo y colocar las medidas de bio-protección al paciente o a las personas que lo manejen según el tipo de aislamiento. Se debe asegurar que el paciente y su familia comprendan la necesidad y normativa del aislamiento, la respalden y la usen. (9)

4.2 Precauciones por Aerosol o vía aérea

Se define como el aislamiento que se debe tener cuando la diseminación de partículas menores de cinco micras permanece suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo y así son inhalados por hospederos susceptibles. Por el riesgo que ofrece se requiere usar mascarilla o respirador de alta eficiencia desde que se ingresa a la habitación. Cuarto aislado con presión negativa de aire, puerta cerrada, mascarilla de alta eficiencia, transporte del paciente limitado y en caso necesario colocarle mascarilla, batas solo si hay riesgo de salpicadura, estricto lavado de manos al estar en contacto con el paciente o sus fluidos, los artículos contaminados deben desinfectarse antes de ser descartados. (10)

4.2.1 Enfermedades que requiere aislamiento aéreo o por aerosol

Sarampión, varicela, herpes zoster, tuberculosis pulmonar activa, tuberculosis laríngea, pacientes VIH positivos con cuadro de fiebre e infiltrado pulmonar hasta que se descarte la tuberculosis. (10)

4.2.2 Tuberculosis intrahospitalaria

La tuberculosis es la enfermedad de mayor distribución a nivel mundial. A pesar de que en los últimos años se ha realizado grandes esfuerzos para disminuir la prevalencia y la incidencia de esta enfermedad, la tuberculosis continúa abriéndose paso en todos los países, especialmente entre los más pobres. Según la OMS se calcula que en el 2007 hubo 9,27 millones de casos incidentes de tuberculosis en todo el mundo, es decir más que los 9,24; 8,3 y 6,6 millones registrados en el 2006, en el 2000 y en 1990 respectivamente. En el 2007 la mayoría de esos casos se registraron en Asia (55%) y África (31%); en las regiones del Mediterráneo oriental, Europa y Américas, las cifras correspondientes fueron del 6%, 5% y 3% respectivamente. Los cinco países con mayor número de casos en el 2007 fueron: India, China, Indonesia, Nigeria y Sudáfrica. (11)

Aunque el número absoluto de casos incidentes de tuberculosis está aumentando debido al crecimiento de la población, la tasa de incidencia está disminuyendo aunque a ritmo lento (menos de 1% al año). La tasa mundial de incidencia alcanzó su valor máximo (142 casos por 100.000 habitantes) en el 2004; en el 2007 la estimación fue de 139 casos por 100.000. La tasa de incidencia está disminuyendo en cinco de las seis regiones de la OMS; la excepción es la región de Europa, donde se mantiene más o menos estable. Los casos prevalentes de tuberculosis en el 2007 fueron de 13,7 millones (206 por 100.000); es decir menos que los 13,9 (210 por 100.000) estimados en el 2006. La probabilidad de infección por *Mycobacterium tuberculosis* depende de número de gotitas de *Fugge* por volumen de aire, de la sensibilidad del huésped y de la duración de la exposición.

Las unidades infecciosas deben tener al menos de 1 a 5 micras para alcanzar la superficie alveolar. Se postula que en el momento del diagnóstico, el paciente lleva varios meses infectando a sus contactos; de ellos solo el 10% desarrollara síntomas de la enfermedad, en caso de ser inmunocompetente, principalmente

durante los dos primeros años. En caso de inmunosuprimidos el riesgo asciende de 10% al año. (11)

En una institución de salud la probabilidad de exposición a *Mycobacterium tuberculosis* puede verse afectada por varios factores a saber: prevalencia de la infección tuberculosa en la población atendida, grado de hacinamiento, efectividad de la institución en detectar, diagnosticar, aislar, y tratar personas infectadas y efectividad del control de ingeniería para impedir la diseminación del aire contaminado en la institución. (11)

4.2.3 Factores de riesgo para la transmisión intrahospitalaria

La magnitud del riesgo de transmisión es multifactorial, varía entre países y depende de: La cantidad de bacilos eliminados por el paciente, relacionada con la forma de presentación de la tuberculosis, la duración del periodo infeccioso, determinada por el inicio del tratamiento, la concentración de bacilos en el aire o en el ambiente, determinada por la ventilación, la duración de la exposición, el número de pacientes infectados con tuberculosis. En el caso de infecciones solamente intrahospitalarias, debe considerarse, además, que la prevalencia e incidencia varía también según el tipo de hospital (nivel de referencia), es el servicio a cargo (neumología, laboratorio de microbiología, patología y urgencias) y la prevalencia de tuberculosis en la comunidad. (11)

4.2.4 Medidas de prevención de la transmisión

Las medidas propuestas por la guía de los CDC en el 2005, se enfocan en tres medidas principales: Administrativas, Técnicas y Personales.

4.2.4.1 Medidas Administrativas. Tienen como objetivo el control de la infección por medio de medidas que eviten la generación y propagación de aerosoles infecciosos. Estas medidas incluyen: Detección, aislamiento, diagnóstico y

tratamiento precoz de los pacientes con sospecha de tuberculosis. Aislamiento estricto del paciente infectado con tuberculosis o de alta sospecha. Conocimiento del estado tuberculínico del personal/ búsqueda de infección latente por tuberculosis. Para decidir a quién hacerle la prueba se utiliza el método de los círculos concéntricos:

- Primer círculo: Contacto íntimo, diario y mayor de 6 horas.
- Segundo círculo: Contacto frecuente, diario pero menor a 6 horas.
- Tercer círculo: Contacto esporádico, cuando este no es diario. (11)

4.2.4.2 Medidas de orden Técnico

- **Aislamiento.** Se recomienda adecuar el número de habitaciones de aislamiento en función del riesgo de tuberculosis de cada hospital o institución de salud. Las habitaciones deben ser individuales y ubicarse en la misma planta. Se debe disponer de presión negativa para evitar que los aerosoles se escapen a áreas no contaminadas. Las puertas deben permanecer cerradas, excepto cuando el personal de salud salga o entre a la habitación. Debe restringirse al máximo la circulación de personas. Si fuere posible, los procedimientos diagnósticos deben realizarse en la habitación del aislamiento.
- **Ventilación.** Las habitaciones de aislamiento requieren de un sistema de ventilación que disminuya la concentración de mico bacterias en el aire contaminado.
- **Medidas de uso personal.** Las mascarillas son dispositivos para evitar la transmisión de infecciones del médico al paciente, su eficiencia para filtrar los núcleos infecciosos de la tuberculosis es solo del 50%. Los respiradores son similares a las mascarillas pero tienen un diseño específico que les permite filtrar pequeñas partículas, para ofrecer protección contra bacterias tuberculosas, deben filtrar microorganismos de 1 micras. (11)

4.3 Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente según la OMS es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. También se considera como la evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «desvíos» y «accidentes». La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. La seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria, es el hecho de estar a salvo de lesiones accidentales en el curso de la atención médica; actividades dirigidas a evitar, prevenir o corregir resultados adversos que pueden derivarse de la prestación de atención sanitaria.

(11)

En Colombia, la Guía Técnica (Marzo 4 de 2010) de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud, impulsa la Política de Seguridad del Paciente expedida en junio de 2008, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud SOGC, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente, es así como (“Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008); el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”, ya que considera que la Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en las instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta sobre la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de su calidad.

Dentro de los procesos asistenciales seguros planteados por el ministerio de salud en la guía técnica “buenas practicas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, comprende detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud por lo que se propone entre otras acciones realizar aislamiento de pacientes que lo requieren. Así mismo proponen que se deben involucrar los pacientes y sus allegados en su Seguridad (12)

La humanización de la atención es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen la conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, se habla de humanización. Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social.

Es de gran importancia que las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud sean considerados como seres humanos en un sentido global. (13)

El cuidador primario es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no

sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia. (14)

En un estudio sobre cuidadores realizado en La Habana Cuba en el 2011, se afirmó que las características de los cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama avanzado estudiados fueron en mayor medida, un miembro de la familia, de sexo femenino, hija, con una edad entre los 38 y 59 años aproximadamente, con vínculo laboral, con un nivel escolar equivalente a 12 grado o superior y cuidaban en su propia casa a una mujer con discapacidad y minusvalía en la que la enfermedad tiene una extensión loco-regional o metastásicas. (15).

En otro estudio realizado en Cúcuta en el año 2013 el perfil de los cuidadores corresponde en términos generales a una mujer (87.8%), adulta entre los 36 a 59 años (71.0%), con bajo nivel de estudios (51.2%) primaria incompleta y precaria situación socioeconómica (91.7% estrato uno y dos). Estos cuidadores son casados (57.9%), la mayoría de las veces es la esposa (52.8%) quienes realiza labores de ama de casa (76.2%), con una dedicación superior al año y medio (34.9%). (16)

De la misma forma en otro estudio realizado en Pereira en el 2011 confirma el perfil del cuidador antes pues muestra la feminización y el envejecimiento del cuidador, al encontrarse una mayor proporción de cuidadores primarios del sexo femenino, con edad superior a los 50 años, bachilleres principalmente y casadas; pero también se encontraron cuidadores que son a su vez adultos mayores, que merecen un cuidado especial al cargar con su propia situación junto a la de su padre, madre o esposo. (17)

El cuidador secundario es aquel que no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo; puede tratarse de una enfermera, un asistente, un

trabajador social, un familiar lejano o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud. (18)

4.4 Generalidades IPS Universitaria

La IPS Universitaria, como es conocida comercialmente, es una institución prestadora de servicios de salud perteneciente a la Universidad de Antioquia. Opera como una corporación mixta sin ánimo de lucro, conformada por la Universidad de Antioquia y la Fundación de Apoyo hacia esta misma. La IPS universitaria tiene como misión ser la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, comprometida con la investigación, la extensión y la docencia. “Servimos a la comunidad en todos los niveles de atención, fundamentados en la evidencia científica, la ética, el respeto al medio ambiente y la calidad”; su visión es que para el 2016, la IPS UNIVERSITARIA será la red de servicios de salud preferida por los usuarios, principal centro de apoyo a la investigación, docencia y extensión de la Universidad de Antioquia, modelo de gestión y calidad en el ámbito nacional, con proyección al mercado internacional. (19)

La IPS Universitaria tiene como valores el respeto, honestidad, servicio, responsabilidad, coherencia: Armonía entre sentimiento, pensamiento, palabra y acción. Ofrece servicios de alta calidad humana, técnica y científica, cualidades que la han destacado durante su recorrido comercial, posicionándola en el sector de la salud por su calidad y buen servicio, de la mano de valores como honestidad, coherencia y responsabilidad. La IPS Universitaria trabaja en pro de la calidad a través de su sistema de gestión, en el que se tiene al usuario como ente principal de todo proceso. La IPS Universitaria ofrece servicios de consulta general y especializada, ayudas diagnósticas, urgencias, cirugía, hospitalización, unidades de cuidado intensivo y especial, trasplantes y desarrollo en investigación e innovación de la mano de la Universidad de Antioquia, con ejemplos de alto reconocimiento como el Laboratorio de Terapia Celular y Biobanco, además brinda

empleo a más de siete mil personas en el país. IPS Universitaria, servicios de salud con sello Universidad de Antioquia. (19)

La IPS Universitaria posee sedes en 4 diferentes ciudades en Apartado, San Andrés, Barranquilla y Medellín. En la ciudad de Medellín, se encuentra la sede Prado y La clínica León XIII. El presente estudio se concentra en la sede Clínica León XIII fue inaugurada en 1950 con el objetivo de fortalecer la atención médica a los afiliados al Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS), entidad estatal encargada de prestar los servicios de salud en el país hasta 1993. Fue adquirida en el año 2007 por la Universidad de Antioquia y esta delegó el 15 de febrero de ese año su administración a la IPS UNIVERSITARIA. Cuenta con tres bloques para la prestación de servicios médicos y hospitalarios. En esta sede están ubicadas las oficinas administrativas de la institución. En el bloque 1 hay 13 servicios en donde se reparten 330 camas de medicina interna. (19)

5. Metodología

Este estudio es de tipo descriptivo, observacional de corte transversal, a través - del cual se evaluó la adherencia de las técnicas de aislamiento por parte de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea en los servicios de medicina interna de la IPS Universitaria sede Clínica León XIII; ya que se evidencio que existe un desconocimiento de la población sobre el manejo de las medidas de aislamiento que puede ser por falta de educación por parte del personal asistencial sobre la enfermedad del paciente y los requerimientos del aislamiento, por olvido de la información, o tal vez por la rotación de los acompañantes y la falta de comunicación entre ellos. Por lo anterior se crea una encuesta y una lista de chequeo la cual fue aplicada a los acompañantes de los pacientes aislados por aerosol, para evaluar las variables previamente establecidas.

5.1 Métodos para la recolección de la información

Se consultó los protocolos y procedimientos institucionales que contengan las instrucciones sobre técnicas de aislamiento para familiares y visitantes y la metodología de socialización y difusión empleada. Se diseñó una encuesta y una lista de chequeo para aplicarla a los familiares y visitantes de los pacientes aislados por aerosol, en donde se evaluó la adherencia a las instrucciones sobre técnicas de aislamiento recomendadas por la institución.

Se tabuló la información a través de Microsoft Excel de forma sistemática y ordenada y se obtuvo conclusiones sobre la adherencia a las técnicas de aislamiento por los familiares y visitantes. Se analizó las principales falencias de familiares y visitantes sobre el cumplimiento de las técnicas de aislamiento en la institución y se realizó las respectivas recomendaciones a la institución para mejorarlas.

5.2 Descripción

La población y muestra objeto de estudio fueron los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea, hospitalizados en los servicios de medicina interna, servicios donde pertenece la investigadora y donde predomina este tipo de aislamiento, porque la tuberculosis hace parte del perfil de morbilidad. La muestra fue el total de familiares y visitantes que se encontraron con los pacientes aislados durante 30 días entre los meses de Febrero y Marzo, días en los que la investigadora tuvo la disponibilidad de tiempo para realizar la recolección de la información. En el primer día se aplicó la encuesta y se observó a los familiares y visitantes de todos los pacientes aislados por aerosol que cumplían con los criterios de inclusión, y en los días consecutivos solo se encuestó los acompañantes de los pacientes que ingresaron nuevos a los servicios de medicina interna y aquellos con orden nueva de aislamiento por aerosol.

En caso de que un paciente tuviera más de un acompañante al mismo tiempo cuando la investigadora ingresó a la habitación se les aplicó la encuesta a todos los que estaban con él, siempre y cuando autorizaron participar de la investigación ya que previamente se socializó y firmó el consentimiento informado, donde el participante tuvo la posibilidad de decidir voluntariamente su aporte para la investigación, se aclaró que era una investigación sin riesgo, por lo que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. De igual se siguieron los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia y respeto,

5.3 Criterios de inclusión

Acompañantes de los pacientes que se encontraron en los servicios de medicina interna del Bloque 1 de la IPS Universitaria (4 sur, 6 norte, 6 sur, 7 norte, 7 sur y 9

sur); acompañantes de los pacientes aislados por vía aérea solamente, acompañantes de los pacientes que en el momento de la encuesta estaban acompañados, acompañantes que firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación.

5.4 Criterios de exclusión:

Acompañantes de los pacientes de los servicios de pediatría, hematología, nefrología, neurología y área de cohorte del 10 piso, acompañantes de los pacientes con aislamiento diferente al de vía aérea o que tenga doble aislamiento, acompañantes de los pacientes sin acompañante al momento de la encuesta, acompañantes que no firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación.

5.5 Análisis

Una vez recolectada la información se procedió a registrarla en Excel. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables que componen la encuesta, para tabularlas y posteriormente se tomó una de las variables como es “comprensión de la información” y se realizó el respectivo cruce con las demás variables mediante tablas y gráficos para el análisis y la presentación de la información. Además, se utilizará un análisis bivariado para determinar la existencia o no de relación entre dos variables, con el hallazgo de frecuencias absolutas y relativas con los respectivos porcentajes.

5.6 Fuentes de información

Las fuentes de información consultadas fueron fuentes institucionales, fuentes documentales (virtuales) como normas vigentes según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, y fuentes primarias.

Las fuentes institucionales fueron consultadas a través de una de las aplicaciones que posee la IPS Universitaria en su portal llamado Calipsu un buscador interno que contiene de forma completa los procedimientos y protocolos de la institución. Además se preguntó a expertos en el tema de la institución como lo es el personal del área de investigación y docencia, control de infecciones, atención al usuario y gestión de la información.

Se consultó fuentes virtuales para conocer el marco legal que rige en Colombia sobre seguridad del paciente y control de infecciones además de guías propuestas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de protección social. La fuente primaria para responder la pregunta de investigación fueron los familiares y visitantes de los pacientes aislados por aerosol en los servicios de medicina interna de la IPS Universitaria sede Clínica León XIII, mediante la observación directa y el diligenciamiento de la encuesta aplicada.

5.7 Instrumentos para la captura y análisis de la información

Para evaluar la adherencia a las medidas de aislamiento por parte de los familiares y visitantes de pacientes aislados por aerosol, se diseñó una encuesta para la captura de datos contemplada en el anexo 1 y una lista de chequeo para la verificación y control de la información especificada en el anexo 2 de este documento.

Para facilitar el análisis de la información se consolidaron los datos, se seleccionó a la “comprensión de la información” como la variable principal por la relevancia del tipo de estudio. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas mono-variadas y bi-variadas para las variables. Se realizó el análisis de la información a través de las tablas y gráficas luego del cruce de las variables, en especial teniendo en cuenta aquellas que hacen parte del desarrollo de los objetivos específicos y serán explicados en el ítem de resultados.

6. Resultados

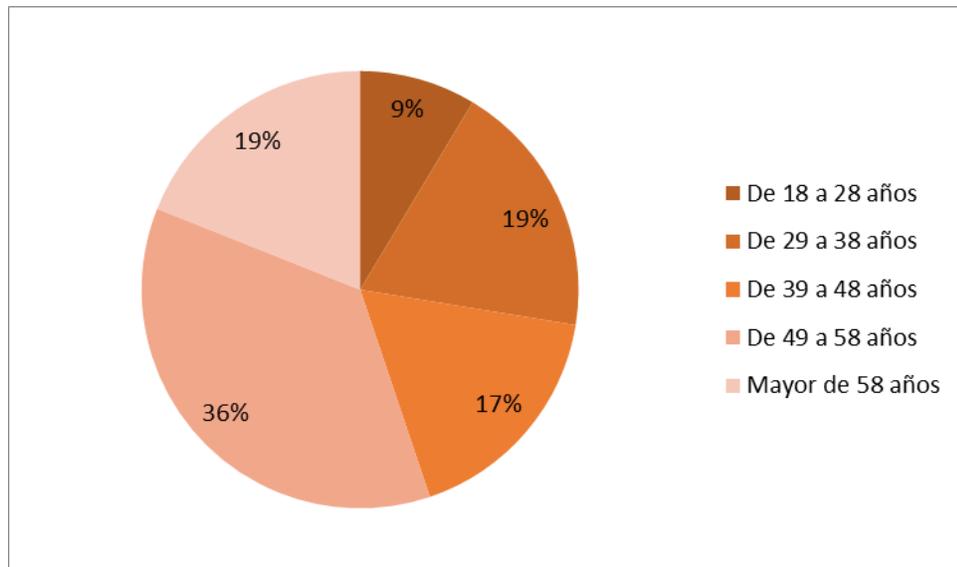


Figura 1: Distribución según la edad

Un alto porcentaje de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por Vía aérea correspondiente al 36% tenían una edad comprendida entre el rango de 49 años y 58 años. Mientras que los acompañantes de 18 a 28 años son los menos frecuentes con un 9%. No se encontró familiares y visitantes menores de 18 años.

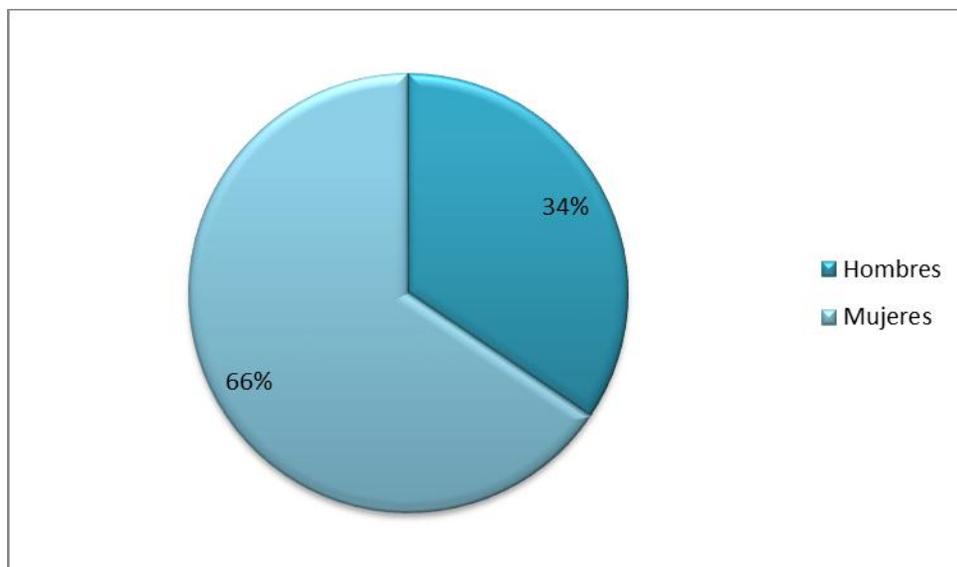


Figura 2: Distribución según el sexo.

Un alto porcentaje de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea correspondiente a un 66% son mujeres, por su parte los hombres alcanzan un 34%.

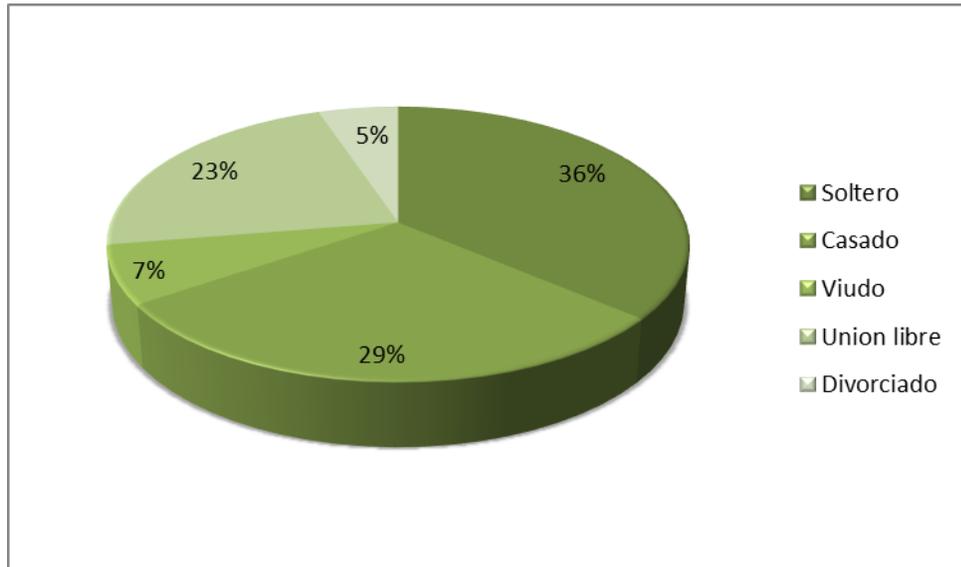


Figura 3 Distribución según el estado civil

El 36% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea son solteros, seguidos de un 29% que son casados, mientras que el solo 5% son divorciados.

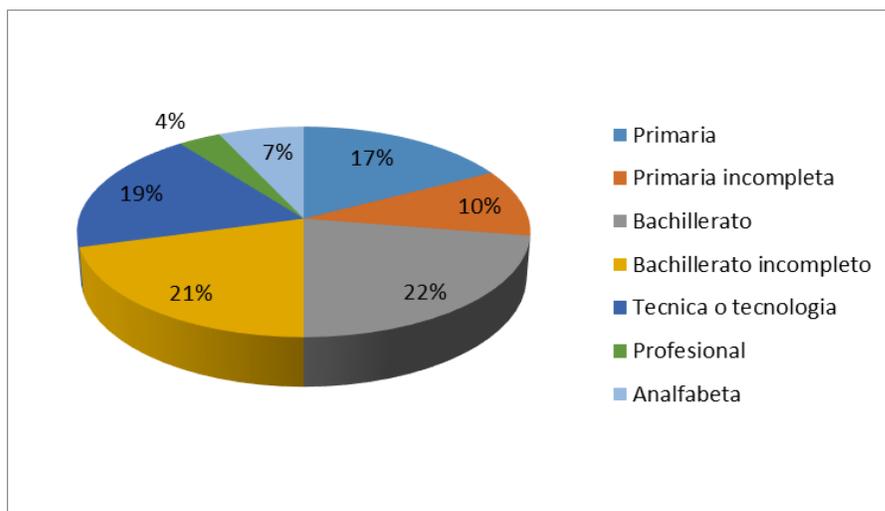


Figura 4: Distribución según la escolaridad

El 22% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea culminaron los estudios del bachillerato, seguido del 21% con bachillerato incompleto y 19% con primaria completa; en menor proporción se encontró con acompañantes analfabetas y profesionales con el 7% y 4% respectivamente.

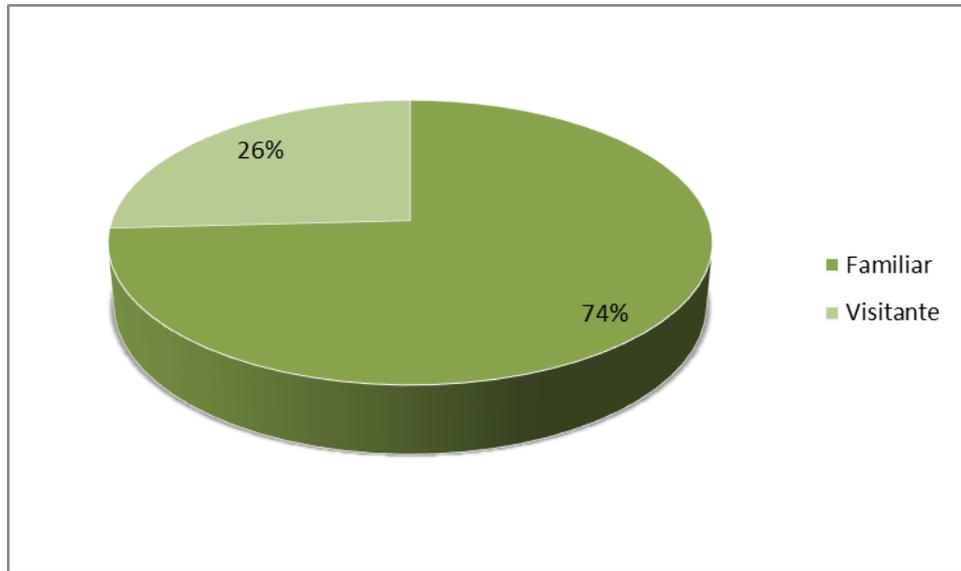


Figura 5: Distribución según la relación con el paciente

Un alto porcentaje de los acompañantes de los pacientes aislados por vía aérea corresponde al 74% que son familiares mientras que el 26% son visitantes.

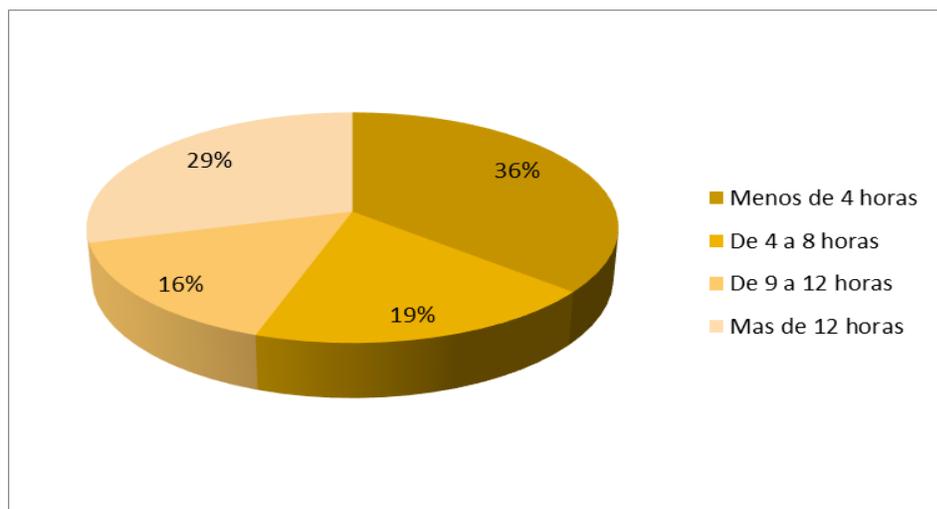


Figura 6: Distribución según las horas de cuidado

Un alto porcentaje de los acompañantes de los pacientes aislados por vía aérea correspondiente al 36% permanecen con el paciente menos de 4 horas, los que acompañan al paciente más de 12 horas solo es el 16% de la población encuestada.

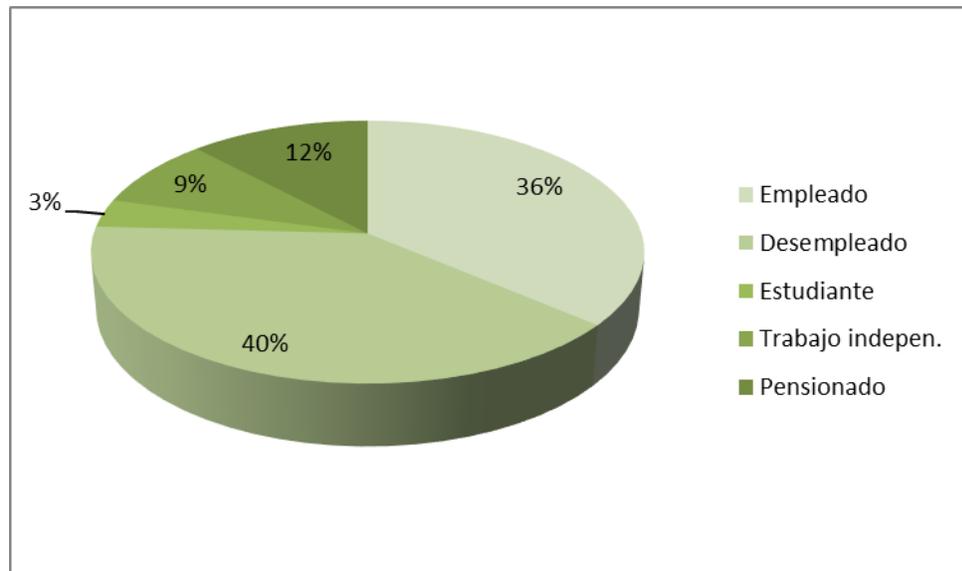


Figura 7: Distribución según la ocupación

Un alto porcentaje de los acompañantes de los pacientes aislados por vía aérea correspondiente al 40% son desempleados, le siguen los empleados con un 36%, en menor porcentaje se encuentran los trabajadores independientes con el 9% y los estudiantes con el 3%.

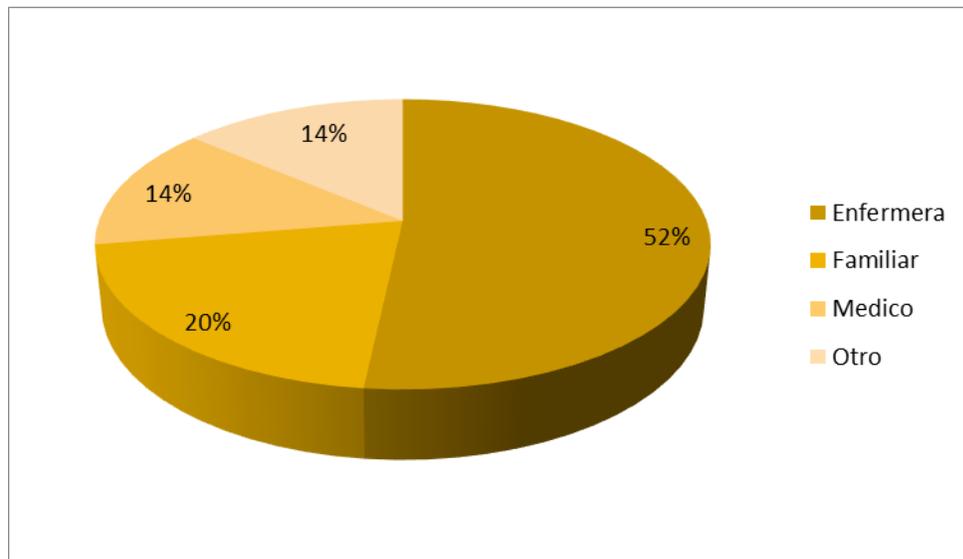


Figura 8: Distribución según la persona que informa sobre el aislamiento

Un alto porcentaje de los acompañantes de los pacientes aislados por vía aérea correspondiente al 52% afirman que la información sobre el aislamiento fue realizada por personal de enfermería, por los familiares en un 20% de los casos, por el médico en 14% y por otros un 14%.

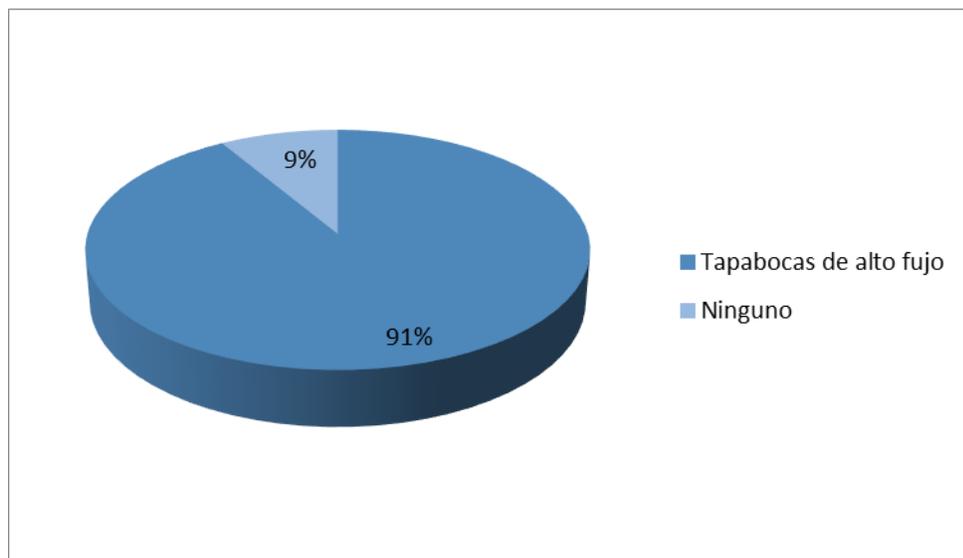


Figura 9: Distribución según los elementos de protección personal que se deben utilizar

Un alto porcentaje de los acompañantes de los pacientes aislados por vía aérea correspondiente al 91% saben que deben utilizar tapabocas de alto flujo mientras que el 9% afirman que no se debe utilizar ningún elemento de protección personal.

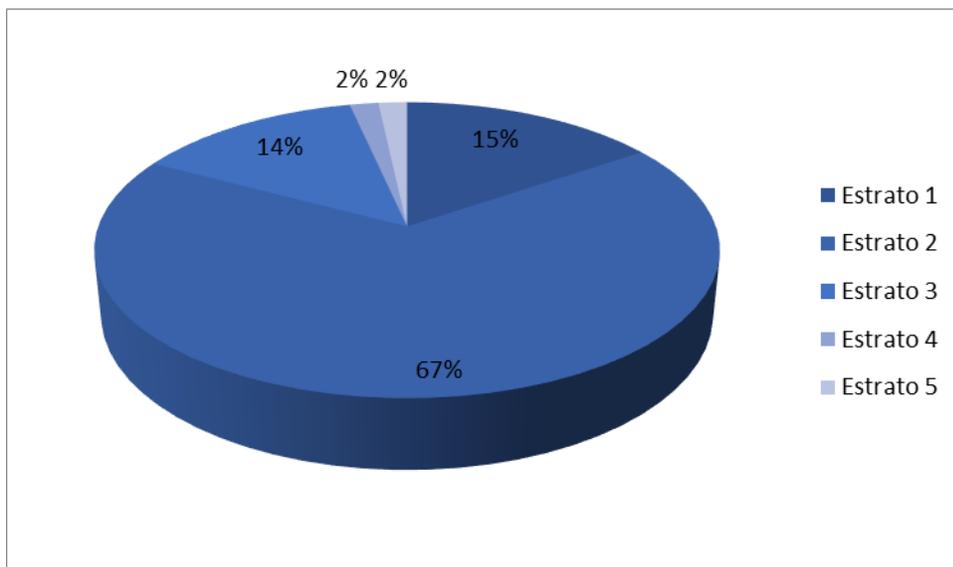


Figura 10: Distribución según el estrato socioeconómico

Un alto porcentaje de los acompañantes de los pacientes aislados por vía aérea correspondiente al 67% pertenecen al estrato 2, seguido del estrato 1 con el 15%, mientras que el estrato 3 corresponde al 14% y el estrato mayor de 3 el 4%.

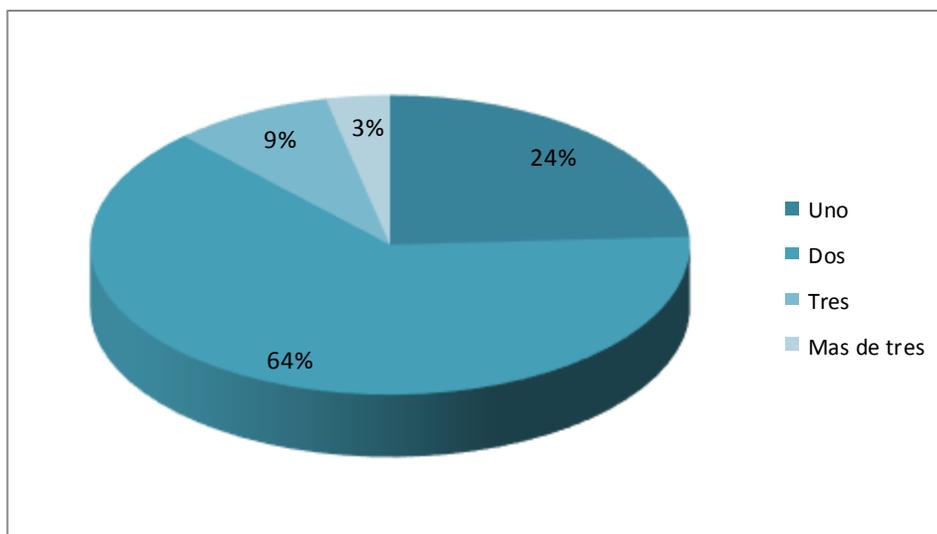


Figura 11: Distribución según el número de acompañantes que puede tener el paciente

Un alto porcentaje de los acompañantes de los pacientes aislados por vía aérea correspondiente al 64% afirman que el paciente puede tener 2 acompañantes, mientras que el 24% afirma que puede tener 1 acompañante, mientras que el 12% afirma que puede tener más de tres acompañantes.



Figura 12: Conocimiento sobre el aislamiento

Un alto porcentaje de los familiares y visitantes dicen que tienen disponible el tapabocas de alto flujo en un 89.7% de los casos mientras que el 10.3% no. El

38% de la población afirma que se retira el tapabocas en la habitación para descansar mientras que el 62% permanece con él. El 60% de la población asegura que el paciente no tiene visitas restringidas mientras que el 40% asegura que sí. El 72% de la población afirma que sabe qué medidas de aislamiento se debe utilizar mientras que el 28% no las conoce. El 60% de los familiares y visitantes conoce el motivo del aislamiento mientras que el 40% no los conoce. El 47% de la población afirma que comprende la información mientras que el 53% no la comprende.

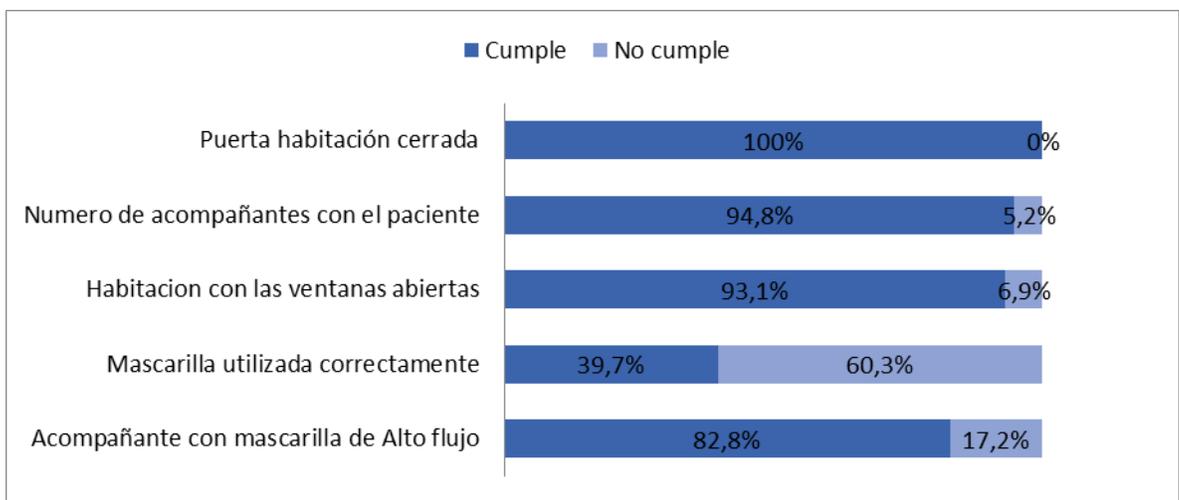


Figura 13: Resultados de la verificación con la lista de chequeo

Según la verificación realizada con la lista de chequeo se evidencio que las puertas de las habitaciones permanecen cerradas cumpliendo en un 100%, el número de acompañantes permitido en cada habitación cumplía en el 94.8%. La habitación con las ventanas abiertas cumplía en el 93.1%. El 82.8% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea observados cumplían con tener el tapabocas de alto flujo. El 39.7% de la población observada tenía el tapabocas de alto flujo utilizado correctamente.

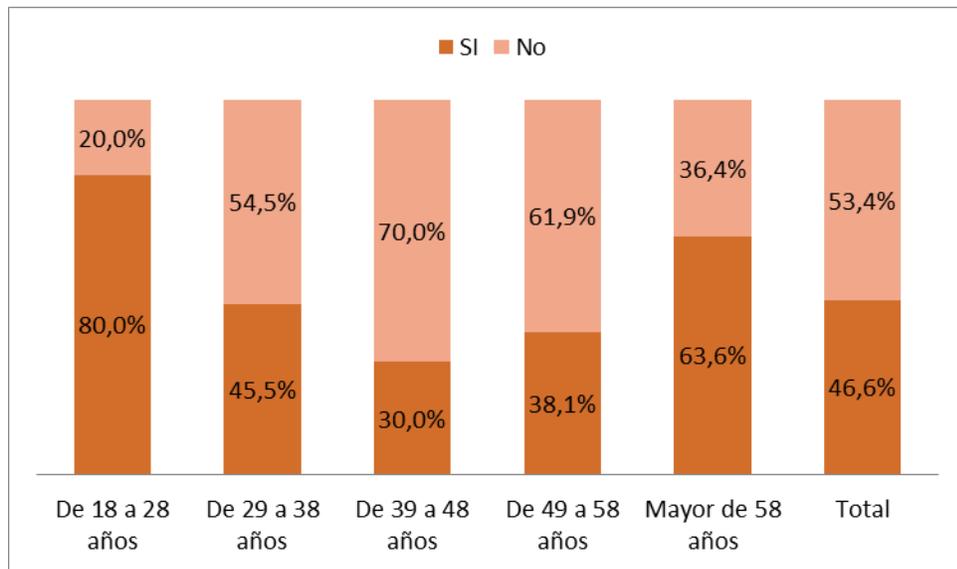


Figura 14: Comprensión de la información según la edad

El 80% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea entre 18 y 28 años comprenden la información, mientras que el 20% en este rango de edad no la comprenden. El 45.5 % de la población entre 29 y 38 años comprende la información mientras que el 54.5% no la comprende. El 30% de la población entre 39 y 48 años comprenden la información mientras que el 70% no la comprende. El 38.2% de la población entre 49 y 58 años comprende la información mientras que el 61.9% no la comprende. El 63.6% de la población mayor de 58 años comprende la información mientras que el 36.4% no la comprende.

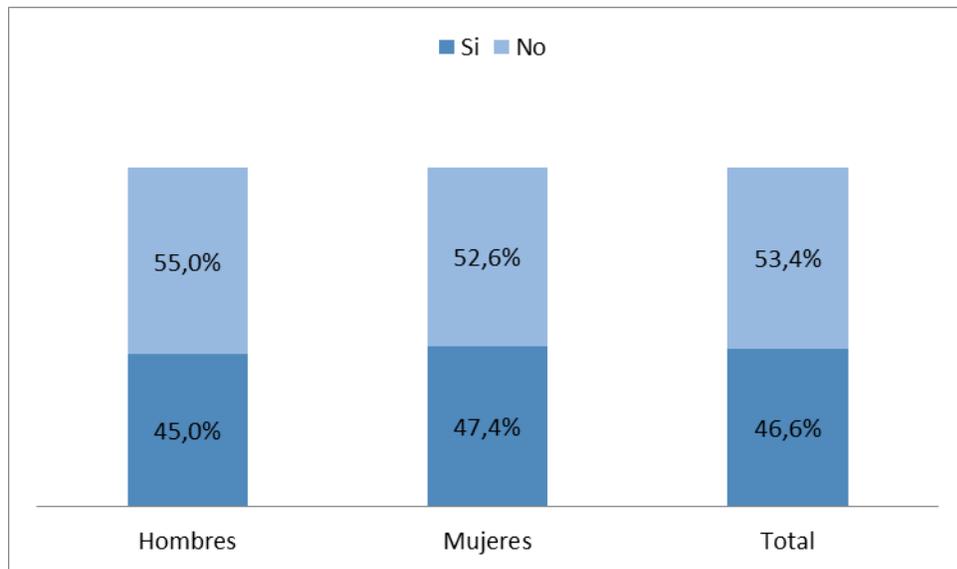


Figura 15: Comprensión de la información según el sexo

El 45% de los hombres comprende la información, mientras que el 55% no la comprende. El 47.4% de las mujeres comprende la información mientras que el 52.6% no la comprende.

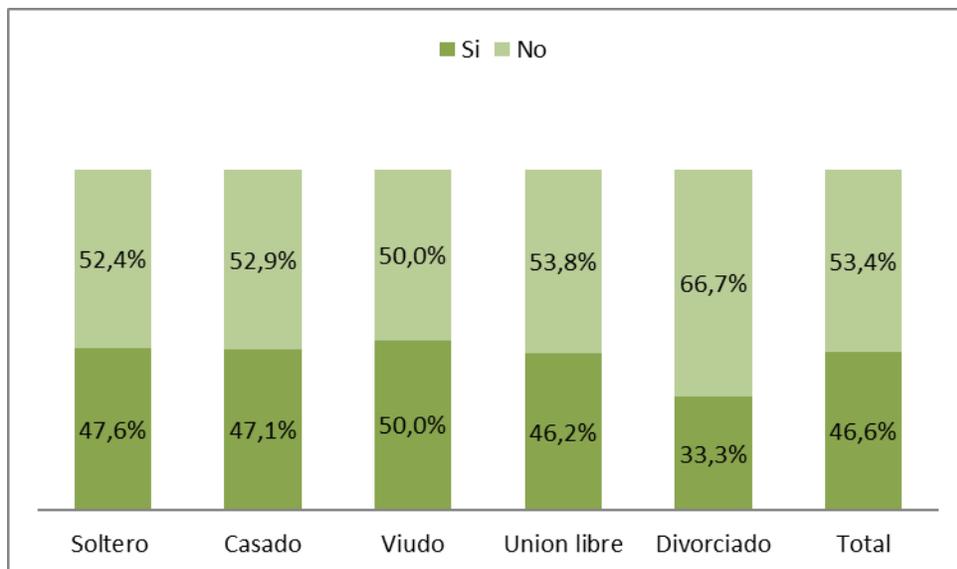


Figura 16: Comprensión de la información según el estado civil

El 47.6% de la población con estado civil soltero comprende la información, mientras que el 52.4% no la comprende. El 47.1% de la población con estado civil casado comprende la información mientras que el 52.9% no la comprende. El

50% de la población con estado civil viudo comprende la información mientras que el 50% no la comprende. El 46.2% de la población con estado civil de unión libre comprende la información mientras que el 53.8% no la comprende. El 33.3% de la población divorciada comprende la información mientras que 66.7% no la comprende.

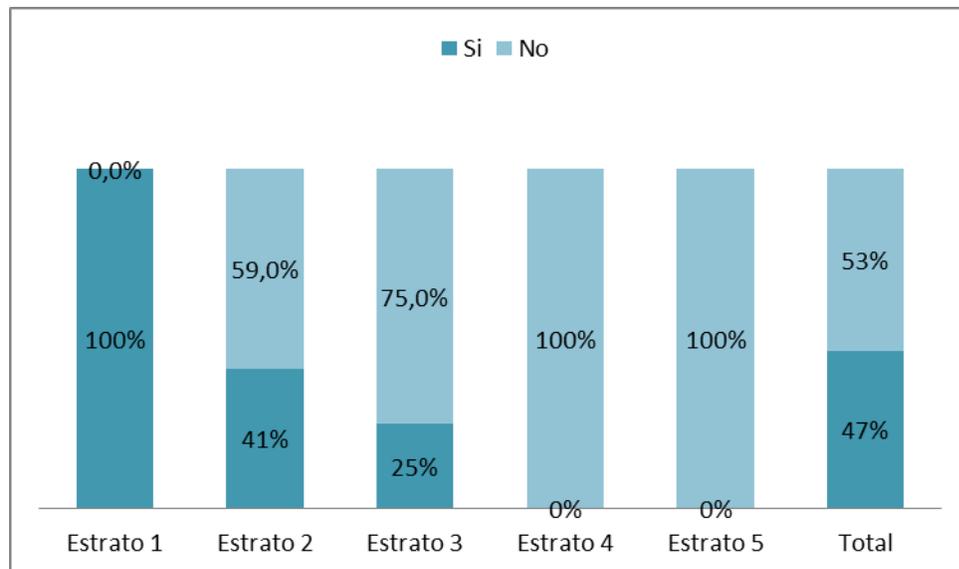


Figura 17: Comprensión de la información según el estrato socioeconómico

El 100% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea que pertenecen al estrato 1 comprenden la información. El 41% de la población encuestada perteneciente al estrato 2 comprenden la información, mientras que el 59% no la comprenden. El 25% de la población encuestada perteneciente al estrato 3 comprende la información mientras que el 75% no la comprende. Los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea pertenecientes a los estratos 3 y 4 afirman no comprender la información sobre el aislamiento.

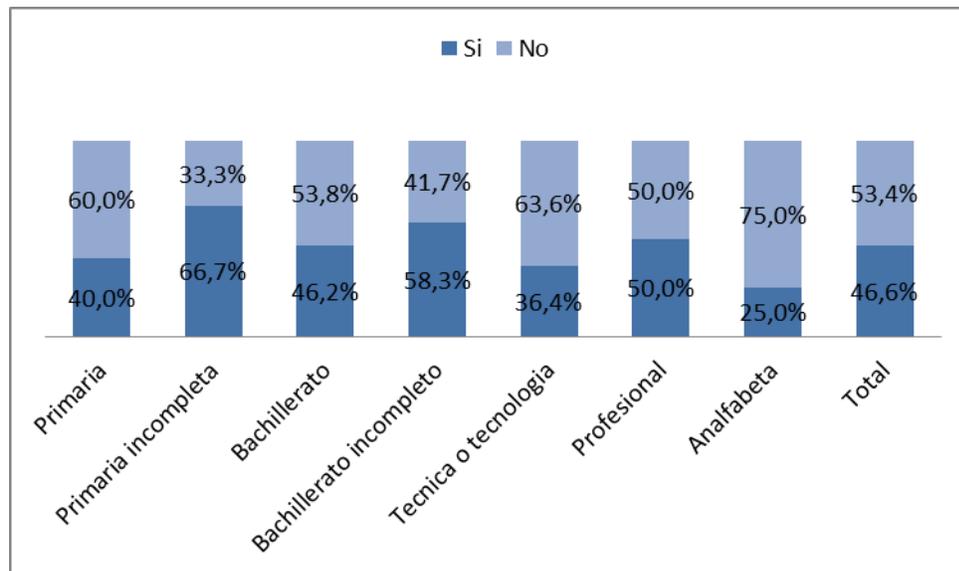


Figura 18: Comprensión de la información según la escolaridad

El 40% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea que terminaron primaria comprenden la información mientras que el 60% no la comprenden. El 66.7% de la población encuestada con escolaridad de primaria incompleta comprenden la información mientras que el 33.3% no la comprenden. El 46.2% de la población encuestada con escolaridad de bachillerato comprenden la información mientras que el 53.8% no la comprenden. El 58.3% de la población encuestada comprende la información mientras que el 41.7% no la comprende. El 36.4% de la población encuestada con escolaridad técnica o tecnología comprende la información mientras que el 63.6% no la comprende. El 50% de la población encuestada con la escolaridad de profesional comprende la información mientras que el 50% no la comprende. El 25% de la población encuestada con nivel de estudio de analfabeta comprende la información mientras que el 75% no la comprenden.

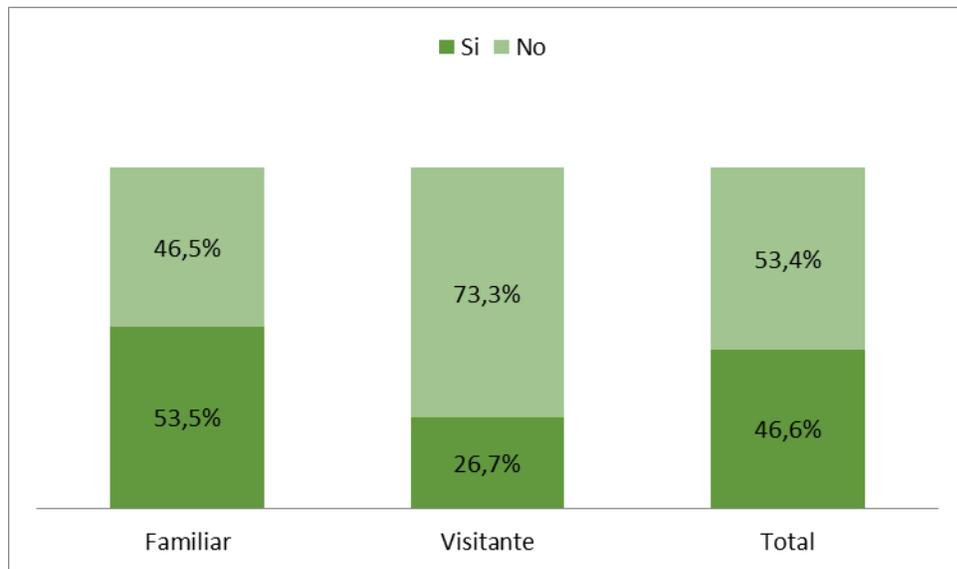


Figura 19: Comprensión de la información según la relación con el paciente

El 53,5% de los familiares de los pacientes aislados por vía aérea comprenden la información mientras que el 46,5% no la comprende. El 26,7% de los visitantes de los pacientes aislados por vía aérea comprenden la información mientras que el 73,3% no la comprende.

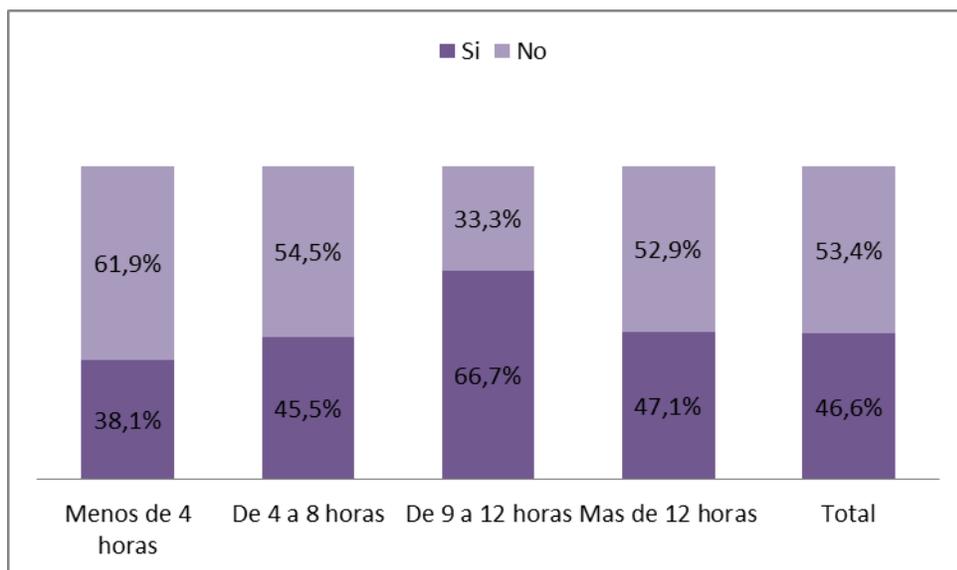


Figura 20: Comprensión de la información según las horas de cuidado

El 38,1% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea que permanecen menos de 4 horas con el paciente comprenden la información

mientras que el 61.9% no la comprenden. El 45.5% de la población encuestada que permanece de 4 a 8 horas con el paciente comprende la información mientras que el 54.5% no la comprende. El 66.7% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea que permanecen de 9 a 12 horas con el paciente comprenden la información mientras que el 33.3% no la comprenden. El 47.1% de la población encuestada que permanece más de 12 horas con el paciente comprende la información mientras que el 52.9% no la comprende.

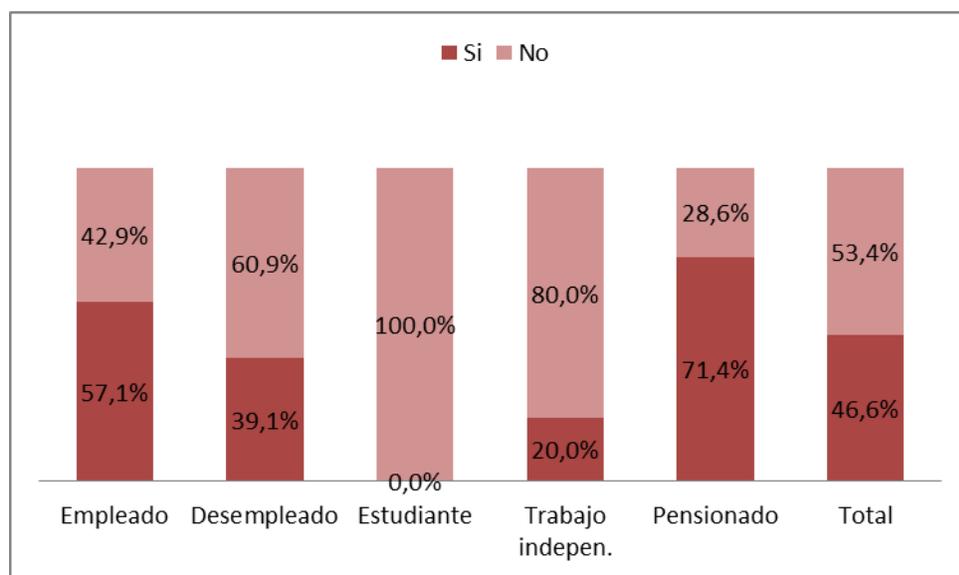


Figura 21: Comprensión de la información según la ocupación

El 57.1% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea que tienen como ocupación empleado comprenden la información mientras que el 42.9% no la comprende. El 39.1% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea que tienen como ocupación desempleado comprenden la información mientras que el 60.9% no la comprende. El 100% de la población encuestada que tiene como ocupación estudiante no comprende la información. El 20% de la población encuestada que tiene como ocupación trabajo independiente comprenden la información mientras que el 80% no la comprende. El 71.4% de la población encuestada que tienen como ocupación pensionado comprenden la información mientras que el 28.6% no la comprende.

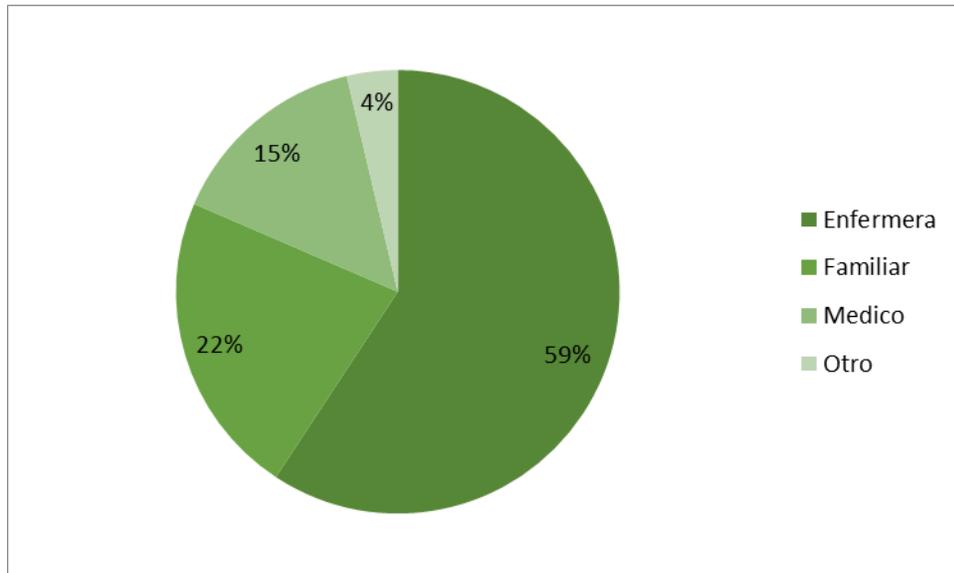


Figura 22: Comprensión de la información según la persona que informa sobre el aislamiento

El 59% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea que comprendieron la información sobre el manejo del aislamiento fueron informados por personal de enfermería, el 22% fue informado por un familiar, el 15% por médico y el 4% por otro.

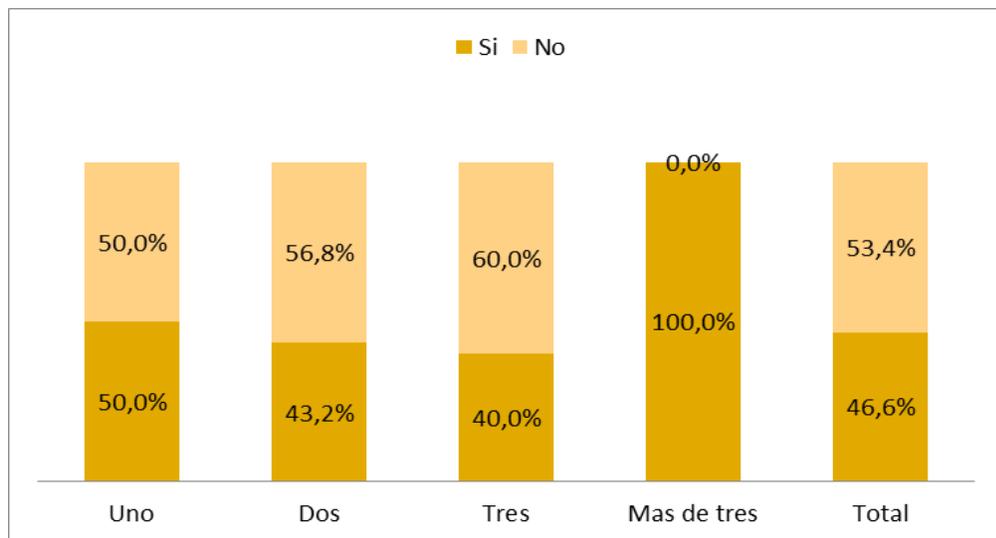


Figura 23: Comprensión de la información según el número de acompañantes que puede tener el paciente

El 50% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea que afirman que el paciente puede tener un solo acompañante comprenden la información, el 43.2% de la población que afirma que el paciente puede tener 2 acompañantes comprende la información, el 40% de la población que afirma que el paciente puede tener 3 acompañantes comprende la información, la población que afirma que el paciente puede tener más de tres acompañantes comprende la información.

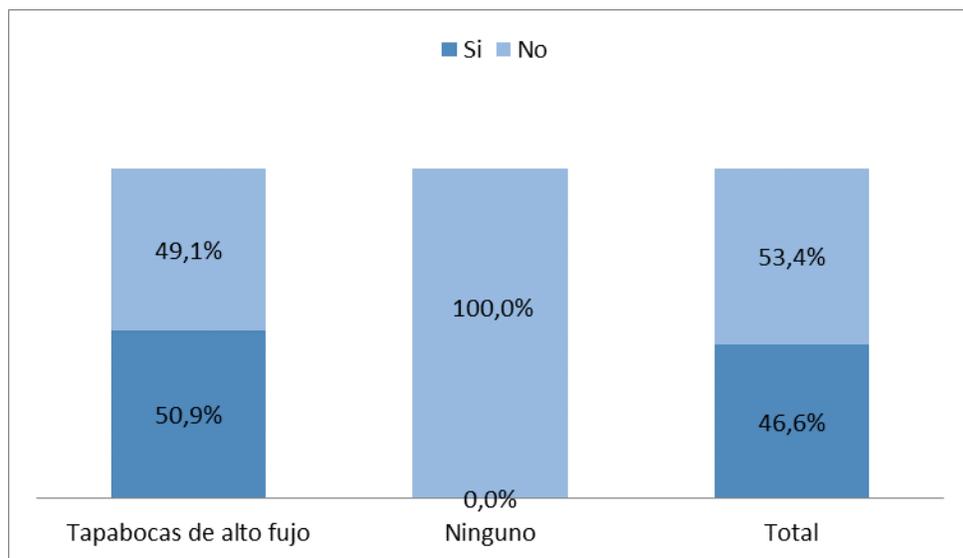


Figura 24: Comprensión de la información según los elementos de protección personal que se deben utilizar

El 59.9% de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por la vía aérea que comprendieron la información dicen que se debe utilizar tapabocas de alto flujo mientras que el 43.1%

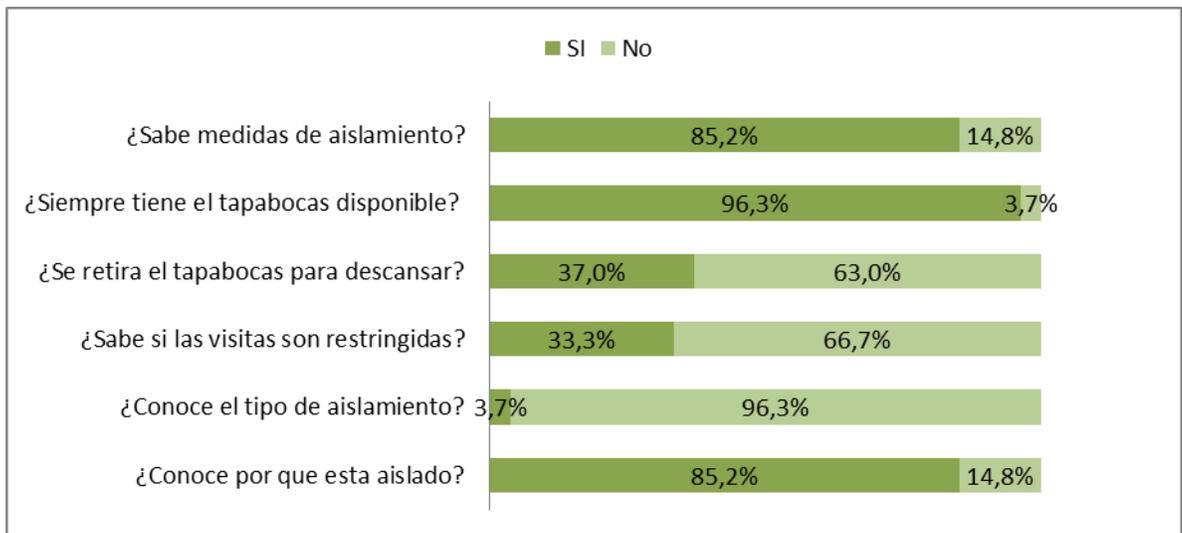


Figura 25: Relación de las variables según la comprensión de la información

De los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea que comprendieron la información el 85.2% afirman que saben las medidas de aislamiento, mientras que el 14.8% no la comprenden. El 96.3% de esta población afirma que tienen disponible el tapabocas de alto flujo mientras que el 3.7% no lo tienen disponible. El 37% de la población afirma que se retira el tapabocas en la habitación para descansar mientras que el 63% permanece con él. El 33.3% de la población asegura que el paciente tiene visitas restringidas mientras que el 66.7% asegura que tienen disponible. El 3.7% de la población afirma que conoce el tipo de aislamiento mientras que el 96.3% lo desconoce. El 85.2% de los familiares y visitantes conoce el motivo del aislamiento mientras que el 14.8% no los conoce.

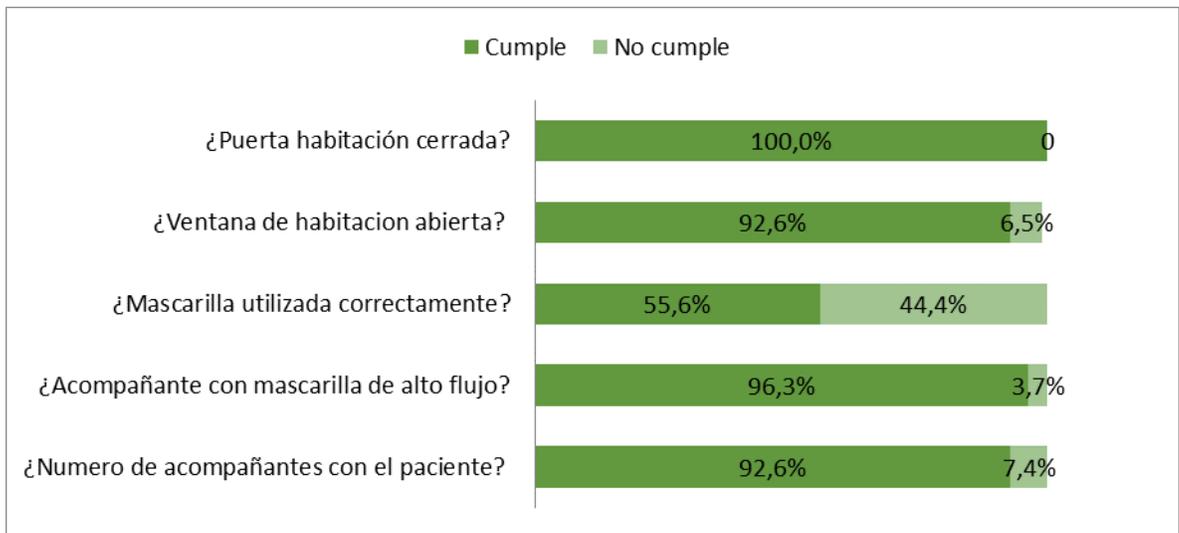


Figura 26: Relación de las variables de la lista de chequeo según la comprensión de la información

Según la verificación realizada con la lista de chequeo se evidencio que de los acompañantes que dicen que comprenden la información cumplen con las puertas de las habitaciones que permanecen cerradas cumpliendo en un 100%, el número de acompañantes permitido en cada habitación cumplía en el 92.6%, mientras que el 7.4 % no cumplía. La habitación con las ventanas abiertas cumplía en el 92.6% mientras que el 6.5% no cumplía. El 96.3% de la población tenía la mascarilla de alto flujo mientras que el 3.7% no la tenía. El 55.6% de la población encuestada tenía la mascarilla utilizada correctamente mientras que el 44.4% no la tenía utilizada correctamente.

7. Discusión

La intención del análisis y discusión de los resultados obtenidos se realiza tomando los aspectos generales y más relevantes, así como las insuficiencias más significativas que se lograron determinar, que requieren de una argumentación que permita significar los resultados obtenidos y poder corroborar la aplicabilidad de la encuesta. El estudio evalúa la adherencia de las técnicas de aislamiento por parte de los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea en los servicios de medicina interna de la IPS Universitaria sede Clínica León XIII, 2016.

En las características socio demográficas se encontró que la edad de los acompañantes prevalece entre los 49 a 58 años en un 36% (Grafica 1) y son los que refieren comprender la información sobre el aislamiento en mayor porcentaje (Grafica 14); lo cual es coherente con otras investigaciones relacionadas con los cuidadores a nivel internacional y nacional (15)(17); lo anterior nos da a entender que el cuidado de los pacientes se ejerce principalmente en personas en etapa adulta; donde se facilita la comprensión de la información suministrada sobre los diferentes cuidados de los pacientes, y se encargan de hacerla cumplir con responsabilidad, lo que puede contribuir al autocuidado y a prevenir infecciones intrahospitalarias.

Por otro lado, se encontró que los familiares y visitantes tenían niveles de escolaridad muy homogéneos, aunque en menor cantidad se encontró con acompañantes con bajo nivel de educación (Grafica 4); en comparación con otros estudios se evidencia que la mayoría tenía nivel de escolaridad bachiller o técnico (15)(17). Al momento de evaluar la comprensión de la información los acompañantes con nivel de estudio de analfabetismo eran los que menos comprendían la información sobre el aislamiento (Grafica 16), lo que puede ir asociado a su bajo nivel de formación, esta población es la que tiene alto riesgo de

contraer alguna infección intrahospitalaria al no comprender la importancia de las medidas de aislamiento.

Los acompañantes de los pacientes pertenecían al estrato socioeconómico 2 en mayor porcentaje (Grafica10), lo cual es congruente con los estudios realizados en otras investigaciones (16)(17). De la misma forma se identifica con el tipo de población que accede a los servicios de salud en la IPS Universitaria, ya que, por su ubicación geográfica, la frecuentan pacientes de este estrato socioeconómico. Sin embargo, en el estudio no es muy preciso la relación con la comprensión de la información (Grafica 16), porque la población que pertenece a estratos diferentes al estrato 2, es muy poca y las respuestas obtenidas son incongruentes pues en los estratos altos se evidenció que nadie comprendió la información mientras que en el estrato 1 todos la comprendieron. Por lo que se debe profundizar más en este tema en próximos estudios.

Se evidenció que el personal de enfermería juega un papel muy importante a la hora de brindar la información sobre el manejo del aislamiento, pues más de la mitad de los acompañantes encuestados afirmaron que habían recibido la información por enfermería, lo cual se puede explicar porque los enfermeros permanecen más tiempo con el paciente y su familia brindando un cuidado integral y continuo, y cumpliendo con su rol de educación para la salud, sin embargo ésta información no es suficiente (20).

Sin embargo se encontró que aunque los acompañantes afirman comprender la información sobre el manejo del aislamiento; no conocen el tipo de aislamiento, desconocen la restricción de visitas, se retiran el tapabocas para descansar, y lo utilizan de forma inadecuada (Graficas 25 y 26); lo cual supone que no hay un conocimiento claro y completo sobre las medidas de aislamiento. Lo que indica que los medios de difusión empleados para la socialización no son los más

adecuados y por ende el riesgo de infecciones intrahospitalarias pueden aumentar si no se hace una adecuada intervención.

8. Conclusiones

Los familiares y visitantes de los pacientes aislados por vía aérea no tienen una total adherencia a las técnicas de aislamiento, pues se observó que tan solo la mitad comprende la información, limitando así el conocimiento que motive a la aplicación de estas.

El perfil sociodemográfico de los familiares y visitantes de pacientes aislados por vía aérea en IPS Universitaria Clínica León XIII, se caracterizó por ser la mayoría mujeres, con edades entre 49 a 58 años, solteros, pertenecientes al estrato 2, con escolaridad de bachillerato, desempleados y permanecían con el paciente menos de 4 horas. Datos muy similares a resultados de estudios previos realizados sobre las características de los cuidadores.

La mascarilla de alto flujo es el principal elemento de protección personal que se debe utilizar al ingreso de la habitación del paciente, sin embargo se encontró personas que desconocen la importancia de su uso, además aunque un alto porcentaje afirman que siempre lo tienen disponible al entrar a la habitación, afirman que en ocasiones se lo retiran para descansar y a además su uso lo hacen de forma inadecuada lo que puede indicar que no es suficiente la información brindada sobre la importancia de su uso.

Por su parte se encontró en considerable medida que hay desconocimiento, sobre las demás medidas de aislamiento, como la restricción de visitas, número de acompañantes permitidos, motivo y tipo de aislamiento lo que limita la adherencia a las técnicas de aislamiento.

De la misma manera se evidencia que hay deficiencia en la socialización con los familiares y visitantes sobre el protocolo institucional de aislamiento, pues aunque en la mayoría de los casos la información fue brindada por personal de

enfermería, ésta no es suficiente porque hay deficiencias sobre los conocimientos acerca del manejo del aislamiento.

9. Recomendaciones

Según los hallazgos del presente estudio se recomienda a la IPS Universitaria reevaluar el método utilizado de socialización de la información sobre el manejo del aislamiento, facilitando la apertura a espacios donde una persona profesional brinde educación continua sobre el manejo a los familiares y visitantes.

Igualmente se recomienda velar por el cumplimiento con el protocolo para la educación en prevención de infecciones y definir un responsable, pues los acompañantes que no fueron informados por personal de la salud, lo hizo un familiar u otro, afectando la calidad de la información.

Así mismo es importante implementar folletos, boletines, carteleras informativas que puedan estar a la vista de los familiares y visitantes, de tal forma que el impacto de la información motive a la adherencia a las técnicas de aislamiento.

Referencias Bibliográficas

- 1) Giraldo Gómez NP, García Barreto JE. Cuidado para el bienestar de los familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo adultos con base en la Teoría De Kristen Swanson. [Trabajo de grado Especialistas en Enfermería Cardiorrespiratoria]. Bogotá: Universidad Nacional De Colombia. Facultad de Enfermería Cardiorespiratoria; 2010. [internet]. [Consultado 2016 May 19]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8605/1/539659.2010.pdf>

- 2) Organización Panamericana de la Salud. Guía para la prevención y el control de las infecciones en servicios de salud, dirigida a estudiantes de las carreras de ciencias de la salud. Tomo I. [internet]. [Consultado 2016 May 19]. Disponible en: <http://www.anes.pt/files/documents/default/683347471.pdf>.

- 3) Instituto Nacional de Salud. Cuando olvidas la tuberculosis, aportas una cuota para que ésta siga presente. no bajas la guardia. [internet]. [Consultado 2016 May 5]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/dia-mundial-de-la-tuberculosis-2014.aspx#.VzCm1NLhBdg>.

- 4) Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semanal. Semana epidemiológica número 16 de 2016 (17 abr. al 23 abr.) [internet]. [Consultado 2016 May 5]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2016.pdf>.

- 5) Banco de Seguros del Estado. Manual de Prevención y Control en Infecciones Intrahospitalarias. 1. ed. [internet]. Uruguay: Central de servicios médicos; 2011 [Consultado 2016 May 5]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Patym58/manual-control->

infecciones20112579fb1b09e1/Manual+Control+Infecciones+2011.pdf?MOD=AJP
ERES&CACHEID=30174526-e597-4388-910e-2579fb1b09e1. 5/5/2016.

6) Secretaría de Salud de la Alcaldía de Bogotá D.C. Sistema de vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias [internet]. [Consultado 2015 Nov 22]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/Vigilancia%20Infecciones%20Intrahospitalarias.pdf>.

7) Seguimiento al sector salud en Colombia. Así vamos en salud [internet]. [Consultado 2015 Nov 22]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/30>.

8) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Salud y Enfermedad en la Población. 2da ed. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002.

9) Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales Guía Práctica. 2da ed. Lyon: Organización Mundial de la Salud; 2003. [internet]. [Consultado 2016 May 5]. Disponible en: http://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EPH_2002_12.pdf

10) Arroyave M, González G. Infección intrahospitalaria: infección y control. 3ra ed. Medellín: s.n.; 1999.

11) 11) Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1 [internet].

[Consultado 2015 Nov 19]. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

12) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” [internet]. [Consultado 2016 May 5]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.

13) Colombia. Ministerio de Salud y Protección social, Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. Ejes de la acreditación [internet]. [Consultado 2015 Nov 19]. Disponible en:
<http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>.

14) Expósito Concepción Y. La calidad de Vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev haban cienc méd [internet]. jul.-sep. 2008; 7(3): [Consultado 2015 Nov 19]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300004&script=sci_arttext.

15) Vento Iznaga FE, Esposito Concepción MY, Vázquez Abreu RL. Características sociodemográficas de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama y clínicas de las pacientes que atendían. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba [internet]. [Consultado 2016 May 17]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2015/cnf152e.pdf>.

16) Ortiz Claro YG, Lindarte Clavijo AA, Jiménez Sepúlveda MA, Vega Angarita OM. Características Sociodemográficas Asociadas a la sobrecarga de los cuidadores de pacientes diabéticos en Cúcuta. rev. cuid. (Bucaramanga. 2010) [internet]. 2013; 4(1): [Consultado 2016 May 17]. Disponible en:
<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/5/138>.

17) Cardona Arango D, Segura Cardona AM, Berbesí Fernández DY, Ordoñez Molina J, Agudelo Martínez A. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. Investigaciones Andinas [internet]. Abr-Sep 2011; 13 (22): 178 – 93 [Consultado 2016 May 17]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2390/239019304007.pdf>.

18) Torres Fermán IA, Beltrán Guzmán FJ, Martínez Perales G, Saldívar González AH, Quesada Castillo J, Cruz Torres LD. Cuidar un enfermo ¿Pesa? Revista la ciencia y el hombre [internet]. May-Ago 2006; 19(2): [Consultado 2015 Nov 19]. Disponible en: <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol19num2/articulos/cuidar/index.html>.

19) . IPS Universitaria. Plataforma estratégica [internet]. [Consultado 2015 Nov 19]. Disponible en: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/es/>.

20) Orbeagozo Aranburu A. Ética y enfermería [internet]. 2004 [Consultado 2015 Nov 19]. Disponible en: <http://www.sovpal.org/upload/publica/libros/dilemas-eticos-final-vida/02%20Orbeagozo.pdf>.

Anexos

Anexo 1: Encuesta

<p>1. ¿Cuál es su Edad?:</p> <p>_____</p>	<p>2. Sexo:</p> <p>a) Femenino</p> <p>b) Masculino</p>	<p>3. Estado Civil:</p> <p>a) Soltero</p> <p>b) Divorciado</p> <p>c) Viudo</p> <p>d) Casado</p> <p>e) Unión libre</p>
<p>4. ¿Cuál es su estrato socioeconómico?</p> <p>a) Estrato 1</p> <p>b) Estrato 2</p> <p>c) Estrato 3</p> <p>d) Estrato 4</p> <p>e) Estrato 5</p> <p>f) Estrato 6</p>	<p>5. ¿Cuál es su escolaridad?</p> <p>a) Primaria</p> <p>b) Primaria incompleta</p> <p>c) Bachillerato</p> <p>d) Bachillerato incompleta</p> <p>e) Técnica o Tecnología</p> <p>f) Profesional</p> <p>g) Analfabeta</p>	<p>6. Su relación con el paciente es:</p> <p>a) Visitante</p> <p>b) Familiar</p> <p>_____</p>
<p>7. ¿Cuál es su ocupación?</p> <p>a) Empleado</p> <p>b) Desempleado</p> <p>c) Estudiante</p> <p>d) Trabajo independiente</p> <p>e) Pensionado</p>	<p>8. ¿Si es Familiar cuantas horas al día dedica al paciente?</p> <p>a) Menos de 4 horas</p> <p>b) 4 – 8 horas</p> <p>c) 9-12 horas</p> <p>d) Más de 12 horas</p>	<p>9. ¿Conoce por qué está aislado el paciente?</p> <p>a) Si</p> <p>b) No</p>
<p>10. ¿Qué tipo de aislamiento tiene el paciente?</p> <p>a) Contacto</p>	<p>11. ¿Ha comprendido la información sobre el manejo del aislamiento?</p>	<p>12. ¿Sabe qué medidas de aislamiento se</p>

b) Aerosol c) Protector d) Gota e) No Sabe	del paciente? a) Si b) No	deben utilizar? a) Si b) No
13. ¿Quién le dio a conocer que el paciente requería aislamiento hospitalario? a) Medico b) Enfermera c) Familiar d) Otro	14. ¿Qué elementos de protección personal utiliza al ingresar a la habitación? a) Tapabocas alto flujo b) Guantes, bata y tapabocas c) Ninguno	15. ¿Cuántos acompañantes puede tener el paciente aislado en la habitación? a) Uno b) Dos c) Tres d) Más de Tres
16. ¿El paciente tiene visitas restringidas? a) Si b) No	17. ¿En la habitación se retira el tapabocas para descansar? a) Si b) No	18) ¿Siempre que va a entrar a la habitación tiene el tapabocas disponible? a) Si b) No
5. ¿Cuál es su Edad?: a) Menor de Edad b) 18-28 años c) 29-38 años d) 39-48 años e) 49-58 años f) 59 años o mas	6. Sexo: c) Femenino d) Masculino	7. Estado Civil: f) Soltero g) Divorciado h) Viudo i) Casado j) Unión libre k) Otro
8. ¿Cuál es su estrato	5. ¿Cuál es su	6. ¿Cuál es su

<p>socioeconómico?</p> <p>g) Estrato 1 h) Estrato 2 i) Estrato 3 j) Estrato 4 k) Estrato 5 l) Estrato 6</p>	<p>escolaridad?</p> <p>h) Primaria i) Primaria incompleta j) Bachillerato k) Bachillerato incompleta l) Técnica m) Universidad n) Otro o) Analfabeta</p>	<p>parentesco con el paciente?</p> <p>a) Esposo (a) b) Padre/ Madre c) Hijo (a) d) Tío (a) e) Sobrino (a) f) Primo (a) g) Otro</p>
<p>7. ¿Cuál es su ocupación?</p> <p>f) Empleado g) Desempleado h) Estudiante i) Trabajo independiente j) Pensionado</p>	<p>8. ¿Cuántas horas al día dedica al cuidado del paciente?</p> <p>a) Menos de 4 horas b) 4 – 8 horas c) 9-12 horas d) Más de 12 horas</p>	<p>9. ¿Qué tipo de aislamiento tiene el paciente?</p> <p>a) Contacto b) Aerosol c) Protector d) Gota e) No Sabe</p>
<p>10. ¿Conoce por qué está aislado el paciente?</p> <p>c) Si d) No</p>	<p>11. ¿Le han brindado educación sobre el manejo del aislamiento?</p> <p>c) Si d) No</p>	<p>12. ¿Sabe qué medidas de aislamiento se deben utilizar?</p> <p>c) Si d) No</p>
<p>13. ¿Quién le dio a conocer que el paciente requería aislamiento hospitalario?</p> <p>a) Médico b) Enfermera c) Familiar</p>	<p>14. ¿Qué elementos de protección personal utiliza al ingresar a la habitación?</p> <p>a) Tapabocas alto flujo b) Guantes, bata y</p>	<p>15. ¿Cuántos acompañantes puede tener el paciente aislado en la habitación?</p> <p>a) Uno</p>

d) Otro	tapabocas c) Ninguno	b) Dos c) Tres d) Más de Tres
16. ¿El paciente tiene visitas restringidas? c) Si d) No	17. ¿En la habitación se retira el tapabocas para descansar? c) Si d) No	18) ¿Siempre que va a entrar a la habitación tiene el tapabocas disponible? c) Si d) No

Anexo 2: Lista de chequeo

ASPECTO A EVALUAR	CUMPLE	NO CUMPLE
Numero de acompañantes con el paciente		
Acompañante con Mascarilla de alto flujo		
Mascarilla de alto flujo utilizada correctamente		
Puerta de la habitación Cerrada		
Ventana de las habitaciones abiertas		