



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



LUCHA CONTRA LA RESISTENCIA BACTERIANA
LATINOAMÉRICA

TEMA:

**CUMPLIMIENTO DEL LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL
PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y GINECO-
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA**

2007-2008, Machala – Ecuador.

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN
DE TÍTULO DE MEDICO GENERAL**

AUTORAS: NATALY MIREYA ALVEAR QUITO.
RUTH GRACIELA RAMON TAPIA.
GLADYS FILOMENA REINOSO LOPEZ.

DIRECTORA:

Dra. Eulalia Freire.

ASESOR DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Carlos Flores.

CUENCA –ECUADOR

2007-2008

RESPONSABILIDAD

La presente investigación así como los
conceptos vertidos en esta, son de
absoluta responsabilidad de las
Autoras.

NATALY MIREYA ALVEAR QUITO.

RUTH GRACIELA RAMON TAPIA.

GLADYS FILOMENA REINOSO LOPEZ.

DEDICATORIA

A mi Madre, mujer valiente que me enseñó que la vida se enfrenta de pie.

A mi Padre hombre que no conoció imposibles.

A mi Niko por su ternura infinita.

A los sueños, a la vida, al amor, al presente.

Nataly Alvear Quito.

DEDICATORIA

A Jesús por ser mi fiel amigo y por darme día a día las fuerzas necesarias para seguir adelante.

A mi Madre quien a pesar de la distancia siempre me há brindado su amor y apoyo
incondicional.

A la memoria de mi Padre, cuyo anhelo mientras vivió fue el verme convertida en médico.

A Blanquita por ser mi segunda madre, mi confidente, mi guía.

GRACIELA

DEDICATORIA

A DIOS.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A MI ESPOSO:

Por su comprensión y apoyo brindado durante todo este tiempo. Por ser la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A MI MADRE,

Que es la forjadora de mi vida, quien en cada momento difícil ha estado conmigo ayudándome e incentivándome a seguir adelante a pesar de las adversidades encontradas, ya que sin ella no hubiera sido posible llegar al final.

A MI PADRE

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A MI ABUELITA

Que siempre cuidó de mi y estuvo a mi lado y que no pudo estar conmigo al llegar a la meta pero desde donde esté se siente feliz porque lo logramos.

...y a todos aquellos que hicieron posible la confección y elaboración de este trabajo.

GLADYS

AGRADECIMIENTO

Primeramente, gracias a Dios por poner en nuestro camino a tantas personas, quienes han contribuido de forma *significativa* en este trabajo.

De manera muy especial, queremos agradecer a nuestra directora, la doctora EULALIA FREIRE, vaya para ella nuestra gratitud por ser una maestra ejemplar, una gran amiga, quien en todo momento nos brindó su confianza y apoyo.

También agradecemos al doctor Carlos Flores por la asesoría brindada para la elaboración de nuestra tesis.

RESUMEN.

Las infecciones intrahospitalarias se desencadenan en su mayoría por falta de cumplimiento de las normas de bioseguridad.

Nuestro estudio tiene como objetivo determinar el cumplimiento de lavado de manos que tiene el personal de salud que labora en los departamentos de Cirugía y Gineco-Obstetricia, del hospital Teófilo Dávila de Machala. Se realizó un estudio descriptivo-observacional, del cumplimiento del lavado de manos al personal de salud que labora en las áreas de Cirugía y Gineco-Obstetricia, la observación se realizó por 30 minutos tomándose en cuenta si cumplía la técnica adecuada, el tiempo necesario y si utilizaron o no jabón antiséptico. Se encontró que el hospital no dispone de jabón antiséptico para el lavado de manos, y que el lavado de manos se realiza con jabones no adecuados (100%) con falla en la técnica y tiempo (100%).

Se concluye que el personal de salud no dispone de los recursos necesarios, no conoce de las normas de bioseguridad y que se requiere implementar con urgencia una estrategia educativa para incrementar los conocimientos, actitudes y prácticas a nivel hospitalario dirigido a todo el personal como defensa de la salud de los pacientes y del mismo personal de salud.

El presente estudio es parte del programa de evaluación de los conocimientos de las actitudes y de las prácticas del lavado de manos a nivel hospitalario que conjuntamente la FFCCMM de la universidad de Cuenca con ReAct Latinoamérica se encuentra ejecutando.

PALABRAS CLAVE: Lavado de manos, infecciones nosocomiales, higiene.

ABSTRACT.

The intra hospitable infections break loose mostly for lack of fulfillment of the bio safety norms on the part of the personnel that works in the different health areas of the hospitals.

The target of our study is to determine the fulfillment of hand wash that has the personnel that works in the surgery and gyneco-obstetric departments at the Teófilo Dávila Hospital of Machala. We made a descriptive and observational study of the health personal; this was made trying to find the fulfillment of the hand wash that these workers had in both areas surgery and gyneco-obstetric. The observation was made for 30 minutes taking in consideration if it was satisfying the suitable technique, the necessary time and if they used or not of antiseptic soap.

Fist of all it was found that the hospital has not antiseptic soap for hand washing, and that the hand wash was done with not suitable soaps (100 %) by defect in the skill and in the time (100 %).

After the study the conclusion was that the personnel has not all the necessary resources, they do not know about the bio safety norms, that's why is becomes an urgency to implement an educational strategy to increase the knowledge, attitudes and practice at all hospitable levels, directed to the defense of the health of patients and also of all the personnel that work in the health front.

The present study is a part of the program of evaluation of the knowledge, the attitudes and the practices of hand washing at hospitable level that together the FFCCMM of the Cuenca University with ReAct Latin America are executing.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pag.
RESPONSABILIDAD.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
INDICE DE DE CONTENIDOS.....	IX
CAPITULO I	
1.INTRODUCCION.....	1
CAPITULO II	
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
CAPITULO III	
3. JUSTIFICACION	6
CAPITULO IV	
4. OBJETIVOS.....	7
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	7
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
CAPITULO V	
5. MARCO TEORICO:.....	8
5.1 EL LAVADO DE LAS MANOS. GENERALIDADES.....	8
5.2 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS	9
5.3 LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA.....	11
5.4.LA FLORA MICROBIANA DE LA PIEL	12
5.5 PRODUCTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE DE MANOS.....	13
5.5.1 PRODUCTOS EN GENERAL.....	13
5.5.1.1 Antiséptico.....	13
5.5.1.2 Desinfectante.....	13
5.5.1.3 Detergente.....	13
5.5.1.4 Efecto residual.....	13
5.5.1.5 Jabón líquido o en barra.....	13
5.5.1.6 Jabón o gel antimicrobiano o antiséptico.....	14
5.5.1.7 Humectante.....	14
5.5.2 ANTISÉPTICOS QUE SE AÑADEN AL JABÓN.....	14
5.5.3. SOLUCIONES ANTISÉPTICAS.....	15
5.5.3.1 Alcoholes.....	16
5.5.3.2 Gluconato de clorhexidina (G.C.).....	18
5.5.3.3. Iodóforos (I.).....	20

5.5.3.4 Compuestos fenólicos.....	21
5.5.3.5 Paracloro metaxilenol (PCMX)	22
5.5.3.6 Triclosan.....	22
5.6 ESPECTRO DE ACTIVIDAD BACTERICIDA DE LAS SUSTANCIAS ANTISEPTICAS.....	22
5.7. ¿CUÁNDO DEBEMOS LAVARNOS LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN ANTISÉPTICO?.....	24
5.8. CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE HIGIENE DE LAS MANOS.....	27
5.9. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE HIGIENE DE LAS MANOS.....	28
5.10. TIPOS DE LAVADO DE MANOS.....	28
5.10.1. LAVADO DE MANOS HIGIÉNICO O RUTINARIO.....	28
5.10.2. LAVADO ANTISÉPTICO ASISTENCIAL.....	28
5.10.3. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.....	29
5.10.4. ASPECTOS A OBSERVAR EN EL LAVADO DE MANOS.....	30
5.11. FACTORES QUE INCIDEN EN EL INCUMPLIMIENTO DE LA TECNICA DE LAVADO DE MANOS.....	31
5.11.1. FACTORES DE RIESGO DE INCUMPLIMIENTO OBSERVADOS.....	31
5.11.2. FACTORES DE INCUMPLIMIENTO	31
5.11.3. OTRAS BARRERAS PERCIBIDAS A UNA ADECUADA HIGIENE DE LAS MANOS	32
5.12. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE LAS TÉCNICAS DE LAVADO DE MANOS	32
5.13. BENEFICIOS DE UNA MEJOR HIGIENE DE LAS MANOS	33
5.14. ¿ES RENTABLE EL FOMENTO DE LA HIGIENE DE LAS MANOS?.....	33
CAPITULO VI	
6. METODOLOGÍA.....	35
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	35
6.2 AREA DE ESTUDIO.....	36
6.3 UNIVERSO.....	37
6.4 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	37
6.5 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	37
6.6 NORMAS ÉTICAS.....	38
CAPITULO VII	
7. RESULTADOS	38
7.1 DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA.....	38
7.2 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTERICIA.....	48
CAPITULO VIII	
8. ANALISIS Y DISCUSIÓN.....	58
CAPITULO IX	
9.1 CONCLUSIONES.....	60
9.2 RECOMENDACIONES.....	60
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	61
11. ANEXOS.....	65

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

El lavado de manos previene la transferencia de microorganismos entre el personal de salud y pacientes dentro del hospital.

Los microorganismos patógenos usualmente son transportados por las manos del personal desde pacientes colonizados o infectados, y representan un importante modo de transmisión de gérmenes y de dispersión de infecciones.

Algunos estudios revelan que el cumplimiento del lavado de manos de los profesionales de la salud oscila entre el 40% y el 57% y el 8,7% de pacientes adquieren infecciones durante su hospitalización.¹

Hay numerosos estudios publicados con relación a la práctica de lavado de manos, y la mayoría concluye que el personal de salud lava sus manos la mitad de las veces de las que está indicado y en general con menor duración que la recomendada. Generalmente el personal de salud minimiza la importancia del cumplimiento de esta norma, lo cual se refleja en la frecuencia y el tiempo que emplean para el lavado de manos.

Si bien es cierto que el cumplimiento de esta práctica de bioseguridad no solo requiere de la disciplina y el empeño de los trabajadores de la salud sino también de disponer de los suficientes implementos para cumplirla, como por ejemplo: lavamanos, con una ubicación estratégica, con provisión de agua, toallas descartables, jabones, y otros elementos, en la práctica se puede observar que muchas instituciones salud de nuestro país carecen de los mismos. Constantemente observamos que en unidades que cuentan con estos recursos, el personal no posee la disciplina, empeño, tiempo o simplemente no tiene conocimiento de la técnica correcta para efectuar esta práctica.

ReAct es una red constituida por organizaciones e instituciones de 23 países, que lucha contra la resistencia bacteriana a los antibióticos a la cual desde principios de este año, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca se ha incorporado, como sede de Latinoamérica.

Consciente de este grave problema de Salud Pública ha iniciado un proceso de investigación para conocer el cumplimiento del lavado de manos por parte del personal de salud en las diferentes áreas de los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, de la ciudad de Cuenca, Hospital Teófilo Dávila, de la ciudad de Machala, provincia El Oro y el Hospital Homero Castanier, de la ciudad de Azogues, siendo este trabajo parte de ese gigantesco proyecto.

Esta investigación pretende observar y analizar el cumplimiento del lavado de manos por parte del personal de salud, en los servicios de Gineco-Obstetricia y Cirugía pertenecientes al Hospital Teófilo Dávila.

CAPITULO II

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Infecciones intrahospitalarias,(IH) hoy en día siguen siendo la preocupación y la prioridad de salud en países en vías de desarrollo en particular en Latinoamérica, constituyendo un serio problema para los integrantes de las áreas médicas pues a pesar de los progresos en orden terapéutico y avances en el conocimiento de esta entidad, aún está latente el riesgo de contraer una infección durante la estancia hospitalaria por múltiples razones, entre otras por la probabilidad de infección por el mayor riesgo de exposición a gérmenes, por alteraciones de la resistencia natural o por falta de precaución al momento de atender un paciente.

Por tanto consideramos infección intrahospitalaria a aquella que tiene lugar durante la hospitalización del paciente y que no estaba presente ni se encontraba en periodo de incubación en el momento del ingreso, y que aumentan los días de estancia intrahospitalaria, el uso de recursos diagnósticos y terapéuticos, el dolor, el sufrimiento y la morbimortalidad para el paciente.

Son múltiples las vías por las cuales un paciente adquiere una infección intrahospitalaria, siendo una de las más frecuentes la transmisión, por vía directa o indirecta, a través de las manos y de materiales contaminados.

En estudios que han sido realizados en México, se determina que en términos de mortalidad se calcula que entre un 5 a 10% fallecen como consecuencia de Infecciones intrahospitalarias lo que significa que en promedio cada año morirían entre 40.000 y 60.000 personas.²

Es por eso que queremos aplicar este estudio en nuestros hospitales, enfatizando que tomando medidas como el lavarse las manos adecuadamente, independientemente de

haber usado o no guantes luego de la revisión de cada paciente o haber estado en contacto con fluidos, secreciones o mucosas de los mismos.

Por generaciones el lavado de manos con agua y jabón ha sido considerado como parte de la higiene personal, este acto simple pero que no siempre se efectúa adecuadamente, es una de las prácticas de antisepsia más importantes, ya que las manos son el principal vehículo de contaminación exógena de la infección intrahospitalaria. El lavado de manos es el más simple, económico e importante procedimiento, para la prevención de las Infecciones Intrahospitalarias, logrando reducir las mismas significativamente, cuando se realiza el procedimiento de manera adecuada.

Las manos son un medio que pueden recoger microorganismos y transmitirlos generando así infecciones. Los primeros pasos para la prevención de infecciones en general, radica en una buena higiene, que incluye el lavado de manos.

La mayoría de los trabajadores de la salud no nos percatamos de la necesidad que existe de un lavado de manos antes y después de cada procedimiento que realizamos.

Los pacientes corren el riesgo de sufrir infecciones debido a una menor resistencia a los microorganismos infecciosos, mayor exposición al número y al tipo de microorganismos causantes de enfermedades y a procedimientos invasivos. La buena salud depende en parte de un entorno seguro. Las prácticas o técnicas que controlan o previenen la transmisión de enfermedades ayudan a proteger al paciente, al personal y familiares de la amenaza de éstas.

La magnitud de las infecciones nosocomiales depende de la actitud profesional de cada uno de los trabajadores de la salud que se encuentran en contacto con ellos. Es por esta razón que cada hospital debe contar con un sistema de vigilancia eficiente que de manera inicial permita identificar la presencia de este tipo de infecciones para lo cual es primordial conocer como se definen, como se desarrollan, como se tratan y fundamentalmente como se previenen.

En el Hospital Teófilo Dávila, a pesar de la importancia que este procedimiento tiene en la prevención y control de la diseminación de infecciones intrahospitalarias,

lamentablemente no existe un estudio que verifique si el personal de salud de este establecimiento cumple con esta norma y si su realización es la correcta.

Siendo entonces el desconocimiento de esta realidad el principal motor impulsor de este estudio por parte del ReAct y la Facultad de Ciencias Médicas pudiendo así determinar si se cumple o no esta norma en las áreas de Gineco-Obstetricia y Cirugía del Hospital Teófilo Dávila de Machala.

Con la realización del presente proyecto esperamos conocer la realidad de los hospitales en estudio en lo referente a la asepsia de manos en los profesionales de la salud y a la vez concienciarlos que a través de la aplicación de normas sencillas podemos evitar y reducir la incidencia de infecciones intrahospitalarias, disminuyendo así costos, estancia y morbimortalidad asociada.

CAPITULO III

JUSTIFICACIÓN

Como se explicó al ser las infecciones nosocomiales una causa importante de morbilidad, mortalidad y aumento de los gastos médicos; se justifica la puesta en marcha de una propuesta estructural e integrada que permita contener, o al menos disminuir, de manera significativa estos costos humanos y financieros. Se ha demostrado que los programas de control de la infección nosocomial son muy efectivos ya que aproximadamente un tercio de estas infecciones son prevenibles, por lo que consideramos necesario desarrollar una amplia estrategia de prevención sustentada inicialmente en cada realidad hospitalaria, es por eso que nos proponemos aplicar este estudio en los hospitales, enfatizando que tomando medidas sencillas como el lavarse las manos adecuadamente, después de realizar maniobras con pacientes o con equipos médicos, permitirá reducir en gran porcentaje el riesgo de contraer Infecciones Intrahospitalarias.

En el Hospital Teófilo Dávila, no existen estudios previos sobre el cumplimiento de parte del personal de salud de este establecimiento cumple con esta norma básica e importante de bioseguridad y mucho menos si su realización es la correcta; siendo entonces el desconocimiento de esta realidad el principal motor impulsor de este estudio, que pretende recopilar información sobre este hecho en las áreas de Hospitalización de Cirugía y Gineco-Obstetricia, de dicha institución.

CAPITULO IV

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el grado de cumplimiento y técnica del lavado de manos por parte del personal de salud que labora en los servicios de Cirugía y Gineco-Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar el grado de cumplimiento y técnica del lavado de manos que tienen los médicos tratantes y residentes en los servicios de Cirugía y Gineco-Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.
- Determinar el grado de cumplimiento y técnica del lavado de manos que tiene el personal de enfermería, y auxiliares que laboran en los servicios de Cirugía y Gineco-Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.
- Determinar el grado de cumplimiento y técnica del lavado de manos que tienen los internos que laboran en los servicios de Cirugía y Gineco-Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala.

CAPITULO V

5. MARCO TEORICO:

5.1 EL LAVADO DE LAS MANOS

GENERALIDADES.

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria de dicha atención, y a su vez ocasionan afecciones más graves, hospitalizaciones más prolongadas y discapacidades de larga duración. También representan un alto costo imprevisto para los pacientes y sus familias, una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario, y por último, aunque no por ello menos importante, elevan la mortalidad.

Por su propia naturaleza, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria tienen una etiología multifacética, relacionada con los sistemas y procesos de prestación de atención sanitaria y las limitaciones políticas y económicas de los sistemas de salud y los países, así como con el comportamiento humano condicionado por la educación. Sin embargo, la mayoría de ellas pueden prevenirse.

Es importante señalar que, en materia de seguridad del paciente, existen grandes e injustas desigualdades: algunos centros y sistemas sanitarios gestionan los riesgos de sus enfermos mucho mejor que otros. El grado de desarrollo y los recursos disponibles no son los únicos factores decisivos para el éxito, ya que tanto en países industrializados como en desarrollo se han notificado mejoras que son fuente de enseñanzas para todos ellos.

Evaluemos la magnitud y la naturaleza del problema de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, y sentemos las bases para supervisar la eficacia de las acciones preventivas en todo el mundo. Es posible llevar a cabo labores de vigilancia y prevención partiendo de unas prácticas correctas basadas en datos científicos, y también es posible encontrar soluciones eficaces para mejorar la seguridad del paciente y reducir el riesgo. Disponemos de instrumentos, pero debemos ponerlos a prueba, adaptarlos y aplicarlos en todo el mundo con criterios de equidad y solidaridad.³

La higiene de las manos es la medida primordial para reducir dichas infecciones.

Aunque se trata de una acción sencilla, su incumplimiento entre los dispensadores de atención sanitaria representa un problema en todo el mundo. Tras conocerse recientemente la epidemiología de la observancia de la higiene de las manos, se ha comprobado la eficacia de nuevos enfoques.

5.2 LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS

La higiene de las manos (HM), especialmente el lavado de manos (LM), es la medida universal más efectiva y económica que se conoce para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas. El lavado de manos requiere sólo de la existencia permanente de un lavabo, agua corriente, jabón preferentemente líquido y toallas desechables de papel en todas las salas de pacientes hospitalizados o transitorios.

Las toallas o sábanas de tela no desechables no deben ser usadas en los hospitales para el secado de manos, porque al ser reutilizadas y estar siempre húmedas se colonizan fácilmente con gérmenes patógenos y estimulan la propagación de bacterias de unas manos a otras; el jabón de barra sí puede ser usado y debe estar contenido en una jabonera con perforaciones suficientes para que el jabón se escurra y se mantenga lo más seco posible, pero a pesar de esto el jabón también puede contaminarse. Por lo que es preferible usar jabón líquido en dispensadores que pueden ser desechables o pueden ser lavados y desinfectados cada vez que se rellenen. Los lavabos también deben mantenerse

en buenas condiciones libres de sarro o corrosión y estar secos, sin fugas ni humedad. Las toallas de papel deben ser suficientes, individuales y estar contenidas en despachadores que permitan resguardarlas de salpicaduras, contaminación, pérdida y evitar que sean desperdiciadas.

Existen otras alternativas para la HM, como usar soluciones a base de alcohol al 60-80% que se aplican en toda la superficie de las manos y neutralizan gran número de las bacterias que se encuentran en la piel de las manos.

Incluso se ha demostrado que el alcohol glicerinado reduce más la carga bacteriana de las manos que el mismo lavado de manos con agua y jabón. Sin embargo el alcohol no es suficiente cuando las manos están evidentemente sucias o visiblemente contaminadas con material proteínaceo, sangre u otros fluidos corporales (materia fecal, moco, orina, etc.), debido a que el alcohol no penetra moléculas grandes como lo son las proteínas o las secreciones de los pacientes. El alcohol glicerinado puede ser utilizado alternadamente al lavado de manos para evitar la resequedad de la piel de las manos cuando resulta necesario lavarlas con mucha frecuencia, por ejemplo en unidades de cuidados intensivos, salas de neonatología y servicios de urgencias. Es decir que al inicio de las actividades debería realizarse un buen lavado de manos con agua y jabón, mientras que durante la jornada de trabajo puede ser utilizado el alcohol glicerinado para mantener las manos protegidas de la resequedad y cuando éstas se ensucien, deben de ser lavadas nuevamente con agua y jabón.

De tal manera que el lavado de manos no es sustituible por el alcohol glicerinado, el lavado de manos tiene gran valor cultural y buena práctica, muestra el aspecto higiénico y sanitario que deben tener los Trabajadores de la salud (TS). Y en el sentido práctico, al lavarse las manos durante 5 segundos con jabón común y secarlas con toallas de papel desechable, reduce la cuenta bacteriana de la piel entre 0.6 y 1.1 log; mientras que lavarse durante 30 segundos reduce la cuenta a 1.8 y 2.8 log. Esto equivale a una eliminación del 90 y 95% de los gérmenes que se encuentran en unas manos contaminadas⁴.

La falta de apego al lavado de manos en los hospitales es un problema mundial, existen reportes de cumplimiento de esta práctica por abajo del 10% y en el mejor de los casos del 70%.

La OMS, lanzó “El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente 2005–2006”: «Una atención limpia es una atención más segura» está centrando parte de su atención en mejorar las normas y prácticas de higiene de las manos en la atención sanitaria y en ayudar a aplicar las intervenciones eficaces.

5.3. LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como a los de escasos recursos. Estas infecciones contraídas en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Representan una carga considerable tanto para el paciente y su familia como para la salud pública. Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de países que representaban a cuatro regiones de la OMS reveló que, en promedio, el 8,7% de los pacientes hospitalizados contraen infecciones nosocomiales. En cualquier momento, más de 1,4 millones de personas en el mundo padecen complicaciones infecciosas relacionadas con la atención sanitaria⁵.

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

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

En los países con pocos recursos, en los que el sistema de salud ha de atender a una población más enferma y hacer frente a la falta de recursos humanos y técnicos, la carga que representan las infecciones relacionadas con la atención

sanitaria es aún más importante. Aunque las estimaciones del porcentaje de infecciones nosocomiales que son prevenibles varían, pueden llegar al 40% o más en los países en desarrollo.

En los servicios de salud con exceso de pacientes y falta de personal, el uso incorrecto de la tecnología médica es corriente e incrementa el riesgo de infecciones relacionadas con el proceso asistencial. Éste es un escenario frecuente en los entornos con escasos recursos y contribuye a las desigualdades entre los países desarrollados y en desarrollo en materia de atención sanitaria. El impacto es mayor entre los pacientes más vulnerables. En los recién nacidos, la tasa de infecciones asociadas a dispositivos vasculares es entre 3 y 20 veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados.

Los dos últimos decenios han sido testigos del mayor incremento de las infecciones nosocomiales en los hospitales de los países en desarrollo, en los que las enfermedades infecciosas siguen siendo la principal causa de muerte. Entre dichas infecciones, las del sitio quirúrgico son las principales causas de enfermedad y muerte. Esto ocurre en un momento en que el arsenal de fármacos disponibles para tratar las infecciones se está reduciendo progresivamente debido a la creciente resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, por lo que la ya corta lista de principios activos eficaces se reduce todavía más.

El lavado de manos se refiere a la aplicación de una sustancia detergente, ya sea en forma de barra o gel de jabón, sobre la piel húmeda de las manos y que añadida a la fricción mecánica de las mismas por el tiempo de un minuto provoca, luego de su enjuague, la remoción mecánica de los detritus, componentes orgánicos y microorganismos de la superficie de la piel. El gel o barra de jabón simple no tienen actividad antimicrobiana, pero solo por arrastre disminuyen la carga bacteriana en un contaje de 2,7 a 3 log₁₀ en el tiempo de un minuto. Esta reducción se ha visto que no aumenta si prolongamos el tiempo del lavado; mas, sí se incrementa notoriamente cuando añadimos un antiséptico al jabón líquido o en barra.

5.4. LA FLORA MICROBIANA DE LA PIEL

La piel de nuestras manos aloja una variada flora bacteriana que vive de manera transitoria o permanente. La flora bacteriana residente o permanente que coloniza nuestra piel habita las capas más profundas de la epidermis, ésta es muy difícil de eliminar con las medidas de higiene de manos y se halla compuesta predominantemente de microorganismos poco patogénicos como *Staphylococcus epidermidis* y corynebacterias.

En el entorno hospitalario los trabajadores de la salud cohabitan con una flora bacteriana muy particular, caracterizada por la presencia de microorganismos multiresistentes, muy patogénicos, con alta virulencia y que se adhieren a nuestra piel de manera transitoria o contaminante. Estos son: *Staphylococcus aureus*, *Candida spp* y bacilos Gram Negativos como *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter*. Estas bacterias, de carácter nosocomial, son eliminadas de manera muy importante por el arrastre y destrucción bacteriana que significa el lavado antiséptico de manos.

5.5 PRODUCTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE DE MANOS

5.5.1 PRODUCTOS EN GENERAL

- 5.5.1.1 **Antiséptico.** Sustancia química la cual reduce o inhibe el crecimiento bacteriano y que se aplica sobre superficies o tejidos vivos.
- 5.5.1.2 **Desinfectante.** Sustancia química la cual reduce o inhibe el crecimiento bacteriano y que se aplica sobre superficies u objetos inertes.
- 5.5.1.3 **Detergente.** Sustancia que posee una propiedad generadora de limpieza. Se hallan compuestos por sustancias hidrofílicas y lipofílicas.

- 5.5.1.4 Efecto residual.** Propiedad de ciertas sustancias antisépticas para inhibir el crecimiento microbiano, tiempo después luego de su aplicación.
- 5.5.1.5 Jabón líquido o en barra.** Sustancia líquida (gel) o sólida con actividad detergente que se utiliza para la limpieza de las manos, y que no tiene propiedades antimicrobianas.
- 5.5.1.6 Jabón o gel antimicrobiano o antiséptico.** Sustancia sólida o líquida con actividad detergente que se utiliza para la limpieza de manos, que se halla combinada con sustancias químicas con efecto antimicrobiano.
- 5.5.1.7 Humectante.** Sustancia que se agrega a los productos de higiene de manos para humidificar la piel y evitar su resequedad.

5.5.2 ANTISÉPTICOS QUE SE AÑADEN AL JABÓN

Los antisépticos que se añaden a la barra o gel de jabón son variados y tenemos: clorhexidina al 2 ó 4%, el triclosán, el cloroxilenol, el hexaclorofeno, los iodóforos (Yodo Povidona), derivados de amonio cuaternario (cetrimide y cloruro de benzalconio). En el cuadro siguiente se sintetiza la actividad antimicrobiana del uso de antisépticos en el lavado de manos.

TABLA N° 1

	ACTIVIDAD ANTIMICROBIANA	ACTIVIDAD SOSTENIDA	EMERGENCIA DE RESISTENCIA	IRRITACIÓN CUTÁNEA
Jabón o detergente No antimicrobiano	Mínima	Ninguna	Ninguna	Máxima
Jabón Antiséptico (Uso intermitente)	Moderada	Moderada	Moderada	Moderada
Jabón Antiséptico (Uso continuo)	Máxima	Máxima	Máxima	Máxima
Productos basados en alcohol	Máxima	Ninguna	Ninguna	Mínima

En resumen, no existe el antiséptico ideal: con una actividad antimicrobiana máxima, con actividad sostenida máxima, sin ninguna inducción de emergencia de resistencia y con mínima irritación cutánea.

5.5.3. SOLUCIONES ANTISÉPTICAS

La selección de un agente antimicrobiano para el lavado de manos antiséptico o quirúrgico debe realizarse teniendo en cuenta tres aspectos fundamentales:

Se debe determinar que característica se desea del agente antimicrobiano, como por ejemplo la ausencia de absorción en la piel, persistencia o acción residual, rápida reducción de la flora de la piel y espectro microbiano. Con relación al espectro microbiano se debe tener en cuenta que los gérmenes colonizantes y transitorios de la piel de las manos son los que se quieren eliminar, por lo tanto se buscará una solución antiséptica que elimine los gérmenes que demostraron ser cultivados repetidas veces en la piel. Muchas veces el espectro microbiano de los agentes químicos se refiere al espectro global, ya que varios de ellos también se utilizan como desinfectantes. Luego se debe seleccionar el antiséptico que tiene estas características buscadas.

Se debe revisar y evaluar la evidencia de seguridad y eficacia en la reducción del conteo microbiano de la piel. Esto se realiza a partir de la literatura científica que aporta el laboratorio y la publicada con relación al agente químico que lo compone, teniendo en cuenta la concentración a la cual fue estudiada *in vitro* e *in vivo*, y la concentración que posee el producto comercial.

Es importante tener en cuenta, que el usuario evaluará diferentes conceptos de los del control de infecciones. Aspectos como olor, color, espumabilidad, sensación de suavidad o resecaamiento en la piel, son importantes para el usuario y muchas veces la no aceptación del producto significará el no lavado de manos.

Los costos sólo se deben evaluar a igualdad de productos, el precio más bajo. Los antisépticos aquí mencionados, son los que están en venta en nuestro país y los que han demostrado ser de utilidad para el lavado de manos:

5.5.3.1 Alcoholes.

El efecto antimicrobiano de los alcoholes está relacionado con la desnaturalización de las proteínas. Tienen excelente actividad bactericida contra la mayoría de las bacterias vegetativas gram positivas y gram negativas, y buena

actividad contra el bacilo de la tuberculosis. Actúan también con algunos hongos y virus, incluyendo el virus sincicial respiratorio, hepatitis B y H.I.V.

La actividad virucida del alcohol sólo fue demostrada en estudios in vitro, el significado de esta actividad para prevenir la transmisión de los virus en el cuidado de la salud es desconocida.

El alcohol es raramente tóxico, y aplicado sobre la piel es uno de los antisépticos más seguros. En concentraciones apropiadas provee la más rápida y excelente reducción en el conteo de la flora microbiana de la piel. Los alcoholes son efectivos para el lavado quirúrgico de las manos y también para el lavado seco de manos del personal de salud⁶.

Técnica de higiene de las manos con preparaciones alcohólicas

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

1b Frótese las palmas de las manos entre sí

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

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

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

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

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

7 ...una vez secas, sus manos son seguras.

20 a 30 segundos

Es necesario usar suficiente alcohol para que se humedezca toda la superficie de la mano, ya que la asepsia se realizará en las zonas de contacto del alcohol con la piel.

Las toallas humedecidas con alcohol no se consideran efectivas para la asepsia de la piel. El alcohol no parece afectarse con pequeñas cantidades de sangre, sin embargo, no son buenos limpiadores, por lo que cuando la mano está visiblemente sucia, la solución antiséptica no debe utilizarse. Hay dos tipos de alcoholes en el comercio, apropiados para usar en la piel: el alcohol etílico y el isopropílico, sin embargo, la concentración es más importante que el tipo de alcohol.

Entre el 60 y 90% son buenas concentraciones. En general, la más usada es no mayor a 70% porque causa menor sequedad en la piel. Las preparaciones comerciales contienen de 60 a 70% de alcohol etílico o isopropílico con emolientes aditivos para minimizar el efecto de sequedad de la piel, que es su principal desventaja. La adición del emoliente también aumenta la actividad bactericida, ya que evita el rápido secado y permite la fricción por más tiempo. La piel no debe dejarse mojada con alcohol, se debe continuar la fricción hasta que la mano se sienta seca. Otra desventaja del alcohol es que es volátil e inflamable y, por lo tanto, debe almacenarse cuidadosamente a temperaturas que no excedan los 21° C, y en envases con tapa.⁷

5.5.3.2 Gluconato de clorhexidina (G.C.)

El efecto antimicrobiano del G.C. es causado por interrupción de la membrana de la célula microbiana. Si bien es de amplio espectro, tiene más efectividad para gérmenes gram positivos que para gram negativos. La acción contra el bacilo de

la tuberculosis es mínima; no es fungicida e in vitro mostró actividad contra algunos virus como el citomegalovirus, H.I.V., el Herpes simplex y la influenza. La significación de esta actividad en prevenir la transmisión de virus al personal de salud, es desconocida. El grado de toxicidad del G.C. es bajo, aún utilizado en la piel de neonatos. Es tóxica cuando se la instila en el oído medio y produce daño de córnea cuando se la instila en los ojos. Si bien su actividad antimicrobiana no es tan rápida como la de los alcoholes, varios estudios clínicos reportaron datos de actividad entre 15 y 30 segundos de lavado de manos.

Comparada con la iodopovidona tiene menor disminución en el conteo microbiano pero mayor persistencia. El G.C. tiene una fuerte afinidad con la piel, la actividad química permanece por lo menos seis horas.

La actividad del G.C. depende del pH (5.5 a 7), sin embargo, es neutralizada en presencia de surfactantes no iónicos, aniones inorgánicos (fosfato, nitrato o cloro) y otras sustancias presentes en el agua corriente y en preparaciones de cremas para manos y jabones neutros. Por esta razón la actividad del G.C. es fórmula dependiente y cuando se adquiere el G.C. se debe tener en cuenta la formulación. Entre el 2 y el 4% mostró buena efectividad; formulaciones con menor concentración tienen un efecto antimicrobiano más débil⁸.

Los alcoholes con G.C. al 0,5% parecen combinar la acción rápida del alcohol y la persistencia del G.C. y esto parece ofrecer una combinación antiséptica deseable.

El G.C. debe ser almacenado a temperatura ambiente, ya que altas temperaturas, o muy bajas, pueden abolir su efecto. La vida media en envases adecuados es de un año.

El G.C. es resistente al lavado y si se utilizan clorados en el proceso de lavado de ropa, aparece en la misma un manchón como resultado de la reacción química entre ambos agentes.

Esto puede solucionarse eliminando los clorados en el lavado de la ropa y utilizar en su lugar una solución a base de peróxido, como el perborato de sodio.

El pre-tratamiento de la ropa con una dilución al 1% de ácido hidrociorhídrico o ácido oxálico elimina o reduce la mancha si el cloro se usa en los siguientes lavados.⁹

5.5.3.3. Iodóforos (I.)

Los productos que contienen yodo y son utilizados en preparaciones para el lavado de manos antiséptico y quirúrgico son los iodóforos. Los iodóforos son complejos que consisten en yodo y un (carrier) tal como la Polivynilpyrrolidona (PVP o povidona).

Esta combinación aumenta la solubilidad del yodo y le provee un reservorio de yodo.

El término "yodo libre" significa la cantidad de yodo en la solución, y "yodo disponible" indica exento de reservorio de yodo. La concentración de yodo libre es el mayor factor químico y microbiológico en la actividad de los iodóforos. Una solución de iodopovidona al 10% contiene 1% de yodo disponible y libera (yodo libre) para proveer un nivel a equilibrio de aproximadamente 1 ppm (parte por millón). Se recomiendan niveles de yodo libre para los antisépticos de 1 a 2 mg/l. Los niveles de yodo libre inferiores a 1 ppm se asociaron con contaminación durante la fabricación.¹⁰

El efecto antimicrobiano de los iodóforos es similar al del yodo, y resultan de la penetración de la pared celular, oxidación, y sustitución del contenido microbiano con el yodo libre.

El espectro de actividad es muy amplio: es efectivo contra bacterias gram positivas y gram negativas, bacilo de la tuberculosis, hongos y virus. Los iodóforos son rápidamente neutralizados en presencia de sangre o esputo.

Con relación a su efecto tóxico, produce irritación de la piel y alergias en personas sensibles. Puede ocurrir absorción cuando se lo utiliza en membranas mucosas o por punción en piel, con la posible inducción al hipotiroidismo en neonatos.

La iodopovidona (IP) es el iodóforo más usado; formulaciones del 7,5% son las más adecuadas para el lavado de manos; concentraciones menores también han demostrado tener una buena actividad microbica, porque la cantidad de yodo libre se incrementa en soluciones más diluidas. Otras presentaciones incluyen soluciones no jabonosas del 10% hasta el 2%.

5.5.3.4 Compuestos fenólicos.

Los compuestos fenólicos tienen una variedad de aplicaciones antimicrobianas. Son usados como ingredientes activos en jabones germicidas, lociones y antisépticos, y como preservantes en productos cosméticos.

Tienen amplio espectro de acción bacteriana, incluyendo bacterias gram positivas y gram negativas, hongos, virus y micobacterias. No se inactiva con materia orgánica y poseen gran actividad residual; además, son biodegradables.

En altas concentraciones mostraron ser tóxicos como antisépticos y desinfectantes, por lo tanto, no se recomienda su uso cuando la dilución depende del usuario.

Los dos compuestos fenólicos utilizados actualmente en los hospitales son el PCMX y el triclosan.¹¹

5.5.3.5 Paracloro metaxilenol (PCMX)

Su acción microbiana es producida porque actúa en la pared de la célula microbiana por disrupción e inactivación de enzimas. Es menos activo que el G.C. y tiene una buena actividad contra bacterias gram positivas pero resulta poco activo para bacterias gram negativas.

Tiene poca actividad contra la *Pseudomona aeruginosa*, el bacilo de la tuberculosis, algunos hongos y virus.

Varios estudios en diferentes concentraciones de PCMX han mostrado ser menos efectivos que el G.C. y los iodóforos en reducir la flora microbiana de la piel.

Produce poca sensibilización de la piel, la rapidez de acción es intermedia (igual que el G.C.) y su efecto persistente es de pocas horas. Es activo en pH alcalino pero se neutraliza con surfactantes no iónicos. Por esta razón el PCMX, como el G.C., tiene actividad fórmula dependiente.¹²

Se inactiva muy poco en presencia de materia orgánica. Existen numerosos productos para lavado de manos en concentraciones del 0,5% al 3,75%.

5.5.3.6 Triclosan.

Su actividad microbiana deriva de la disrupción de la pared celular microbiana. Es de amplio espectro, con buena actividad contra bacterias gram positivas y la mayoría de las bacterias gram negativas. Hay poca información disponible con relación a su actividad contra virus y parece tener poca actividad fungicida.

El triclosan se absorbe en la piel intacta pero no es alergénico ni mutagénico. La rapidez en el efecto de acción microbiana es intermedia y su actividad es mínimamente afectada por materia orgánica. Ha sido testado en concentraciones del 0,3% al 2%.

En un estudio se encontró que una formulación del 0,3% de triclosan fue menos efectiva que el G.C. al 4%, mientras otro estudio mostró que 1% de triclosan fue superior. Se utiliza en concentraciones del 1% en jabones para el baño de pacientes y lavado de manos. Concentraciones más altas requieren mayores estudios a los efectos de evaluar su acción en el cuidado de la salud.

Con relación al hexaclorofeno y los amonios cuaternarios, por su pobre efecto, no se consideran adecuados para el lavado de manos antiséptico o quirúrgico.¹³

5.6 ESPECTRO DE ACTIVIDAD BACTERICIDA DE LAS SUBSTANCIAS ANTISEPTICAS.

Las diferentes sustancias antisépticas utilizadas a nivel mundial para el lavado de las manos tienen diferente espectro para los microorganismos, así como su actividad residual, algunas pueden producir reacciones alérgicas.

CUADRO N° 2

ESPECTRO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS AGENTES ANTISÉPTICOS UTILIZADOS PARA LA HIGIENE DE MANOS							
Grupo	Gram +	Gram -	Mycobacterias	Hongos	Virus	Tiempo de acción	Comentarios
<u>Alcohol</u>	+++	+++	+++	+++	+++	Inmediato	Actividad máxima de concentración de 60 a 90 % Ninguna actividad residual
<u>Clorhexidine</u> (2 % a 4 %)	+++	++	+	+	+++	Intermedio	Actividad residual Reacción alérgica rara
Compuestos yodados	+++	+++	+++	++	+++	Intermedio	Induce quemaduras cutáneas. Muy irritante para ser utilizado en la higiene de manos.
<u>Iodophores</u>	+++	+++	+	++	++	Intermedio	Menos irritante que los compuestos yodados Tolerancia variable
Derivados fenoles	+++	+	+	+	+	Intermedio	Actividad neutralizante para los surfactantes no ionizados
<u>Triclosan</u>	+++	++	+	-	+++	Intermedio	Aceptabilidad variable

<u>Amonios cuaternarios</u>	+	++	-	-	+		Utilizar Únicamente en combinación con un derivado alcohol Impacto sobre el medio ambiente
Actividad: (+++) excelente; (++) buena, menos no incluye todo el espectro microbiano; (+) suficiente; (-) ausencia de actividad o actividad insuficiente.							

5.7. ¿CUÁNDO DEBEMOS LAVARNOS LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN ANTISÉPTICO?

Se recomienda, en el entorno hospitalario, lavarse las manos cuando éstas se hallen visiblemente sucias o contaminadas con material proteínáceo, o se hallen manchadas con sangre o con otros líquidos biológicos. A la vez, no hay que olvidarse del lavado antiséptico de manos en las siguientes circunstancias: ¹⁴

- Antes del iniciar y al finalizar la jornada laboral en el centro sanitario.
- Antes y después de preparar, repartir o servir alimentos.
- Antes y después de comer.
- Después de ir al cuarto de baño.
- Luego de sonarse, estornudar, toser.
- Cuando las manos se hallen visiblemente sucias. ¹⁵

Para asegurar un buen lavado de manos, hay un pre-requisito para que la piel luzca intacta y suave, es importante:

- Tener disponible una buena crema de manos y usarla frecuentemente.
- Que las soluciones alcohólicas para asepsia de las manos tengan un buen emoliente.
- Las cremas no deben ser usadas con las manos sucias o contaminadas

Las joyas de los dedos y muñecas deben retirarse antes de la atención de los pacientes.

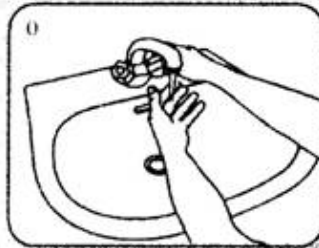
El lavado de manos no remueve bacterias bajo las joyas, especialmente debajo de los anillos, allí las bacterias se acumulan durante el día con la frecuente atención de los pacientes.

Las uñas deben estar cortas y sin esmalte. Los gérmenes se desarrollan y acumulan debajo de las uñas largas. Con relación al esmalte se encontró un solo estudio publicado sobre el desarrollo de gérmenes en uñas con esmaltes. Si bien en este estudio se concluye, que con el esmalte intacto los gérmenes no se desarrollan, esto es muy difícil de controlar, por lo tanto, no se recomienda su uso. Las uñas artificiales o acrílicas no deben ser usadas.¹⁶

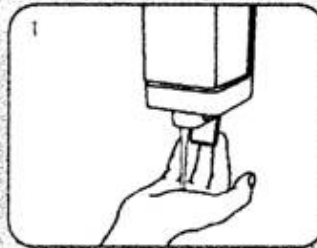
Éstas pueden albergar gran número de microorganismos y dificultar el lavado de manos efectivo. Gran número de bacterias gram negativas fueron cultivadas de las uñas artificiales antes y después de lavarse las manos. Numerosos reportes de cosmetología encontraron que entre las uñas artificiales y las naturales se desarrollan hongos resultantes de la humedad que queda atrapada bajo las mismas.

Las cutículas se deben cuidar igual que la piel de las manos, ya que las bacterias pueden desarrollarse debajo o alrededor de las mismas.¹⁷

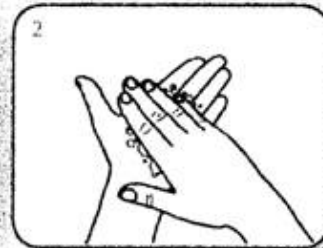
Técnica de lavado de las manos con agua y jabón



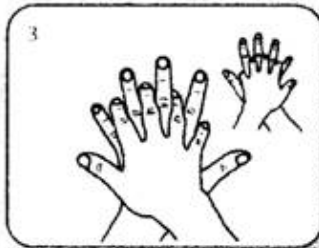
Mójese las manos con agua



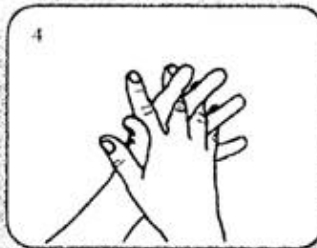
Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos



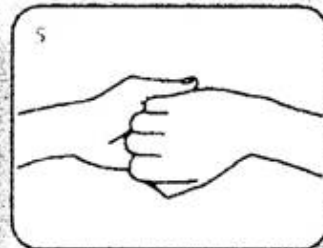
Frótese las palmas de las manos entre sí



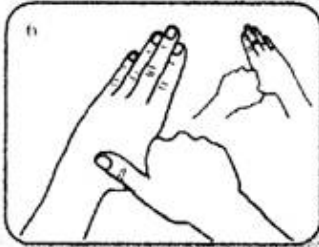
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa



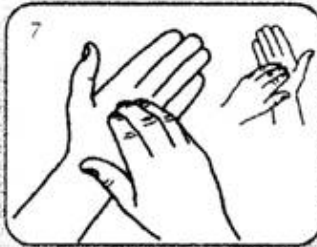
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados



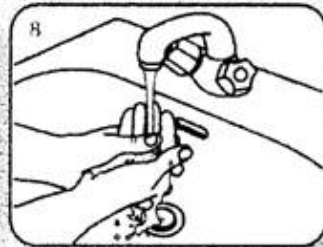
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos



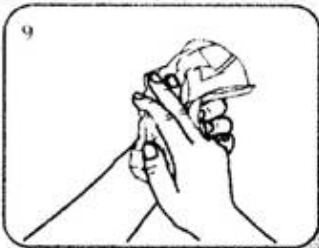
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa



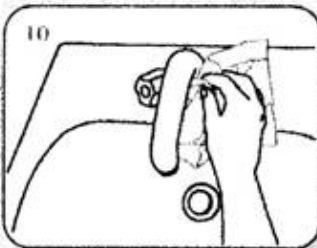
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa



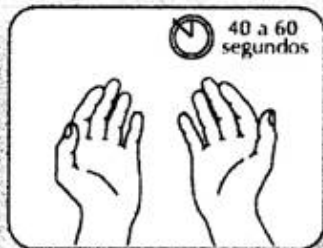
Enjuáguese las manos con agua



Séqueselas con una toalla de un solo uso



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo



...y sus manos son seguras.

5.8 CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE HIGIENE DE LAS MANOS.

La mayor parte de las defunciones y del sufrimiento causados por las infecciones relacionadas con la atención sanitaria pueden evitarse. Existen ya prácticas baratas y sencillas para prevenirlas. Sin embargo, el cumplimiento de las normas de higiene de las manos es muy escaso en todo el mundo, por lo que los gobiernos deberían velar por que el fomento de dicha higiene reciba la atención y los fondos suficientes para que resulte eficaz.¹⁸

Hace años que se dispone de medidas para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Lamentablemente, por diversas razones no se han aplicado; una de ellas es la deficiente formación y observancia en materia de prácticas de higiene de las manos de eficacia demostrada.

La falta de medidas de control de las infecciones favorece la propagación de los microorganismos patógenos, que puede ser especialmente importante en los brotes epidémicos, y los establecimientos sanitarios actúan a veces como multiplicadores de la enfermedad, lo cual repercute en la salud tanto hospitalaria como comunitaria. La aparición de infecciones potencialmente mortales, como el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), las fiebres hemorrágicas víricas (infecciones por los virus del Ebola y de Marburgo) y el riesgo de una nueva pandemia de gripe subrayan la necesidad urgente de aplicar prácticas eficaces de control de las infecciones en la atención de salud.

5.9 FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS RECOMENDADAS DE HIGIENE DE LAS MANOS.

5.10. TIPOS DE LAVADO DE MANOS.

5.10.1. LAVADO DE MANOS HIGIÉNICO O RUTINARIO.

MATERIAL:

- Jabón neutro.
- Cepillo.
- Toalla de papel.

TECNICA:

Duración 1 minuto.

Mojar las manos y los dedos.

Enjabonarse frotando todos los espacios interdigitales y uñas.

Aclarar con abundante agua.

Secado con toalla de papel.

Cerrar el grifo con otra toalla de papel.¹⁹

5.10.2. LAVADO ANTISÉPTICO ASISTENCIAL.

MATERIAL:

- Jabón antiséptico: Povidona jabonosa/ Clorhexidina jabonosa.
- Cepillo uñas estéril.
- Toalla de papel.

TECNICA:

Duración 1 minuto.

Mojar las manos y los dedos.

Enjabonarse frotando todos los espacios interdigitales y uñas.

Aclarar con abundante agua.

Aplicar nuevamente antiséptico.

Aclarar con abundante agua.

Secado con toalla de papel.

Cerrar el grifo con otra toalla de papel. ¹⁹

5.10.3. LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO.

MATERIAL:

- Jabón antiséptico: Povidona jabonosa/Clorhexidina jabonosa.
- Cepillo uñas estéril.
- Toalla desechable estéril.

TECNICA DE LAVADO:

Duración mínima 3 minutos.

Lavarse las manos y antebrazos con antiséptico (Povidona o Clorhexidina).

Aclarado con agua.

Cepillado de uñas con cepillo estéril durante, al menos, 30 segundos cada mano.

Aclarado con agua.

Enjabonarse de nuevo con jabón las manos y los antebrazos.

Aclarado desde las puntas de los dedos hasta llegar a la altura del codo.

Secado con toalla estéril mediante aplicaciones. No se deberá frotar.²⁰

5.10.4. ASPECTOS A OBSERVAR EN EL LAVADO DE MANOS.

- Se recuerda que la posición correcta consiste en mantener manos más altas que los brazos.
- La apertura y cierre del grifo debe ser de codo o pedal, para evitar manipulaciones después del correcto lavado de manos.
- Las manos deben secarse perfectamente, ya que la humedad es un medio de cultivo excelente para los microorganismos.
- Las uñas se deben llevar cortas y sin barniz.
- Durante toda la jornada de trabajo, las manos deben estar libres de anillos, pulsera, ya que en estos lugares se acumula una mayor cantidad de microorganismos y su eliminación resulta más difícil.

21

5.11. FACTORES QUE INCIDEN EN EL INCUMPLIMIENTO DE LA TECNICA DE LAVADO DE MANOS.

5.11.1. FACTORES DE RIESGO DE INCUMPLIMIENTO OBSERVADOS.

- Trabajar en cuidados intensivos.
- Trabajar durante la semana (frente al fin de semana)
- Usar bata/guantes.
- Lavabos automáticos.
- Actividades con alto riesgo de transmisión cruzada.
- Falta de personal o congestión.
- Frecuente necesidad de la higiene de las manos por hora de atención a pacientes.
- Ser ayudante de enfermería (en lugar de enfermera)
- Ser médico (en lugar de enfermera) ²³

5.11.2. FACTORES DE INCUMPLIMIENTO.

- ❖ Productos para el lavado de las manos que causan irritación y sequedad.
- ❖ Lavabos escasos o mal situados.
- ❖ Falta de jabón, papel o toallas.
- ❖ A menudo demasiado ocupado o con poco tiempo.
- ❖ El paciente debe tener prioridad.
- ❖ La higiene de las manos interfiere la relación entre el profesional sanitario y el paciente.
- ❖ Bajo riesgo de contraer infecciones.
- ❖ contagiadas por los pacientes.
- ❖ Uso de guantes o creencia de que dicho uso hace innecesaria la higiene de las manos.
- ❖ Desconocimiento de las directrices y los protocolos.
- ❖ No pensar en ello, olvidarlo.

- ❖ Ausencia de modelos de actuación por parte de colegas o superiores.
- ❖ Escepticismo respecto a la utilidad de la higiene de las manos.
- ❖ Desacuerdo con las recomendaciones.
- ❖ Falta de información científica acerca del impacto real de una mejor higiene de las manos en las tasas de infecciones asociadas a la atención sanitaria.²⁴

5.11.3. OTRAS BARRERAS PERCIBIDAS A UNA ADECUADA HIGIENE DE LAS MANOS²⁵.

- Ausencia de participación activa en el fomento de la higiene de las manos a nivel individual o institucional.
- Ausencia de modelos de actuación para la higiene de las manos.
- Ausencia de prioridad de la higiene de las manos en el centro.
- Ausencia de sanciones administrativas a los incumplidores y de recompensas a los cumplidores.
- Ausencia de un clima de seguridad Institucional.

5.12. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS, SOBRE LAS TÉCNICAS DE LAVADO DE MANOS.

Se adapta del modo siguiente el sistema CDC/HICPAC de clasificación de las recomendaciones para la antisepsia de las manos:

CATEGORÍA IA.

Se aconseja vivamente su aplicación y están sólidamente respaldadas por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.

CATEGORÍA IB.

Se aconseja vivamente su aplicación y están respaldadas por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por sólidos fundamentos teóricos.

CATEGORÍA IC.

Deben aplicarse porque lo exigen reglamentos o normas federales o de los estados.

CATEGORÍA II.

Se propone su aplicación y están respaldadas por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos, fundamentos teóricos o el consenso de un grupo de expertos.²⁵

5.13. BENEFICIOS DE UNA MEJOR HIGIENE DE LAS MANOS.

¿Puede el fomento de la higiene de las manos ayudar a reducir la carga de infecciones relacionadas con la atención sanitaria?

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

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

Los efectos beneficiosos del fomento de la higiene de las manos sobre el riesgo de transmisión cruzada están también presentes en las escuelas, los centros de día y el ámbito comunitario. El fomento de la higiene de las manos mejora la salud infantil porque reduce la incidencia de infecciones

de las vías respiratorias altas, diarreas e impétigo en los niños del mundo en desarrollo.²⁶

5.14. ¿ES RENTABLE EL FOMENTO DE LA HIGIENE DE LAS MANOS?

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

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

27

Una sola infección grave del sitio quirúrgico, de las vías respiratorias inferiores o de la sangre puede costarle al hospital más que todo el presupuesto anual de antisépticos para la higiene de las manos. En una unidad de cuidados intensivos neonatales el costo de una infección nosocomial hemática (US\$ 1100) cubriría 3265 días-paciente de uso de antiséptico para las manos (US\$ 0,34 por día-paciente).¹¹

En esa unidad, bastaría con que la preparación alcohólica para fricción de las manos previniera sólo 8,5 neumonías o 3,5 infecciones hemáticas anuales para que resultara rentable aplicarla a la higiene de las manos. El ahorro obtenido al reducir la incidencia de infecciones bacterianas multirresistentes supera con mucho el costo adicional de promover el uso

de productos de higiene de las manos como las preparaciones alcohólicas para fricción.²⁸

CAPITULO VI

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se desarrolló fue de carácter descriptivo-observacional, en el que se enfatizó el grado de cumplimiento del lavado de manos del personal de salud.

El estudio se realizó a través de la observación de las personas involucradas en el tema de estudio, en cuyo caso se recolectó la información realizando visitas a las unidades de Cirugía y Gineco-Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila en donde se aplicó la observación a cada involucrado, en un tiempo límite de 30 minutos, tiempo durante el cual se llenó los formularios diseñados para este estudio logrando así obtener la información de manera directa. Para ello fue importante utilizar de manera adecuada la técnica visual y la técnica de un correcto manejo de la información.

Se consideró adecuado si existe:

1. Formación de espuma suficiente.
2. Frotación de manos de 15 segundos y 59 segundos, de 60 segundos o más.
3. Secado de manos con toalla de papel.
4. El jabón es líquido.
5. Las uñas son cortas y sin barniz.
6. Cierra el grifo con otra toalla de papel.
7. No utiliza anillos y pulseras durante la jornada de trabajo.

6.2 AREA DE ESTUDIO.

El Hospital Teófilo Dávila se encuentra ubicado en la ciudad de Machala, en la zona noreste. Dentro del Area 2 que cubre la Jefatura de salud de El Oro.

Hoy en día, el hospital Teófilo Dávila cuenta con 9.091.50 mts² de construcción, 220 camas, 10 quirófanos y 14 consultorios. Abarca la zona delimitada por las calles Boyaca, Tarquí, Junín y Guabo.

Por su ubicación, por preparación de sus recursos profesionales y con la tecnología de diagnóstico y tratamiento que posee, se viene a constituir en el hospital general de referencia de nivel provincial, y de poblaciones que limitan con la provincia, como lo son Guayas, Cuenca, Loja e inclusive de la república del Perú.

Dispone de los siguientes Departamentos en Hospitalización:

- Gineco Obstetricia,
- Pediatría,
- Neonatología,
- Cirugía,
- Traumatología,
- Medicina Interna,
- Unidad de Cuidados Intensivos,
- Unidad de Quemados,

Además de las áreas de consulta externa y emergencia.

CIRUGIA:

Personal: 44 trabajadores de la Salud (Médicos, Enfermeras, Internos y Auxiliares)

Camas: 33

GINECO-OBSTETRICIA

Personal: 49 trabajadores de la Salud (Médicos, Enfermeras, Internos y Auxiliares)

Camas: 47

Ambos servicios cuentan con agua potable y un lavabo en cada sala de hospitalización.

En la actualidad se desempeña en las funciones de Director, el Dr. Mateo Noblecilla.

6.3 UNIVERSO

Por tratarse de áreas específicas como son los servicios de Cirugía y Gineco-Obstetricia, se consideró al universo en su totalidad ya que es fundamental conocer el comportamiento real de cada uno de los involucrados; incluyó a médicos tratantes, médicos residentes, personal de enfermería, internos, y auxiliares.

6.4 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizó con el programa Excel 2007. El análisis e interpretación de los datos se realizó por medio de frecuencias y se presenta en gráficos y cuadros.

Se identificó que porcentaje del universo tomado cumple a cabalidad el adecuado proceso de lavado de manos.

6.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos fue realizada por el equipo investigador, en base a la observación que duró treinta minutos por individuo estudiado, la misma que fue

documentada en formularios validados en los que constan las variables a ser estudiadas. La observación fue no participativa, con una duración de dos meses.

6.6 NORMAS ÉTICAS

Considerando la importancia que tiene este estudio para el cuidado de los pacientes, se consideró inoportuno solicitar el consentimiento informado a quienes fueron observados, por lo tanto no se solicitó el permiso a las autoridades de los hospitales en los cuales se trabajó porque los resultados no serían fidedignos.

CAPITULO VII

7. RESULTADOS

7.1 DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

7.1. 1 CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO:

La población estudiada en el área de Cirugía correspondió a 44 trabajadores, los cuales se distribuyeron según ocupación y sexo de la siguiente manera:

Se encontró 24 hombres (54.55%), y 20 mujeres (45,45%). De los 24 hombres, 12 (50%) fueron tratantes, 6 (25%) fueron residentes, 4 (16.67%) internos, 1 (4.17%) enfermero y 1 (4.17%) auxiliar de enfermería. De las 20 mujeres, 9 (45%) son auxiliares de enfermería, 7 (35%) fueron internas, 3 (15%) fueron enfermeras, 1 (5%) fue tratante. La asociación de estas dos variables fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 23,3553$ $p < 0.0001$.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR OCUPACION Y SEXO EN EL AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

CUENCA 2008.

OCUPACION	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N=24	54,55%	N=20	45,45%	N°	%
TRATANTE	12	50	1	5	13	29,5
RESIDENTE	6	25	0	0	6	13,6

INTERNO	4	16,67	7	35	11	25
ENFERMERA	1	4,17	3	15	4	9,1
AUXILIAR	1	4,17	9	45	10	22,7
TOTAL	24	100	20	100	44	100

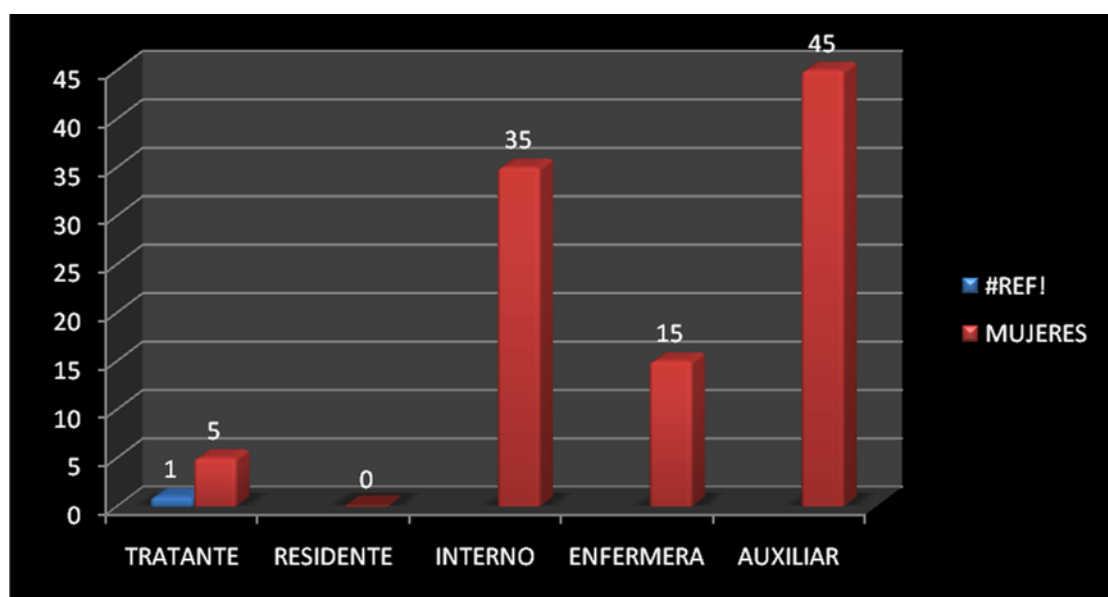
Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR OCUPACION Y SEXO EN EL AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

CUENCA 2008.



Fuente: Cuadro N° 3.

Elaborado por: Autoras

7.1.2 LAVADO DE MANOS POR SEXO:

De los sujetos observados se encontró 7 (15,9%) se lavan las manos y 37(84,09%) no se lavan las manos.

De los 24 hombres (54,45%) se encontró que 3 (12,5%) si se lavan las manos y 21 (87,5) no lo hacen. De las 20 mujeres (45,5%) se encontró que 4 (20%) si se lavan las manos y 16(80%) no lo hacen. Lo que significa que la mayoría de los hombres y mujeres no se lava las manos. La asociación de estas dos variables no fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 0,4570$, $p=0.4991$.

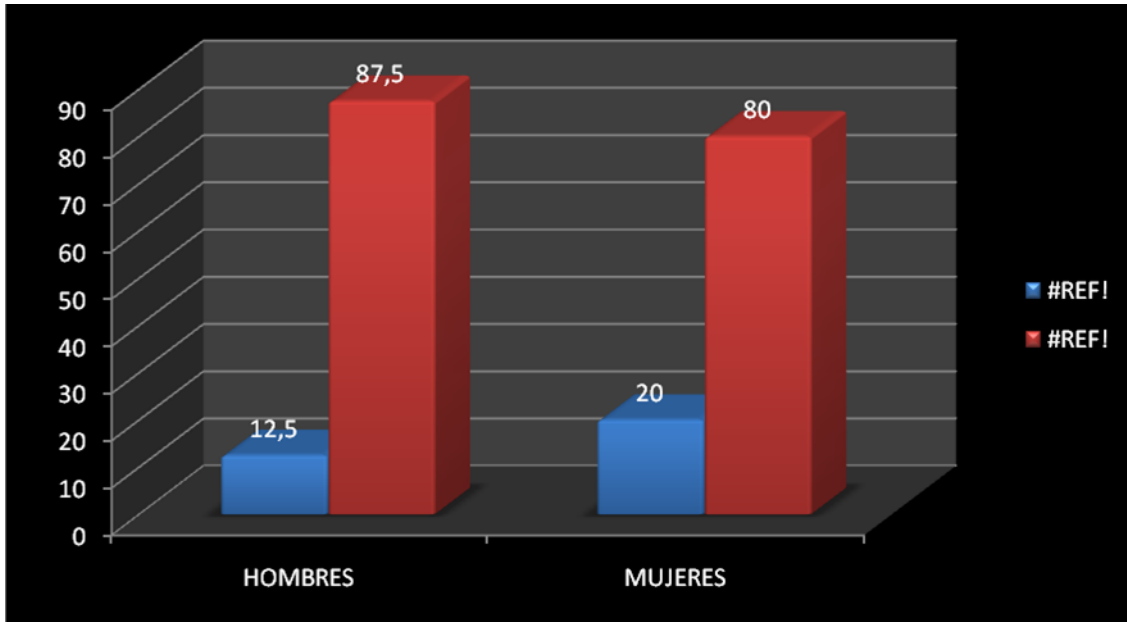
CUADRO N° 4
FRECUENCIA DE LAVADO DE MANOS SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE
SALUD EN EL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.
CUENCA 2008.

LAVADO DE MANOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	N=24	54.5%	N=20	45.5%	N=44	100%
SI SE LAVA	3	12,5	4	20	7	15.9
NO SE LAVA	21	87.5	16	80	37	84.09
TOTAL	24	100	20	100	44	100

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

GRÁFICO N° 2
FRECUENCIA DE LAVADO DE MANOS SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE
SALUD EN EL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.
CUENCA 2008.



Fuente: Cuadro N° 4

Elaborado por: Autoras

7.1.3 LAVADO DE MANOS POR OCUPACIÓN:

De los 7 sujetos (15,91%) que se lavaron las manos, corresponde en igual porcentaje (28,6%) a residentes e internos, seguidos por tratantes, enfermeras y auxiliares con un porcentaje de 14,3%. La asociación de estas dos variables no fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 2.5683$, $p=0.6324$.

CUADRO N° 5

FRECUENCIA DE LAVADO DE MANOS SEGÚN OCUPACIÓN EN EL PERSONAL DEL AREA DE CIRUGIA EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. CUENCA 2008.

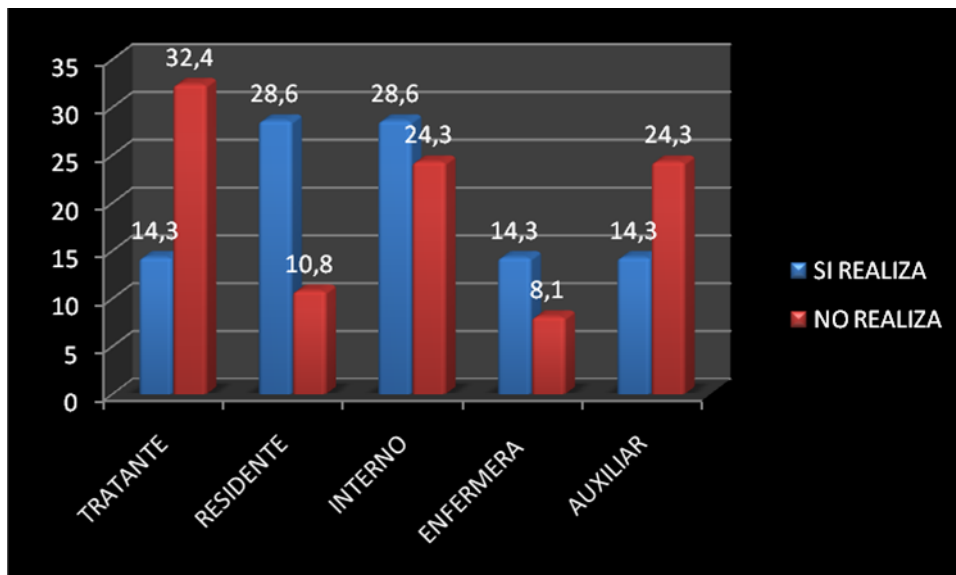
OCUPACIÓN	LAVADO DE MANOS			
	SI REALIZA		NO REALIZA	
	N=7	15.91%	N=37	84.09%
TRATANTE	1	14,3	12	32,4
RESIDENTE	2	28,6	4	10,8
INTERNO	2	28,6	9	24,3
ENFERMERA	1	14,3	3	8,1

AUXILIAR	1	14,3	9	24,3
TOTAL	7	100,0	37	100,0

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

GRÁFICO N° 3
FRECUENCIA DE LAVADO DE MANOS SEGÚN OCUPACIÓN EN EL
PERSONAL DEL AREA DE CIRUGIA EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.
CUENCA 2008.



Fuente: Cuadro N° 5

Elaborado por: Autoras

7.1.4 APLICACIÓN DE TÉCNICA ADECUADA EN EL LAVADO DE MANOS.

Sujetos observados: 7 (100%)

Se encontró que el 100% no aplican la técnica adecuada de lavado de manos.

7.1.5 USO DE JABÓN EN BARRA PARA EL LAVADO DE MANOS.

Sujetos observados: 7 (100%)

Se observó que 3(42,86%) se lavaron las manos con el jabón en barra de estos 2 (66.67%) corresponden a internos, 1(33,33%) residente. Los 4(57,14%) restantes no se lavaron las manos con jabón en barra, siendo un 25% tratantes, residentes, enfermeras y auxiliares cada uno.

La asociación de estas dos variables no fue estadísticamente significativa, Chi 2 = 4,9583, p= 0.2916.

CUADRO N° 6

FRECUENCIA DEL USO O NO DE JABON EN BARRA PARA EL LAVADO DE MANOS SEGÚN OCUPACIÓN DEL AREA DE CIRUGIA EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

CUENCA 2008.

OCUPACIÓN DEL PERSONAL	USO DE JABON EN BARRA			
	SI		NO	
	N=3	42.86%	N=4	57.14%
TRATANTE	0	0	1	25
RESIDENTE	1	33,33	1	25
INTERNO	2	66,67	0	0
ENFERMERA	0	0	1	25
AUXILIAR	0	0	1	25
TOTAL	3	100	4	100

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

7.1.6 EMPLEO DE JABÓN ANTISÉPTICO.

De los 7 trabajadores de Salud que se lavaron las manos ninguno usó jabón antiséptico.

7.1.7 EMPLEO DE OTROS JABONES

Se encontró que 4(57,14%) utilizaron detergente de ropa o crema lavaplatos, de los cuales 1 (25%) fue tratante, 1 (25%) fue residente, 1 (25%) fue enfermera, 1(25%) fue auxiliar. La asociación de estas dos variables no fue estadísticamente significativa, Chi $2 = 4,9583$; $p=0,2916$.

CUADRO N° 7

FRECUENCIA DEL USO DE DETERGENTE O LAVAPLATOS PARA EL LAVADO DE MANOS SEGÚN OCUPACIÓN DEL PERSONAL DEL AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. CUENCA 2008.

OCUPACIÓN DEL PERSONAL	USO DE DETERGENTE O LAVAPLATOS			
	SI		NO	
	N=4	57.14%	N=3	42.86%
TRATANTE	1	25	0	0
RESIDENTE	1	25	1	33,33
INTERNO	0	0	2	66,67
ENFERMERA	1	25	0	0
AUXILIAR	1	25	0	0
TOTAL	4	100	3	100

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

7.1.8 DISPONIBILIDAD DE JABÓN PARA EL LAVADO DE MANOS

Los 44(100%) trabajadores de la salud del área de cirugía contaron con algún tipo de jabón para el lavado de manos.

7.1.9 DISPONIBILIDAD DE UN LAVABO CERCANO PARA EL LAVADO DE MANOS.

Los 44(100%) trabajadores de la salud del área de cirugía contaron con un lavabo cercano.

7.1.10 DISPONIBILIDAD DE TIEMPO PARA EL LAVADO DE MANOS.

Los 44(100%) trabajadores de la salud del área de cirugía contaron con tiempo suficiente para aplicar una adecuada técnica para el lavado de manos.

7.1.11 TIPO DE SECADO SEGÚN OCUPACIÓN.

De los 7 trabajadores de Salud que se lavaron la manos, 3 (42,85%) se secaron al aire, de estos corresponde en igual porcentaje 33,33% a Tratantes, residentes e internos. Con toalla común se secaron 3 (42,85%) de estos corresponden a un 33,33% residentes, internos y auxiliares. El mandil lo utilizó 1(14,29%) interno. La asociación de estas variables no fue estadísticamente significativa. Chi 2: 7; p=0,5366.

CUADRO N° 8
FRECUENCIA DE TIPOS DE SECADO EN RELACIÓN A OCUPACIÓN DEL
PERSONAL QUE LABORA EN EL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
TEÓFILO DÁVILA.
CUENCA 2008.

CARGO	AIRE		TOALLA COMÚN		MANDIL	
	N=3	42,85%	N=3	42,85%	N=1	14,29%
TRATANTE	1	33,3	0	0	0	0

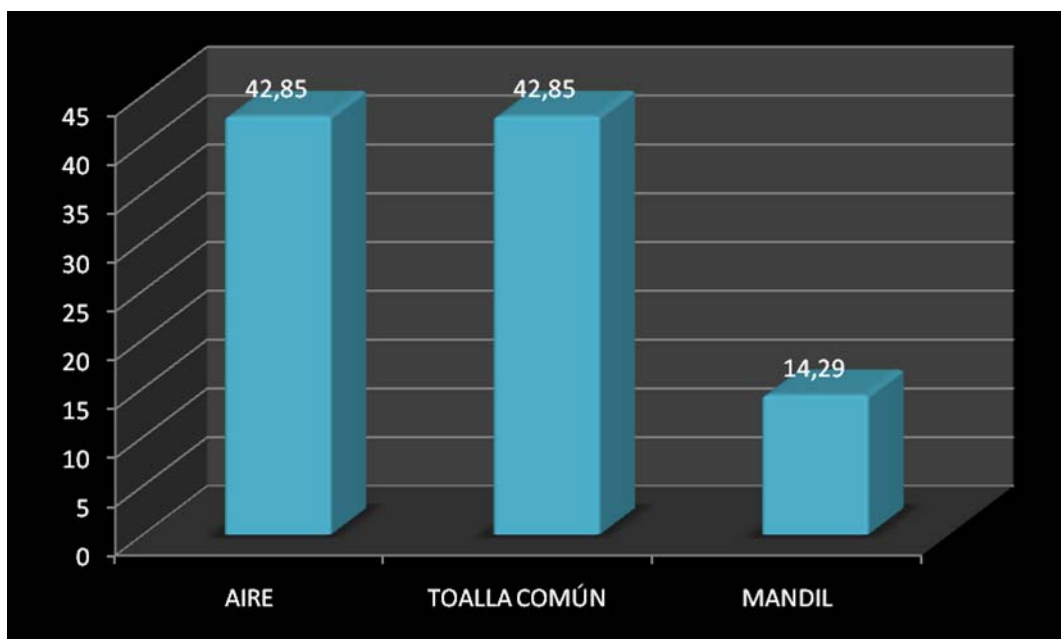
RESIDENTE	1	33,3	1	33,3	0	0
INTERNO	1	33,3	0	33,3	1	100
ENFERMERA	0	0	1	0	0	0
AUXILIAR	0	0	1	33,3	0	
TOTAL	3	100	3	100	1	100

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autores

GRAFICO N° 4

FRECUENCIA DE TIPOS DE SECADO EN RELACIÓN A OCUPACIÓN DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL AREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. CUENCA 2008.



Fuente: Cuadro N° 8

7.1.12 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR LOS TRATANTES.

El único tratante (100%) que se lavó las manos lo hizo una vez antes de un procedimiento y tres veces luego de realizar una intervención médica.

7.1.13 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR LOS RESIDENTES.

Los 2 residentes que se lavaron las manos lo realizaron luego del procedimiento médico.

7.1.14 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR LOS INTERNOS.

Los 2 internos que se lavaron las manos lo hicieron después de realizar algún procedimiento.

7.1.15 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

El único trabajador del personal de enfermería (100%) que se lavó las manos lo hizo luego de realizar un procedimiento.

7.1.16 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL PERSONAL DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

El auxiliar de enfermería (100%) que se lavó las manos lo hizo luego de realizar un procedimiento.

7.2 DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTERICIA

7.2.1 CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO:

La población estudiada en el área de Gineco – Obstetricia correspondió a 49 trabajadores, los cuales se distribuyeron según ocupación y sexo de la siguiente forma:

Se encontró 18 hombres (36.73%), y 31 mujeres (63,27%). De los 18 hombres, 7 (38.89%) fueron tratantes, 3 (16,67%) fueron residentes, 8 (44.44%) internos. De las 31 mujeres 15 (48.39%) correspondió a auxiliares de enfermería, 8 (25.81%) correspondió a enfermeras, 5 (16.13%) fueron internas, y 3 (9.68%) fueron tratantes. La asociación de estas dos variables fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 26.7244$, $p < 0.001$.

CUADRO N° 9

DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR OCUPACION Y SEXO EN EL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

CUENCA 2008.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
--	----------------	----------------	--------------

OCUPACIÓN	N=18	36,73%	N=31	63,27%	N=49	100%
TRATANTE	7	38,89	3	9,68	10	20,41
RESIDENTE	3	16,67	0	0,00	3	6,12
INTERNO	8	44,44	5	16,13	13	26,53
ENFERMERO	0	0	8	25,81	8	16,33
AUXILIAR	0	0	15	48,39	15	30,61
TOTAL	18	100	31	100	49	100

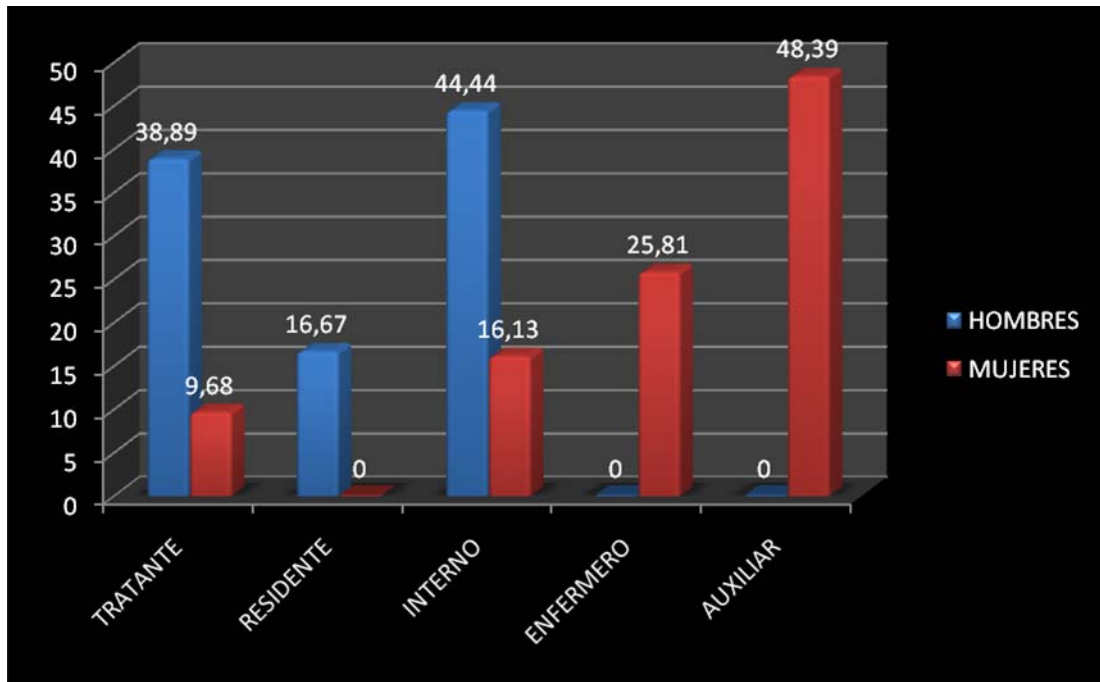
Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

GRAFICO N° 5

**DISTRIBUCION DEL PERSONAL POR OCUPACION Y SEXO EN EL AREA
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.**

CUENCA 2008.



Fuente: Cuadro N° 9
Elaborado por: Autoras

7.2.2 LAVADO DE MANOS POR SEXO:

De los sujetos observados se encontró 13 (26,53%) se lavan las manos y 36 (73,47%) no se lavan las manos.

De los 18 hombres (36,73%) se encontró que 9 (50%) si se lavan las manos y 9 (50%) no lo hacen. De las 31 mujeres (63,27%) se observó que 4 (12,9%) si se lavan las manos y 27 (87,1%) no lo hacen. Lo que significa que la mayoría de las mujeres no se lavan las manos. La asociación de estas dos variables fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 7,90$ $p=0.0049$.

CUADRO N° 10
FRECUENCIA DE LAVADO DE MANOS SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE
SALUD EN EL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
TEÓFILO DÁVILA. CUENCA 2008.

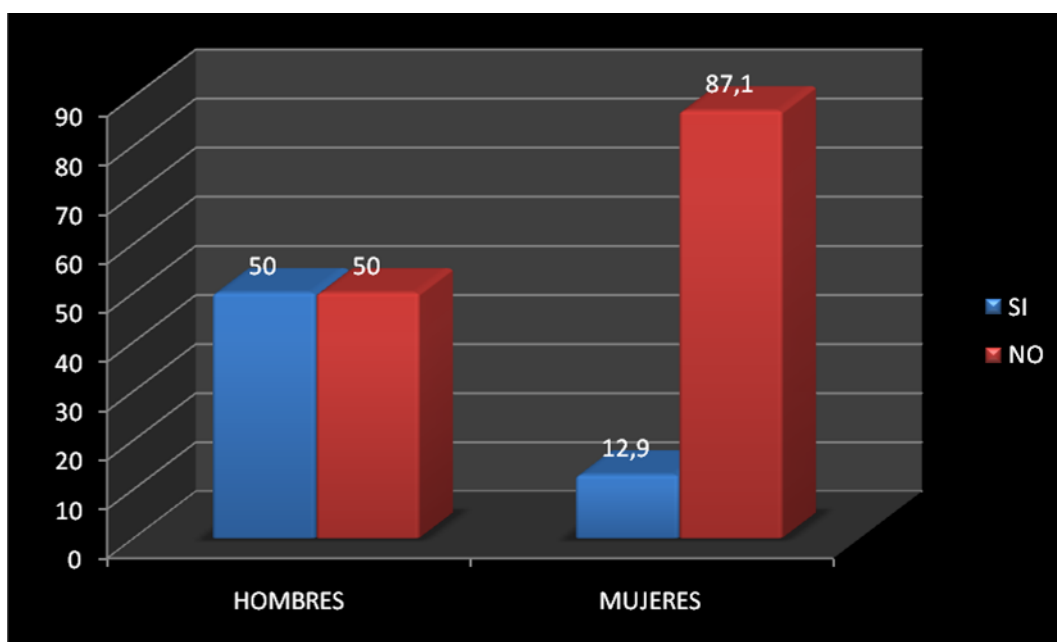
	HOMBRES		MUJERES		TOTALES	
LAVADO DE MANOS	N=18	36.73%	N=31	63,27%	N=44	100%
SI SE LAVA	9	50	4	12.90	13	26,53
NO SE LAVA	9	50	27	87.10	36	73,47
TOTAL	18	100	31	100	49	100

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

GRAFICO N° 6

FRECUENCIA DE LAVADO DE MANOS SEGÚN SEXO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. CUENCA 2008.



Fuente: Cuadro N° 10

Elaborado por: Autoras

7.2.3 LAVADO DE MANOS POR OCUPACIÓN:

De los 13 sujetos (26.53%) que se lavaron las manos, corresponde en igual porcentaje (23,08%) a tratantes y auxiliares de enfermería, 4 (30,77%) fueron internos, 2 (15,38%)

fueron enfermeras y sólo 1(7,69%) médicos residentes, los que se lavaron las manos; La asociación de estas dos variables no fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 0,5906$ $p = 0,9641$.

CUADRO N° 11

FRECUENCIA DE LAVADO DE MANOS SEGÚN OCUPACIÓN EN EL PERSONAL DEL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. CUENCA 2008.

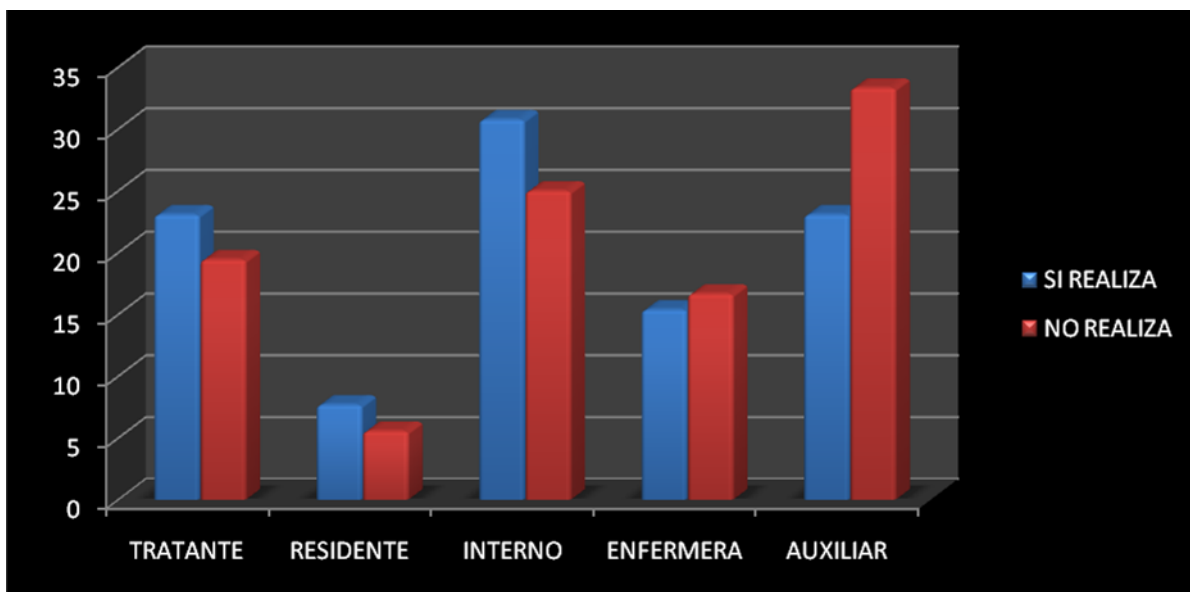
OCUPACIÓN	LAVADO DE MANOS			
	SI REALIZA		NO REALIZA	
	N=13	26.53%	N=36	73.47%
TRATANTE	3	23,08	7	19,44
RESIDENTE	1	7,69	2	5,56
INTERNO	4	30,77	9	25,00
ENFERMERA	2	15,38	6	16,67
AUXILIAR	3	23,08	12	33,33
TOTAL	13	100,00	36	100

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

GRAFICO N° 7

FRECUENCIA DE LAVADO DE MANOS SEGÚN OCUPACIÓN EN EL PERSONAL DEL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. CUENCA 2008.



Fuente: Cuadro N°. 11

Elaborado por: Autoras

7.2.4 APLICACIÓN DE TÉCNICA ADECUADA DE LAVADO DE MANOS.

Sujetos observados: 13 (100%)

Se encontró que el 100% no aplican la técnica adecuada de lavado de manos.

7.2.5 USO DE JABÓN EN BARRA PARA EL LAVADO DE MANOS:

Sujetos Observados: 13(100%)

Se observó que 8(61,54%) se lavaron las manos con jabón en barra de estos corresponden con igual porcentaje (25%) a tratantes, internos y auxiliares y 12,5% a residentes y enfermeras. Los 5 (38,46%) restantes no usaron jabón en barra. La

asociación de estas dos variables no fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 1,03$, $p < 0,9053$.

CUADRO N° 12

FRECUENCIA DEL USO O NO DE JABON EN BARRA PARA EL LAVADO DE MANOS SEGÚN OCUPACIÓN DEL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

CUENCA 2008.

OCUPACIÓN DEL PERSONAL	USO DE JABON EN BARRA			
	SI		NO	
	N=8	61,54	N=5	38,46%
TRATANTE	2	25	1	20
RESIDENTE	1	12,5	0	0
INTERNO	2	25	2	40
ENFERMERA	1	12,5	1	20
AUXILIAR	2	25	1	20
TOTAL	8	100	5	100

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

7.2.6 EMPLEO DE JABÓN ANTISÉPTICO.

De los 13 trabajadores de Salud que se lavaron las manos ninguno usó jabón antiséptico.

7.2.7 EMPLEO DE OTROS JABONES.

Se encontró que 8(61,54%) utilizaron detergente de ropa o crema lavaplatos, de los cuales 2(40%) fueron internos, 1(20%) fue tratante, 1(20%) fue enfermera y 1 (20%) fue auxiliar. La asociación de estas dos variables no fue estadísticamente significativa, $\chi^2 = 1,0292$; $p=0,9053$.

CUADRO N° 13

FRECUENCIA DEL USO DE DETERGENTE O LAVAPLATOS PARA EL LAVADO DE MANOS SEGÚN OCUPACIÓN DEL PERSONAL DEL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.

CUENCA 2008.

OCUPACIÓN DEL PERSONAL	USO DE DETERGENTE O LAVAPLATOS			
	SI		NO	
	N=5.	38,46%	N=8.	61,54%
TRATANTE	1	20	2	25
RESIDENTE	0	0	1	12,5
INTERNO	2	40	2	25
ENFERMERA	1	20	1	12,5
AUXILIAR	1	20	2	25
TOTAL	5	100	8	100

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

7.2.8 DISPONIBILIDAD DE JABÓN PARA EL LAVADO DE MANOS

Los 49(100%) trabajadores de la salud del área de Gineco-Obstetricia contaron con algún tipo de jabón para el lavado de manos.

7.2.9 DISPONIBILIDAD DE UN LAVABO CERCANO PARA EL LAVADO DE MANOS.

Los 49(100%) trabajadores de la salud del área de Gineco-Obstetricia contaron con un lavabo cercano.

7.2.10 DISPONIBILIDAD DE TIEMPO PARA EL LAVADO DE MANOS.

Los 49(100%) trabajadores de la salud del área de Gineco-Obstetricia contaron con tiempo suficiente para aplicar una adecuada técnica para el lavado de manos.

7.2.11 TIPO DE SECADO SEGÚN OCUPACIÓN

De los 13 trabajadores de Salud que se lavaron la manos, 7(53,84%) se secaron con una toalla común, 3(23,08%) lo hicieron al aire y 3(23,08%) emplearon el mandil.

CUADRO N° 14
FRECUENCIA DE TIPOS DE SECADO EN RELACIÓN A OCUPACIÓN DEL
PERSONAL QUE LABORA EN EL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA.
CUENCA 2008.

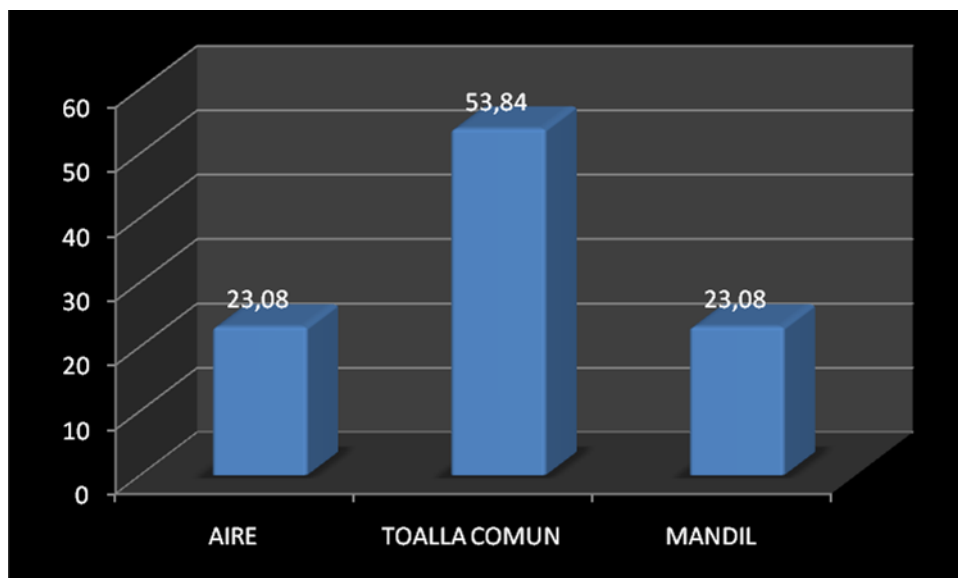
CARGO	AIRE		TOALLA COMÚN		MANDIL	
	N=3	23,08%	N=7	53,84%	N=3	23,08%
TRATANTE	1	33,3	2	28,6	0	0
RESIDENTE	0	0,0	1	14,3	0	0
INTERNO	1	33,3	1	14,3	2	67
ENFERMERA	0	0,0	2	28,6	0	0
AUXILIAR	1	33,3	1	14,3	1	33
TOTAL	3	100	7	100	3	100

Fuente: Formularios de recolección de Datos.

Elaborado por: Autoras

GRÁFICO N° 8

FRECUENCIA DE TIPOS DE SECADO EN RELACIÓN A OCUPACIÓN DEL PERSONAL QUE LABORA EN EL AREA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA. CUENCA 2008.



Fuente: Cuadro 12

Elaborado por: Autoras

7.2.12 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR LOS TRATANTES.

Los 3 tratantes observados se lavaron las manos, 2 veces (22,22%) antes de realizar procedimientos, y 7 veces (77,78%) luego de procedimientos.

7.2.13 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR LOS RESIDENTES.

El único residente (100%) que se lavó las manos lo hizo luego de realizada la intervención médica.

7.2.14 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR LOS INTERNOS.

Los 4 internos que se lavaron las manos realizaron 9 procedimientos, en el 100% el lavado se efectuó una vez que se concluyeron los mismos.

7.2.15 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Las dos enfermeras que se lavaron las manos lo realizaron luego de terminar sus procedimientos.

7.2.16 FRECUENCIA DE LAVADO ANTES Y DESPUÉS SEGÚN PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL PERSONAL DE AUXILIAR DE ENFERMERIA.

Las 3 auxiliares que se lavaron las manos durante la observación se lavaron las manos después de realizar procedimientos.

CAPITULO VIII

8. ANALISIS Y DISCUSIÓN

Encontramos en nuestro estudio a 44 trabajadores de la salud en el departamento de Cirugía y 49 en el departamento de Gineco-Obstetricia.

El 15,9% de los trabajadores de la salud del departamento de Cirugía se lavaron las manos y el 84,09% no se lavó las manos; El 26,53% del personal de salud, del área de Gineco-Obstetricia se lavó las manos y 73,47% no se lavó las manos.

El 100% del personal que labora en Cirugía y Gineco-Obstetricia, no cumplieron la técnica correcta, no utilizaron el tiempo adecuado para el lavado de manos, no utilizaron el jabón adecuado que es el jabón liquido antiséptico y el secado de manos fue inadecuado.

En un estudio realizado por Monte Rey Ayllón, Luís; Mazzi Gonzales de Prada, Eduardo; Pantoja Ludueña, Manuel.²⁹ el 100% de las enfermeras profesionales se lavaron las manos antes de manipular al paciente y 86% después de atenderlos. El 64% de los residentes de pediatría se lavaron las manos antes de atender a los pacientes y 73% después. El 35% de los médicos internos se lavaron las manos antes de manipular al paciente y 25% después.

En cuanto a la administración de medicamentos en nuestro estudio se observó que las enfermeras no se lavaron las manos antes de este procedimiento; El personal de enfermería que se lavó las manos en otros procedimientos fueron 2 (16,67%) en Gineco-Obstetricia y 1 (9.1 %) en Cirugía. En un estudio realizado en Uruguay en 2002 se encontró que solo la mitad del personal que prepara medicación se lavo las manos antes.³⁰

Otro estudio demostró que el 18 % de las enfermeras y el 8.4 % de los médicos se lavaron las manos³¹

Un estudio realizado en Nicaragua por Ervin José Ambota López y Marcial de Jesús Caldera Santos encontraron una frecuencia de lavado de manos de 54% y 56%³² en los trabajadores de salud.

Un estudio realizado en el Perú demostró que la frecuencia de lavado de manos fue de 5.6% antes de realizar un procedimiento, 33.9% cumplieron con una buena técnica de lavado.³³ en el personal de salud.

CAPITULO IX

9.1 CONCLUSIONES

- Los médicos tratantes y médicos Internos desconocen las normas de bioseguridad a nivel hospitalario con respecto al lavado de manos
- El personal de enfermería no aplica las normas de bioseguridad
- El personal de auxiliares de enfermería desconocen las normas de bioseguridad
- No existe en el Hospital jabón líquido antiséptico y toallas descartables.

9.2 RECOMENDACIONES

Finalizado el presente estudio proponemos:

- Que la Facultad de Ciencias Medicas y ReAct realicen lo más pronto posible la ejecución del programa de educación de lavado de manos a nivel hospitalario y a los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas.
- Comunicar los resultados a los directivos del Hospital Teófilo Dávila para que promuevan el uso de jabón antiséptico líquido y toallas personales de papel.
- Que se elimine el uso de jabón en barra y otros como detergentes o lavaplatos.
- Que se revise el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peña-Viveros R, Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona JM, et al. Conocimiento y conductas del personal de salud sobre el lavado de manos en un

- servicio de urgencias. Rev Mex Med Urg 2002.
www.scielo/lavadomanos/urgencias/print_yes?htm.
2. World Health Organization, Clean Hands are Safer Hands; Who Guidelines On Hand Hygiene In Health Care, World alliance for patient safety; Forward programme 2005. Disponible en:
[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4932/\\$File/clean-c](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/4932/$File/clean-c).
 3. Didier, P. MD, MS; Simon, A. Md; Hugonnet, S. MD, MSc; Pessoa-Silva, C. Md; Sauvan, V. RN; and Perneger, T. Md, PhD; Intrahospitalary infections; Ann Intern Med. 2004; 141:1-8.
 4. Ferrer, C. Almirante, B. Higiene de manos: Una prioridad para la seguridad de los pacientes hospitalizados. Enfermedades Infecciosas Microbiología y Clínica 2007; 25: 365 – 368.
 5. Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Diagnóstico y Manejo de las infecciones intrahospitalarias. Disponible en:
<http://mx.geocities.com/colmedoax06/inh.html>
 6. Plowman, R. The Socioeconomic burden of Hospital acquired Infection, EUROSURVEILLANCE Vol.5 N°4; April 2000; London School of Higiene and Tropical Medicine; London, United Kingdom; Pag 49-50. Disponible en:
<http://212.234.146.164/em/v05n04/0504-325.asp>
 7. Arévalo H., Cruz R., Palomino F., Fernández F., Guzmán E., Melgrar R.; Aplicación de un programa de control de infecciones intrahospitalarias en establecimientos de salud de la región de San Martín-Perú; Revista PERÚ MED EXP SALUD PÚBLICA 2003; 20(2); Pag. 84-91. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/Medicina_Experimental/v20_n2/enPDF/a05.pdf y
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/363/36320205.pdf>
 8. Del Piano L., Riquelme J., Casado C., Álvarez X.; Comportamiento Clínico y Costos de las Gastroenteritis por Rota Virus en lactantes; REVISTA CHILENA DE INFECTOLOGÍA 2006; 23 (1) Pág 35-42. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/pdf/rci/v23n1/art03.pdf>
 9. Ecología microbiana de la piel. Disponible en: http://www.alyabbara.com/livre_gyn_obs/termes/hygiene/flore_transitoireresidente_peau_mains.htm
 10. Técnica de lavado de manos. Disponible en:
http://www.alyabbara.com/livre_gyn_obs/termes/hygiene/lavage_desinfection_antisepsie_mains.html

11. M Casewell, I Phillips. . Hands as a route of transmission for Klebsiella species, Anon, Editorial BMJ 1999; 318:686. Disponible en: http://Cochrane%20BVS2_archivos/show.htm?print=yes
12. Avila C., Casta M., Aranda E, León A., Justiniano N., Pérez L., Avila F., Castelán M., Becerri R., Herrera E.; Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en niños: Encuesta de 21 Hospitales en México, Revista Salud Pública de México 1999, Vol 41, N 1, Instituto Nacional de Salud pública Cuernavaca – México Pág. S18-s25. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10609605>
13. Hospital – Acquired Infections, 2007. Disponible en: [\inf in\infecciones intrahospitalarias\eMedicine - Hospital-Acquired Infections Article by Quoc V Nguyen, MD.htm](http://www.infectiousdiseasejournal.com/inf/in/infecciones_intrahospitalarias/Medicine-Hospital-Acquired-Infections-Article-by-Quoc-V-Nguyen-MD.htm)
14. Indicador de Infecciones nosocomiales. Disponible En: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/doctosFuente/linea_oper/fasc_30.pdf
15. Echevarría J., Sarmiento E., Osores F., Simposio: Infección del Tracto Urinario y manejo antibiótico – Urinary Tract Infection and Antibiotic Treatment; ACTA MED PER 23(1) 2006.
16. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n1/a06v23n1.pdf>
17. Errores que matan. En: <http://e-medicinafamiliar.org/?p=1199>
18. Pittet. D, et al. El lavado de las manos reduce las infecciones adquiridas en el hospital, http://Cochrane%20BVS_archivos/show.htm?print=yes, Lancet 2000;356: 1307-1312
19. Llerena. C, LAVADO DE MANOS CLÍNICO EN EL PERSONAL DE SALUD ANTES Y DESPUÉS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN, HOSPITAL III - JULIACA, Boletín Epidemiológico. Vol 5 N° 02 Mayo 2002. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n1/a06v23n1.pdf>
20. Alvarez,E. Infecciones en Pediatría. Segunda edición. McGraw Hill. 1997. Colombia: pag. 121-125.
21. Vélez, A. Enfermedades Infecciosas. Sexta edición. Corporación para investigaciones biológicas.2003. Colombia: pag.233-234.
22. Betts,R. Enfermedades infecciosas. Primera edición.Marbán.2004.Madrid: 67-68

23. Romero,R. Microbiología y Parasitología humana. Segunda edición. Medica Panamericana.1999. México: pag. 23.
24. Romero Martín M et al. Técnicas y procedimientos de la Prevención de la Infección en Centros Sanitarios. Ferrol: 2005.
25. KozierB, Erb G. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. 4ª ed. Madrid: McGraw Hill, interamericana, 2003.
26. De la Rosa M. Microbiología. Conceptos y aplicaciones. Madrid: Harcourt Brace, 2007.
27. Hospital A. Marcide. Lavado de manos para el control de infecciones. Ferrol: 2006.
28. Goldman D. y col. Estrategias para prevenir y controlar la emergencia y dispersión de microorganismos resistentes en el hospital. Jama. enero 17, 1996: 275 N° 3.: 234-240.
29. Baquero F. Guia técnica para lavado de manos Editorial Mc Graw Hill. 2003; 18, 5-11
30. Monte Rey Ayllón, Luís; Mazzi Gonzales de Prada, Eduardo; Pantoja Ludueña, Manuel. Normas de bioseguridad en el servicio de neonatología del Hospital del Niño "Ovidio Aliaga Uría" La Paz. Cuad. Hosp. Clin;49(1):37-43.
31. Giachetto, Gustavo, Capote, Gabriela e Fernandez, Cecilia. Preparación y administración de mezclas intravenosas en un servicio de internación pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Arch. Pediatr. Urug. [online]. jun. 2002, vol.73, no.2 [citado 10 Junho 2008], p.64-68. Disponible en World Wide Web: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05842002000200002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0004-0584.
32. Reflexiones acerca del lavado de manos. 2004. Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd30/manos2.pdf>
33. Ervin José Ambota López. Marcial de Jesús Caldera Santos. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en el control de las infecciones intrahospitalarias. Hospital Gaspar García Laviana.2004. www.minsa.gob.ni/bns/tesis_sp/03.pdf
34. CUELLAR P. DE L, Luis, ROSALES C, Rosa y AQUINO R, Florentino. Eficacia de un programa educativo para la prevención y el control de infecciones intrahospitalarias en el Instituto Especializado de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [online]. ene./mar. 2004, vol.20, no.1 [citado 10Junio 2008], p.37-43. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342004000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.

11. ANEXOS

ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
SEXO	Fenotipo que distingue los caracteres sexuales	Caracteres sexuales	Hombre Mujer	Masculino Femenino
OCUPACIÓN	Actividad especializada de trabajo dentro del área hospitalaria	Médico Enfermería Estudiante de fin de Carrera Paramédico	Especialista Residente Enfermera (o) Interno/a Auxiliar Tecnólogo/a de laboratorio	Si No
SERVICIO DE OBSERVACIÓN	Tipo de servicio perteneciente al Hospital que va ser observado	Unidad	Cirugía Clínica Ginecología Emergencia Pediatria	Si No
LAVADO DE MANOS	Acción de lavarse las manos durante 60 segundos con agua y jabón o con soluciones hidroalcohólicas	Lavado de Manos	Lavado de Manos	Adecuado Inadecuado
SECADO DE MANOS	Acción de secarse las manos	Secado de manos Al aire libre o con toalla propia o papel	Secado de manos adecuado	Adecuado Inadecuado
PERSONAL DE SALUD	Personas que laboran en los servicios de Gineco- Obstetricia y Cirugía del Hospital Teófilo Dávila y que van a ser observadas	Académico o formal	Médico tratante Residente Enfermero/a Interno Auxiliar Tecnólogo/a de laboratorio	Si No

ANEXO N° 2:

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



LAVADO DE MANOS	
*El tiempo estimado de observación a cada sujeto es de 30 minutos.	Cuestionario Número <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sujeto de Observación	
Médico (a) Tratante	1. <input type="checkbox"/>
Médico (a) Residente	2. <input type="checkbox"/>
Enfermera (o)	3. <input type="checkbox"/>
Auxiliar	4. <input type="checkbox"/>
Interno (a)	5. <input type="checkbox"/>
HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	<input type="checkbox"/>
HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEGA	<input type="checkbox"/>
HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA	<input type="checkbox"/>
HOSPITAL HOMERO CASTANIER	<input type="checkbox"/>
Área	1 Clínica <input type="checkbox"/> 2. Cirugía <input type="checkbox"/>
	3. Emergencia <input type="checkbox"/> 3. Pediatría <input type="checkbox"/>
	4. Ginecobstetricia <input type="checkbox"/>
	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Tiempo en minutos	Mañana <input type="text"/> <input type="text"/> Tarde <input type="text"/> <input type="text"/>
Fecha	Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Procedimiento	

	Lavado de Manos			
	Antes		Después	
Examen del paciente 1. SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> 99.No aplica <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Curación 1. SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> 99.No aplica <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Procedimientos 1. SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> 99.No aplica <input type="checkbox"/> (Punción Lumbar, Paracentesis, colocación de sondas, Toracocentesis)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Examen Ginecológico 1. SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99.No aplica <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Manejo de sondas y tubos 1. SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> 99.No aplica <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Administración de medicación 1. SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> 99.No aplica <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Manejo de biológicos (orina, sangre, heces) 1. SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> 99.No aplica <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Procedimiento	Lavado de Manos			
	Antes		Después	
Atender al paciente 1. SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> 99.No aplica <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ayudar en procedimientos médicos 1. SI <input type="checkbox"/> 2.NO <input type="checkbox"/> 99.No aplica <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tendido de camas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/> 99. No aplica <input type="checkbox"/>			
Cambio de ropa al paciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/> 99. No aplica <input type="checkbox"/>			
Canalizar vías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/> 99. No aplica <input type="checkbox"/>			
Cirugía menor	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/> 99. No aplica <input type="checkbox"/>			
Lavado de Manos 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/> 99. No aplica <input type="checkbox"/>			
Técnica adecuada	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Jabón Simple	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Jabón Antiséptico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Otro 1. 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO <input type="checkbox"/>			
Indique cual:			
No se lava por:			
Falta de hábito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Hay jabón	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Hay un lavabo cerca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Tuvo tiempo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Hay agua	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Oportunidad de lavado de manos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Secado de Manos			
Aire	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Toalla personal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Toalla común	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Otro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Indique cual:
------	-----------------------------	-----------------------------	---------------

- No aplica: Si el observado es por ejemplo un médico, se anotará en no aplica “atender al paciente”, si el observado es un auxiliar se anotará no aplica en “examen del paciente”, etc.
- Indique cual: Si por ejemplo se lava solo con agua, jabón en pastilla, o se seca las manos en el mandil o la ropa, etc.
- Si anotó en no aplica no tiene que llenar la opción Si o No en el casillero
- No llene el número de cuestionario, este se llenará al tabular los datos



ANEXO N° 3:
FOTOS

HOSPITAL TEOFILO DAVILA



TIPO DE LAVABO DISPONIBLE EN CADA SALA DE HOSPITALIZACION DE LAS AREAS OBSERVADAS



TIPO DE LAVABO DISPONIBLE EN LA ESTACIÓN DE ENFERMERIA, SE OBSERVO FALTA DE HIGIENE DEL MISMO



**SE OBSERVÓ LA PRESENCIA DE JABÓN EN BARRA Y LAVAPLATOS
DISPONIBLES PARA EL LAVADO DE MANOS.**



LOS DISPENSADORES DE JABÓN ESTUVIERON VACIOS.



**LOS DISPENSADORES DE TOALLAS DE PAPEL TAMBIEN SE
ENCONTRARON VACIOS**



**EN LA ESTACIÓN DE ENFERMERIA DE LOS DEPARTAMENTOS
OBSERVADOS EXISTIAN TOALLAS DE USO COMÚN.**

