



UNIVERSIDAD ESTAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA

TITULO DEL PROYECTO DE GRADO

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA/O EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA**

EL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DE MANOS UNA PRACTICA ASISTENCIAL QUE PREVIENE LAS INFECCIONES CRUZADAS POR PARTE DEL PERSONAL Y USUARIO EN EL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DEL CANTÓN GUARANDA PROVINCIA DE BOLÍVAR EN EL PERIODO 2015.

AUTORAS:

Gladys Cecilia Pachala Llumiguano

Mabel Mirella Punina Chela

TUTOR

Dr. Guillermo Lombeyda Dávila

GUARANDA – ECUADOR

2014 – 2015

TEMA:

EL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DE MANOS; UNA PRACTICA ASISTENCIAL QUE PREVIENE LAS INFECCIONES CRUZADAS POR PARTE DEL PERSONAL Y USUARIO EN EL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DEL CANTÓN GUARANDA PROVINCIA DE BOLÍVAR EN EL PERIODO 2015.

INDICE

TEMA:	I
INDICE	II
LISTA DE ANEXOS	VI
LISTA DE TABLAS	VII
LISTA DE GRAFICOS	IX
LISTA DE FOTOGRAFIAS	XI
AGRADECIMIENTO	XII
DEDICATORIA	XIII
DEDICATORIA	XIV
CERTIFICACION DEL DIRECTOR	XV
RESUMEN EJECUTIVO	XVI
EXECUTIVE SUMMARY	XVII
INTRODUCCION	XVIII
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Formulación del problema	1
1.2 Objetivos	3
1.2.1 Objetivo General	3
1.2.2 Objetivos Específicos	3
1.3 Justificación de la Investigación.	4
1.3.1 Limitaciones	5
2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	6
2.1 Bases Teóricas	12
2.1.1 Flora residente.	12

2.1.2	Flora transitoria.	13
2.1.3	Función de la flora cutánea.	13
2.1.4	La piel como barrera	14
2.1.5	Lavado de manos.....	14
2.1.6	Recomendaciones al realizar la técnica de higiene de manos	16
2.1.7	Algunas recomendaciones para el lavado y antisepsia de las manos	16
2.1.8	Técnica del lavado de manos (duración: 40-60 segundos)	17
2.1.9	Los cinco momentos para el lavado de manos	18
	- Antes del contacto con el paciente	18
	- Antes de una tarea séptica	18
	- Después de una exposición a fluidos corporales	18
	- Después del contacto con el paciente	19
	- Después del contacto con el entorno del paciente	19
2.1.10	Tipos de técnicas de lavado de manos.....	19
	- Lavado antiséptico	19
	- Técnica Básica	19
	- Lavado de manos quirúrgico	20
	- Lavado en seco (fricción con alcohol en gel)	20
2.1.11	Otros aspectos claves sobre la higiene de manos	20
2.1.12	Beneficios de una mejor higiene de las manos.....	22
2.1.13	Es rentable el fomento de la higiene de las manos	23
2.1.14	Las infecciones asociadas a la atención de la salud como evento adverso	24
2.1.15	Hacia la implementación de buenas prácticas de atención en salud para prevenir la aparición de infecciones.....	28
2.2	Esquema de análisis	28

2.2.1	Esquema de análisis uno	30
	- Acción insegura	30
	- Organización y cultura fallas latentes.....	30
	- Barreras y defensas	31
2.2.2	Esquema causal dos.....	31
	- Acción insegura	31
	- Organización y cultura fallas latentes.....	32
	- Barreras y defensas	32
2.2.3	Recomendaciones y planes de acción	33
2.3	Definición de términos	35
2.4	Sistemas De Hipótesis	37
2.5	Sistemas De Variables.....	37
2.5.1	Variable independiente.....	37
2.5.2	Variable dependiente.....	37
3	NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	40
3.1	Investigación descriptiva.....	40
3.2	Investigación documental.....	40
3.3	Investigación de campo	40
3.4	Diseño.....	40
3.4.1	La higiene de las manos y las infecciones relacionadas con la atención sanitaria	41
	- El propósito de la observación.....	42
	- La observación directa de práctica de la higiene de manos.....	42
	- Las reglas de la observación.	42
	- El observador y su papel.....	43

- Las oportunidades para la higiene de manos	43
- La acción de higiene de manos vista por el observador	43
- Informar sobre el cumplimiento de la higiene de las manos	44
- Metodología de observación.....	45
3.4.2 El formulario de observación	46
3.4.3 El formulario de cálculo básico.....	50
3.5 Población y muestra	51
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	51
3.7 Técnicas de procesamiento de y análisis de datos.....	52
4 TOMA DE INFORMACION.....	53
4.1 Encuesta aplicada al personal del Área de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro sobre conocimiento de higiene de manos.	53
4.1.1 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	53
4.1.2 Análisis al personal asistencial, preguntas del 1-12.....	66
4.2 Encuesta aplicada al usuario del área de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro sobre conocimiento de higiene de manos.	67
4.2.1 Análisis a los usuarios, preguntas 1-9	76
4.3 Análisis de la guía de observación de la adherencia de la higiene de manos.77	
5 COCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	79
5.1 Conclusiones	79
5.2 Recomendaciones.....	80
BIBLIOGRAFÍA	81

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	83
Anexo 2	86
Anexo 3	88
Anexo 4	89
Anexo 5	90
Anexo 6	91
Anexo 7	92
Anexo 8 Fotografías	93

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	38
Tabla 2 Formulario de observación.....	46
Tabla 3 Formulario de observación.....	47
Tabla 4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	51
Tabla 5.....	54
Tabla 6.....	55
Tabla 7.....	56
Tabla 8.....	57
Tabla 9.....	58
Tabla 10.....	59
Tabla 11.....	60
Tabla 12.....	61
Tabla 13.....	62
Tabla 14.....	63
Tabla 15.....	64
Tabla 16.....	65
Tabla 17.....	67
Tabla 18.....	68

Tabla 19.....	69
Tabla 20.....	70
Tabla 21.....	71
Tabla 22.....	72
Tabla 23.....	73
Tabla 24.....	74
Tabla 25.....	75
Tabla 26.....	77

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1.....	54
Grafico 2.....	55
Grafico 3.....	56
Grafico 4.....	57
Grafico 5.....	58
Grafico 6.....	59
Grafico 7.....	60
Grafico 8.....	61
Grafico 9.....	62
Grafico 10.....	63
Grafico 11.....	64
Grafico 12.....	65
Grafico 13.....	67
Grafico 14.....	68
Grafico 15.....	69
Grafico 16.....	70
Grafico 17.....	71
Grafico 18.....	72

Grafico 19.....	73
Grafico 20.....	74
Grafico 21.....	75

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografía 1	93
Fotografía 2	93
Fotografía 3	94
Fotografía 4	94
Fotografía 5	95
Fotografía 6	95
Fotografía 7	96
Fotografía 8	96
Fotografía 9	97
Fotografía 10	97
Fotografía 11	98
Fotografía 12	98

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecemos a Dios por brindarnos salud y vida, luego agradecemos a nuestra familia quienes han hecho todo el esfuerzo por brindarnos su apoyo en todos los aspectos.

Agradecemos al Dr. Guillermo Lombeyda Dávila tutor del trabajo de graduación por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación nos guio en la realización del presente trabajo.

A la facultad de ciencias de la salud y del ser humano, escuela de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional competitiva.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida universitaria a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas, por todo lo que nos han brindado y compartido.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga

Gladys Cecilia.

Mabel Mirella.

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a Dios y toda mi familia, quienes han estado en todo momento de mi vida para apoyarme y guiarme con sus buenos consejos.

A mi hijo Jhoe Fabián Llumiguano Pachala quien ha sido motivo de lucha día a día y me dio la fuerza necesaria para culminar mí meta propuesto.

A mi amado esposo Crithian Fabián Llumiguano Agua con quien hemos pasado momentos difíciles, pero siempre ha estado para darme fuerzas, brindarme su amor y su comprensión que es lo fundamental para llegar a culminar este proyecto.

A mi padre Segundo Pachala quien se ha convertido en un Ángel guardián de la familia, sé que desde el cielo me guiaste por el buen camino y en estos momentos te estarás sintiendo orgulloso de mí, padre amado siempre te llevo en mi corazón.

A mi madre Dolores Llumiguano, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis hermanos Rosario, Raúl, Olga, Fabiola, David, Leyla y Mayra a quienes les quiero mucho por su apoyo incondicional.

Gladys Cecilia

DEDICATORIA

Este trabajo le dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se me presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la fe.

A mi familia quien me ha brindado todo lo necesario para llegar donde estoy, siendo el soporte necesario para mi desarrollo.

A mi adorado hijo Dylan Andrés Hinojoza Punina quien fue el motivo en todo momento y quien me dio la fuerza necesaria para culminar con mi objetivo ¡gracias mi chiquito hermoso!

A mi esposo Diego Fernando Hinojoza, quien me brindó su amor, cariño, comprensión y paciencia más que nada por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio ocuparon mi tiempo y esfuerzo, gracias por toda tu ayuda.

A mi madre María Chela, con mucho amor y cariño le dedico todo mi esfuerzo, quien ha sido mi pilar fundamental en mi vida sin ella jamás hubiese podido alcanzar mi meta ya que en el trayecto de mi vida me ha brindado su mano amiga, demostrado su apoyo y lucha constante.

A mis hermanos Ligia, Yandri, Elvis por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera universitaria.

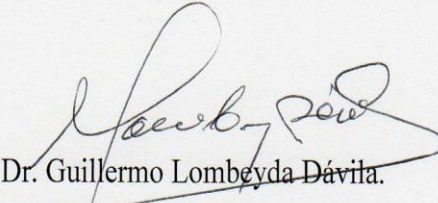
Mabel Mirella

CERTIFICACION DEL DIRECTOR

Dr. Guillermo Lombeyda Dávila

Certifica que:

Una vez cumplido con todas las asesorías de acuerdo al cronograma previsto para el efecto del proyecto de investigación titulado: **Prevención de la infección asociadas a la asistencia sanitaria relacionado con uno de los roles de enfermería en la acreditación hospitalaria, en el área de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda provincia de Bolívar en el periodo 2015.**, luego de haber terminado con las revisiones de los contenidos de la investigación y el desarrollo del borrador del informe final del proyecto, de las señoritas: Gladys Cecilia Pachala Llumigano Mabel Mirella Punina Chela , este trabajo guarda relación con lo estipulado en la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano, por lo tanto solicito a la autoridad pertinente, dar el trámite correspondiente.



Dr. Guillermo Lombeyda Dávila.
DIRECTOR DEL PROYECTO

RESUMEN EJECUTIVO

Estimado lector, nos permitimos presentarle el siguiente tema de investigación: **EL CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DE MANOS UNA PRÁCTICA ASISTENCIAL QUE PREVIENE LAS INFECCIONES CRUZADAS POR PARTE DEL PERSONAL Y USUARIO EN EL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO DEL CANTÓN GUARANDA PROVINCIA DE BOLÍVAR EN EL PERIODO 2015.** Podemos decir que se hizo una breve introducción, la misma que da a conocer la importancia que tiene este trabajo investigativo.

Cabe señalar que esta investigación es de carácter *descriptivo*, porque recoge toda información necesaria de quienes están al frente de la sala de cirugía, con el fin de detectar si tiene conocimiento el personal asistencial sobre la higiene de manos con respecto a infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, en el servicio de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda provincia de Bolívar.

El problema de investigación, El desconocimiento del personal asistencial y usuarios sobre higiene de manos puede ocasionar infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, en el servicio de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda provincia de Bolívar en el periodo 2015. Los objetivos: Concienciar al personal asistencial y usuarios sobre higiene de manos disminuye las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, en el área de cirugía. De igual forma se ha justificado el trabajo hablando de lo importante que es esta investigación, la necesidad de dar a conocer los riesgos, al no lavarse las manos en momentos de ingresar a cirugía, la factibilidad, la originalidad, quienes son sus beneficiarios.

A continuación sírvase encontrar la teoría científica, en donde se involucra a autores que realizaron trabajos formidables y comprobados científicamente, en donde se engloban de manera concreta la asistencia sanitaria relacionado con uno de los roles de enfermería en la acreditación hospitalaria, en el área de cirugía.

EXECUTIVE SUMMARY

Dear reader, allow us to present the following research topic: KNOWLEDGE ON HAND HYGIENE A CARE THAT PREVENTS INFECTIONS CROSSED BY STAFF AND USER IN THE AREA OF SURGERY HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO CANTON GUARANDA PROVINCE OF BOLIVAR IN PERIOD 2015. We can say that was a brief introduction, the same one that teaches the importance of this research work.

It notes that this research is descriptive, because collects all necessary information from those in charge of the operating room, in order to detect if you have knowledge of caregivers on hand hygiene regarding care-associated infections health, in the surgery department of the Hospital Alfredo Noboa Montenegro Canton Guaranda Bolivar province.

The research problem, the lack of caregivers and users about hand hygiene can cause infections associated with health care in the surgery department of the hospital Alfredo Noboa Montenegro Canton Guaranda Bolivar province in the period 2015. The objectives: Raising awareness the nursing staff and users about hand hygiene reduces the associated health care, in the area of surgery infections. Likewise work is warranted talking about how important this research, the need to raise awareness of the risks, not washing hands at a time to enter surgery, feasibility, originality, who are its beneficiaries.

Below please find scientific theory, where authors who made formidable work and scientifically tested, where are included concretely healthcare related to one of the roles of nursing in the hospital accreditation in the area of surgery is involved.

INTRODUCCION

Los conocimientos y la práctica que tiene el personal asistencial sobre la higiene de manos, es la principal medida de prevención para evitar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, las mismas que tiene como objetivo crear un ambiente que garantice la seguridad del paciente, las infecciones asociadas al cuidado de la salud se asocian con un aumento de la carga de la enfermedad de los pacientes y con un incremento del costo a los sistemas de salud.

Este proyecto de investigación busca brindar a todos los trabajadores de salud del área de cirugía una cuidadosa revisión de las evidencias existentes sobre la higiene de manos en la atención de salud y recomendaciones específicas para mejorar la práctica y reducir la transmisión de microorganismos patógenos a los pacientes y a los trabajadores de la salud.

El reto que nos proponemos es, fomentar la higiene de manos en la atención sanitaria en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda en el área de cirugía mediante estrategias que responden a la adaptación de los lineamientos entregados por la Organización Mundial de Salud (OMS) por la cual nosotras nos involucramos al tema donde se pretende unificar criterios, establecer unas bases de actuación, prevenirlas, tratarlas y evitar su propagación dentro del hospital, de esta manera disminuir el índice de infección asociadas al cuidado de la salud, utilizando como estrategias; la autoevaluación, educación a los trabajadores de salud, el establecimiento de programas continuos, la adherencia de la higiene de manos y el seguimiento y retroalimentación de estos programas.

El desarrollo de las estrategias está basado en los cinco (“antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto con el entorno del paciente”) pasos fundamentales implementados por la OMS, con la realización de entrenamiento, capacitaciones, aplicaciones de diferentes herramientas como manuales y recordatorios en el sitio de trabajo que permite llegar al objetivo de introducir la higiene de manos como parte de la cultura

general y compromiso de la institución con la consecuencia de la reducción de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Los datos recopilados se basa en proporcionar un test de autoevaluación al personal asistencial y usuarios guiado por las investigadoras las mismas que resultan ser útiles para centrarse en los planes y retos futuros. En particular, sirve como un instrumento de diagnóstico que permite identificar las cuestiones fundamentales que necesitan atención minuciosa y muy prolija, en virtud que se trata de la vida del paciente.

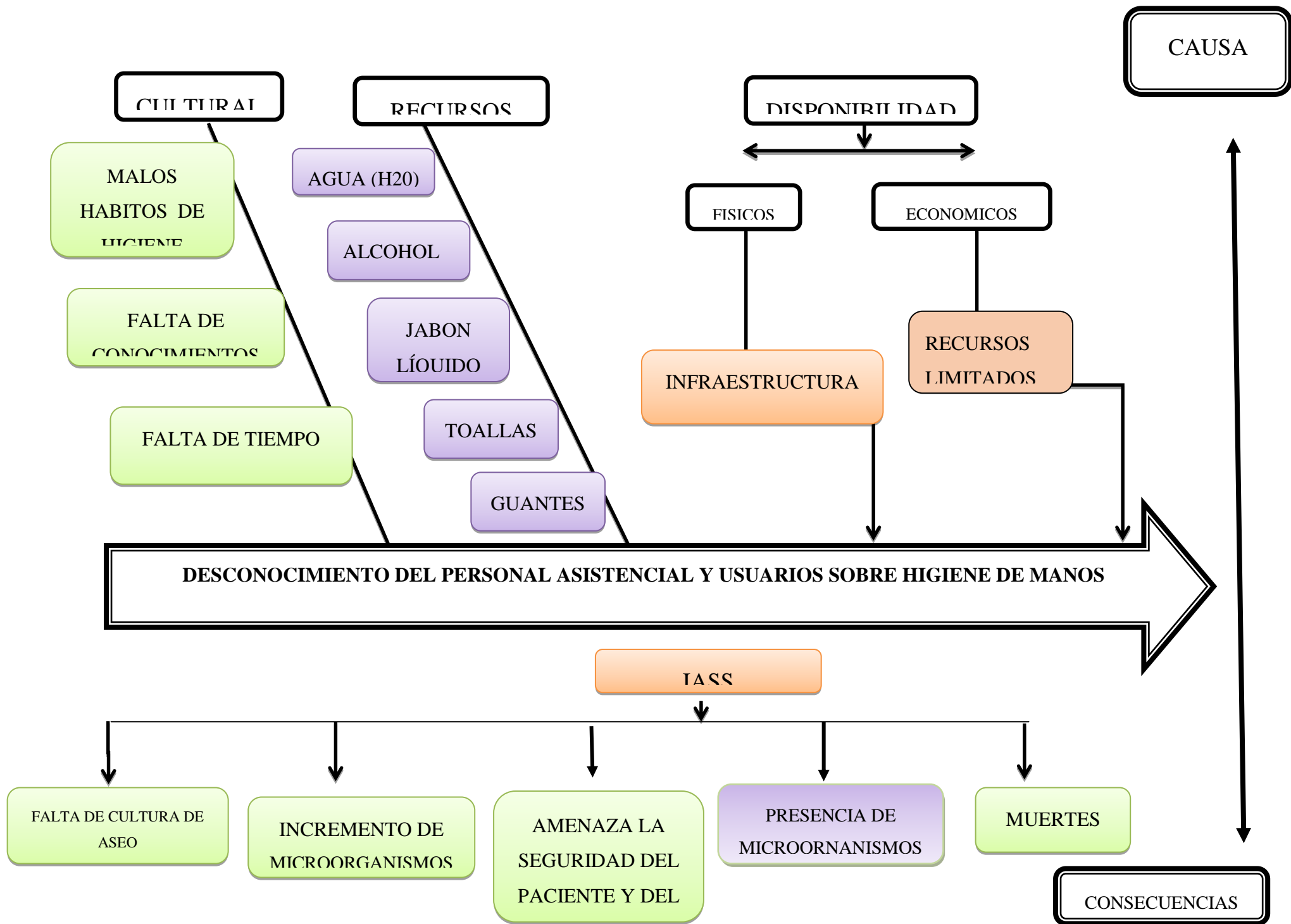
Esta investigación se caracteriza por ser original, porque no existe otra similar a este tipo de estudio, y es más, una vez culminado con este trabajo de investigación estamos seguras que toda la información científica estará a disponibilidad para el personal del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento del personal asistencial y usuarios sobre higiene de manos puede ocasionar infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, en el servicio de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda provincia de Bolívar en el periodo 2015.

1.1 Formulación del problema

De acuerdo a las experiencias vivenciales y por observaciones realizadas, se puede manifestar que existe un desconocimiento por parte del personal que trabaja en esas dependencias y al igual se ha podido observar a los usuarios, que muy poco se preocupan por la higiene de sus manos, adquiriendo de esta manera una serie de microorganismos infecciosos que afectan notablemente la salud del personal que labora en estos sectores y de sus pacientes, consecuentemente se ha obviado el rol que cumple el cuerpo de enfermeras(ros) esto trae resultados negativos en cuanto se refiere a los logros de una acreditación institucional, específicamente hablando del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la Ciudad de Guaranda y mucho menos si hablamos del servicio de cirugía, en donde se debe tener una cautela muy minuciosa, ya que en este lugar se está tratando a pacientes con alto riesgo de contaminación, por lo tanto son muy vulnerables a cualquier infección por más leve que sea y no digamos al momento que tenemos que manipular pacientes, medicamentos, equipos, entre otros, es por eso que nos hemos planteado el siguiente problema:



1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar el conocimiento sobre la correcta higiene de manos en el personal asistencial y usuarios como una práctica que permite disminuir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, en el área de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda provincia de Bolívar en el periodo 2015.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Mejorar la adherencia del personal que trabaja en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el área de cirugía sobre la higiene de manos.
- Promover una cultura general al personal asistencial y usuarios para una buena higiene de manos que impida las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, en el área de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro.
- Identificar los obstáculos para conocer las razones del no cumplimiento de las normas ya establecidas.

1.3 Justificación de la Investigación.

De acuerdo a la investigación realizada en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro del Cantón Guaranda Provincia de Bolívar, este tema es de gran trascendencia e importancia nos permite adentrarnos en un problema muy delicado, en razón que tenemos que trabajar con personas y esto nos permite hacer conciencia de la gran responsabilidad que tenemos al momento de asistir a los pacientes ya que las infecciones asociadas al cuidado de la salud se asocian con un aumento de la carga de la enfermedad de los pacientes y con un incremento del costo a los sistemas de salud.

Por tal razón, es necesario poner en consideración de todo el personal de enfermería en virtud que esto implica una investigación de gran envergadura en razón que se trata de hacer las cosas bien y con mucha responsabilidad, porque la vida de las personas están en manos de profesionales de la enfermería, por lo tanto debemos lavar las manos antes de atender, especialmente cuando tenemos que asistir a un procedimiento cualquiera que fuere, ya que el paciente es el más vulnerable y por supuesto que necesita ser el más cuidado de todos, porque su estado necesita de mucho cuidado y toda la atención necesaria para evitar cualquier consecuencia contraria a lo previsto.

Consideramos factible la realización de esta investigación, por la apertura que nos han brindado los personeros del Hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda, la apertura a la información verbal y escrita, el ingreso al área de cirugía, ha sido uno de los factores que nos ha permitido profundizar nuestro trabajo investigativo.

Este trabajo se caracteriza por ser original, no se ha tratado este tema en ningún momento, a pesar que es un tema de mucha importancia que tiene su trascendencia al cuidado del paciente, porque es quien merece ser atendido de la mejor manera ya que de ello depende disminuir las infecciones y debemos

hacer hincapié la asistencia sanitaria en razón que religiosamente se debe cumplir con este hábito de higiene de manos.

Si hablamos de beneficiarios, no queda duda alguna que sería el personal asistencial, en razón que el beneficio no se limita para una sola persona, al contrario es un trabajo que tiene una visión macro independientemente. Para ello es importante trabajar en equipo sin pensar en el intereses personales, al contrario todo debe estar orientado a mejorar la institución de salud.

Al culminar este trabajo de investigación, nos es grato que la información científica producida, quede de aporte para quienes necesitan refrescar sus conocimientos y hacer de ella una herramienta de mucha significación por el beneficio de las personas que tanto lo necesitan, estamos hablando de las pacientes a quienes nos dependemos mucho y para ello nos hemos preparado, para darle una atención y cuidado de calidad.

1.3.1 Limitaciones

Esta investigación se limita al estudio sobre la higiene de las manos, especialmente del personal que labora en el servicio de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Los resultados que se obtenga de esta investigación será exclusivamente del personal que labora en el área de cirugía.

2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel mundial podemos decir que no todos los microorganismos están implicados en las infecciones asociadas al cuidado de la salud. Estos microorganismos tienen la capacidad de sobrevivir en ambientes hostiles, con gran capacidad de adherencia a las superficies, con un grado variable de virulencia y en muchos casos de resistencia a los antimicrobianos. Los microorganismos más frecuentemente vistos en las IACS son los siguientes: *S. aureus*, resistente o no a meticilina; estafilococos coagulasa negativos; enterobacterias como *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, productoras o no de betalactamasas de espectro extendido (BLEE); gérmenes no fermentadores como *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii*; gérmenes pertenecientes al grupo SPICE (*Serratia*, *Providencia*, *Proteus vulgaris*, *Citrobacter*, *Enterobacter*), enterococos; y *Clostridium difficile*. Entre los virus son importantes la influenza, la varicela, y los virus hepatotrópicos. En hongos, la *Cándida* y los hongos filamentosos son los más frecuentes.

Está implicado principalmente en infecciones del torrente sanguíneo, piel y tejidos blandos, infecciones de sitio operatorio, neumonía y meningitis, cabe señalar que esta bacteria es muy resistente a la meticilina depende de la distribución geográfica, incluso dentro del mismo hospital (usualmente las tasas de resistencia son mayores en pacientes con intervenciones quirúrgicas), ya que puede presentarse infección por translocación bacteriana, pero es más frecuente que se transmitan por contacto. Su virulencia es variable y la severidad de la infección depende más del estado general del paciente.

Hablar del desconocimiento del personal asistencial y usuarios sobre higiene de manos y sus infecciones asociadas a la asistencia sanitaria relacionado con uno de los roles de enfermería en la acreditación hospitalaria, en el área de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda provincia de Bolívar, es una forma de despertar el interés en el personal de enfermería y mejorar la calidad de atención a la serie de pacientes que necesitan ser

atendidos en el área de cirugía, porque se considera que las personas asisten a este centro de salud a curarse de ciertas enfermedades y nunca creen que se van a contagiar de bacterias durante su estadía en el hospital, es por ello que, hay que prevenir antes que lamentar acontecimientos irreparables en algunos casos.

Por la cual hemos investigado algunos estudios que se han desarrollado en diferentes países a continuación detallamos:

La Cumbre de las Américas (Miami, 1994), reconoce la importancia de la salud de los trabajadores en cirugía, lo cual ha sido preocupación creciente de muchos países y organismos internacionales, incluyendo las Organizaciones Mundial y Panamericana de la Salud (OMS y OPS, respectivamente). **Los resultados** han sido preocupantes, en razón que la mayoría de los estudios realizados, tiene una debilidad en el lavado de manos del personal de enfermería.

Arellano, M. y Mark, A. (2002), realizaron un estudio que tuvo como propósito determinar los factores de riesgo biológico a los que está expuesto el personal de enfermería del área de cirugía en sus dimensiones: Nivel de información, aplicación de medidas de protección y saneamiento básico. El estudio lo realizo en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razzetti” de Barcelona. Obteniendo **cómo resultado** de la investigación que el personal de enfermería del área quirúrgica tiene un porcentaje bajo de conocimiento referente a riesgos biológicos, las barreras físicas, químicas y biológicas. Se determinó además, que el saneamiento básico que se realiza en el área cirugía no es el adecuado.

Castillo, E y Villan, I (2003) en un estudio que tuvo por objeto determinar las medidas de bioseguridad que aplica el personal de enfermería frente al riesgo en el área de emergencia del Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” de Valencia, Carabobo. **Los resultados** permitieron concluir que una alta proporción del personal de enfermería sometido a observación directa no utiliza una adecuada técnica de lavado de manos.

Auccasi, M. (2003) realizó una ponencia en el Hospital local de Vitarte en Lima Perú, sobre la seguridad de las salas de operaciones del Hospital

Nacional Hipólito Unanue, un procedimiento destinado a controlar y minimizar los riesgos biológicos para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes como tejidos, secreciones y fluidos corporales. **Los resultados** obtenidos de esta investigación es que un 27 % de los encuestados no se lavan sus manos antes de realizar un procedimiento.

Chacoa, G., Marín, M. y Méndez, F. (2004), Caracas, realizaron un estudio de carácter descriptivo que tuvo como finalidad verificar el cumplimiento de las normas de bioseguridad por parte del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados post-anestésicos del Hospital Universitario de Caracas, sobre el lavado de manos. Teniendo **como resultado** que son muy pocos los profesionales que no se lavan las manos antes de realizar una intervención quirúrgica.

Para, Barbieri, P (1995) El objetivo fundamental del lavado de manos del personal de enfermería es reducir la flora residente y la flora contaminante de las manos y antebrazos. Se recomienda incidir sobre dedos, pliegues, uñas”, porque caso contrario los resultados pueden ser irreparables (Pág. 160). El estudio realizado por Barbieri, tuvo **como resultado** que son muy pocos del equipo de enfermería que se lavan sus manos antes de una procedimiento quirúrgica, haciendo vulnerable al paciente.

Estudios realizado por, Brunner, L y Suddarth, D (1993) afirman que “la duración en el lavado de manos eficaz requiere fricción vigorosa durante al menos 10 minutos, con atención especial en el entorno de la región del lecho ungual y entre los dedos, donde por lo general es mayor el número de microorganismos.” (Pág. 1973), se hace necesario después de un lavado de manos eficaz se deben enjuagar las manos completamente, existen varios métodos para limpiar y eliminar gérmenes de la piel de las manos y los antebrazos. Los resultados de esta investigación fueron desalentadores, en virtud que muchos de los profesionales de enfermería no cumplían con estos requisitos de higiene.

Según, Atkinson, L y Fortunato, N (1998) Para reducir el peligro de una contaminación microbiana en la herida quirúrgica, causadas por las bacterias

de la flora cutánea el lavado dependerá de la fricción y el esfuerzo mecánico que se hace al cepillarse, lavarse manos y antebrazos de la acción y eficacia del agente antiséptico, lo cual es fundamental. De acuerdo a este autor el no cumplir con estos hábitos de higiene, podría desatar en graves problemas en contra del paciente intervenido quirúrgicamente.

Así mismo, Méndez, M. (1998), Debe realizarse como rutina el lavado de manos después de atender a un paciente. Las lesiones en la piel pueden aumentar el riesgo de contraer cualquier enfermedad infecto-contagiosa, por lo tanto, los profesionales con lesiones expuestas en el cuerpo deben evitar el contacto directo con los fluidos corporales, cubriendo sus heridas. Señala las siguientes obligaciones: Quitarse los anillos, pues bajo de estos se acumula mugre y hay mayor proliferación de microorganismos. Realizar el lavado de manos después de tocar cualquier fluido o secreción corporal, independientemente de que se utilicen guantes y también lavarse después de quitárselas.

López Matheu C, Limón Cáceres E, Oto Clavero I, Carratala Fernández J, Espasa Suarez de Desa JE, Lozano de Luaces V et al. Actitudes y creencias en los estudiantes del campus de Bellvitge sobre las medidas higiénicas y las precauciones estándar del lavado de manos en el área de cirugía. Cultura de los cuidados. 2009, se implanto una regla de lavado de manos, al conocer muchos de los estudiantes practicantes de enfermería no lo hacían antes de ingresar a cirugía.

Shaheen Majid, PhD; Schubert Foo, PhD; Brendan Luyt, PhD; Xue Zhang, MSc; Yin-Leng Theng, PhD; Yun-Ke Chang, PhD; Intan A. Mokhtar, PhD. La adopción de la práctica basada en la evidencia en la toma de decisiones clínicas y lavado de manos: enfermeras percepciones, conocimientos y barreras. J Med Libro Assoc 2011; y *sus resultados* has sido muy buenos, porque se han evitado contagios virales por esta causa.

Gilbert K, Cortney Stafford, Kali Crosby RN, Edna Fleming RN, y Robert Gaynes, MD. ¿Cambia el cumplimiento de la higiene de manos entre los trabajadores de atención de salud cuando los pacientes se encuentran en las

salas de prevención de contacto en la UCI? Am J Infect control. 2010, **resultado positivos** de la investigación, los profesionales no realizaban esta actividad antes de su participación en cirugía.

Landon Mawdsley E, García-Houchins Stephen G. Weber. Vuelta a lo esencial: Cuatro años de mejora sostenida en la aplicación de precauciones de lavado de manos y contacto en un hospital universitario. Jt Comm J Qual Saf paciente. 2010, **los resultados han dado resultados positivos**, en razón que el personal ha optado por no descuidar este hábito de higiene durante todo el proceso de cirugía.

Sreedharan J, Muttappillymyalil J, Venkatramana M. El conocimiento sobre las precauciones estándar de higiene entre las enfermeras del hospital de la universidad en los Emiratos Árabes Unidos. Este Mediterr Salud J. 2011, se expuso que debe ser una regla indispensable al equipo de enfermeras, especialmente al trabajar en cirugía mayor.

Parmeggiani C, Abbate R, Marinelli P, Angelillo SI. Trabajadores de la salud y las infecciones asociadas a la atención de salud: el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de los servicios de urgencias quirúrgicas en Italia. BMC Infect Dis. 2010, sus incidencias fueron positivas, por la acción responsable del personal de enfermería en momentos de trabajo quirúrgico.

Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Conocimiento y Comportamiento de los Profesionales de la ONU Centro de Terapia Intensiva en Relación a la adopción de las precauciones de contacto y el lavado de manos de las enfermeras. Rev Lat Am Enfermagem. 2009; la ONU, insistió en que el personal de enfermería tiene la obligación de mantener una actividad higiénica impecable, antes del ingreso a cirugía.

López Matheu C, Limón Cáceres E, Oto Clavero I, Carratalá Fernández J, Espasa Suárez de Desa JE, Lozano de Luaces V et al. Actitudes Y Creencias En Los Estudiantes Del campus de Bellvitge Sobre las Medidas higiénicas y las precauciones estándar. Cultura de los Cuidados. 2009, según esta investigación, la mayoría de los profesionales de enfermería no se preocupan

por mantener una conducta adecuada de higiene, en consideración a las áreas de cirugía menor y mayor.

Según la OMS, El papel de las manos en la transmisión microbiana en el ámbito ambulatorio Aunque se ha demostrado que las manos de los profesionales sanitarios desempeñan un papel crucial en la transmisión de patógenos en el ámbito hospitalario, sigue siendo difícil definir el papel de la transmisión a través de las manos en el ámbito de atención primaria o ambulatoria. Diversos estudios realizados en este ámbito demuestran que las manos de los profesionales sanitarios están contaminadas por microorganismos potencialmente patógenos. A partir de muestras microbiológicas de manos de médicos tomadas en el ámbito de atención pediátrica primaria y consultorios de dermatología (OMS, 2013).

La higiene de las manos en los cuidados sanitarios de larga duración según la OMS. Girier y Le Goaziou, 2013, detectaron la presencia de bacterias en las manos de los médicos generales, fonendoscopios, y esfigmomanómetros en el 9% de las muestras recogidas. También se observó que las manos de los oftalmólogos presentaron cultivos positivos para al menos un microorganismo residente y uno transitorio en el 97,2% y el 22,2% de los casos, respectivamente. (OMS, 2013)

Las adherencias en el cuidado del lavado de manos afectan cada año a cientos de miles de pacientes en todo el mundo transformándose en uno de los eventos adversos más serios respecto a la seguridad del paciente. Siendo el 85% de las IACS se asocian a Infecciones del Sitio Quirúrgico (ISQ) e Infecciones asociadas a dispositivos (IAD): Neumonía asociada a la ventilación mecánica, infección urinaria asociada a catéter urinario e infección de la sangre asociada a los accesos vasculares centrales. Por este motivo entre el 25 y el 50% de las IACS ocurren en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) con datos de aproximadamente un 70% de resistencia antimicrobianos

En la década del 80 el proyecto SENIC, de Argentina documentó que los hospitales redujeron sus tasas de infección en aproximadamente un 32% con programas de control de infecciones que incluyeron cuatro componentes:

apropiada vigilancia y control, al menos una enfermera en control de infecciones (ECI) full time cada 250 camas, un epidemiólogo entrenado y, para vigilancia de ISQ, devolución de los datos a los cirujanos (Borges, 2013)

A fines de 1989, la OPS, conjuntamente con la Sociedad de Epidemiología Hospitalaria de los Estados Unidos de América (SHEA), organizó una Conferencia Regional sobre Prevención y *Control de la adherencia en el cuidado de manos*, con la participación de Argentina, Bermuda, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Perú, Puerto Rico, Islas Turcas y Caicos, Uruguay y Venezuela.

2.1 Bases Teóricas

La piel humana normal se encuentra colonizada por múltiples organismos que viven como saprofitos en la superficie, en las fisuras entre las escamas del estrato corneo y dentro de los folículos pilosos, los cuales en algunas ocasiones pueden volverse patógenos. La flora cutánea está conformado por bacterias, hongos y parásitos que se divide en dos grandes grupos: flora residente y flora transitoria.

Los organismos que presentan capacidad de multiplicarse y sobrevivir adheridos a la superficie cutánea son los llamados resistentes, los cuales se encuentran como constituyentes dominantes de la piel.

Los constituyentes de la flora transitoria simplemente son depositados en la superficie de la piel desde el medio ambiente, pero no tiene la capacidad de adherirse a ella. (Santamaria, 2002).

2.1.1 Flora residente.

Se llama así a la flora que se multiplica y sobre vive en la piel, puede ser replicada por cultivo, aun sin dar evidencia a infección. Por ello las manos actúan como fuente de infección.

La flora residente se divide en 2 grandes grupos bacterianos un grupo mayor, conformado por bacteria coroneiformes y por estafilococos; así como un grupo menor conformado por los micrococos, acinetobacter, flora fúngica de la familia de malassezia, flora parasitaria.

Los gérmenes más frecuentes son:

Estafilococos negativo, micrococos, bacilos difteroides, el único bacilo gran negativo considerado resistente es *Acinetobacter calcoaceticus*, que se encuentran en las glándulas sebáceas y folículos pilosos es de baja patogenicidad, pero puede causar infecciones en inmunodeprimidos, neonatos o procedimientos invasivos.

2.1.2 Flora transitoria.

Son contaminantes residentes, su presencia no supera las 48 horas, no se multiplica, las manos solo sirven de transporte. Se adquiere por contacto con otros pacientes infectados o colonizados, equipos contaminados, medio ambientes, son de mayor riesgo y causan las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

La flora transitoria se encuentra representada principalmente por bacterias gran (+) como estreptococo del grupo estafilococo aureus, y del genero de nesseria; flora fúngica como *Candida albicans*, la cual se considera patógena siempre que se aíslen en la piel.

2.1.3 Función de la flora cutánea.

La flora de la piel tiene múltiples funciones importantes de homeostasis, interviene en la defensa contra las infecciones bacterianas por medio de interferencia bacteriana, tiene actividad sobre la degradación de lípidos en la superficie cutánea favoreciendo la función de barrera de la piel, además de ser la responsable directa de la producción de olor al degradar componentes del sudor apócrino.

2.1.4 La piel como barrera

La piel es un órgano vital en la homeostasis, ya que es el encargado de la interrelación e intercambio entre el medio interno y el medio externo, actuando como un órgano de barrera, foto protección, inmunológico, termorregulación, de protección mecánica y química, así como de percepción y sensibilidad.

Actúa como un órgano de barrera en 2 sentidos: evitando la pérdida de agua, electrolitos y otros constituyentes corporales y bloqueando la penetración de moléculas indeseables o nocivas desde el medio ambiente, aunado a su dureza y resistencia física que disminuyen los efectos de trauma mecánico y a su superficie seca que disminuye la conductibilidad eléctrica debido a que aumenta la impedancia eléctrica. (Santamaria, 2002)

2.1.5 Lavado de manos

Lavado de manos es la medida de prevención más importante en el control de las infecciones que se producen en las instituciones de salud. Mantener las manos limpias es una de las mejores formas de prevenir la propagación de infecciones y enfermedades.

El lavado de manos es algo fácil de hacer y es una de las formas más eficaces de prevenir la propagación de muchos tipos de infecciones y enfermedades en todos los lugares, desde su casa y el sitio de trabajo, hasta las guarderías infantiles y los hospitales. Las manos limpias pueden evitar que los microbios pasen de una persona a otra y a toda la comunidad. (curtis v, 2003)

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son una causa de muerte y discapacidad en todo el mundo.

Esta infección contraída en el entorno sanitario se encuentra entre las principales causas de muerte y de incremento de morbilidad en pacientes hospitalizados. Representan una carga considerable tanto para el paciente y su familia como para la salud pública. Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS revelo que en promedio, el 8,7% de los pacientes hospitalizados contraen infecciones nosocomiales. En cualquier momento, más

de 1.4 millones de personas en el mundo padecen complicaciones infecciosas relacionadas con la atención sanitaria.

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son una de las principales causas de muertes a pacientes de todas las edades, y sobre todo de los individuos más vulnerables. Cuanto más enfermo este el paciente, mayor es el riesgo de que contraiga alguna infección de este tipo y como consecuencia la muerte por esta causa.

En los países desarrollados, entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados en centros para enfermedades agudas contraen una infección que no lo tenían o estaban incubando en el momento de ingresar. Estas infecciones nosocomiales elevan la morbilidad, la mortalidad y los costos que ocasionaría por si sola la enfermedad del paciente. Por ejemplo en los estados unidos, uno de cada 136 pacientes ingresados enfermos gravemente por infecciones contraídas en el hospital. Esto equivale a dos millones de casos y unas 80.000 muertes anuales.

En Inglaterra se produce al menos cada año 100.000 caso de infecciones relacionada con la atención sanitaria que están causando al menos 5000 muertes.

Entre los paciente críticos hospitalizados, al menos el 25% contraen infecciones nosocomiales, incluso en unidades con muchos recursos, en algunos países, esta porción puede ser mucho mayor.

En los países con pocos recursos, en los que el sistema de salud ha de atender a una población más enferma y hacer frentes a la falta de recursos humanos y técnicos, la carga que representa las infecciones relacionadas con la atención sanitaria es aún más importante.

La organización mundial de la salud (OMS), propone seis maneras fundamentales para que los centros de atención de salud puedan mejorar la higiene de las manos y detener la propagación de las infecciones nosocomiales:

- Utilización de desinfectantes para las manos.

- Agua, jabón y toallas desechables.
- Capacitación y educación del personal sobre la forma de proceder correctamente.
- Observación de las prácticas del personal y retroalimentación sobre el desempeño.
- Uso de recordatorios en el lugar de trabajo.
- Apoyo de la higiene de las manos y la atención limpia mediante una cultura del aseo1 (salud, 2005)

2.1.6 Recomendaciones al realizar la técnica de higiene de manos

- Aplicar una dosis de producto, extenderlo por toda la superficie de las manos y friccionarlas hasta que queden secas.
- Cuando se laven las manos con agua y jabón, mojarlas con agua y aplicar la cantidad de producto necesario para extenderlo por toda la superficie de las manos
- Frotarse enérgicamente ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelazar los dedos para cubrir toda la superficie. Enjuagarse las manos con agua y secarlas completamente con una toalla desechable.
- Siempre que sea posible, utilizar agua corriente limpia
- Utilizar la toalla para cerrar el grifo
- Asegurarse que las manos estén secas
- Utilizar un método que no las contamine de nuevo
- Cerciorarse de que las toallas no se utilicen varias veces o por varias personas.
- No emplear agua caliente por que la exposición repetida a ella eleva el riesgo de dermatitis
- Para el lavado de las manos con agua y un jabón no antimicrobiano pueden emplearse jabones simples líquidos.

2.1.7 Algunas recomendaciones para el lavado y antisepsia de las manos

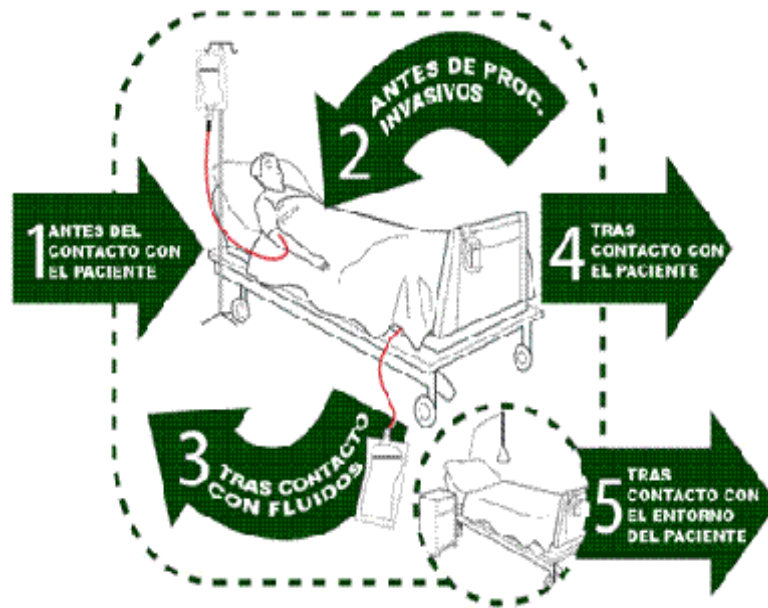
1. Cuando perciba las manos sucias.
2. Cuando estén visiblemente sucias o contaminadas.

3. Antes o después del contacto con el paciente.
4. Antes de realizar cualquier procedimiento aséptico.
5. Después del contacto con sangre y fluidos corporales.
6. Después del contacto con los fómites del paciente.
7. Después de quitarse los guantes. (salud, 2005)

2.1.8 Técnica del lavado de manos (duración: 40-60 segundos)

1. Mójese las manos con agua
2. Aplique suficiente jabón para cubrir toda la superficie de la mano.
3. Frótese las palmas de las manos entre sí.
4. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, con los dedos entrelazados, y viceversa,
5. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unido los dedos.
7. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, frotádoselo con un movimiento de rotación y viceversa.
8. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
9. Enjuáguese las manos.
10. Séqueselas con una toalla desechable.
11. Use la toalla para cerrar el grifo o llave de agua. (gómez, 2011)

2.1.9 Los cinco momentos para el lavado de manos



- **Antes del contacto con el paciente**
 - Realizar la higiene de las manos antes de tocar al paciente, cuando nos aproximemos a él
 - También debemos hacerlo al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, al realizar un examen clínico

- **Antes de una tarea séptica**
 - Debemos realizar la higiene de manos inmediatamente antes de cualquier técnica aséptica
 - Por ejemplo en el lavado oral/dental, aspiración de secreciones, curaciones, inserción de catéteres y preparación de medicación

- **Después de una exposición a fluidos corporales**
 - Inmediatamente después de una posible exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes)
 - Cuidado oral /dental, aspiración de secreciones, extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos

- **Después del contacto con el paciente**

- Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente o su entorno inmediato, cuando nos alejamos del paciente.
- Al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse

- **Después del contacto con el entorno del paciente**

- Después de tocar cualquier objeto o mobiliario o en el entorno inmediato del paciente, al alejarnos (incluso si no se ha tocado al paciente)
- Por ejemplo al cambiar la ropa de la cama, ajustar la velocidad de la perfusión.

2.1.10 Tipos de técnicas de lavado de manos

Podemos mencionar los siguientes:

- **Lavado antiséptico**

El lavado antiséptico es el que se realiza con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano, que tiene rápida acción, no es irritante y está diseñado para su uso en situaciones de brotes de infecciones hospitalarias, áreas críticas, realización de procedimientos invasivos, el objetivo de este tipo de técnica de lavado es remover o eliminar todos los microorganismos transitorios adquiridos por el reciente contacto con los pacientes o materiales contaminados.

- **Técnica Básica**

En esta técnica debemos humedecer las manos con agua, aplicar jabón antiséptico brotar vigorosamente durante 15 a 30 segundos cubriendo toda la superficie de la mano, espacios interdigitales hasta la muñeca, luego seque con una toalla de papel por mano y saque una toalla para cerrar el grifo si es necesario.

- **Lavado de manos quirúrgico**

El lavado quirúrgico de las manos consiste en eliminar mecánicamente la flora transitoria arrastrándola y disminuir en lo posible la concentración de la flora residente dependiente de las estructuras profundas. Además es muy importante recordar que el uso del cepillado no es necesaria para reducir la carga microbiana cuando se utiliza antisépticos con efectos residuales. El objetivo principal de este lavado de manos es prevenir la contaminación del centro quirúrgico mediante la remoción y destrucción de microorganismos transitorios y la reducción de la flora residente y presente en las manos del equipo quirúrgico.

- **Lavado en seco (fricción con alcohol en gel)**

Este procedimiento se lleva acabo con un frote breve de las manos y antebrazos. Destruye los microorganismos de la flora bacteriana transitoria los cuales son adquiridos recientemente este procedimiento se lo realiza siempre y cuando las manos se encuentren visiblemente limpias. El alcohol en gel nos ayuda a matar o impedir que estos microorganismos se reproduzcan, es muy importante indicar que este procedimiento no elimina todos los microorganismos y no reemplaza al lavado de manos

2.1.11 Otros aspectos claves sobre la higiene de manos

Debemos tomar muy en cuenta que la forma más efectiva de asegurar la higiene de las manos es por medio de la utilización de soluciones para las manos a base de alcohol, de acuerdo con la OMS en la guía de la higiene de manos para el cuidado de la salud el uso de las soluciones a base del alcohol cuando están disponibles debería ser el método de rutina utilizado en la higiene de manos.

Las soluciones a base de alcohol, el agua y el jabón no deberían ser usadas alternamente de acuerdo con lo sugerido de la OMS

Los alcoholes no son recomendados cuando las manos están sucias o visiblemente contaminadas con materiales proteicos como por ejemplo la sangre. Pequeños volúmenes de alcohol aplicado a las manos no son más eficaces que el lavado de manos con agua y jabón.

El volumen ideal del producto para aplicar a las manos puede variar para diferentes formulaciones, pero en general se considera adecuado si permite el frote higiénico por más de 20 a 30 segundos, es decir las manos permanecen húmedas por al menos este tiempo. En la higiene de manos se debe tener presente que el uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción.

Estos se deben utilizar siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, como mucosas o piel no intacta. Su uso exige quitarse los guantes tras haber atendido a un paciente y no usar el mismo par para atender a más de un paciente. Así mismo, se debe saber que si se están utilizando guantes durante la atención a un paciente, debe cambiárselos o quitárselos al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente o al medioambiente.

Estos no se deben reutilizar o si es necesario, deben reprocesarlos con métodos que garanticen su integridad y su descontaminación microbiológica.

Si el trabajador de la salud está usando guantes en el momento de la exposición a un líquido corporal, deben ser retirados inmediatamente y la higiene de las manos debe ser realizada.

Esta acción puede ser aplazada hasta que el trabajador de la salud haya dejado el entorno del paciente, si el trabajador sanitario tiene que eliminar y procesar algún equipo (por ejemplo, un tubo de drenaje abdominal) siempre que él o ella sólo toquen este equipo antes de realizar la higiene de las manos. (Salud S. D., 2012)

Existen múltiples evidencias científicas que muestran como las manos del personal transmiten bacterias multirresistentes y colonizan los pacientes internados podemos mencionar las siguientes:

- El 41% de los cultivos de manos de los trabajadores de la salud fueron positivas para EVR (después del cuidado del paciente y antes del lavado de manos)
- EVR puede ser recuperado desde numerosos sitios de la unidad del paciente
- EVR sobrevive en las superficies más de siete días.

Según estudios realizados con cultivos de distintos sitios de la Unidad – Paciente, determino como se hallaban gérmenes multirresistentes como EVR, *Klebsiella spp* MR persistentemente, favoreciendo así la transmisión de la resistencia bacteriana a otros gérmenes nosocomiales que no lo eran.

2.1.12 Beneficios de una mejor higiene de las manos

El fomento de la higiene de manos, ayudar a reducir la carga de infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Datos convincentes demuestran que una mejor higiene de las manos puede reducir la frecuencia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. El incumplimiento de dicha higiene se considera la principal causa de dichas infecciones. Facilita la propagación de microorganismos multirresistentes y contribuye notablemente a los brotes infecciosos.

Las mejores prácticas de higiene de manos guardan relación temporal con un descenso de la frecuencia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y de la propagación de microorganismos multirresistentes. Además, su reforzamiento ayuda a controlar las epidemias en los diferentes establecimientos de salud del mundo.

Los efectos beneficiosos del fomento de la higiene de las manos sobre el riesgo de transmisión cruzada están también presentes en las escuelas, los centros del día y el ámbito comunitario. El fomento de la higiene de las manos nos ayuda a mejorar la salud infantil porque reduce la incidencia de infecciones de las vías respiratorias altas, diarreas e impétigo en los niños del mundo en desarrollo.

2.1.13 Es rentable el fomento de la higiene de las manos

Consideramos que otros de los beneficios que puede reportar una promoción eficaz de la higiene de las manos superan los costos, por lo que debería apoyarse su amplia difusión. Las intervenciones multimodales tienen más probabilidades de resultar eficaces y sostenibles que las de un solo componente; aunque consumen más recursos, se ha comprobado que tienen mayor potencial.

A la hora de evaluar el impacto económico de los programas de incremento de higiene de manos debe tenerse en cuenta el ahorro derivado de la menor incidencia de infecciones relacionada con la atención sanitaria. Los recursos hospitalarios adicionales que consumen tan solo cuatro o cinco infecciones nosocomiales de gravedad intermedia pueden ser equivalentes al presupuesto de todo un año para productos de higiene de las manos utilizados en las zonas de atención a pacientes hospitalizados.

Una sola infección grave del sitio quirúrgico, de las vías respiratorias inferiores o de la sangre puede costarle al hospital más que todo el presupuesto anual de antisépticos para la higiene de manos

Una sola infección grave del sitio quirúrgico, de las vías respiratorias inferiores o de la sangre puede costarle al hospital más que todo el presupuesto anual de antisépticos para la higiene de las manos. Creemos que en una unidad hospitalaria bastaría con que la preparación alcohólica para la fricción de manos previniera solo 3,5 infecciones anuales para que resulte rentable aplicar la higiene de las manos. El ahorro obtenido al reducir la incidencia de infecciones bacterianas multirresistentes supera con mucho el costo adicional

de promover el uso de productos de higiene de las manos como las preparaciones alcohólicas para fricción.

Consideramos importante anotar que una campaña de fomento de la higiene de manos en los hospitales de la Universidad de Ginebra (Suiza) constituye la primera experiencia notificada de una mejora sostenida del cumplimiento de la higiene de las manos, coincidente con descenso de las infecciones nosocomiales y de la transmisión cruzada de *Staphylococcus aureus* multirresistentes. La estrategia que contribuyó al éxito de la campaña incluía la vigilancia reiterada del cumplimiento, la información al personal sobre su desempeño en materia de higiene de manos, campañas de comunicación e información, recordatorios constantes en el trabajo participación activa y retroinformación tanto a nivel individual como organizacional.

Tras un análisis económico de la campaña nacional británica de fomento de la higiene de las manos se concluyó que el programa habría sido rentable incluso si las tasas de infección nosocomial no hubiesen descendido más que un 0,1%.

Las intervenciones ideadas para mejorar la higiene de las manos en todo un país pueden requerir recursos económicos y humanos considerables, sobre todo en las campañas multifacéticas. Pese a que algunos estudios apuntan firmemente a que el fomento de la higiene de las manos ofrece claros beneficios, las limitaciones presupuestarias son una realidad, sobre todo en los países en desarrollo. Puede que haya que realizar análisis de coste-efectividad para identificar las estrategias más eficientes. Dado que la carga de las infecciones nosocomiales es más importante en los países en desarrollo y con economías en transición, los beneficios de las campañas de fomento de la higiene de las manos en esos países pueden ser aún mayores que los documentados en los países industrializados. (Salud, 2005)

2.1.14 Las infecciones asociadas a la atención de la salud como evento adverso

Las infecciones asociadas con la atención en salud son generalmente producidas por la flora saprófita del huésped, aunque cualquier

microorganismo patógeno en potencia puede causar este tipo de infecciones. Casi todos los estudios indican que los estafilococos y los bacilos gram negativos son los responsables de gran número de las infecciones intrahospitalarias. Los virus también constituyen agentes causales de infecciones asociadas con la atención en salud, el virus sincitial respiratorio se asocia a neumonías e infecciones de las vías respiratorias superiores en salas de lactantes y preescolares de forma estacional. También los hongos (Cándida, aspergillus, mucor) en pacientes inmunodeprimidos son patógenos nosocomiales importantes.

Los pacientes adquieren a menudo en los hospitales una flora endógena secundaria la cual proviene de otros pacientes y se transmite a través del personal hospitalario. Aunque la mayoría de estas infecciones son autóctonas pueden originarse de forma cruzada entre individuos hospitalizados .

Las infecciones cruzadas pueden producirse por transmisión directa (contacto, aéreo) o transmisión indirecta de personas a objetos inanimados o viceversa. El contacto indirecto por las manos del personal hospitalario es la vía más frecuente de transmisión de microorganismos entre los pacientes.

Otras infecciones pueden transmitirse por otros medios (productos sanguíneos) como el caso de la hepatitis B, además la Septicemia a partir de soluciones endovenosas contaminadas y la transmisión aérea de la Tuberculosis y enfermedades virales infantiles. Aunque el riesgo de exposición a agentes infecciosos en los pacientes hospitalizados está aumentando o se tiene ahora mayor registro, no hay nada que haga sospechar que los microorganismos intrahospitalarios poseen atributos que les confieran mayor potencial patógeno. En la mayoría de los casos, las infecciones adquiridas en el hospital son infecciones oportunistas lo que significa que los micro- organismos son gérmenes de patogenicidad ordinaria o baja en sujetos cuya capacidad para protegerse de ellos está alterada de alguna manera .

A nivel internacional se han descrito una serie de factores de riesgo asociados a las infecciones asociadas con la atención en salud, entre los cuales podemos mencionar los siguientes: Edad, Alteración de la flora del huésped, Interrupción de las barreras anatómicas, Implantación de cuerpos extraños, alteraciones metabólicas y circulatorias, alteraciones específicas e inespecíficas de la respuesta inmunológica, entre otros.

Las infecciones asociadas con la atención en salud son complicaciones relacionadas con las intervenciones del proceso médico en el tratamiento de enfermedades que incluyen: Tratamiento intravenoso, sondas urinarias, prótesis valvulares, prótesis ortopédicas, cuidados intensivos, tratamiento inmunosupresor y quimioterapia anti-neoplásica. En los pacientes pediátricos la frecuencia de infecciones nosocomiales es menor que en los adultos. Son muchos los factores que contribuyen a estas diferencias, incluyendo factores relacionados con el huésped, fuente de infección, rutas de tratamiento y distribución de los patógenos.

Valiéndonos de la revisión sobre el tema de las infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso y de la experiencia de nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud en la gestión de este evento adverso se han podido identificar las acciones inseguras más frecuentes asociadas con la aparición de infecciones asociadas con la atención en salud, estas son:

No lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente.

La inadecuada asepsia y antisepsia para herida quirúrgica,

No adecuada colocación de catéteres.

Contaminación del ventilador por mala manipulación.

La no inserción aséptica de sondas urinarias estéril.

No uso de guantes para manipular sangre, fluidos corporales, secreciones de infecciones e instrumental contaminado con estos fluidos.

En herida quirúrgica además una técnica quirúrgica no adecuada y la no profilaxis antimicrobiana adecuada.

No utilización de mascarillas, gafas y tapa bocas.

No utilización de bata estéril durante la realización de cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico.

No lavados de cada habitación y sitios adecuados para el control de excretas y recipientes para descartar el material corto punzante

No utilización de materiales desechables estériles.

En los pacientes que reciben anestesia y que son sometidos a cirugía torácica o abdominal o aquellos que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías musculoesqueléticas del tórax del no recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial.

No cambiar los circuitos de ventilación cada 24 horas en los pacientes.

No drenaje periódico de cualquier condensado que se colecciona en los circuitos de ventilación mecánica.

No quiere decir que sean las únicas acciones inseguras que predispongan la presencia de infecciones asociadas con la atención en salud, pero se convierten en la brújula de navegación acerca de las posibles fallas que pueden cometer las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Existe evidencia importante de que la antisepsia de manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria. La higiene de las manos es, por lo tanto, una acción fundamental para asegurar la seguridad del paciente que debe tener lugar en forma oportuna y efectiva en el proceso de

atención. No obstante, el bajo nivel de cumplimiento con la higiene de las manos es una cuestión universal en la atención sanitaria. Esto contribuye a la transmisión de microbios capaces de causar infecciones asociadas a la atención sanitaria evitables. Se ha demostrado que una mayor adherencia a las pautas y normas sobre higiene de las manos disminuye la propagación de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

2.1.15 Hacia la implementación de buenas prácticas de atención en salud para prevenir la aparición de infecciones

Sirviéndonos del modelo organizacional de análisis causal de errores y eventos adversos del protocolo de Londres (revisar video “Análisis Causal de eventos adversos”) y partiendo de las infecciones asociadas con la atención en salud como evento adverso, lo primero que debe desarrollarse es la identificación de las fallas activas (acciones inseguras) del sistema que llevaron al evento adverso, partiendo de ellas, se identifican los factores contributivos que las produjeron y las barreras que fallaron.

En el capítulo anterior se listaron las acciones inseguras más frecuentes relacionadas con las infecciones asociadas con la atención en salud.

Sobre estas acciones inseguras se identifican los factores determinantes para su ocurrencia y las barreras y defensas que deberán implementarse para evitar la aparición del evento adverso, en este caso las escaras. Una vez hallados los factores contributivos que predisponen la aparición de las acciones inseguras, se identifican cuáles son las fallas latentes que permiten la aparición de los factores, es decir, las decisiones gerenciales y los procesos organizacionales.

2.2 Esquema de análisis

Para explicar el esquema de análisis causal desarrollado a las cinco (5) primeras acciones inseguras más frecuentes, nos valdremos de un esquema gráfico, que permita relacionar todos los elementos.

EL ESQUEMA ES:

ACCION INSEGURA

FACTORES CONTRIBUTIVOS

Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras, desde:

Paciente,

Tarea y Tecnología,

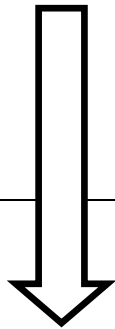
Individuo,

Equipo y

Ambiente



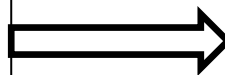
ACCION
INSEGURA
FRECUENTE



ORGANIZACIÓN CULTURA

FALLAS LATENTES

Fallas latentes que permiten la aparición de los factores contributivos: Decisiones gerenciales y procesos organizacionales.



BARRERAS Y DEFENSAS

Se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las acciones inseguras (FALLAS ACTIVAS), pueden ser: Humanas, Físicas y Tecnológicas, Naturales y

2.2.1 Esquema de análisis uno

- Acción insegura

No lavado de manos antes y después de examinar a cada paciente.

Factores contributivos

Tarea y tecnología: Falta de adherencia al protocolo de lavado de manos: antes de entrar en contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes, después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente, antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso aunque no haya tocado al paciente.

Equipo de trabajo: falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, problemas de comunicación del equipo de trabajo.

Ambiente: Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados); falta de elementos para realizar el procedimiento de lavado de manos

- Organización y cultura fallas latentes

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención y procedimiento de lavado de manos.
- Manual de bioseguridad no actualizado ni socializado.
- Ausencia de políticas institucionales para el plan de compras.
- Inadecuado plan de mantenimiento de la infraestructura de la institución.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No implementación de rondas de seguridad que verifiquen el correcto lavado de manos y el funcionamiento de todos los dispositivos para esta acción. - -No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

- **Barreras y defensas**

Humanas:

Cumplimiento de los protocolos de lavado de manos y medidas de bioseguridad en la Institución mediante la evaluación periódica de un indicador para esta acción.- Evitar el contacto físico con el paciente o su entorno si no es vital o necesario. Contar con un dispensador de alcohol glicerinado en cada habitación.

Físicas y Tecnológicas:

Asegurar el funcionamiento y dispositivos de todos los lavamanos. -Contar con los equipos dispensadores de jabón.

Administrativas:

Estandarizar procesos y verificar el correcto lavado de manos mediante lista de chequeo.

Diseño de protocolos de lavado de manos propio de la institución

2.2.2 Esquema causal dos

- Acción insegura

La inadecuada asepsia y antisepsia para la herida quirúrgica

Factores contributivos

Paciente: Patología (pacientes con infecciones diagnosticadas que deben ser sometidos a cirugía).

Tarea y tecnología: Falta de empleo de profilaxis antimicrobiana en pacientes sometidos a cualquier procedimiento de cirugía contaminada y en las limpias en las que se implante un cuerpo extraño procedimiento y el manejo postoperatorio; y ausencia de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario de cirugía.

Individuos: Falta de experiencia del personal asistencial que realiza el procedimiento, falta de adherencia al tema de bioseguridad del personal asistencial que realiza el procedimientos.

Equipo de trabajo: Falta de supervisión en el desarrollo del procedimiento, ineficiente comunicación y seguimiento entre turnos a pacientes con herida quirúrgica.

Ambiente: Sobrecarga laboral (exceso de pacientes asignados).

- **Organización y cultura fallas latentes**

- Políticas institucionales poco claras para la elaboración y adopción de protocolos y guías de atención, particularmente en la preparación de las heridas quirúrgicas.
- Falta de cronogramas de mantenimiento preventivo y correctivo del mobiliario hospitalario.
- Manual de bioseguridad no actualizado ni socializado.
- Deficiencia de programas de inducción y reinducción a personal temporal y flotante.
- No contar con programas de capacitación ni socialización de guías y protocolos.

- **Barreras y defensas**

Humanas:

- Vacunación de todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio.
- Seguimiento especial de enfermería a pacientes con herida quirúrgica.
- Comunicación clara entre cambio de turnos de pacientes con herida quirúrgica.

Naturales:

- Asegurar buena iluminación en las salas de cirugía.

Físicas y Tecnológicas:

- Contar con los equipos y muebles necesarios para realizar el procedimiento de limpieza de herida quirúrgica - Contar con los recursos necesarios en cuanto a la dotación para el lavado de las heridas

Administrativas:

- Listas de chequeo en cirugía (OMS).
- Implementación de protocolos de aseo en salas quirúrgicas.
- -Se debe establecer un programa de vigilancia de las heridas quirúrgicas con información periódica a cada cirujano de su frecuencia de infección en las cirugías limpias.

2.2.3 Recomendaciones y planes de acción

Según las acciones inseguras y factores contributivos más frecuentes identificados, se podrán implantar las siguientes acciones, las cuales dependerán de las características y desarrollo de cada institución:

1. Existe evidencia importante de que la antisepsia de manos disminuye la incidencia de infecciones asociadas a la atención sanitaria; por lo que se recomienda:

- ❖ Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente.
- ❖ Lavado de manos antes de realizar una tarea aséptica.
- ❖ Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes.
- ❖ Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente.

- ❖ Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente
- ❖ Lograr cumplimiento (adherencia) del personal del lavado higiénico de las manos

2. Las investigaciones publicadas sugieren que las estrategias multimodales y multidisciplinarias que se concentran en un cambio del sistema ofrecen la mayor probabilidad de éxito en términos de mejora de la higiene de las manos y reducción de infecciones

3. Uso de guantes para manipular sangre, fluidos corporales, secreciones de infecciones e instrumental contaminado de estos fluidos.

4. Utilización de mascarillas, gafas y tapa bocas para evitar la transmisión aérea.

5. Utilización de bata estéril durante la realización de cualquier procedimiento invasivo o quirúrgico.

6. Manipular con precaución el equipo para el cuidado de los pacientes de manera que se evite la contaminación de la ropa, piel y mucosas.

7. Manejar adecuadamente el equipó crítico que entra en contacto directo con el torrente sanguíneo o que atraviesa las barreras naturales de defensa, utilizando preferiblemente materiales desechables estériles.

8. Cambiar los circuitos de ventilación cada 24 horas para disminuir la colonización bacteriana.

9. Debe drenarse periódicamente cualquier condensado que se colecciona en los circuitos de ventilación mecánica, teniendo cuidado que no refluya al paciente.

10. En los pacientes que reciben anestesia y que son sometidos a cirugía torácica o abdominal o aquellos que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anomalías musculoesqueléticas del tórax deben recibir terapia pre y postoperatoria e instrucciones para prevenir las complicaciones como la neumonía nosocomial.

11. Vacunación de todos los miembros del equipo de Salud para los bioriesgos prevenibles por este medio, en especial pero no exclusivamente para Tétanos, Difteria, Sarampión, Rubeola, Paperas, Hepatitis B, Influenza Estacional, Fiebre Amarilla y otras de acuerdo al Panorama de Riesgo Biológico definido por institución y área geográfica

2.3 Definición de términos

Higiene de manos.- término general de una aplicación a cualquier lavado de manos, lavado antiséptico de manos, antisepsia de manos por fricción, o antisepsia quirúrgica de manos.

Infección asociadas a la asistencia sanitaria.- son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento por alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en medio de incubación en el momento de ingreso a la institución.

Técnica de higiene de manos. Aplicar una dosis de producto, extenderlo por toda la superficie de las manos y friccionarlas hasta que queden secas.

Fomento de la higiene de las manos.- la higiene de las manos superan los costos, por lo que debe apoyarse su amplia difusión. Las intervenciones multimodales tienen más probabilidades de resultar eficaces y sostenibles que las de un solo componente; aunque consumen más recursos, se ha comprobado que tienen mayor potencial.

Adherencia.- grado de seguimiento de la pauta tal y como ha sido establecido por la institución.

Procedimiento limpio/aséptico.- cualquier actividad de asistencia que entraña un contacto directo o indirecto con mucosas, piel no intacta o un dispositivo medico invasivo. Durante este procedimiento no debe transmitirse ningún germen.

Cuidado de manos.- acción que disminuye el riesgo de irritación o deterioro de la piel.

Indicación de higiene de las manos.- razón por la que debe realizar la higiene de las manos en una determina situación.

Oportunidad para la higiene de manos.- momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos. Constituye el denominador para calcular el grado de cumplimiento de la higiene de manos, es decir, el porcentaje de ocasiones en que los profesionales sanitarios realmente realizan una higiene de manos con respecto a todas las ocasiones observadas que lo requieran.

Fricción de manos.- aplicar un antiséptico para manos para reducir o inhibir la propagación de los microorganismos sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjuagado o secado con toallas u otros instrumentos.

Solución alcohólica para la frotación de manos.- solución alcohólica diseñada para la reducción de número de microorganismos visibles en las manos.

Medio asistencial.- todos los elementos que constituyen el medio donde se presta atención (objeto, equipo médico, y personas presente en un hospital, consultorio o centro ambulatorio).

Entorno del paciente.- espacio restringido al medio asistencial dedicado temporalmente a un paciente; incluye el equipo (diversos dispositivos médicos), los muebles (cama, silla, mesa, etc.) y las pertenencias personales

(ropa, libros, etc.) que utiliza el paciente y el profesional sanitario cuando atiende al paciente.

Contacto con paciente.- (entre el profesional sanitario y paciente): se refiere a la situación en la cual las manos del profesional sanitario tocan la piel y la ropa del paciente.

Contacto con el entorno del paciente.- (entre el profesional sanitario y una superficie inanimada): situación en la cual las manos del profesional sanitario toca objetos inertes y superficie del entorno del paciente.

Una tarea aséptica.- realizada por un profesional sanitario es aquella en la que se tocan (directamente o no) mucosas, piel lesionada, dispositivos médicos invasivos (catéter, sonda) o equipo de atención sanitaria.

Fluidos orgánicos.- sangre y otras sustancias que el organismo segrega (moco, saliva, esperma, lagrimas, cera, leche, etc.), excretas (orina, heces, vómitos) y trasuda (liquido plural, líquido cefalorraquídeo, liquido ascítico, a excepción del sudor)

2.4 Sistemas De Hipótesis

Influye de manera positiva el personal de enfermería y los usuarios sobre la higiene de manos la reducción de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, en el servicio de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda provincia de Bolívar en el periodo 2015.

2.5 Sistemas De Variables

2.5.1 Variable independiente

Personal asistencial y usuario

2.5.2 Variable dependiente

Conocimiento sobre higiene de manos

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variable dependiente	Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems para indicadores	Instrumentos reactivos
Conocimiento sobre higiene de manos.	La higiene de manos consiste en la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas seguida de un enjuague con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora habitual y transitoria y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.	Desinfección	Uso de alcohol tiempo lavado de manos con agua y jabón	-5 5-10 +10 Si – No SI-NO	ENCUESTA
		INFRAESTRUCTURA	Área del paciente Lava manos # De dispensadores. jabón antiséptico toallas descartables Alcohol isopropilico o metílico	Si – No Si NO Sí No Si – No Si – No Sí No	ENCUESTA
		NORMAS	Protocolos Cumplimiento % de adherencia	Sí - No 10-15% 16.30% MAS DEL 30%	GUIA DE OBSERVACION

Variable independiente	Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems para los indicadores	Instrumentos reactivos
Personal asistencial y usuario	El personal del servicio de Cirugía brinda atención y tratamiento a todo el espectro de la patología quirúrgica, con un enfoque multidisciplinario, dado por el trabajo en íntima relación con profesionales pertenecientes a otras especialidades, con el fin de brindar una óptima calidad de atención al paciente.	Demografía	Sexo Etnias	Hombre Mujer Mestiza blanco Indígena Afroecuatoriano	ENCUESTA
		Personal asistencial	Enfermeras Médicos Internas	(+2) (+3) (2)	ENCUESTA
		Tipos de intervención Quirúrgica.	Apendicetomía Colelap Laparotomía Prostatetomía Hernioplastia	Si - No Si - No Si - No Si - No Si - No	ENCUESTA

3 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1 Investigación descriptiva

Esta investigación es de carácter descriptivo, porque recoge toda información necesaria de quienes están al frente de la sala de cirugía, con el fin de detectar si tiene conocimiento del personal asistencial sobre la higiene de manos con respecto a infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, en el servicio de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda provincia de Bolívar.

3.2 Investigación documental

Para identificar de manera adecuada el impacto que tiene el desconocimiento del personal asistencial sobre la higiene de manos y las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, en el servicio de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro del cantón Guaranda provincia de Bolívar. Las investigadoras recurrieron a textos, internet, revistas, entre otras, las mismas que hablan exclusivamente sobre el lavado de manos, en el trabajo de cirugía.

3.3 Investigación de campo

Se caracteriza por haber llegado al lugar mismo de los hechos, en donde se produce la información y los acontecimientos, positivos y negativos por la falta de higiene en el lavado de manos en la sala de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro, de donde se recoge la información directa al personal que labora allí.

3.4 Diseño

El presente trabajo es de tipo descriptivo y de arte transversal ya que se emplea en el estudio a personal sanitario que labora en el servicio de cirugía del HANM.

Por su nivel,- es una investigación de tipo descriptiva, describe en el tiempo durante el periodo 2015; lugar servicio de cirugía del HANM ciudad Guaranda;

Personal sanitario del servicio de cirugía.

Por su propósito,- es una investigación aplicada en el servicio de cirugía del HANM.

Por su dimensión,- es un estudio transversal ya que estudia:

¿Qué pasa, que está ocurriendo con la higiene de manos en el servicio de cirugía del HANM?

¿A quién le pasa eso?

Al personal sanitario del servicio de cirugía.

¿Cuándo sucede?

Durante todo el tiempo que labora el personal en el servicio de cirugía.

Por su aplicación; es un estudio transversal ya que la información se obtuvo a partir de la aplicación de la guía de observación de la práctica de higiene de manos en el servicio de cirugía HANM.

3.4.1 La higiene de las manos y las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Una infección relacionada con la atención sanitaria, también denominada infección nosocomial, se define como aquella infección que afecta a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. Incluye también las infecciones que se contraen en el hospital pero se manifiesta después del alta así como las infecciones ocupacionales del personal del centro sanitario. Con esta definición se comprende claramente la incidencia de estas infecciones está ligada a la presencia de asistencia sanitaria y que puede producirse, aunque no siempre, como consecuencia del fallo de los sistemas y los procesos de la asistencia sanitaria, así como el comportamiento humano. Por lo tanto, supone un problema importante de seguridad de paciente.

- **El propósito de la observación**

El principal propósito de la observación es demostrar el grado de cumplimiento de la higiene de las manos entre los profesionales sanitarios y, en algunos casos, evaluar el tipo y la calidad de la técnica que se emplea para realizarla. Dependiendo del tipo de centro y del nivel del cumplimiento por parte de los profesionales sanitarios, y según las prioridades específicas, los resultados de la observación también ayudan a determinar cuáles son las intervenciones más apropiadas para fomentar, educar y formar en la higiene de las manos. Al realizar observaciones antes y después de dicho periodo de intervención no solo es posible evaluar repetidamente los niveles de cumplimiento de la higiene de manos sino también calibrar las mejoras y el impacto de la intervención y ajustar las campañas y el material educativo.

- **La observación directa de práctica de la higiene de manos.**

Uno de los métodos para evaluar las prácticas de la higiene de manos es la observación directa de los profesionales sanitarios mientras prestan la asistencia ordinaria. Hemos escogido un método de observación directa porque genera los datos más precisos sobre el cumplimiento de las recomendaciones de la higiene de manos por parte de los profesionales sanitarios, aunque los resultados no deben considerarse como una representación perfecta de la situación real.

- **Las reglas de la observación.**

Se suele recomendar que los datos de la observación se recojan de forma anónima y sea confidencial. Los resultados de la observación no deberían emplearse para realizar una evaluación administrativa del personal. No obstante, en algunos casos, por decisión institucional o porque no hay ningún impedimento particular para identificar a los profesionales sanitarios, también se puede hacer una observación individual con fines educativos que incluya la identidad del profesional. De hecho, para mejorar la comprensión y contribuir a fomentarla higiene de manos, siempre que sea posible los resultados debería representarse de inmediato al personal que ha sido observado.

- **El observador y su papel**

El papel principal del observador consiste en observar de forma abierta y objetiva las prácticas y recoger datos sobre la higiene de las manos valiéndose de las cinco indicaciones junto con la metodología y las instrucciones que aquí se propone, antes de hacerlo, los observadores deben familiarizarse con las cinco indicaciones y los conceptos subyacentes, que debe ser capaces, de aplicar, identificar, diferenciar y explicar aunque el conocimiento básico sobre la higiene de manos.

- **Las oportunidades para la higiene de manos**

Las definiciones y referencias básicas que emplean los observadores para identificar las acciones de higiene de manos durante las actividades asistenciales son idénticas a las enumeradas en la Sección II.5 y se aplican del mismo modo a la observación, la formación y la práctica de la higiene de las manos. No obstante, los observadores tienen una perspectiva diferente de las indicaciones y las acciones de la de los formadores y los profesionales sanitarios. Cuando el observador identifica una indicación, la convierte en una oportunidad al tiempo que la registra, empleando un procedimiento especial de cómputo. La oportunidad determina la necesidad de realizar la acción de higiene de manos, tanto si la razón (la indicación que conduce a la acción) es una como si es múltiple. Desde el punto de vista del observador, existe oportunidad siempre que se produce y se observa una de las indicaciones para la higiene de las manos. Se pueden presentar varias indicaciones simultáneamente, creando una sola oportunidad que requiere una única acción de higiene de manos. La oportunidad es una unidad de cómputo equivalente al número de acciones de higiene de manos que se necesitan, al margen del número de indicaciones. El cumplimiento se mide dividiendo el número de acciones (el numerador) entre el número de oportunidades (el denominador).

- **La acción de higiene de manos vista por el observador**

El observador siempre debe establecer un vínculo entre una acción de higiene de manos observada y una oportunidad computada. La acción puede ser negativa (no realizada) o positiva (realizada). Es posible que en algunos casos

el observador no vea la acción, de modo que el observador sólo debe registrar las acciones que vea claramente y que correspondan a indicaciones; el observador no está autorizado a asumir que una acción ha tenido lugar. El momento en que el observador identifica una indicación se computa como una oportunidad ante la que debería producirse la correspondiente acción positiva o negativa. Una acción positiva indica cumplimiento; una acción negativa indica incumplimiento. Una acción positiva que no está justificada por una indicación identificada y que por lo tanto no puede traducirse en una oportunidad no se puede incluir al medir el cumplimiento.

- Informar sobre el cumplimiento de la higiene de las manos

Al dar parte de los datos sobre las prácticas de higiene de manos, el observador siempre debe tener presente lo siguiente:

- a) Para definir una oportunidad se debe observar al menos una indicación para la higiene de manos;
 - a) Cada oportunidad requiere una sola acción de higiene de manos;
 - b) Una acción se puede aplicar a más de una indicación;
 - c) Una acción documentada puede ser positiva o negativa siempre que corresponda a una oportunidad;

La observación de una acción positiva no siempre implica la existencia de una oportunidad.

El cumplimiento de la higiene de manos es la proporción entre el número de acciones realizadas y el número de oportunidades y se expresa por medio de la siguiente fórmula:

CUMPLIMIENTO (%) =	Acciones realizadas	X 100
	Oportunidades	

Esto refleja el grado de cumplimiento por parte de los profesionales sanitarios del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con las cinco indicaciones (momentos) en la medida en que éstos se

computan como oportunidades. El cumplimiento supone una equivalencia exacta entre el número de acciones y el número de oportunidades. El incumplimiento se produce cuando el número de oportunidades sobrepasa el número de acciones realizadas.

- **Metodología de observación**

La fiabilidad e imparcialidad de los datos recogidos, que deberían reflejar con precisión la situación observada, dependerá de la metodología que se desarrolle y de su implementación.

En primer lugar hay que definir el alcance de la observación: el escenario, las categorías profesionales y las indicaciones. Según la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos, la observación debe tener lugar en aquellas áreas donde se está implementando o se va a implementar la estrategia: una o más unidades / plantas asistenciales, uno o más servicios médicos o todo el centro sanitario. Según la metodología que aquí describimos, los únicos sujetos de observación son los profesionales sanitarios que están en contacto directo con los pacientes, lo que no significa en modo alguno que otros profesionales sanitarios no tengan que realizar la higiene de las manos.

Los profesionales sanitarios se dividen en cuatro amplias **categorías profesionales**:

1) Enfermera; 2) auxiliar; 3) médico y 4) otros. Cada categoría puede subdividirse en función de la información que se necesite. Se puede elegir una o todas las categorías profesionales para la observación. El requisito principal es que sean representativas en función de la categoría profesional y del escenario. Por ejemplo, si en un determinado escenario el 50% del personal es de enfermería, el 50% de la categoría profesional que se observe debe ser personal de enfermería. Si el alcance del estudio de observación es todo el centro sanitario y todo el personal sanitario, todos los servicios médicos y todas las categorías profesionales deben estar representados en los datos de observación.

El **periodo** de observación se define como el espacio temporal durante el que se mide el cumplimiento en un determinado escenario. La duración del periodo dependerá del tamaño de la muestra.

3.4.2 El formulario de observación

El formulario de observación presenta una planilla para realizar las observaciones. Consta de dos elementos: una cabecera y una cuadrícula.

Tabla 2 Formulario de observación

Centro:		n.- de periodo		Numero de sesión	
Servicio:		Fecha (d/m/a)		observador	
Pabellón:		Hora de I/F		Numero de paginas	
Departamento:		Duración de sesión. (minutos)		País.	
Ciudad					

La cabecera.- permite que las observaciones se localicen con precisión en el tiempo y el espacio (emplazamiento, fecha, duración de la sesión y observador) y que los datos se clasifiquen y se registren (periodo, sesión). Esta información debe anotarse antes de registrar los datos de observación para asegurarse de que éstos sean aptos para usarse en el análisis.

Situar la observación en el tiempo permite definir y datar el periodo de evaluación en relación con las intervenciones (antes y después de una intervención, seguimiento, etcétera). Indicar la hora a la que empieza y termina una sesión permite definir su duración y evaluar el cumplimiento en relación con la intensidad de las oportunidades para la higiene de manos durante un determinado intervalo de tiempo. Realizar la observación en sesiones asegura, entre otras cosas, que se observan una gama de escenarios, categorías profesionales y momentos para la higiene de manos.

Cuando introduce sus iniciales en el formulario de observación, el observador indica que lo ha comprobado antes de devolverlo. Esto también permite verificar los datos e identificar cualquier indicio de sesgo por parte del observador. Se asigna un número a cada sesión para indicar que los datos están listos para ser analizados. Dicho número se introduce en una base de datos y en el formulario de cálculo de cumplimiento básico cuando se procesan los datos. Sólo es necesario anotar el número de la página si se utiliza más de un formulario durante una sola sesión.

Tabla 3 Formulario de observación

Cat. prof.		Cat. prof.		Cat. prof.		Cat. prof.		
Código		Código		Código		Código		
Nº		Nº		Nº		Nº		
Op.	Indicación	Acción de HM	Op.	Indicación	Acción de HM	Op.	Indicación	Acción de HM
1	<input type="checkbox"/> ant.pac. <input type="checkbox"/> ant.asépt. <input type="checkbox"/> desp.f.c. <input type="checkbox"/> desp.pac. <input type="checkbox"/> desp.ent.p.	<input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LV <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant.pac. <input type="checkbox"/> ant.asépt. <input type="checkbox"/> desp.f.c. <input type="checkbox"/> desp.pac. <input type="checkbox"/> desp.ent.p.	<input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LV <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant.pac. <input type="checkbox"/> ant.asépt. <input type="checkbox"/> desp.f.c. <input type="checkbox"/> desp.pac. <input type="checkbox"/> desp.ent.p.	<input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LV <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes
Op.	Indicación	Acción de HM	Op.	Indicación	Acción de HM	Op.	Indicación	Acción de HM
1	<input type="checkbox"/> ant.pac. <input type="checkbox"/> ant.asépt. <input type="checkbox"/> desp.f.c. <input type="checkbox"/> desp.pac. <input type="checkbox"/> desp.ent.p.	<input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LV <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant.pac. <input type="checkbox"/> ant.asépt. <input type="checkbox"/> desp.f.c. <input type="checkbox"/> desp.pac. <input type="checkbox"/> desp.ent.p.	<input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LV <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes	1	<input type="checkbox"/> ant.pac. <input type="checkbox"/> ant.asépt. <input type="checkbox"/> desp.f.c. <input type="checkbox"/> desp.pac. <input type="checkbox"/> desp.ent.p.	<input type="checkbox"/> FM <input type="checkbox"/> LV <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> guantes

La **cuadrícula** de registro de observaciones contiene los datos necesarios para medir el cumplimiento. Se divide en cuatro **columnas**; cada columna puede destinarse bien a una categoría profesional (en cuyo caso se registran en la columna distintos profesionales de dicha categoría) o a un profesional individual cuya categoría se especifica. Si los datos se clasifican por categoría profesional, se debe indicar el número de profesionales de cada categoría que se ha observado en cada sesión. No existe límite superior. Si los datos se

clasifican por profesional, se puede incluir un máximo de cuatro en el mismo formulario.

El personal sanitario se clasifica en las siguientes categorías y empleando los códigos siguientes:

1. Enfermera líder

1.1 Enfermera

1.2 Estudiante de enfermería / matrona

2. Auxiliar

3. Médico

3.1 Internista

3.2 Cirujano

3.3 Anestesista / reanimador / médico de urgencias

3.4 Pediatra

3.5 Ginecólogo

3.7 Estudiante de medicina

4. Otros profesionales sanitarios

4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiólogo, logopeda, etcétera)

4.2 Técnico (radiólogo, técnico de cardiología, técnico de quirófano, técnico de laboratorio, etcétera).

4.3 Otros (dietista, dentista, trabajador social, otros profesionales de la asistencia)

4.4 Estudiante

Cada columna (Figura 3) es independiente de las demás: la cronología de los datos no tiene que ser la misma en cada columna. Depende del número de oportunidades que se observan para cada categoría profesional o para cada individuo. Se puede observar a varios profesionales al mismo tiempo (cuando están trabajando con el mismo paciente o en la misma habitación); sin embargo, es desaconsejable observar simultáneamente a más de tres personas. En función de la intensidad de las actividades y de las indicaciones, los observadores deben limitar la observación a uno o dos profesionales para excluir la posibilidad de que se produzcan omisiones durante una secuencia de asistencias. El observador siempre debe captar y registrar todas las indicaciones aplicables a las actividades y a los profesionales observados.

Cada columna contiene ocho apartados. Cada apartado corresponde a una oportunidad y en él se introducen las indicaciones y las acciones positivas o negativas observadas. Las casillas cuadradas del formulario () significan que los ítems no son excluyentes (si se aplican varios a la misma oportunidad, deben señalarse todos); el círculo (○) significa que sólo se aplica un ítem a la oportunidad y se refiere a las acciones de higiene de manos negativas (no acción) así como a la información sobre el uso de los guantes, si ésta se recoge.

Una acción de higiene de manos positiva se registra según el método empleado: fricción de las manos con un preparado de base alcohólica, lavado con agua y jabón, o una combinación de los dos en ese orden.

Según este método, no se evalúa la calidad (técnica, duración) de la acción. Si se registra una acción positiva que no responda a una indicación, ésta no debe computarse cuando se analicen los datos.

Las acciones de higiene de manos negativas deben registrarse para que las correspondientes oportunidades se incluyan en el análisis. La cuadrícula de registro presenta las siguientes abreviaturas para las cinco indicaciones de higiene de las manos: ant.pac: antes del contacto con el paciente; ant.asépt:

antes de un procedimiento limpio / aséptico; desp.f.c: después del riesgo de exposición a fluidos corporales; desp.pac: después del contacto con el paciente; y desp.ent.p: después del contacto con el entorno del paciente.

También se incluyen FM: fricción de las manos con un preparado de base alcohólica; LM: lavado de manos con agua y jabón. El separar los dos métodos de higiene de manos permite evaluar el procedimiento elegido por los profesionales en función de las indicaciones, siempre que dicha elección sea posible. El uso de guantes sólo debe registrarse si el profesional sometido a la observación lleva guantes en el momento en que se produce una oportunidad y no realiza una acción de higiene de manos.

Cada formulario debe revisarse inmediatamente después de la sesión de la observación y se debe anotar la hora de finalización, la duración de la sesión y la firma.

3.4.3 El formulario de cálculo básico

La utilización de este formulario se recomienda particularmente en los centros sanitarios que no disponen de tecnología de la información para reunir y analizar datos electrónicos.

El instrumento está diseñado para generar resultados de cumplimiento globales divididos por categoría profesional e indicación. Sin embargo, también puede usarse para subdividir los resultados según el escenario.

El cumplimiento de la higiene de las manos es la proporción entre el número de acciones realizadas y el número de oportunidades, según se expresa en la siguiente fórmula:

CUMPLIMIENTO (%) =	Acciones realizadas	X 100
	Oportunidades	

En el formulario de observación, las indicaciones observadas se clasifican como oportunidades para la higiene de las manos (denominador), con las que se comparan las acciones de higiene de manos positivas (numerador).

Los resultados del cumplimiento pueden calcularse globalmente pero también pueden dividirse por categoría profesional y escenario. De este modo, cuando los profesionales sanitarios reciben la información pueden referirla a su categoría profesional o contexto laboral.

Transversal

Esta investigación es transversal, porque está limitada entre el año 2015 y 2016, por lo tanto está limitado en este periodo.

Área de estudio

La investigación se realiza en el servicio de cirugía del HANM la misma que presenta 22 camas disponible

3.5 Población y muestra

Es importante recalcar, que por ser una por ser una población muy pequeña, se trabajara con todo su universo, en este caso con el personal asistencial en la sala de cirugía.

10 enfermeras

5 auxiliares de enfermería

Internos de enfermería (IRE)

Médicos.

2 internos de medicina (IRM)

44 usuarios. (Al tener 22 camas disponibles se contabiliza 2 familiares por cada usuario durante la visita, pero no siempre la ocupación de la cama será al 100 %.)

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la consecución de esta investigación se aplicara la encuesta, en razón que permite al investigador obtener resultados de mucha relevancia y confiabilidad, de igual forma aporta a descubrir algunas cuestiones que tiene que ver con la higiene de lavado de manos en la sala de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Tabla 4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica	Instrumento
Encuesta	Cuestionario sobre conocimiento de higiene de manos.
Observación	Guía de observación de la práctica de la higiene de manos.

3.7 Técnicas de procesamiento de y análisis de datos

Para la obtención de los datos de forma segura y precisa, se aplica una guía observación y encuesta empleando el programa de Excel, mismo que servirá para los cálculos estadísticos de forma segura y confiable de cada objetivo específico.

4 TOMA DE INFORMACION

4.1 Encuesta aplicada al personal del Área de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro sobre conocimiento de higiene de manos.

4.1.1 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para la obtención de los datos de forma segura y precisa, se aplica una guía observación y encuesta empleando el programa de Excel, mismo que servirá para los cálculos estadísticos de forma segura y confiable de cada objetivo específico.

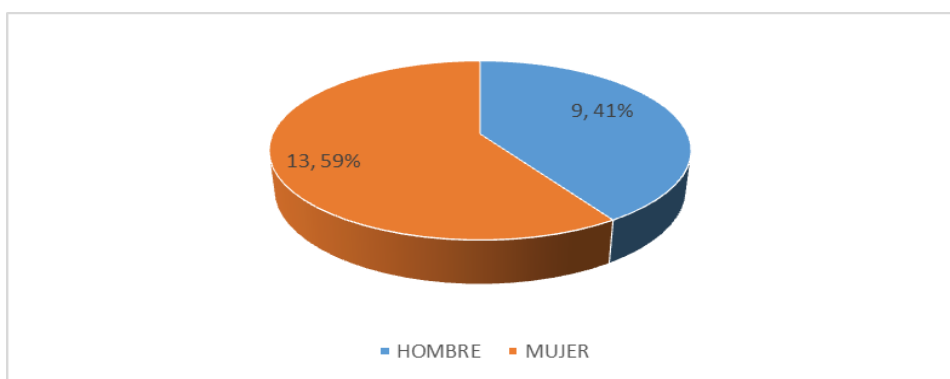
1.- Sexo personal de salud del servicio de cirugía del HANM

Tabla 5

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
hombre	9	41%
mujer	13	59%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 1



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

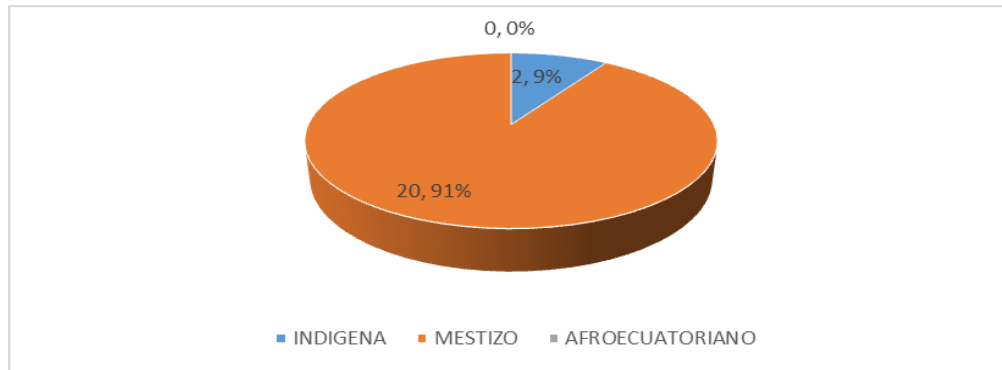
2.- Usted se auto identifica como:

Tabla 6

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
indígena	2	9%
mestizo	20	91%
afroecuatoriano	0	0%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 2



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

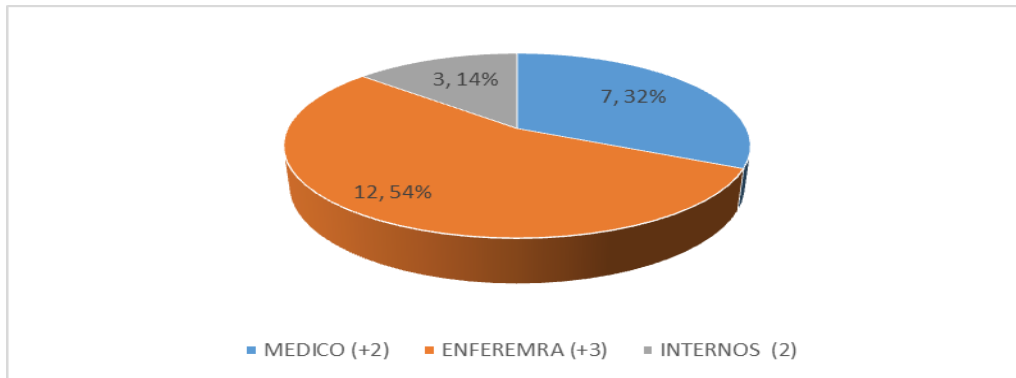
3.- Número del personal que asiste al servicio de cirugía.

Tabla 7

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
MEDICO	7	32%
ENFEREMRA	12	54%
INTERNOS	3	14%
TOTAL	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 3



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

4.- Qué tipo de procedimientos se observa en el servicio de cirugía.

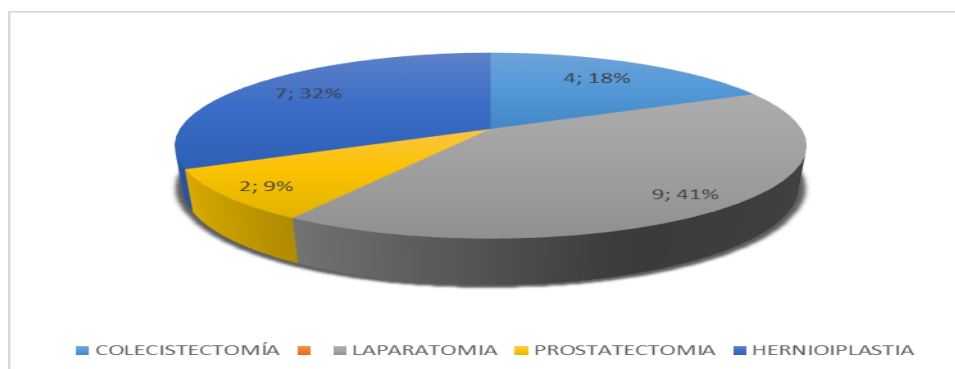
Tabla 8

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
colecistectomía	4	18%
laparotomía	9	41%
Prostatectomia	2	9%
hernioioplastia	7	32%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 4



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

5.- Tiempo que utiliza en el proceso de lavado de manos en el área cirugía en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo 2015

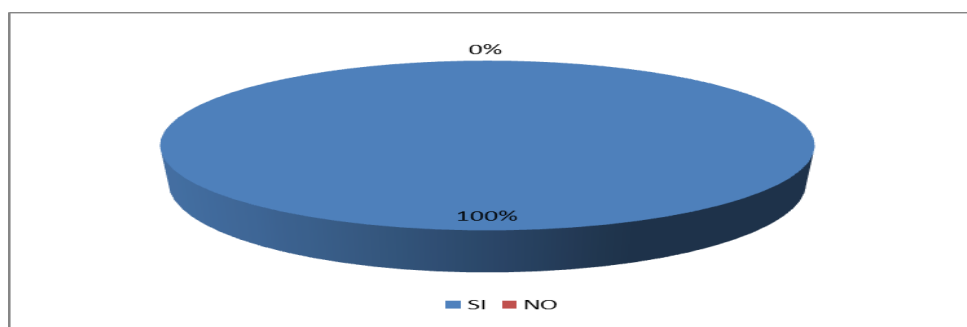
Tabla 9

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	22	100%
no	0	0%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 5



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

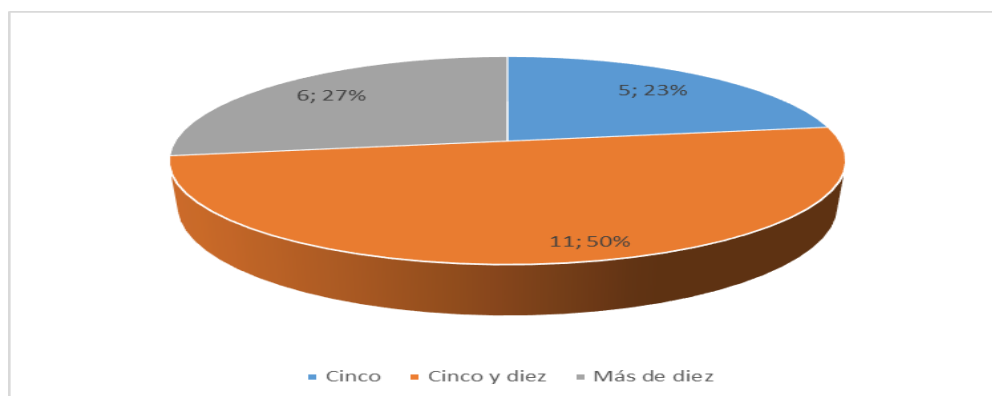
6.- Cuántas veces se desinfectan las manos con alcohol antiséptico el personal de cirugía en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo 2015

Tabla 10

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
cinco veces	5	23
cinco y diez veces	11	50
más de diez veces	6	27
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 6



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

7.- Adherencia a los 5 momentos de cada procedimiento en área cirugía en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo 2015

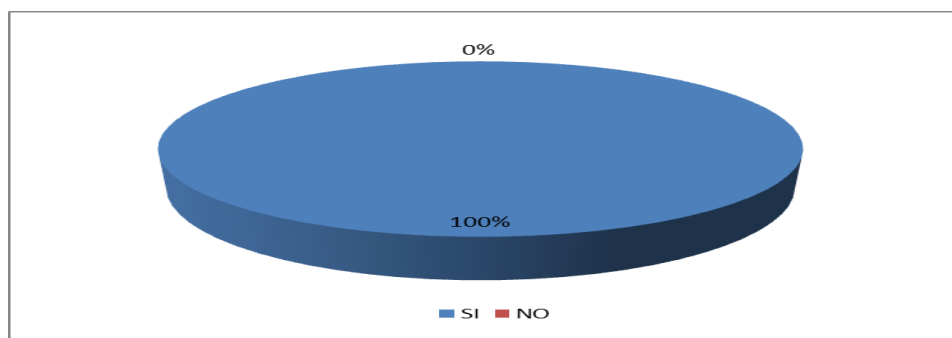
Tabla 11

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	22	100%
no	0	0%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 7



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

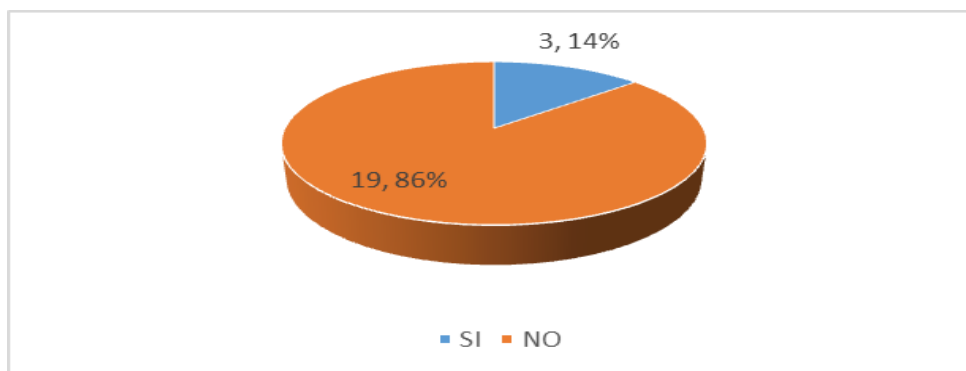
8.- Existe conformidad por parte del personal sobre la infraestructura hospitalaria en el área cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el periodo 2015

Tabla 12

Alternativa	frecuencia	Porcentaje
si	3	14%
no	19	86%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 8



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

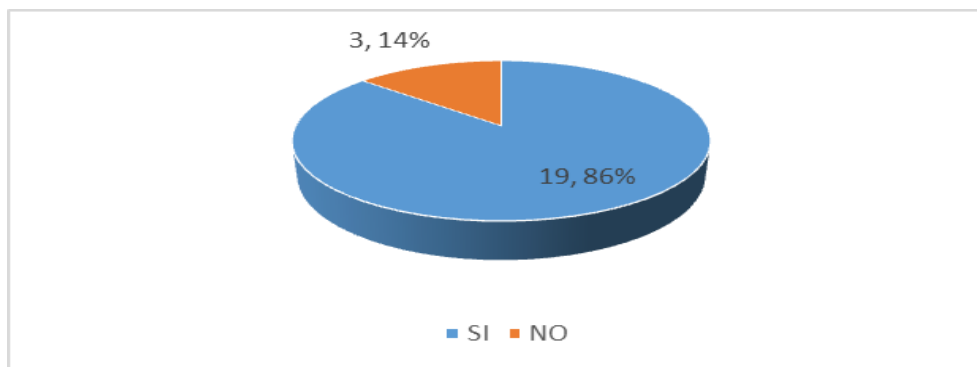
9.- El Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el área de cirugía cuenta con lava manos apropiados para desinfectar las manos

Tabla 13

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	19	86%
no	3	14%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 9



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

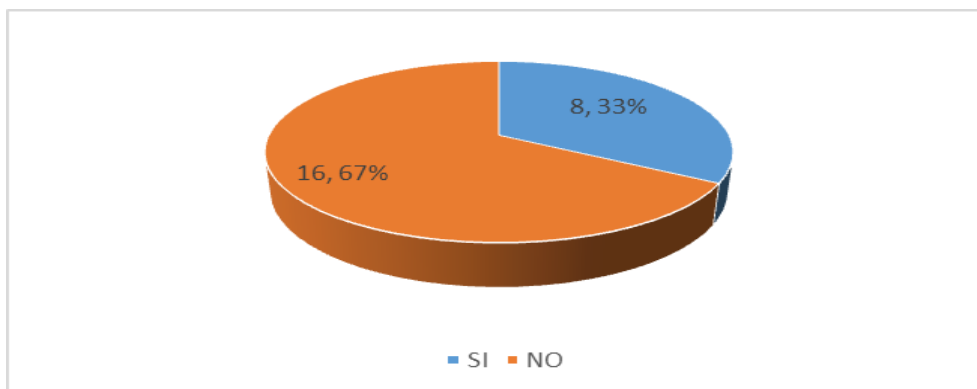
10.- Se seca las manos con toallas descartables en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el área de cirugía

Tabla 14

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	8	33%
no	16	67%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 10



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

11.- Existe protocolo de lavado de manos específicamente para el área de cirugía en Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

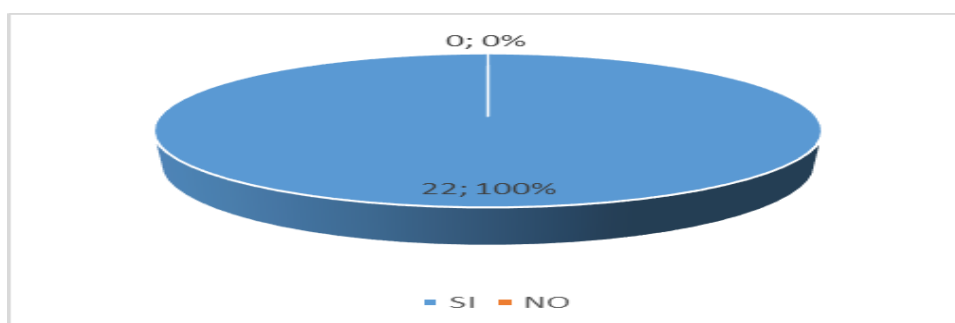
Tabla 15

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	22	100%
no	0	0%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 11



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

12.- Los pacientes se han contaminado por la falta de disciplina de higiene en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el área de cirugía.

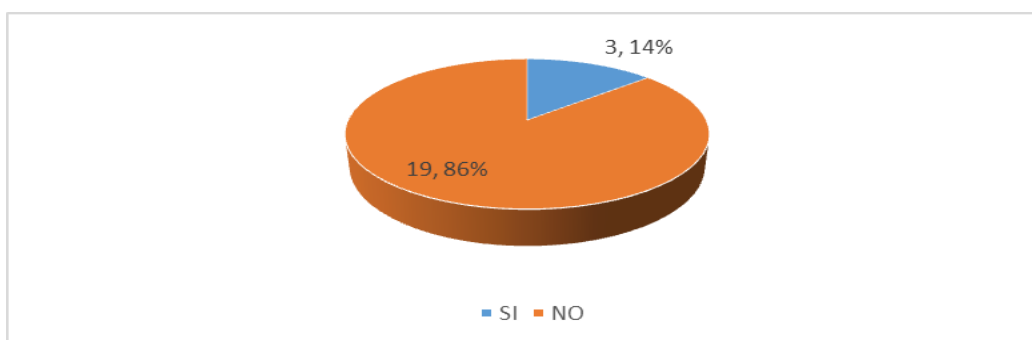
Tabla 16

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	3	14%
no	19	86%
total	22	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 12



Encuesta aplicada a: Personal asistencial.

Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

4.1.2 Análisis al personal asistencial, preguntas del 1-12

De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta realizada al personal del servicio de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro podemos decir que:

De acuerdo al cuadro y gráfico 86% de los encuestados si utiliza el tiempo necesario en el proceso de lavado de manos como se indica en el protocolo hospitalario y la guía de implementación de higiene de manos de la OPS.

El 86% de los encuestados contestan que se lavan las manos entre cinco y diez veces al día, para evitar contaminar a los pacientes en el área de cirugía, del hospital Alfredo Noboa Montenegro, a pesar que el número de veces del lavado de manos no es una norma pero es necesario lo que está indicando que el cumplimiento de la adherencia a los 5 momentos de la higiene de manos, es un proceso por alcanzarse no es solo y de importancia las técnicas de la higiene de manos sino el cumplimiento con los 5 momentos.

La mayoría de las profesionales, no están de acuerdo con la infraestructura que posee el área de cirugía “lava manos, dispensadores, etc” como uno de los materiales para aplicar la higiene de manos, porque no presta las condiciones necesarias.

Sobre la infraestructura podemos indicar, que el Hospital Alfredo Noboa Montenegro en el servicio de cirugía se cuenta con los componentes indispensables para ejecutar la Higiene de Manos como son lava manos , dispensadores, toallas descartables de papel, alcohol antiséptico y jabón líquido no es un problema del servicio, la inexistencia del lava manos es otra situación, o el desabastecimiento temporal de toallas que puede presentar en un protocolo existente , es para poner en práctica cada movimiento con lo que se ira contribuyendo una cultura nueva de seguridad y calidad de atención.

4.2 Encuesta aplicada al usuario del área de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro sobre conocimiento de higiene de manos.

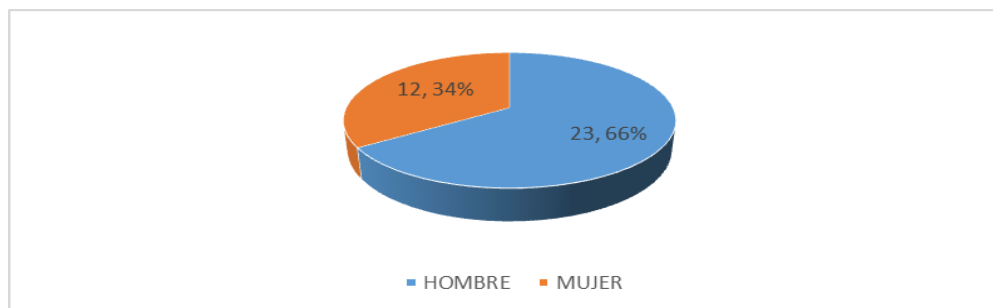
1.- Sexo usuarios internos del servicio de cirugía en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Tabla 17

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
hombre	23	66%
mujer	12	34%
total	35	100%

Encuesta aplicada a: Usuario.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 13



Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

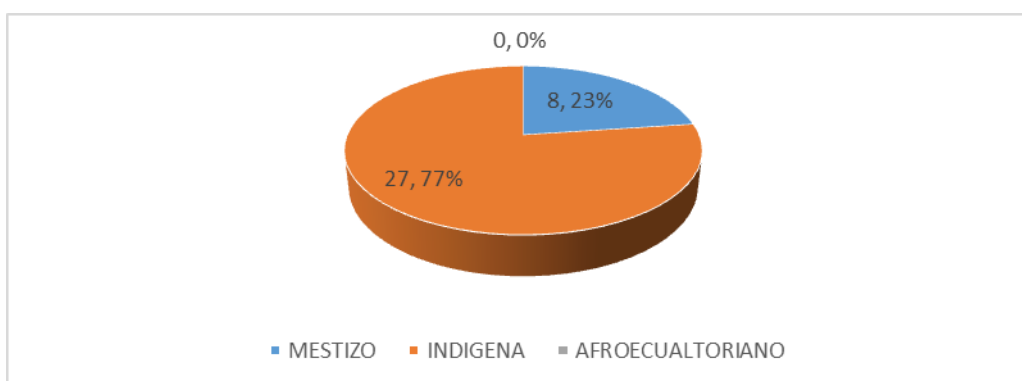
2.- Auto identificación del usuario interno del Hospital Alfredo Noboa Montenegro del servicio de cirugía.

Tabla 18

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
mestizo	8	23%
indígena	27	77%
afroecuatoriano	0	0%
total	35	100%

Encuesta aplicada a: Personal asistencial.
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 14



Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

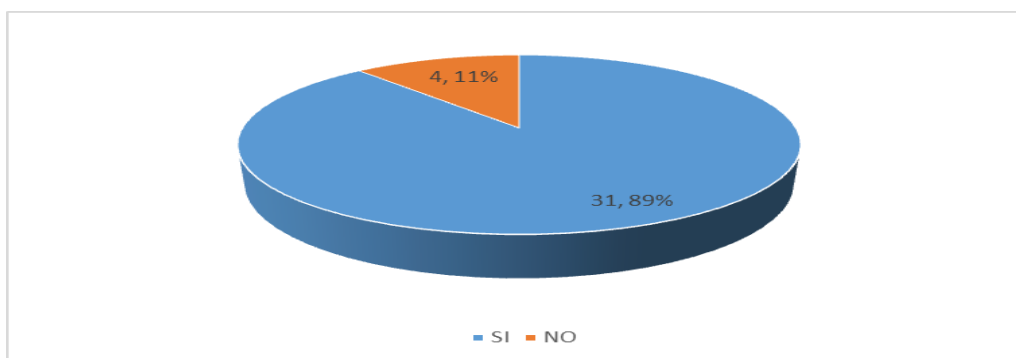
3.- Conocimiento sobre lo que es la higiene de manos, por parte del usuario interno del Hospital Alfredo Noboa Montenegro del servicio de cirugía.

Tabla 19

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	31	89%
no	4	11%
total	35	100%

Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Gráfico 15



Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

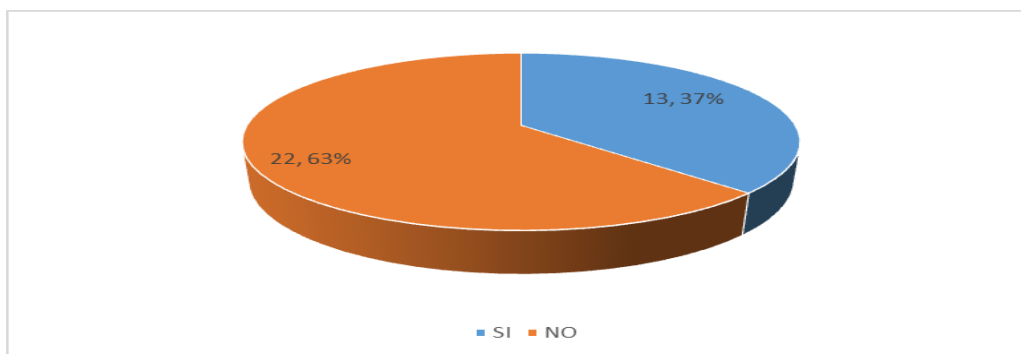
4.- Conoce sobre el riesgo que ocasiona al no lavarse las manos

Tabla 20

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	13	37%
no	22	63%
total	35	100%

Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 16



Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

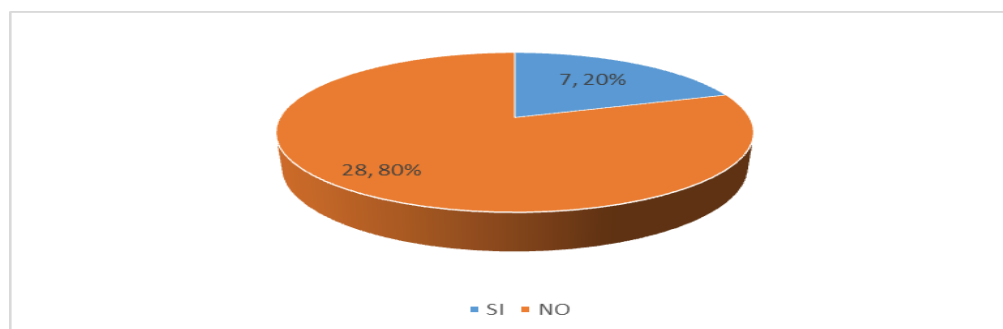
5.- Los familiares se lavan las manos antes de ingresar al área de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Tabla 21

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	7	20%
no	28	80%
total	35	100%

Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 17



Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

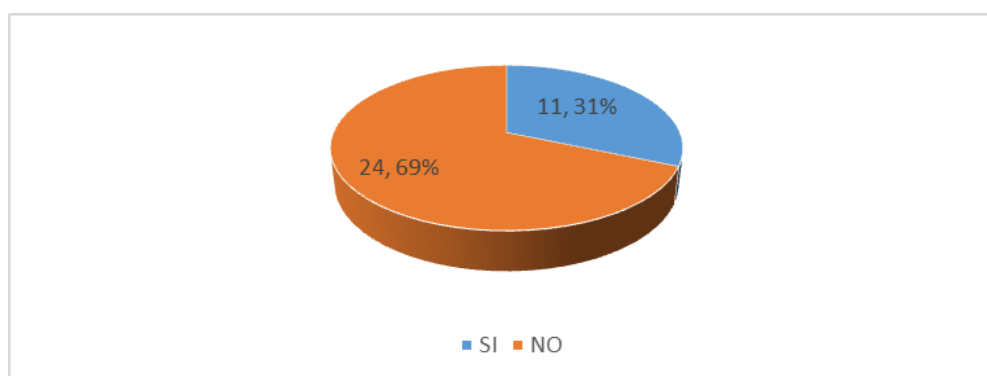
6.- Los usuarios utilizan los surtidores del área de cirugía del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Tabla 22

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	11	31%
no	24	69%
total	35	100%

Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 18



Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

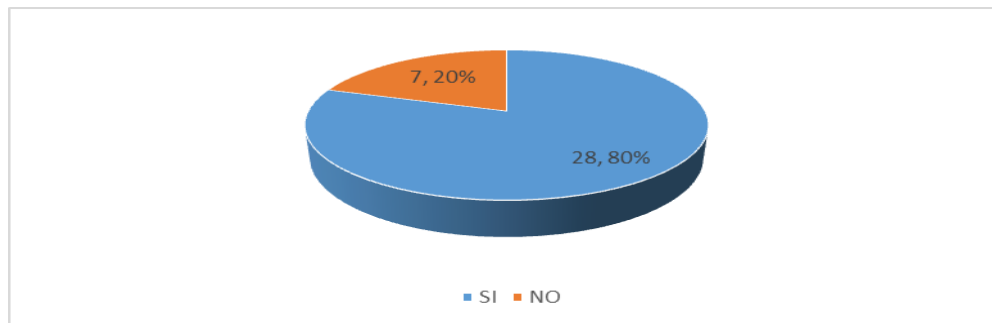
7.- Los protocolos (higiene de manos) están a la vista de los usuarios

Tabla 23

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	28	80%
no	7	20%
total	35	100%

Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 19



Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

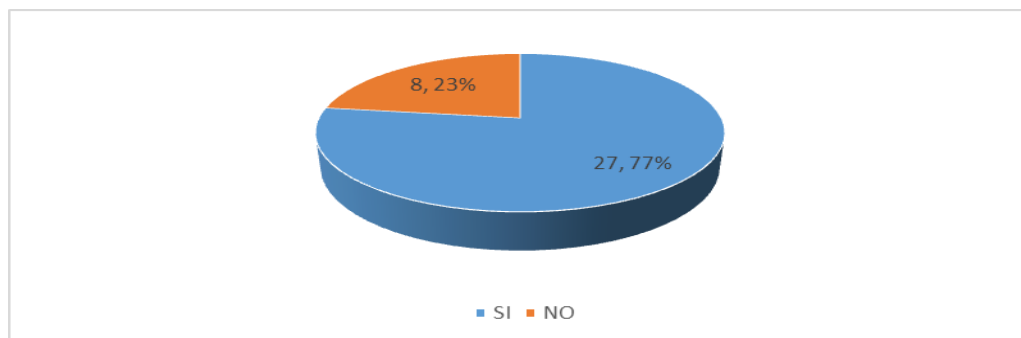
8.- Algún profesional de salud le ha explicado sobre la importancia y riesgo de la higiene de manos

Tabla 24

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	27	77%
no	8	23%
total	35	100%

Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 20



Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

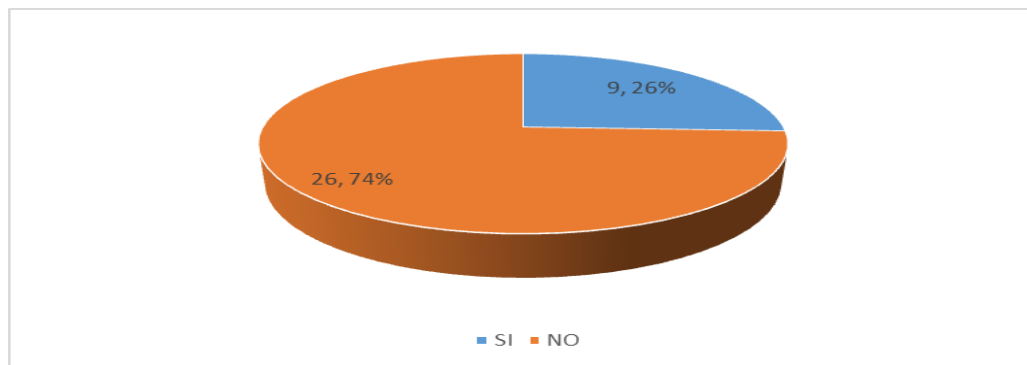
9.- Le exigen lavarse las manos antes de estar en contacto con su familiar hospitalizado

Tabla 25

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
si	9	26%
no	26	74%
total	35	100%

Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

Grafico 21



Encuesta aplicada a: Usuario
Responsables: Gladys Pachala Mirella Punina

4.2.1 Análisis a los usuarios, preguntas 1-9

Encuesta aplicada al usuario del Área de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro sobre conocimiento de higiene de manos y los resultados son los siguientes:

La mayor parte de Los usuarios, manifiestan que si conocen sobre lo que es la higiene de manos, sin embargo hay pocas personas que dicen lo contrario.

Según las repuestas emitidas por el grupo de usuarios, se puede deducir que la mayoría de ellas, si conocen el riesgo que ocasiona al no lavarse las manos.

Se puede apreciar, las respuestas de los señores usuarios son acertadas y al mismo tiempo coincidente, un cincuenta por ciento manifiestan que si se lavan las manos los familiares, un porcentaje restante no se lavan las manos.

Los usuarios no utilizan los surtidores del área de cirugía en un número considerable, provocando peligro al momento de sus vivistas a sus parientes.

Se puede apreciar que los materiales están visibles en el área de cirugía, pero hace falta un poco de educación, para hacer uso de estos suministros de aseo.

Podemos decir que algunos de los usuarios si han tenido charlas por parte de profesionales del área de cirugía, sobre el constante aseo y el lavado de manos.

Se puede decir que no es necesario estar obligando al usuario cada momento pero si exigir lavarse las manos antes de estar en contacto con su familiar hospitalizado, pero esto ya es responsabilidad personal de cada usuario.

4.3 Análisis de la guía de observación de la adherencia de la higiene de manos.

Tabla 26

PROFESIONALES	PORCENTAJE DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS
ENFERMERA	78%
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	71%
MEDICOS	50%
OTROS.	73 %
TOTAL	73%

De la guía de observación aplicada a las enfermeras que laboran en el área de cirugía se puede indicar que no todos los profesionales cumplen con el lavado obligatorio de manos para el ingreso, manejo del paciente o cualquier procedimiento de esta área por lo tanto podemos decir que estadísticamente que el setenta y ocho por ciento de las enfermeras están adheridas al programa de higiene de manos, y el 22% no se encuentran vinculadas a este, convirtiéndose esto en un punto crítico y en un foco de infección para los pacientes, y ser personas que transporten pseudomonas, klebselleias, que son bacterias gram negativas y responsables de un gran número de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

En cambio las auxiliares de enfermería solo un veinte y nueve por ciento no cumplen con esta actividad que exige el área de cirugía por varios factores como falta de información, hábitos de higiene, descuido o queminportismo sin pensar que pueden causar problemas en la salud de los pacientes, entre ellos podemos mencionar los siguientes: infección por manipulación, contaminación, infección nosocomial, proliferación de bacterias.

La guía de observación aplicada a los médicos del área de cirugía es preocupante, en virtud que el solo el cincuenta por ciento del personal cumple con este hábito de higiene de manos, y el porcentaje es restante no se halla adherido al cumplimiento de la norma sobre higiene de manos que es una

práctica organizacional sobre la seguridad del paciente. Sin importar las consecuencias que pueden provocar al momento de manipular a un paciente, siendo esta una de las consecuencias para que muchos de los pacientes tengan problemas secundarios en su salud.

Podemos observar también que existen otros profesionales que ingresan a la sala de cirugía y cumplen con el protocolo de lavado de manos, pero también hay otro porcentaje que no lo hace.

Es de importancia conocer el cumplimiento de la Higiene de Manos en los trabajadores de la salud ya que la higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Sin embargo, se ha demostrado que los Trabajadores de la Salud tienen dificultades para cumplir con las indicaciones sobre la higiene de manos a diferentes niveles.

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo se han suministrado índices de cumplimiento insuficiente o muy bajo. La adherencia por parte de los Trabajadores de la Salud a los procedimientos de higiene de manos recomendados han sido proporcionados como variables, cuyos índices de línea de base media oscilan entre 50% y 78% y un promedio total de ,73%. El desempeño relacionado con la higiene de manos varía según la intensidad del trabajo y otros factores.

Además, la duración de los episodios de limpieza de manos osciló entre un promedio de 5-10, segundos como mínimo y 30 segundos como máximo. Los factores principales que pueden determinar una higiene de manos deficiente incluyen factores de riesgo por la falta de práctica que se ha observado en la investigación realizada, así como también los motivos brindados por los propios Trabajadores de la Salud por el incumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos.

5 COCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- De acuerdo al primer objetivo, la adherencia del personal que trabaja en el hospital Alfredo Noboa Montenegro el cumplimiento de la higiene de manos es un proceso en desarrollo en el servicio de cirugía, es bien diferenciado lo que sucede entre enfermeras y médicos, las primeras son más adherente a este programa, en tanto los médicos son renuentes al mismo.
- Los resultados estadísticos son más altos, a lo que la literatura nos manifiesta sobre este procedimiento, hay hospitales en los que la adherencia está en el 40%, 50%, 70%.
- Se ha podido promover la educación general al personal asistencial y los usuarios sobre la higiene y el lavado de manos, en tal razón se debe trabajar con más fuerza en las tareas educativas con el usuario externo sobre la higiene de manos, indicando sobre los riesgos y peligros de una incorrecta higiene de manos.
- Se ha podido identificar los obstáculos del incumplimiento de las normas establecidas, porque una buena higiene de manos se debe proporcionar al servicio de cirugía de todos los insumos necesarios.

5.2 Recomendaciones

- Que las autoridades procuren mejorar la adherencia del personal que trabaja en el servicio de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro por que el cumplimiento de la higiene de manos es un proceso en desarrollo en el servicio de cirugía.
- Que los profesionales y encargados hagan campaña para promover la cultura general al personal asistencial y los usuarios sobre la higiene y el lavado de manos, como tareas educativas con el usuario externo indicando sobre los riesgos y peligros de una incorrecta higiene de manos.
- Que los líderes de cada área identifiquen el incumplimiento de las normas establecidas, porque una buena higiene de manos se debe proporcionar al servicio de cirugía de todos los insumos necesarios.
- Realizar un trabajo de investigación que ayude a determinar los factores que provocan la baja adherencia en el Higiene de Manos en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

BIBLIOGRAFÍA

- Curtis V, C. S. (2003). Lávese las manos. Especiales de los CDC, 1,2.
- Didier, P. (2009). Higiene de Manos . Patient Safety, 14.
- Gómez, F. H. (2011). El lavado de manos. Prevención de infecciones transmisibles. cu/revistas/gme, 3,4,5.
- Salud, O. M. (2005). DIRECTRICES DE LA OMS SOBRE ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, 14,15.
- Salud, S. D. (2012). ESTRATEGIA “MANOS LIMPIAS ATENCIÓN SEGURA”. Bogota Vicentenario, 8,9,10.
- C. Pérez, B. F. (2011). TIPOS DE LAVADO DE MANOS. JUNTA DE CASTILLA Y LEON, 2,3.
- Curtis V, C. S. (2003). Lávese las manos. Especiales de los CDC, 1,2.
- DIARIO, L. (7 de 01 de 2016). Beneficios de lavarse las manos. Beneficios de lavarse las manos, pág. 1.
- Gómez, F. H. (2011). El lavado de manos. Prevención de infecciones transmisibles. cu/revistas/gme, 3,4,5.
- Liliana, A. E. (2010). RECOMENDACIONES PARA LA INFECCION DE INFECCIONES. UNICEF, 4.
- Merck Sharp & Dohme Corp. una subsidiaria de Merck & Co., I. K. (2012). FLORA RESIDENTE. MSD, 2.
- otros, A. N. (2009). Protocolo de Lavado de Manos. DIRECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS, 3,4.

- Salud, O. M. (2005). DIRECTRICES DE LA OMS SOBRE ALIANZA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, 14,15.
- SALUD, O. M. (2010). CINCO MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE MANOS. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1,2.
- SALUD, O. M. (2015). Infecciones Intrahospitalarias. Mac Iver 541, Santiago, Chile, 1,2.
- Salud, S. D. (2012). ESTRATEGIA “MANOS LIMPIAS ATENCIÓN SEGURA”. Bogota Vicentenario, 8,9,10.
- santamaria, D. v. (2002). Flora cutánea como protección y barrera. Rev Cent Dermatol Pascua, 18,19,20.
- TOVAR, L. F. (2013). INFECTOLOGÍA. QUALITY MED LTDA., 3.

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL ASISTENCIAL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

Encuesta aplicada al personal del Área de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro sobre COMOCIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS.

1.- SEXO

H.....

M.....

2.- Usted se auto identifica como:

Mestizo.....

Indígena.....

Afro ecuatoriano.....

3.- Número del personal asistencial

Médico (+2)

Enfermera (+3)

Internos (2)

4.- Tipos de intervenciones quirúrgicas se realiza en el servicio de cirugía

Apendicetomía

Colelap

Laparotomía

Prostatectomía

Hernio plastia

5.- ¿Usted utiliza el tiempo necesario en el proceso de lavado de manos?

SI..... NO.....

6.- ¿Cuántas veces es necesario desinfectarse las manos con alcohol antiséptico?

-5.....

5-10.....

+10.....

7.- ¿Usted acostumbra a lavarse las manos con agua y jabón aplicando los 5 momentos de cada procedimiento?

SI..... NO.....

8.- ¿Usted como personal de salud está conforme con la infraestructura que posee el hospital “lava manos, dispensadores, etc” como uno materiales para aplicar la higiene de manos?

SI..... NO.....

9.- ¿El hospital cuenta con lava manos apropiados para desinfectar las manos?

SI..... NO.....

10.- ¿Usted se seca las manos con toallas descartables?

SI..... NO.....

11.- ¿En el hospital existe un protocolo de lavado de manos específicamente para el área?

SI.....

NO.....

12.- ¿Los pacientes se han contaminado por la falta de esta disciplina de higiene?

SI.....

NO.....

Anexo 2

ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL ASISTENCIAL SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

Encuesta aplicada al usuario del Área de cirugía del hospital Alfredo Noboa Montenegro sobre COMOCIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS.

1.- SEXO

H.....

M.....

2.- Usted se auto identifica como:

Mestizo.....

Indígena.....

Afro ecuatoriano.....

Blanco.....

3.- ¿Usted tiene algún conocimiento sobre lo que es la higiene de manos?

SI.....

NO.....

4.- ¿Usted sabe el riesgo que ocasiona al no lavarse las manos?

SI.....

NO.....

5.- ¿Los familiares se lavan las manos antes de ingresar al área de cirugía?

SI.....

NO.....

6.- ¿Los usuarios utilizan los surtidores del área de cirugía?

SI..... NO.....

7.- ¿Los protocolos (higiene de manos) están a la vista de los usuarios?

SI..... NO.....

8.- ¿Algún profesional de salud le ha explicado sobre la importancia y riesgo de la higiene de manos?

SI..... NO.....

9.- ¿Le exigen lavarse las manos antes de estar en contacto con su familiar hospitalizado?

SI..... NO.....

Anexo 3

GUIA DE OBSERVACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA

INSTITUCIÓN:
SERVICIO:
FECHA:
DURACIÓN:

OBSERVADOR:
HORA INICIO/TERMINACION:
SESION NUMERO:

Categoría		
Codigo		
N°		
Oport.	Indicación	Acción
1	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="radio"/> guantes
2	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="radio"/> guantes
3	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="radio"/> guantes
4	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="radio"/> guantes

Categoría		
Codigo		
N°		
Oport.	Indicación	Acción
1	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="radio"/> guantes
2	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="radio"/> guantes
3	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="radio"/> guantes
4	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="radio"/> guantes

Categoría		
Codigo		
N°		
Oport.	Indicación	Acción
1	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="radio"/> guantes
2	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="radio"/> guantes
3	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="radio"/> guantes
4	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="radio"/> guantes

Categoría		
Codigo		
N°		
Oport.	Indicación	Acción
1	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="radio"/> guantes
2	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="radio"/> guantes
3	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Antes - aséptica	<input type="radio"/> guantes
4	<input type="checkbox"/> Después - fluidos	<input type="checkbox"/> Alcohol
	<input type="checkbox"/> Después - pacientes	<input type="checkbox"/> Agua - Jabón
	<input type="checkbox"/> Después - entorno	<input type="radio"/> Perdida
	<input type="checkbox"/> Antes - pacientes	<input type="radio"/> guantes

Anexo 4

RESULTADOS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA HIGIENE DE MANOS

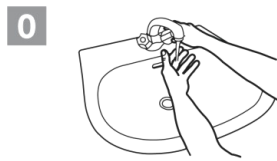
Sesión N°	Institución:								Periodo:				Ubicación:							
	Cat. Prof. Enfermeras				Cat. Prof. Aux. Enfer.				Cat. Prof. Médicos				Cat. Prof. otros				Total sesión			
	Opor. (n)	LM (n)	FA (n)	Perd. (n)	Opor. (n)	LM (n)	FA (n)	Perd. (n)	Opor. (n)	LM (n)	FA (n)	Perd. (n)	Opor. (n)	LM (n)	FA (n)	Perd. (n)	Opor. (n)	LM (n)	FA (n)	Perd. (n)
2					4	1	2	1					12	1	8	3	16	2	10	4
3	4	2	2						8	2	2	4	4	1	1	2	16	5	5	6
4	4		3	1	4	1	2	1					8	2	3	3	16	3	8	5
5	4	1	3		4		3	1					8	2	3	3	16	3	9	4
6	8	2	4	2					4		2	2	4	2	2		16	4	8	4
7	8	1	5	2	4		2	2					4		4		16	1	11	4
8	4	1	2	1	4	1	2	1	4		2	2	4	1	2	1	16	3	8	5
9	12	4	5	3	4	1	2	1									16	5	7	4
10	4	1	1	2	4	1	2	1					8	2	3	3	16	4	6	6
Total	60	16	31	13	28	5	15	8	16	2	6	8	56	11	30	16	160	34	82	45
		Acc (n)=		47		Acc (n)=		20		Acc (n)=		8		Acc (n)=		41		Acc (n)=		116
Calculo																				
Cumplimiento	78%				71%				50%				73%							

Anexo 5

TECNICA DE LAS MANOS CON AGUA Y JABON

Técnica de higiene de las manos con agua y jabón

 Duración del proceso completo 40 a 60 segundos.



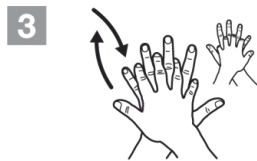
0. Mójese las manos con agua.



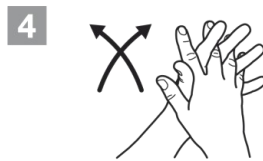
1. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de las manos.



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 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 palma de la mano derecha y viceversa.



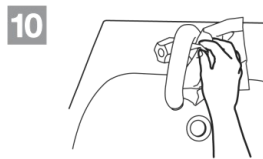
7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



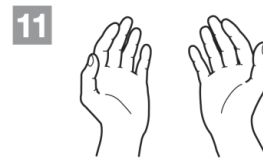
8. Enjuáguese las manos con agua.



9. Séquese las con una toalla de un solo uso.



10. Sírvese de la toalla para cerrar el grifo.



11...Sus manos son seguras.

**Manos
limpias,
¡atención segura!**



Anexo 6

TECNICA DE HIGIENE DE MANOS CON PREPARACIONES ALCOHOLICAS

Técnica de higiene de las manos con preparaciones alcohólicas

 Duración del proceso completo 20 a 30 segundos

1a

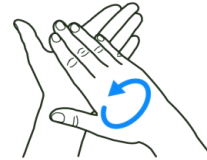


1. Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.

1b

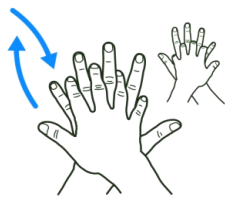


2



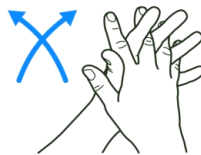
2. Frótese las palmas de las manos entre sí

3



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

4



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

5



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

6



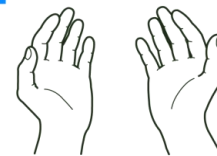
6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.

7



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



8. ...Una vez secas, sus manos son seguras.

**Manos
limpias,
¡atención segura!**



Anexo 7

5 MOMENTOS DE LA HIGIENE DE LAS MANOS



Anexo 8 Fotografías

ESTUDIANTES REALIZAN LA GUÍA DE OBSERVACIÓN Y LA ENCUESTA AL PERSONAL ASISTENCIAL Y USUARIOS.

Fotografía 1



Fotografía 2



Fotografia 3



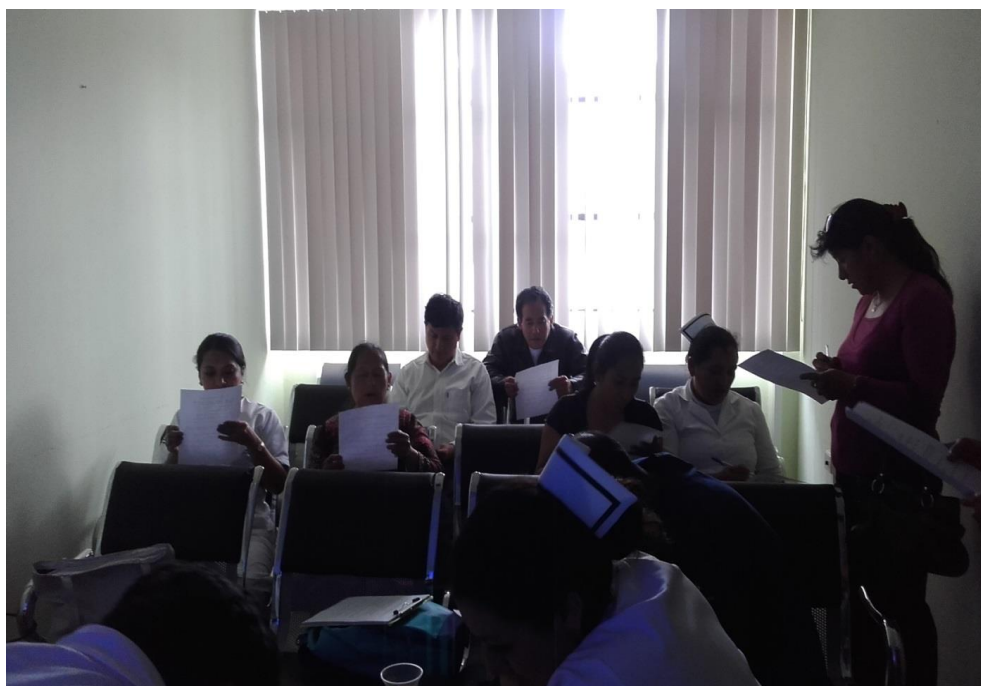
Fotografia 4



Fotografía 5



Fotografía 6



Fotografía 7



Fotografía 8



Fotografía 9



Fotografía 10



Fotografia 11



Fotografia 12

