

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA JUAN MISAEL SARACHO
SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTINUA
DIRECCIÓN DE POSGRADO



TESIS DE GRADO

**COMPETENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL
PROCESO DEL LAVADO DE MANOS, SERVICIO DE
EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, GESTION 2016**

POR: Lic. Soledad Apaza Tito

**Trabajo de investigación presentado a consideración de la Universidad
Autónoma Juan Misael Saracho, como requisito para la obtención de
título de Maestría Médico Quirúrgico**

La Paz - Bolivia

2018

TESIS APROBADA POR:

MSc. Dra. Miriam Casal Chali
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA

TRIBUNAL:

MSc. Lic. Lidia Cuevas Montes
PRESIDENTE

MSc. Lic. Silvia Paucara Monrroy
SECRETARIA

MSc. Lic. Pamela Meneces Quisberth
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DEDICATORIA

A mis colegas, y compañeras, enfermeras que trabajan en la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas La Paz por su apoyo y colaboración en la elaboración de este trabajo de investigación, sin la cual hubiese sido difícil su conclusión.

AGRADECIMIENTOS

A mi Señor, porque sin su sabiduría y dirección no hubiera sido posible la culminación de este trabajo.

Al hospital de clínicas y el servicio de emergencias por brindarme su apoyo para la realización de este trabajo de investigación.

A la universidad autónoma Juan Misael Saracho Post Grado en Salud, que han hecho posible que continuemos reforzando nuestros conocimientos día a día y de esta manera poder ofrecer a nuestros usuarios una mejor atención técnica como científica.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	3
2.1. Antecedentes Hospital de Clínicas	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
3.1. FORMULACIÓN DE INTERROGANTE	10
IV. JUSTIFICACIÓN.....	11
V. MARCO TEORICO	13
5.1. PROCESO DE LAVADO DE MANOS.....	13
5.1.1. Lavado de Manos. ¹⁷	15
5.1.2. Lavado de Manos Antiséptico	17
5.1.3. Higiene de manos	19
5.2. ANTISEPTICOS:	21
5.3. INDICACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS Y ANTISEPSIA..	26
5.3.1. Técnica de lavado de manos con antiséptico de base alcohólica.	
27	
5.4. BIOSEGURIDAD	28
5.4.1. Principios Básicos de Bioseguridad.....	28
5.5. ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES	34
VI. OBJETIVOS.....	43
6.1. Objetivo General.....	43
6.2. Objetivos Específicos	43

VII.	CONTROL SEMANTICO	44
VIII.	ASPECTOS ÉTICOS	47
IX.	DISEÑO METODOLOGICO	48
9.1.	Contexto de clasificación de la investigación	48
9.2.	UNIVERSO Y MUESTRA	49
9.2.1.	Universo	49
9.2.2.	Muestra	49
9.3.	Criterios de inclusión y exclusión	49
9.3.1.	Criterios de Inclusión	49
9.3.2.	Criterios de Exclusión	49
9.4.	LISTA DE VARIABLES	50
9.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	51
9.6.	Técnicas y procedimientos	52
9.6.1.	De obtención de la Información	52
9.6.2.	Procesamiento de datos y análisis estadístico	53
9.2.3.	De Discusión y Síntesis	53
X.	RESULTADOS	54
XI.	DISCUSIÓN	70
XII.	CONCLUSIONES	72
XIII.	RECOMEDACIONES	73
XIV.	BIBLIOGRAFIA	74
	ANEXOS	78

RESUMEN

Objetivos de este trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, cuantitativo, observacional, de corte transversal, que permitió determinar las competencias de enfermería sobre el proceso de lavado de manos como indicador de calidad y seguridad del paciente en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas La Paz, gestión 2016.

El presente estudio estuvo conformado por 26 enfermeras, que constituyen el universo estudiado, los cuales corresponden a 18 licenciadas en Enfermería, 8 auxiliares en Enfermería. La recolección de datos se realizó mediante cuestionario de preguntas que duró 30 minutos por persona, la misma que fue que constan las variables ya estudiadas. Durante la observación se valoró, técnica del lavado de manos si utilizaron los cinco momentos, es decir desde la frotación de las manos jabón líquido, hasta el, secado de las mismas, con la toalla de papel, La observación fue participativa y tuvo una duración de tres días.

Los resultados de este estudio establecen que la frecuencia del lavado de manos por parte del personal de Enfermería es baja, ya que es por la falta insumos y asépticos no son suficientes, otro factor el tiempo por constante actividad, es por eso que la mayoría del personal de Enfermería no realiza el lavado de manos utilizando los 5 momentos

Palabras Claves: Personal de Enfermería, Conocimientos, Habilidades, Actitud.

I. INTRODUCCIÓN

El lavado de manos es el proceso que se lleva a cabo para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos por medio del lavado mecánico con productos antisépticos, antes y después de tocar a un paciente o de llevar a cabo cualquier procedimiento.

El servicio de emergencias es un servicio de alta complejidad, cuyo objetivo es brindar un cuidado integral al paciente en condiciones delicadas y críticas de salud, para lo cual se realizan procedimientos invasivos y no invasivos con las manos de todo el equipo de salud.

El presente estudio aborda como temática acerca de las competencias del personal de enfermería, sobre el lavado de manos realizado en el servicio de emergencias Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2016.

Para medir este indicador se aplicó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, que incluyen las de observación que se alternan con períodos de intervención para la mejora continua.

El universo de estudio comprendió al personal de enfermería del servicio de emergencias de todos los turnos; se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple con base en el cual se determinó el tiempo de cada periodo de observación.

La iniciativa fue, mejorar la calidad de atención basada en las competencias de la enfermera que labora en la Unidad de emergencias, con el uso de indicadores, que derivan en procedimientos sencillos y complejos que permiten determinar en un momento dado, la eficiencia del cuidado o detectar los factores que afectan negativamente en la labor del personal de enfermería; tomando en cuenta la calidad como un

concepto clave para los servicios de salud, y los que ofrece Enfermería corresponden a uno de los de mayor cobertura en todos los niveles de atención, de esta forma Enfermería tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la Persona, familia y comunidad.

II. ANTECEDENTES

El lavado de manos data de hace más de dos siglos, se reconoce al Dr. Ignaz Semmelweis como pionero en establecer de forma determinante el lavado de manos para evitar la transmisión de microorganismos. Y dieron a conocer esta recomendación a sus colegas; posteriormente esta observación fue demostrada científicamente por Pasteur, al identificar los microorganismos y retomada por Lister en la asepsia y antisepsia quirúrgica. En el último siglo se sumaron otros avances como la utilización de sustancias antisépticas como el alcohol y la clorhexidina, y aumentando la eficacia del procedimiento y la facilidad para su cumplimiento e incrementar el apego.¹

Se encontró publicado un estudio descriptivo y cuantitativo sobre el lavado de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria, cuyo objetivo era analizar la frecuencia de lavado de manos por las enfermeras en un Hospital de la Universidad ubicado en la ciudad de Niteroi en el estado de Río de Janeiro, Brasil 2011, utilizando una herramienta para la recogida de datos cuestionario con preguntas abiertas y cerradas acerca de la práctica de lavarse las manos.²

En el análisis de los datos se determinó que 78% de los profesionales son mujeres. Con respecto a la edad, la mayor frecuencia se produjo en el grupo de 26 a 45 años con 60%. Entre las categorías profesionales, 36% son enfermeras, 58% técnicos de enfermería y 6% auxiliares de enfermería. Con respecto a la formación o actualización en el ámbito de la infección hospitalaria, se encontró que 48% de los profesionales no lo han hecho. Sobre el lavado de manos, 98% respondió que lo hacen desde el principio hasta el final de la jornada, 96% entre uno u otro procedimiento y 86% después de la retirada de guantes. Entre los productos utilizados, se observó gran adhesión a agua y jabón, práctica citada por 92% de los

profesionales, seguida por el alcohol en gel (44%). Sin embargo, cuando se cuestionó acerca de cómo realizar la higiene, sólo 26% de los profesionales la describen y de manera sucinta. Después de la elaboración de esta investigación, se pudo concluir que, aunque los profesionales saben la importancia de lavarse las manos y dicen realizar con frecuencia la atención de los pacientes, para llevar a cabo efectivamente la técnica, se muestran con una baja adhesión, indicando la necesidad de una mayor participación en la formación y actualización sobre el tema.³

En Uruguay se publicó un estudio descriptivo de tipo transversal sobre la prevalencia del lavado de manos en el equipo de Enfermería del Hospital “Dr. Manuel Quíntela” con muestreo no probabilístico estratificado según los niveles de formación técnico profesional del equipo de enfermería demostraron que el lavado de manos realizado por el equipo de enfermería aplicando la técnica correcta representó un promedio 9.5%. Discriminando, Licenciadas: 2,6%, Internos: 4,3% y Auxiliares 12,2%. Se observó que el 20,5% de las personas que falla en un solo paso de lavado fue por error en la técnica.⁴

“Argentina está en el medio, entre países como Inglaterra e India, o países de África, en cuanto a la tasas de infecciones por la falta del lavado de manos”. (Dra. Val Curtis. Epidemióloga. Directora del centro de higiene de la Universidad de Londres. En visita a la Argentina.).⁵

Es por eso que promover el cumplimiento de la técnica del lavado de manos correctamente podría considerarse una vacuna “auto administrada”

Datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) han demostrado que con una higiene adecuada de manos podríamos reducir entre el 20 y 40 % de las infecciones cruzadas intrahospitalarias.⁶

Otro estudio de corte transversal sobre la Adherencia a la realización del lavado de manos por el personal de enfermería de un hospital clínico quirúrgico de la Habana (Cuba) año 2006 que consistió en una observación directa no participativa a todo el personal de enfermería que se encontraba prestando labores asistenciales en todas las salas del hospital, los datos recogidos correspondieron a 62% procedimientos en los que enfermeros debieron lavarse las manos, el mayor porcentaje de los observados no realizó el lavado de manos, siendo más evidente la no adherencia al preparar medicación oral, al ir de paciente a paciente y al manipular material estéril. Las salas de emergencias mostraron una mayor realización del lavado de manos. La existencia de lavamanos adecuado no influyó en la realización correcta del lavado de manos.⁷

Una investigación realizada por el Dr. Recental V. titulado el lavado de manos. Cumplimiento en un Hospital Público Argentino con el objetivo de evaluar la prevalencia de lavado de manos y el efecto de un programa de intervención donde se efectuaron 2657 observaciones de contactos con los pacientes y el lavado de manos.⁶ El personal de enfermería observado incluía Médicos, 30 Enfermeras y 10 Paramédicos los resultados fueron: en la fase 1 para obtener la prevalencia basal del lavado de manos fue de 5% y en la fase 2 de observación después de la normalización y capacitación del personal, la prevalencia del lavado de manos se incrementó a 15%, se concluyó que la capacitación y la devolución de resultados incrementa la prevalencia de lavado de manos.⁸

Se realizó un estudio sobre la evaluación de la higiene de manos, su impacto después de un programa de mejora continua en el Hospital Regional en Oaxaca 2009 donde se evaluó la Higiene de manos en 307 trabajadores de la salud, a partir de una base de datos a través del programa SPSS. Donde previo a la capacitación y provisión de insumos, el

personal de salud realizó el procedimiento de higiene de manos en 189 de los casos (61.5%), mientras que 79.8% lo hizo posterior a la capacitación e instalación de lavados y dispensadores de gel anti bacterial, jabón líquido y toallas desechables; cuando se realizó una evaluación dos meses después, 68.4% sí llevó a cabo la HM. Al final del estudio, se pudo observar el impacto del programa en el incremento del porcentaje de personas que aplicaron la HM: en el servicio de urgencias se elevó de 2 a 6%; en el quirófano de 71 a 84%.⁹

A pesar de que hoy el lavado de manos se considera, sin lugar a duda la herramienta más importante del personal de salud que tienen a su disposición para prevenir infecciones, ésta no era una práctica aceptada comúnmente en la época del Doctor Semmelweis¹⁰

2.1. Antecedentes Hospital de Clínicas

El Hospital General de Miraflores u Hospital de Clínicas, tiene sus ancestros en los antiguos hospitales de La Paz hoy desaparecidos; cuya referencia se hace imprescindible cuando se trata de pergeñar una historia que nos permita destacar con reverente aprecio las instituciones y valores tradicionales del pasado.

UNIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS

El servicio de emergencia, llamado antiguamente servicio de guardia, fue creado en 1973. Es un servicio que tuvo que ir ampliándose permanentemente su personal y espacio físico por el incremento en la demanda de la creciente población de la paz y el alto.

En la actualidad el servicio de emergencias es una unidad que fue creada con el fin de brindar una atención oportuna e inmediata a pacientes con

dolencias y diagnósticos de base y pacientes críticos para su estabilización a corto plazo.

Dicha unidad consta de:

La sala de triaje la misma se encarga de seleccionar a los pacientes que ingresan a esta sala para su clasificación consta la misma consta de 9 camillas para su respectiva admisión y la valoración del paciente ya sea por transferencia, domiciliario.

En la sala de observaciones en espera de ser transferidos a los diferentes pabellones correspondientes según su patología la misma consta de 13 cubículos (camillas).

También consta de sala de terapia intermedia en la actualidad es utilizada o también llamada sala de shock en la misma se realiza maniobras invasivas misma cuenta con un ventilador mecánico una vitrina de medicamentos la que se utiliza para los pacientes, una caja de paro y un desfibrilador en caso necesario

MISIÓN

Aplicar y cumplir las políticas y normas nacionales emitidas por el órgano competente, sobre salud integral y especializada, mediante el apoyo técnico de las instancias responsables.

VISIÓN

Hospital modelo de tercer nivel con infraestructura y equipamiento y recursos humanos y acorde a las necesidades del departamento con tecnología moderna con capacidad resolutoria según la complejidad que corresponde, trabajando en equipo coordinando con la red de servicios y que permita la satisfacción de usuarios /as, internas como externas

brindando una atención eficiente eficaz, en benéfico de toda la población en general.

El servicio cuenta con las diferentes especialidades con los equipos necesarios para realizar una atención inmediata y oportuna.

FILOSOFÍA DE ENFERMERÍA:

Proporcionar atención enfermería con calidad y calidez al usuario, sin considerar raza, religión, sexo o nivel socioeconómico, proyectando un alto sentido de responsabilidad y de relaciones humanas por medio de un alto nivel académico, además desarrollando una triple función: asistencial, de investigación y de enseñanza, teniendo como claro objetivo la excelencia, que se reflejaran en el paciente y su familia.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el transcurrir del tiempo y de la ciencia, se atienden pacientes con diferentes patologías todas con sus respectiva importancia en el hospital de clínicas en el servicio de emergencias, se ha podido evidenciar que a la hora de realizar el lavado de manos no es realizada con la técnica correcta utilizando los momentos.

La presión de enfermería de caracteriza por el manejo situaciones críticas y un desempeño eficiente y efectivo, de ahí que diversos autores han señalado que esta profesión con lleva una gran responsabilidad y por ende a presiones, conflictos y cambios continuos.

La actividad que existe en la unidad del servicio de emergencias y del personal de enfermería es una unidad dinámica, por la constante actividad que existe. La satisfacción de los pacientes o usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de enfermería en los servicios de atención, pues proporciona información sobre la calidad de atención en el proceso cuidado enfermero, percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados de la atención prestada. Enfermería se encuentra inmersa en estos cambios, ya que este personal es uno de los principales otorgadores del cuidado en las instituciones de salud.

El servicio de emergencias no solo se basa en la prestación del mismo, sino que también incluye la experiencia de las profesionales, no solo referente a sus conocimientos sino también considera el impacto que tiene dicho servicio en la satisfacción de los enfermos. Estos cuidados lejos de ser una rutina deben llevarse a cabo mediante una metodología científica y con el uso de indicadores de calidad del cuidado enfermero.

El lavado de manos en el servicio de emergencias del Hospital de clínicas La Paz, si bien se realiza el lavado se han identificado debilidades en cuanto

al desarrollo competencias cognitiva, afectiva y actitudinal del proceso de lavado de manos en el personal de Enfermería.

3.1. FORMULACIÓN DE INTERROGANTE

¿Cuáles son las competencias de enfermería sobre el proceso de lavado de manos en el servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas en la gestión 2016?

IV. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio de investigación tiene el objetivo de determinar la calidad del proceso de lavado de manos en la atención del paciente en el servicio de emergencias del hospital de clínicas en la presente gestión; para lo cual se utilizó bibliografía mexicana, artículos argentinos y españoles; ya que no existe bibliografía nacional sobre el manejo de indicadores de dicha institución.

La OMS está fuertemente involucrada en que se brinde calidad del cuidado y la define como un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un riesgo mínimo para el paciente y un grado mayor de satisfacción del mismo.¹¹

De esta forma la calidad de atención en los servicios de salud, es responsabilidad del equipo multidisciplinario, en este proceso la enfermera tiene particular importancia porque es la encargada de la atención integral del paciente internado; esto supone la inversión de un mayor tiempo en el cuidado del mismo, y así lograr una relación interpersonal óptima, que se traduzca en un beneficio máximo para el paciente.

El cuidado enfermero ofrece una visión sustentada en la aplicación de conocimientos, en el manejo de la técnica, procedimientos y el uso de los recursos; así mismo permite monitorear la calidad del servicio con indicadores que permitan conocer cómo se están operando los servicios de enfermería con relación a los cuidados que se prestan y de esta forma poder establecer programas de mejora continua.

El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, elemento fundamental de la Alianza, crea un entorno en el que la seguridad de la atención sanitaria reúne la experiencia de especialistas punteros en campos como el lavado de

las manos y la seguridad de las inyecciones, las intervenciones quirúrgicas, el uso de la sangre, y el entorno asistencial.¹²

El tema elegido para el primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente es el de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, que se producen en todo el mundo, tanto en países industrializados como en desarrollo y con economías en transición, y se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados; dichas infecciones se abordarán en El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente 2005-2006 “Una atención limpia es una Atención más segura.

Lo que se espera con el presente trabajo es contribuir a la mejora de la calidad de atención y seguridad del paciente hospitalizado, medir un indicador de calidad de Enfermería como es el proceso de lavado de manos, promover la cultura de evaluación, y mejora continua.

La finalidad de la investigación se traduce en los beneficios que generan los resultados en el campo profesional, ya que se elevará el desempeño laboral del personal de enfermería que contará con el diseño de un programa de educación y posterior evaluación del indicador para mejorar la calidad de atención del personal de enfermería en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas. El aporte social en el presente trabajo es no solo sensibilizar al personal de enfermería a las buenas prácticas acerca del lavado de manos como indicador de calidad, sino también compartir el conocimiento a toda la unidad de emergencia

V. MARCO TEORICO

5.1. PROCESO DE LAVADO DE MANOS

La calidad asistencial constituye uno de los pilares en los que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos y se define como el diseño de producción y entrega de servicios de excelencia destinados a satisfacer de manera integral oportuna y continua, las necesidades solicitudes y expectativas de los usuarios.¹³

La medida más importante para prevenir enfermedades infecciosas, y lograr que todos los trabajadores de salud cumplan con el lavado de manos tan sencilla, es una tarea compleja y difícil.

El proceso de lavado de manos es una secuencia de pasos realizados de manera correcta y efectiva con el fin de evitar la diseminación de microorganismos y evitar infecciones cruzadas.

El concepto de lavado de manos con un agente antiséptico surgió a principios del siglo XIX. En 1822 un farmacéutico francés demostró que las soluciones que contenían cloruro de cal o de soda suprimían los malos olores asociados a los cadáveres humanos y que tales soluciones se podían usar como desinfectantes y antisépticas.

El lavado de manos y, más tarde, ante la dificultad de Semmelweis de escribir artículos científicos, no se sabe si porque el Alzheimer ya comenzaba a estar presente en su vida, comienzan a presentar en los foros científicos los resultados obtenidos tras la aplicación de las teorías del obstetra húngaro. Pero nadie les cree ni en Viena, ni en Paris, ni en Londres, donde es posible que Lister, aún muy joven, tomara buena nota de aquellas teorías vienesas de la transmisión de enfermedades por las manos de los médicos.

En 1861, cuatro años antes de su muerte es cuando se decidió a publicar sus investigaciones en la prensa científica, y el 13 de agosto de 1865 murió Semmelweis a los 47 años, sufrió el descreimiento y la persecución académica por parte de los defensores del paradigma antiguo.¹⁴

Así como a Semmelweis se le considera el padre de la asepsia, introductor de la técnica del Lavado de Manos en la prevención de infecciones nosocomiales (IN), Lister introdujo en la práctica médica la eliminación de microbios transitorios de la piel por medio del uso de gente antiséptico, que hoy día, en la forma de geles n acuosos con contenido alcohólico, suponen una alternativa de similar o mayor eficacia que el lavado de manos. Años después conoció los trabajos de Pasteur y pensó que algo en el aire. Ocasionaba la “putrefacción” de las heridas y comenzó a probar alguna sustancia que pudiera destruir esos “miasmas” como las llamaban sus contemporáneos y que Pasteur consideraba organismos vivos microscópicos, y probó el sulfato potásico y otros agentes sin ningún éxito y sabedor de que el ácido carbólico había sido utilizado para tratar las “aguas negras” y determinados parásitos en el ganado decidió probar esta sustancia.¹⁵

Lister realizó y escribió su primera experiencia clínica el 12 de agosto de 1865 cuando un muchacho de 11 años, había sido atropellado por un carro de caballos y sufría una fractura abierta, cambió el apósito cada cuatro días y mantuvo este tratamiento durante seis semanas. La herida y el hueso curaron sin signos de infección alguna.

Esta experiencia la utilizó con éxito en otros casos incluidos abscesos drenados y heridas de muñones de amputación, entonces desarrolló un aparato para aplicar el ácido carbólico en forma de spray. Con el tiempo Lister no solo usó la desinfección para las heridas quirúrgicas sino para los instrumentos quirúrgicos y la desinfección de las manos de los

participantes en el equipo quirúrgico. Sin embargo, durante muchos años no llegó a aplicarse con rigor en otros ámbitos de los cuidados médicos, a pesar de que muchas conductas no quirúrgicas llegaron a ser tan invasivas como una cirugía, como por ejemplo: la implantación de dispositivos intra vasculares, intubación aérea, sondajes vesicales, diálisis, etc.

En 1856, Florencia Nightingale y William Farr, se interesaron por la mortalidad de los hospitales ingleses y definieron la metodología para la elaboración de las tasas de mortalidad, utilizando como denominador común el número total de admisiones o de ingresos hospitalarios, lo que permitió poder comparar con otros hospitales. El trabajo conjunto de Nightingale y Farr, consignado en Notas sobre hospitales, fue probablemente la primera referencia a la vigilancia epidemiológica en los hospitales por parte de las enfermeras en la Unidad de emergencias.¹⁶

En 1961, el servicio médico público de los Estados Unidos de América, produjo una película de entrenamiento que mostraba el uso de técnicas de LM recomendadas para los trabajadores sanitarios.

En esa época, las recomendaciones exigían que el personal se lavase las manos con agua y jabón antes y después del contacto con cada paciente durante 1-2 minutos. Se creía que el aclarado de manos con un agente antiséptico era menos eficaz que el LM, por lo que se recomendaba solamente en emergencias o en áreas donde los lavados serán inaccesibles.

5.1.1. Lavado de Manos. ¹⁷

En el año 1846 Semmelweis fue el primero que relacionó el lavado de manos con la transmisión de enfermedades infecciosas. Desde este momento fueron muchos los que trataron este tema, pero es Eickoff en 1980 el que establece los niveles de eficacia de las medidas de control de la infección nosocomial y

dice: el lavado de manos constituye una de las medidas de eficacia probada para evitar la contaminación o infección.

En las unidades de cuidados intensivos y áreas clínicas deberán descontaminarse las manos antes de cada visita a los pacientes y después de realizar otras actividades entre un enfermo y otro.

Para llevar a cabo en forma adecuada el procedimiento de higiene de manos es importante considerar los siguientes aspectos:

a. Flora transitoria de la piel

También conocida como flora contaminante no colonizante, debe tenerse cuidado con ella porque se transmite fácilmente a través de las manos, a menos que sea removida con las técnicas de higiene de manos, algunos microorganismos, particularmente bacterias gram negativas como el *Escherichiacoli*, sobreviven de manera muy precaria en la piel, por lo cual se es considera flora no colonizante.¹⁸

b. Flora residente o colonizante

Es decir, organismos persistentemente aislados en la piel de la mayoría de las personas; se considera que estos seres microscópicos son residentes permanentes de la piel y no se remueven con facilidad por fricción mecánica.

c. Jabón antimicrobiano

Que contiene un ingrediente contra la flora de la piel, no es irritante, presenta un amplio espectro antimicrobiano, es de acción rápida y puede usarse con frecuencia.

d. Soluciones alcoholadas

Son productos de alcohol etílico o isopropílico con una concentración mayor al 60% y con emolientes.

5.1.2. Lavado de Manos Antiséptico

a) Definición

Es la fricción enérgica del área de manos y muñecas de 30-40 segundos, la HM es una acción muy simple, sigue siendo la medida primordial para reducir la incidencia y la propagación de los microorganismos resistentes a los antimicrobianos, lo que mejora la seguridad del paciente en todos los ámbitos. Lavado de las manos con agua y detergentes jabonosos o de otro tipo que contengan un antiséptico, se refiere a cualquier acción de limpieza de las manos.¹⁹

b) Objetivos

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

c) indiciones

Los cinco momentos en los que el equipo de salud debe lavarse las manos:

- 1) Antes del contacto con el paciente. Para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que puedan estar en las manos.
- 2) Antes de Realizar Una Tarea Aséptica. Protege al paciente de los microorganismos patógenos que pudiesen introducirse en su organismo.

- 3) Después del Riesgo De Exposición A Fluidos Orgánicos. Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria, de los microorganismos patógenos que pudiera tener el paciente
- 4) Después del Contacto Con El Paciente. Para protegerse de los microorganismos patógenos que pueda tener el paciente.
- 5) Después del Contacto Con El Entorno Del Paciente. Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los microorganismos patógenos que puede tener el paciente.

d) Principios Científicos. ²⁰

El agua y el jabón sirven como medios de arrastre mecánico de los microorganismos que se encuentran en las manos.

El jabón saponifica las grasas. La disminución de los microorganismos patógenos aumenta la seguridad del medio ambiente.

e) Material y Equipo

- ✓ Lavamanos, pileta con agua potable
- ✓ Dispensador de pared más jabón antibacteriano
- ✓ Dispensador de toalla desechable
- ✓ Basurero con pedales

f) Descripción del Procedimiento:

1. Verificar que el material y el equipo se hallen completos antes de iniciar la higiene de manos.
2. Abrir el grifo del agua graduando el chorro para que no salpique.
3. Mojar las manos con agua corriente tibia.

4. Aplicar jabón suficiente 2-3 ml. para cubrir la superficie de la mano.
5. Frotar las palmas de las manos entre sí.
6. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierdo entrelazando los dedos y viceversa.
7. Frotar las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados
8. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
9. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, rotándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
10. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
11. Enjuague con abundante agua.
12. Secarlas con una toalla de un solo uso desechable.
13. Utilizar la toalla para cerrar el grifo
14. Desechar la toalla en el basurero.

5.1.3. Higiene de manos

a) Definición

Es la descontaminación de las manos mediante la aplicación de un antiséptico elaborado a base de soluciones alcoholadas que se utiliza sobre piel seca, en presencia de manos limpias y libres de materia orgánica que debe llevarse a cabo mínimo 30 segundos.²¹

b) Objetivos

- ✓ Prevenir la transmisión de microorganismos entre paciente y paciente.
- ✓ Reducir la flora residente y eliminar la flora transitoria presente en la piel.
- ✓ Disminuir el riesgo de infecciones en el personal de la salud.

c) Principio Científico

La actividad antimicrobiana de los alcoholes se atribuye a su capacidad de desnaturalizar las proteínas en concentraciones del 60 a 95%. Los alcoholes tienen actividad germicida, excelente contra bacterias gram positivas y gram negativas incluyendo bacterias multi resistentes.

Las manos agrietadas o reseca favorecen la colonización de flora microbiana transitoria. La eficacia de los productos de higiene de manos a base de alcohol se ve influida por varios factores, como el tipo de alcohol, tiempo, dosis de contacto y si las manos están mojadas cuando se aplique el alcohol.

d) Indicaciones

- ✓ Cuando las manos se encuentren visiblemente limpias.
- ✓ Antes del contacto con el paciente.
- ✓ Entre el contacto con cada paciente
- ✓ Después del contacto con piel intacta.
- ✓ Después del contacto con superficies inanimadas u objetos ubicados en el área alrededor del paciente.
- ✓ Dispensador de alcohol en gel o solución alcoholada de bolsillo.

f) Descripción del procedimiento:

- ✓ Retirar anillos, reloj y pulseras.
- ✓ Colocar de 3 a 5ml. de gel alcoholado en la palma de la mano.
- ✓ Frotar las manos con la solución alcoholada empezando por las palmas, continúe con el dorso, espacios interdigitales, incluya dedos pulgares, uñas y finalmente muñecas.
- ✓ Permitir que se seque el producto
- ✓ Manos secas, manos seguras.

e) Responsables

Todos los profesionales implicados en la atención del paciente (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, kinesiólogos, técnicos de laboratorio de servicios y personal en formación) por lo que, su implicación y participación activa en el cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos, es necesaria para evitar las IAAS y garantizar a los pacientes unos cuidados de calidad.

Como se observará no caben dudas del impacto que produce el lavado de manos es la tarea cotidiana de la atención de los pacientes para prevenir las infecciones nosocomiales.²²

5.2. ANTISEPTICOS:

Son soluciones con poder bactericida que pueden ser utilizadas sobre la piel, las más utilizadas son:

Yodopovidona: (yodo-polivinilpirrolidona) antiséptico probadamente estudiado para realizar una adecuada asepsia y desinfección,

particularmente cuando se lo utiliza en formula jabonosa para el lavado de manos antiséptica y baño pre quirúrgico. (No recomendado en neonatos por el alto contenido de yodo) Su importancia radica en que proporciona antisepsia efectiva por la actividad contra bacterias Gram (+) y Gram (-), como así también contra mico bacterias, hongos y virus. Rápida acción intermedia, escasa actividad residual. Debe mantenerse en recipientes opacos y al abrigo de la luz, para conservar su actividad.²³

Clorhexidina 4 % -Gluconato: antiséptico que elimina rápidamente (30 seg.) bacterias Gram (+) y Gram (-), efectivo además contra virus (HIV, HERPES, CMV e INFLUENZA) con una acción residual entre 3 y 6 horas. Es eficaz en presencia de sangre y otras materias orgánicas; produciendo descripción de la pared microbiana. Con mayor aceptabilidad por sus características cosméticas. Con baja toxicidad pudiendo ser utilizado en neonatos y es recomendado en la descolonización de pacientes y baño pre quirúrgico.

Debe mantenerse en su envase original, a temperatura ambiente y al abrigo de la luz; no debe usarse como desinfectante de superficies inertes.

La asociación de alcoholes con Gluconato C. al 0.5% parecen combinar la acción rápida del alcohol y la persistencia de del Gluconato C. transformándolo en una combinación deseable.

Triclosan:

Compuesto fenolito de amplio espectro que genera disrupción de la pared microbiana con efectividad sobre Gram (+) y la mayoría de Gram (-). Tiene una actividad intermedia y es mínimamente afectada por materia orgánica. Su concentración a 0.3 al 2 % ha sido testada como adecuada. Pueden asociarse a jabones o soluciones jabonosas. No se recomiendan para la higiene pre quirúrgico.

Alcohol 70%: su efecto bacteriano está relacionado con la desnaturalización de las proteínas. Excelente poder bactericida sobre Gram (+) y Gram (-), bacilo de la TBC, algunos hongos y virus (Respiratorio, Hepatitis B y HIV).

Raramente toxico y aplicado sobre la piel es uno de los más seguros; con rápida acción y reducción del conteo de la flora microbiana. No son buenos limpiadores por lo cual si la mano esta visiblemente sucia no deberá utilizarse.

Existen dos tipos de alcoholes en el comercio: Alcohol etílico e isopropílico, siendo considerado que es más importante la concentración que el tipo de alcohol en su efecto antiséptico. Se los obtiene al 70 o 90%, siendo la concentración más baja la más efectiva. Es volátil e inflamable, debiéndose almacenar a temperaturas no mayor de 21 C. Además, pueden asociarse con emolientes para minimizar el efecto de sequedad de la piel.

Alcohol iodado: combinación de yodo con alcohol al 70 %, debiéndose utilizar en concentraciones de 2%, se lo utiliza como antiséptico de elección en la preparación de la zona preoperatorio.

Soluciones de base alcohólicas: soluciones alcohólicas con o sin antisépticos que no requieren agua. Formas de presentación: Gel, Jabón líquido y Espuma.

Habitualmente constituido por alcohol etílico y alcohol iso propílico en una concentración del 60 a 70 %, son viscosos, con un pH balanceado conteniendo agentes emolientes que disminuyen la sequedad de la piel. Alcanzan buen nivel antiséptico: eliminan flora transitoria y tienen efecto residual.

Favorecen la adherencia porque generan menos cambios en la flora de la piel y son más operativos: reducen el tiempo de higiene de manos (26% a

16% tiempo del horario de trabajo de la enfermería). Son inflamables requieren ser guardados con cierre hermético, en lugar limpio y fresco.

Los de mayor uso son los geles por su practicidad y confort, algunos datos recientemente publicados parecen mostrar una eficacia mayor comparados con la higiene habitual con antisépticos: se describe una mayor reducción de la colonización de las manos antes y después del uso del gel de alcohol en una unidad de terapia neonatal. Otro trabajo más reciente mostró la reducción de infección nosocomial en UTIN con el uso combinado del gel de alcohol y guantes en la asistencia de recién nacido de extremo bajo peso.

No se recomiendan cuando las manos se encuentran contaminadas con materiales o fluidos biológicos

Consideraciones generales:

Se prefiere el uso de soluciones jabonosas o geles de alcohol. La selección de los mismos debe tener la mejor eficacia con baja irritabilidad de la piel para alcanzar máxima aceptación.

No se aconseja el uso de trozos de jabones en barra o su ralladura (se contamina fácilmente con la humedad residual).

Las soluciones jabonosas deben:

Conservarse en envases originales:

- ✓ Contenerse en recipientes cerrados y descartables. No rellenarlos.
- ✓ Mantener a temperatura adecuada y aquellos que lo necesiten en envases opacos.
- ✓ No se auto-esterilizan y por el contrario pueden contaminarse, esto último está más relacionado al uso inadecuado del dispensador o a su rellenado.

- ✓ Los geles de alcohol se evaporan con facilidad, disminuyendo su efectividad, por lo cual deben estar contenidos en recipientes herméticos. Recordar que son inflamables.²⁴

ADHERENCIA

El principal problema con el lavado de manos está relacionado con la posibilidad de obtener solo buenos productos, sino con la falta de cumplimiento de la norma. Numerosos estudios publicados concluyen que el personal de salud lava sus manos la mitad de las veces de las que está indicada y en general con menor duración que la recomendada.

Los factores identificados que influyen la reducción de la adherencia al lavado de manos son: categorías del personal (técnicos auxiliar, médicos, enfermera (en este orden), sexo masculino; área hospitalaria: menor en UCIN, tiempo del día y de la semana: menor en fines de semana, tipo e intensidad de cuidado del paciente: a mayor contacto menor adherencia, actividades con riesgo de contaminación, uso de guantes y camisolín, mayor riesgo menor adherencia.

Las razones del personal de salud a la baja adherencia estuvieron relacionadas a la irritación de la piel, inaccesibilidad del dispensador, interferencia en la relación con el paciente, el paciente percibido como prioritario, uso de guantes, pérdida de tiempo, ignorancia de las guías, exceso de trabajo (relación inadecuada enfermera-paciente) y tiempo insuficiente, desconocimiento del impacto de la higiene adecuada de las manos en la infección nosocomial.

La irritación de la piel es la más importante barrera para el lavado de manos; cuando mayor el lavado el pH de la piel se incrementa, se reduce el contenido de lípidos, aumenta la pérdida de agua trans-epidérmica y la colonización bacteriana. El uso de geles de alcohol, que suman al poder

bactericida del alcohol sustancias emolientes, son menos irritantes y mejor tolerados que las soluciones jabonosas, mantienen protegida la piel y reduce el desarrollo bacteriano.

Un complejo y dinámico cambio en el comportamiento para lograr mayor adherencia incluye la combinación de educación, motivación e información sistemática unida a la percepción de alternativas posibles.

5.3. INDICACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS Y ANTISEPSIA

Según guías y Recomendaciones publicadas, categorizadas en base a datos científicos existentes, aplicabilidad e importancia económica.

- ✓ Cuando están visiblemente sucias o contaminadas con fluidos corporales, deberá realizarse con agua y solución antiséptica (decontaminación).
- ✓ Antes y después del contacto con un paciente.
- ✓ Antes y después de la utilización de guantes cuando se proceda a insertar un catéter intra-vascular; colocar una sonda vesical, intubación endotraqueal u otra técnica invasiva que no sea procedimiento quirúrgico.
- ✓ Después de entrar en contacto con emuntorios del paciente o con piel no intacta o mucosas.
- ✓ Después de realizar la higiene del paciente.
- ✓ Antes y después del contacto con objetos médicos inanimados que tengan contacto estrecho con el paciente.
- ✓ Cuando no están visiblemente sucias podrá usarse antiséptico con base alcohólica.²⁵

5.3.1. Técnica de lavado de manos con antiséptico de base alcohólica.

- ✓ Aplicar el producto en la palma de la mano.
- ✓ Fregar vigorosamente ambas manos
- ✓ Cubrir toda la superficie de las manos y los dedos.
- ✓ Continuar el fregado hasta el secado (15 a 25 seg)

Con agua y jabón o solución antiséptica:

Mojar primero las manos:

- Aplicar 3 a 5 cc de solución jabonosa (1 aplicación del dispensador)
- Fregar vigorosamente por 15 segundos cubriendo toda la superficie de manos y dedos
- (espacios interdigitales y debajo de las uñas)
- Enjuagar con abundante agua dejando que escurra hacia el codo.
- No usar agua caliente, facilita la presentación de dermatitis.
- Secar con toalla de papel (es tan importante como el lavado de manos).
- Desechar la toalla de papel luego de cerrar la canilla con la misma.

Otros aspectos de la higiene de manos

- Deben retirarse de las manos: reloj, pulseras, anillos, etc., dejando las manos libres para su adecuada higiene.

Las uñas deben mantenerse cortas, no más allá de 0.5 cm. Sin esmalte porque facilitan la colonización bacteriana y/o candidas. El % de bacterias Gram (-) recuperadas de las uñas mostró diferencia significativa ($p < 0.05$) cuando se analizaron: uñas artificiales (35%), esculpidas (10%) y por último las naturales (5%) por lo cual está prohibido.²⁶

El uso de los mismos guantes en emergencias y UCIN.

- ✓ el Lavado de manos antes y después de usar los guantes
- ✓ Usar guantes cuando entremos en contacto con sangre u otro potencial material contaminante
- ✓ Retirar los guantes después del contacto con el paciente
- ✓ No usar los mismos guantes con más de un paciente
- ✓ No lavar los guantes.

5.4. BIOSEGURIDAD

Es un conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y la seguridad del personal, de los usuarios y de la comunidad, frente a diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, físicos, químicos y mecánicos en el establecimiento o en actividades fuera de él.²⁷

BIOSEGURIDAD COMPONENTE DE GARANTÍA DE CALIDAD

La bioseguridad es un componente de la calidad de atención. Es un deber brindar los servicios de salud con garantía y seguridad es responsabilidad de todo el cumplimiento de las normas.

5.4.1. Principios Básicos de Bioseguridad

Se asume que toda persona es portadora de algún agente infeccioso hasta no demostrar lo contrario, las medidas de bioseguridad son universales, es decir deben ser observadas en todas las personas que se atiende.

a. USO DE BARRERAS PROTECTORAS

Para evitar el contacto directo entre personas y entre personas y objetos potencialmente contaminados o nocivos, se debe utilizar barreras químicas,

físicas o mecánicas, aquellos generados en los establecimientos de salud, con propiedades físicas y químicas de potencial peligro por sus características corrosivas, inflamables, tóxicas, explosivas y radiactivas para la persona expuesta. Ejemplo: Residuos radiactivos, residuos farmacéuticos, fármacos caducados y residuos químicos peligrosos.

b. RESIDUOS COMUNES. ²⁸

Son Todos aquellos que no se encuentran en las categorías anteriores y que por su semejanza a los residuos domésticos son considerados como tales. Ejemplo: Basura producida en las oficinas administrativas, los residuos provenientes de la limpieza y mantenimiento de jardines y patios, restos de alimentos sin contacto con enfermos, etc.

MANEJO

- Se usará diferentes recipientes y utilizando el código de colores, para residuos contaminados y especiales se empleará la técnica del doble embolsado, además se deben rotular utilizando símbolos de acuerdo a la naturaleza del residuo.
- Los residuos punzocortantes compuestos por agujas, ampollas, pipetas, hojas de bisturí, hojas de afeitar o vidrios quebrados contaminados, así como los residuos compuestos por cultivos, inóculos, medios de cultivo provenientes de los laboratorios clínicos, sangre o hemo - derivados Bio contaminados deberán ser tratados en el mismo lugar de generación.
- Los residuos compuestos por tejidos, órganos, fetos, piezas anatómicas deberán ser embalados con todas las medidas de precaución, para ser llevados a una fosa común, al cementerio o a su incineración.

- Deben ser manejados adecuadamente para evitar daños a la salud del personal y de la comunidad.²⁹
- Las personas que manipulen residuos y desechos deben Ser previamente capacitadas y recibir controles médicos periódicos.

FLUJO DE TRÁFICO

El flujo de circulación en el establecimiento, debe respetar estrictamente la señalización y las normas fijadas para cada servicio, debiendo cumplirlas tanto los visitantes, pacientes y el personal. Las áreas donde hay peligro de contaminación o riesgo de contaminar deben estar restringidas para personas que no laboran en las mismas y el tránsito debe reducirse al mínimo indispensable.

c. MANEJO DE ROPA DEL PERSONAL

El personal de salud debe tener una ropa de trabajo (uniforme) que sólo será usado dentro del establecimiento y de ninguna manera fuera de él. Deben guardarse en roperos distintos.

Además, para áreas como el quirófano y otras áreas restringidas, el personal debe contar con vestimenta especial que sólo debe ser utilizado en dichas áreas y de ninguna manera en otros ambientes del establecimiento.

d. ROPAS DE ÁREAS DE INTERNACIÓN DE PACIENTES

La ropa utilizada tanto por el personal como por los pacientes se clasificará en ropa sucia y ropa contaminada, según haya o no tenido contacto con fluidos, corporales, objetos, contaminados y deben recibir un tratamiento diferenciado.

Las ropas usadas, deben recogerse separadamente en cada servicio con bolsas plásticas de distinto color, respetando el código de colores, con

rótulos indicando el tipo de ropa y utilizando el sistema de doble embolsado para ropa contaminada. El procesamiento: recolección, transporte, lavado, preparación, almacenamiento y eliminación, debe respetar estrictamente las normas establecidas. Si se usa material descartable en la ropa para procedimientos, deberá ser manejado hasta su disposición final tomando todas las precauciones indicadas para material contaminado.

ROPA LIMPIA

La ropa limpia debe manipularse poco, nunca al mismo tiempo que la ropa Sucia o contaminada.

ROPA SUCIA O CONTAMINADA

Se debe realizare el control de calidad en el servicio de lavandería, en el transporte, distribución y almacenamiento. Para las ropas utilizadas en servicios especiales como el quirófano, deberán pasar por procesos especiales indicados para cada uso.

HÁBITOS Y CONDUCTAS

Dirigidas a evitar contacto directo con fluidos corporales o material contaminado, usar los equipos y manipular materiales con la debida precaución.

USO DE OTRAS BARRERAS PROTECTORAS.

Usar obligatoriamente ropa y equipos de protección adecuados para cada actividad. Tales como: Máscaras, mascarillas, gorros, cascos, anteojos, viseras protectoras, delantal impermeable, mandilones, botas de tela o de material impermeable, protectores para radiación y otros.

MANEJO DE SUSTANCIAS, EQUIPOS Y MATERIALES

Para el manejo, manipulación, transporte y almacenamiento de sustancias

Equipos y materiales potencialmente dañinos, el personal debe ser previamente adiestrado y durante su trabajo debe utilizar obligatoriamente la protección adecuada.³⁰

USO RACIONAL DE ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

Los antisépticos y desinfectantes deben ser cambiados en cada servicio y en todo el establecimiento para evitar la aparición de microorganismos resistentes.

PREVENCIÓN Y MANEJO DE EXPOSICIONES ACCIDENTALES

Capacitación periódica Control periódico En caso de lesiones no exponerse a riesgos potenciales hasta que sanen. En caso de lesiones accidentales comunicar inmediatamente y pasar por una evaluación rigurosa.

CUIDADOS ESPECIALES DURANTE EL MANEJO Y DISPOSICIÓN DE INSTRUMENTOS Y MATERIALES PUNZOCORTANTES

- Nunca doblar, romper o encasquetar agujas descartables.
- Colocarlas y tratarlas hasta su disposición final en un recipiente especial y nunca mezclarlas con los desechos comunes.
- Los instrumentos afilados reutilizables, colocarlos en recipientes de metal.
- Protegerse con guantes gruesos en el procesamiento previo a la esterilización.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- Capacitación del personal
- Educación al usuario y a la comunidad

BIOSEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE

No afectarlo

- Incineración
- Agua con residuos contaminados.
- Desechos contaminados junto a desechos comunes

PERSONAS EN RIESGO

- Usuarios
- Comunidad
- Personal de salud (probabilidad 10 veces mayor)

INFRAESTRUCTURA

- Clasificación de ambientes
- El flujo de circulación

EQUIPOS Y PROCESOS

Descontaminación, limpieza, desinfección esterilización Autoclave

ASEO Y DESINFECCIÓN DE AMBIENTES, RESIDUOS Y DESECHOS

Bio-contaminados, especiales, comunes.

5.5. ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES

Desde mediados del siglo pasado, se han utilizado sustancias químicas aplicadas en la piel, con el fin de evitar las infecciones. (1847), introdujo la práctica del lavado de las manos con compuestos clorados. Lister, años después, amplió el uso de soluciones fenólicas tanto en las manos como en la piel de los pacientes y en la ropa del instrumental usado. Estos conceptos basados inicialmente en la observación y posteriormente en los conceptos microbiológicos, lograron un impacto importante en la prevención de infecciones intrahospitalarias.³¹

A pesar del amplio uso en la actualidad de los antimicrobianos, no se ha eliminado la práctica del uso de los antisépticos; al contrario se han perfeccionado las fórmulas de aquellas sustancias químicas como el Yodo y otras más recientes como la Clorexidina.

LOS ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES ESTÁN DESTINADOS A:

Prevenir las infecciones intra hospitalarias (IIH).

Disminuir el impacto económico de las IIH por el uso de productos de alto costo.

Prevenir efectos adversos.

LA ELIMINACIÓN DE MICROORGANISMOS DESDE UNA SUPERFICIE ANIMADA O INANIMADA PUEDEN SER POR:

Arrastre mecánico: La eliminación de los microorganismos junto con grasas naturales, suciedad y células descamativas, por medio del uso de agua, jabón y fricción.

Sustancias químicas: Por medio del uso de antisépticos y desinfectantes.

En el ambiente hospitalario la mayoría de los objetos destinados a la atención de los pacientes requiere de algún procedimiento que elimine o disminuya la carga bacteriana con el objeto de disminuir el riesgo de infección. Los procedimientos utilizados con este objetivo son la limpieza, desinfección y esterilización.

La limpieza es la remoción mecánica de toda materia extraña en el ambiente, en superficies y objetos, su propósito es disminuir el número de microorganismos a través de arrastre mecánico sin asegurar la destrucción de estos.

La desinfección es la destrucción de las formas vegetativas de las bacterias en objetos inanimados. Se realiza con agentes químicos en estado líquido o por agua a temperaturas superiores a 75° C. Dependiendo de la capacidad del desinfectante para destruir microorganismos se describen tres niveles: Alto, intermedio y bajo.

La esterilización: consiste en la eliminación absoluta de toda forma de vida microbiana (bacterias, virus, esporas, protozoos). Se logra generalmente con métodos químicos, físicos y gaseosos.

Los métodos físicos son por calor húmedo a presión (autoclave) y seco (horno Pasteur). Los métodos químicos - gaseosos son por Óxido de etileno y Formaldehído.

Otra tecnología reciente es Plasma, a partir de precursores de Peróxido Hidrogeno.

Existen además los métodos con Radiaciones ionizantes, la esterilización se obtiene sometiendo los materiales a dosis predeterminadas de radiaciones, hasta la fecha se ha utilizado tecnología con Rayos Gamma o Cobalto.

ANTISÉPTICOS

Son compuestos químicos con efecto antimicrobiano que se pueden aplicar en tejido vivo, localmente, de forma tópica en piel sana.

Al ser sustancias que se utilizan en tejidos vivos requieren de propiedades especiales.

EN GENERAL, EL USO DE ANTISÉPTICO ESTÁ RECOMENDANDO PARA:

Disminuir la colonización de la piel con gérmenes.³²

- Lavado de manos habitual en unidades de alto riesgo.
- Preparación de la piel para procedimientos invasivos.
- Para la atención de pacientes inmunocomprometidos o con muchos factores de riesgo de (IIH).
- Posterior a la manipulación de material contaminado.
- Lavado quirúrgico de manos.
- Preparación pre operatoria de la piel.

ANTISÉPTICO DE USO HOSPITALARIO

ALCOHOLES:

Su mecanismo de acción corresponde a la desnaturalización de las proteínas. Tienen buena acción contra las formas vegetativas de las bacterias Gram + y - , bacilo tuberculoso, hongos y virus, hepatitis B y VIH.

Su aplicación en la piel es segura y no presenta efectos adversos, solo sequedad de la piel en algunos casos de uso de formulaciones no cosméticas. Es de rápida acción, incluso desde los 15 segundos aunque no tiene efecto químico de persistencia sus efectos biológicos de daño microbiano permanece por varias horas.

Existen tres tipos de alcoholes útiles como: Antiséptico

- a) Etílico propílico
- b) ISO propílico

Los alcoholes son volátiles e inflamables por lo que deben ser almacenados en condiciones apropiadas.

POVIDONA YODADA:

Presenta el mismo mecanismo de acción y espectro de los yodados. Es un compuesto soluble en agua que resulta de la combinación del yodo con lo cual se mejora la solubilidad del yodo y permite su liberación en forma gradual a los tejidos. Este efecto determina una menor irritación de la piel y una mayor disponibilidad del producto en el tiempo.

El término yodo disponible se refiere a la cantidad de yodo disponible como reservorio y el de yodo libre al porcentaje en solución en condiciones de actuar, es decir una solución de Povidona yodada al 10%, contiene 1% de yodo disponible y la concentración de yodo libre es de 1 a 2 partes de un millón que se mantiene hasta agotarse el yodo disponible. Esta ventaja del producto se pierde al diluirse en agua, ya que en estas circunstancias se comporta como solución acuosa de yodo.

Su actividad puede verse disminuida por la presencia de sangre u otra materia orgánica. Las concentraciones de uso habitual como Lavador quirúrgico son al

7,5 % y 8% y en el utilizado para curaciones son al 10%.En relación a la tintura de yodo presenta menor irritación dérmica. Se deben usar con precaución en los recién nacidos y quemados

Su acción antiséptica se clasifica entre nivel alto y nivel intermedio. Son letales en minutos para las bacterias, hongos, virus, protozoos, quistes amebas y esporas. Sin embargo, frente a esporas secas requiere de un mayor tiempo de exposición (horas).Los antisépticos yodados tienen la ventaja de ser baratos.

CLOREXIDINA:

Su acción está determinada por daño a la membrana celular y precipitación del citoplasma, posee un amplio espectro de acción, actúa sobre bacterias, Gram (+) y Gram (-), no tiene acción sobre el bacilo tuberculoso y débil en hongos. Su acción antiviral incluye VIH, herpes simple, cito megalovirus influenza. Las ventajas que justifican el uso de Clorexidina son la acción germicida rápida y su duración prolongada gracias a que esta sustancia tiene gran adhesividad a la piel, tiene un buen índice terapéutico.

Su uso es seguro incluso en la piel de los recién nacidos y la absorción a través de la piel es mínima. Solamente se ha reportado toxicidad en instilaciones de oído medio y ojos, la rapidez de su acción es intermedia y posee alto nivel de persistencia de su acción debido a una fuerte afinidad con la piel, por lo que sus efectos antimicrobianos permanecen hasta 6 horas después de su uso, el mayor efecto que cualquiera de los agentes utilizados para el lavado de manos. Presenta un importante efecto acumulativo de modo que su acción antimicrobiana aumenta con su uso periódico.

Su actividad no se ve afectada por la presencia de sangre u otras sustancias orgánicas, sin embargo su acción se puede ver afectada por surfactantes no iónicos o aniones inorgánicos presentes en el agua dura y componentes utilizados en su preparación, razón por la cual su actividad es fórmula dependiente y esto determina las distintas concentraciones de uso las formulaciones más comunes son al 2% y 4%.

TRICLOSÁN:

Es un derivado fenólico relativamente nuevo que actúa produciendo daño en la pared celular de los microorganismos. Es de amplio espectro bacteriano, mejor para Gram + y hay poca información sobre su actividad en virus. Es absorbido por la piel intacta lo cual determina su persistencia y su rapidez de acción es intermedia.

NO se ha demostrado efecto alergénico ni muta génico en períodos cortos de uso. Su actividad es mínimamente afectada por la materia orgánica, las concentraciones de uso habitual son entre 0,3% y 2% Se indica principalmente para el lavado de manos de tipo clínico donde se utiliza en al 1% y en preparaciones líquidas al 1%.

DESINFECTANTES

Los desinfectantes son sustancias químicas capaces de destruir un germen patógeno que debido a su alta toxicidad celular se aplican solamente sobre tejido inanimado, es decir material inerte con objeto de racionalizar los procedimientos más adecuados para cada tipo de material clasificó los elementos de atención según su utilización en el paciente en cuanto a su invasión en:

Artículos críticos: Son aquellos que acceden a cavidades normalmente estériles del organismo, por lo que deben ser siempre estériles.

Los artículos Semi críticos: Son aquellos que entran en contacto con piel no intacta o con mucosas. Estos artículos deben estar libres de toda forma vegetativa de los microorganismos y de preferencia deben ser estériles. Si la esterilización no es factible deben ser sometidos a desinfección de alto nivel.

Artículos no críticos: Son aquellos que toman contacto con piel intacta, o no toman contacto con el paciente. Estos artículos sólo requieren limpieza y secado y en ocasiones desinfección de bajo nivel.

La desinfección de alto nivel consiste en la acción letal sobre todos los microorganismos, incluyendo bacterias, hongos y algunas esporas. No reemplaza a los procedimientos de esterilización. Dentro de este grupo encontramos el glutaraldehido activado al 2% en solución acuosa.

En la desinfección de nivel intermedio hay destrucción de todas las formas vegetativas de los microorganismos exceptuando las esporas. A este grupo pertenece el Hipoclorito de Sodio y Alcohol etílico al 70%. La desinfección de nivel bajo no alcanza a esporas, ni hongos, solo bacterias vegetativas y algunos virus. En este grupo encontramos los compuestos acuosos de amonio cuaternario 0,1 - 0,2%

GLUTARALDEHIDO

El glutaraldehido es un desinfectante altamente utilizado en el medio hospitalario debido a que tiene un amplio espectro de acción, es activo en presencia de material orgánico y no es corrosivo. Dependiendo del tiempo de exposición se alcanzan distintos grados de desinfección. Al esperar 12 horas se obtiene esterilización, con 30 minutos, desinfección de nivel alto y con 10 minutos, de nivel bajo. Si el material que se va a desinfectar está sucio con sangre, pus o cualquier elemento orgánico, se va a alterar el poder de desinfección.

El material orgánico actúa como barrera física y se interpone entre el desinfectante y la superficie de contacto del material a limpiar, por lo que es recomendable limpiar previamente todo el material que será sometido a desinfección. No es corrosivo.

Se utiliza para la desinfección de alto nivel en materiales que no se pueden someter a altas temperaturas como endoscopios, los cuales tienen fibras ópticas delicadas y piezas de goma.

Es una sustancia tóxica, no sólo para el personal que lo manipula, sino también para las personas que utilizan el instrumental. Por lo tanto se debe enjuagar el instrumental después de la desinfección para eliminar todo el desinfectante impregnado. Se inactiva después de dos semanas de preparada y por dilución, por ejemplo, al sumergir instrumentos previamente lavados con agua sin secarlos.

HIPOCLORITO DE SODIO 1%

A pesar de ser un desinfectante de alto nivel tiene un uso clínico más limitado porque el pH alcalino disminuye su actividad, lo mismo con la presencia de materia orgánica, y corroe el material metálico.

CONSIDERACIONES GENERALES

La selección del antiséptico o desinfectante a usar debe considerar poder germicida, seguridad y eficacia del producto, rapidez, espectro de acción y efecto residual.

Los desinfectantes y antisépticos deben usarse respetando las instrucciones del fabricante respecto a duración del producto, condiciones de conservación, tiempo de contacto y dilución, no se debe usar dos o más agentes químicos simultáneamente, ya que se altera su acción.

El contacto de estas sustancias químicas sobre objetos o tejidos sucios puede inactivar o reducir su acción, Los productos yodados deben envasarse en frascos oscuros o quedar protegidos de la luz, no se debe rellenar ni trasvasijar los antisépticos y desinfectantes.

NORMAS DE RACIONALIZACIÓN DE ANTISÉPTICOS DESINFECTANTES

Debe existir un listado único de ellos para todo el hospital, en el que se especifiquen las normas de uso, indicaciones, contraindicaciones, periodo de vencimiento y precauciones para su conservación, debe existir un mecanismo de evaluación del cumplimiento de las normas del uso de desinfectantes y antisépticos, los productos seleccionados deberán tener efectividad comprobada para las indicaciones que se han definido en el centro hospitalario en uso. Guardar en recipientes libres de contaminación, rotulados, tapados y con la fecha de expiración vigente.

VI. OBJETIVOS

6.1. Objetivo General

Determinar las competencias de enfermería sobre el proceso de lavado de manos en el servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2016.

6.2. Objetivos Específicos

- ✓ Describir las características socio demográficas del personal de enfermería.
- ✓ Identificar el nivel de conocimiento y práctica sobre el proceso de lavado de manos del personal de enfermería.
- ✓ Identificar la actitud del personal de enfermería respecto al proceso de lavado de manos.
- ✓ Verificar el cumplimiento del lavado de manos utilizando las 5 técnicas de todo el personal de enfermería.

VII. CONTROL SEMANTICO

Calidad: Es un elemento esencial que sirve para evaluar la eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios de salud. Grado en el que un conjunto de características del servicio cumple con los requisitos.

Indicador: Es una característica, un parámetro, define y mide lo que informan del paciente.

Indicador de Calidad: Variable que intenta medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas.

Indicadores: Son expresiones que señalan una parte importante del comportamiento de una situación, solo son una porción de un todo.

Enfermera: define enfermería como: “Una profesión de ayuda que como tal proporciona servicios que contribuyen a la salud de las personas y la resalta como una profesión independiente”. Enfermería posee una importancia vital para las personas enfermas que no pueden realizar por sí mismos sus propios cuidados.

Competencias: Es la secuencia lógica relacionada al conocimiento para obtener un resultado concreto. Combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos.

Estándar de Desempeño: Son parámetros que permiten mediciones más objetivas; pueden desarrollarse a partir de observaciones directas sobre el puesto de trabajo.

Precisión: Relacionado con una exactitud, rigurosa

Evaluación del Desempeño por Competencias: Comprende la evaluación de los conocimientos, las habilidades y las actitudes de los profesionales, así como su nivel de organización, retención y empleo de la práctica académica y laboral; es lo que el individuo sabe, sabe hacer y hace.

Satisfacción del Personal Evaluado: Complacencia del usuario con la atención, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención.

Motivación: Es un proceso multi causal; lo que impulsa a hacer algo o hacia algo.

Ciencia: Es el resultado de la investigación y la aplicación del método científico; tiene relación con los valores que el hombre da a los distintos aspectos de la vida.

Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Proceso de Atención de Enfermería o cuidado de enfermería es una actividad intelectual, procedimental y conductual que proporciona un método lógico y racional en el desempeño profesional.

Holístico: Consideración de globalidad del sujeto, entendido como un todo.

Norma: Guía, patrón del comportamiento que especifica la manera de actuar en una situación determinada.

Responsabilidad: La obligación que los individuos tienen de rendir cuenta entre otros por la tarea encomendada que no puede delegar a otros.

Lavado: Acción y efecto de lavar

Lavado de Manos: Proceso que se lleva a cabo para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos por medio del lavado mecánico con productos antisépticos.

Conocimiento: Entendimiento, inteligencia, ciencia, sabiduría.

Actitud: Disposición de animo

VIII. ASPECTOS ÉTICOS

Este presente trabajo de investigación fue realizado en el servicio de emergencias en el hospital de clínicas en la gestión 2016 para esto se realizó la solicitud Correspondiente para la realización de la Encuesta:

- Dr.: Ricardo Torrico jefe de la unidad del servicio de emergencias.
- Lic. Vilma Carpio jefa del personal de enfermería del servicio de emergencias.

La presente solicitud se realizó en el sentido de aportar, acerca de los conocimientos, competencias acerca del lavado de manos a todo el personal de Enfermería pertenecientes al servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas dichas solicitudes se adjuntaron en: (Anexo N°1), (Anexo N°2).

IX. DISEÑO METODOLOGICO

9.1. Contexto de clasificación de la investigación

Cuantitativo porque el presente estudio pretende obtener respuestas, en relación a las competencias que tienen las enfermeras en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas, en relación al proceso de lavado de manos como indicador de calidad y seguridad en el paciente crítico; por ello es de carácter interpretativo, por qué se realizó con un grupo de profesionales, cuya participación fue activa durante todo el tiempo de investigación teniendo como meta la transformación de su quehacer profesional actual.

Asimismo la investigación cuantitativa, relacionó conocimientos, habilidades y actitudes, que desarrollan las enfermeras, que conducirán a la búsqueda de cambios sustanciales del ejercicio profesional en el campo de la Enfermería en el servicio de emergencias.

Observacional, porque se observó la calidad y el nivel conocimiento bajo, medio q tener acerca de este procedimiento, utilizando de los 5 momentos de lavado de manos, también si cumplimiento de este procedimiento ha sido óptimo o no y esto nos sirve como indicador de calidad del cuidado del personal de enfermería y si existen fenómenos que afectan la salud de los pacientes internados en la unidad de Emergencias del Hospital de Clínica

Es Transversal, porque se realizó un corte en un tiempo determinado, y probabilístico aleatoria, es de población finita dirigidos a evaluar la eficiencia, eficacia efectividad y seguridad de la calidad de atención que brindan los servidores de salud a pacientes internados en la Unidad de emergencias de la institución realizada en la gestión 2016.

9.2. UNIVERSO Y MUESTRA

9.2.1. Universo

El presente estudio se realizó a los 100 % del personal de Enfermería tanto (Auxiliares de enfermería y Licenciadas en enfermería), de los deferentes turnos del servicio de emergencias del Hospital de Clínicas.

9.2.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por el personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Emergencias Hospital de Clínicas, en los diferentes turnos de mañana, tarde, noche (A, B, C), siendo un total de 26 personas (18 profesionales y 8 Auxiliares de Enfermería).

9.3. Criterios de inclusión y exclusión

9.3.1. Criterios de Inclusión

- Personal profesional en enfermería de ambos sexos que estén asignados al servicio de emergencias
- Personal Auxiliares de Enfermería
- Personal de reemplazo eventual

9.3.2. Criterios de Exclusión

- Personal de enfermería que se encuentra con vacación
- Personal de enfermería que se encuentra con baja medica
- Estudiantes de enfermería
- Personal de enfermería que no acepte ser parte del presente estudio

9.4. LISTA DE VARIABLES

Para el presente trabajo de investigación se realizó a todo el personal de enfermería pertenecientes al servicio de emergencias del Hospital de Clínicas

- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Estado civil
- ✓ Cargo
- ✓ Formación académica
- ✓ Experiencia laboral (años)
- ✓ Nivel de conocimiento y practica sobre el proceso de lavado de manos
- ✓ Actitud sobre el proceso de Lavado de manos
- ✓ Calidad del proceso de lavado de manos.

9.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 25 – 35 años • 36 – 45 años • Mayor o igual a 47 años 	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la enfermera hasta la realización del estudio	Porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Identificación sexual de cada individuo	Porcentaje
Estado civil	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Divorciada • Unión libre • Viuda 	Estado legal del individuo	Porcentaje
Cargo	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable de la Unidad • Especialista EMG • Otros 	Rol profesional desempeñado por la enfermera en EMG	Porcentaje
Formación Académica	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar de enfermería • Especialista Licenciadas en Enfermería 	Máximo nivel académico alcanzado personal enfermería	Porcentaje

Experiencia laboral	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 10 • 11- 20 • Mayor o igual a 21 años 	Experiencia de trabajo en años	Porcentaje
Nivel de conocimiento sobre proceso lavado de manos	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Muy bueno • Bueno • Regular • Malo 	Grado de conocimiento adquirido en la formación sobre el proceso de lavado de	Porcentaje
Actitud sobre proceso lavado de manos	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Positiva • Indiferente • Negativa 	Sentimiento a favor o en contra sobre el proceso de lavado de manos	Porcentaje
Nivel de calidad del proceso lavado de manos	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad total • Calidad optima • Mínimo cumplimiento • No cumplimiento 	Evaluación de la práctica del personal de enfermería en relación al proceso de lavado de manos	Porcentaje

9.6. Técnicas y procedimientos

Para la elaboración de este trabajo de investigación se realizó a través de encuesta anónima a todo el personal de enfermería para su respectiva interpretación, pertenecientes al servicio de emergencias del hospital de clínicas.

9.6.1. De obtención de la Información

La información se la obtuvo a través de encuesta y recolección de datos, la información fue procesada y cuantificada estadísticamente en el servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas.

9.6.2. Procesamiento de datos y análisis estadístico

Se procedió a la transcripción del mismo a través de un procesador de texto, en este caso Microsoft Word 2010, hojas electrónicas en Microsoft Excel 2010, para luego obtener de la impresión de la misma.

9.2.3. De Discusión y Síntesis

Posteriormente se confeccionaron cuadros y gráficos estadísticos respectivos, en los procesadores citados anteriormente, en relación a las diferentes variables estudiadas para su posterior análisis e interpretación respectiva

X. RESULTADOS

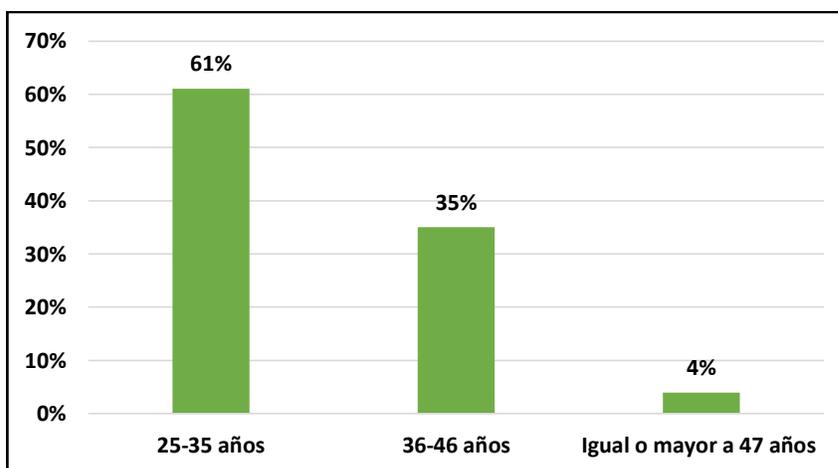
TABLA N° 1

EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, 2016.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
25-35 años	16	61%
36-46 años	9	35%
Igual o mayor a 47 años	1	4%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRAFICO N° 1



Fuente: tabla N° 1

INTERPRETACIÓN: El rango de edad de la personal enfermería que trabaja en la unidad de Emergencias Hospital de Clínicas es de 25 a 35 años corresponde al 61 %, de 36 a 46 es de 35% y el 6% del personal de enfermería tiene la igual o mayor a 47 años.

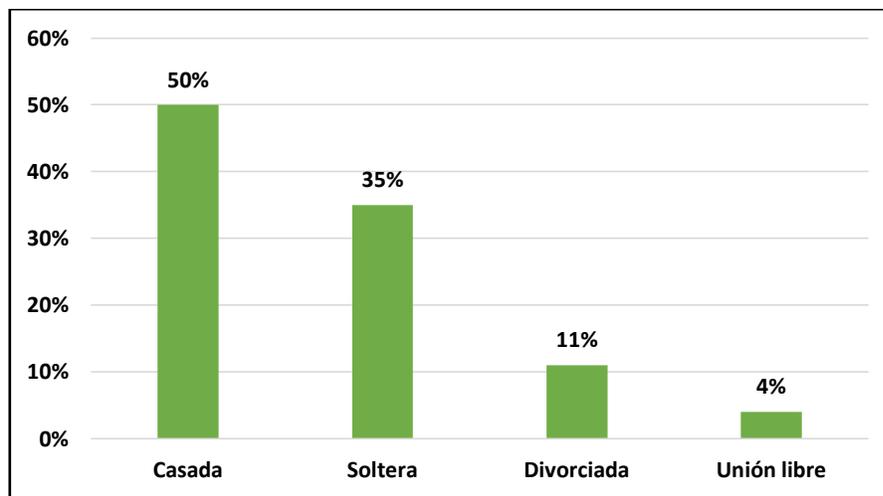
TABLA N° 2

ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, 2016

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	13	50%
Soltera	9	35%
Divorciada	3	11%
Unión libre	1	4%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICO N° 2



Fuente: Tabla N°2

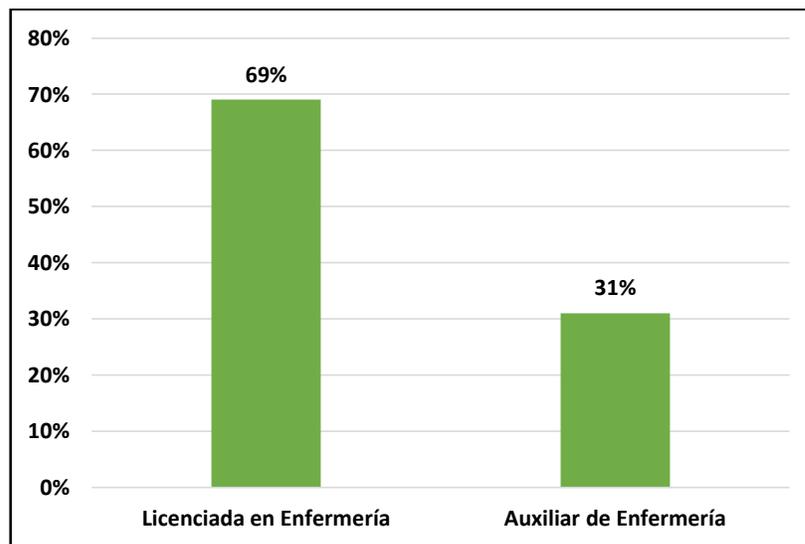
INTERPRETACIÓN: El 50% del personal de enfermería son de estado civil casado, el 35% son solteras, un 11% divorciadas y un 4% viven en unión libre.

TABLA N° 3
DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN EL CARGO
UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, 2016

Formacion Academica	Frecuencia	Porcentaje
Licenciada en Enfermería	18	69%
Auxiliar de Enfermería	8	31%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICA N° 3



Fuente: Tabla N°3

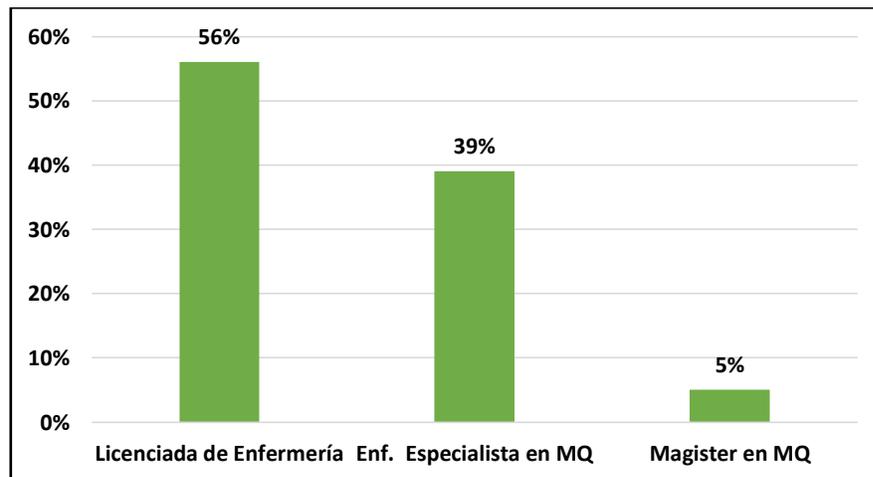
INTERPRETACIÓN: El 69% son Licenciadas en Enfermería y el 31% corresponde a personal Auxiliar de Enfermería.

TABLA N° 4
FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA,
UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS 2016.

Formación Académica	Frecuencia	Porcentaje
Licenciada de Enfermería	10	56%
Enfermería Especialista en MQ	7	39%
Magister en MQ	1	5%
Total	18	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N°4



Fuente: Tabla N°4

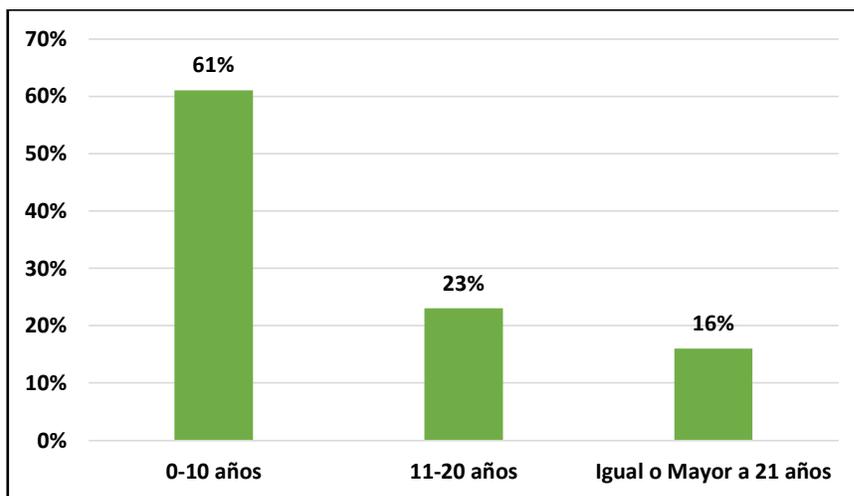
INTERPRETACION: El 56% del personal de Enfermería que trabaja en el Servicio de Emergencias son Licenciadas de Enfermería, 39% son Enfermeras Especialistas en Médico Quirúrgico y un 5% son de formación académica Magister Médico Quirúrgico.

TABLA N° 5
TIEMPO DE EXPERIENCIA LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIO DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLÍNICAS, 2016

Experiencia Laboral	Frecuencia	Porcentaje
0-10 años	16	61%
11-20 años	6	23%
Igual o Mayor a 21 años	4	16%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICO N° 5



Fuente: Tabla N°5

INTERPRETACIÓN. - El 61% del Personal de Enfermería en cuanto a la experiencia laboral de 0 a 10 años, el 23% de 11 a 20 años y el 16%, una experiencia laboral igual o mayor a 21 años.

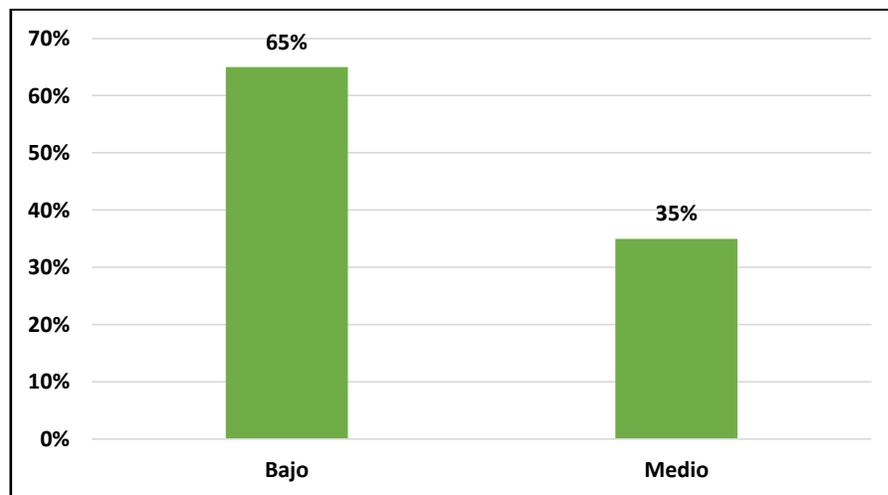
TABLA N° 6

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROCESO DE LAVADO DE MANOS
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE EMERGENCIAS
HOSPITAL DE CLINICAS, 2016**

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	17	65%
Medio	9	35%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICO N° 6



Fuente: Tabla N°6

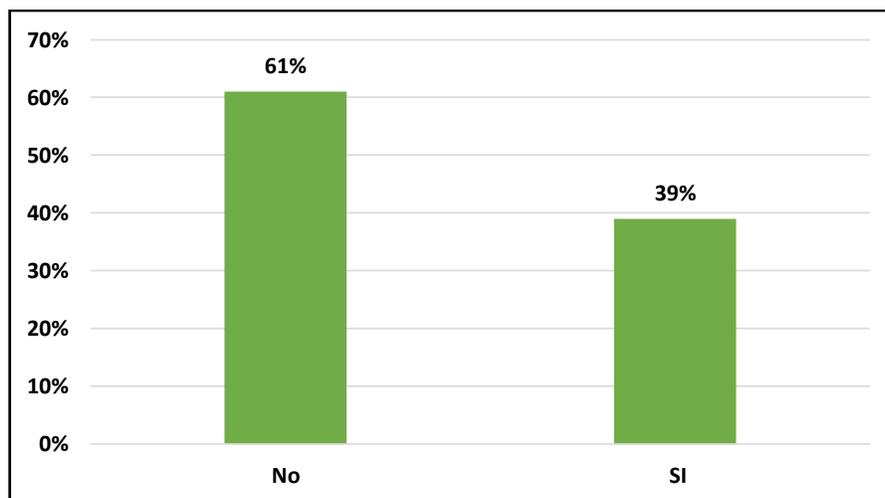
INTERPRETACION: El nivel de conocimiento obtenido por el Personal de Enfermería de la Unidad de emergencias Hospital de Clínicas en cuanto al proceso de lavado de manos es bajo con un 65% es por eso que no cumplen el procedimiento, seguido de un conocimiento medio del 35% lo cual demuestra que tienen conocimiento, pero no lo aplican por la falta de tiempo y la constante actividad que existe en la unidad.

TABLA N° 7
PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE NO IDENTIFICA LA APLICACIÓN
DEL PROCESO DE LAVADO DE MANOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS 2016

No Identifica Lavado de manos	Frecuencia	Porcentaje
No	16	61%
SI	10	39%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N°7



Fuente: Tabla N°7

INTERPRETACIÓN: El 61% del personal de Enfermería No identifica la aplicación del lavado de manos por la constante actividad, mientras que el 39 % Si identifica este procedimiento, en la atención de Pacientes en el Servicio de Emergencias Hospital de Clínicas.

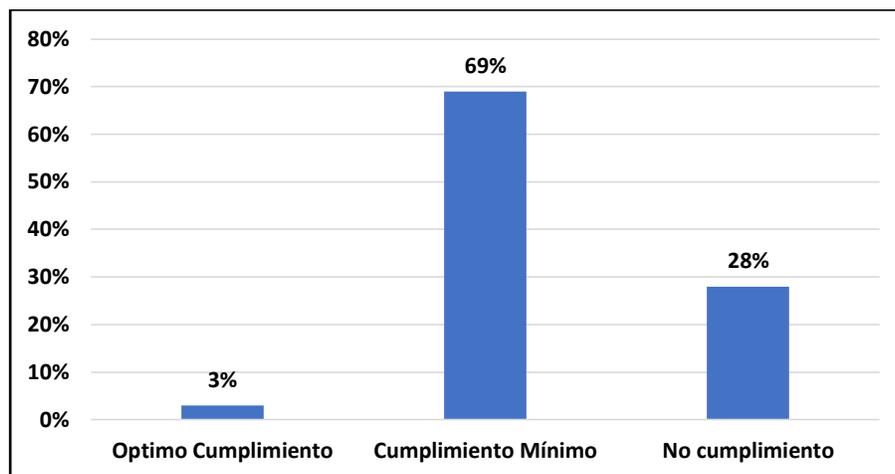
TABLA N°8

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROCESO LAVADO DE MANOS
(5 MOMENTOS) DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, UNIDAD DE
EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, 2016**

Nivel Conocimiento (5 Momentos)	Frecuencia	Porcentaje
Optimo Cumplimiento	1	3%
Cumplimiento Mínimo	18	69%
No cumplimiento	7	28%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia.

GRAFICO N° 8



Fuente: Tabla N°8

INTERPRETACIÓN: El Óptimo Cumplimiento es de 3%, Cumplimiento Mínimo el 69%, No cumplimiento con las normas de lavado de manos un 28%.

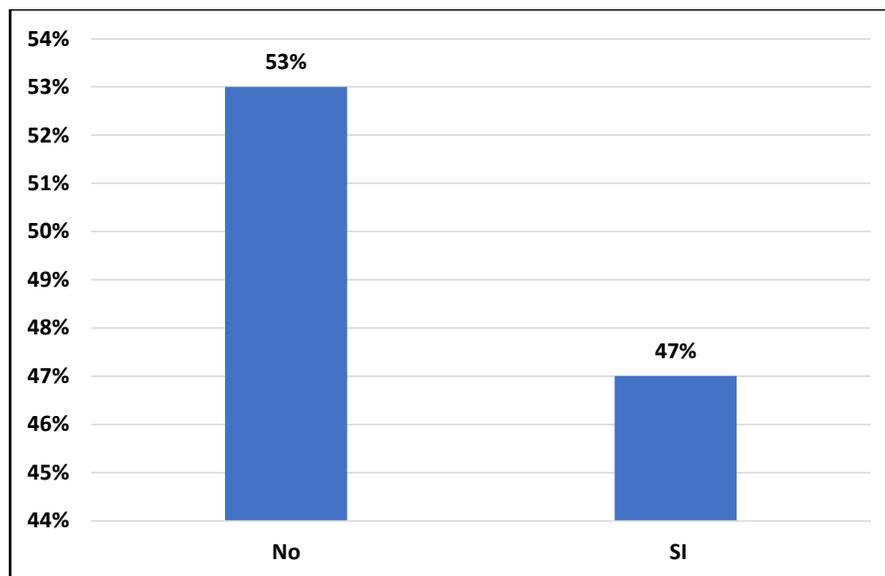
TABLA N° 9

**PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE REALIZA EL LAVADO DE MANOS ANTES DE MANIPULAR AL PACIENTE (1ro MOMENTO)
UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS 2016.**

L.M. Antes de manipular al paciente	Frecuencia	Porcentaje
No	14	53%
Si	12	47%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N° 9



Fuente: Tabla N°9

INTERPRETACIÓN: El 53% del personal de enfermería No realiza el lavado de manos ANTES de manipular al paciente en la unidad de Emergencias, mientras que el 47 % Si realiza este procedimiento.

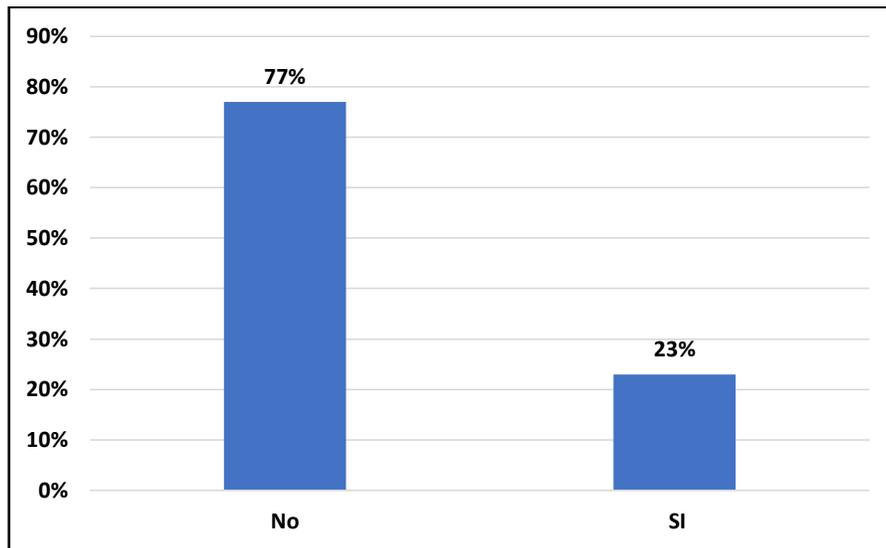
TABLA N°10

**APLICACIÓN DEL PROCESO DE LAVADO DE MANOS DESPUÉS DE
MANIPULAR AL PACIENTE (2do MOMENTO) POR EL PERSONAL
DE ENFERMERÍA UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE
CLINICAS, 2016**

L.M. Después de manipular al Paciente	Frecuencia	Porcentaje
No	20	77%
Si	6	23%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N°10



Fuente: Tabla N°10

INTERPRETACIÓN: El 77% del personal de Enfermería No realiza el lavado de manos DESPUES de manipular al paciente en la Unidad de emergencias, mientras que el 23 % Si realiza este procedimiento.

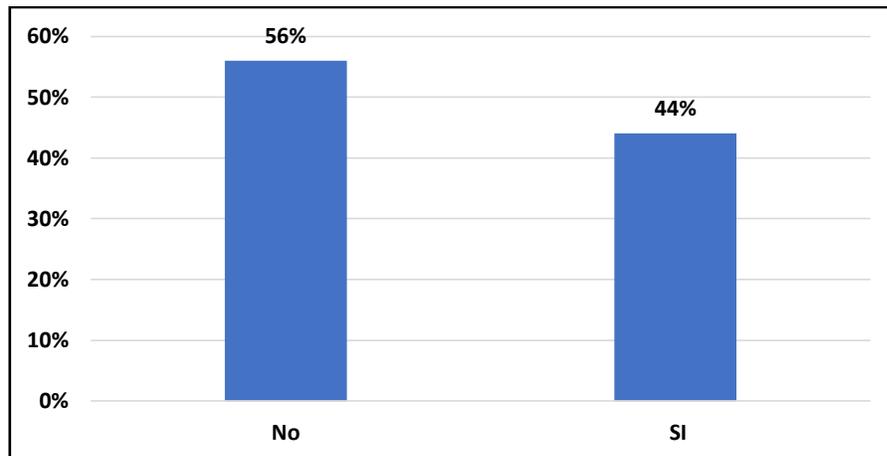
TABLA N° 11

APLICACIÓN DEL PROCESO DE LAVADO DE MANOS ANTES DE REALIZAR UN PROCEDIMIENTO INVASIVO (3ro MOMENTO) POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, 2016

L.M. Antes de Realizar Procedimiento	Frecuencia	Porcentaje
No	15	56%
Si	11	44%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N° 11



Fuente: Tabla N°11

INTERPRETACIÓN: El 56% del personal de Enfermería No realiza el lavado de manos antes de realizar un procedimiento invasivo (calzado de guantes) en la Unidad de emergencias que el 44 % Si realiza este procedimiento.

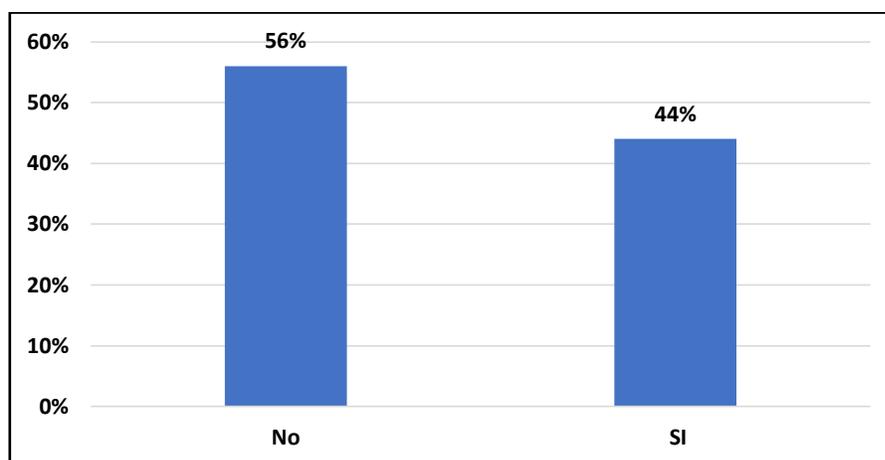
TABLA N° 12

APLICACIÓN DEL PROCESO DE LAVADO DE MANOS DESPUÉS DE REALIZAR UN PROCEDIMIENTO INVASIVO (DESPUÉS DE RETIRARSE LOS GUANTES), EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, 2016.

Despues Procedimiento Invasivo	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	56%
No	11	44%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N° 12



Fuente: Tabla N°12

INTERPRETACIÓN: El 56% del personal de Enfermería Si realiza el lavado de manos después de realizar un procedimiento invasivo (retiro de guantes) en la Unidad de Emergencias Hospital de Clínicas, mientras que el 44%No realiza este procedimiento.

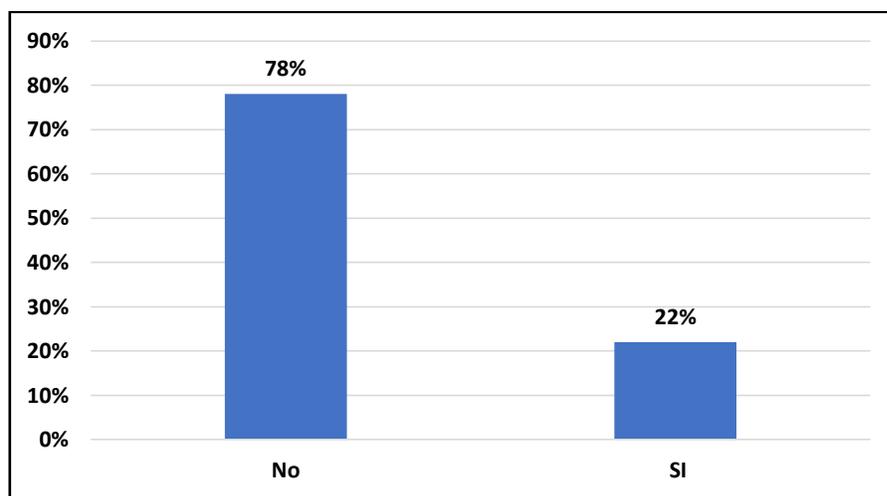
TABLA N° 13

APLICACIÓN DEL PROCESO DE LAVADO DE MANOS DESPUÉS DE ESTAR EN CONTACTO CON ELEMENTOS DEL ENTORNO DEL PACIENTE (4to MOMENTO) POR ENFERMERÍA UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, 2016.

Despues del Contacto con el Paciente	Frecuencia	Porcentaje
No	20	78%
Si	6	22%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N°13



Fuente: Tabla N°13

INTERPRETACIÓN: El 78% del Personal de Enfermería No aplica el Procedimiento de lavado de manos después de estar en contacto con elementos del entorno del paciente, mientras que el 22 % Si realiza este procedimiento.

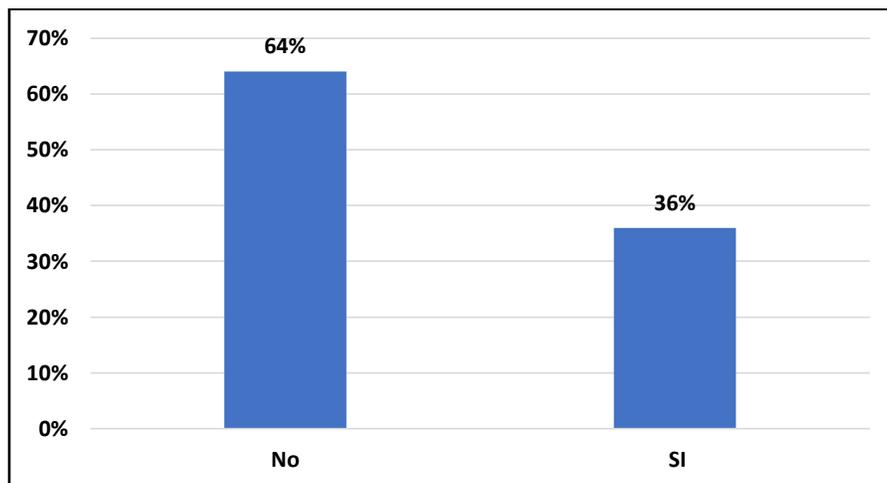
TABLA N° 14

APLICACIÓN DEL PROCESO DE LAVADO DE MANOS EN CASO DE CONTAMINACIÓN O CONTACTO CON FLUIDOS O MATERIAL (5to MOMENTO) POR ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS 2016.

En Caso de Contaminación	Frecuencia	Porcentaje
No	17	64%
Si	9	36%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N° 14



Fuente: Tabla N°14

INTERPRETACIÓN: El 64% del personal de Enfermería No realiza el proceso de lavado de manos en casos de contaminación o contacto con fluidos o material mientras que el 36 % Si realiza este procedimiento.

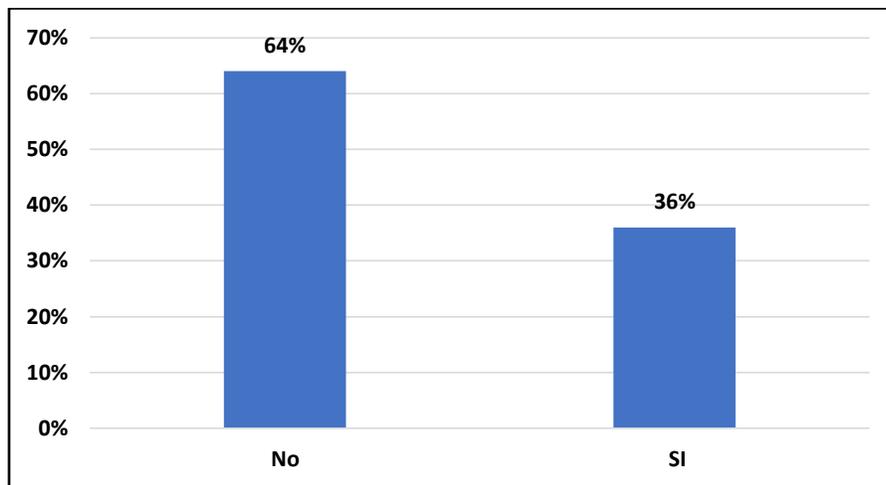
TABLA N° 15

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE PREPARA EL MATERIAL PARA EL PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS - UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, 2016.

Preparacion de Material	Frecuencia	Porcentaje
No	17	64%
Si	9	36%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N° 15



Fuente: Tabla N°15

INTERPRETACIÓN: El total de observaciones efectuadas fueron 23 de las cuales el 64% No prepara el material, ni acude al sitio para realizar el procedimiento de lavado de manos y solo el 36% Si lo realiza.

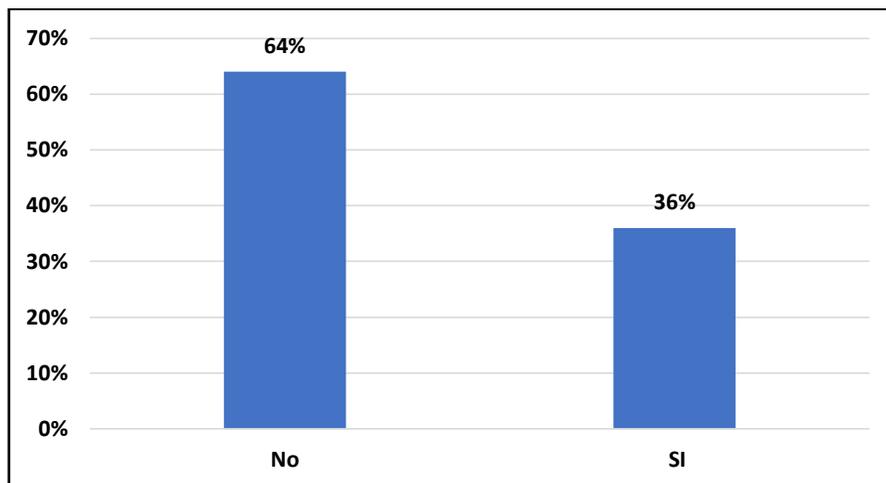
TABLA N° 16

PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS EN SECO (USO DE ALCOHOL GEL) UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS, 2016

Uso de Alcohol Gel	Frecuencia	Porcentaje
No	17	64%
SI	9	36%
Total	26	100%

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO N° 16



Fuente: Tabla N°16

INTERPRETACIÓN: El 64 % del Personal de Enfermería No realiza el procedimiento de higiene de manos en seco (uso de alcohol gel) en la Unidad de Emergencias Hospital de Clínicas, mientras que el 36% Si realiza este procedimiento

XI. DISCUSIÓN

1. El lavado de manos se constituye en un indicador de calidad muy importante a la hora en la atención de pacientes, el personal que aplica este procedimiento debe ser calificado con una formación académica especializada de alta responsabilidad y experiencia. Socio demográficamente el personal de Enfermería en el servicio de emergencias, El rango de edad del personal enfermería es de 25 a 35 años corresponde al 61 %, de 36 a 46 es de 33 % y personal una edad igual o mayor a 47 años 6%, el 50% casadas, el 33% soltera, 11% divorciadas y un 6%, en el cargo de licenciadas en enfermería es de un 67%, auxiliares en enfermería es del 33%.
2. Las competencias del personal de enfermería para clasificar los conocimientos que permitan encontrar dar soluciones a los problemas de la práctica de enfermería acerca del lavado de manos y mejorar la calidad del cuidado del personal involucrado. Un estudio realizado en Perú titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre bioseguridad en Unidades de emergencias de dos Hospitales de Lima 2008”, muestra que el porcentaje de trabajadores en salud con conocimientos altos fue de 32%, en Tacna 28%.
3. En el presente estudio realizado en el servicio de emergencias del Hospital de Clínicas La Paz 2016, en cuanto a competencias de enfermería a nivel de conocimientos del proceso del lavado de manos obtuvo un nivel. El Óptimo cumplimiento es de 3%, Cumplimiento mínimo el 69%, no cumplimiento con las normas de lavado de manos un 28%.
4. Con respecto a actitud Antonio Pinillo dice que la actitud se da en un contexto de la interacción humana, ser y actuar; son la estructuración en cada individuo de los actos de conocimiento y pensamiento, juicio de

valores y actos de decisión voluntaria. Así en el estudio sobre: "Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de medidas de bioseguridad del Hospital "Félix Mayorca Soto" Tarma 2003". Muestra las actitudes positivas hacia las normas de bioseguridad un 78% en Tacna y un 30% en Tarma en Lima Perú.

5. Este presente estudio realizado en el servicio de Emergencias del Hospital de Clínicas gestión 2016 la actitud del personal de enfermería hacia el proceso del lavado de manos .El 61% no identifica, mientras que el 39 % SI identifica. El 53% no realiza el lavado de manos ANTES de tocar al paciente, mientras que el 47 % SI realiza este procedimiento. El 77% del personal de Enfermería NO realiza el lavado de manos DESPUES de tocar al paciente, mientras que el 23 % si realiza este procedimiento.
6. .La correcta aplicación de indicadores de competencias en la atención del paciente puede reducir el riesgo de infecciones en las Unidades del servicio de emergencias. Suárez en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez de México, estableció que a través de la medición de indicadores del proceso de lavado de manos se podía mejorar el nivel del estándar del indicador, capacitar, evaluar y al mismo tiempo lograr mejoras en este proceso.

XII. CONCLUSIONES

1. Socio demográficamente el personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de Emergencias Hospital de Clínicas es una población relativamente joven con un rango de edad entre 25 a 35 años, un número mayor son Enfermeras de planta y Especialistas en Medico Quirurgico respectivamente, con una experiencia laboral de 0 a 10 años.
2. Se identificó que el nivel de conocimiento del personal de Enfermería de la Unidad de emergencias el Hospital de Clínicas en cuanto al proceso de lavado de manos es BAJO seguido de MEDIO.
3. En cuanto a las prácticas de enfermería del proceso de lavado de manos en los 5 momentos, se concluyó que la mayoría del personal en el PRIMER MOMENTO NO realiza el lavado de manos ANTES de tocar al paciente. En el SEGUNDO MOMENTO NO realiza el lavado de manos DESPUÉS de tocar al paciente. En el TERCER MOMENTO NO realiza el lavado de manos antes y después de realizar un procedimiento invasivo (antes y después del calzado de guantes). En el CUARTO MOMENTO la mayoría del personal de Enfermería NO aplica el procedimiento de lavado de manos DESPUÉS de estar en contacto con elementos del entorno del paciente (por ejemplo: Monitor, Caja de Paro, Ambu).En el QUINTO MOMENTO NO realizan el proceso de lavado de manos en casos de contaminación o contacto con fluidos, mientras que un menor porcentaje si lo realiza.
4. Se identificó que el personal de enfermería NO PRERARA el material necesario para el lavado de manos, ni acude al sitio de lavado para realizar el proceso de lavado de manos y una mayoría NO REALIZA el procedimiento de higiene de manos en seco (uso alcohol gel) y una minoría si realiza este procedimiento.

XIII. RECOMEDACIONES

Se debe organizar la creación de un comité de evaluación del indicador, donde se planifique semestralmente las evaluaciones formales y se monitorice el cumplimiento del proceso de acuerdo al estándar.

Este comité de evaluación del indicador debe establecer estrategias que refuercen la identidad profesional y contribuyan al desarrollo de los cuidados de enfermería técnicos, científicos y al mismo tiempo humano.

Efectivizar una evaluación de forma continua llevado a cabo por el comité de infecciones del Hospital de Clínicas.

Desarrollar como parte del programa de educación continua en el servicio de emergencias, la retroalimentación del proceso de lavado de manos utilizando los 5 pasos.

El presente documento sirva de base para realizar investigaciones similares e implementar mejoras que vayan en directo beneficio del personal de Enfermería y paciente hospitalizado y así reciba una atención de calidad.

Los resultados del análisis de esa información que se presentan en este trabajo de investigación sirvan de respaldo de forma plena para la evaluación del indicador.

Que se disponga en todo momento el material completo para la ejecución del proceso de lavado de manos por el personal de Enfermería y resto del equipo de salud.

En caso de no poder realizar el lavado de manos por la constante actividad en el servicio de emergencias proporcionar alcohol gel.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Borrador Avanzado 2004-2006. [Fecha de acceso 18 de abril 2013]. URL disponible: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos. PDF
2. Bañeres J. La Seguridad de los Pacientes como condición de la Calidad Asistencial. (Guadalajara), 2013. [Fecha de acceso 7 de agosto de 2013]. URL disponible <http://calidad2013.files.wordpress.com/2013/02/pacientpdf>.
3. Cisneros G. F. Proceso de Atención de Enfermería (PAE). (Fecha de acceso 19 de 2013). URL disponible e: <http://www.monografias.Com-enfermeria/modelos-enfermeria.shtml>
4. Conclusiones de la conferencia de consenso en infecciones por catéter E. Fernández Medicina Intensiva 2008 España (Fecha de acceso 1 de julio de 2013) URL disponible en: <http://ac.els-cdn.com/S0210569103799744/1-s2.0-S021056910379974>
5. Calderón Santos M, Cruz Díaz J. Comité de Calidad de los Servicios de Enfermería. (México) 2006 [fecha de acceso 2 de febrero de 2012] URL disponible: <http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/>.
6. Clinical Infectious Diseases. July 2000; 31 : 136-143
7. J. an Dent Assoc 2000; 66:546-7 Michael John
8. Emerging Infectious Diseases Vol 7 , No 2 , March- April 2001 Elaine Larson
9. Emerging Infectious Diseases Vol 7. No 2 March-April 2001 Didier Piet

10. Normas y recomendaciones para el control de las Infecciones Intrahospitalarias. Sec de Salud. Dirección General de Enfermería 2002
11. British Medical Journal Vol 325 August 2002. Emmanuel le Girou
12. Guía de lavado de manos de la OMS 2009. (Fecha de acceso 2 de septiembre)
13. Guía de higiene de manos para profesionales. (Fecha de acceso 11 mayo 2013). URL disponible <http://www.healthlinkbc.ca/heathfileis/bilingua/spanish/Hfile85-S.pdf>
14. Infecciones Intrahospitalarias. (Fecha de acceso 18 de abril 2013). España. 2008. URL disponible http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_9_vin_3/Precop_9-3-C.pdf
15. Infección Nosocomial en Unidades de Cuidados Intensivos (Fecha de acceso 14 de noviembre de 2013). URL disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/be4ca3358e>
16. Marriner T., Raile Modelos y teorías en Enfermería. Editorial Harcourt Bruce 4ª Edición Madrid España 1999.
17. Romero R. Gonzales J.V. Calidad de Atención de Enfermería en el CAPS 10656 2011. [Fecha de acceso 19 de agosto de 2012]. URL disponible en: <http://www.hjnc>.
18. Segunda Jornada de Infección Intrahospitalaria y Seguridad del Paciente "Manos limpias, atención segura" OMS 2005 (fecha de acceso 2 de Agosto 2013), URL disponible en: [/GUIA%20higiene%20osakidetza.pdf.de2013\).javeriana.edu.co/portal/](http://GUIA%20higiene%20osakidetza.pdf.de2013).javeriana.edu.co/portal/)

page/portal/Facultad%20de%20Ciencias/1pdf_facultad.20lavado%20de%20manos%20OMS.pdf.

19. Retamozo Siancas y. Proceso de Enfermería. 2010. [fecha de acceso 6 de enero 2013]. Disponible en Enfermero.
20. Ríos F. Competencias de Enfermería en la preparación y administración de Inotrópicos vía central. Unidad del Paciente Critico, Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría”. La Paz Bolivia 2013
Recommendations from the CDC Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings. MMWR Recommendations & Reports, October 25, 2002
21. Ortega, Leija, Punto net. Manual de Evaluación del Servicio de Enfermería Editorial médica 3° Edición México 2014.
22. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Indicadores de Calidad para hospitales del Sistema Nacional de Salud. (España) 2012. Fecha de acceso 12 de marzo de 2013. URL disponible: <http://www.google.com.ar/search?hl=es&q=indicadores+de+calidad+de+salud+para+unidades+de+terapia+intensiva&btnG=Buscar#q=indicadores+de+calidad+salud+para+unidades+de+terapia+intensiva>
23. Sociedad Española de Emergencias médicas y Unidades Coronarias Sociedad Española de Enfermería y Fundación Avedis Donabedian. (España), 2008. (Fecha de acceso 15 de mayo de 2013). URL disponible en: <http://www.medintensiva.org/es/indicadores-calidad-el-enfermo-critico/articulo/S0210569108708994/>
24. Maben J., Morrow E., Ball J., Glenn R, Grifitos P., Cuidados Alta Calidad Métrica para la Enfermería. (Londres), (Fecha de acceso 6 de mayo de 2013). URL [Quelite- Care-Metrics-for-Nursing----Nov-2012.pdf](#)

25. Sociedad Española de Emergencias Médicas Indicadores de Calidad en el Enfermo Crítico, (Madrid) 2011. [Fecha de acceso 12 de marzo de 2013].
16. Anónimo. Percepción Cuidado Enfermería. (Fecha de acceso 9 de agosto de 2013). URL disponible en: [http://www. n/v23n1/v23n1/v23n1/v23n11.pdf](http://www.n/v23n1/v23n1/v23n1/v23n11.pdf).
26. Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales. (México), 2009. [Fecha de acceso 23 de julio de 2013]. Disponible: <http://www.csg.salud.gob.mx/contenidos/certificacion2010/>
27. UÑASHigieneDeManos-img4 (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2004,). (Edel. Et al. NURSING RESEARCH 1998; 47, 54-59)
28. Pediátricas vo. 11 No 4 Abril 2003 Howard W Kilbride et al. e 519-533
29. Pediátricas vo. 11 No 4 Abril 2003 Howard W Kilbride et al. e 504-518
30. Arch. Dis child Fetal Neonatal Ed. 2004 ; 89 336-340, P.C. Ng
31. Pediatrics 2004; 114 , 565-571 Barbara C.C
32. Journal of Hospital Infection 2005 , 59, 172-179 L Silvestre

ANEXOS

ANEXO N 3
CUESTIONARIO

1. **Edad:** _____(años cumplidos)
2. **Sexo:** Masculino () Femenino ()
3. **Estado civil:**
 - a. Soltera ()
 - b. Casada ()
 - c. Divorciada ()
 - d. Unión libre ()
 - e. Viuda ()
4. **¿Cuál es el título académico más alto que Usted ha obtenido en su
¿Formación Académico?**
 - a. Magister
 - b. Especialista
 - c. Licenciada de Enfermería
 - d. Auxiliar de Enfermería
5. **¿ En cuál de los siguientes momentos debe Usted lavarse las
manos?**
 - a. Antes de tocar al paciente y las cosas que lo rodean
 - b. Antes de ir al baño
 - c. Antes de ingresar al trabajo
 - d. Después de tocar al paciente
 - e. Después de terminar mi jornada laboral
6. **A su consideración ¿qué tiempo debe utilizar para el lavado de
manos?**
 - a. De 15 a 20 segundos
 - b. De 20 a 30 minutos
 - c. De 30 a 40 segundos
 - d. 60 segundos
 - e. 120 segundos

7. Si en su unidad no existiera toalla desechable, ¿con que se secaría las manos?

- a. Me secaría con toalla de tela
- b. No me secaría las manos
- c. Pediría que compren toalla desechable
- d. No me lavaría las manos

8. ¿Qué importancia le da usted a la higiene de manos?

- a. Muy importante y determinante
- b. Importante pero no determinante
- c. Poco importante
- d. No importa

9. ¿Considera que las infecciones intrahospitalarias tienen relación con las prácticas del personal que atiende a los pacientes?

- a. Nunca
- b. Pocas veces
- c. Regularmente
- d. Muchas veces

10. La técnica correcta de lavado de manos con agua y jabón líquido consta de:

- a. Palmas, dorsos, pulgares de las manos, agua y jabón
- b. Agua, jabón, palmas pulgares dorsos de las manos y secarse con toalla desechable
- c. Fricción enérgica de palmas dorsos, pulgares, dedos, uñas de las manos, agua y jabón, secarse con toalla desechable y cerrar el grifo con la toalla.
- d. Abrir el grifo, mojarse las manos, aplicar jabón líquido, frotar enérgicamente: palmas, dorsos, regiones interdigitales, uñas y yemas de los dedos durante 50 a 60 segundos; secarse con toalla desechable y cerrar el grifo con la toalla

11. ¿Qué implementos considera usted necesario para una buena higiene de manos?

- a. Solo agua, jabón y toalla desechable
- b. Un grifo, toalla agua y jabón
- c. Lavamanos, agua y jabón, toalla desechable, basurero cerca del paciente.
- d. Solo agua y toalla desechable
- e. Solo jabón y toalla desechable

12. ¿Cuál es la razón que justifica el frecuente lavado de manos en un hospital?

- a. Prevenir las infecciones que los pacientes adquieren en el hospital.
- b. Prevenir la transferencia de bacterias del hospital a la comunidad.
- c. Prevenir la transferencia de bacterias de la comunidad al hospital.
- d. Eliminar la suciedad visible. e. b y c son correctas.

13. De las siguientes soluciones ¿Cuál es mejor para lavarse las manos en forma habitual en el hospital (no en quirófanos)?

- a. Solución jabonosa (jabón líquido).
- b. Solución antiséptica (p.ej. clorhexidina)
- c. Solución alcohólica (alcohol gel).
- d. Solución de hipoclorito de sodio (lavandina)

14. La enfermera puede portar manillas, anillos, reloj, pulseras durante su jornada de trabajo, y solo debe quitárselas para el lavado de manos, para que no sufran daño.

- a. Falso
- b. Verdadero

15. ¿Consideras que los gérmenes más frecuentemente aislados son resistentes al alcohol?

- a. No lo sé
- b. No estoy seguro/a
- c. No
- d. Sí

16. Si un personal de enfermería toca a un paciente colonizado con un germen multi-resistente ¿cree que puede transferir el germen a otro paciente a través de las manos?

- a. Sí
- b. No

17. ¿Cree que es recomendable el uso de crema de manos hidratante tras el lavado de manos?

- a. Sí
- b. No

18. El uso frecuente de solución hidroalcohólica evita la sequedad en la piel ocasionada por el proceso de lavado de manos con agua y jabón líquido.

- a. Falso
- b. Verdadero

19. ¿Cuál es a tu juicio las principales barreras o barreras en el incumplimiento del lavado de manos? (puede marcar más de uno)

- a. Desconocer la técnica
- b. Falta de concientización
- c. Complicaciones como irritación de la piel de las manos
- d. Carga de trabajo excesiva
- e. Un solo punto para el lavado de manos

20. Cumplir con un tiempo de lavado de manos con agua y jabón líquido de 1 minuto permite disminuir la carga bacteriana de las manos y es imprescindible para evitar infecciones?

- a. Falso
- b. Verdadero

21. El uso de guantes es un método de barrera que ayuda también a evitar el lavado de manos con agua y jabón.

- a. Falso
- b. Verdadero

22. El proceso de lavado de manos con solución hidroalcohólica ayuda también a evitar el lavado de manos con agua y jabón.

- a. Falso
- b. Verdadero

23. La enfermera debe tener las uñas cortas (5mm. de longitud del borde libre) y sin esmalte

- a. Verdadero
- b. Falso

24. El Lavado de manos es un procedimiento engorroso que solamente hace perder tiempo al personal y solo debe realizarse al ingreso del turno.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. No estoy de acuerdo
- c. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- d. Estoy de Acuerdo
- e. Estoy totalmente de acuerdo

ANEXO Nº 3

PROPUESTA

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE LAVADO DE MANOS EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS HOSPITAL DE CLINICAS - GESTION 2016.

I. INTRODUCCION

Un correcto lavado de las manos antes y después de entrar en contacto con un paciente es una medida de las más eficaces y sencillas para reducir las infecciones nosocomiales. Numerosas organizaciones sanitarias nacionales e internacionales han apoyado en diferentes programas sobre la higiene de manos como una fórmula eficaz para disminuir los riesgos microbiológicos asociados a la asistencia en salud. Esta medida tiene un doble objetivo, el primero mejorar la calidad asistencial prestada a los pacientes, contribuyendo a una disminución de las infecciones nosocomiales, y por otro lado, al reducir los eventos adversos disminuir los costos sanitarios asociados a los mismos. Desde su descripción por el Dr. Semmelweis, el lavado de manos sigue teniendo vigencia y continúa siendo la estrategia más importante para evitar la transmisión de la infección nosocomial. A pesar de ello no es una acción que se realice de forma sistemática por los profesionales en salud debido a multitud de factores que se han puesto de manifiesto en diferentes estudios.

El presente programa de capacitación es el resultado de análisis de datos obtenidos a través de los instrumentos de medición aplicados al personal de enfermería que trabaja en la Unidad de emergencias Hospital de Clínicas La Paz 2016 que permitió determinar las Competencias de Enfermería sobre el proceso de lavado de manos como indicador de calidad y seguridad del

paciente siendo esta baja a raíz de esto se realiza una planificación para la educación al personal de enfermería.

En este sentido, se propone una capacitación, conformada por seminarios-talleres dirigido al personal de enfermería que trabajan en el servicio de Emergencias sobre la aplicación del proceso de lavado de manos cuyos propósitos están encaminados hacia la prevención de infecciones asociadas a servicios de salud.

XV. JUSTIFICACIÓN.

La calidad asistencial constituye uno de los pilares en los que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos y se define como el diseño de producción y entrega de servicios de excelencia destinados a satisfacer de manera integral oportuna y continua, las necesidades solicitudes y expectativas de los usuarios.

La correcta aplicación del lavado de manos necesita capacitación de forma constante ayudará a una atención de calidad en este sentido, la capacitación, permitirá reforzar el procedimiento, orientar al personal de salud sobre los aspectos fundamentales que requiere.

Todo lo mencionado conduce a la elaboración de un programa de educación que permita conocer y desarrollar actitudes y habilidades para proteger la vida tanto de los pacientes como del equipo de salud.

Será beneficioso en principio para los pacientes y la sociedad poder contar con personas con alto grado de sensibilidad y capacitación que trabajen y colaboren con los usuarios cuidando de su salud.

III.- OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Mejorar la aplicación del proceso de lavado de manos como indicador de calidad del personal de enfermería para brindar calidad y seguridad al paciente internado en la Unidad de emergencias Hospital de Clínicas, gestión 2016.

3.2.- Objetivos Específicos

- ✓ Sensibilizar al personal de unidad de emergencias sobre la importancia de la aplicación del lavado de manos.
- ✓ Identificar la importancia de la aplicación del lavado de manos en los 5 momentos demostrando el lavado de manos antiséptico y la higiene de manos en seco.
- ✓ Relacionar la importancia del lavado de manos con la seguridad en el cuidado del paciente hospitalizado.

IV. ALCANCES

Este programa de educación está dirigido al personal de Enfermería que trabaja en la Unidad de emergencias Hospital de Clínicas en la gestión 2016 que busca medir y mejorar el indicador del lavado de manos para brindar calidad y seguridad en la prestación de servicios profesionales, de esta manera minimizar los riesgos que van en contra de los pacientes como del equipo de salud.

4.1. LUGAR DE ACTUALIZACION

La capacitación está conformada por seminario taller, los mismos abarcan diferentes temáticas acerca del lavado de manos servicio de emergencias Hospital de Clínicas en el segundo semestre gestión 2016.

4.2. TIEMPO DE ACTUALIZACION

Se presenta gráficamente la estructura base de la capacitación organizada en 3 días

4.3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	JULIO		
	1° Día	2° Día	3° Día
<ul style="list-style-type: none">✓ Socializar el cronograma de educación✓ Registro de asistencia✓ Material impreso, lapiceros✓ Data Show	xxxxxxx		
<ul style="list-style-type: none">✓ Identificar la importancia del lavado de manos✓ Activa participativa✓ Pregunta directa✓ data Show✓ video sobre lavado de manos		xxxxxxx	
<ul style="list-style-type: none">✓ Describir los indicadores de calidad en EMG✓ Definición de calidad✓ Medición de los indicadores de calidadÍndice de eficiencia globalActiva participativa✓ Pregunta directa✓ encuesta			xxxxxxx