



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

APLICACIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN, DE QUITO 2016 – 2017.

Trabajo de Titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos para optar por el título de Licenciada en Enfermería

Profesora Guía
Lic. Carmen Alarcón Dalgo

Autora
Katherine Thalía Ramírez Calva

Año
2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

.....

Carmen Alarcón Dalgo

Magister

C.C. 1705393518

DECLARACIÓN DEL PROFESOR CORRECTOR

Declaro haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación.

.....

Raúl González Martínez

Magister

C.C 1756877617

DECLARATORIA DE AUTORIA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes”

.....

Katherine Thalía Ramírez Calva

C.C. 1718816729

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de las Américas, UDLA, por permitirme acceder al conocimiento especializado y por las oportunidades que me brindaron para desarrollar destrezas y habilidades en mi carrera profesional. A mi tutora por haberme guiado en el proceso de la realización de mi tesis.

A las Autoridades de la Coordinación General de Investigación y la Unidad de adultos Área de Cuidados Intensivos del Hospital Carlos Andrade Marín, HCAM por condescender al desarrollo del proceso investigativo. Al Lcdo. Anthony Calva por su contingente en el levantamiento de información y a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM por la accesibilidad que me dieron para llevar a cabo la investigación.

Y a todos quienes contribuyeron de una forma u otra a la culminación de esta etapa en mi formación profesional.

DEDICATORIA

A Dios. Por haberme dado la fortaleza y su infinito amor, por ser mí guía y amigo en cada paso. Él ha sido un punto clave en mi carrera universitaria y confié en el eternamente.

A mis padres. Holger y Martha quienes han sido mi bendición, un pilar fundamental en mi vida y en el proceso de mi desarrollo profesional, con su ejemplo de perseverancia y constancia me han infundado siempre el valor de salir adelante.

A mi hermana. Génesis que me apoyado en todo momento, quien con sus consejos y su motivación constante me han permitido continuar con mis metas y objetivos.

A mi tío José de quien, aprendido de aciertos y momentos difíciles, quien con su apoyo y motivación me han llevado al punto para la culminación de mis estudios profesionales. Por su tiempo compartido y por impulsarme a ser mejor.

A mi mejor amiga que me mostro nobleza y lealtad, quien me brindó su apoyo en momentos difíciles y su ayuda incondicional cuando lo requerí.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar el cumplimiento de las normativas para una correcta higiene de manos en el área de Cuidados Intensivos del hospital Carlos Andrade Marín en Quito, la muestra estuvo constituida por los 95 profesionales de enfermería que laboran en dicha unidad, como principales resultados se determinó que los 95 profesionales de enfermería recibieron cursos de capacitación para el lavado de manos (100%), 83 de ellos identificaron como fuente más frecuentes de gérmenes el entorno del paciente (87%), 86 de los enfermeros que participaron en el estudio, relacionaron las vías de transmisión cruzadas de microorganismos a las manos no limpias de los profesionales (91%), sin embargo 72 de los enfermeros (76%) no practica de forma adecuada el lavado de manos por falta de insumos, 45 enfermeros (47%) no saben los pasos necesarios para efectuar el procedimiento de higiene de manos , 71 enfermeros (75%) no utiliza la base alcohólica para la higiene de manos y cuando esta se realiza 41 de los encuestados (43%) lo hacen antes del contacto con el paciente ,de los 95 enfermeros 54 de ellos (57%) no conoce el tiempo necesario que debe durar el lavado de manos. Como conclusión del presente estudio se determinó que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva investigados hacen un uso exclusivo y frecuente del lavado de manos antes que la fricción con soluciones alcohólicas, los investigados realizan la totalidad de pasos a ser cumplidos en el protocolo de lavado de manos, pero se evidencia que los periodos de tiempo utilizados en el cumplimiento de dichos pasos no se corresponden con la norma mínima de tiempo establecida por la Organización Mundial de la Salud para garantizar una higiene de manos óptima.

Palabras clave.

Desinfección de las Manos, Cuidados Críticos, Personal de Enfermería, Infección Hospitalaria

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was carried out to determine the compliance with the norms for correct hand hygiene in the Intensive Care area of Carlos Andrade Marín Hospital in Quito. The sample consisted of 95 nurses working in this area (95%) were identified as the most frequent source of germs in the patient's environment (87%), 86 of the nurses (91%), but 72 of the nurses (76%) did not adequately practice handwashing due to lack of inputs , 45 nurses (47%) do not know the necessary steps to perform the hand hygiene procedure, 71 nurses (75%) do not use the alcoholic base for hand hygiene due to lack of inputs and when this is done 41 of the respondents (43%) do it before contact with the patient. Of the 95 nurses, 54 (57%) do not know how long handwashing should last. As conclusion of the present study it was determined that the majority of graduates in intensive care nursing investigated make exclusive and frequent use of handwashing before friction with alcohol solutions, the investigated perform all the steps to be performed in The handwashing protocol, but it is evident that the time periods used to comply with these steps do not correspond to the minimum time standard established by the World Health Organization to guarantee optimal hand hygiene.

KEYWORDS:

Disinfection of Hands, Critical Care, Nursing Staff, Hospital Infection

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. CAPÍTULO I CONCIENTIZACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN	6
1.1 La salud	6
1.1.1 La salud en América	7
1.1.2 La salud en Ecuador	9
1.1.3 Salud pública	11
1.1.4 Políticas de salud pública	12
2. CAPÍTULO II LA HIGIENE DE MANOS	15
2.1 Normas de bioseguridad.....	15
2.1.1 Joint Commission	16
2.1.2 Objetivos de la seguridad del paciente	18
2.1.3 Base legal entorno a la seguridad del paciente	19
2.2 Infecciones asociadas al servicio de salud	21
2.2.1 Flora normal de la piel	24
2.2.2 Evidencia de transmisión de patógenos en las manos	25
2.3 Higiene de manos	26
2.3.1 Importancia de la higiene de manos	27
2.3.2 Selección y manejo de los agentes para la higiene de manos.....	29
2.4 Técnica del lavado de manos.....	30
2.4.1 Lavado de manos higiénico o social	31
2.4.2 Lavado de manos aséptico	33
2.4.3 Lavado de manos quirúrgico.....	34
2.4.4 Fricción de manos	36

2.4.5	Cinco momentos para la higiene de manos.....	39
3.	CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO	42
3.1	Diseño de la investigación.....	42
3.2	Tipo de investigación.....	42
3.3	Universo y muestra	43
3.4	Criterios de inclusión y exclusión.....	43
3.5	Instrumentos	43
4.	CAPÍTULO IV SITUACIÓN ACTUAL DE LA HIGIENE DE MANOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DE QUITO	44
4.1	El servicio de terapia intensiva en el Hospital Carlos Andrade Marín	44
4.1.1	Encuesta dirigida a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM”	46
4.2	Check list dirigido a los profesionales de enfermería del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM”	77
4.3	Principales hallazgos derivados de la aplicación de los instrumentos.....	103
4.4	PROPUESTA: HIGIENE DE MANOS.	105
5.	CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	110
5.1	Conclusiones.....	110
5.2	Recomendaciones.....	111

REFERENCIAS	114
ANEXOS	117

INTRODUCCIÓN

La higiene de manos es el más antiguo y principal recurso primario para la prevención de enfermedades contagiosas. Fue precisamente la ausencia de prácticas higiénico-sanitarias lo que condicionó la incontrolable expansión de epidemias que en determinado momento de la historia humana provocaron grandes secuelas mortales entre la población de naciones y continentes enteros, como la denominada *peste negra*, que asoló a Europa en la era medieval.

El escenario más importante para la aplicación de esta práctica higiénico-sanitaria son las instituciones de salud, donde acuden personas enfermas que requieren ser tratadas por profesionales de diversas especialidades médicas y paramédicas, lo que crea condiciones objetivas para la ocurrencia de contagios y generalización de infecciones. Las conocidas como *infecciones nosocomiales* (IN), también llamadas *infecciones hospitalarias* y actualmente Infecciones Asociadas a la atención en Salud estas son las que se desarrollan dentro de una unidad de salud, apareciendo en los pacientes entre 48 y 72 horas luego de su ingreso, provocadas por microorganismos multi-resistentes adquiridos durante la hospitalización (La higiene de manos para la prevención de la infección nosocomial, 2013)

Para llevar a cabo la investigación se procedió a caracterizar las técnicas de higiene de manos en base a lo formulado sobre el tema por diversas instituciones del área asistencial, como el *Ministerio de Salud Pública* del Ecuador y la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), así como otras dedicadas a promover acciones preventivas a nivel mundial, como los *Centros para el Control y Prevención de Enfermedades* (CDC) de Atlanta, Estados Unidos, y la *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals* (Normas de Acreditación Joint Commission International para hospitales).

Tras la búsqueda de referentes documentales derivados del *Ministerio de Salud Pública* del Ecuador resulta de interés la publicación *Evaluación de tecnologías sanitarias* (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014), donde se las caracteriza como el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos usados en la atención sanitaria.

Según dicho manual, una *Evaluación de Tecnología Sanitaria* (ETES) es un proceso sistemático de análisis e investigación dirigida a estimar el valor y la contribución de determinada tecnología sanitaria para mejorar la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social. Desde el 2012, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador desarrolla evaluaciones de tecnología sanitaria como herramienta fundamental para tomar decisiones, con lo que el procedimiento es un elemento institucional dentro del sistema de salud.

A nivel internacional, la *Sociedad Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias* (HTA) y la *Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias* (INAHTA) colaboran en este ámbito con la *Organización Mundial de la Salud* (OMS). En América Latina, la *Red Andina de Evaluación de Tecnologías Sanitarias* (RAETS) y la *Red de Evaluación de Tecnologías Sanitarias para las Américas* (RedETSA) tienen la misión de promover y fortalecer las ETES a través del intercambio regional, contemplando los diferentes contextos de los sistemas de salud de cada país.

Naturalmente que una adecuada metodología para realizar la higiene de manos en el quehacer asistencial forma parte de las normativas reguladas dentro de las tecnologías sanitarias, siendo además la más barata y con mayores posibilidades de implementación, por lo que es plenamente recomendada en todas las orientaciones sobre el tema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) viene editando múltiples manuales y afiches metodológicos para orientar los procedimientos adecuados para realizar la higiene de manos según diversas exigencias asistenciales. En su publicación *Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo?* (2012), la

institución recuerda que miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria, siendo las manos la principal vía de transmisión de gérmenes en ese contexto, por lo que la higiene de las manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Planteamiento del Problema:

¿Cómo impacta la higiene de las manos en la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud en el hospital “Carlos Andrade Marín” de la ciudad de Quito, en el servicio de Terapia Intensiva?

Justificación:

La Joint Comission dentro de los estándares centrados en el paciente uno de sus objetivos se refiere a “Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención sanitaria” el cual constituye un importante indicador de calidad en la atención a los pacientes. La OMS realizó un estudio en hospitales de Europa en los servicios de terapia Intensiva los resultados arrojaron 5 millones de Infecciones Asociadas a la atención en salud anualmente y con repercusión de 25 millones de días adicionales de estancia hospitalaria siendo estas infecciones una de los más graves problemas de salud pública con un alto índice de ocurrencia y una elevación de la tasa de morbi-mortalidad y gasto oneroso del coste hospitalario dificultando de esta manera la evolución de mejora del usuario que está hospitalizado.

La aplicación de la higiene de manos posee gran relevancia en el hecho de que las infecciones asociadas a la atención en salud pueden ser evitadas ya que las manos de los trabajadores de la salud son el vehículo más importante para la transmisión de microorganismos.

En el servicio de cuidados intensivos del hospital “Carlos Andrade Marín” el paciente se encuentra invadido por diferentes dispositivos médicos teniendo en si diferentes vías de entrada de microorganismos a más de la realización de procedimientos invasivos y el tipo de flora microbiana existente en la institución por lo tanto la higiene de manos es importante para prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud y la diseminación de la resistencia bacteriana. Sin embargo, a pesar de la información y campañas sobre la higiene de manos aún persiste un gran número de infecciones asociadas a la atención en salud y a pesar de la evidencia científica existente no se lleva a cabo adecuadamente el procedimiento o no se le da la debida importancia por su sencillez. El comité de Infecciones del hospital Carlos Andrade Marín da a conocer las tasas de infecciones asociadas a la atención en salud en el año 2015 tenemos la neumonía asociada a la ventilación con un 10.28, las infecciones del tracto urinario con un 5,14 y la bacteriemia asociada al catéter con un 0,79 estas tasas son por 1000 días de los dispositivos.

El mayor número de bacterias están en los propios pacientes y en los trabajadores de salud y su forma de transmisión más común es a través de las manos, ahí la importancia de la aplicación correcta de la higiene de manos.

Objetivos

Objetivos General:

Determinar el cumplimiento de las normativas para una correcta higiene de manos, en el área de Cuidados Intensivos del hospital Carlos Andrade Marín en Quito.

Objetivos Específicos:

- Verificar la aplicación de los pasos de la higiene de manos según la OMS en el servicio de terapia intensiva del hospital Carlos Andrade Marín de Quito.
- Identificar el grado de conocimiento de los profesionales de enfermería respecto a la higiene de manos y su relación con las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Proponer una guía para el uso del servicio de Terapia Intensiva del hospital Carlos Andrade Marín, en Quito.

CAPÍTULO I
CONCIENTIZACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE
MANOS EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL
SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CARLOS
ANDRADE MARIN

1.1 La salud

La historia de la salud se remonta al Imperio Egipcio en el cual eran aplicadas una serie de normas de higiene personal estrechamente vinculadas a la religión debido a que no se podía pedir los favores y protección a ninguna deidad o traspasar los umbrales de algún templo sino se estaba correctamente higienizado, también existían farmacias en las que elaboraban medicamentos, existían depósitos de agua potable y canales de desagüe para aguas residuales

“En la india existían escuelas de cirugía estéticas y programas de salud pública en los cuales se tomaban aspectos de salud pública tales como la alimentación, sexualidad, descanso y el trabajo, los hebreros vincularon la higiene a la religión de forma tal que en la ley mosaica se plasmaron normas de higiene y salud siendo considerado el mismo el primer código de higiene escrito”. (Rodríguez, 2011)

Castro, (2010), indica que en el levítico, uno de los libros de la Tora; se describía normas de aseo personal, especificaciones para la construcción de letrinas, agua, alimentos, así como la higiene materna entre otras medidas higiénicas, así como se establecían también los castigos y penas a administrar esas normas básicas de salud que podían poner en peligro a la comunidad

“La civilización griega, cuna de los actuales saberes de salud prestaba una atención esmerada al aseo personal, al ejercicio físico y dieta alimenticia debido a que consideraban al cuerpo humano una extensión de sus deidades y uno de los máximos objetivos del desarrollo humano, también es de notar que los griegos antiguos desecaron pantanos, construyeron fuentes de agua potable, así como lagunas de oxidación en las cuales almacenaban las aguas insalubres, por lo que se debe destacar que no solamente prestaron atención a la salud del individuo sino también a su relación con el medio”. (Herrero & Duran, 2010, p. 204)

En el imperio Romano la higiene personal pasó a ser materia de estado, se construyeron baños públicos a lo largo y ancho de todo el imperio en los cuales por un precio módico y accesible a la población se garantizaba el aseo personal, comprendiendo los romanos la importancia de una buena higiene en la prevención de enfermedades

Por otra parte, el Imperio Romano alcanzó niveles de desarrollo en la ingeniería sanitaria comparables con los de los días actuales construyendo acueductos de los cuales algunos aún se encuentran en funcionamiento, que garantizaban el suministro de agua a más de la mitad del imperio, así como también construyeron una red de saneamiento en sus ciudades con cloacas que aun en la actualidad se encuentran en funcionamiento.

1.1.1 La salud en América

Naranjo, (2012), afirma que en la América prehispánica los aztecas desarrollaron sistemas de acueductos, así como lagunas de oxidación en las que depositaron los desechos de sus ciudades, construcciones que asombraron a los conquistadores debido a que en España no se habían desarrollado este tipo de obras y las existentes fueron heredadas del imperio Romano y la dominación árabe.

La edad media se caracterizó por un fuerte sentimiento religioso, el cual combatió con todos sus medios los antiguos avances del imperio romano e influencias del mundo árabe debido a que los consideraba elementos paganos que atentaban contra la fe.

“En la edad media el clero logró influir en tal medida en la sociedad que fueron casi totalmente abandonadas las costumbres higiénicas adquiridas en siglos anteriores haciendo hincapié que el sufrimiento del cuerpo acercaba a los creyentes a Dios, de ahí y como consecuencia de este pensamiento Europa sufrió una serie de epidemias debido a la falta de higiene en sus ciudades entre las cuales destaca la peste bubónica, la cual provocó la muerte de tres cuartas partes de la población europea”. (Organización Panamericana de Salud, 2014)

Rodríguez, (2011), señala que el siglo XIX estuvo marcado por las revoluciones industriales y el crecimiento y expansión del pensamiento científico, retomándose los conocimientos médicos heredados de la antigüedad, posibilitando esta actitud que se readaptaran antiguas medidas higiénicas y como consecuencia de los avances científico – técnicos se añadiesen otras acciones con el objetivo de preservar la salud

En esta época y a principios del siglo XX se crearon los primeros departamentos de salud pública y se lograron avances trascendentales en la detección de las etiologías de las diferentes patologías, se destacan entre los eminentes científicos de la época Pasteur y Koch, los cuales determinaron que eran los microorganismos una de las principales causas de las enfermedades, finalizando con una serie de mitos, creencias y supersticiones que frenaban y limitaban el avance científico en la salud.

1.1.2 La salud en Ecuador

La evolución histórica de los servicios de salud en Ecuador tiene sus inicios en la época aborígen la cual es a su vez subdividida en dos períodos una preincásico e incásico, el período pre incásico se caracterizó por la organización tribal en la que no existía la propiedad privada de los medios e instrumentos de producción, aunque existía una marcada segmentación social.

“Pero, aunque eran desconocidas la propiedad privada y la forma empresarial de un comercio de mercado, existía un control sobre los medios de producción, una organización despótica de la fuerza de trabajo y era patente una diferenciación social basada más en la pertenencia a clanes que a clases sociales” (Estrella, 2013)

La cita anterior explica que la sociedad aborígen existente en el Ecuador en el periodo pre incásico tenía creencias religiosas andinistas, las cuales conferían a todos los objetos corpóreos vida, “todo objeto corpóreo estaba animado y gozaba de vida y podía entrar en comunicación con el hombre, oír sus palabras y participar de sus sentimientos” (Castro, 2010, p. 168)

La sociedad indígena consideraba a las enfermedades fenómenos sobrenaturales los cuales solamente debían ser tratados por personas que tuviesen un estrecho vínculo con los dioses, es decir el arte de la sanación era solo patrimonio de los sacerdotes.

Ecuador a mediados del siglo XV fue conquistado por los Incas provenientes de Perú, los cuales fueron desplazados por los españoles a principios del siglo XVI, a pesar de que el periodo de dominación fue corto aportaron incontables conocimientos a las sociedades aborígenes del Ecuador en todos los aspectos sociales, económicos, comerciales y de salud. “La influencia del incario a sido enorme no solo porque el idioma y varios rasgos de organización social y política fueron adoptados” (Ministerio de Salud Pública, 2013)

“Los conceptos de salud, enfermedad y práctica médica se redefinen bajo la influencia de la religión, según la cual, la salud es un bien de Dios, un premio o un don por el cumplimiento de los mandatos divinos, la enfermedad es un estar en gracia de Dios, una prueba o un castigo divino que purifica al individuo” (García, 2014, p. 8)

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto se prohibieron las prácticas rituales, se destruyeron los lugares de culto y se persigió a los líderes espirituales que al mismo tiempo ejercían funciones médicas, utilizando la religión como principal herramienta de tratamiento ante las diferentes enfermedades obstaculizándose el desarrollo médico que hasta ese entonces había sufrido la organización tribal de forma paulatina.

Luego del primer periodo de asentamiento de los españoles, los mismos permitieron la supervivencia de la medicina aborígen, siempre y cuando su práctica se adecuase a la nueva religión, vinculándose las enfermedades ya no a la presencia de espíritus malignos sino a un castigo de Dios por los pecados cometidos “entre los indios el concepto de enfermedad ya se identificaba con el pecado, por lo que la protección religiosa presente en las imágenes del culto y la liturgia de la iglesia católica significaban un camino abierto hacia la salud” (Fuster, 2011, p. 117)

La falta de médicos propicio a los antiguos chamanes su transformación en ensalmadores, herbolarios, hierbateros, los cuales dominaron toda la actividad médica durante la época colonial, unido a esto también al trabajo de los frailes, los cuales al igual que los antiguos chamanes consideraban el espíritu parte decisiva en la conservación de la salud.

“En manos no solo de físicos, boticarios y barberos sino de frailes que alimentaron la superstición de los ingenuos sustituyendo los filtros de los hechiceros indios con la atribución curativa a ciertas cristianas oraciones. La salve, el credo, y los mismos evangelios eran como las hierbas medicinales” (Castro, 2010, p. 361)

Lo anteriormente expuesto en la cita señala que por lo general el desarrollo médico y científico durante la colonia se produjo de forma lenta y bajo un sinnúmero de restricciones formándose médicos a partir de forma única de conocimientos teóricos sin que existiese interés por la práctica, como resultado de las epidemias y enfermedades que afectaron el país y cédulas reales en las cuales se exigía a los gobernantes la creación de hospitales se fundaron hospitales, casa de cuidado y lazaretos en los cuales se brindaba una atención básica y muy lejos de los conocimientos y carácter científico necesario para brindar una atención médica de calidad.

1.1.3 Salud pública

Es la disciplina que abarca todos los aspectos concernientes a la protección y medidas de mejoramiento humano y salud a nivel poblacional.

“El arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que se asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho a la salud y a longevidad” (García, 2014, pág. 169)

El principal objetivo de la salud pública está dado por mantener y mejorar los índices de salud de la población prestando gran atención al control y erradicación de enfermedades a través de medidas epistemológicas preventivas y recuperativas.

La salud pública engloba un conjunto de disciplinas científicas entre las cuales deben ser mencionadas las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales con el objetivo de poder brindar un servicio sanitario de calidad.

“Entre las principales acciones del sistema de salud están el agua y el saneamiento como uno de los principales motores de la salud pública, suelo referirme a ellos como “salud 101”, lo que significa que en cuanto se pueda garantizar el acceso al agua salubre e instalaciones sanitarias para todos independientemente de sus calidades de vida se habrá dado una importante batalla contra cualquier tipo de enfermedades”. (Naranjo, 2012, p. 213)

Como queda anteriormente expuesto uno de los principales puntos de acción de la salud pública son las medidas de protección sanitaria con el objetivo de prevenir enfermedades, crear una conciencia y conocimiento en la población que permitan controlar y erradicar las enfermedades existentes.

La salud pública puede ser definida como un conjunto de organizaciones cuya finalidad principal está dada por la puesta en práctica de acciones que permitan mantener y elevar los niveles de salud de la población, así como erradicar las enfermedades existentes.

1.1.4 Políticas de salud pública

Existe un conjunto de acciones que definen el que hacer de la salud pública, dichas acciones revistan tal importancia que definen la política de dicha organización. El seguimiento, evaluación y análisis del sistema de salud actual es uno de los aspectos más importantes para el sistema de salud pública debido a que brinda una orientación in situ del estado de salud de la población.

Es «en suma: a) el diseño de una acción colectiva intencional, b) el curso que efectivamente toma la acción como resultado de las muchas decisiones e interacciones que comporta y, en

consecuencia, c) los hechos reales que la acción colectiva produce. (González & Marino, 2012, p. 197)

La vigilancia, investigación y control de riesgos y daños a los niveles de salud de la población es otro de los aspectos que permite al sistema de salud pública tomar las medidas necesarias para mantener y restablecer los niveles de salud de la población.

La promoción de salud sobresale como uno de los aspectos más importantes del sistema de salud al permitir el mismo brindar a la población una educación y conocimiento de las acciones a tomar para mantener los índices de salud y evitar la aparición de enfermedades.

La participación de los ciudadanos del sistema de salud pública es uno de los pilares más importantes que permite a estas organizaciones lograr un estrecho vínculo de cooperación con la población de forma tal que sus acciones sean efectivas.

Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública con la finalidad de utilizar de forma adecuada los siempre limitados recursos destinados a la salud pública con el objetivo de lograr resultados relevante y efectivos en el mantenimiento y desarrollo de los índices de salud.

De acuerdo con los Doctores González & Marino, (2012) afirman que dentro de las políticas de salud se encuentran:

Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública con el objetivo de hacer un uso consiente, regulado y responsable de los recursos destinados al sistema de salud pública para garantizar la transparencia y crecimiento del mismo.

Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, el estudio y evaluación constante de las acciones llevadas a cabo por los servicios de salud públicos permiten brindar una atención

equitativa y justa a todos los estratos de la sociedad sin que se establezcan beneficios o prebendas que favorezcan a unos en decremento de otros elementos de la sociedad.

Desarrollo de los recursos humanos y capacitación en salud pública, la constante capacitación y desarrollo de los elementos que conforman el sistema de salud pública permite incrementar la eficiencia que los mismos desarrollan, asegurándose una mejor utilización de los recursos destinados a la salud pública.

Garantía y mejoramiento de los servicios de salud individuales y colectivos, mediante la puesta en marcha de políticas de desarrollo, inclusión e intercambio que permitan a los profesionales de la salud mejorar e incrementar sus habilidades en las diferentes actividades que desempeñan.

Investigación en salud pública, es la política que garantiza el constante desarrollo e incremento de los conocimientos y experiencias de los profesionales del sistema de salud, así como sus instituciones en el desempeño de sus actividades y funciones para garantizar un accionar de calidad en el que se aseguren los actuales índices de salud, así como el desarrollo de los mismos.

Reducción del impacto de las emergencias y desastres de salud, a través de políticas preventivas que permitan hacer un uso preventivo de recursos y personal de salud con la finalidad de desarrollar el sistema de salud pública y sus beneficios para la sociedad.

CAPÍTULO II

LA HIGIENE DE MANOS

2.1 Normas de bioseguridad

La bioseguridad se revela como la disciplina médica que abarca el conjunto de conocimientos, técnicas, estrategias y equipamientos dirigidos a la prevención a personas, laboratorios, medio ambiente y áreas hospitalarias ante agentes de riesgo biológico.

“Las normas de bioseguridad pueden ser abordadas como el conjunto de estrategias y pautas a ser seguidas por el personal de salud, para evitar infecciones producto del contacto de la piel y mucosas con la sangre y otros líquidos corporales provenientes de los pacientes, es importante que estas medidas no solamente sean aplicadas a pacientes con enfermedades infecciosas, sino en todos los procedimientos a ser realizados”. (Torres, 2012, p. 38)

Destacan entre las medidas de bioseguridad el uso obligatorio y permanente de guantes en aquellos procedimientos en los que pueda haber contacto con sangre o fluidos corporales del paciente, así como en los procedimientos en los que se interactúe con la piel no intacta, membranas mucosas.

“Una norma de bioseguridad utilizada desde mediados del Siglo XIX hasta el presente es el lavado de manos, el cual se revela plenamente efectivo para evitar las enfermedades infecciosas, indicándose su uso inmediatamente antes y después de realizar cualquier procedimiento, tener contacto con sangre o fluidos corporales o atender cualquier paciente” (Tomey, 2011, p. 126).

De ahí puede deducirse que la bioseguridad constituye la materialización de los conocimientos, técnicas y equipamientos a través de los cuales se logre la prevención a la exposición de agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo biológico en personas, laboratorios, áreas hospitalarias y medio ambiente.

Existen un conjunto de principios de la bioseguridad que resumen su objetivo y función, entre los cuales cabe destacar la universalidad, uso de barreras y medios de eliminación de material contaminado, por su parte la universalidad de la bioseguridad hospitalaria se fundamenta en un conjunto de medidas que afectan a pacientes, trabajadores y profesionales de todos los servicios, medidas a ser seguidas de forma rutinaria, de modo que se eliminen las posibilidades de contaminación a partir del contacto con sangre o fluidos corporales del paciente.

Otro principio básico de la bioseguridad está dado por el uso de barreras, es decir evitar la exposición directa del personal médico a la sangre u otros fluidos orgánicos contaminantes, con el uso de guantes, mascarillas, gafas protectoras, entre otros.

Finalmente, el tercer principio de la bioseguridad se subordina a los medios de eliminación de material contaminado, es decir el conjunto de dispositivos y procedimientos en los cuales se desecha y elimina el material utilizado en la atención de los pacientes que representa un riesgo de contaminación significativo.

2.1.1 Joint Commission

Entre los elementos de mayor importancia a ser destacados en la erradicación y control de las infecciones intrahospitalarias cabe destacar la seguridad del paciente, es decir el conjunto de acciones y estrategias dirigidas a disminuir de forma efectiva los fenómenos de adquisición de agentes patógenos en las instalaciones hospitalarias.

“La seguridad del paciente se revela como un elemento clave en la calidad asistencial, de modo que se brinde un servicio eficiente y seguro capaz de satisfacer los intereses y necesidades de los pacientes, el objetivo de dichas estrategias se subordina a la necesidad de identificar de forma oportuna y por consecuencia evitar la ocurrencia de falencias en los procesos de atención de salud de modo que se logre disminuir significativamente el impacto negativo derivado de los mismos”. (Cambra, 2013, p. 284)

Entre las diferentes metas propuestas por la estrategia de Joint Commission destaca la identificación de los pacientes en todos los procedimientos a ser realizados, la potencialización de comunicación efectiva del personal médico y pacientes, así como del manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.

También destacan entre los objetivos de la Joint Commission la realización de cirugías seguras a través de la verificación del cumplimiento de las diferentes medidas de bioseguridad, así como el uso de los materiales adecuados que aseguren una barrera efectiva entre el personal médico y la exposición directa a agentes contaminantes.

“Uno de los objetivos claves de la Joint Commission se subordina a la necesidad de reducir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, implementando y desarrollando nuevas medidas de higiene del medio en el cual se desempeña el personal médico, la higiene de dicho personal, así como la deposición de materiales utilizados en el tratamiento de los pacientes”. (Keller, 2012, p. 149)

Finalmente cabe destacar que la Joint Commission posee como meta también la mejora constante del medio que circunda al paciente, de modo que se puedan prevenir caídas o accidentes de los pacientes hospitalizados y ambulatorios, evitándose por consecuencia las posibles complicaciones.

La Joint Commission es la organización con mayor experiencia en la acreditación sanitaria, especializándose en investigaciones y estudios dirigidos a desarrollar y mejorar la calidad de las instituciones hospitalarias, de modo que se logre una disminución efectiva de las infecciones intrahospitalarias.

2.1.2 Objetivos de la seguridad del paciente

Entre los objetivos a ser destacados en la seguridad del paciente se aborda en primer lugar la identificación fiable de la persona a la cual va dirigida el servicio o tratamiento, lográndose por consecuencia que dicho servicio o tratamiento coincida con el paciente.

“Existen un conjunto de estándares internacionales a través de los cuales se garantiza la identificación efectiva del paciente en cada tratamiento, destacándose el uso de pulseras identificadoras que contienen información tal como: el nombre completo del paciente, fecha de nacimiento y número de historia clínica”. (Romero, 2014, p. 228)

También debe destacarse entre los objetivos internacionales para la seguridad del paciente la mejora continua de la comunicación efectiva, la cual deberá ser precisa, completa, oportuna, inequívoca y de fácil comprensión, de modo que puedan disminuirse significativamente los errores e incrementándose por consecuencia la seguridad de los mismos.

La seguridad de los medicamentos de alto riesgo constituye otro objetivo para la seguridad del paciente, siendo vital garantizar una gestión oportuna y adecuada, de los mismos, evitándose en todo momento la sobreutilización de antibióticos que puedan crear fármaco resistencia en los microorganismos patógenos.

2.1.3 Base legal entorno a la seguridad del paciente

La Constitución de la República del Ecuador en su afán de lograr mejorar los índices de salud en la sociedad ecuatoriana ha promulgado una serie de artículos, los cuales destacan los objetivos y finalidades del sistema de salud ecuatoriano con el objetivo de lograr una atención médica efectiva y al alcance de todos los ciudadanos.

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (Constitución, 2008, Art. 32)

El anterior artículo pone de manifiesto el derecho garantizado por el Estado a los servicios de promoción y atención integral de salud al pueblo ecuatoriano.

“Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e

interculturalidad, con enfoque de género y generacional (Constitución, 2008, Art. 358)

Queda expuesto el objetivo principal del sistema de salud ecuatoriano, el cual es preservar y proteger la salud del pueblo ecuatoriano tomándose en cuenta la pluriculturalidad existente en Ecuador y las diferentes características sociales y culturales del país.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. (Constitución, 2008, Art. 359)

Se pone de manifiesto en el anterior artículo que las políticas del sistema de salud abarcan todas las dimensiones del derecho y salud de forma tal que se logre una promoción de salud y prevención de enfermedades preventivas de forma tal que el sistema de salud sea eminentemente profiláctico.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad (Constitución, 2008, Art. 360)

Se evidencia en el artículo anteriormente expuesto la política del sistema de salud ecuatoriano de promover, respetar y rescatar las tradiciones médicas milenarias de Ecuador, así como el uso de métodos médicos ancestrales y

alternativos, los cuales son fuentes de apoyo para el uso de la medicina convencional.

Por otra parte, se especifica la estructura del sistema nacional de salud conformada por establecimientos estatales y de seguridad social dirigidos y subvencionados por fuentes estatales.

El sistema de salud ecuatoriano dirige sus acciones a la información, educación y prevención de la población ecuatoriana ante posibles enfermedades de forma tal que se eleve la educación sanitaria y como consecuencia se logre prevenir de forma efectiva brotes de enfermedades.

El sistema de salud ecuatoriano está edificado sobre los principios de igualdad y equidad, respeto a las diferentes culturas y características sociales tomando en consideración la pluriculturalidad del país se toman las estrategias y medidas del sistema de salud ecuatoriano observando dichas diferencias al momento de proponer estrategias de salud nacionales.

2.2 Infecciones asociadas a la atención en salud

Uno de los grandes retos para el sistema de salud pública para Ecuador y Latinoamérica está dado por la prevalencia de infecciones adquiridas por los pacientes durante los periodos de hospitalización, situación cuya etiología está dada principalmente por la inobservancia de medidas higiénicas sanitarias básicas tales como la higiene de manos.

“Las infecciones asociadas a la atención en la salud, inicialmente reconocidas como nosocomiales o intrahospitalarias son las infecciones adquiridas por el paciente al momento en el cual recibe un tratamiento médico o por estar sujeto a una condición médica o quirúrgica en la cual no existía un periodo inicial de infección, siendo la misma adquirida al momento o durante el ingreso en la institución de salud”. (Reinolds, 2012, p. 306)

Actualmente se verifican varias etiologías de las infecciones asociadas a la atención en salud, destacándose la contaminación a través de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas y transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud debido al consumo frecuente de antibióticos, son de destacar una amplia gama de agentes infecciosos como bacterias, hongos y virus.

Por lo general las infecciones asociadas a la atención de salud se consideran como eventos adversos derivados de la atención en salud de forma no intencionada que ocasiona daños al paciente, a su vez tales infecciones pueden ser clasificadas como prevenibles o no prevenibles.

Una de las etiologías que con mayor frecuencia afecta a los pacientes es la resistencia a los antimicrobianos, es decir las bacterias, virus, hongos o parásitos mutan y crean fármaco resistencia llegando a causar complicaciones y muerte en pacientes, tal situación se debe al uso inadecuado de medicamentos, a la dosificación insuficiente o la no culminación de los tratamientos prescritos, por otra parte cabe señalar que actualmente se comercializan medicamentos de mala calidad que potencializan la farmacoresistencia.

“Las infecciones nosocomiales son aquellas infecciones adquiridas dentro de una institución médica como resultado de mala manipulación, incumplimiento de las medidas y normas básicas de higiene y sanidad o uso inadecuado de higiene y medicamentos, cabe señalar que las primeras instituciones médicas fueron creadas aproximadamente 500 años antes de nuestra era, vinculándose inicialmente la higiene a ritos religiosos, tal y como quedan expuestos en la biblia, textos sánkritos como el Charaka-Semhita, en los cuales se detallaba la forma de usar sustancias como el agua, alcohol, los cuales eran obligatorios antes o después de entrar en contacto con cualquier impureza, es decir sangre y fluidos corporales de enfermos”. (Pérez, 2010, p. 97)

No fue hasta la mitad del Siglo XVIII con mayor exactitud en el año 1740 que el Dr. John Pringle definió la infección nosocomial desarrollando el término antiséptico, es decir una sustancia que eliminaba de forma parcial o total los virus, bacterias, hongos que podían ser transmitidos por el personal médico como consecuencia del contacto con el enfermo, el medio y objetos.

También el Dr. Semmelweis a mediados del Siglo XIX estableció medidas de higiene básicas como el lavado de manos antes y después del tratamiento de personas enfermas, observando que los índices e recuperación eran superiores en aquellos pacientes en los que se observaban medidas higiénicas como el lavado de manos antes y después de entrar en contacto con los pacientes.

Dicho investigador estableció que la flora saprofítica en muchas ocasiones era la causante de las infecciones nosocomiales, por lo que decidió que su personal utilizase el lavado de manos, guantes asépticos, mascarillas y gafas protectoras, gorras para cabello, entre otras medidas para minimizar las posibilidades de infecciones.

Las infecciones nosocomiales o intrahospitalarias en la actualidad y a pesar del uso de terapias con antibióticos y otros medicamentos continúa siendo un problema de salud a nivel mundial, evidenciándose que hasta el 90% de las mismas tienen como etiología gérmenes banales, los cuales causan un elevado índice de morbilidad y mortalidad, significando un incremento en los costos de salud.

“Tomando en cuenta datos los datos aportados por la OMS en el año 2015, aproximadamente el 5% de los pacientes hospitalizados contraen infecciones intrahospitalarias, situación que duplica los costos de enfermería, triplica los costos de medicamentos e incrementa en un 70% el costo de los exámenes a ser realizados, es decir la infección intrahospitalaria es una carga a ser considerada dentro de los sistemas de salud”. (García, 2016, p. 8)

Debe también acotarse a esta información que de un 1 a un 3% de los pacientes afectados por infecciones intrahospitalarias mueren, dato que al ser traducido en cifras de naciones desarrolladas como Estados Unidos alcanzan cifras de 25 a 100.000 muertes anuales por infecciones intrahospitalarias.

Las infecciones intrahospitalarias poseen como principales etiologías los agentes infecciosos entre los que destacan bacterias, virus, hongos y parásitos, el huésped y el medio ambiente, debe señalarse que dichas etiologías pueden ser perfectamente controladas de mantenerse un índice de higiene del medio, así como higiene personal de los trabajadores de la salud, enfatizándose en el uso del lavado de manos frecuente, soluciones alcohólicas y barreras protectoras como guantes, mascarillas, gafas, gorros para cabello, entre otros elementos.

De ahí que puede afirmarse que la inmensa mayoría de las infecciones intrahospitalarias actualmente son producidas por gérmenes patógenos banales e incluso inocuos décadas antes, situación que se ha potencializado por la aparición de nuevas enfermedades como la epidemia de VIH-SIDA, o la sobre utilización de antibióticos que ha fomentado un fármaco resistencia en los diferentes agentes patógenos.

2.2.1 Flora normal de la piel

El objetivo básico de la piel está dado por lograr una reducción efectiva en la pérdida de agua, fungir como barrera protectora ante la acción abrasiva y de microorganismos y del mismo modo fungir como una barrera permeable con el medio ambiente, su estructura está dada por un conjunto de capas que va desde la región superficial o estrato córneo, la epidermis, la dermis y finalmente la hipodermis.

“La piel humana normal está colonizada por un conjunto de bacterias aerobias las cuales varían en cantidad y tipo según las diferentes áreas del cuerpo, pudiéndose clasificar dicha flora en transitoria y

residente, por su parte la flora normal de la piel transitoria es aquella que se ubica en las capas superficiales de la piel siendo más susceptible a ser eliminada a través de medidas higiénicas básicas como el lavado de manos”. (Drake, 2014, p. 318)

Cabe destacar que la flora transitoria es la que con mayor frecuencia adquieren los trabajadores de la salud como resultado directo del contacto que establecen con los pacientes o superficies contaminadas con el medio ambiente que circunda al paciente, de ahí la importancia de que el personal médico mantenga una higiene constante con el objetivo de controlar o erradicar dicha flora.

“Por su parte la flora residente es aquella que se ubica en las capas más profundas de la piel, teniendo un mayor nivel de resistencia a prácticas de la higiene básicas como el lavado de manos, siendo necesario para su total control que se haga uso de soluciones alcohólicas de modo que se garantice una asepsia en aquellos tratamientos o manipulaciones que impliquen un mayor riesgo de contaminación”. (Durony, 2015, p. 97)

Queda de manifiesto que la flora saprofítica de la piel supera en una proporción de 8 a 1 a los microorganismos patógenos de modo que puede asegurarse que la flora saprofítica de la piel constituye un elemento indispensable para garantizará la integridad y precautelación de la piel.

Entre las diferentes funciones asumidas por la piel destacan el recubrimiento y protección del cuerpo, fungiendo también como órgano de respiración, pasaje de la luz, así como el reconocimiento de agentes patógenos.

2.2.2 Evidencia de transmisión de patógenos en las manos

Pérez, (2010), explica que la transmisión de agentes patógenos causantes de infecciones intrahospitalarias se subordina a un conjunto de

elementos entre los que debe destacarse que tales organismos patógenos presentes en la piel del paciente han colonizado o han sido ubicados en objetos inanimados próximos al paciente y por consecuencia transferidos a las manos del personal sanitario, si entonces tales microorganismos patógenos sobreviven unos minutos en las manos del personal se incrementan las posibilidades que los mismos puedan ser transmitidos a otros pacientes o personal médico.

También es de destacar que se incrementará significativamente la transmisión de los agentes patógenos de no observarse las medidas higiénicas básicas como el lavado de manos o el uso de soluciones alcohólicas o realizar dichos procedimientos inadecuadamente, con cantidades insuficientes de jabón y alcohol o que dichos elementos asépticos no posean la cantidad requerida.

Cabe mencionar que existe una normativa y protocolo para el uso de las medidas higiénicas como el lavado de manos y uso de soluciones alcohólicas, los cuales deben observar cantidades específicas del producto a ser utilizado, pasos a seguir y tiempos específicos a través de los cuales se garantiza la eliminación total de agentes patógenos que puedan afectar la salud de los pacientes y personal médico.

2.3 Higiene de manos

La higiene de manos es el término que se aplica a un conjunto de acciones como el lavado de manos, lavado antiséptico, antisepsia por frotación o antisepsia quirúrgica de manos, las cuales se desarrollan con el objetivo de prevenir infecciones relacionadas con la infección sanitaria.

“Puede ser definida como las acciones realizadas con el objetivo de garantizar la eliminación de agentes patógenos de la micro flora saprofítica y transitoria que puedan constituir un riesgo de infección para pacientes sujetos a tratamientos por parte del personal médico, el término higiene de manos abarca acciones como el lavado de

manos, lavado antiséptico de manos, antisepsia de manos por frotación y antisepsia quirúrgica de manos”. (Barata, 2012, p. 209)

Cabe destacar que más del 90% de las infecciones intrahospitalarias se subordinan a la inaplicación de la higiene de manos o a su utilización de forma inadecuada, estableciéndose la necesidad de practicar tales medidas higiénicas de forma obligatoria siempre antes y después de entrar en contacto con un paciente.

“La higiene de manos puede ser entendida como la acción preventiva de transmisión de microorganismos patógenos de parte del personal médico que entra en contacto con el paciente o su entorno de modo que se garantice la eliminación total de la flora transitoria de las manos, suciedad y materia orgánica, impidiéndose de este modo la contaminación cruzada” (Mendive, 2013, p. 339).

El lavado de manos a su vez puede ser subdividido en rutinario y quirúrgico, existiendo técnicas específicas en las que se detalla la cantidad de jabón a ser utilizados, pasos a seguir y tiempo mínimo para garantizar una asepsia.

La higiene de manos es la medida de protección más efectiva y ampliamente utilizada a lo largo de la historia de la salud, constituyendo hasta el presente el eje angular de las acciones profilácticas para evitar la contaminación cruzada y por ende mejorar significativamente los índices de salud.

2.3.1 Importancia de la higiene de manos

La importancia de la higiene de manos se revela como un elemento clave para evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra, cabe destacar que hasta la primera mitad del Siglo XIX, en la cual se introdujo el lavado de manos como elemento clave para eliminar la suciedad, materia orgánica microbiota habitual y transitoria de modo que se controlase la

transmisión de microorganismos de persona a persona, tal descubrimiento fue realizado por el médico Ignaz Philipp en la ciudad de Viena.

“Debe destacarse que en la piel existen un conjunto de microorganismos en la micro flora saprofítica denominados como contaminantes y no colonizantes, los cuales se transmiten con facilidad, siendo señalados como la etiología de la mayoría de las infecciones, de ahí que se recomienda para mantener un nivel de higiene óptimo de las manos en el personal médico profesional que mantenga las uñas cortas y sin esmaltes de modo que se pueda proceder con facilidad a la limpieza de las mismas”. (Tabares, 2016, p. 167)

También entre las medidas y recomendaciones generales propuestas para mantener un nivel de higiene óptimo de las manos se prohíbe el uso de anillos, relojes o pulseras que puedan destacarse como reservorios de gérmenes dificultando la limpieza de las manos.

Es de destacar la importancia del uso de jabones para el lavado de manos que contengan lanolina, así como el uso de cremas hidratantes que incrementen la integridad y resistencia de la piel, disminuyendo significativamente las posibilidades de contaminación por gérmenes.

Según datos entregados por la Organización Mundial de la Salud OMS un 70% de enfermedades infecciosas que afectan a los países tercermundistas que afectan a América, Asia y Oceanía están estrechamente vinculadas a la falta de higiene de manos antes y después de estar en contacto con el paciente, de ahí que la OMS haya llevado a cabo campañas a nivel mundial con el objetivo de reforzar el carácter obligatorio de la higiene de manos en el personal médico, destacando la campaña mundial salve vidas... limpie sus manos, la cual se desarrolló en América, África y Asia.

Debe destacarse que enfermedades como la meningitis, bronquitis, hepatitis A, así como la mayoría de las diarreas infecciosas podrán ser evitadas

con el lavado de manos, evidenciándose la importancia de dicha práctica no solamente para el personal médico sino para el público en general.

2.3.2 Selección y manejo de los agentes para la higiene de manos

Lograr una selección efectiva de los agentes de higiene de manos plenamente en concordancia con las necesidades y características de los diferentes procedimientos realizados en la institución hospitalaria constituye un elemento clave al momento de lograr una disminución efectiva de la contaminación cruzada derivada del contacto con sangre, fluidos corporales y pacientes con un elevado riesgo de contagio.

“La selección de los antisépticos a ser utilizados como el jabón o las soluciones alcohólicas se subordinarán a las características y necesidades propias de la institución hospitalaria tomándose en cuenta los servicios que se prestan en la misma, así como los recursos materiales y humanos disponibles en función a las infecciones intrahospitalarias más frecuentes y las causas que las provocan”. (Alvarez, 2012, p. 306)

El uso de los productos antisépticos también estará en plena concordancia con las instrucciones específicas para su uso, garantizándose del mismo modo las cantidades suficientes y necesarias para su utilización adecuada, así como respetando los periodos de tiempo necesarios para la aplicación de las diferentes técnicas de higiene.

Por otra parte, el uso adecuado de los antisépticos se basará en la ubicación estratégica de los mismos de modo que tanto el personal médico como pacientes y visitantes puedan acceder sin esfuerzo al cumplimiento de las medidas higiénicas estipuladas.

Se hará hincapié en la materialización de un sistema de evaluación constante de los resultados obtenidos a partir del uso de los antisépticos, considerándose sus efectos adversos, efectividad y costos, de modo que se

puedan desarrollar estrategias en su utilización constantemente influyendo tales medidas positivamente en el mantenimiento de elevados índices de salud intrahospitalaria.

“La selección del antiséptico a ser utilizado para garantizar la protección del personal médico en el tratamiento y manipulación de los pacientes se realizará tomando en cuenta aspectos como las características antisépticas que se desean alcanzar, tales como la ausencia de absorción en la piel, espectro de acción, rápida reducción de la flora de la piel y efecto residual, entre otras”.
(Pedroso, 2012, p. 134)

También se seleccionará al agente antiséptico a partir de la existencia de evidencias de seguridad y eficacia del producto en la reducción del conteo microbiano de la piel, debe destacarse que es importante al momento de seleccionar dichos productos antisépticos tomar en cuenta la aceptación del personal tomándose en cuenta el olor, color, espumabilidad, sensación de suavidad, resecamiento de la piel y el costo del producto.

Queda de manifiesto que los principios orientadores para el uso de antisépticos se subordinan a las necesidades propias de la instalación hospitalaria dada por los diferentes procedimientos y atenciones que brinda, destacándose entre los principios fundamentales de la selección del antiséptico las características antisépticas que se persiguen y el uso de un producto que haya sido anteriormente testado.

2.4 Técnica del lavado de manos

El lavado de manos es la estrategia de la atención sanitaria más efectiva y económica en la prevención de enfermedades infecciosas, responsable de un elevado índice de morbilidad y letalidad a nivel mundial que afecta principalmente a sistemas de salud de países en vías de desarrollo que no

poseen un elevado presupuesto y una notable saturación de pacientes y poco personal calificado.

“El lavado de manos es aquel en el que se observa como el método de mayor simplicidad, economía, importancia en la prevención de infecciones intrahospitalarias, alcanzando valores de eficacia de hasta un 50% cuando el mismo es desarrollado de forma adecuada”.
(Jiménez, 2012, p. 16)

Dependiendo su efectividad de la ocasión en la cual se utilice, es decir al momento de manipular objetos o pacientes que se encuentren contaminados por materia orgánica, también se tomará en cuenta la cantidad y procedencia del antiséptico y finalmente la técnica de lavado de manos utilizada.

Existen varias técnicas de lavado de manos, destacando el lavado de manos higiénico o social, antiséptico, con solución alcohólica y lavado quirúrgico, los cuales son utilizados en dependencia del procedimiento a ser realizado de modo que se garantice la eliminación de la suciedad, materia orgánica microbiota transitoria y parte de la microbiota resistente de las manos.

2.4.1 Lavado de manos higiénico o social

El lavado de manos higiénico o social se revela como una necesidad imperante para el personal de salud, dado que el mismo se encuentra en constante intercambio con objetos y personas expuestos o contaminados a microorganismos patógenos.

“El lavado de manos higiénico es aquel en el cual se logra la remoción mecánica de la suciedad, materia orgánica y microbiota transitoria de las manos, plenamente efectivo antes y después de entrar en contacto con los pacientes o material contaminado”.
(Marquéz, 2015, p. 43)

La técnica básica del lavado de manos social se basa en el uso de agua y jabón antimicrobiano líquido, mojando vigorosamente las manos con agua y friccionando la superficie de las manos, entre los dedos, por debajo de los pliegues, las muñecas y con un especial énfasis en el lavado de las uñas.

Procediendo posteriormente al enjuague con abundante agua, secándose las manos con toallas de papel y cerrando la llave haciendo uso de la misma toalla con el objetivo de evitar una recontaminación, técnica para la cual se destina un periodo de aproximadamente 40 segundos.

“El lavado de manos social está indicado al llegar y salir del hospital, y antes y después de procedimientos como colocaciones de catéter, toma de muestras, medición de presión venosa central o monitoreo de la presión intravascular, curación de heridas, preparación de soluciones parenterales, entre otras”. (Keller, 2012, p. 128)

El lavado de manos social también se utilizará antes y después de administrar medicación parenteral, aspiración de secreciones de vías respiratorias, administración y manipulación de sangre y sus derivados del contacto con pacientes y posterior al uso de sanitarios, toser, estornudar o limpiarse la nariz.

Recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para:

LAVAR CORRECTAMENTE LAS MANOS

www.consejosdelimpieza.com



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Figura 1 Lavado higiénico de manos
Tomada de (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.4.2 Lavado de manos aséptico

Se lleva a cabo con el objetivo de eliminar la suciedad, materia orgánica, microbiota transitoria, así como parte de la microbiota residente de las manos,

desarrollándose un elevado nivel de actividad microbiana, para su desarrollo se utilizan materiales como jabón líquido neutro en dispensador desechable con dosificador, toalla de papel desechable y solución hidroalcohólica.

“La técnica se desarrollará primeramente realizando el lavado higiénico de las manos tal y como se expuso anteriormente en la descripción de dicha técnica y posteriormente se realizará el lavado con las cantidades recomendadas de solución hidroalcohólica durante un minuto y medio”. (Tabares, 2016, p. 96)

El lavado antiséptico deberá ser desarrollado antes del contacto con paciente inmuno comprometidos en situaciones que exista un precedente de riesgo de transmisión, siendo también desarrollado antes y después de los procedimientos invasivos, independientemente del uso de guantes, tales como inserción de catéteres y sondas vesicales, también se utilizará antes y después de la atención a pacientes infectados con microorganismos resistentes.

2.4.3 Lavado de manos quirúrgico

Tiene como principal objetivo la eliminación de la microbiota transitoria, así como la mayor parte de la microbiota residente de las manos antes de realizarse un procedimiento invasivo, el cual como consecuencia de su especificidad o duración demanda un elevado nivel de asepsia.

“Entre los materiales a ser utilizado en el lavado quirúrgico destacan el jabón líquido con antiséptico el cual será una solución jabonosa de clorhexidina al 5% o povidona yodada, dichos materiales deberán ser ubicados en dispensadores desechables con dosificadores, también se utilizará en el lavado quirúrgico un cepillo de uñas desechable, toallas o compresas estériles”. (Pedroso, 2012, p. 164)

La técnica del lavado quirúrgico se inicia con la apertura del grifo, destacando que en este procedimiento se utilizará el sistema de codo o pedal, se mojará totalmente las manos y antebrazos hasta el codo aplicándose jabón

antiséptico, manteniendo en todo momento las manos más elevadas que los codos.

Posteriormente se procederá a lavar antebrazos, manos, dedos y uñas por un periodo de 10 minutos, aclarando con abundante agua cada brazo por separado desde la punta de los dedos hasta el codo con agua corriente, posteriormente se procederá a aplicar nuevamente jabón antiséptico en manos y antebrazos friccionándose por dos minutos.

Luego se aclarará con agua abundante y se procederá a cerrar el grifo debiéndose desarrollar el proceso de secado por aplicación sin frotar con una compresa o toalla desechable, comenzando por los dedos y bajando a los codos. Se procederá con el lavado quirúrgico antes de una intervención quirúrgica o el desarrollo de cualquier maniobra invasiva que demande un elevado nivel de asepsia.



Figura 2 Lavado quirúrgico de manos
Tomada de (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.4.4 Fricción de manos

La fricción de manos o lavado con solución hidroalcohólica, se revela como la forma más efectiva de asegurar la higiene, de modo que la OMS lo recomienda de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos, dadas las numerosas ventajas que dicha técnica posee.

Entre las ventajas de la fricción de manos cabe destacar que elimina la mayoría de los gérmenes, abarcando incluso a virus, también destaca esta técnica por el poco periodo de tiempo que demanda, estableciéndose el mismo entre 20 a 30 segundos.

“Es de destacar que la fricción de manos puede aplicarse de forma inmediata en el lugar de la atención médica sin la necesidad de pérdidas de tiempo o desplazamientos innecesarios, destaca el uso de la solución hidroalcohólica por la excelente tolerancia de la piel y la inexistencia de la necesidad de infraestructuras particulares, es decir lavabos, jabón, toallas, entre otros”. (Tomey, 2011, p. 196)

Debe tomarse en cuenta que el jabón y la base alcohólica no deben utilizarse de manera conjunta, destacándose que la fricción de manos puede llevarse a cabo en el lugar y momento en el que se presta la asistencia, señalándose un mayor ahorro de recursos y tiempo y lográndose una mayor seguridad e higiene.

DESINFECTAR MANOS CON GEL

www.consejosdelimpieza.com

1 Duración del procedimiento: 30 segundos.



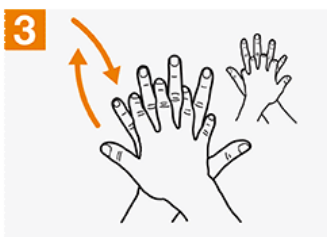
1a Deposite abundante gel en la palma de la mano



1b



2 Frote el gel en las palmas para generar fricción



3



4

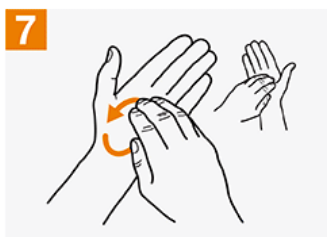


5

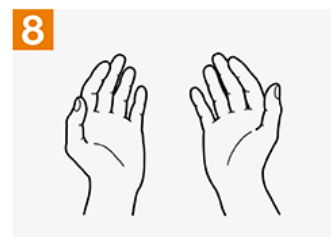
Repita los procesos de frotación como si fuera un lavado con agua y jabón, en las zonas de las manos que corresponden



6



7



8

Siga de esa forma hasta el final y extienda las manos para secar.



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2009

Figura 3 Fricción de manos
Tomada de (Organización Mundial de la Salud, 2012)

2.4.5 Cinco momentos para la higiene de manos

El sistema de salud ecuatoriano se caracteriza por brindar servicios de salud con exceso de pacientes y falta de personal, de modo que de no respetarse los 5 momentos para la higiene de las manos tal y como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS), podrían incrementarse significativamente el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

Los cinco momentos para la higiene de las manos establecidas por la OMS son:

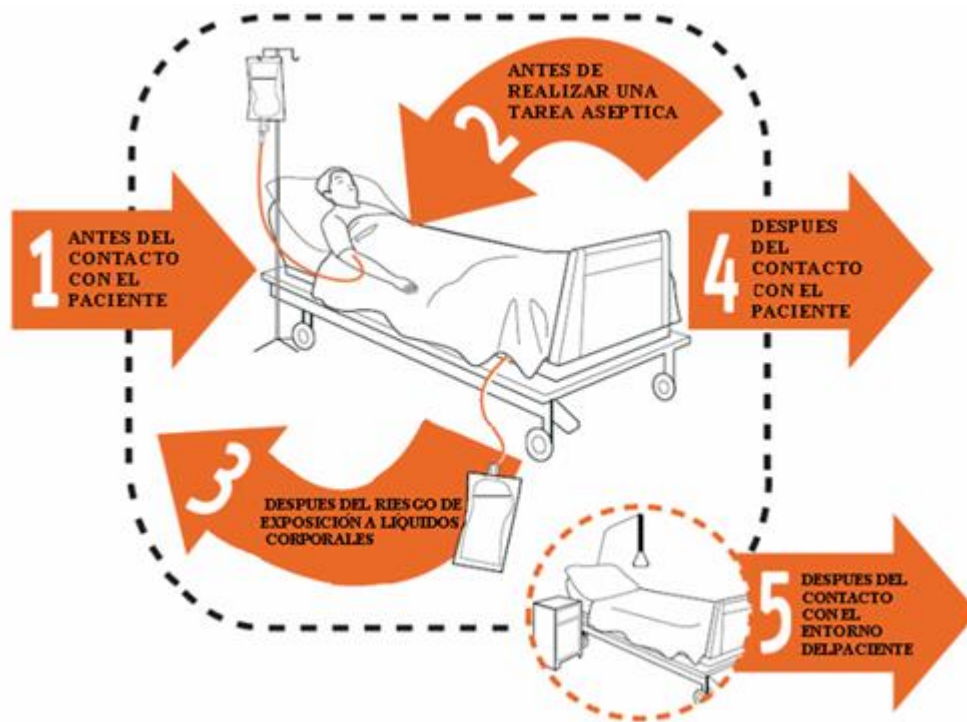


Figura 4 Los cinco momentos de la higiene de manos
Tomada de (Organización Mundial de la Salud, 2012)

- **Momento 1: Antes del contacto con el paciente:**

Cambra, (2013), afirma que antes del contacto con el paciente se procederá a higienizar las manos con el uso del lavado higiénico de modo que se elimine la suciedad, materia orgánica y microbiota transitoria de las manos, lográndose por consecuencia evitar cualquier enfermedad derivada de la infección cruzada.

- **Momento 2: Antes de realizar una tarea limpia aséptica:**

Alvarez, (2012), indica que a través de la higiene de las manos además de eliminar la suciedad, materia orgánica, microbiota transitoria y parte de la microbiota resistente de las manos se alcance cierto nivel de actividad microbiana en aquellos casos en los que se realizarán procedimientos invasivos, incluso al utilizarse guantes.

- **Momento 3: Después del riesgo de exposición a líquidos corporales:**

Barata, (2012), señala que es importante llevar a cabo la higiene de las manos como medida de contención para que los agentes infecciosos como sangre y líquidos corporales manipulados, no signifiquen un riesgo biológico y de exposición potencial del personal médico, evitándose de esta forma la transmisión de agentes patógenos.

- **Momento 4: Después del contacto con el paciente**

Keller, (2012), explica que la higiene de las manos posterior al contacto con los pacientes puede ser abordado como una precaución estándar cuyo objetivo está dado por lograr una reducción efectiva de agentes patógenos contenidos en sangre, fluidos corporales y medio que circunda al paciente tanto al personal médico como a otros pacientes.

- **Momento 5: Después del contacto con el entorno del paciente**

Tomey, (2011), indica que el entorno del paciente está dado por el conjunto de elementos materiales que rodean e interactúan con el paciente, los cuales pueden ser contaminados por sangre o fluidos corporales y transformarse en reservorios o medios de transmisión de agentes patógenos, de ahí la importancia de proceder a la higiene de manos de entrarse en contacto con el entorno del paciente con el objetivo de garantizar una barrera higiénica y por ende la imposibilidad de propagar agentes patógenos..

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de la investigación

Es un estudio cualitativo con finalidad de obtener información relevante sobre el número de profesionales de enfermería que realizan correctamente el procedimiento, además se efectuará una encuesta que nos proporcionará el nivel de conocimientos que tengan respecto a la higiene de manos y su relación con las infecciones asociadas a la atención en salud.

3.2 Tipo de investigación

- **Observacional:**

Se hará observación directa en campo de como se realiza el procedimiento de lavado de manos es decir los pasos a ejecutarse y los cinco momentos, así como el nivel de conocimientos que poseen las enfermeras/os del servicio de terapia intensiva. La observación es directa y se registrará a través de una hoja de check list con la cual podremos verificar como se realiza la higiene de manos de acuerdo a los pasos según la OMS y los 5 momentos de la higiene de manos.

- **Transversal y prospectivo:**

Ya que su duración es de 6 meses desde septiembre en adelante. (147 días)

3.3 Universo y muestra

Son todos los profesionales de enfermería de la unidad de terapia intensiva. La muestra será de 95 profesionales de enfermería que trabajen en el servicio de terapia intensiva observándose la técnica y los 5 momentos del lavado de manos.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

- **Los criterios de inclusión son:** Todos los profesionales de enfermería que trabajan en terapia intensiva durante el periodo de la investigación y que constan en horarios. La observación de campo se realizara en los 3 turnos mañana, tarde y noche.
- **Los criterios de exclusión:** Todos los demas profesionales de salud que laboran en el servicio de terapia intensiva y las enfermeras que no constan en horario.

3.5 Instrumentos

La encuesta y el check-list; la encuesta se realizará a todo el personal de enfermería para una evaluación de los conocimientos respecto a la higiene de manos y su relación con las infecciones asociadas a la atención en salud; la hoja de check list sera el instrumento de observación directa del personal encuestado.

CAPÍTULO IV

SITUACIÓN ACTUAL DE LA HIGIENE DE MANOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN DE QUITO

4.1 El servicio de terapia intensiva en el Hospital Carlos Andrade Marín

El Hospital Carlos Andrade Marín puede ser considerado como el eje neural del sistema de salud pública de la provincia de Pichincha, contando con los recursos, personal y medios necesarios para brindar un servicio de salud óptimo y de calidad a la población, siendo hasta el presente una institución insigne y representativa del desempeño de la salud pública en el Ecuador.

El Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM), ubicado en la ciudad de Quito, es el mayor y más importante centro asistencial al servicio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en el país.

Es un hospital de tercer nivel, una de las unidades médicas más completas del mundo, equipado con tecnología de punta y profesionales comprometidos con la salud de los pacientes. Recientemente se convirtió en el primero de la red de salud pública ecuatoriana en realizar un trasplante hepático, uno de los más complejos y riesgosos, luego de recibir la acreditación para este tipo de trasplantes, que otorga el Comité de Acreditación Canadiense, fundación que realiza evaluaciones para certificar a instituciones de salud.

Dicha acreditación técnicamente se divide en ámbitos de mejora, que incluyen la seguridad de los pacientes, que el personal de salud esté trabajando de forma adecuada y posea lo necesario para poder laborar, que la institución cumpla con estándares básicos de equipamiento e infraestructura, y

que se realicen prácticas médicas seguras para brindar mejor atención a los pacientes (Diario El Telégrafo, 2015).

Es indudable que dentro de los parámetros de seguridad de los pacientes y las prácticas médicas seguras tiene un lugar predominante el cumplimiento de procedimientos higiénico-sanitarios adecuados para una efectiva y segura relación del personal de salud con las personas que reciben atención médica. De tal modo, la realización de una correcta higiene de manos para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud es tarea de gran importancia en la institución, y principalmente en el servicio de Terapia intensiva, por las condiciones extremas que habitualmente muestran los pacientes allí atendidos.

4.1.1 Encuesta dirigida a profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM”

1. ¿Cuál es la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención sanitaria?

Tabla 1

Fuente más frecuente de gérmenes.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
El sistema de agua del hospital	0	0%
El aire del hospital	0	0%
Microorganismos ya presentes en el paciente	12	13%
El entorno (las superficies) del hospital	83	87%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

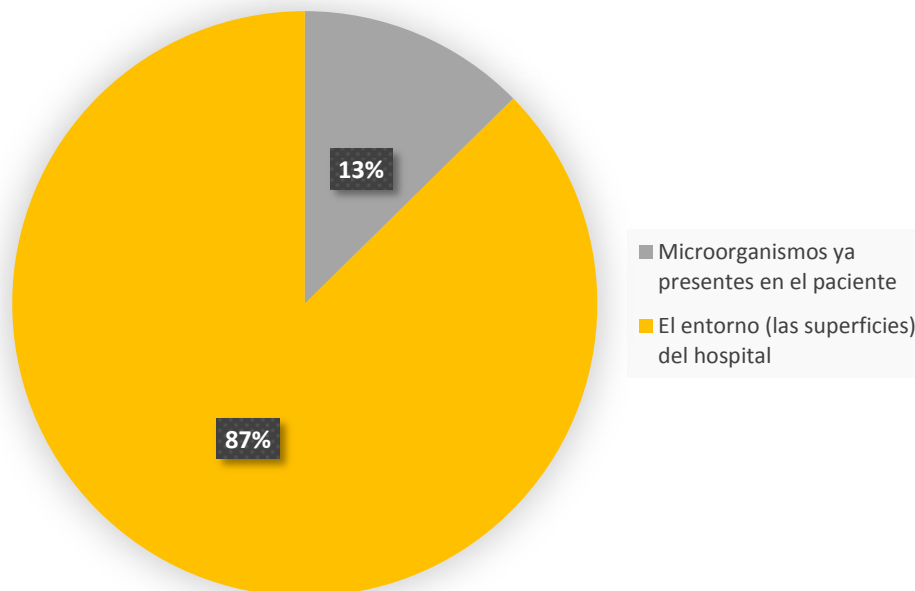


Figura 5 Fuente más frecuente de gérmenes.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 83 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 87% del total plantean que la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención sanitaria se relaciona con el entorno (las superficies) del hospital y 12 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 13% del total plantean que la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención sanitaria se relaciona con los microorganismos ya presentes en el paciente.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención sanitaria se relaciona con el entorno (las superficies) del hospital, de ahí la importancia de mantener una excelente higiene de manos al ser el elemento que entra en contacto directo con dichas superficies.

2. ¿Cuál de las siguientes es la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes en los centros sanitarios?

Tabla 2

Vía principal de transmisión cruzada de microorganismos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Las manos de los profesionales sanitarios cuando no están limpias	86	91%
El aire que circula en el hospital	0	0%
La exposición de los pacientes a superficies colonizadas por gérmenes (camas, sillas, mesas, suelos)	9	9%
Compartir objetos no invasivos (estetoscopios, manguitos de presión, etc.) entre los pacientes	0	0%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

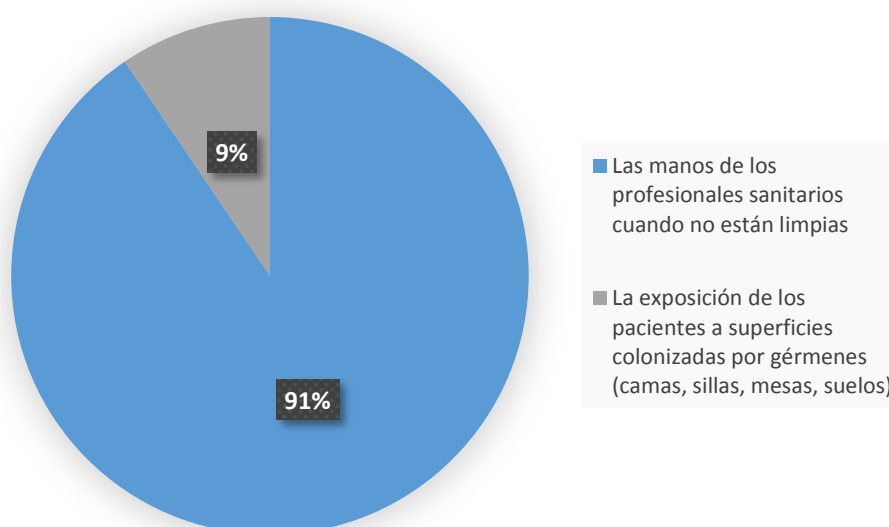


Figura 6 Vía principal de transmisión cruzada de microorganismos.
Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 86 licenciados en enfermería que representan el 91% del total plantean que la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes en los centros sanitarios se relaciona con las manos de los profesionales sanitarios cuando no están limpias y 9 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 9% del total plantean que la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes en los centros sanitarios se relaciona con la exposición de los pacientes a superficies colonizadas por gérmenes (camas, sillas, mesas, suelos).

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes en los centros sanitarios se relaciona con las

manos de los profesionales sanitarios cuando no están limpias, evidenciándose el conocimiento y criterio general de la importancia de la higiene de manos.

3. ¿Cuál de las siguientes acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al paciente?

Tabla 3

Acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al paciente.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Antes de tocar al paciente	37	39%
Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales	30	32%
Después del contacto con el entorno inmediato del paciente	28	29%
Inmediatamente antes de un procedimiento limpio / aséptico	0	0%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

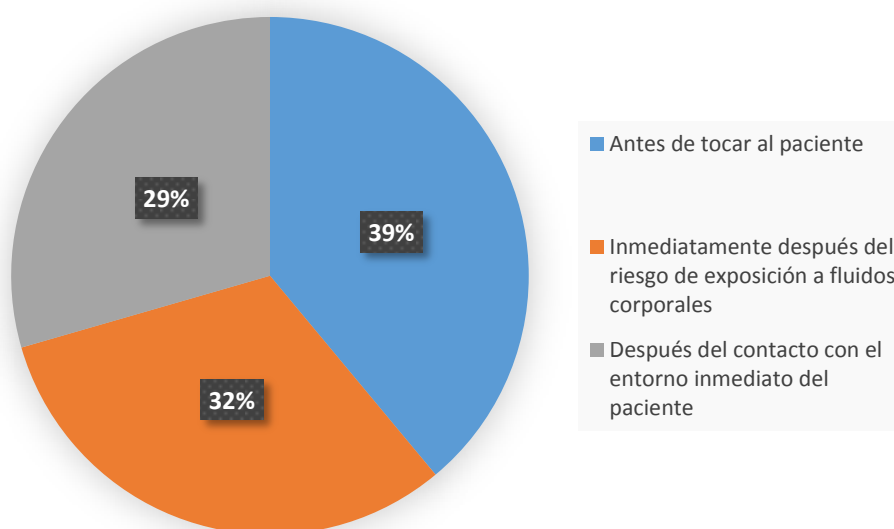


Figura 7 Acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al paciente.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 37 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 39% del total plantean que las acciones de higiene de las manos para prevenir la transmisión de microorganismos al paciente deberá ser desarrollada antes de tocar al paciente, 30 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 32% del total plantean que las acciones de higiene de las manos para prevenir la transmisión de microorganismos al paciente deberá ser desarrollada inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales y 28 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 29% del total plantean que las acciones de higiene de las manos para prevenir la transmisión de microorganismos al paciente deberá ser desarrollada después del contacto con el entorno inmediato del paciente.

De los resultados anteriores se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que las acciones de higiene de las manos para prevenir la transmisión de microorganismos al paciente deberán ser desarrolladas antes de tocar al paciente, criterio correcto y en plena concordancia con los parámetros establecidos por las autoridades sanitarias.

4. ¿Cuál de las siguientes acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al profesional sanitario?

Tabla 4

Acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al profesional sanitario.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Después de tocar al paciente	45	47%
Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales	29	31%
Inmediatamente antes de un procedimiento limpio / aséptico	0	0%
Después del contacto con el entorno inmediato del paciente	21	22%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

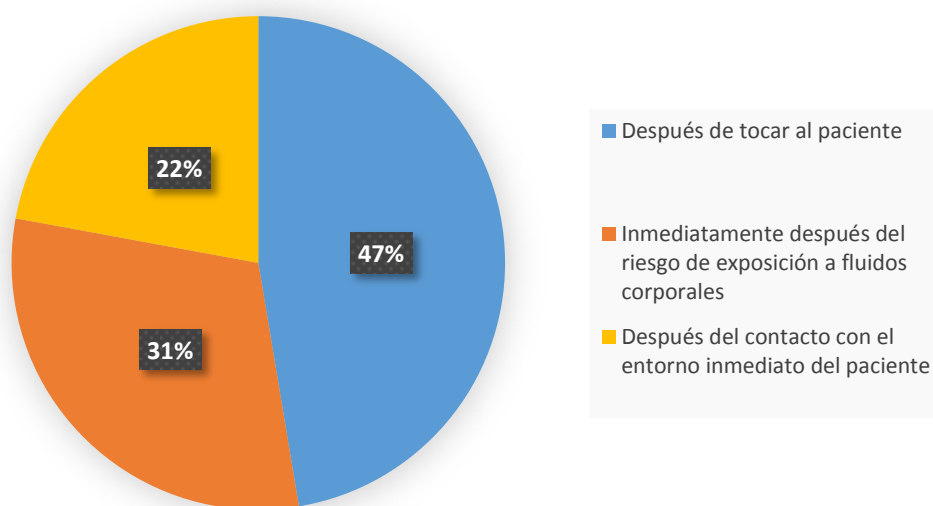


Figura 8 Acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al profesional sanitario.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

Del total de profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 45 licenciados en enfermería que representan el 47% del total plantean que las acciones de higiene de las manos para prevenir la transmisión de microorganismos al profesional sanitario deberá ser desarrollada después de tocar al paciente, 29 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 31% del total plantean que las acciones de higiene de las manos para prevenir la transmisión de microorganismos al profesional sanitario deberá ser desarrollada inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales y 21 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 22% del total plantean que las acciones de higiene de las manos para prevenir la transmisión de microorganismos al profesional sanitario deberá ser desarrollada después del contacto con el entorno inmediato del paciente.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que las acciones de higiene de las manos para prevenir la transmisión de microorganismos al profesional sanitario deberán ser desarrolladas después de tocar al paciente, criterio que se ajusta a los parámetros establecidos por las autoridades sanitarias.

5. ¿Ha recibido formación reglada sobre higiene de las manos en los últimos tres años?

Tabla 5

Capacitaciones sobre higiene de las manos en los últimos tres años.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	95	100%
No	0	0%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

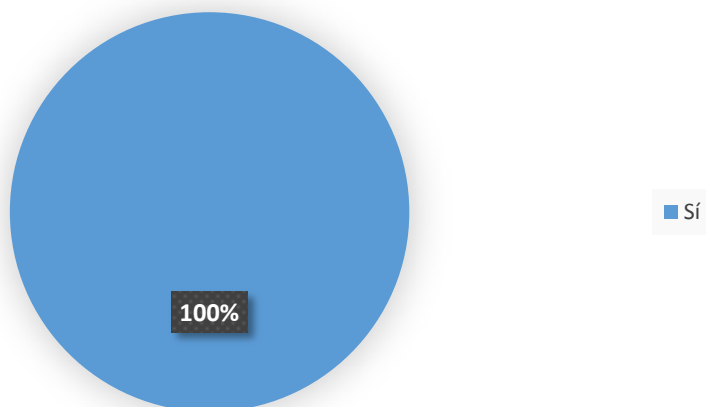


Figura 9 Capacitaciones sobre higiene de las manos en los últimos tres años.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 100% del total afirman haber recibido capacitaciones sobre higiene de las manos en los últimos tres años.

De los resultados anteriormente mencionados se desprende que la totalidad de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados afirman haber recibido capacitaciones sobre higiene de las manos en los últimos tres años, lo que denota la existencia de un plan sistemático de capacitaciones sobre la importancia de la higiene de las manos.

6. ¿Práctica adecuadamente la higiene de manos?

Tabla 6

Práctica adecuada de la higiene de manos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	23	24%
No	72	76%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

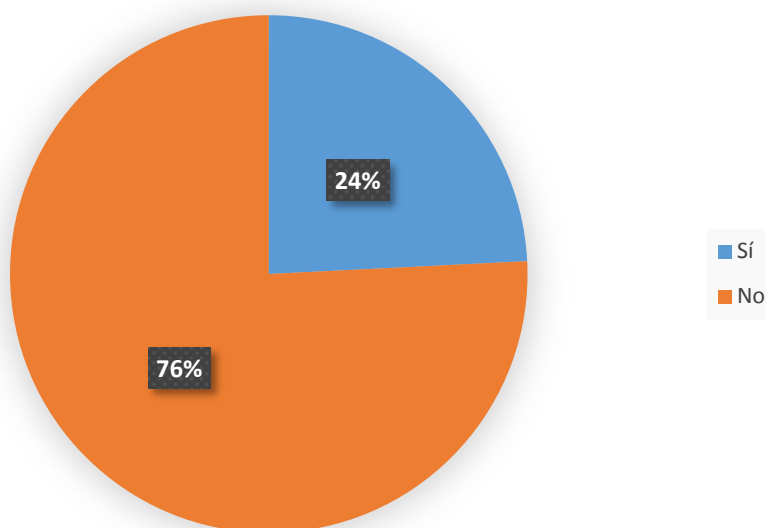


Figura 10 Práctica adecuada de la higiene de manos.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 72 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 76% del total plantean no practicar adecuadamente la higiene de manos y 23 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 24% del total plantean sí practicar adecuadamente la higiene de manos.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean no practicar adecuadamente la higiene de manos, debido a la falta de insumos y tiempo necesario.

7. ¿Cuántos pasos constituyen el lavado de manos?

Tabla 7

Pasos del lavado de manos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
5 pasos	0	0%
8 pasos	12	13%
12 pasos	38	40%
15 pasos	45	47%
Más de 15 pasos	0	0%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

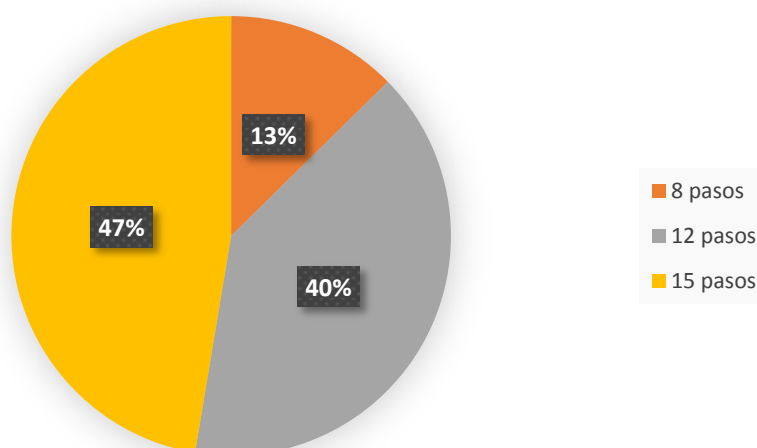


Figura 11 Pasos del lavado de manos.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 45 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 47% del total plantean que son 15 pasos los que constituyen el lavado de manos, 38 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 40% del total plantean que son 12 pasos los que constituyen el lavado de manos y 12 licenciados en enfermería del servicio de terapia

intensiva que representan el 13% del total plantean que son 8 pasos los que constituyen el lavado de manos.

De los resultados anteriores se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que son 15 pasos los que constituyen el lavado de manos, situación que denota falta de información al ser 12 pasos los que constituyen el lavado de manos.

8. ¿Cuál es la medida de jabón establecida por la OMS para el lavado de manos?

Tabla 8

Medida de jabón establecida por la OMS para el lavado de manos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2 ml	15	16%
2 a 3 ml	17	18%
3 a 5 ml	63	66%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

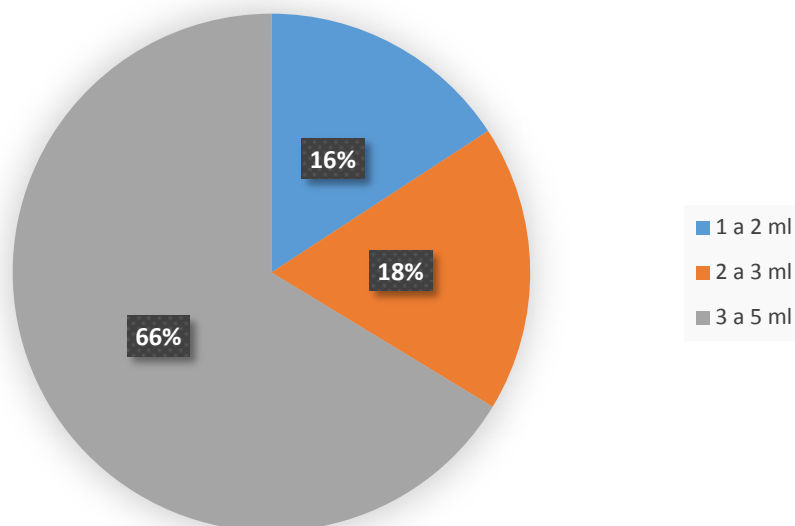


Figura 12 Medida de jabón establecida por la OMS para el lavado de manos

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 63 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 66% del total consideran que la medida de jabón establecida por la OMS para el lavado de manos es de 3 a 5 ml, 17 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 18% del total consideran que la medida de jabón establecida por la OMS para el lavado de manos es de 2 a 3 ml y 15 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 16% del total consideran que la medida de jabón establecida por la OMS para el lavado de manos es de 1 a 2 ml.

De los resultados mencionados se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados consideran que la medida de jabón establecida por la OMS para el lavado de manos es de 3 a 5 ml, sin embargo, la cantidad óptima para realizar la higiene de manos según la norma de la OMS es de 2 a 3 ml.

9. ¿Qué tiempo mínimo establecido por la OMS para el lavado de manos?

Tabla 9

Tiempo mínimo establecido por la OMS para el lavado de manos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
10 segundos	0	0%
20 segundos	54	57%
40 segundos	9	9%
Más de 60 segundos	32	34%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

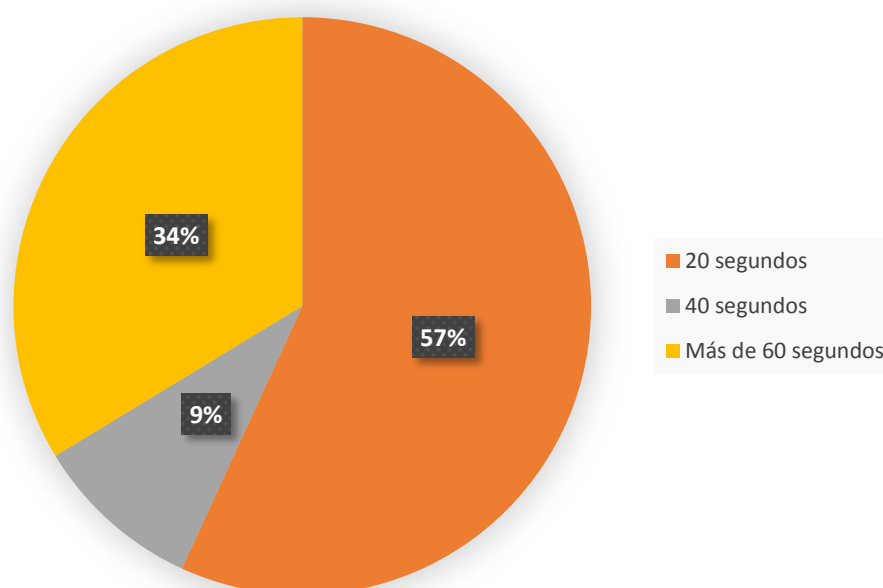


Figura 13 Tiempo mínimo establecido por la OMS para el lavado de manos.
Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 54 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 57% del total consideran que el tiempo establecido por la OMS para el lavado de manos es de 20 segundos, 32 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 34% del total consideran que el tiempo establecido por la OMS para el lavado de manos es de más de 60 segundos y 9 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 9% del total consideran que el tiempo establecido por la OMS para el lavado de manos es de 40 segundos.

De los resultados anteriores se desprende que la mayoría de los profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados consideran que el tiempo establecido por la OMS para el lavado de manos es de 20 segundos, sin embargo, el tiempo óptimo establecido para realizar la higiene de manos según la norma de la OMS es de 40 a 60 segundos.

10. ¿Utiliza regularmente un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos?

Tabla 10

Uso regular de un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	24	25%
No	71	75%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

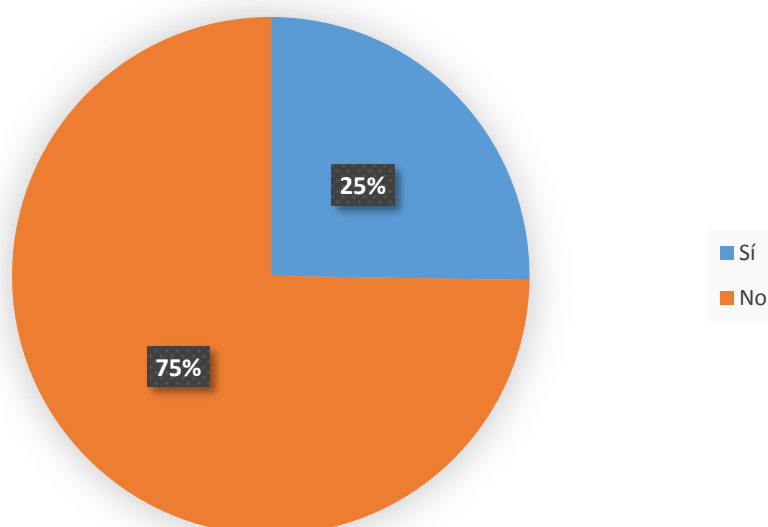


Figura 14 Uso regular de un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

Del total de 95 profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 71 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 75% del total no utilizan regularmente un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos y 24 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 25% del total sí utilizan regularmente un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados no utilizan regularmente un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos.

11. ¿En cuál de los siguientes casos utiliza un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos?

Tabla 11

Casos en los que se utiliza un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Antes del contacto con el paciente.	41	43%
Antes de un procedimiento limpio / aséptico	0	0%
Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.	30	32%
Después del contacto con el paciente.	16	17%
Después del contacto con el entorno del paciente.	8	8%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

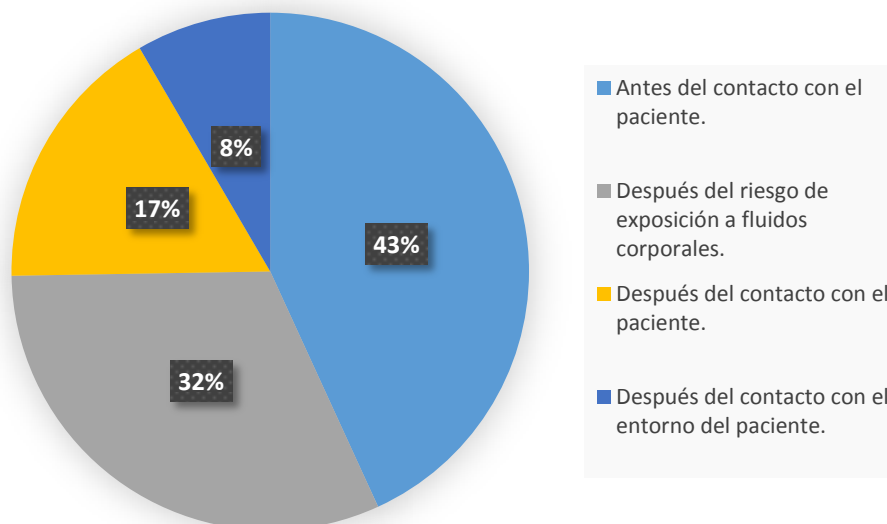


Figura 15 Casos en los que se utiliza un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

Del total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 41 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 43% del total utilizan un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos antes del contacto con el paciente, 30 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 32% del total utilizan un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales, 16 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 17% del total utilizan un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos después del contacto con el paciente y 8 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 8% del total utilizan un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos después del contacto con el entorno del paciente.

De los resultados mencionados se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados utilizan un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos antes del contacto con el paciente sin embargo cabe recalcar que un 32% menciona que utilizan después del riesgo a exposición de fluidos corporales, lo cual es **incorrecto** pues en caso de exposiciones a fluidos corporales es necesario el lavado de manos con agua y jabón.

12. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones sobre la fricción de manos con preparados de base alcohólica y el lavado de manos con agua y jabón son verdaderas?

Tabla 12

Consideraciones de la fricción de manos con preparados de base alcohólica y el lavado de manos con agua y jabón.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
La fricción es más rápida que el lavado de manos	21	22%
La fricción causa más sequedad de la piel que el lavado de manos.	30	32%
La fricción es más eficaz contra los gérmenes que el lavado de manos	36	38%
Se recomienda realizar el lavado y la fricción de manos de forma secuencial.	8	8%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

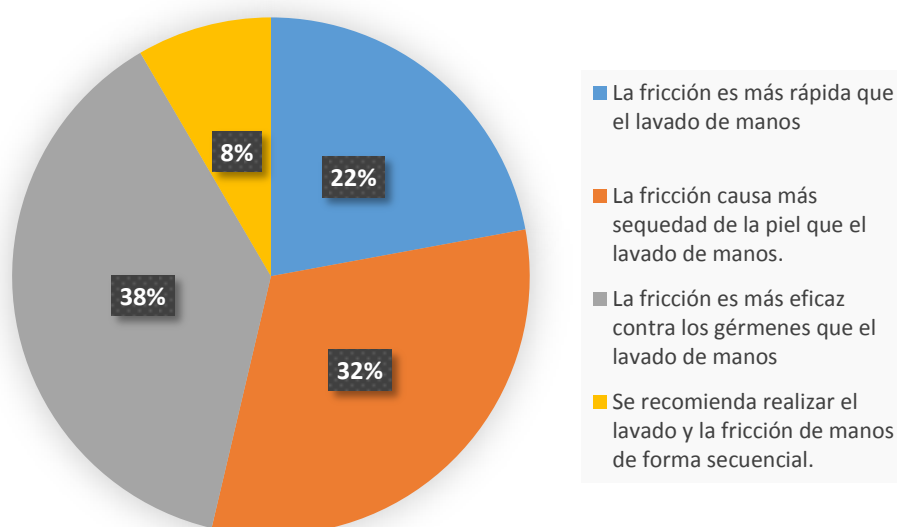


Figura 16 Consideraciones de la fricción de manos con preparados de base alcohólica y el lavado de manos con agua y jabón.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 36 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 38% del total consideran que la fricción es más eficaz contra los gérmenes que el lavado de manos, 30 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 32% del total consideran que la fricción causa más sequedad de la piel que el lavado de manos, 21 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 22% del total consideran que la fricción es más rápida que el lavado de manos y 8 licenciados en enfermería que representan el 8% del total recomiendan realizar el lavado y la fricción de manos de forma secuencial.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados consideran que la fricción es más eficaz contra los gérmenes que el lavado de manos, requiriendo menos tiempo de aplicación teniendo menor efecto deletéreo en la piel, aunque con desventajas como la mayor pérdida de hidratación de la piel e ineficiencia contra esporas. Sin embargo, el 32% menciona que la fricción con alcohol causa resequedad, lo cual según la OMS es incorrecto, siendo el lavado de manos el cual a la larga puede causar resequedad en las manos, evidenciándose un mito que provoca que los profesionales de enfermería no opten por la fricción de manos con alcohol.

13. ¿Cuál es el tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos?

Tabla 13

Tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
10 segundos	0	0%
20 segundos	51	54%
3 segundos	24	25%
1 minuto	20	21%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

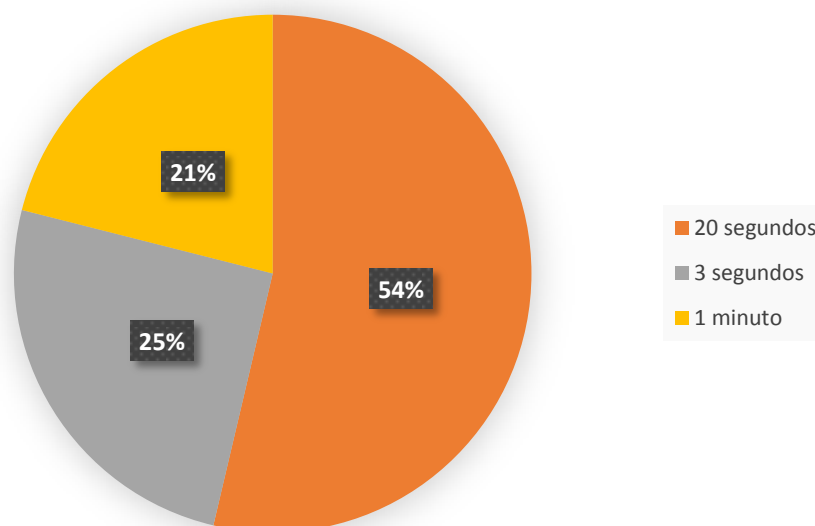


Figura 17 Tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 51 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el

54% del total plantean que el tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos es de 20 segundos, 24 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 25% del total plantean que el tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos es de 3 segundos y 20 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 21% del total plantean que el tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos es de 1 minuto.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que el tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos es de 20 segundos, información que evidencia que existe un conocimiento del tiempo necesario para dicha práctica.

14. ¿En caso de no realizar la higiene de manos, cuál de las siguientes es la causa?

Tabla 14

Causas de la no realización de la higiene de manos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Falta de insumos	46	48%
Exceso de trabajo	29	31%
Desconocimiento	0	0%
Trabajo bajo presión	20	21%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

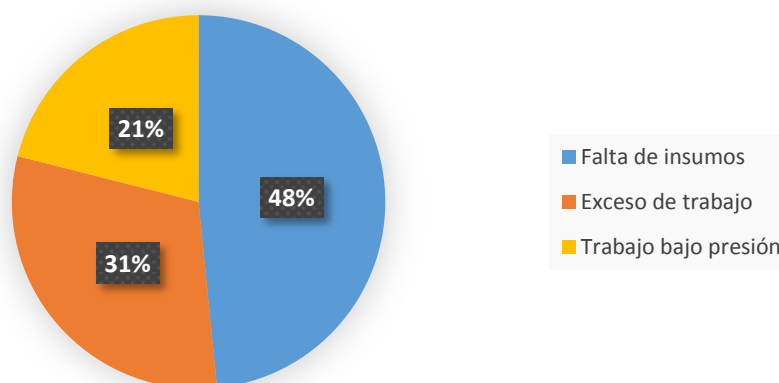


Figura 18 Causas de la no realización de la higiene de manos.
Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 46 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 48% del total afirman que la causa por la cual no realizan la higiene de manos está dada por la falta de insumos, 29 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 31% del total afirman que la causa por la cual no realizan la higiene de manos está dada por el exceso de trabajo y 20 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 21% del total afirman que la causa por la cual no realizan la higiene de manos está dada por el trabajo bajo presión.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados afirman que la causa por la cual no realizan la higiene de manos está dada por la falta de insumos, información que evidencia la necesidad de destinar un mayor número de recursos para asegurar una óptima higiene de las manos y por consecuencia un mejor desempeño profesional.

15. ¿Qué tipo de higiene de las manos se requiere en las siguientes situaciones?

Tabla 15

Tipo de higiene de las manos requerida antes de poner una inyección.

Antes de poner una inyección	Frecuencia	Porcentaje
Fricción	36	38%
Lavado	47	49%
Ninguno	12	13%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

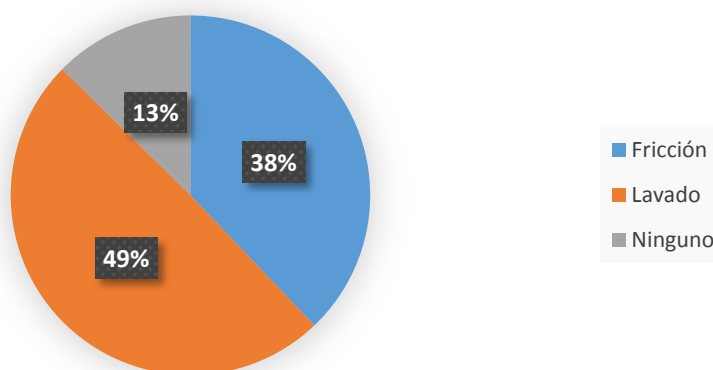


Figura 19 Tipo de higiene de las manos requerida antes de poner una inyección.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 47 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 49% del total plantean que antes de poner una inyección el tipo de higiene de las manos requerida es el lavado de manos, 36 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 38% del total plantean que antes de poner una inyección el tipo de higiene de las manos requerida es la fricción con una solución hidroalcohólica y 12 licenciados en enfermería del

servicio de terapia intensiva que representan el 13% del total plantean que antes de poner una inyección no es necesario higienizar las manos.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que antes de poner una inyección el tipo de higiene de las manos requerida es el lavado de manos.

Tabla 16

Tipo de higiene de las manos requerida después de vaciar una cuña.

Después de vaciar una cuña	Frecuencia	Porcentaje
Fricción	33	35%
Lavado	62	65%
Ninguno	0	0%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

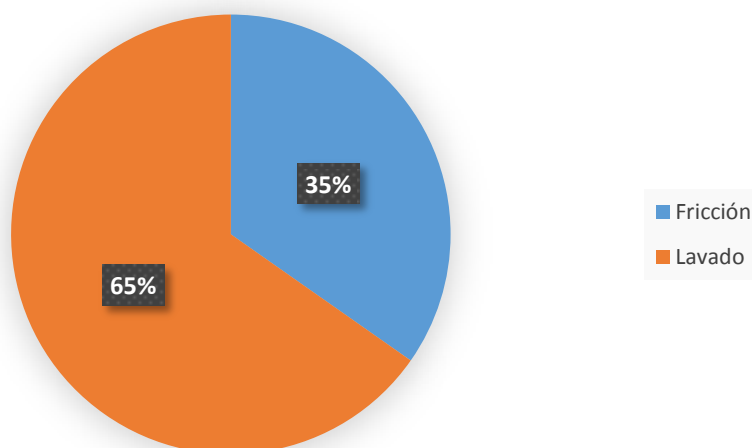


Figura 20 Tipo de higiene de las manos requerida después de vaciar una cuña.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 62 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el

65% del total plantean que el tipo de higiene de las manos requerida después de vaciar una cuña es el lavado de manos y 33 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 35% del total plantean que el tipo de higiene de las manos requerida después de vaciar una cuña requerida es la fricción con una solución hidroalcohólica.

Del resultado anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que el tipo de higiene de las manos requerida después de vaciar una cuña es el lavado de manos lo cual es correcto, cabe mencionar que la fricción de manos no es recomendable en estos casos, necesariamente debe ser el lavado de manos.

Tabla 17

Tipo de higiene de las manos requerida tras la exposición visible a la sangre.

Tras la exposición visible a la sangre	Frecuencia	Porcentaje
Fricción	23	24%
Lavado	72	76%
Ninguno	0	0%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

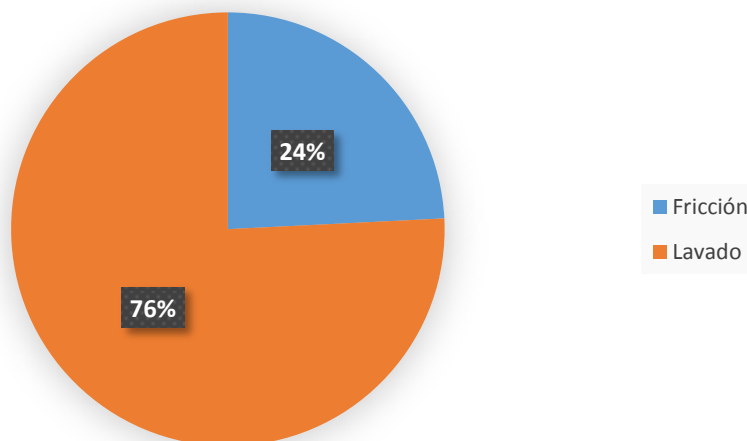


Figura 21 Tipo de higiene de las manos requerida tras la exposición visible a la sangre.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 72 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 76% del total plantean que el tipo de higiene de las manos requerida tras la exposición visible a la sangre es el lavado de manos y 23 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 24% del total plantean que el tipo de higiene de las manos requerida tras la exposición visible a la sangre es la fricción con una solución hidroalcohólica.

De los porcentajes anteriores se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que el tipo de higiene de las manos requerida tras la exposición visible a la sangre es el lavado de manos.

16. ¿Cuáles de los siguientes elementos o circunstancias deben evitarse, puesto que se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos?

Tabla 18

Elementos o circunstancias deben evitarse pues se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Uso de joyas	10	11%
Lesiones cutáneas	46	48%
Uñas postizas	8	8%
Uso regular de cremas de manos	31	33%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

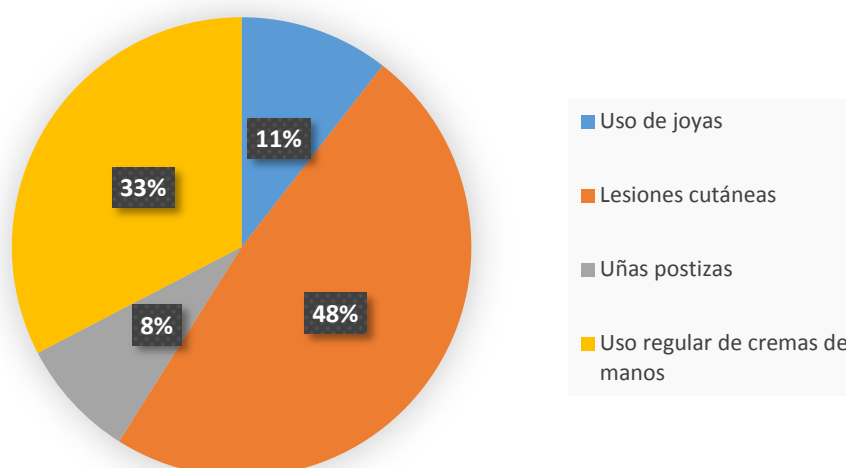


Figura 22 Elementos o circunstancias que deben evitarse pues se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 46 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 48% del total plantean que deben evitarse laborar con lesiones en las manos dado que las mismas se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos, 31 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 33% del total plantean que deben evitarse el uso regular de cremas en el desempeño laboral dado que las mismas se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos, 10 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 11% del total plantean que deben evitarse laborar con joyas en las manos dado que las mismas se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos y 8 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 8% del total plantean que deben evitarse laborar con uñas

postizas dado que las mismas se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que deben evitarse laborar con lesiones en las manos dado que las mismas se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos.

17. ¿Con qué frecuencia recibe capacitaciones sobre higiene de manos en el hospital?

Tabla 19

Frecuencia de capacitaciones sobre higiene de manos en el hospital.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
1 vez al mes	0	0%
1 vez cada tres meses	16	17%
1 vez cada seis meses	27	28%
1 cada año	52	55%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

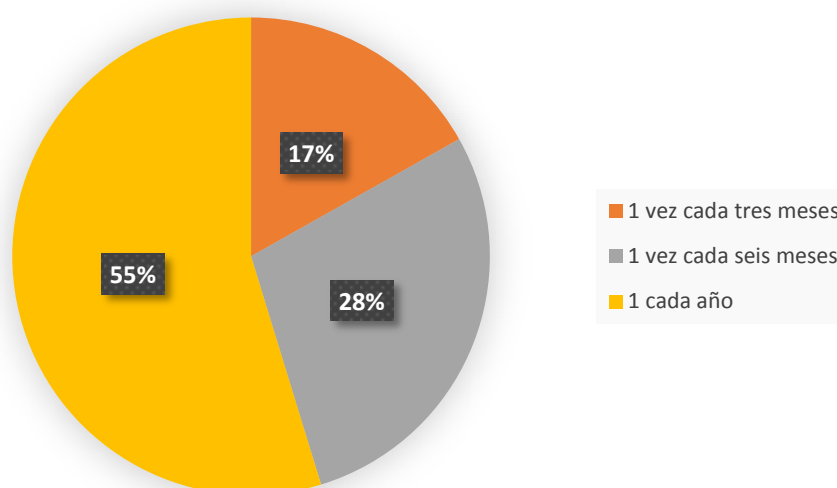


Figura 23 Frecuencia de capacitaciones sobre higiene de manos en el hospital.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 52 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 55% del total plantean recibir capacitaciones sobre higiene de manos en el hospital una vez al año, 27 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 28% del total plantean recibir capacitaciones sobre higiene de manos en el hospital una vez cada seis meses y 16 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 17% del total plantean recibir capacitaciones sobre higiene de manos en el hospital cada tres meses.

De los resultados mencionados se desprende que la mayoría de los licenciados del servicio de terapia intensiva en enfermería encuestados plantean recibir capacitaciones sobre higiene de manos en el hospital una vez al año.

18. ¿En las capacitaciones se han tomado en consideración sus opiniones acerca de los materiales e insumos faltantes?

Tabla 20

Consideración de opiniones acerca de los materiales e insumos faltantes en las capacitaciones.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	13	14%
No	82	86%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

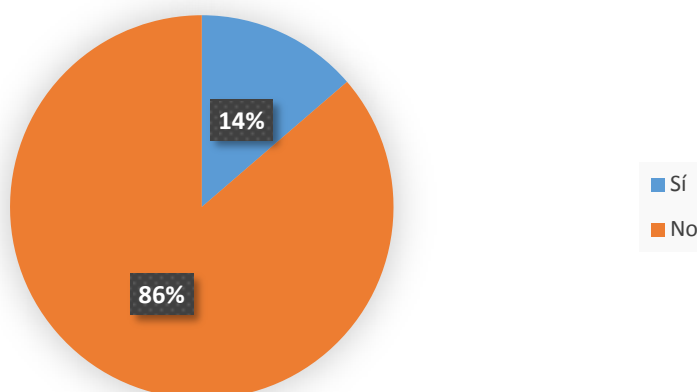


Figura 24 Consideración de opiniones acerca de los materiales e insumos faltantes en las capacitaciones.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 52 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 55% del total plantean que en las capacitaciones no se han tomado en consideración sus opiniones acerca de los materiales e insumos faltantes y 16 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 17% del total plantean que en las capacitaciones sí se han tomado en consideración sus opiniones acerca de los materiales e insumos faltantes.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que en las capacitaciones no se han tomado en consideración sus opiniones acerca de los materiales e insumos faltantes.

19. ¿Conoce usted el porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud que prevalece en el hospital?

Tabla 21

Conocimiento de porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud que prevalece en el hospital.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Sí	8	8%
No	87	92%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

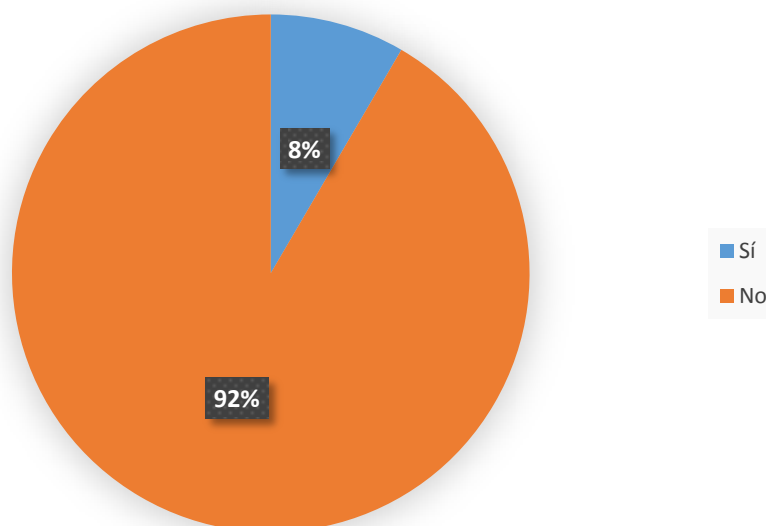


Figura 25 Conocimiento de porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud que prevalece en el hospital.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 87 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 92% del total desconocen el porcentaje de infecciones producto de la inadecuada higiene de manos que prevalece en el hospital y 8 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 8% del total sí

conocen el porcentaje de infecciones producto de la inadecuada higiene de manos que prevalece en el hospital.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados desconocen el porcentaje de infecciones asociadas a la atención en salud que prevalece en el hospital.

20. ¿Con qué frecuencia supervisan la higiene de manos en el hospital?

Tabla 22

Frecuencia de supervisión de la higiene de manos en el hospital.

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0%
Casi siempre	42	44%
Rara vez	53	56%
Nunca	0	0%
Total	95	100%

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

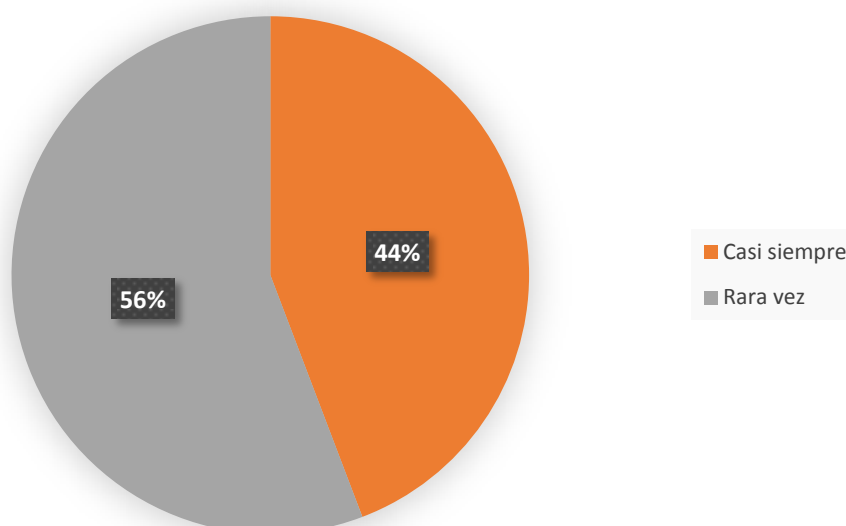


Figura 26 Frecuencia de supervisión de la higiene de manos en el hospital.

Nota: Encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 95 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM” encuestados, 53 licenciados en enfermería que representan el 56% del total plantean que rara vez supervisan la higiene de manos en el hospital y 42 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva que representan el 44% del total plantean que casi siempre supervisan la higiene de manos en el hospital.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva encuestados plantean que rara vez supervisan la higiene de manos en el hospital.

4.2 Check list dirigido a los profesionales de enfermería del “Hospital Carlos Andrade Marín HCAM”

La herramienta check list fue aplicada en la presente investigación con el objetivo de garantizar un conocimiento sistemático y pormenorizado de las normas en el uso de la higiene de manos por parte del personal médico, específicamente los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del Hospital Carlos Andrade Marín HCAM.

A través de esta herramienta se logró una información detallada, pormenorizada y de primera a ser contrastada con los hallazgos metodológicos revelados en el marco teórico.

1. Lavado de manos antes del contacto con el paciente.

Tabla 23

Lavado de manos antes del contacto con el paciente.

Mojar las manos		Usa jabón de 2 a 3 ml o 1 splash		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palma		Enjuague de manos		Secado de manos		Cierre de llave		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
90	0	75	15	90	0	90	0	90	0	80	10	85	5	85	5	90	0	90	0	90	0	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

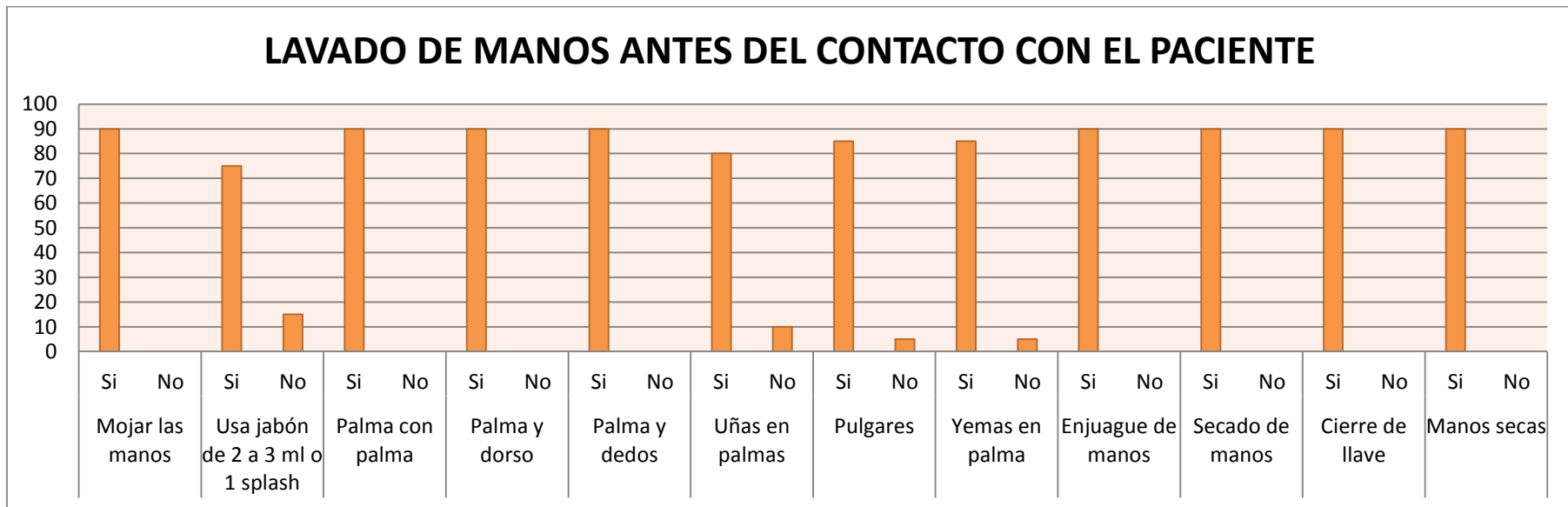


Figura 27 Lavado de manos antes del contacto con el paciente.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

Del total de 90 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los 12 pasos del lavado de manos, 90 plantean que sí mojaron sus manos en el primer paso, 75 plantearon que sí utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash mientras que 15 no utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash en el segundo paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma en el tercer paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dorso en el cuarto paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dedos en el quinto paso, 80 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 10 plantearon que no se frotaron uñas en palma en el sexto paso, 85 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 5 plantean que no se frotaron los pulgares en el séptimo paso, 85 plantearon que sí se frotaron las yemas en las palmas mientras que 5 plantean que no se frotaron las yemas en las palmas en el octavo paso, 90 plantean que sí se secaron las manos en el décimo paso, 90 plantean que sí cerraron la llave en el onceavo paso y 90 plantean que sí se secaron las manos en el doceavo paso.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos del lavado de manos antes del contacto con el paciente presentándose falencias en la cantidad de jabón utilizado, en el paso en el que se frota las uñas contra las palmas y las yemas contra las palmas.

2. Lavado de manos antes de un procedimiento limpio/aséptico.

Tabla 24

Lavado de manos antes de un procedimiento limpio/aséptico.

Mojar las manos		Usa jabón de 2 a 3 ml o 1 splash		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palma		Enjuague de manos		Secado de manos		Cierre de llave		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
90	0	80	10	90	0	90	0	90	0	85	5	85	5	85	5	90	0	90	0	90	0	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

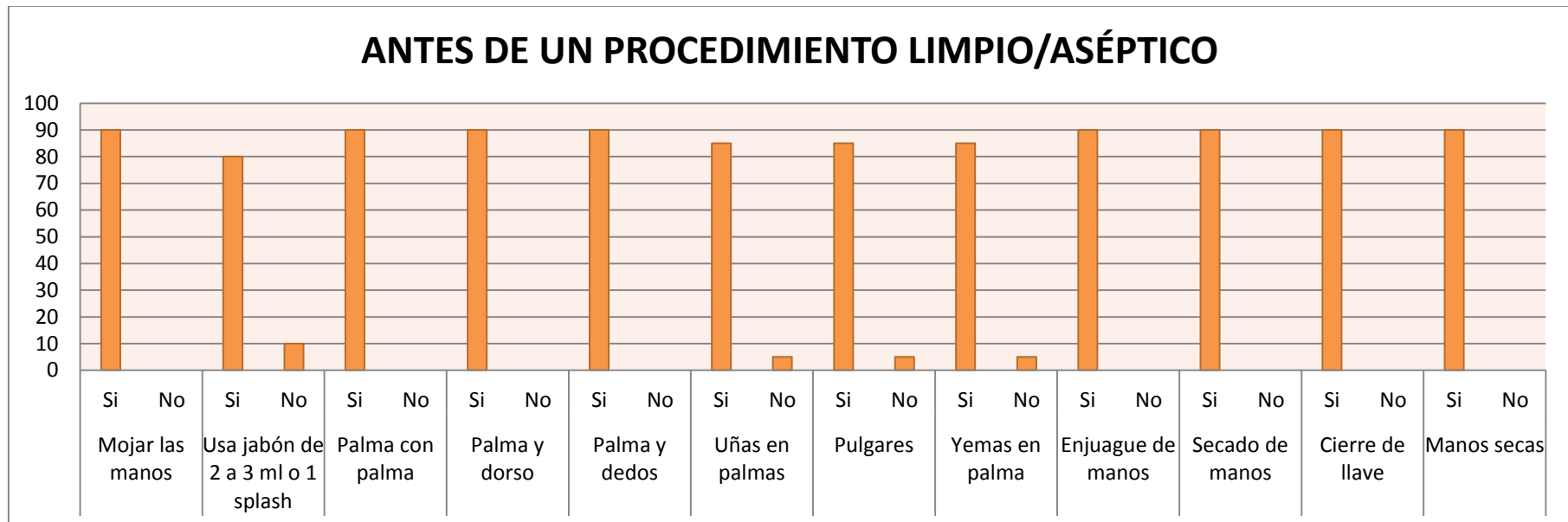


Figura 28 Lavado de manos antes de un procedimiento limpio/aséptico.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los 12 pasos del lavado de manos, 90 plantean que sí mojaron sus manos en el primer paso, 80 plantearon que sí utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash mientras que 10 no utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash en el segundo paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma en el tercer paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dorso en el cuarto paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dedos en el quinto paso, 85 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 5 plantearon que no se frotaron uñas en palma en el sexto paso, 85 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 5 plantean que no se frotaron los pulgares en el séptimo paso, 85 plantearon que sí se frotaron las yemas en las palmas mientras que 5 plantean que no se frotaron las yemas en las palmas en el octavo paso, 90 plantean que sí se secaron las manos en el décimo paso, 90 plantean que sí cerraron la llave en el onceavo paso y 90 plantean que sí se secaron las manos en el doceavo paso.

Del resultado anterior mencionado se desprende que la mayoría de los licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos del lavado de manos antes de un procedimiento limpio/aséptico presentándose falencias en la cantidad de jabón utilizado, en el paso en el que se frota las uñas contra las palmas, frotación de pulgares y las yemas contra las palmas.

3. Lavado de manos después de riesgo de exposición a fluidos corporales.

Tabla 25

Lavado de manos después de riesgo de exposición a fluidos corporales.

Mojar las manos		Usa jabón de 2 a 3 ml o 1 splash		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palma		Enjuague de manos		Secado de manos		Cierre de llave		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
90	0	75	15	90	0	90	0	90	0	70	30	75	15	70	20	90	0	90	0	90	0	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

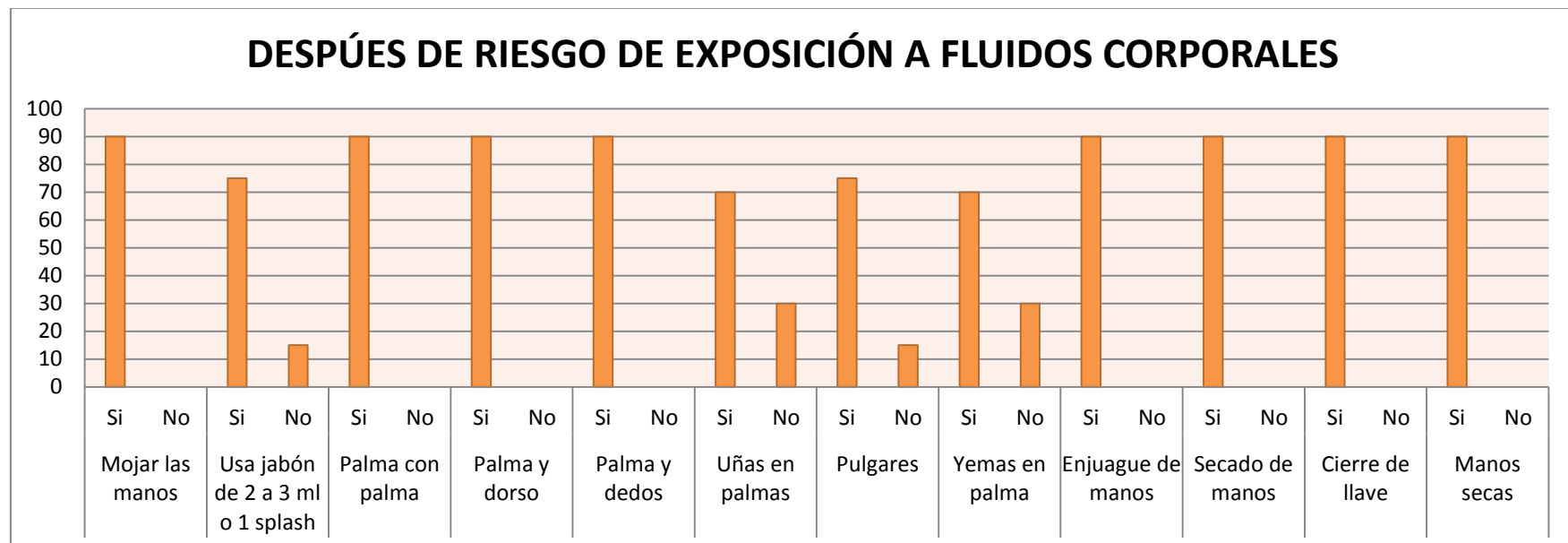


Figura 29 Lavado de manos después de riesgo de exposición a fluidos corporales.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 90 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los 12 pasos del lavado de manos, 90 plantean que sí mojaron sus manos en el primer paso, 75 plantearon que sí utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash mientras que 15 no utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash en el segundo paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma en el tercer paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dorso en el cuarto paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dedos en el quinto paso, 70 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 20 plantearon que no se frotaron uñas en palma en el sexto paso, 75 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 15 plantean que no se frotaron los pulgares en el séptimo paso, 70 plantearon que sí se frotaron las yemas en las palmas mientras que 30 plantean que no se frotaron las yemas en las palmas en el octavo paso, 90 plantean que sí se secaron las manos en el décimo paso, 90 plantean que sí cerraron la llave en el onceavo paso y 90 plantean que sí se secaron las manos en el doceavo paso.

Del porcentaje anterior se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos del lavado de manos después de riesgo de exposición a fluidos corporales presentándose falencias en la cantidad de jabón utilizado, en el paso en el que se frotan las uñas contra las palmas, frotación de pulgares y las yemas contra las palmas.

4. Lavado de manos después del contacto con el paciente.

Tabla 26

Lavado de manos después del contacto con el paciente.

Mojar las manos		Usa jabón de 2 a 3 ml o 1 splash		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palma		Enjuague de manos		Secado de manos		Cierre de llave		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
90	0	60	30	90	0	90	0	90	0	75	15	65	25	70	20	90	0	90	0	90	0	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

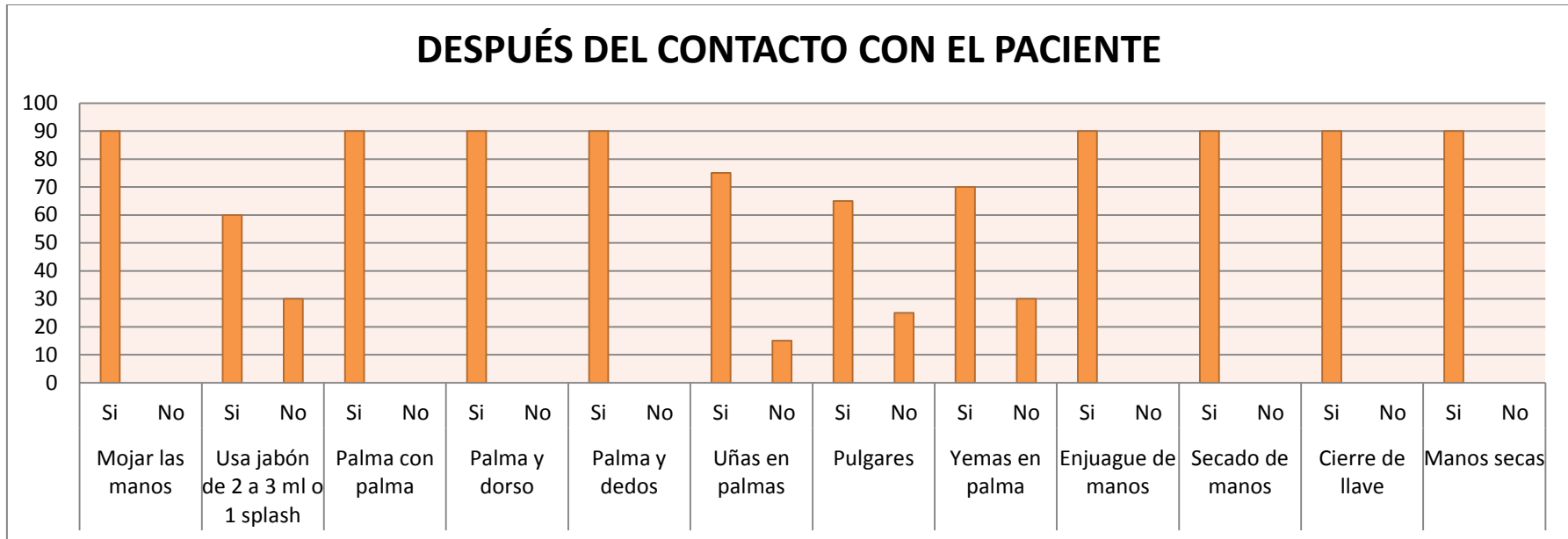


Figura 30 Lavado de manos después del contacto con el paciente.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 90 licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los 12 pasos del lavado de manos, 90 plantean que sí mojaron sus manos en el primer paso, 60 plantearon que sí utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash mientras que 30 no utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash en el segundo paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma en el tercer paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dorso en el cuarto paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dedos en el quinto paso, 75 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 15 plantearon que no se frotaron uñas en palma en el sexto paso, 65 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 25 plantean que no se frotaron los pulgares en el séptimo paso, 70 plantearon que sí se frotaron las yemas en las palmas mientras que 20 plantean que no se frotaron las yemas en las palmas en el octavo paso, 90 plantean que sí se secaron las manos en el décimo paso, 90 plantean que sí cerraron la llave en el onceavo paso y 90 plantean que sí se secaron las manos en el doceavo paso.

De los resultados mencionados se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos del lavado de manos después del contacto con el paciente presentándose falencias en la cantidad de jabón utilizado, en el paso en el que se frota las uñas contra las palmas, frotación de pulgares y las yemas contra las palmas.

5. Lavado de manos después del contacto con el entorno del paciente.

Tabla 27

Lavado de manos después del contacto con el entorno del paciente.

Mojar las manos		Usa jabón de 2 a 3 ml o 1 splash		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palma		Enjuague de manos		Secado de manos		Cierre de llave		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
90	0	50	40	90	0	90	0	70	30	65	25	60	30	75	15	90	0	90	0	90	0	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM



Figura 31 Lavado de manos después del contacto con el entorno del paciente.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los 12 pasos del lavado de manos, 90 plantean que sí mojaron sus manos en el primer paso, 50 plantearon que sí utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash mientras que 40 no utilizaron el jabón de 2 a 3 ml o un splash en el segundo paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma en el tercer paso, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dorso en el cuarto paso, 70 plantearon que sí se frotaron palma y dedos mientras que 20 plantearon que no se frotaron palma y dedos en el quinto paso, 65 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 25 plantearon que no se frotaron uñas y palmas en el sexto paso, 60 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 30 plantean que no se frotaron los pulgares en el séptimo paso, 75 plantearon que sí se frotaron las yemas en las palmas mientras que 15 plantean que no se frotaron las yemas en las palmas en el octavo paso, 90 plantean que sí se secaron las manos en el décimo paso, 90 plantean que sí cerraron la llave en el onceavo paso y 90 plantean que sí se secaron las manos en el doceavo paso.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos del lavado de manos después del contacto con el entorno del paciente presentándose falencias en la cantidad de jabón utilizado, en el paso en el que se frota las palmas y dedos, uñas contra las palmas, frotación de pulgares y las yemas contra las palmas.

6. Fricción con una solución alcohólica antes del contacto con el paciente.

Tabla 28

Fricción con una solución alcohólica antes del contacto con el paciente.

Suficiente dosis		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palmas		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
65	25	90	0	90	0	85	5	85	5	85	5	85	5	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

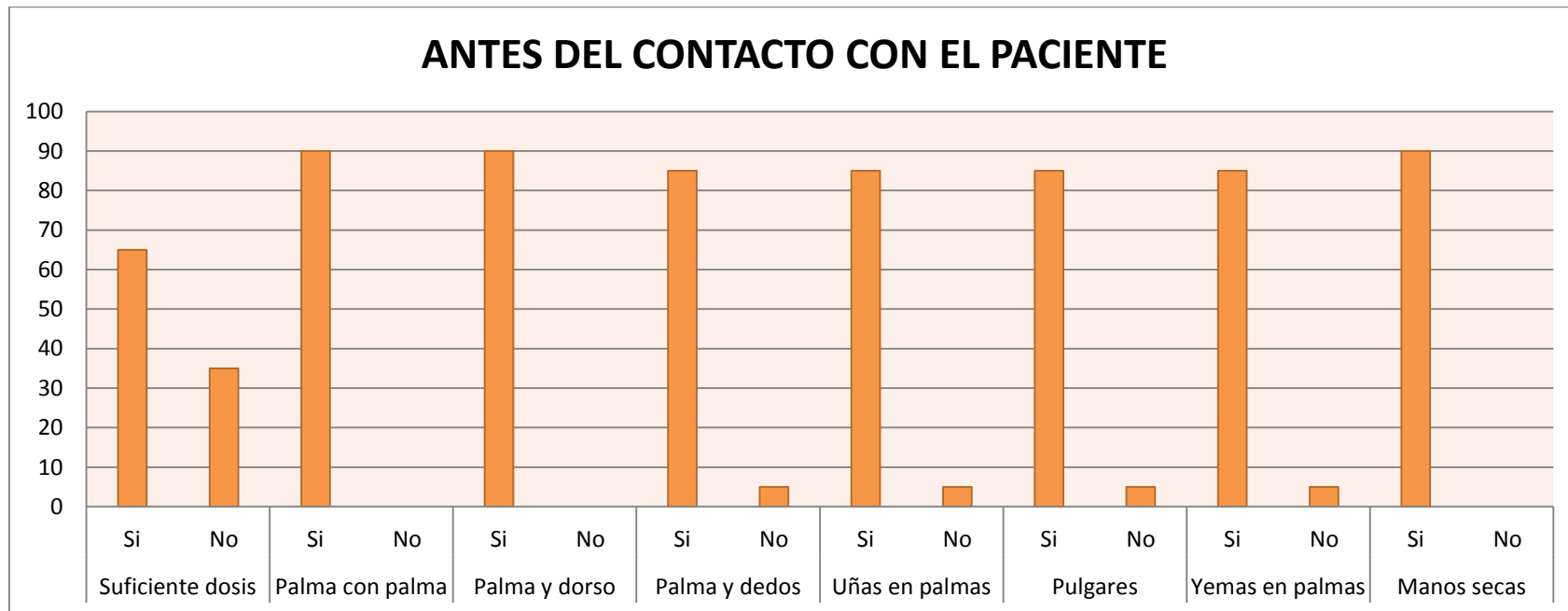


Figura 32 Fricción con una solución alcohólica antes del contacto con el paciente.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 90 profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los pasos de la aplicación de solución alcohólica, 65 plantearon que no había suficiente dosis de solución alcohólica mientras que 25 plantearon que la dosis existente era suficiente, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dorso, 85 plantearon que sí se frotaron palma y dedos mientras que 5 plantearon que no se frotaron palma y dedos, 85 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 5 plantearon que no se frotaron uñas y palmas, 85 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 5 plantean que no se frotaron los pulgares, 90 plantean que sí se secaron las manos.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos de la fricción con una solución alcohólica antes del contacto con el paciente presentándose falencias en dosis de la solución alcohólica utilizada, en el paso en el que se frotan las palmas y dedos, uñas contra las palmas, frotación de pulgares y las yemas contra las palmas.

7. Fricción con una solución alcohólica antes de un procedimiento limpio/aséptico.

Tabla 29

Fricción con una solución alcohólica antes de un procedimiento limpio/aséptico.

Suficiente dosis		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palmas		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
70	20	90	0	90	0	85	5	85	5	85	5	90	0	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

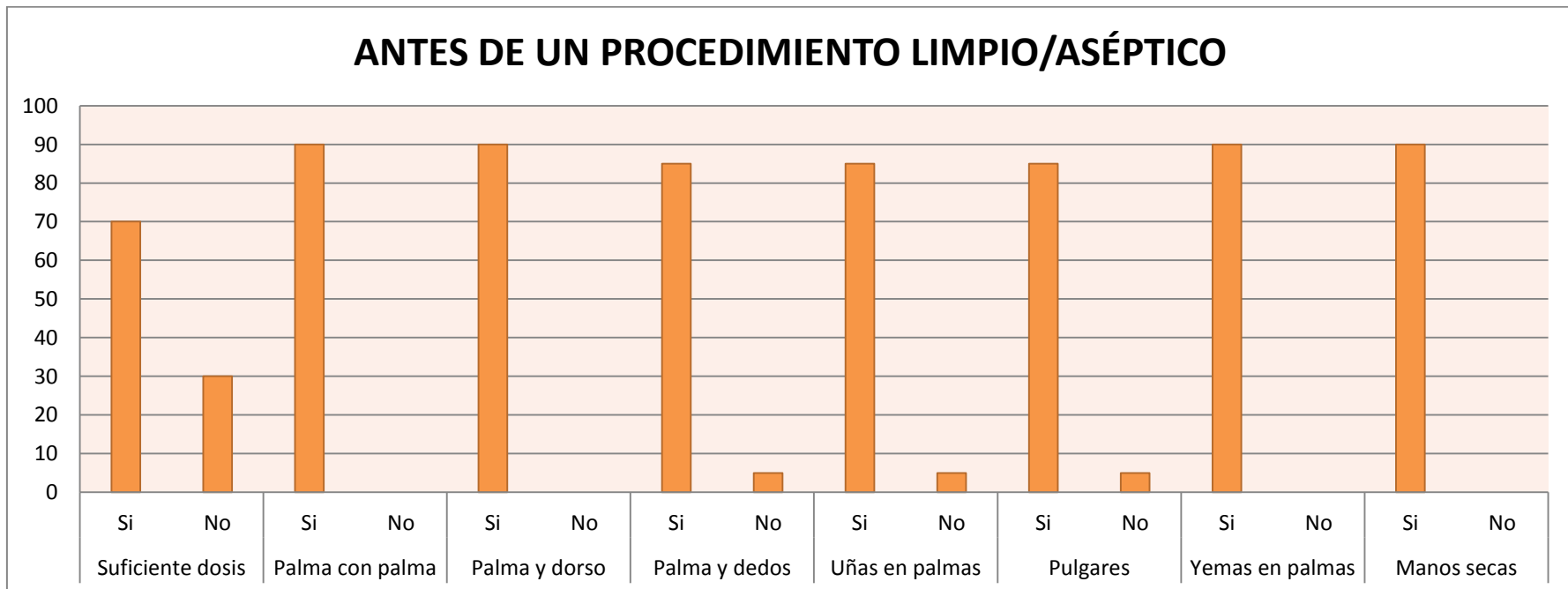


Figura 33 Fricción con una solución alcohólica antes de un procedimiento limpio/aséptico.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

Del total de 90 profesionales en enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los pasos de la aplicación de solución alcohólica, 70 plantearon que no había suficiente dosis de solución alcohólica mientras que 20 plantearon que la dosis existente era suficiente, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dorso, 85 plantearon que sí se frotaron palma y dedos mientras que 5 plantearon que no se frotaron palma y dedos, 85 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 5 plantearon que no se frotaron uñas y palmas, 85 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 5 plantean que no se frotaron los pulgares, 90 plantean que sí se secaron las manos.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos de la fricción de una solución alcohólica antes de un procedimiento limpio/aséptico presentándose falencias en dosis de la solución alcohólica utilizada, en el paso en el que se frota las palmas y dedos, uñas contra las palmas, frotación de pulgares y las yemas contra las palmas.

8. Fricción con una solución alcohólica después del riesgo de exposición a fluidos corporales.

Tabla 30

Fricción con una solución alcohólica después del riesgo de exposición a fluidos corporales.

Suficiente dosis		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palmas		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
70	20	90	0	90	0	85	5	80	10	80	10	80	10	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

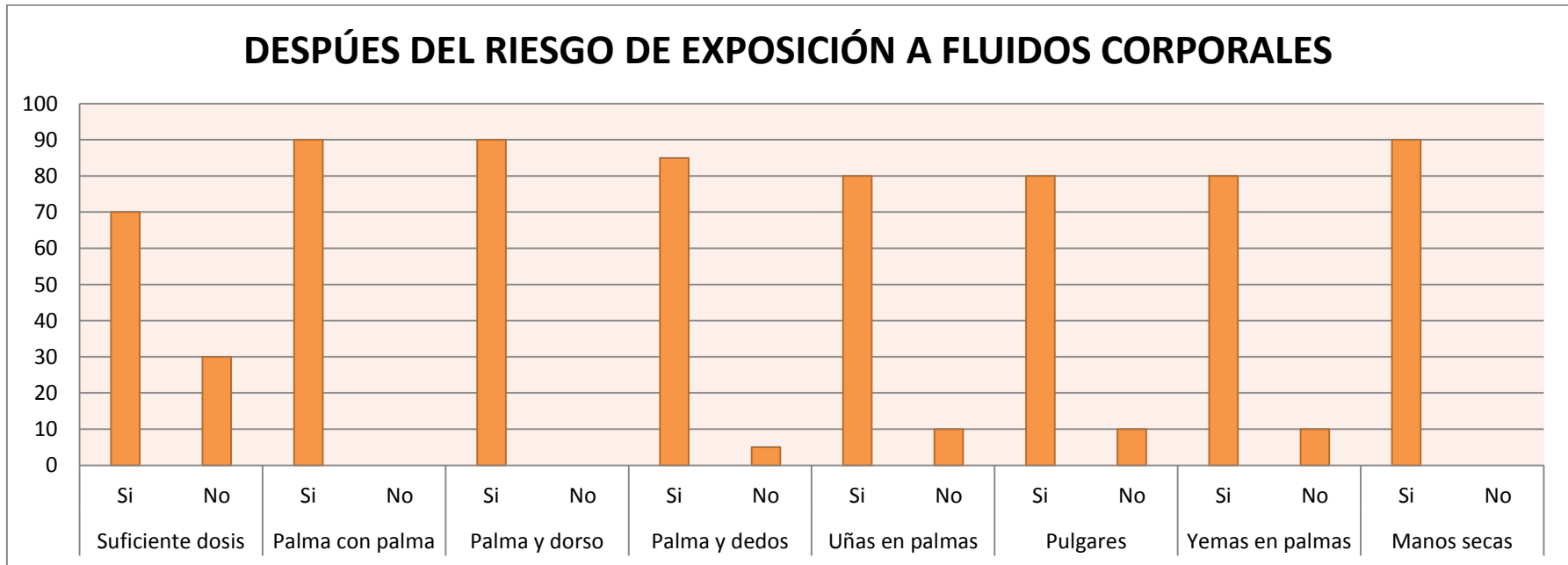


Figura 34 Fricción con una solución alcohólica después del riesgo de exposición a fluidos corporales.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 90 profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los pasos de la aplicación de solución alcohólica, 70 plantearon que no había suficiente dosis de solución alcohólica mientras que 20 plantearon que la dosis existente era suficiente, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dorso, 85 plantearon que sí se frotaron palma y dedos mientras que 5 plantearon que no se frotaron palma y dedos, 80 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 10 plantearon que no se frotaron uñas y palmas, 80 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 10 plantean que no se frotaron los pulgares, 90 plantean que sí se secaron las manos.

De los resultados mencionados se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos de la aplicación de una solución alcohólica después del riesgo de exposición a fluidos corporales presentándose falencias en dosis de la solución alcohólica utilizada, en el paso en el que se frota las palmas y dedos, uñas contra las palmas, frotación de pulgares y las yemas contra las palmas.

9. Fricción con una solución alcohólica después del contacto con el paciente.

Tabla 31

Fricción con una solución alcohólica después del contacto con el paciente.

Suficiente dosis		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palmas		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
70	20	90	0	90	0	80	10	80	10	85	5	90	0	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

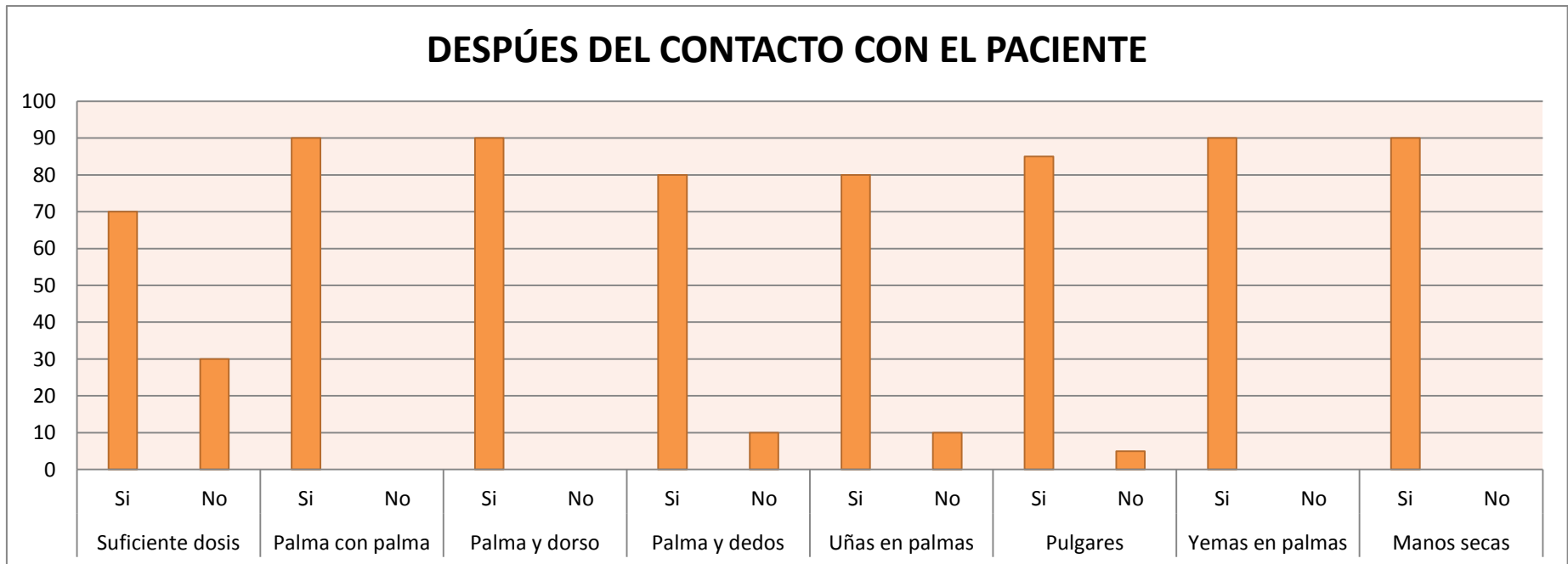


Figura 35 Fricción con una solución alcohólica después del contacto con el paciente.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 90 profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los pasos de la aplicación de solución alcohólica, 70 plantearon que no había suficiente dosis de solución alcohólica mientras que 20 plantearon que la dosis existente era suficiente, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma, 90 plantearon que sí se frotaron palma y dorso, 80 plantearon que sí se frotaron palma y dedos mientras que 10 plantearon que no se frotaron palma y dedos, 80 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 10 plantearon que no se frotaron uñas y palmas, 85 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 5 plantean que no se frotaron los pulgares, 90 plantean que sí se secaron las manos.

Del porcentaje anterior se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos de la aplicación de una solución alcohólica después del contacto con el paciente presentándose falencias en dosis de la solución alcohólica utilizada, en el paso en el que se frotan las palmas y dedos, uñas contra las palmas, frotación de pulgares y las yemas contra las palmas.

10. Fricción con una solución alcohólica después del contacto con el entorno del paciente.

Tabla 32

Fricción con una solución alcohólica después del contacto con el entorno del paciente.

Suficiente dosis		Palma con palma		Palma y dorso		Palma y dedos		Uñas en palmas		Pulgares		Yemas en palmas		Manos secas	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
70	20	90	0	80	10	80	10	80	10	80	10	85	5	90	0

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

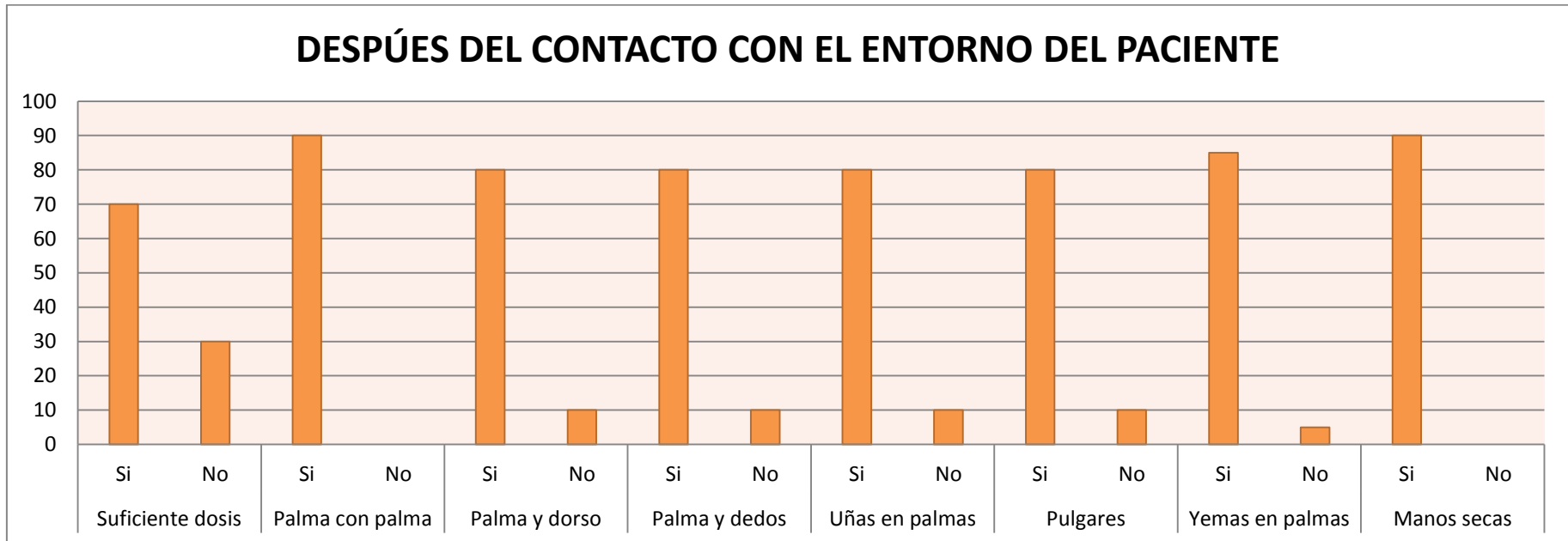


Figura 36 Fricción con una solución alcohólica después del contacto con el entorno del paciente.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño durante los pasos de la aplicación de solución alcohólica, 70 plantearon que no había suficiente dosis de solución alcohólica mientras que 20 plantearon que la dosis existente era suficiente, 90 plantearon que sí se frotaron palma contra palma, 80 plantearon que sí se frotaron palma y dorso mientras que 10 no se frotaron la palma y dorso, 80 plantearon que sí se frotaron palma y dedos mientras que 10 plantearon que no se frotaron palma y dedos, 80 plantearon que sí se frotaron uñas en palma mientras que 10 plantearon que no se frotaron uñas y palmas, 80 plantearon que sí se frotaron los pulgares mientras que 10 plantean que no se frotaron los pulgares, 90 plantean que sí se secaron las manos.

De los resultados mencionados se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados cumplieron con los pasos de la aplicación de una solución alcohólica después del contacto con el entorno del paciente presentándose falencias en dosis de la solución alcohólica utilizada, en el paso en el que se frota las palmas y dedos, uñas contra las palmas, frotación de pulgares y las yemas contra las palmas.

11. Tiempo de lavado de manos.

Tabla 33

Tiempo de lavado de manos.

ALTERNATIVA	10 A 20 S	20 A 30S	30 A 40 S	40 A 60 S
Antes del contacto con el paciente	30	30	10	20
Antes de un procedimiento limpio / aséptico	30	30	15	15
Después del riesgo de exposición a fluidos corporales	15	40	10	25
Después del contacto con el paciente	15	35	10	30
Después del contacto con el entorno del paciente	10	35	20	25

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

TIEMPO DE LAVADO DE MANOS

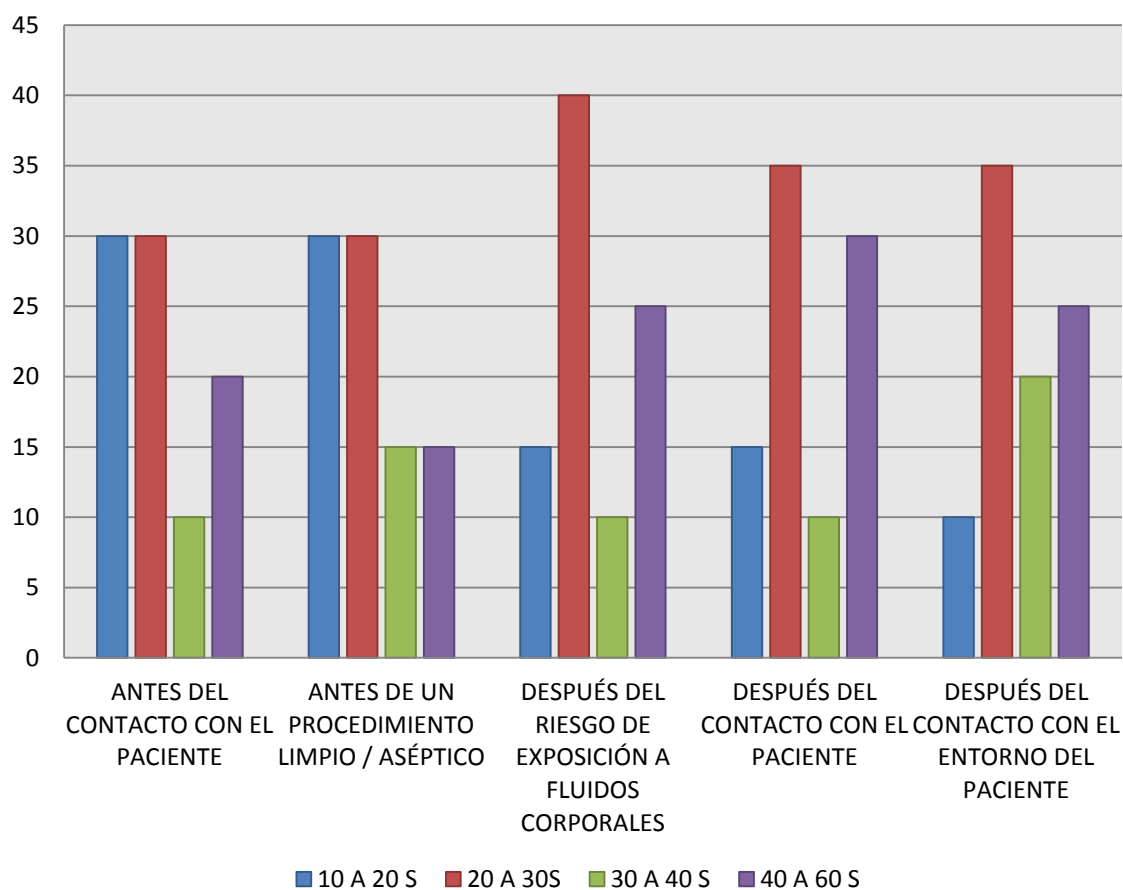


Figura 37 Tiempo de lavado de manos.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De un total de 90 profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño del tiempo de lavado de manos antes del contacto con el paciente, 30 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 20 segundos, 30 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 30 segundos, 20 plantean que lo realizan en un periodo de 40 a 60 segundos y 10 plantean que lo realizan en un periodo de 30 a 40 segundos; mientras que del total de licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño del tiempo de lavado de manos antes de un procedimiento limpio/aséptico, 30 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 20 segundos, 30 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 30 segundos, 15 plantean que lo realizan en un periodo de 40 a 60 segundos y 15 plantean que lo realizan en un periodo de 30 a 40 segundos; mientras que del total de licenciados en enfermería encuestados en su desempeño del tiempo de lavado de manos después del riesgo de exposición a fluidos corporales, 40 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 30 segundos, 25 plantean que lo realizan en un periodo de 40 a 60 segundos, 15 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 20 segundos y 10 plantean que lo realizan en un periodo de 30 a 40 segundos; mientras que del total de licenciados en enfermería encuestados en su desempeño del tiempo de lavado de manos después del contacto con el paciente, 35 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 30 segundos, 30 plantean que lo realizan en un periodo de 40 a 60 segundos, 15 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 20 segundos y 10 plantean que lo realizan en un periodo de 30 a 40 segundos; finalmente del total de licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño del tiempo de lavado de manos después del contacto con el entorno del paciente, 35 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 30 segundos, 25 plantean que lo realizan en un periodo de 40 a 60 segundos, 20 plantean que lo realizan en un periodo de 30 a 40 segundos y 10 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 20 segundos.

De la información anterior se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño del tiempo de lavado de manos antes del contacto con el paciente, de un procedimiento limpio/aséptico, después de un riesgo de exposición a fluidos corporales, del contacto con el paciente o con el entorno del paciente no aplican el suficiente tiempo de lavado de manos el cual fluctúa entre 40 a 60 segundos.

12. Tiempo de fricción mecánica por alcohol.

Tabla 34

Tiempo de fricción mecánica por alcohol.

ALTERNATIVA	10 A 15 S	15 A 20S	20 A 25 S	25 A 30 S
Antes del contacto con el paciente	30	20	15	25
Antes de un procedimiento limpio / aséptico	25	35	10	20
Después del riesgo de exposición a fluidos corporales	15	35	10	30
Después del contacto con el paciente	10	25	20	35
Después del contacto con el entorno del paciente	15	25	20	30

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

TIEMPO DE FRICCIÓN MECÁNICA POR ALCOHOL

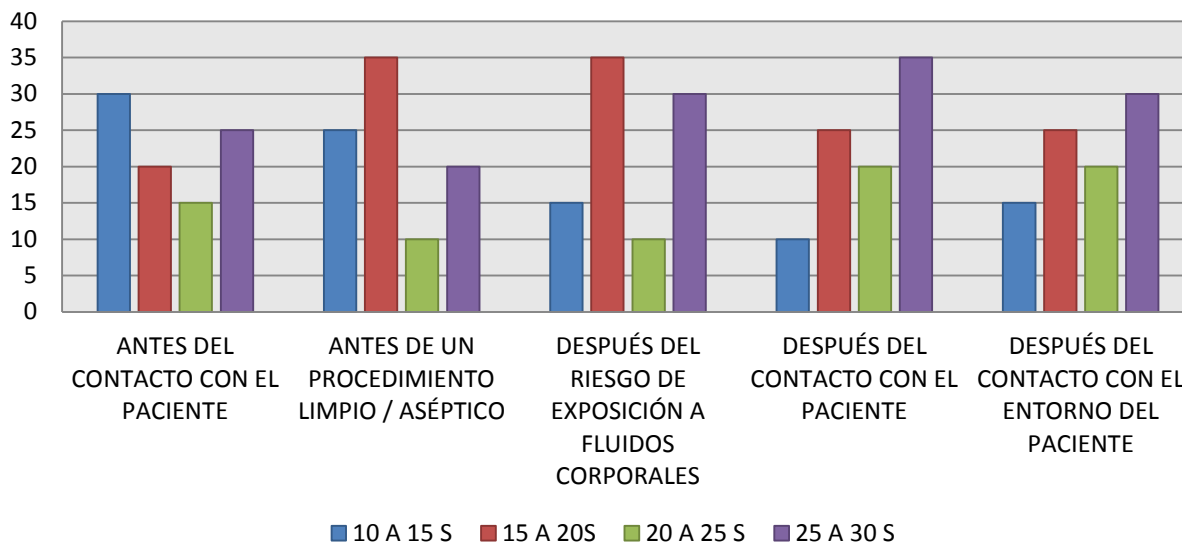


Figura 38 Tiempo de fricción mecánica por alcohol.

Nota: Check list aplicado a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM

Análisis e interpretación:

De la totalidad de profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño del tiempo de fricción mecánica por alcohol antes del contacto con el paciente, 30 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 15 segundos, 25 plantean que lo realizan en un periodo de 25 a 30 segundos, 20 plantean que lo realizan en un periodo de 15 a 20 segundos y 15 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 25 segundos; mientras que del total de licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño del tiempo de fricción mecánica por alcohol antes de un procedimiento limpio/aséptico, 35 plantean que lo realizan en un periodo de 15 a 20 segundos, 25 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 15 segundos, 20 plantean que lo realizan en un periodo de 25 a 30 segundos y 10 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 25 segundos; mientras que del total de licenciados en enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño del tiempo de fricción mecánica por alcohol después del riesgo de exposición a fluidos corporales, 35 plantean que lo realizan en un periodo de 15 a 20 segundos, 30 plantean que lo realizan en un

periodo de 25 a 30 segundos, 15 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 15 segundos y 10 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 25 segundos; mientras que del total de licenciados en enfermería encuestados en su desempeño del tiempo de fricción mecánica por alcohol después del contacto con el paciente, 35 plantean que lo realizan en un periodo de 25 a 30 segundos, 25 plantean que lo realizan en un periodo de 15 a 20 segundos, 20 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 25 segundos y 10 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 15 segundos; finalmente del total de licenciados en enfermería encuestados en su desempeño del tiempo de fricción mecánica por alcohol después del contacto con el entorno del paciente, 30 plantean que lo realizan en un periodo de 25 a 30 segundos, 25 plantean que lo realizan en un periodo de 15 a 20 segundos, 20 plantean que lo realizan en un periodo de 20 a 25 segundos y 15 plantean que lo realizan en un periodo de 10 a 15 segundos.

De los resultados mencionados se desprende que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva observados en su desempeño del tiempo de fricción mecánica por alcohol antes del contacto con el paciente, de un procedimiento limpio/aséptico, no aplican el suficiente tiempo de fricción mecánica por alcohol el cual es de 20 a 30 segundos, después de un riesgo de exposición a fluidos corporales, realizan la fricción de manos con solución alcohólica, lo cual no es permitido por la OMS, siendo necesario e imprescindible el lavado de manos, por otra parte es de señalar que después del contacto con el paciente o con el entorno del paciente la mayoría de profesionales de enfermería si realizan la fricción en el rango de 20 a 30 segundos, lo cual es correcto.

4.3 Principales hallazgos derivados de la aplicación de los instrumentos

De la información recabada a través del check list y la encuesta se determinó que los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM conocen el protocolo y pasos a ser seguidos durante el proceso de higienización de las manos, aunque la mayoría no cumple con los periodos de tiempo establecidos para garantizar una higienización óptima.

La Dra. Martha Espinoza en su investigación denominada “La asepsia como elemento clave en el tratamiento de pacientes críticos”, presentada a la Universidad de Guayaquil en el año 2014, explica que el personal de salud del Hospital “Abel Gilbert Pontón” conoce el uso de métodos de asepsia para las manos y el uso de soluciones alcohólicas, pero dado el elevado volumen de pacientes a ser tratados generalmente no se invierte el tiempo necesario en la desinfección de las manos.

Tal situación también se evidencia en la presente investigación, quedando de manifiesto que, si bien la mayoría del personal de la salud conocen los diferentes métodos de desinfección de manos al igual que el personal médico del hospital de Guayaquil no invierte el tiempo necesario en dicha actividad, debido en gran medida al elevado número de pacientes a ser atendidos a diario.

También se determinó que el lavado de manos higiénico es la técnica de mayor utilización por los profesionales de la salud, en detrimento del uso de la técnica de fricción con solución alcohólica a pesar de reconocer que la misma es más efectiva y demanda menos tiempo, situación que se da principalmente por la falta de hábito de uso de otra técnica además del lavado de manos higiénico.

La investigación desarrollada por Fernando González titulada “La higiene de manos en el personal médico y enfermería de la NOVACLINICA Santa Lucía”, presentada a la Universidad Central del Ecuador en el año 2015,

concluye que el lavado de manos, así como el uso de soluciones alcohólicas son los principales mecanismos de contención para limitar la proliferación de enfermedades contagiosas, siendo el lavado de manos, el método más utilizado.

Lo anteriormente expuesto coincide con la información recabada en la investigación, de modo que es imprescindible que se concientice y eduque al personal de salud en el uso frecuente de la desinfección de manos con la utilización de gel hidroalcohólico, tomando en cuenta las numerosas ventajas que brinda dicho método.

Malagón, (2011) menciona que la fricción con compuestos a base de alcohol tiene mayor eficacia en la reducción de la flora bacteriana, encontrando una reducción de las tasas de infecciones intrahospitalarias de 9% a 45%, además su efectividad está relacionada con el menor tiempo necesario para su aplicación, su facilidad para aplicarlo en las manos y el menor número de lesiones cutáneas reportadas por los trabajadores de la salud.

El elemento que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva destacan como el principal responsable del incumplimiento de los periodos de tiempo demandados durante las técnicas de higienización de manos se corresponde con la sobrecarga laboral y por ende el estrés laboral que impide el cumplimiento cabal de dicha normativa.

La investigación desarrollada por el Dr. Tomás Manrique, titulada "el estrés laboral y su incidencia en el rendimiento del personal médico", presentada a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el año 2015, explica que el 90% de los errores médicos son consecuencia directa de la sobrecarga laboral unido a la insuficiente cantidad de personal de salud capaz de satisfacer plenamente las necesidades en las instituciones de salud pública.

Los elementos anteriormente expuestos ratifican que a pesar del conocimiento de la mayor parte del personal de salud de la importancia, pasos y periodos de tiempo de los diferentes métodos de desinfección de manos se

hace evidente que el estrés del personal derivado de la sobrecarga laboral y del deficiente número de profesionales de la salud para dar respuesta a las necesidades de las instituciones de salud pública constituyen los elementos claves en el incumplimiento de los periodos de tiempo demandados por los diferentes métodos de desinfección de manos.

Según Arroyave, (2011) al menos uno de cada cuatro pacientes en terapia intensiva adquiere una infección asociada a la atención en salud la cual puede prevenirse mediante una higiene de manos correcta. Sin embargo, el no cumplir con el tiempo o todos los pasos para una higiene de manos efectiva pone el riesgo la seguridad del paciente y por ende este indicador de calidad no es cumplido a cabalidad.

4.4 PROPUESTA: HIGIENE DE MANOS.

Los diferentes métodos de desinfección de manos se revelan como efectivos al momento de limitar la difusión de enfermedades infecciosas, garantizándose a través de los mismos la seguridad del personal médico, pacientes u otro personal que labore en las instituciones de salud, de ahí la importancia de difundir a través de información gráfica al personal de salud los pasos, tipos y periodos de tiempo demandados por los diferentes métodos de higiene de manos.

Se presenta dos guías que pueden ser socializadas para todo el personal de salud. En donde se menciona puntos importantes y los pasos requeridos para llevar a cabo una higiene de manos efectiva. Las cuales se encontrarán en el anexo N°5 del presente trabajo.

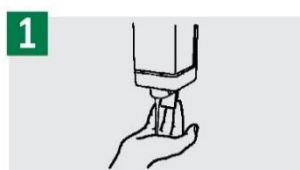


Realiza la *higiene de manos* correctamente

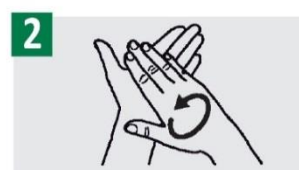
Sigue estos pasos:



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



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



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



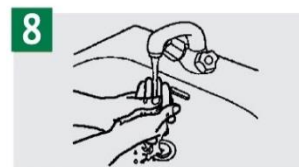
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



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



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



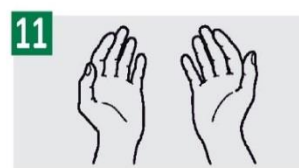
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.

Figura 39 Pasos a seguir en la higiene de manos.



Si no tocas fluidos corporales realiza la fricción de manos con base alcohólica

PASOS PARA UNA APROPIADA ANTISEPSIA EN SECO



Figura 40 Pasos para una apropiada fricción mecánica con soluciones alcoholadas.



Cuando toques objetos inanimados como:
computador, respiradores



Puedes hacer Fricción de manos
con gel antiséptico.



¡Mantén limpias tus manos y salva vidas!

Figura 41 Fricción con gel antiséptico.



Utiliza el lavado de manos en estos 5 momentos

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

Figura 42 Momentos para el lavado de manos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva investigados realizan la totalidad de pasos a ser cumplidos en el protocolo de lavado de manos, pero se evidencia que los periodos de tiempo utilizados en el cumplimiento de dichos pasos no se corresponden con la norma mínima de tiempo establecida por la Organización Mundial de la Salud para garantizar una higiene de manos óptima.
- Se evidencia que la mayoría de los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva investigados hacen un uso exclusivo y frecuente del lavado de manos antes que la fricción con soluciones alcoholadas, debido a que no poseen el hábito de hacer uso de la fricción con alcohol a pesar de reconocer que la misma brinda un mayor nivel de higienización, requiriendo menores periodos de tiempo e insumos que el lavado de manos.
- Cabe destacar que la mayoría de los investigados consideran que no se realiza la fricción con soluciones alcohólicas debido en gran medida a la limitación de los insumos necesarios para la aplicación de esta técnica de higiene de manos, aunque es de señalar que en aquellos casos en los que se han verificado los insumos necesarios para la realización de la higienización de las manos a través de la fricción con soluciones alcohólicas no se realiza por falta de hábito.

- Debe destacarse que en el hospital se realizan capacitaciones periódicas en las que se aborda las diferentes técnicas de higiene de manos, así como su importancia, sin embargo, al momento de realizar dichas técnicas, los periodos de tiempo no es el mínimo para obtener una higiene de manos efectiva teniendo en cuenta de esta manera se disminuye significativamente la posibilidad de contaminación o infección cruzada.
- Por otra parte debe señalarse que el sistema de salud ecuatoriano se caracteriza por contar con recursos e insumos y personal médico limitado, situación a la que se une una sobrecarga y demanda excesiva de servicios, lo cual se traduce en un incremento sostenido y sistemático de las actividades a ser desarrolladas por dicho personal, lo cual provoca un elevado índice de estrés laboral y por consecuencia el incremento de errores y falencias en el cumplimiento de los pasos y el periodo de tiempo destinado a la higienización de manos.
- Un hallazgo investigativo a ser resaltado se enfoca en que el uso de celulares en áreas restringidas del sistema de hospitalización se revela como un elemento altamente contaminante tomándose en cuenta que en las últimas investigaciones realizadas en la facultad de Medicina de la Universidad de Oxford se determinó que el cúmulo de gérmenes existentes en la pantalla y en los botones del celular es superior al existente en las suelas de un zapato, de ahí que no sea recomendable que se permita el ingreso de este objeto a áreas contaminantes o restringidas.

5.2 Recomendaciones

- Desarrollar capacitaciones periódicas en las cuales se haga hincapié en la necesidad de cumplir con los periodos de tiempo estipulados dentro del protocolo de lavado de manos, según las normas establecidas por la

Organización Mundial de la Salud con el objetivo de garantizar una higiene de manos efectiva.

- Concientizar a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del HCAM en la importancia del uso sistemático de la fricción con soluciones alcohólicas, dadas las innumerables ventajas que ofrece dicha técnica, entre las que destaca la utilización de menores periodos de tiempo para lograr una higienización efectiva.
- Incrementar de forma sistemática el suministro de soluciones alcohólicas para la higienización de las manos a través de la técnica de fricción, así como ubicar los dispensadores en lugares claves, cercanos o dentro de las áreas restringidas del hospital.
- Ampliar el intercambio entre la dirección hospitalaria y los trabajadores y especialistas de salud de modo que se tomen en cuenta las inquietudes, consideraciones y aportes que pueda brindar dicho personal en cuanto a suministros, elementos y materiales utilizados en la higienización de manos, así como su ubicación en las diferentes áreas del hospital.
- Realizar controles sistemáticos al personal médico especializado del HCAM en cuanto al cumplimiento de los diferentes pasos dispuesto por el protocolo de higiene de manos y los periodos de tiempo a ser respetados, de modo que se garantice un mayor nivel de bioseguridad y por ende disminuya la incidencia de infecciones intrahospitalarias.
- Incrementar el personal médico especializado del HCAM de modo que se evite la sobrecarga del actual personal médico laboral y por ende se logre una disminución efectiva del estrés laboral y del mismo modo de los errores y falencias en el cumplimiento de las diferentes técnicas de higiene de manos.

- Limitar el uso de celulares en áreas restringidas del sistema de hospitalización o implementar medidas de higienización antes y después de ingresar dicho elemento en tales áreas de modo que se evite el ingreso de agentes patógenos que puedan provocar infecciones intrahospitalarias.
- Es imprescindible para garantizar el cumplimiento de la normativa dispuesta por la OMS y los tiempos determinados por dicha entidad para la higiene de manos que se aumente la información gráfica dentro de la institución, de modo que el personal médico constantemente pueda reafirmar los conocimientos adquiridos a través de los estudios y la experiencia.

REFERENCIAS

- Alvarez, I. (2012). *Higiene hospitalaria*. Montevideo: Plata.
- Asamblea Nacional Constituyente,. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: Corporación de Estudios y Publicaciones.
- Barata, E. (2012). *Higiene y epidemiología*. Lima: Tikal.
- Cambra, A. (2013). *Seguridad hospitalaria*. Madrid: Planeta.
- Castro, J. (2010). *Hacia el Aseguramiento Universal en Salud* . Lima: CAPAL.
- Diario El Telégrafo. (31 de 05 de 2015). *44 hospitales buscan la acreditación canadiense*. Recuperado de:
<http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/regional-norte/1/44-hospitales-buscan-la-acreditacion-canadiense>
- Drake, R. (2014). *Anatomía para estudiantes*. Buenos Aires: Elsevier.
- Durony, S. (2015). *La piel: partes, funciones y todo lo que necesitabas saber*. México D.F.: Azteca.
- Escuela de Medicina. (5 de Abril de 2013). *El concepto de epidemiología*. Recuperado de:
<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios4.htm>
- Estrella, R. (2013). *Breve historia de la medicina del Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura Ecuatoriana.
- Fuster, V. (2011). *La pequeña historia de la ciencia de la salud*. Barcelona: Planeta.
- García, J. C. (2014). La medicina estatal en América Latina. *Instituto Juan César garcía*, 12 - 16.
- García, R. (2016). *Enfermedades infecciosas emergentes*. Ginebra: OMS.
- González, R., & Marino, y. (2012). *Reformas del sistema de salud, balance y perspectiva*. Maracaibo: CEPAL.
- Herrero, F., & Duran, F. (2010). *EL sector privado en el sistema de salud de Costa*. San José: CEPAL.
- Jiménez, E. (2012). *Prevención de enfermedades infecciosas*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

- Jong-Wook, L. (2008). *Los sistemas de salud*. Chicago: OMS.
- Keller, R. (2012). *Higiene de las manos*. Barcelona: Gran Angular.
- La higiene de manos para la prevención de la infección nosocomial*. (2013).
Recuperado de: <http://www.higienedemanos.org/>
- Marquéz, M. (2015). *Protocolo para el lavado de manos*. Asunción: Paraná.
- Mendive, R. (2013). *Técnicas de higiene*. Barcelona: Parragón.
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Anuario Epidemiología*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (08 de 2014). *Evaluación de tecnologías sanitarias*. Recuperado de: www.salud.gob.ec/biblioteca
- Naranjo, P. (2012). La medicina europea después de Colón. *Altyernativas. Revista oficial de la Universidad Santiago de Guayaquil*, 6 - 8.
- Navarro, J. (1979). *La medicina en Ecuador hace cinco mil años*. Cuenca: Publicaciones y papeles.
- Organización Mundial de la Salud. (7 de Noviembre de 2012). *¿Qué es un sistema de Salud?* Recuperado de: [¿http://www.who.int/features/qa/28/es/](http://www.who.int/features/qa/28/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Higiene de manos: ¿por qué, cuándo, dónde?* Recuperado de: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de Salud. (2014). *Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington: Masson.
- Paredes Borja, V. (1963). *Historia de la medicina de Ecuador*. Quito: Casa de la Cultura ecuatoriana.
- Pedroso, A. (2012). *Agentes antisépticos*. Huaquillas: Cóndor.
- Pérez, L. (2010). *Higiene y epidemiología*. Madrid: Ácana.
- Reinolds, J. (2012). *Infecciones intrahospitalarias*. Detroit: Febiger.
- Rodríguez, M. (2011). *Historia de la Salud*. México D. F.: Trillas.
- Romero, Z. (2014). *Seguridad del paciente*. La Habana: Salud Pública.
- Sigerist, H. (1998). *Hitos en la historia de la salud pública*. México: Oxford University press.

Tabares, J. (2016). *Importancia de la limpieza de manos*. Cali: Popular.

Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías de enfermería*. New York: Servier Science.

Torres, J. (2012). *Bioseguridad Hospitalaria*. La Habana: Gente Nueva.

ANEXOS

Anexo 1 Certificado de aprobación



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARÍN"
Coordinación General de Investigación

Quito DM, 14 de noviembre 2016.

CERTIFICADO

Asunto: Expediente N° 130, recibido: 28 de septiembre de 2016

La Coordinación General de Investigación del Hospital Carlos Andrade Marín, en ejercicio de las atribuciones conferidas por el Reglamento General de Unidades Médicas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, certifica el cumplimiento de los requisitos institucionales del protocolo de investigación:

Aplicación de la higiene de manos por los profesionales de enfermería, para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital Carlos Andrade Marín, de Quito 2016 – 2017.

Investigadora: Srta. Katherine Ramírez Calva



Dr. Hugo Romo Castillo

COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN

HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARÍN"

PD: El Hospital Carlos Andrade Marín tiene derechos de propiedad intelectual sobre las investigaciones realizadas con sus pacientes. Al finalizar la investigación, los autores deberán entregar un resumen del estudio realizado bajo las normas de publicación de la Revista CAMbios.

Copia: archivo

Anexo 2 Formato encuesta aplicada a los profesionales de enfermería del servicio de terapia intensiva del Hospital “Carlos Andrade Marín”



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA

Estimado Profesional de la Salud: Con la finalidad de conocer la importancia de la higiene de manos en la en la prevención de infecciones, le solicito muy comedidamente, se digne contestar el presente cuestionario de una manera confiable. Los resultados ayudarán a la elaboración de una propuesta en beneficio de la institución.

Instrucción: Sírvase colocar una **X** en la opción de respuesta que Usted esté de acuerdo.

1. ¿Cuál es la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención sanitaria? (señale una sola respuesta)

El sistema de agua del hospital	
El aire del hospital	
Microorganismos ya presentes en el paciente	
El entorno (las superficies) del hospital	

2. ¿Cuál de las siguientes es la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes en los centros sanitarios? (señale una sola respuesta)

Las manos de los profesionales sanitarios cuando no están limpias	
El aire que circula en el hospital	
La exposición de los pacientes a superficies colonizadas por gérmenes (camas, sillas, mesas, suelos)	
Compartir objetos no invasivos (estetoscopios, manguitos de presión, etc.) entre los pacientes	

3. ¿Cuál de las siguientes acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al paciente?

Antes de tocar al paciente	
Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales	
Después del contacto con el entorno inmediato del paciente	
Inmediatamente antes de un procedimiento limpio / aséptico	

4. ¿Cuál de las siguientes acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al profesional sanitario?

Después de tocar al paciente	
Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales	
Inmediatamente antes de un procedimiento limpio / aséptico	
Después del contacto con el entorno inmediato del paciente	

5. ¿Ha recibido formación reglada sobre higiene de las manos en los últimos tres años?

Si No

6. ¿Práctica adecuadamente la higiene de manos?

Si No

7. ¿Cuántos pasos constituyen el lavado de manos?

5 8 12 15 Más de 15

8. ¿Cuál es la medida de jabón establecida por la OMS para el lavado de manos?

1 a 2 ml 2 a 3 ml 3 a 5ml

9. ¿Qué tiempo mínimo establecido por la OMS para el lavado de manos?

10 seg 20 seg 30 seg Más de 40 seg

10. ¿Utiliza regularmente un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos?

Si No

11. ¿En cuál de los siguientes casos utiliza un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos?

Antes del contacto con el paciente.	<input type="checkbox"/>
Antes de un procedimiento limpio / aséptico	<input type="checkbox"/>
Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.	<input type="checkbox"/>
Después del contacto con el paciente.	<input type="checkbox"/>
Después del contacto con el entorno del paciente.	<input type="checkbox"/>

12. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones sobre la fricción de manos con preparados de base alcohólica y el lavado de manos con agua y jabón son verdaderas?

La fricción es más rápida que el lavado de manos	<input type="checkbox"/>
La fricción causa más sequedad de la piel que el lavado de manos.	<input type="checkbox"/>
La fricción es más eficaz contra los gérmenes que el lavado de manos	<input type="checkbox"/>
Se recomienda realizar el lavado y la fricción de manos de forma secuencial.	<input type="checkbox"/>

13. ¿Cuál es el tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos? (señale una sola respuesta)

20 seg 3 seg
10 seg 1 min

14. ¿En caso de no realizar la higiene de manos, cuál de las siguientes es la causa?

Falta de insumos	<input type="checkbox"/>
Exceso de trabajo	<input type="checkbox"/>
Desconocimiento	<input type="checkbox"/>
Trabajo bajo presión	<input type="checkbox"/>

15. ¿Qué tipo de higiene de las manos se requiere en las siguientes situaciones?

Actividad	Fricción	Lavado	Ninguno
Antes de la palpación abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antes de poner una inyección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después de vaciar una cuña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después de quitarse los guantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Después de hacer la cama del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tras la exposición visible a la sangre			
--	--	--	--

16. ¿Cuáles de los siguientes elementos o circunstancias deben evitarse, puesto que se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos?

Uso de joyas	
Lesiones cutáneas	
Uñas postizas	
Uso regular de cremas de manos	

17. ¿Con qué frecuencia recibe capacitaciones sobre higiene de manos en el hospital?

1 vez al mes	<input type="text"/>	1 vez a los tres meses	<input type="text"/>
1 vez a los seis meses	<input type="text"/>	1 cada año	<input type="text"/>

18. ¿En las capacitaciones se han tomado en consideración sus opiniones acerca de los materiales e insumos faltantes?

Si No

19. ¿Conoce usted el porcentaje de infecciones producto de la inadecuada higiene de manos que prevalece en el hospital?

Si No

20. ¿Con qué frecuencia supervisan la higiene de manos en el hospital?

Siempre	<input type="text"/>	Casi siempre	<input type="text"/>
Rara vez	<input type="text"/>	Nunca	<input type="text"/>

Gracias por su colaboración


Anexo 4 Evidencia de aplicación de los instrumentos






Anexo 5:

GUÍAS SOBRE HIGIENE DE MANOS

	<p>INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN</p> <p>Guía: Higiene de Manos con jabón antiséptico</p>	<p>Código: Versión: Vigencia: Página 1 de 5</p>
---	---	---

- 1. Objetivo**
- 2. Definiciones**
- 3. Indicaciones**
- 4. Material y Equipo**
- 5. Desarrollo del proceso**
- 6. Puntos importantes**
- 7. Referencias**
- 8. Anexos**

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN</p> <p style="text-align: center;">Guía: Higiene de Manos con jabón antiséptico</p>	<p>Código: Versión: Vigencia: Página 2 de 5</p>
---	---	---

1. OBJETIVO

Eliminar la flora transitoria de las manos y evitar la propagación de microorganismos patógenos a otros pacientes o áreas no contaminadas.

2. DEFINICIONES

Higiene de manos: Proceso que se lleva a cabo para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos.

Flora Transitoria: Bacterias que colonizan las capas más superficiales de la piel, se la adquiere con frecuencia al tener contacto directo con los pacientes o con superficies contaminadas. Se la asocia con más frecuencia a las infecciones asociadas al cuidado.


Flora Residente: Se localiza en las capas más profundas de la piel, se asocian con menor frecuencia con las infecciones asociadas al cuidado.

3. INDICACIONES

- Antes del contacto con el paciente
- Antes de realizar una actividad aséptica
- Después del contacto con líquidos corporales, membranas mucosas, piel no intacta o manipulación de apósitos con heridas.
- Después del contacto con el paciente

4. MATERIAL Y EQUIPO

- Lavabo
- Agua corriente
- Jabón antiséptico
- Toallas desechables
- Cesto de basura.


	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN Guía: Higiene de Manos con jabón antiséptico	Código: Versión: Vigencia: Página 3 de 5
---	--	---

5. DESARROLLO DEL PROCESO

- Verificar que el material este completo
- Abrir el grifo del agua graduando el chorro para que no salpique
- Mojar las manos
- Aplicar jabón antiséptico en la palma de la mano
- Frotar las manos con el jabón empezando por las palmas, luego por el dorso, espacios interdigitales, dorso de los dedos, incluyendo dedos pulgares y pulpejos.
- Realizar el procedimiento anterior durante 40 a 60 segundos.
- Enjuagar las manos con agua sin dejar rastros de jabón
- Secar las manos con toalla de un solo uso
- Cerrar la llave con la misma toalla con la que seco las manos.
- Desechar la toalla
- Manos secas manos seguras.

6. PUNTOS IMPORTANTES

- Higiene de manos con jabón antiséptico realizarlo cuando las manos estén visiblemente sucias.
- Si las manos no están visiblemente sucias utilice preparaciones con alcohol (Fricción mecánica por alcohol)
- Evitar utilizar agua caliente por el riesgo de sufrir dermatitis en sus manos.
- El uso de una única toalla por varias personas se asociado con la transmisión cruzada de gérmenes y de forma similar los secadores a base de aire caliente.
- El uso de guantes no reemplaza la indicación de la higiene de manos.
- Es común que después del lavado de manos las manijas del grifo del agua se cierran sin la toalla desechable y con ello se vuelven a contaminar.

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN</p> <p style="text-align: center;">Guía: Higiene de Manos con jabón antiséptico</p>	<p>Código: Versión: Vigencia: Página 4 de 5</p>
---	---	--

7. REFERENCIAS

Las referencias se han tomado de libros basados en evidencia científica de acuerdo con el CDC de Atlanta, OMS, la alianza mundial de la seguridad del paciente y la AORN (Association of Operating Room Nurses)

Arroyave, M. , Rendon, L. (2011). *Infecciones asociadas al cuidado en la practica clinica*. Medellin, Colombia: Legis S.A

Malagón. (2011). *Infecciones Hospitalarias*. Bogotá, Colombia: Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Higiene de manos: ¿por qué, cuándo, dónde?* Recuperado de:

http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1

Ortega, 2014. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. México, D.F.: Panamericana



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

Guía:
Higiene de Manos con jabón antiséptico


Código:
Versión:
Vigencia:
Página 5 de 5

8. ANEXOS

Recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para:

LAVAR CORRECTAMENTE LAS MANOS

www.consejosdehigiene.com

0  Humedezca sus manos con abundante agua.	1  Enjabone sus manos con el grifo cerrado	2  Comenzar frotando las palmas de las manos
3  Intercale los dedos y frote por la palma y el anverso de la mano	4  Continúe con los dedos intercalados y limpie los espacios entre sí.	5  Con las manos de frente agárrese los dedos y mueva de lado a lado.
6  Tome el dedo "gordito" como en la figura para limpiar la zona del agarre de la mano.	7  Limpie las yemas de los dedos, frotando contra la palma de la mano	8  Enjuague sus manos con abundante agua (8 seg. aprox.)
9  Seque las manos con una toalla desechable o con aire caliente.	10  Cierre el grifo con una toalla desechable	11  Ya está!



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Tomado de Organización Mundial de la Salud

**GUÍAS SOBRE FRICCIÓN MECÁNICA CON
SOLUCIONES ALCOHOLADAS**



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN**

Guía:
Fricción mecánica con soluciones alcoholadas

Código:
Versión:
Vigencia:
Página 1 de 5

- 1. Objetivo**
- 2. Definiciones**
- 3. Indicaciones**
- 4. Material y Equipo**
- 5. Desarrollo del proceso**
- 6. Puntos importantes**
- 7. Referencias**
- 8. Anexos**



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN**

Guía:
Fricción mecánica con soluciones alcoholadas

Código:
Versión:
Vigencia:
Página 2 de 5

1. OBJETIVO

Eliminar la flora transitoria y reducir la flora residente de las manos y evitar la propagación de microorganismos patógenos a otros pacientes o áreas no contaminadas.

2. DEFINICIONES

Higiene de manos: Proceso que se lleva a cabo para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos.

Flora Transitoria: Bacterias que colonizan las capas más superficiales de la piel, se la adquiere con frecuencia al tener contacto directo con los pacientes o con superficies contaminadas. Se la asocia con más frecuencia a las infecciones asociadas al cuidado.


Flora Residente: Se localiza en las capas más profundas de la piel, se asocian con menor frecuencia con las infecciones asociadas al cuidado.

3. INDICACIONES

- Cuando las manos se encuentren visiblemente limpias
- Antes del contacto con el paciente
- Después del contacto con piel intacta
- Después del contacto con superficies inanimadas u objetos ubicados en el área alrededor del paciente

4. MATERIAL Y EQUIPO

- Dispensador de alcohol en gel o solución alcoholada de bolsillo


	<p style="text-align: center;">INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN</p> <p style="text-align: center;">Guía: Fricción mecánica con soluciones alcoholadas</p>	<p>Código: Versión: Vigencia: Página 3 de 5</p>
---	---	--

5. DESARROLLO DEL PROCESO

- Retirar anillos, reloj y pulseras
- Colocar de 3 a 5ml de gel alcoholado en la palma de la mano
- Frotar las manos con el jabón empezando por las palmas, luego por el dorso, espacios interdigitales, dorso de los dedos, incluyendo dedos pulgares y pulpejos.
- Realizar el procedimiento anterior durante 20 a 30 segundos
- Permitir que se seque el producto
- Manos secas manos seguras.

6. PUNTOS IMPORTANTES

- Los alcoholes tienen actividad germicida, excelente contra bacterias Gram positivas y Gram negativas.
- Tener presente que todas las superficies de las manos se impregnen con el gel alcoholado ya que se ha encontrado que, en los lechos ungulares, las falanges intermedias y el pulgar son áreas en las que la fricción se hace con menos rigor.
- El producto se aplica sobre las manos limpias debido a que el alcohol es un producto que pierde su actividad microbicida en presencia de materia orgánica
- La fricción mecánica como técnica durante el cuidado rutinario del paciente ha evidenciado una reducción de las tasas de infecciones intrahospitalarias.

	<p style="text-align: center;">INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN</p> <p style="text-align: center;">Guía: Fricción mecánica con soluciones alcoholadas</p>	<p>Código: Versión: Vigencia: Página 4 de 5</p>
---	---	--

7. REFERENCIAS

Las referencias se han tomado de libros basados en evidencia científica de acuerdo con el CDC de Atlanta, OMS, la alianza mundial de la seguridad del paciente y la AORN (Association of Operating Room Nurses)

Arroyave, M. , Rendon, L. (2011). *Infecciones asociadas al cuidado en la practica clinica*. Medellin, Colombia: Legis S.A

Malagón. (2011). *Infecciones Hospitalarias*. Bogotá, Colombia: Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Higiene de manos: ¿por qué, cuándo, dónde?* De:

http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1

Ortega, 2014. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería.

México, D.F.: Panamericana



8. Anexos

DESINFECTAR MANOS CON GEL

www.consejosdelimpieza.com

 Duración del procedimiento: 30 segundos.

1a



Deposite abundante gel en la palma de la mano

1b



2



Frote el gel en las palmas para generar fricción

3



4



5



Repita los procesos de frotación como si fuera un lavado con agua y jabón, en las zonas de las manos que corresponden

6



7



8



Siga de esa forma hasta el final y extienda las manos para secar.



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.

May 2020