

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN,
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST-GRADO



**EFICIENCIA DEL PROCESO DE LAVADO DE MANOS Y FACTORES DE
INCUMPLIMIENTO EN EL ÁREA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DE LA C.N.S. DURANTE EL PRIMER SEMESTRE
2013.**

POSTULANTE: Lic. Lidia Balboa Quisbert

TUTOR : M.Sc. Víctor Conde Altamirano

**TESIS DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN ENFERMERÍA MATERNO PERINATAL**

La Paz – Bolivia

2013

DEDICATORIA

A mis queridos padres por el apoyo incondicional y por todo el tiempo que me cedieron en familia, para la elaboración del presente trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Víctor Conde Altamirano Tutor, quien con interés, comprensión y paciencia guió los pasos para la culminación del presente trabajo.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. DISEÑO TEÓRICO	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	5
3. OBJETIVOS	6
3.1. Objetivo General.....	6
3.2. Objetivos Específicos.....	6
4. ANTECEDENTES METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO	7
5. JUSTIFICACIÓN	10
5.1. Justificación Teórica	10
5.2. Justificación Práctica	10
5.3. Justificación metodológica	11
6. DELIMITACIÓN ESPACIO – TEMPORAL	12
7. HIPÓTESIS	12
8. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES	12
8.1. Operacionalización de Variables	13
III. MARCO TEÓRICO	14
1. CALIDAD.....	16
2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL	17
2.1. Calidad científico-técnica	18
2.2. Efectividad	19
2.3. Eficiencia	19
2.4. Accesibilidad.....	19
2.5. Satisfacción	20
2.6. Aceptabilidad	20
2.7. Adecuación	20
2.8. Continuidad.....	21
2.9. Seguridad clínica	21
3. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.....	21
4. BARRERAS EN LA HIGIENE DE LAS MANOS.....	23
5. PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	25
6. MEDIDAS INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS.	25
7. INDICADORES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE	27
8. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y DIAGNOSTICO DE CALIDAD.....	27
9. CAPACITACIÓN DE LÍDERES	28
10. IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE OPORTUNIDAD, SELECCIÓN DE LOS PROCESOS CRÍTICOS.....	29
11. FORMACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES.....	30
12. DOCUMENTACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO	30

13. DEFINICIÓN DE VARIABLES CRÍTICAS	31
14. ANTECEDENTES DEL PROCESO LAVADO DE MANOS	32
15. DEFINICIÓN DE LAVADO DE MANOS	33
16. ASPECTOS GENERALES	34
17. LAVADO DE MANOS DE RUTINA	35
18. LAVADO DE MANOS ANTISÉPTICO	35
19. FRICCIÓN CON ANTISÉPTICO O LAVADO DE MANOS SIN AGUA	35
20. MARCO LEGAL	36
IV. DISEÑO METODOLÓGICO DE PROCEDIMIENTOS	37
1. METODOLOGÍA.....	37
2. TIPO DE ESTUDIO	37
3. UNIVERSO - MUESTRA	37
3.1. Muestra.....	37
3.2. Técnica de Muestreo	38
4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	39
5. MÉTODOS	40
6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40
V. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN	41
1. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN	41
2. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	52
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	69
1. CONCLUSIONES.....	71
2. RECOMENDACIONES	73
VII. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOBRE EL LAVADO DE MANOS	75
1. INTRODUCCIÓN	75
2. OBJETIVO GENERAL.....	75
3. CONCEPTO:.....	76
4. PRINCIPIOS:.....	76
5. INDICACIONES:	76
6. MATERIAL Y EQUIPO:	77
7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:	77
8. PRECAUCIONES:.....	78
9. PUNTOS IMPORTANTES:.....	78
VIII. BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	1

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Operacionalización de variables	13
Cuadro 2: Barreras potenciales para la implementación del lavado de manos:	24
Cuadro 3: Distribución de Personal de Enfermería Profesional y Auxiliar por Turnos y Servicios.....	38
Cuadro 4: Procedimiento 1	41
Cuadro 5: Procedimiento 2.....	42
Cuadro 6: Procedimiento 3.....	43
Cuadro 7: Procedimiento 4.....	44
Cuadro 8: Procedimiento 5.....	45
Cuadro 9: Procedimiento 6.....	46
Cuadro 10: Procedimiento 7	47
Cuadro 11: Procedimiento 8.....	48
Cuadro 12: Procedimiento 9.....	49
Cuadro 13: Procedimiento 10.....	50
Cuadro 14: Tabla General de Evaluación del Procedimiento de Lavado de Manos en Base a la Guía de Observación.....	51
Cuadro 15: Distribución del personal de enfermería por servicios en el área de obstetricia	52
Cuadro 16: Infección Nosocomial.....	53
Cuadro 17: Comité de Infecciones	54
Cuadro 18: El lavado de manos influye en las infecciones?	55
Cuadro 19: Lavado de manos para la disminución de infecciones.....	56
Cuadro 20: El lavado con cepillo es más efectivo	57
Cuadro 21: Los anillos y alhajas son un riesgo infeccioso	58
Cuadro 22: Insumos indispensables	59
Cuadro 23: Capacitación sobre el lavado de manos	60
Cuadro 24: ¿Necesita capacitación?.....	61
Cuadro 25: ¿Recibió orientación el último año?	62
Cuadro 26: Cantidad de pacientes asignadas.....	63
Cuadro 27: Número de veces que se lava las manos	64
Cuadro 28: Reacciones adversas en el uso de detergentes	65
Cuadro 29: ¿Qué reacción?	66
Cuadro 30: Frecuencia	67
Cuadro 31: Razones por las que no se lava las manos	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Procedimiento 1.....	41
Gráfico 2: Procedimiento 2.....	42
Gráfico 3: Procedimiento 3.....	43
Gráfico 4: Procedimiento 4.....	44
Gráfico 5: Procedimiento 5.....	45
Gráfico 6: Procedimiento 6.....	46
Gráfico 7: Procedimiento 7.....	47
Gráfico 8: Procedimiento 8.....	48
Gráfico 9: Procedimiento 9.....	49
Gráfico 10: Procedimiento 10.....	50
Gráfico 11: Servicios	52
Gráfico 12: Infección Nosocomial.....	53
Gráfico 13: Comité de infecciones	54
Gráfico 14: El lavado de manos influye en las infecciones?	55
Gráfico 15: Lavado de manos para la disminución de infecciones.....	56
Gráfico 16: El lavado con cepillo es más efectivo	57
Gráfico 17: Los anillos y alhajas son un riesgo infeccioso	58
Gráfico 18: Insumos indispensables	59
Gráfico 19: Capacitación sobre el lavado de manos	60
Gráfico 20: ¿Necesita capacitación?.....	61
Gráfico 21: ¿Recibió orientación el último año?.....	62
Gráfico 22: Cantidad de pacientes asignadas.....	63
Gráfico 23: Número de veces que se lava las manos	64
Gráfico 24: Reacciones adversas en el uso de detergentes	65
Gráfico 25: ¿Qué reacción?	66
Gráfico 26: Frecuencia.....	67
Gráfico 27: Razones por las que no se lava las manos	68
Gráfico 28: FLUJOGRAMA	79
Gráfico 29: Técnica de lavado.....	80

RESUMEN

Las problemáticas más comunes muchas veces suelen ser desapercibidas por los procedimientos más comunes. En la actualidad en base a los procedimientos de bioseguridad el lavado de manos puede considerarse uno de los procedimientos sobrentendidos dentro el desarrollo profesional de las enfermeras. Sin embargo se ha podido identificar dentro de la presente investigación que ciertas áreas de los servicios brindados en la salud pasan de largo procedimientos dentro la enfermería. La presente investigación puede identificar un procedimiento constante como la apertura de cuidados necesarios para la limitación de complicaciones ante una carencia del lavado de manos. Se implemento la interrogante de investigación como: ¿Cuál es el índice de eficiencia y los factores relacionados con el incumplimiento del proceso de lavado de manos en el personal de enfermería del área de obstetricia del Hospital Materno Infantil?, pudiendo establecer una investigación de tipo descriptivo y determinar un objetivo general que manifiesta: Determinar el índice de eficiencia del proceso de lavado de manos y los factores relacionados a su incumplimiento en el personal de enfermería del área de obstetricia del Hospital Materno Infantil, en la gestión 2013. El proceso de la investigación permitió desarrollar la aplicación de instrumentos en la necesidad de identificar el parecer de las propias enfermeras a ello se puede identificar que la mayor parte no recibe protocolos adecuados dentro de su labor y dependen de los conocimientos brindados en la formación de pregrado. Entre los resultados obtenidos se puede identificar la necesidad de formación y los procedimientos en base a protocolos que nos permitan determinar el procedimiento normado del lavado de manos en la enfermería y los procedimientos que permitan aminorar los riesgos.

ABSTRACT

The most common problems often tend to be unnoticed by the more common procedures. Currently based biosafety procedures handwashing can be considered one of the subtexts procedures within the professional development of nurses. However it has been identified in this investigation that certain areas of the health services provided in long procedures go into nursing. This research can identify a constant process as the opening of care necessary to limit complications to a lack of hand washing. The research question was implemented as: What is the efficiency ratio and factors related to the failure of the process of hand washing in the nursing staff of the Obstetric Maternal and Child Hospital?, being able to establish a descriptive research and determining an overall objective which states: to rate the efficiency of the washing of hands and the factors related to its failure to nursing staff obstetric Maternal and Child Hospital, in 2013 management. The process of research enabled the application of tools in the need to identify those of nurses themselves to it can be identified that most do not receive appropriate protocols within their work and depend on the knowledge provided in the training of undergraduate. Among the results can identify the need for training and procedures based on protocols that allow us to determine the regulated procedure handwashing in nursing and procedures to minimize the risks.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación pretende determinar el ***índice de eficiencia*** del proceso de lavado de manos y los factores relacionados al cumplimiento o incumplimiento en el personal de enfermería del Servicio de Obstetricia de Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud de La Paz.

El lavado de manos es uno de los métodos más antiguo, sencillo, efectivo y económico para prevenir la propagación de microorganismos de una persona a otra. Es una medida de seguridad que protege al paciente, al personal, familia y visitantes.

La importancia de este procedimiento no es exagerada ya que los microorganismos e infecciones se retransmiten principalmente por este medio y todo lo que las manos tocan tienen microorganismos. Por lo tanto, las instituciones deben evaluar la calidad de los cuidados enfermeros a través de indicadores, uno de ellos es el lavado de manos por ser muy importante en todos los procedimientos que se realizan para el cuidado del paciente y su intervención en la reducción de infecciones nosocomiales.

El personal de enfermería por lo regular está consciente de que es necesario alcanzar un alto nivel en el trabajo asistencial e implementar una cultura de calidad basada en experiencias documentadas. Para lograrlo deben tener la capacidad de medir dicho trabajo con el fin de obtener parámetros de referencia que les permitan auto compararse y compararse con sus colegas y establecer metas de actuación o estándares que guíen sus intervenciones para alcanzar un nivel aceptable o de excelencia en la calidad de los cuidados que brindan.

Es importante aclarar que el desarrollo de estos indicadores implica el establecimiento de una metodología basada en la retroalimentación que obtiene el personal a través de las experiencias que vive en su práctica cotidiana, documentadas en líneas de investigación que pueden aportar una forma de medir la calidad con la que presta sus servicios .

II. DISEÑO TEÓRICO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante las últimas décadas el mundo ha visto el incremento de enfermedades que antes eran mejor controladas, y de agentes infecciosos no identificados previamente que pueden causar enfermedades incurables como el VIH y la hepatitis C.

A mediados del siglo XIX una de las causas principales de muerte en mujeres jóvenes que daban a luz era la sepsis puerperal; hoy sabemos que esta infección es causada por el *Streptococcus pyogenes*. Tanto a nivel nacional como mundial tenemos un incremento de la morbimortalidad relacionadas a las infecciones intrahospitalarias con una elevación de los costos, tanto hospitalarios como para los pacientes, familia y sociedad. En EEUU se reportan aproximadamente 80.000 muertes anuales debido a infecciones intrahospitalarias, un tercio de estas muertes podrían evitarse con programas de control de infecciones y cumplimiento de normas preventivas. Además se calcula que el costo anual de las infecciones intrahospitalarias asciende a 4500 millones de dólares americanos, debido a los cuidados adicionales que necesitan los pacientes y al aumento de los días de hospitalización.

En Latinoamérica se realizan numerosos esfuerzos para prevenir y controlar este problema. Sin embargo no han tenido éxito, principalmente por que subsisten condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y técnicas que obstaculizan los esfuerzos.

Las infecciones adquiridas en los hospitales son un problema constante en todo el planeta; entre las más comunes tenemos a la neumonía adquirida por ventilación mecánica, la neumonía nosocomial y las infecciones del tracto urinario. De esto viene la importancia de las buenas prácticas en enfermería para la prevención de infecciones nosocomiales. Por más de 100 años las investigaciones han

demostrado que el correcto lavado de las manos es la forma más importante para la reducción de la morbi-mortalidad por infecciones intrahospitalarias, así como de los costos elevados generados por estancias prolongadas.

El riesgo de infección es reconocido como uno de los más importantes en las personas que prestan sus servicios en el campo de la salud, particularmente en aquellas que laboran en centros hospitalarios y sobre todo el personal de enfermería que presta atención directa a los pacientes. El proceso de atención de enfermería implica diversas actividades diarias de atención asistencial que incluye: valoración física del paciente, preparación y administración de medicamentos, canalización de venas, realización de curaciones, de procedimientos invasivos, aspiración de secreciones, manejo y administración de material sanguíneo y hemoderivados.

Dichas actividades son realizadas varias veces durante la jornada de trabajo aumentando así la posibilidad de una sobrecarga de microorganismos cuya patogenicidad puede variar dependiendo del estado agudo o crónico del paciente y de la susceptibilidad inmunológica del personal. Para enfermería resulta indispensable establecer indicadores de cuidado, a fin de llevar a cabo la gestión de calidad en el proceso enfermero, el lavado de manos debe convertirse en un procedimiento estandarizado y tomarse como un indicador de calidad mensurable, para así conocer la eficiencia con la que se realiza en la atención a los pacientes.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el índice de eficiencia y los factores relacionados con el incumplimiento del proceso de lavado de manos en el personal de enfermería del área de obstetricia del Hospital Materno Infantil?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar el índice de eficiencia del proceso de lavado de manos y los factores relacionados a su incumplimiento en el personal de enfermería del área de obstetricia del Hospital Materno Infantil, en la gestión 2013.

3.2. Objetivos Específicos

1. Evaluar el índice de eficiencia del lavado de manos por el personal de enfermería del servicio de obstetricia del H.M.I.
2. Identificar los factores relacionados al incumplimiento del proceso de lavado de manos.
3. Elaborar una propuesta de intervención para mejorar la calidad del cuidado de enfermería destinado al lavado de manos como indicador de calidad.
4. Establecer un estándar de calidad para enfermería en el procedimiento de lavado de manos en el servicio de obstetricia del H.M.I.

4. ANTECEDENTES METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

En México en septiembre del 2003 se publicó un estudio que determinó el índice de eficiencia del proceso de lavado de manos en el personal de enfermería de cuatro servicios del Instituto Nacional de cardiología “Ignacio Chávez”. Entre los resultados se tiene que en cada etapa del estudio se observaron 75 casos que corresponden al 50% del total del personal de los servicios elegidos; en una primera fase de aplicación de la cédula se obtuvo un índice de eficiencia (IE) del lavado de manos del 5.1%, después del plan de intervención ,se obtuvo un (IE) del 46.7%, y en la tercera fase de observación se obtuvo un (IE) de 69.8%. El grado de avance en el IE entra la primera y tercera fase es del 64.7%. Concluyeron en que el IE del proceso de lavado de manos está en una “etapa de no cumplimiento”, siendo factible mejorarlo con una capacitación anual que asegure la calidad del proceso. El grado de mejora ha sido relevante y se continuará con el programa y se hará extensivo a todo el personal de las áreas clínicas con el propósito de disminuir riesgos para la frecuencia de las infecciones nosocomiales.¹

Lubo Palma y colaboradores en Maracaibo-Venezuela el 2004 publicaron un estudio que determino el Conocimiento y Aplicación de las Normas de Bioseguridad en profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos del hospital público IV de estado de Zulia. El estudio se realizó en 60 enfermeras de la UCI, las que respondieron que una de las barreras más importantes era el lavado de manos y el uso de guantes, correspondiendo el 100% y el 98% respectivamente, sin embargo la observación evidenció que la práctica del lavado de manos antes y después de cada procedimiento entre paciente y paciente, solo fue cumplida por el 10.53% y 10% respectivamente tiempo del lavado de manos determinó que era insuficiente, por ser menor de un minuto. Los resultados evidencian que aun cuando el profesional de enfermería, conoce las normas de bioseguridad no las utiliza de manera adecuada. Esto demuestra un nivel

¹Ortega C, Suárez, “Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería”, Editorial panamericana, Edición 1ra México 2001.

insuficiente del cumplimiento normativo pertinente, evidenciándose la necesidad de la educación continua y la estricta supervisión del desempeño profesional.²

Verónica Anaya y colaboradores publicaron en México un estudio de Prevalencia del Lavado de Manos y Factores Asociados al Incumplimiento. Se entrevistaron a 299 trabajadores de la salud. La prevalencia general de lavado de manos fue de 60.2%, enfermería 62%, médicos residentes 57.6%, médicos adscritos 75% y inhalo-terapeutas 20%. Manifestaron haber recibido plática sobre lavado de manos 56.5%, necesita capacitación 41.1%. Se determinó que el motivo del incumplimiento fue el exceso de trabajo 28.4%, falta de insumos 31.8%, irritación de la piel 9.6%. Los factores asociados a incumplimiento fueron falta de toallas de papel desechables y desconocer que existe un Comité de infecciones nosocomiales. Concluyeron que la prevalencia de lavado de manos en el hospital es aceptable, sin embargo la calidad es pobre. La falta de insumos y desconocer que existe un comité de infecciones está asociado al incumplimiento de lavado de manos³.

Cristina Barra y colaboradores, en España, realizaron un estudio para valorar la calidad de la realización del procedimiento de higiene de manos y uso correcto de guantes. Observaron a 38 enfermeras (licenciadas y auxiliares); de los resultados obtenidos podemos citar que del 100% del personal observado, el 10.5% se lavan las manos al llegar a su jornada de trabajo, asimismo se observó que solo el 30% se lava las manos al finalizar su jornada, concluyéndose, que a pesar de que el personal fue formado en las recomendaciones sobre higiene de las manos, dicho personal no se adhiere a los consejos de las guías sanitarias sobre higiene de manos.⁴

²Lubo PA, Jiménez FM, Quevedo AL, Montiel M, Sirit Y, Petit M. Ksamera ISSN-0075-5220.Julio 2004.

³AnayaFV, Ortiz LS, Hernández ZV, GarciaHA,JiménezBM,AngelesGU.RevEnfermInstMex Seguro Soc 2007.

⁴BarraC,GarcíaPR,Figueroa,JV,Figueroa,ME.w.w.w.revistaseden.org/files18406_h27.pdf.Cádiz-España.2005.

En la Habana Cuba se publicó un estudio con el fin de evaluar el desempeño del personal de enfermería que trabaja en neonatología. Entre sus resultados se tiene que de 21 licenciadas enfermería: 15 obtuvieron la calificación B (Bueno), 5 obtuvieron (Regular) y 1 de ellos obtuvo M (Malo). Este, junto a los demás resultados hace inferir que el personal de enfermería que trabaja en el servicio no ha alcanzado todavía un adecuado desarrollo de las habilidades necesarias para un óptimo desarrollo óptimo en el servicio. ⁵

En Lima-Perú, se publicó un estudio donde se determinó la relación entre los conocimientos y aplicación de las medidas de bioseguridad de las enfermeras. Este estudio se realizó en 22 funcionarias que trabajan en el servicio de emergencias. Entre los resultados se tiene que del 86.4% respondió en forma correcta sobre el lavado de manos (uso y técnica). El 86.5% de enfermeras observadas no practica el lavado de manos antes y después de la atención al paciente.

Se concluye que el nivel de conocimientos de las encuestadas es regular y su nivel de práctica deficiente, porque no toma conciencia de los riesgos a los que exponen al paciente y así mismos, al no cumplir con las medidas de bioseguridad. El nivel de aplicación de las medidas de bioseguridad en el ejercicio profesional depende del nivel de información que dispone la enfermera. ⁶

⁵Urbina LO, Soler FS, Otero CM. Revista Cubana de Educación Superior ISSN 0864-2141 versión online v.20 No1. Habana-Cuba.

⁶Canchán HS, Tapia OZ. Revista de Ciencias de la Salud 2:1. Lima-Perú 2007.

5. JUSTIFICACIÓN

5.1. Justificación Teórica

Las infecciones intrahospitalarias constituyen un problema de salud pública por el aumento de mortalidad que producen en los pacientes hospitalizados y el incremento de costos de hospitalización por conceptos de estadía prolongada y uso de tratamientos especiales. La magnitud y características de las infecciones intrahospitalarias, sus tendencias en el tiempo en las acciones para modificarlas constituyen indicadores de la calidad de atención a los pacientes y, por lo tanto, de la gestión de los hospitales, debido a que permiten mejorar la productividad de los establecimientos.

Paralelamente la vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias, determina la aplicación de medidas de prevención con el fin de disminuir la incidencia de infecciones intrahospitalarias.

El impacto del lavado de manos en el control y reducción de las infecciones nosocomiales se calcula de 50 a 80 %; la incidencia de estas infecciones en las instituciones de salud es un indicador de la calidad de atención hospitalaria.

Las instituciones de salud deben evaluar la calidad de los cuidados enfermeros a través de indicadores, uno de ellos es el lavado de manos por ser el más importante en todos los procedimientos que se realizan para el cuidado del paciente y su intervención en la disminución de las infecciones nosocomiales.

5.2. Justificación Práctica

La atención a pacientes hospitalizados está determinada por la atención del equipo multidisciplinario, quienes se encuentran en alto riesgo de contraer infecciones por que diariamente están expuestos a sangre y otros fluidos corporales potencialmente infecciosos; principalmente el personal de enfermería, mediante las actividades asistenciales y directas durante las 24 horas del día. La

transmisión del paciente al personal de salud puede ocurrir por medio de la exposición a fluidos infecciosos siendo las manos la forma más común de transmisión.

Entre las múltiples actividades de la enfermera, el lavado de manos que día a día pone en práctica el personal, se ha convertido en una actividad rutinaria en su jornada de trabajo. A pesar de su importancia el nivel de cumplimiento es bajo, estudios realizados demostraron que influye el desconocimiento de su importancia, la sobrecarga de trabajo, y la intolerancia a productos utilizados contribuyendo estos aspectos a originar infecciones intrahospitalarias.

El lavado de manos es la medida básica importante y simple para prevenir las infecciones intrahospitalarias y los objetivos están destinados a eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la flora normal de la piel; y con ello prevenir la diseminación de microorganismos patógenos; protegiendo de esta manera al paciente y al personal de salud.

5.3. Justificación metodológica

Con el propósito de prevenir las infecciones nosocomiales con la aplicación del correcto lavado de manos ; el presente estudio consiste en determinar el índice de eficiencia y los factores relacionados a su incumplimiento mediante un plan de acción para la aplicación de una propuesta de intervención y establecer un estándar de calidad del cuidado de enfermería frente a las infecciones intrahospitalarias a través del lavado de manos como medida universal para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos.⁷

⁷Pineda Elia, Alvarado Eva, Canales Francisca. Metodología de la Investigación. Segunda edición. OPS/OMS. 1994.

6. DELIMITACIÓN ESPACIO – TEMPORAL

El presente estudio se realizó en el Hospital Materno Infantil dependiente de la Caja Nacional de Salud, ubicado en la zona de Miraflores en la ciudad de La Paz. Durante el primer semestre de la gestión 2013, según cronograma establecido. (Anexo).

7. HIPÓTESIS

Existe un bajo índice de eficiencia en el proceso de lavado de manos debido a factores de turno de trabajo, situaciones de urgencia, conocimientos, prácticas y actitudes del personal de enfermería del Área de Obstetricia del Hospital Materno Infantil.

8. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Proceso de lavado de manos: El proceso de lavado de manos es un componente de las medidas de bioseguridad que permiten en base al conocimiento, práctica y actitud del personal de enfermería evitar riesgos y mejorar la calidad del servicio en el área de medicina.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Índice de eficiencia: El índice de eficiencia es un indicador del grado de cumplimiento pleno de una determinada tarea; el mismo puede ser alto, medio o bajo o explícito a un determinado porcentaje numérico.

8.1. Operacionalización de Variables

Cuadro 1: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIÓN DE VARIABLE	INDICADOR
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la investigación en años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	15 -- 99 años	X DS CV
TURNO DE TRABAJO	Tiempo del día en el que desempeña sus funciones y actividades	Cualitativa	Nominal	-Mañana -Tarde -Noche	Porcentaje
CONOCIMIENTOS SOBRE EL LAVADO DE MANOS	Referido a los conocimientos teóricos y prácticos sobre el lavado de manos.	Cualitativa	Ordinal	-Excelente -Bueno -Suficiente -Insuficiente	Porcentaje
PRACTICAS SOBRE EL LAVADO DE MANOS	Forma de aplicación del procedimiento de lavado de manos	Cualitativa	Ordinal	Cumplimiento Incumplimiento	Porcentaje
ACTITUDES SOBRE EL LAVADO DE MANOS	Disposición que adopta ante el proceso de lavado de manos	Cualitativa	Ordinal	-Positiva -Indiferente -Negativa	Porcentaje

III. MARCO TEÓRICO

HISTORIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS EN SALUD

Desde 2.150 años antes de Cristo, se asignaba pena de muerte para el constructor; cuya edificación se derrumbara y matara a alguien. Por su parte, los fenicios amputaban una mano al responsable de algún producto de mala calidad y desajustado a las especificaciones oficiales. En la Edad Media la idea de calidad era sinónimo de perfección, y toda obra se consideraba imperfecta, si adolecía del más mínimo defecto. En el siglo XIII, surgió la figura del aprendiz y los artesanos europeos se asociaron en gremios, enseñaban y verificaban las especificaciones de los productos; cuya calidad les enorgullecía

Florence Nightingale, inició un proceso de reformas para la mejora de la calidad de la atención en los hospitales. Las medidas incluían: **limpieza**, saneamiento básico, mejoras en la alimentación y en su manipuleo, así como el establecimiento de una férrea disciplina y organización en la rutina hospitalaria, también se ocupó de registrar cada procedimiento brindado a los pacientes, incorporando herramientas estadísticas que permitieron obtener resultados en los valores de la mortalidad institucional. Este enfoque simple, fue una verdadera revolución en la época, que produjo una drástica disminución de la mortalidad intrahospitalaria⁸.

En 1860 Nightingale declaró propuestas básicas que se podían utilizar en la práctica de enfermería, ofreciendo una forma de pensar basado en un marco de referencia centrado en los clientes y el entorno; durante el mismo año, ella contemplaba el papel de la enfermería como “hacerse cargo de la salud de alguien” sobre la base del conocimiento de “como dejar al cuerpo en un estado libre de enfermedad o recuperarle de la enfermedad”⁹

⁸Rodríguez-Weber M, López-Candiani C. Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría. Acta PediatrMex. 2002.

⁹Morales V, Hernández A. Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. Buenos Aires: Revista Digital 2004; Disponible en <http://www.efdeportes.com>.

La calidad es un valor organizacional del sistema de salud, en torno a ella se han incorporado varios esfuerzos y estrategias para mantenerla y mejorarla con un nuevo paradigma, en el cual se plantea la evaluación como un acto indispensable para demostrar los resultados del proceso de atención para la salud, donde la calidad debe ser explícita, siendo posible y fundamental, medir para comparar, aprender y mejorar. La evaluación implica un sistema de monitoreo y seguimiento de los servicios de enfermería con base en diversos indicadores que permiten medir periódicamente la ejecución de actividades con el fin de adaptarse en forma oportuna y anticipada a los cambios y desafíos que genera el entorno.¹⁰

El primer indicio médico para mejorar la calidad de atención aparece en 1846 con la fundación de Asociación Médica Americana. En 1965 inicia sus trabajos de calidad el Doctor Avedis Donabedian era una de las máximas autoridades en este campo quién define la calidad de atención como el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente. Donabedian describe la calidad de atención de los servicios de salud en tres niveles: Estructura, Proceso y Resultado; y que a su vez se relacionan con tres dimensiones: Técnica, Interpersonal y Confort.¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 1984, declaró que: “Todos los Estados deberán crear mecanismos que garanticen la calidad de la atención que prestan a la población”. Así, la calidad es un derecho de los pacientes, “el derecho a la protección de la salud”. Y define tres componentes de la calidad asistencial: Adecuación de las prestaciones a las necesidades de la población; Rentabilidad: relación cantidad y años de vida saludable); y Aplicación en la asistencia de las técnicas y conocimientos sanitarios¹².

¹⁰Varela J, Rial A, García E. Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. Psicotema 2003, Disponible en <http://www.psicotema.com>.

¹¹Varo, Jaime; Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. DIAZ DE SANTOS, S. A. España: 1994. www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/reform.htm.

¹²Ministerio de Salud. Programa nacional de garantía de calidad en Costa Rica 1994-2003. San José, Costa Rica. <http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirservi/programa>.

La definición de Calidad se inicia con la misión, visión y filosofía del departamento de enfermería. Estas afirmaciones se fundamentan en valores que definen como deben prestar los servicios a los clientes todas las enfermeras¹³. Para diversos profesionales de salud, la calidad de la atención médica se fundamentará en la realización de un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer, en lo posible, la salud.¹⁴

La Calidad de la Atención en los Servicios de Salud, es responsabilidad de los diferentes grupos que laboran en un hospital, sin embargo el papel de la enfermera es de particular importancia, ya que es quien brinda atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente, por lo que una atención interpersonal de buena calidad es necesaria para lograr la satisfacción de los pacientes, ya que son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo, incluyendo los méritos técnicos. Atención oportuna que se define como brindar atención al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. El trato amable que es establecer una relación de empatía con el paciente y la comunicación.¹⁵

1. CALIDAD

En los últimos años, la calidad de los Sistemas de Salud ha sido objeto de debate. De manera natural, las discusiones en torno a este tema se han centrado en la serie de elementos que la determinan, tales como la cobertura, la heterogeneidad y la equidad en la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, tanto públicos como privados. En forma paralela, existe entre la población la percepción de que, la calidad de los servicios de salud que otorga el

¹³Morales V, Hernández A. Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. Buenos Aires: Revista Digital 2004; Disponible en <http://www.efdeportes.com>.

¹⁴Moguel G, Serrano A. La satisfacción de los usuarios de la consulta externa del hospital infantil de México «Federico Gómez»: un parámetro importante para el entendimiento del tratamiento y la enfermedad de los niños. Bol MedHosp. Inf. Mex. 1996.

¹⁵Ramírez T, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectivas de los usuarios. Salud Pública Méx. 1998.

estado deja mucho que desear, particularmente por los períodos prolongados que los pacientes deben esperar para que se han atendidos, la información insuficiente y poco clara que les da el médico, la escasez de medicamentos e insumos, la falta de oportunidad en los servicios y, en especial, el trato inadecuado que se brinda a los usuarios y sus familias.

Es innegable que ha habido avances en los servicios de salud y, que sus logros se han visto reflejados desde la segunda mitad del siglo XX en indicadores demostrables como la disminución de la mortalidad infantil y el incremento en la esperanza de vida, sin embargo, aún es necesario mejorar la calidad del sistema y de los servicios de salud.

2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La asistencia sanitaria se caracteriza por su variabilidad, para cuantificar y determinar las causas de esa variabilidad y así modificarlas en el sentido deseado es por lo que se evalúa la calidad asistencial.

Evaluación de la calidad. Es la medida del nivel alcanzado de calidad. Identifica problemas y los compara con los objetivos previamente definidos. La evaluación es una parte fundamental de cualquier plan de calidad. La elección de la materia a evaluar se basa en tres factores: la importancia, la representatividad y la accesibilidad. Es preferible enfocar la atención en algo que ocurre frecuentemente y que está sujeto a errores que pueden ser corregidos.

Para evaluar la calidad asistencial se debería llegar a un acuerdo en su definición, pero como se ha visto existen múltiples definiciones y, aunque haya mucha coincidencia entre ellas, cada una agrega conceptos importantes que otras omiten. Por tanto la calidad no es un concepto simple y ello hace necesario valorar los distintos componentes de la calidad que pueden ser medidos: son las llamadas “dimensiones de la calidad asistencial”:

2.1. Calidad científico-técnica

Representa la competencia de los profesionales para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y recursos a su alcance, contribuyendo a la mejora del estado de salud de la población y a la satisfacción de los usuarios.

Esta dimensión considera tanto la habilidad técnica como la relación interpersonal que se establece entre el profesional y el paciente. Es la dimensión más utilizada para medir la calidad de la atención sanitaria.

La calidad científico-técnica se refiere a la práctica clínica; el término calidad utilizado solo, sin otros adjetivos, suele referirse a este componente. La práctica clínica es el proceso de la actuación médica en relación con la atención del paciente. Es decir “lo que hay que hacer” y “cómo hacerlo”.

Los constituyentes de la calidad científico-técnica son:

- Cuerpo de conocimientos disponibles.
- Percepciones.
- Datos clínicos de los pacientes.
- Juicios, razonamientos y decisiones de los médicos.
- Procedimientos que utilizan.
- Intervenciones que aplican.
- Forma en que los profesionales mantienen y perfeccionan sus conocimientos y habilidades clínicas.

Esta calidad científico técnica se plasma, entre otras, en Guías de práctica clínica: “lo que hay que hacer”. Son recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales y a los enfermos a seleccionar la mejor alternativa asistencial en el abordaje de condiciones clínicas concretas en contextos sanitarios específicos. Implica que hay que detallar las decisiones de explicación (diagnóstico y patogénesis) y las decisiones de atención (prevención y tratamiento); todo ello

organizado con las mejores evidencias científicas disponibles. Los atributos de las Guías deben ser: multidisciplinariedad, claridad, validez, rigurosidad, reproducibilidad, fiabilidad, flexibilidad clínica, aplicabilidad, actualidad y revisable de forma programada.

2.2. Efectividad

Grado en que la atención sanitaria produce en la población el beneficio que en teoría debería producir, es decir, el que se obtiene tras una intervención en condiciones de aplicabilidad reales (eficacia es el resultado de una prestación en condiciones ideales). En calidad se suele medir más la efectividad que la eficacia. Hay que tener en cuenta que el objeto de un sistema de salud es mejorar el grado de salud de la población y no solo generar servicios.

2.3. Eficiencia

Es el grado en que se consigue el más alto nivel de calidad con los recursos disponibles. Relaciona los resultados obtenidos (beneficios) medidos por la efectividad y los costos que genera el servicio prestado. Los resultados se miden en eficacia (efecto producido en la variable en condiciones ideales), efectividad (en condiciones habituales), utilidad (cantidad y calidad de años que se aporta al individuo) y beneficio (resultado de la intervención medido en unidades monetarias). De esta forma se configuran las formas de análisis de la eficiencia: análisis costo-eficacia, costo-efectividad, costo-utilidad y costo-beneficio. La evaluación económica de los servicios sanitarios ha experimentado un gran desarrollo y cada vez es más tomada en cuenta por los gestores de los servicios sanitarios.

2.4. Accesibilidad

Facilidad con la que la población puede recibir la atención que necesita. Esta dimensión contempla no únicamente barreras de tipo estructural (horario, distancia) y económico, sino también barreras organizativas, sociales y culturales.

Dentro de esta dimensión se podría incluir la equidad (distribución justa de los recursos sanitarios entre la población).

2.5. Satisfacción

Representa el grado en que la atención prestada satisface las expectativas del usuario. La satisfacción es un resultado deseable del proceso asistencial. Puede medirse mediante encuestas, que preguntan sobre la satisfacción en general, y sobre aspectos concretos. La metodología aplicada influye mucho en los resultados obtenidos: tipo de encuesta, forma de aplicación, tasa de respuesta, etc. Otra forma de evaluar la satisfacción es el análisis de las sugerencias y las reclamaciones presentadas.

El modelo de gestión de calidad total también tiene en cuenta el grado de satisfacción de los profesionales, los clientes internos (los clientes externos son los pacientes o usuarios).

2.6. Aceptabilidad

Es la satisfacción más la adhesión del usuario (grado de colaboración del paciente, cumpliendo el tratamiento prescrito, etc.). La satisfacción se refiere a tres grandes aspectos: organizativos (tiempo de espera, ambiente físico), estado de salud logrado y trato personal recibido por parte de los profesionales sanitarios. Este último aspecto es fundamental. De hecho, puede darse insatisfacción del usuario con un alto nivel de calidad científica.

2.7. Adecuación

Es la medida en la cual el servicio corresponde con las necesidades del paciente o de la población.

2.8. Continuidad

Una atención médica de calidad también debe tener continuidad, lo que implica que el cliente debe recibir la serie completa de servicios de salud sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecer en forma constante, además el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de su proveedor, que conozca su historia clínica para derivarlo oportunamente a servicios especializados cuando corresponda. La falta de continuidad en los servicios de salud puede comprometer la eficiencia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

2.9. Seguridad clínica

La seguridad también es otro elemento de la calidad, que implica la reducción de riesgos de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros de la salud así como el paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios presten atención con un mínimo de riesgo, los pacientes deben estar protegidos contra las infecciones y los trabajadores de salud que manejan fluidos corporales y jeringas también deben protegerse utilizando procedimientos de bioseguridad

3. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

En la asistencia sanitaria la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería, dado que este mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad, además de que interactúa con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su integración a la cultura de calidad si se desean alcanzar los objetivos propuestos.

Es conocido que los antecedentes de la calidad del cuidado enfermero surgieron con Flórense Nightingale, quien postulo que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados” e implementando herramientas para medir los sistemas de cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad.

Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar dichos objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente.

La comisión Interinstitucional de Enfermería define la calidad de los servicios de enfermería como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”, lo cual requiere una planeación óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro. Las intervenciones seguras tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios y determina la garantía de calidad del cuidado.

No obstante, para que dicha garantía esté implícita en las actividades de enfermería, es necesario desarrollar la denominada gestión para la calidad del cuidado, la cual se basa en una filosofía de cambio que involucra a todos los miembros del servicio mediante el establecimiento de un cuerpo teórico, misión y visión entorno al trabajo, los que han de estar fundamentalmente en valores que sirvan de guía para determinar cómo se deben otorgar los servicios al usuario o cliente. La gestión tiene como finalidad hacer que la organización funcione de

manera paulatina y coherente con respecto a las necesidades y expectativas de sus usuarios, por medio de la mejora continua y sistemática de sus procesos, con la participación creciente de todas las personas de la organización. Para ello utiliza indicadores que permitan evaluar los resultados conseguidos. Además requiere un adecuado liderazgo que fomente la responsabilidad de las tareas, para que el personal asuma como propias la misión, la visión, así como los valores de la organización.

4. BARRERAS EN LA HIGIENE DE LAS MANOS

La OMS describe en el documento de Preámbulo de soluciones para la Seguridad del Paciente ¹⁶una serie de barreras existentes, en una serie de niveles, desde el compromiso político nacional, hasta el técnicos en salud individual, que se describen en la los siguientes cuadros. La implementación de las guías de lavado de manos también se ve influida por los niveles de recursos, los enfoques generales de la calidad y la percepción.

¹⁶Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente—mayo de 2007. 2007:33-6. Disponible en <http://www.ccforspatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/PatientSolutionsSpanish.pdf> Ultimo acceso 1 de junio 2009.

Cuadro 2: Barreras potenciales para la implementación del lavado de manos:

	Políticas	Institucionales/ administrativas	Individuales/ de comportamiento
E C O N Ó M I C A S	<ul style="list-style-type: none"> • Prioridades de salud en competencia • Falta de desarrollo de un caso de negocio que demuestre beneficios (macro) económicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Costos de infraestructura • Costos de la loción sanitaria para manos con base de alcohol • Imposibilidad de convencer a gerentes y líderes de los beneficios (micro) económicos • Imposibilidad de fabricar loción sanitaria con base de alcohol • Escasez de personal • Diseño de instalaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de incentivos económicos para modificar el proceder (educación continuada)
C A L I D A D	<p><u>Falta de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso • Infraestructuras • Compromiso para con la educación 	<p><u>Falta de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromiso • De apoyo por parte de la cultura existente • Convencimiento a los líderes sanitarios • Tiempo de capacitación del personal • Control del cumplimiento 	<p><u>Falta de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal sanitario encargado de compras • Campañas con objetivos correctos • Poder del paciente • Apoyo de la cultura existente
P E R C E P C I Ó N	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de conciencia del peso que representa la enfermedad • Percepción de que la HM ya no representa un problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo por parte de la cultura organizativa existente 	<ul style="list-style-type: none"> • Insistencia de líderes en materia de compras • Falta de conciencia sobre los problemas • Percepción de que la HM ya no representa un problema • Creencia que subestima el valor de la HM en términos de impacto sobre el resultado

5. PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

En los programas de fomento de la higiene de manos para técnicos en salud, se recomienda centrarse específicamente en los factores que se sabe que influyen mucho en el comportamiento, y no sólo en el tipo de productos para dicha higiene. La estrategia ha de ser multifacética y multimodal, debe incluir la formación, y su aplicación debe contar con el apoyo de los estamentos directivos (IB). Se recomienda instruir a los técnicos en salud sobre el tipo de actividades asistenciales que pueden contaminar las manos y sobre las ventajas e inconvenientes de los diversos métodos de limpieza de las manos (II). Se recomienda vigilar la adherencia de los técnicos en salud a las prácticas recomendadas de higiene de manos y proporcionarles información sobre su desempeño (IA). Se recomienda alentar las alianzas entre los pacientes, sus familias y los técnicos en salud para fomentar la higiene de manos en la atención sanitaria (II)¹⁷.

6. MEDIDAS INSTITUCIONALES PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS.

Existen una serie de medidas institucionales publicadas por la OMS ¹⁸ que pueden mejorar el cumplimiento de la higiene de manos de los técnicos en salud, como son:

- Proporcionar a los técnicos en salud acceso a un abastecimiento continuo de agua en todos los puntos de salida de agua, y acceso a las instalaciones necesarias para LM (IB).

¹⁷Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. 2005:1-33. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf Ultimo acceso 1 de junio 2009.

¹⁸ Ibídem

- Proporcionar a los técnicos en salud un acceso fácil a las preparaciones alcohólicas DAM en los lugares de atención al paciente (IA).
- Hacer del cumplimiento de una mejor higiene de manos una prioridad del centro y proporcionar el liderazgo, el apoyo administrativo y los recursos económicos adecuados (IB).
- Asignar a los técnicos en salud la formación y el tiempo necesarios para realizar actividades de control de infecciones en el centro de salud, inclusive para la aplicación de un programa de promoción de la higiene de manos (II).
- Poner en práctica un programa multidisciplinario, multifacético y multimodal, ideado para mejorar el cumplimiento de las prácticas recomendadas de higiene de manos por parte de los técnicos en salud (IB).
- Asegurarse de que la fuente de suministro de agua del centro de salud esté físicamente separada de las redes de desagüe y alcantarillado, y establecer un sistema regular de vigilancia y gestión (IB).

Uno de los cinco aspectos de la mejora de la adhesión a la higiene de manos establecido desde la OMS, es el desarrollo de campañas o acciones a nivel nacional o internacional. Hay diferentes estrategias establecidas con intervenciones multi-modales financiadas desde distintos aspectos: disponibilidad de DAM, programas educativos, etc. El 6 de marzo del 2009 y desde el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), se envió a 27 estados miembros de la Unión Europea un e-mail con una encuesta, para recoger información de cuáles eran las estrategias de los diferentes países miembros en relación con la mejora de la adhesión de la higiene de manos. Todos los países contestaron a la encuesta y todos ellos tenían en proceso una campaña de mejora de la adhesión de la higiene de manos durante el año 2009. Diez de esos países no disponían de campañas nacionales pero sí de campañas regionales incluyendo actividades en sus hospitales dirigidas a mejorar la higiene de manos.

7. INDICADORES PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE

Los profesionales de enfermería por lo regular están conscientes de que es necesario alcanzar altos niveles en el trabajo asistencial e implementar una cultura de calidad basada en experiencias documentados. Para lograrlo deben tener la capacidad de medir dicho trabajo con el fin de obtener parámetros de referencia que les permitan auto compararse, compararse con sus colegas y establecer metas de actuación o estándares que guíen sus intervenciones para alcanzar un nivel aceptable o de excelencia en la calidad de los cuidados que brindan.

Es importante aclarar que el desarrollo de estos indicadores implica el establecimiento de una metodología basada en la retroalimentación que obtiene el profesional a través de las experiencias que vive en su práctica cotidiana , documentadas en líneas de investigación que pueden aportar una forma de medir la calidad con que presta su servicios.

8. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y DIAGNOSTICO DE CALIDAD

Antes de iniciar este proceso es necesario tener un panorama general de la institución, concretamente de los servicios de enfermería, con el fin de determinar las condiciones en las que se encuentra la organización. Este procedimiento permite conocer facetas como la estructura organizacional, aspectos técnicos e interpersonales del cuidado que se otorga, los elementos de calidad existentes, la asistencia y las características generales de los usuarios de los servicios externos e internos. Todos los cuales pueden revisarse desde la perspectiva de la planeación estratégica, que comprende el proceso de análisis y conocimiento de un sistema que dirige el desempeño de la organización hacia el futuro, con el fin de adaptarse con mayor prontitud al cambio y determinar en qué sentido se debe avanzar.

La planeación estratégica inicia con la aplicación de un diagnóstico situacional, que es un proceso dinámico de investigación operativa, el cual ha de considerar

aspectos retrospectivos y prospectivos, de causa – efecto, en las diferentes facetas (técnicas, administrativas, asistenciales, de supervisión, enseñanza y evaluación) de los servicios que se proporcionan. Entre otros aspectos se revisan: valores, creencias, filosofía, misión y visión de la empresa o de la institución y se efectúa un análisis del micro y macro ambiente.

Para obtener el diagnóstico situacional es necesario realizar un análisis del ambiente externo e interno. El primero de ellos examina el impacto de los factores del entorno y su evolución a fin de determinar las oportunidades y problemas que constituyen una amenaza para el servicio de enfermería.

Por otra parte el análisis interno pretende conocer y valorar la situación real y el posicionamiento que tienen los servicios ante el usuario, así como su eficiencia, de tal manera que se reconozcan los puntos débiles para eliminarlos. Este diagnóstico estratégico da lugar a la matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).

Posteriormente se aplica una matriz de posicionamiento con base en la cual se evalúa el impacto y la probabilidad, así como la “atractividad” y el nivel de competencia, lo que permite identificar los problemas prioritarios para establecer estrategias de solución.

9. CAPACITACIÓN DE LÍDERES

La calidad comienza con el compromiso explícito del equipo directivo de hacer funcionar una organización, de manera paulatina, para que responda a las necesidades y expectativas de sus usuarios, mediante la mejora continua y sistemática de sus procesos y la participación creciente de todo el personal. Esto requiere de un liderazgo idóneo que induzca a todos los participantes a asumir un verdadero compromiso.

Lo anterior requiere la formación continua de líderes como elementos capaces de introducir nuevos métodos que enriquezcan la calidad.

Los líderes de la organización han de ser los primeros en capacitarse, como un requisito ineludible de participación y compromiso, desde los niveles más altos; es decir quienes se encuentran involucrados en lograr los postulados de la misión y que tienen responsabilidad sobre las personas y las actividades. Cuando los líderes se proponen prestar servicios de buena calidad, demuestran un compromiso institucional, lo que les gana credibilidad ante los empleados.

Una vez que los líderes han recibido la capacitación adecuada y se hayan comprometido con la organización, deben tener en mente que la calidad en el cuidado enfermero consiste en otorgar al usuario los servicios de enfermería necesarios, libres de riesgos, que cubran sus expectativas en un marco ético y humano. De esta manera se establece como meta el proporcionar un cuidado que alcance niveles de excelencia en la atención. Para ello se crea un sistema de monitoreo y seguimiento mediante indicadores de proceso, los cuales permiten obtener un diagnóstico preciso de la realidad de los procesos asistenciales e identificar los problemas que dificultan el logro de los objetivos y entorpecen el desenvolvimiento de acciones.

10. IDENTIFICACIÓN DE LAS ÁREAS DE OPORTUNIDAD, SELECCIÓN DE LOS PROCESOS CRÍTICOS

Las áreas de oportunidad identifican aspectos o procedimientos laborales en los cuales es posible la resolución de problemas, previamente identificados, de interés social y económico. Dichas áreas se detectan por medio del análisis situacional en torno a la práctica profesional y prevención de riesgos, y se relacionan con la adecuación y la idoneidad del proceso asistencial del cuidado enfermero, los reportes de incidencia, la observación directa del ejercicio profesional y el reporte de vigilancia de infecciones intrahospitalarias.

Cuando se reconoce la necesidad de cambios en el esquema de trabajo y se han determinado las áreas de oportunidad, el grupo gerencial de enfermería selecciona los procesos críticos en los que existe posibilidad de mejora y propone un plan que permita su solución, mediante el diseño de indicadores del cuidado.

11. FORMACIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO Y ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDADES

El trabajo en equipo es un pilar del cambio organizacional en pro de la cultura de calidad, conforme al cual la toma de decisiones se realiza por consenso de grupo (con lo que se sustituye el estilo autoritario). Además está orientado a motivar la participación y colaboración de todos sus integrantes, para lo que requiere una infraestructura y una dinámica que faciliten la operación de los mismos.

Los equipos de trabajo constituyen una parte importante del proceso encaminado al logro de la calidad y tienen una doble finalidad: una de naturaleza social, dado que facilitan la integración de los individuos a la organización (al permitirles expresar sus opiniones y regular los problemas cotidianos del proceso); así mismo hacen posible que se reconozca la capacidad y la competencia de los trabajadores, lo que satisface su necesidad de autorrealización y es un factor de motivación. La segunda finalidad es de orden económico, puesto que involucra a todos los trabajadores, lo que contribuye a mejorar la calidad y a disminuir costos.

12. DOCUMENTACIÓN Y MEJORA DEL PROCESO

La evaluación de un proceso comprende, ante todo, conocer el estado actual del mismo, lo cual abarca el marco de referencia teórico-conceptual del procedimiento, con el fin de fundamentar científicamente el fenómeno bajo estudio. Para ello se revisa la literatura, los manuales disponibles y la evidencia científica relacionada con dichos procesos. A partir de este marco de referencia se hace necesario ordenar, analizar, reestructurar o crear el proceso para que

tenga las características necesarias, cumpla con las expectativas del usuario y logre los objetivos para los cuales fue diseñado.

13. DEFINICIÓN DE VARIABLES CRÍTICAS

La evaluación de procesos asistenciales precisa que se realice un análisis profundo de cada procedimiento, de tal forma que se identifique y determine la interrelación que existe entre las actividades indispensables en la prestación de servicios, destinados a satisfacer a los usuarios, y las actividades que se ejecutan, pero que no son puntos críticos para el resultado del proceso. Para lograr este conocimiento profundo se puede incorporar en la metodología dos herramientas diagnósticas que permitan hacer un análisis ordenado y sistematizado de la información: el diagrama de flujo y el diagrama de PEPSU.

DIAGRAMA DE FLUJO. Este instrumento es una representación gráfica de los pasos que deben realizar en un proceso, y es útil para determinar el funcionamiento correcto del mismo con el fin de alcanzar un resultado. Se utiliza para:

- Identificar oportunidades de cambio en el proceso.
- Desarrollar instrumentos de auditoría para la colección de datos.
- Generar teorías sobre las causas principales de las desviaciones del procedimiento.
- Describir los cambios potenciales en el proceso y los efectos posibles.
- Revisar y establecer controles y monitorear el proceso.
- Establecer una referencia para el control y auditoría del proceso.

DIAGRAMA PEPSU. Es un elemento gráfico que sintetiza un proceso y establece los elementos indispensables para su desarrollo. Se llama proceso a cualquier actividad o conjunto de actividades que emplean un insumo, le agregan valor para suministrarle un producto a un cliente interno o externo. En enfermería, este término designa los procedimientos o intervenciones necesarios para la atención del cliente o paciente. Conforme a la administración por procesos, los

procedimientos de enfermería son una secuencia de actividades en los que ciertos insumos adquieren valor adicional y se transforman en cuidados otorgados con la consiguiente satisfacción de las necesidades de los usuarios. Cabe aclarar que para poder definir con precisión las variables del proceso y delimitar responsabilidades, se deben analizar los elementos que las integran y ubicarlos en un esquema secuencial que se conoce como diagrama PEPSU:

- Proveedores
- Entradas
- Procesos
- Salidas
- Usuarios

Para fines de este diagrama, las entradas corresponden a los materiales, información y otros insumos necesarios para operar los procesos; éstos son proporcionados por los proveedores, que pueden ser parte de la institución (internos) o pertenecen a otra organización (externos). Se llama proceso al conjunto de sistemas, procedimientos, actividades, movimientos y acciones, necesarios y sistemáticos, que se efectúan para producir bienes y servicios (lo que convierte las entradas en salidas). Un proceso comprende diferentes subprocesos de menor tamaño o jerarquía, así las salidas corresponden a los bienes o servicios resultantes de un proceso, y deben ser mensurables, es decir se ha de poder determinar si se cumplió un objetivo o se lograron satisfacer las necesidades del usuario, que es la persona o entidad que se beneficia con las salidas.

14. ANTECEDENTES DEL PROCESO LAVADO DE MANOS

Desde que Ignaz Semmelweis en 1846 y Oliver Olmes en 1843 relacionaron la naturaleza de la fiebre puerperal y su transmisión por las manos de los médicos, la higiene de la piel y fundamentalmente de las manos, ha sido aceptada como mecanismo de control en la dispersión de agentes infecciosos.

La intervención de Semmelweis representa la primera evidencia que sugiere que la antisepsia de las manos con antiséptico puede reducir las infecciones cruzadas.

En 1970, Katherine Sprant demostró que un breve lavado de manos con agua y jabón removía casi todos los bacilos gramnegativos que quedaban en las manos de enfermeras que acababan de cambiar pañales a los niños. En 1980, el finlandés Ojajarvi demostró que algunos microorganismos grampositivos no pueden ser destruidos tan fácilmente como los gramnegativos; para remover las bacterias grampositivas se requieren sustancias como el, alcohol y la clorhexidina. No obstante, el lavado de manos realizado cuidadosamente durante 15 segundos con agua y jabón resulta extraordinariamente eficaz para reducir el transporte de bacterias. También puede utilizarse un antiséptico para disminuir de manera efectiva la flora transitoria o residente de las manos.

El punto más importante consiste en incrementar y asegurar el simple lavado de manos antes y después del contacto con pacientes.

El lavado de manos es un método antiguo, sencillo y efectivo de gran importancia para evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra, constituye la clave de la prevención y control de las infecciones nosocomiales. Representa una medida de seguridad que protege al paciente, al personal los familiares y los visitantes.

15. DEFINICIÓN DE LAVADO DE MANOS

El lavado de manos es el proceso que se lleva a cabo para eliminar el mayor número de microorganismos de las manos por medio de la limpieza mecánica con productos antisépticos antes y después de tocar a un paciente o de llevar a cabo cualquier procedimiento; la importancia del lavado de manos no puede exagerarse, ya que los microorganismos e infecciones se transmite principalmente por las manos.

Este procedimiento constituye el método más importante, sencillo y efectivo para reducir la transmisión de microorganismos entre pacientes.

16. ASPECTOS GENERALES

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

- a) flora transitoria de la piel, también conocida como flora contaminante conocida no colonizante; se trata de organismos aislados de la piel que se encuentran de manera consistente en casi todas las personas; este tipo de flora generalmente se considera transitoria, pero debe tenerse cuidado con ella porque se transmite fácilmente a través de las manos, a menos que sea removida por fricción mecánica y lavado con agua y jabón; algunos microorganismos, particularmente bacterias gramnegativas como *Escherichiacoli*, sobreviven de manera muy precaria en el piel por lo cual se les considera flora no colonizante.
- 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 in Vitro e in vivo, no es irritante, presenta un amplio espectro antimicrobiano, es de acción rápida y puede usarse con frecuencia.

La efectividad en reducir la dispersión de microorganismos depende de tres factores fundamentales:

- LA OCASIÓN: Por ejemplo antes de realizar una técnica aséptica, o después de cambiar pañales o manipular chatas u orinales aunque se utilicen guantes la cantidad y tipo de gérmenes no es la misma.

- LA SOLUCIÓN UTILIZADA: Relacionada con la calidad y procedencia de la misma.
- LA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS: Puede ser antes y después de la atención a cada paciente pero en tiempos o con técnica incorrectos. Existen varias técnicas descritas de lavado de manos, dependiendo de los recursos disponibles en el lugar y la situación clínica.

Mencionaremos los siguientes:

- Lavado de manos de rutina.
- Lavado de manos antiséptico.
- Lavado seco de manos.
- Lavado quirúrgico de manos.

17. LAVADO DE MANOS DE RUTINA

El lavado de manos de rutina, se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos de la piel. Este lavado de manos involucra el uso de jabón común antes del cuidado general del paciente.

18. LAVADO DE MANOS ANTISÉPTICO

La técnica del lavado de manos antiséptico es similar a la de lavado de manos de rutina. Obviamente este lavado de manos requiere un agente antimicrobiano. Según diferentes normas, el lavado de manos antiséptico se debe realizar antes de un procedimiento invasivo, en presencia de microorganismos multiresistentes o en caso de epidemias.

19. FRICCIÓN CON ANTISÉPTICO O LAVADO DE MANOS SIN AGUA

Es la aplicación de un agente antiséptico sin agua, en toda la superficie de las manos para reducir el número de microorganismos presentes.

Estos antisépticos están elaborados con alcohol sin surfactantes. Como estos agentes no remueven la suciedad, si las manos están visiblemente sucias, se deben lavar con agua y jabón.

En lugares donde no hay fuentes o suministro de agua, las soluciones alcohólicas están indicadas y alcanzan una buena acción antiséptica.

20. MARCO LEGAL

Como parte de la atención hospitalaria, la vigilancia epidemiológica incide en los procesos técnico-administrativos de las unidades de salud y en el mejoramiento continuo de la atención ,ya que facilita la generación de bases de información que aportan los conocimientos necesarios para un control de gestión integral con participación de todo el equipo de salud. La vigilancia epidemiológica de infecciones nosocomiales se inscribe dentro de estos propósitos al permitir la aplicación de normas, procedimientos, criterios y sistemas de trabajo multidisciplinario para la identificación temprana y el estudio de las infecciones intrahospitalarias; además, constituye un instrumento de apoyo para el funcionamiento de los servicios y programas de salud que deben establecerse en los hospitales.

IV. DISEÑO METODOLÓGICO DE PROCEDIMIENTOS

1. METODOLOGÍA

El presente estudio se adscribe a un enfoque de tipo cuantitativo llamado también tradicional.

2. TIPO DE ESTUDIO

Se realiza una investigación de diseño descriptivo, de corte transversal, con la elaboración de propuesta de intervención.

Es descriptivo: porque busca detallar las características del estado de cumplimiento del proceso de lavado de manos en el personal de enfermería del área de obstetricia del Hospital Materno Infantil, en un determinado periodo de estudio.

De Corte Transversal; denominado también transicional, ya que los datos se recopilaron en un tiempo determinado.

3. UNIVERSO - MUESTRA

El universo de estudio considera a todo el personal de enfermería que trabaja en el Hospital Materno Infantil. El HMI cuenta con un total de 384 enfermeras.

3.1. Muestra

Comprende al personal de Enfermería del Área de Obstetricia de los servicios de: emergencias de obstetricia, pre-parto, parto, puerperio fisiológico, puerperio quirúrgico y medicina materno-fetal (ARO) de los diferentes turnos, sumando un total de 43 enfermeras, tanto Licenciadas como Auxiliares de Enfermería.

Cuadro 3: Distribución de Personal de Enfermería Profesional y Auxiliar por Turnos y Servicios

TURNO SERVICIO	TURNO MAÑANA		TURNO TARDE		TURNO NOCHE "A"		TURNO NOCHE "B"	
	Lic.	Aux.	Lic.	Aux.	Lic.	Aux.	Lic.	Aux.
Puerperio Quirúrgico	2	2	2	1	1	1	1	1
Medicina Materno Fetal	1	2	1	1	1	1	1	1
Puerperio Fisiológico	2	2	2	1	1	1	1	1
Prepartos	1		1		1		1	
Partos	1		1		1		1	
Emergencias		1		1		1		1
TOTAL	7	7	7	4	5	4	5	4

TOTAL LICENCIADAS 24

TOTAL AUX. DE ENFERMERÍA 19

3.2. Técnica de Muestreo

La técnica empleada de muestreo es de tipo intencionada por conglomerados y no probabilística.

Criterios de inclusión

- Todas las licenciadas de enfermería y auxiliares de enfermería que trabajen en los diferentes servicios del Área de Obstetricia, de los cuatro turnos (mañana, tarde, noche A y noche B), que aceptaron participar del presente trabajo de investigación.

Criterios de exclusión

- Licenciadas y auxiliares de enfermería que trabajan en el área quirúrgica o blanca de obstetricia del H.M.I.

- Se excluyeron a 4 licenciadas del servicio de emergencias que corresponden a terapia intensiva.
- Una Licenciada en Enfermería que se encontraba de vacaciones en el momento del estudio.
- Una Auxiliar de Enfermería que no acepto participar.
- Una licenciada responsable del estudio.

4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó mediante:

- Guía de observación estructurada.
- Cuestionario.
- Observación directa con apoyo de guía estructurada, elaborado específicamente para la evaluación del proceso de lavado de manos, validado de manera institucional en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.(1)

Este instrumento contiene 10 variables que describen el momento adecuado y la forma correcta de lavarse las manos. Cada una de las variables tiene un valor numérico; se asigna el valor de un punto a las actividades necesarias y a las indispensables dos, la suma total debe ser de 12 puntos, cuya consecución implica un cumplimiento excelente. Para el análisis de resultados se aplicó la estadística descriptiva con el fin de obtener el índice de eficiencia global que representa el estándar alcanzado. (Anexo 1)

- Aplicación de cuestionario que pretende explorar el conocimiento, la actitud, la práctica y los factores relacionados con el incumplimiento para el proceso de lavado de manos. Este cuestionario fue validado y aplicado en un estudio realizado en el Centro Médico Nacional “La Raza” de México(4).Este instrumento está compuesto de 14 preguntas de las cuales 13 son preguntas cerradas (8 son dicotómicas y 5 de selección múltiple)y 1 es pregunta abierta.(Anexo 2)

5. MÉTODOS

Los métodos aplicados fueron:

- Observación.
- Encuesta.

6. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- AUTORIZACIÓN

Se solicitó autorización al Jefe de Enseñanza e Investigación y al Presidente del Comité de Bioética del Hospital Materno Infantil.

- ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se sustentó en los principios éticos establecidos, teniendo en cuenta que todas las participantes de la investigación dieran su consentimiento previo.

No incluye nombres ni alusiones personales en sus resultados.

La información fue tratada confidencialmente.

V. ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN

1. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN

A continuación se detallan las puntuaciones y porcentajes obtenidos durante un periodo de observación “no participante” y el registro de una lista de verificación de cumplimiento del estándar de lavado de manos hospitalario. Se realizó la observación a las 40 Licenciadas de enfermería en quienes se aplicó la encuesta. Todas las enfermeras trabajan en el Área de Obstetricia del Hospital Materno Infantil:

Procedimiento 1:

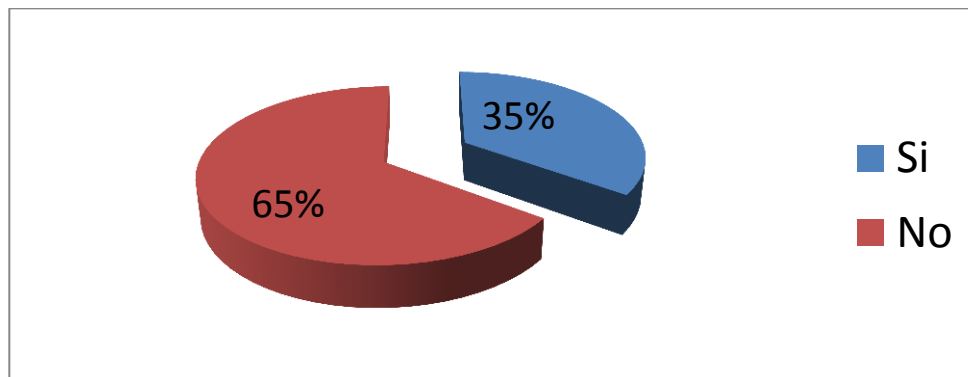
El personal de enfermería se lava las manos durante dos minutos, al llegar al hospital. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 4: Procedimiento 1

Respuesta	Frecuencia	%
Si	14	35%
No	26	65%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 1: Procedimiento 1



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del procedimiento observado tan solo un 35% si cumple a cabalidad el procedimiento de lavado de manos. El 65% restante aplica el procedimiento de manera parcial o simplemente no lo hace.

Procedimiento 2:

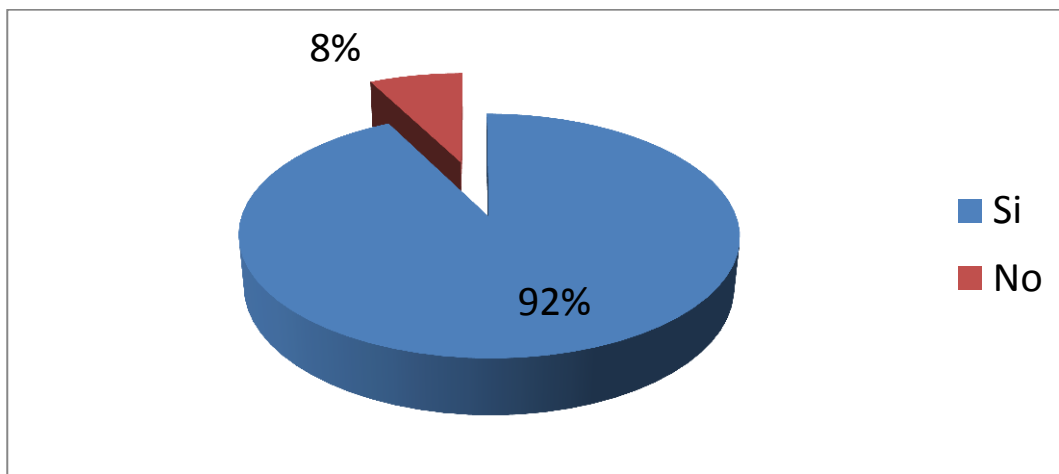
El personal de enfermería se lava las manos durante dos minutos al salir del hospital, se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 5: Procedimiento 2

Respuesta	Frecuencia	%
Si	37	92%
No	3	8%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 2: Procedimiento 2



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de observaciones un 92% de las enfermeras observadas cumple con el procedimiento completo a momento de salir de turno. El restante 8% no realiza de manera completa o simplemente no lo lleva a cabo, constituyéndose en un riesgo para sí y su familia. Observamos que la actitud es más responsable a la hora de salida de su trabajo, por lo menos en el 92% de Licenciadas.

Procedimiento 3:

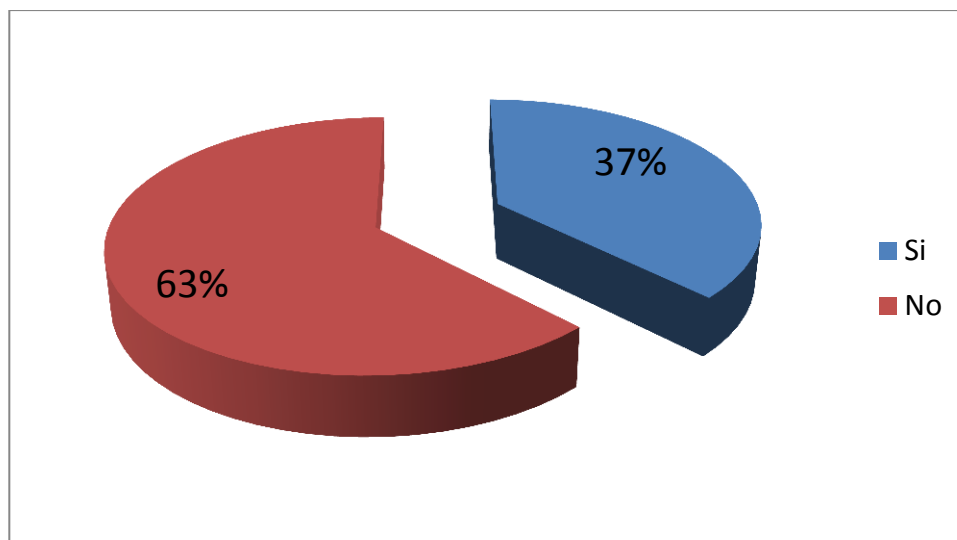
El personal de Enfermería se lava las manos durante 15 segundos al iniciar los procedimientos y actividades invasivas del cuidado enfermero a cada paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 6: Procedimiento 3

Respuesta	Frecuencia	%
Si	15	37%
No	25	63%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 3: Procedimiento 3



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de personal de enfermería observado tan sólo un 37% se lava las manos 15 segundos antes de realizar la atención a cada paciente. El restante 63% no procede al lavado por pacientes.

Procedimiento 4:

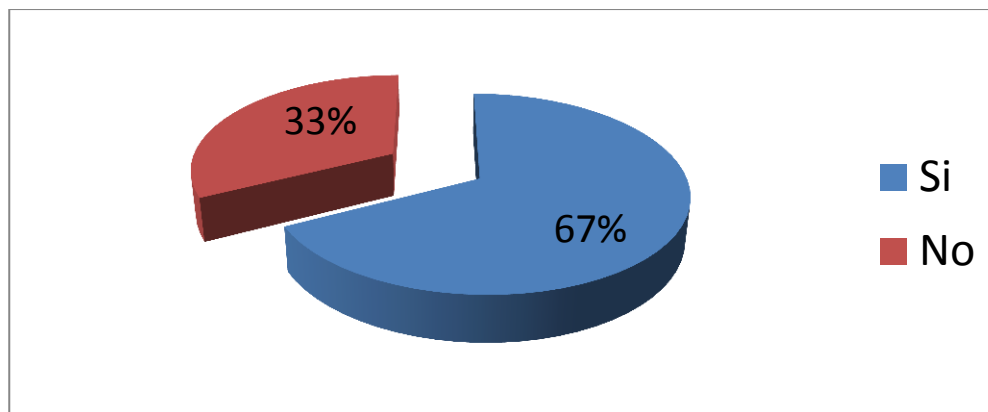
El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos al finalizar los procedimientos y actividades invasivas del cuidado enfermero a cada paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 7: Procedimiento 4

Respuesta	Frecuencia	%
Si	27	67%
No	13	33%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 4: Procedimiento 4



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de observadas un 67% si realiza un lavado de manos de 15 segundos despues de realizar la atención al paciente. Un restante 33% no lo realiza. Lo que implica una valoración intermedia al proceso de lavado de manos del personal de enfermería.

Procedimiento 5:

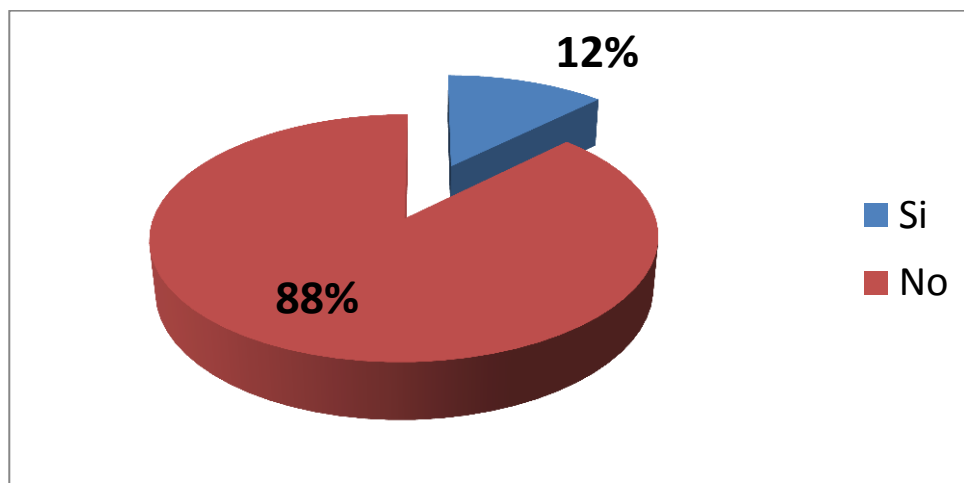
El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos al iniciar los procedimientos y actividades NO invasivas del cuidado enfermero a cada paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 8: Procedimiento 5

Respuesta	Frecuencia	%
Si	5	12%
No	35	88%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 5: Procedimiento 5



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de observaciones efectuadas, 9 de cada 10 enfermeras no se lava las manos antes de realizar actividades no invasivas. Un 12%, sí procede al lavado de manos durante 15 ante actividades no invasivas.

Procedimiento 6:

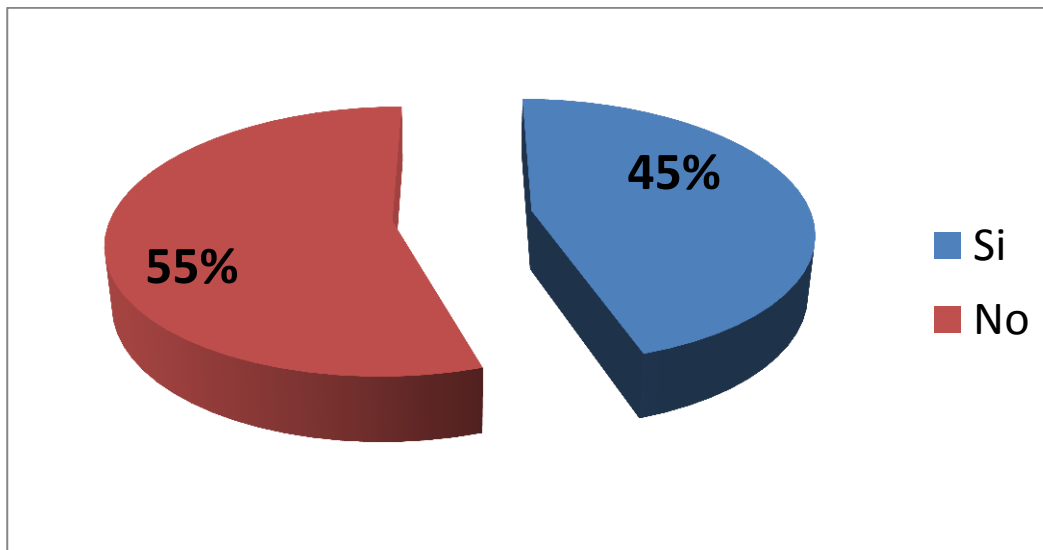
El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos al finalizar los procedimientos y actividades NO invasivas del cuidado de enfermería a cada paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 9: Procedimiento 6

Respuesta	Frecuencia	%
Si	18	45%
No	22	55%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 6: Procedimiento 6



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de observaciones efectuadas, un 45% del personal sí procede a un lavado de 15 segundos al finalizar las actividades no invasivas en cada paciente. Un restante 55% no realiza ningún tipo de lavado al finalizar dicha actividad.

Procedimiento 7:

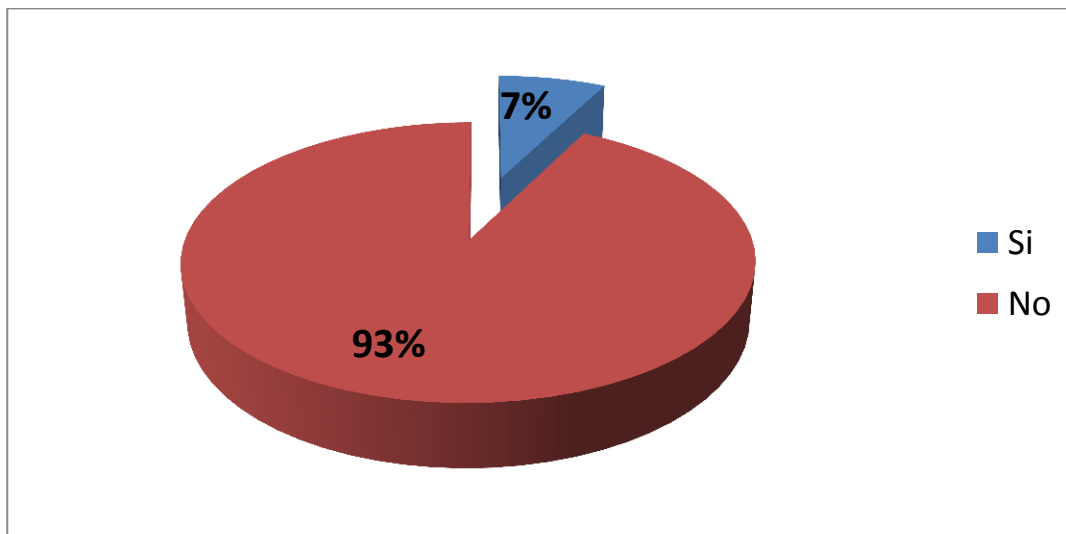
El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos antes de realizar cualquier actividad en el cuerpo del paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 10: Procedimiento 7

Respuesta	Frecuencia	%
Si	3	7%
No	37	93%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 7: Procedimiento 7



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de observaciones un 93% de las enfermeras no realiza el lavado de manos durante 15 segundos al realizar actividades de atención en el cuerpo de la paciente. Un restante 7% si procede al cumplimiento del lavado de manos.

Procedimiento 8:

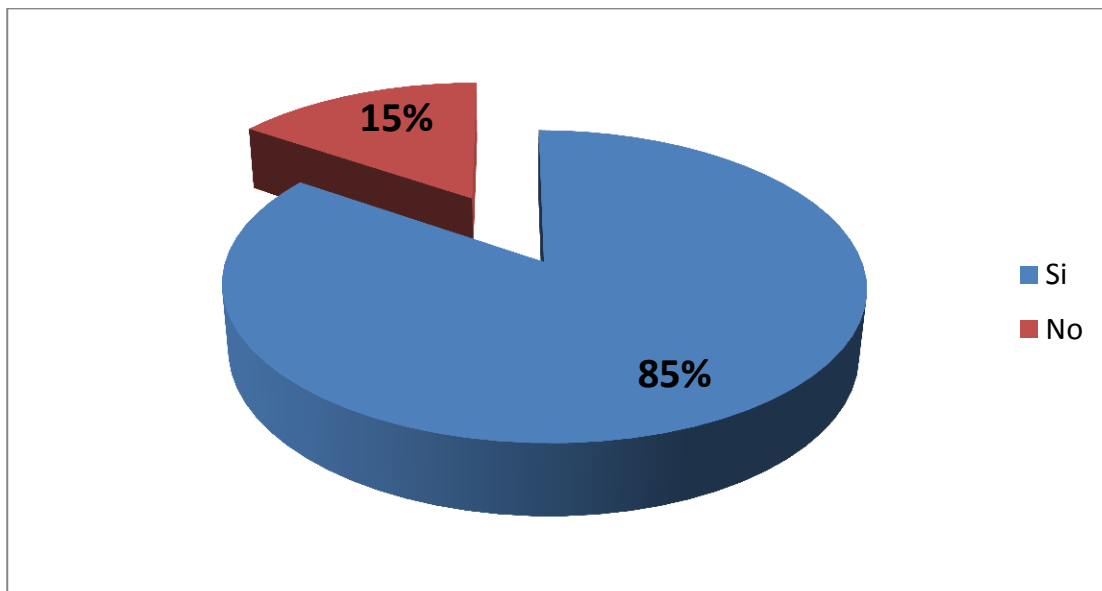
El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos después de realizar cualquier actividad en el cuerpo del paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 11: Procedimiento 8

Respuesta	Frecuencia	%
Si	33	85%
No	6	15%
	39	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 8: Procedimiento 8



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de observaciones efectuadas un 85% del personal de enfermería si realiza el lavado de manos al finalizar la actividad con el cuerpo del paciente. Un restante 15% no realiza ningún tipo de lavado o lo realiza de manera incompleta.

Procedimiento 9:

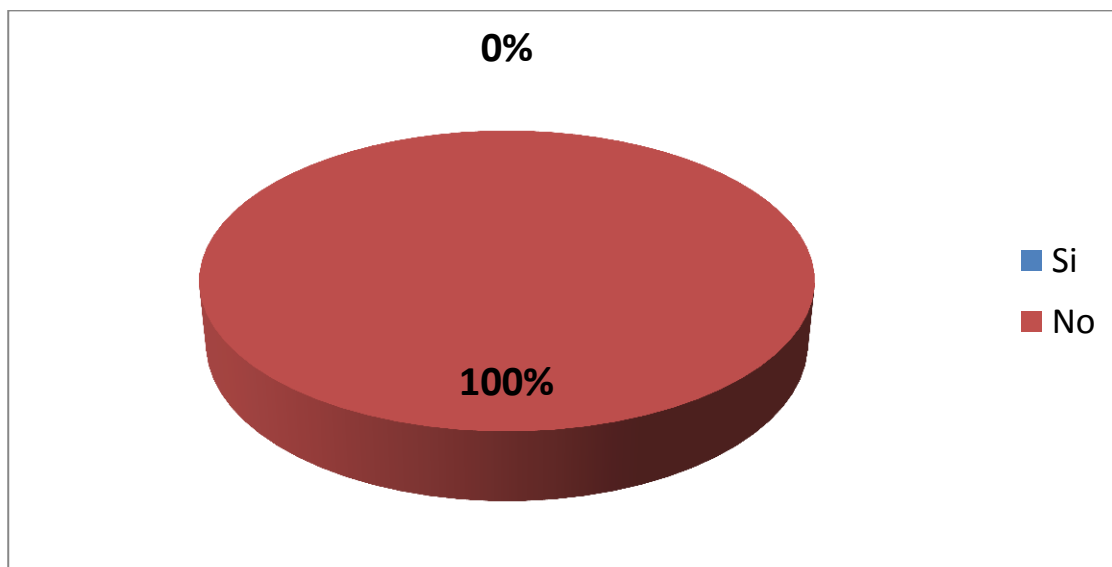
El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos antes de dar cuidado al material y equipo utilizado en el paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 12: Procedimiento 9

Respuesta	Frecuencia	%
Si	0	0%
No	40	100%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 9: Procedimiento 9



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Se ha observado que un 100% del personal de enfermería observado no realiza el lavado de manos correspondiente a al cuidado del material y equipo a ser utilizado. Lo que corresponde un factor de riesgo de contagio generalizado a los pacientes atendidos con equipos y materiales.

Procedimiento 10:

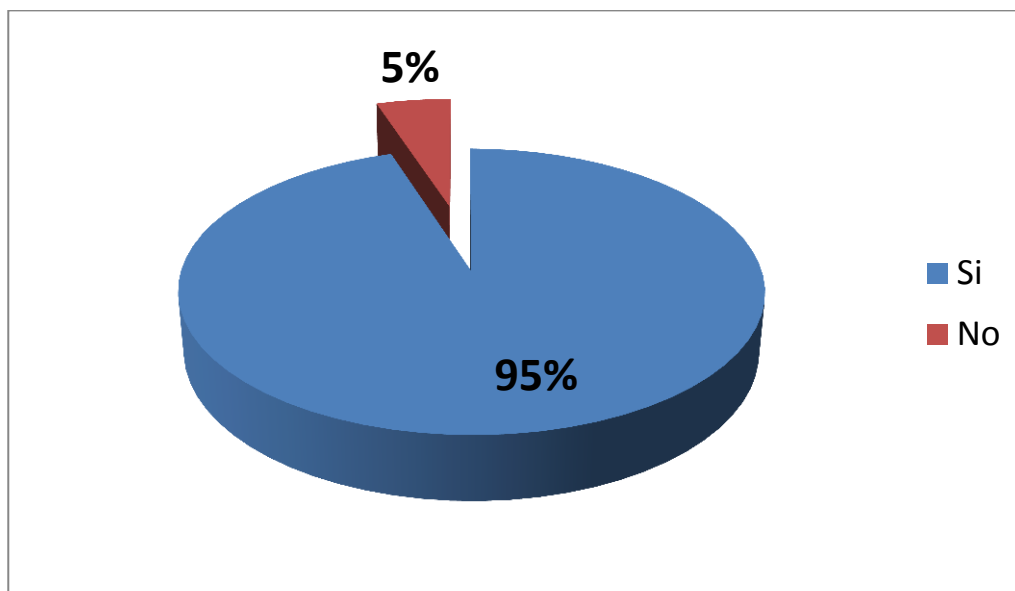
El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos después de dar cuidado al material y equipo utilizado en el paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.

Cuadro 13: Procedimiento 10

Respuesta	Frecuencia	%
Si	38	95%
No	2	5%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 10: Procedimiento 10



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de observaciones realizadas se puede observar un 95% que realiza el lavado posterior al cuidado de material y equipo después de atender al paciente. Un restante 5% de las enfermeras no realiza dicho procedimiento del lavado de manos posterior a la atención de los equipos y materiales.

Cuadro 14: Tabla General de Evaluación del Procedimiento de Lavado de Manos en Base a la Guía de Observación

PROCEDIMIENTO	VALOR	SI	NO	TOTAL
1	2	14	26	0.35
2	1	37	3	0.925
3	2	15	25	0.375
4	1	27	13	0.675
5	1	5	35	0.125
6	1	18	22	0.45
7	1	3	37	0.075
8	1	33	6	0.825
9	1		40	0
10	1	38	2	0.95
TOTAL	12			4,75

Fuente Elaboración Propia

La anterior tabla de calificaciones por procedimiento manifiesta en términos generales una puntuación de 4,75 redondeada a 5 sobre 12 de la puntuación adecuada en el procedimiento de lavado de manos.

La puntuación de 5 sobre 12 manifiesta que el procedimiento general del lavado de manos es riesgoso en toda la Unidad de Obstetricia del Hospital Materno Infantil lo que denota la necesidad de establecer mecanismos de actualización en el personal y procedimientos estandarizados en el control de factores de riesgo para poder mejorar el índice de calidad en la atención.

2. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

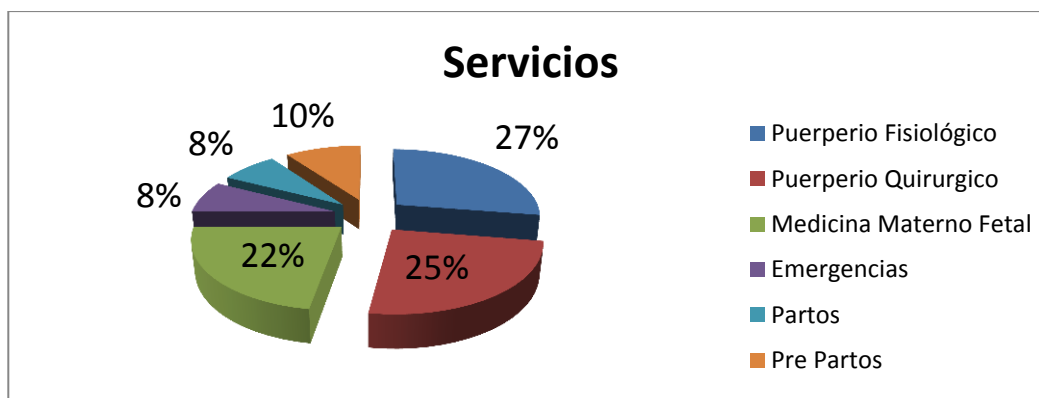
Los resultados presentados a continuación responden al relevamiento de información realizado a enfermeras del área de obstetricia, que posterior a la presentación de la carta de consentimiento informado se constituyeron en un total de 40 enfermeras.

Cuadro 15: Distribución del personal de enfermería por servicios en el área de obstetricia

Servicio	Frecuencia	%
Puerperio Fisiológico	11	27%
Puerperio Quirúrgico	10	25%
Medicina Materno Fetal	9	22%
Emergencias	3	8%
Partos	3	8%
Pre Partos	4	10%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 11: Servicios



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Las enfermeras trabajan en diferentes servicios del Área de Obstetricia, en función al número de usuarias o pacientes internadas. Por las características de los Servicios, deducimos que todo el personal de enfermería tiene contacto frecuente con fluidos corporales con y sin infección. Es relevante la consideración a tomar

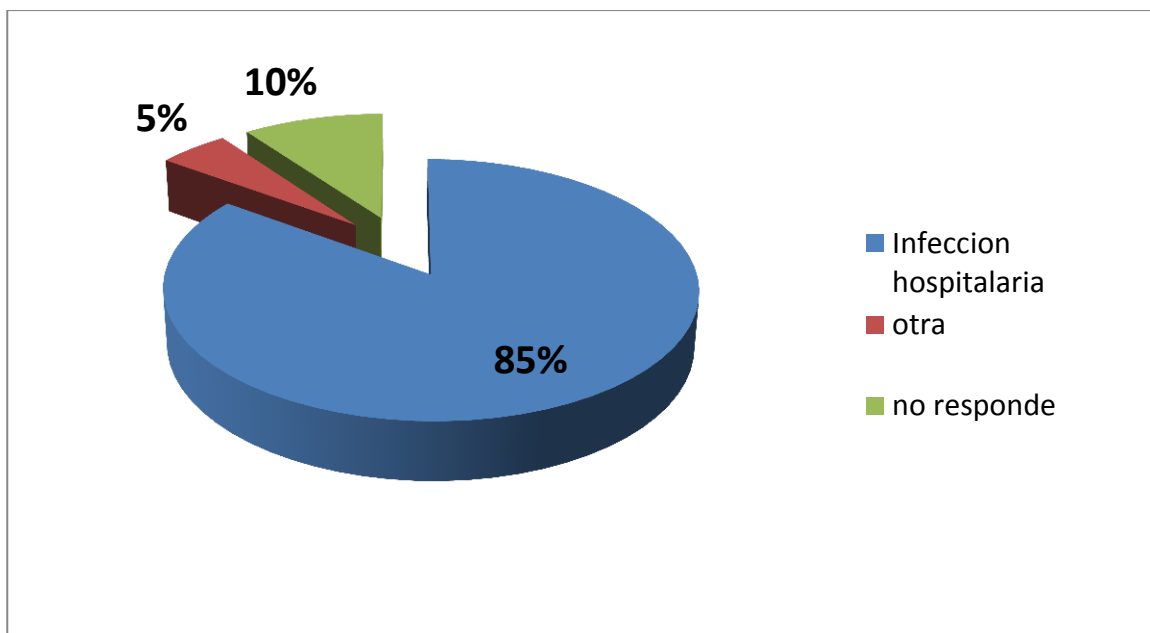
todas las medidas de bioseguridad para mejorar la calidad de atención y reducir las infecciones nosocomiales.

Cuadro 16:
Infección Nosocomial

Infección Nosocomial	Frecuencia	%
Infección hospitalaria	34	85%
otra	2	5%
no responde	4	10%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 12:
Infección Nosocomial



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

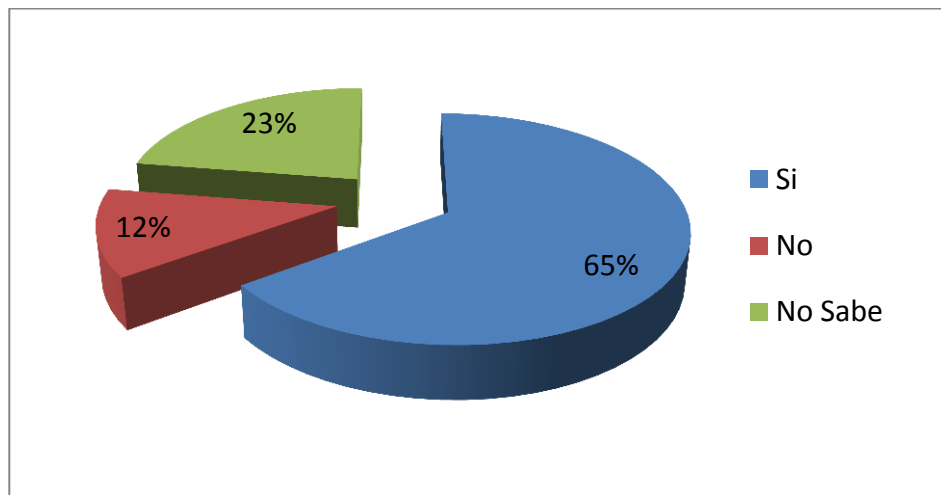
Un 85% de las encuestadas manifiesta que las infecciones nosocomiales son infecciones generadas o de riesgo frecuente en los hospitales y sus distintos servicios según riesgo.

Cuadro 17:
Comité de Infecciones

Comité de infecciones	Frecuencia	%
Si	26	65%
No	5	12%
No Sabe	9	23%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 13:
Comité de infecciones



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de encuestadas un 65% afirma que existe un Comité de Infecciones en el Hospital Materno Infantil. Un siguiente 23% decide no responder o desconoce la existencia del mismo. Un siguiente 12% manifiesta que no existe ningún comité dentro del hospital.

Cuadro 18:

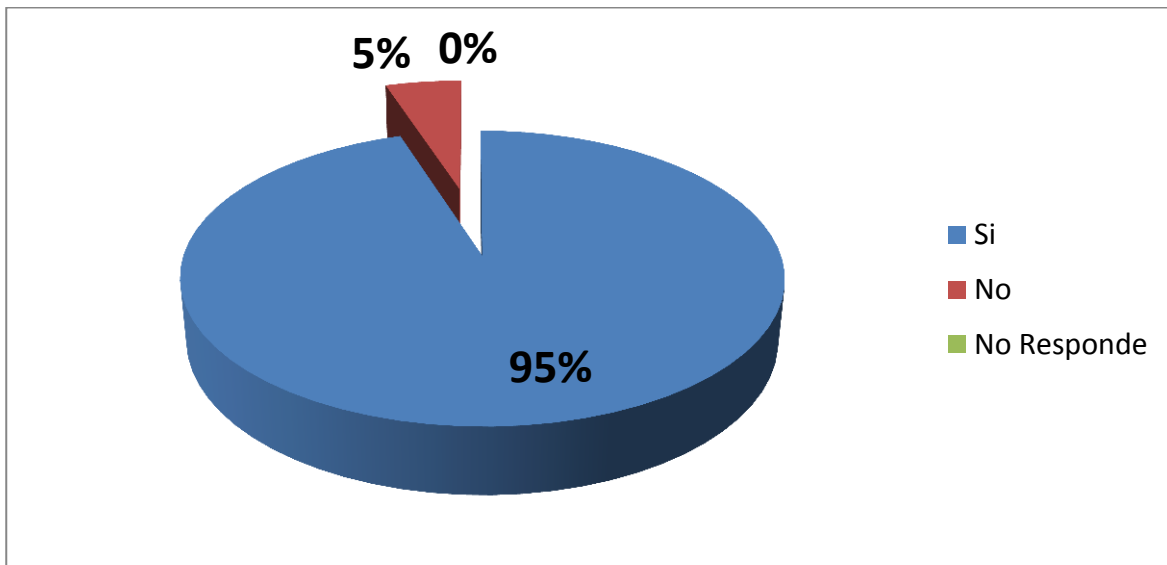
El lavado de manos influye en las infecciones?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	38	95%
No	2	5%
No Responde	0	0%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 14:

El lavado de manos influye en las infecciones?



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

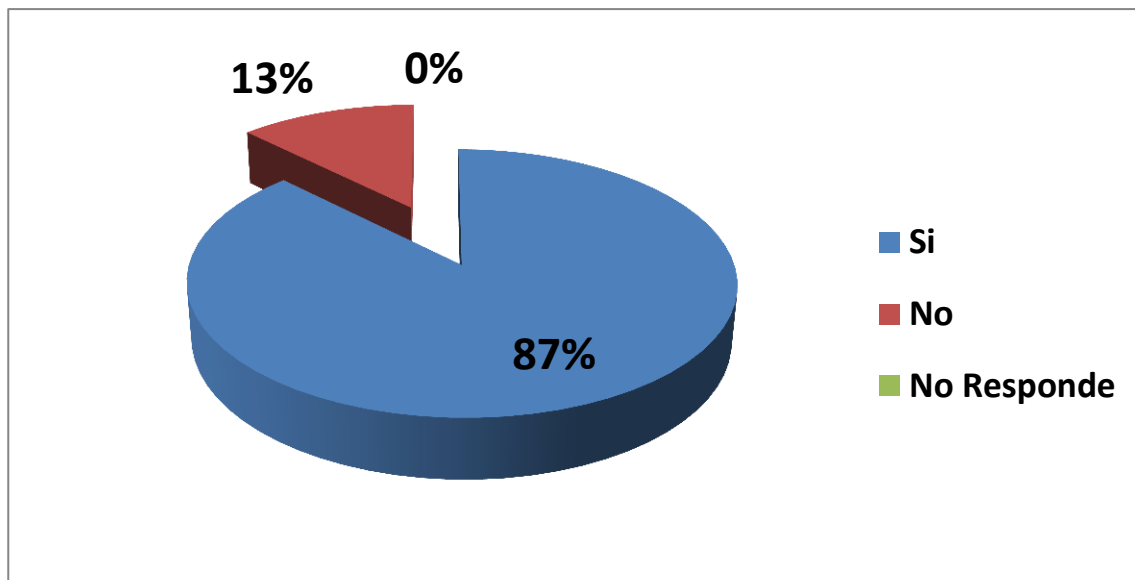
Del total de encuestadas, un 95% del personal de enfermería afirma que el lavado de manos influye en las infecciones. El restante 5% manifiesta que el lavado no influye en las mismas. De esta forma se identifica un porcentaje alto que reconoce al lavado de manos como un proceso importante en las labores de enfermería.

Cuadro 19:
Lavado de manos para la disminución de infecciones

Respuesta	Frecuencia	%
Si	35	87%
No	5	13%
No Responde	0	0%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 15:
Lavado de manos para la disminución de infecciones



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

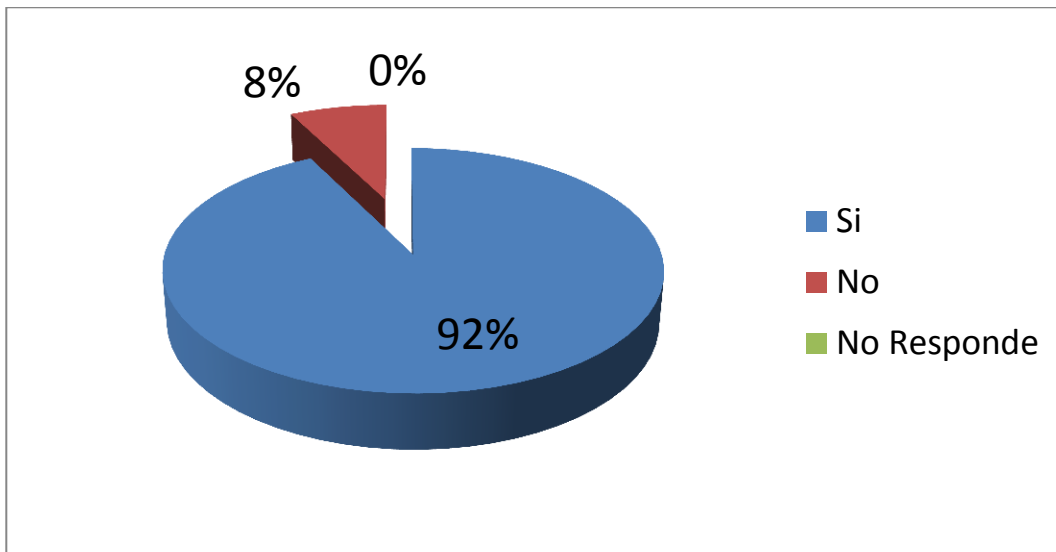
Del total de encuestadas se puede observar un 87% que el procedimiento de lavado de manos es importante en la disminución de infecciones. Un restante 13% afirma que no es imprescindible para el control de infecciones.

Cuadro 20:
El lavado con cepillo es más efectivo

Respuesta	Frecuencia	%
Si	37	92%
No	3	8%
No Responde	0	0%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 16:
El lavado con cepillo es más efectivo



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

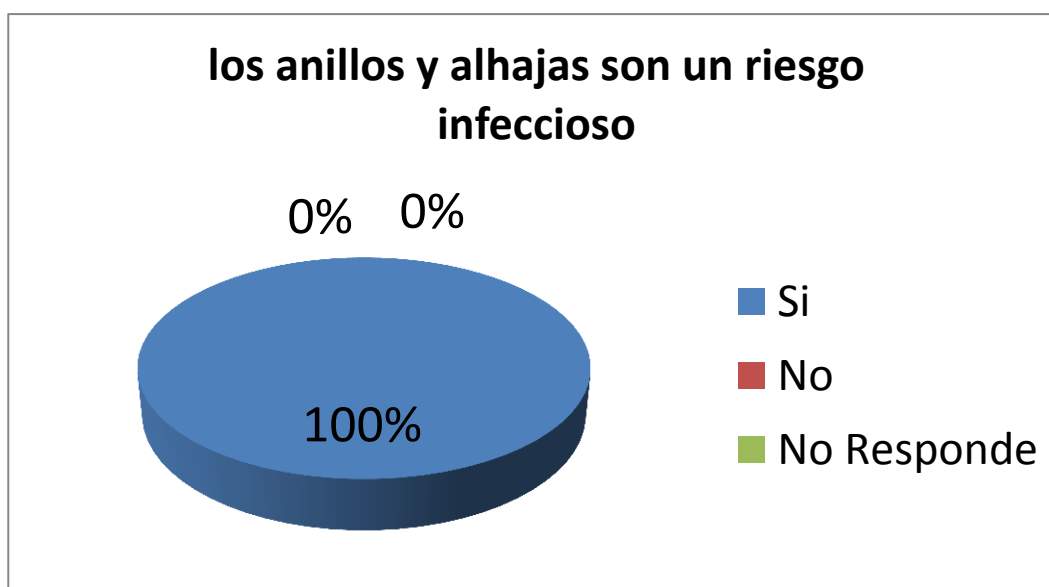
Del total de encuestadas un 92% responde que el lavado de manos con cepillo es más efectivo que un lavado simple. Un restante 8% manifiesta que es igual.

Cuadro 21:
Los anillos y alhajas son un riesgo infeccioso

Respuesta	Frecuencia	%
Si	40	100%
No	0	0%
No Responde	0	0%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 17:
Los anillos y alhajas son un riesgo infeccioso



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

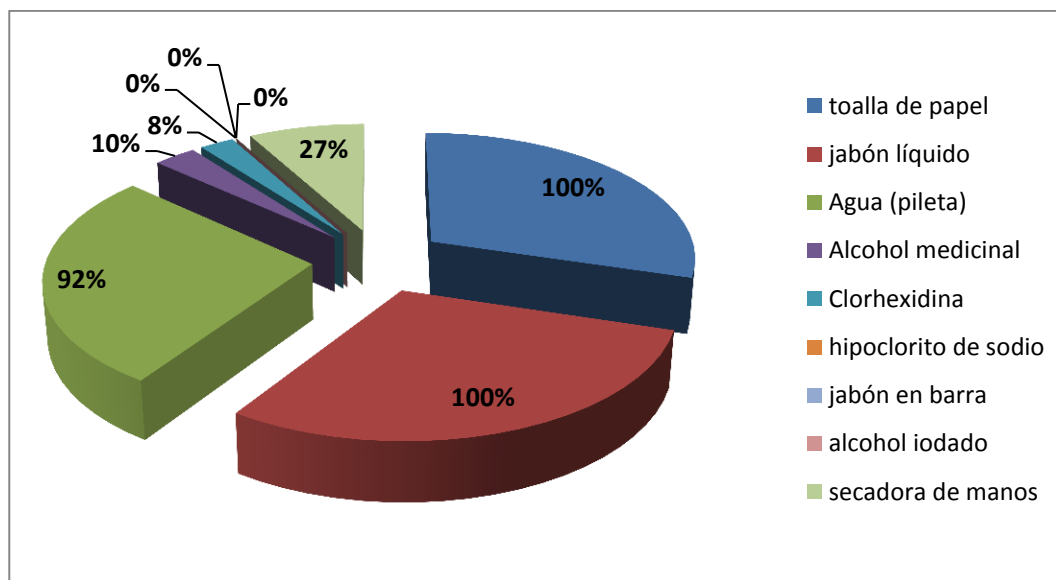
Del total de encuestadas ante la pregunta referida a si los anillos o alhajas son un riesgo infeccioso un 100% reconoce que sí representan un riesgo alto para la infección o contagio de infecciones.

Cuadro 22:
Insumos indispensables

Respuesta	Frecuencia	%
toalla de papel	40	100%
jabón líquido	40	100%
Agua (pileta)	37	92%
Alcohol medicinal	4	10%
Clorhexidina	3	8%
hipoclorito de sodio	0	0%
jabón en barra	0	0%
alcohol iodado	0	0%
secadora de manos	11	27%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 18: Insumos indispensables



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

De los insumos necesarios para efectuar un lavado de manos adecuado en el servicio de obstetricia, más del 90% de las encuestadas manifiestan la necesidad de contar en forma permanente de agua, jabón líquido y toallas de papel.

Cuadro 23:

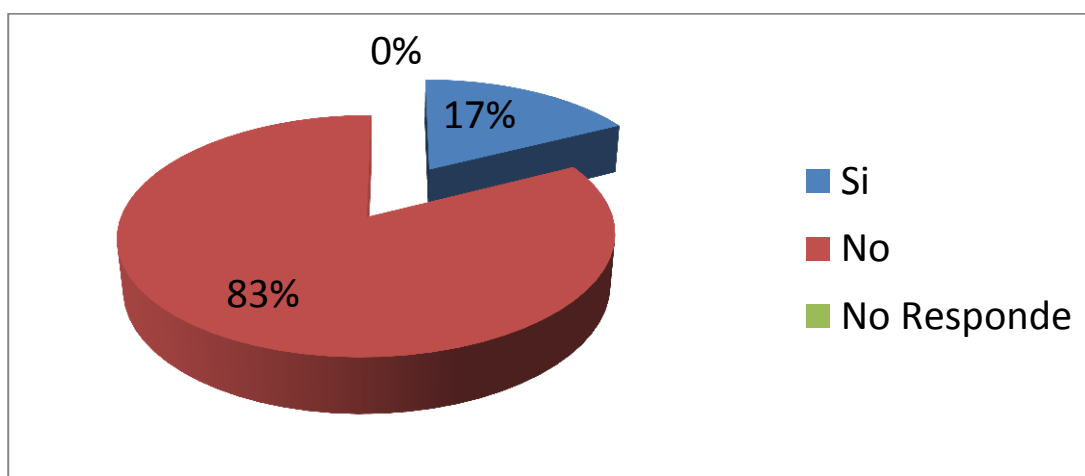
Capacitación sobre el lavado de manos

Respuesta	Frecuencia	%
Si	7	17%
No	33	83%
No Responde	0	0%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 19:

Capacitación sobre el lavado de manos



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de encuestadas un 83% manifiesta no haber recibido capacitación en los últimos años. Un restante 17% afirma haber buscado cursos de capacitación por interés propio. Esta afirmación contradice aquella en la que se afirma que existe un Comité de Infecciones. Una de sus tareas sería monitorear y capacitar al personal en procedimientos básicos de bioseguridad, como el lavado de manos.

Cuadro 24:

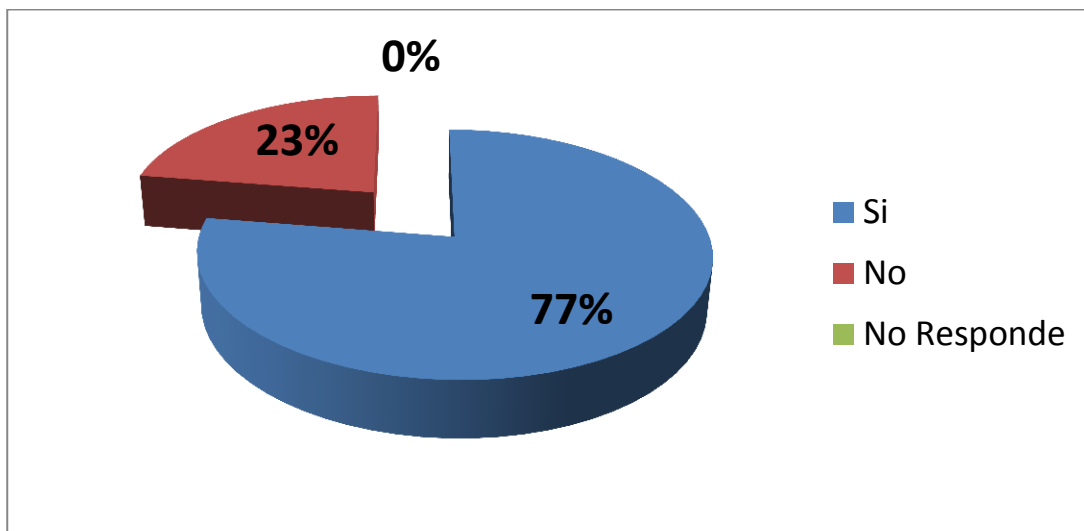
¿Necesita capacitación?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	31	77%
No	9	23%
No Responde	0	0%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 20:

¿Necesita capacitación?



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Tres de cada cuatro encuestadas afirma o reconoce necesitar capacitación respecto al lavado de manos. Un restante 23% responde que no es necesario pues son conocimientos rutinarios y permanentes.

Cuadro 25:

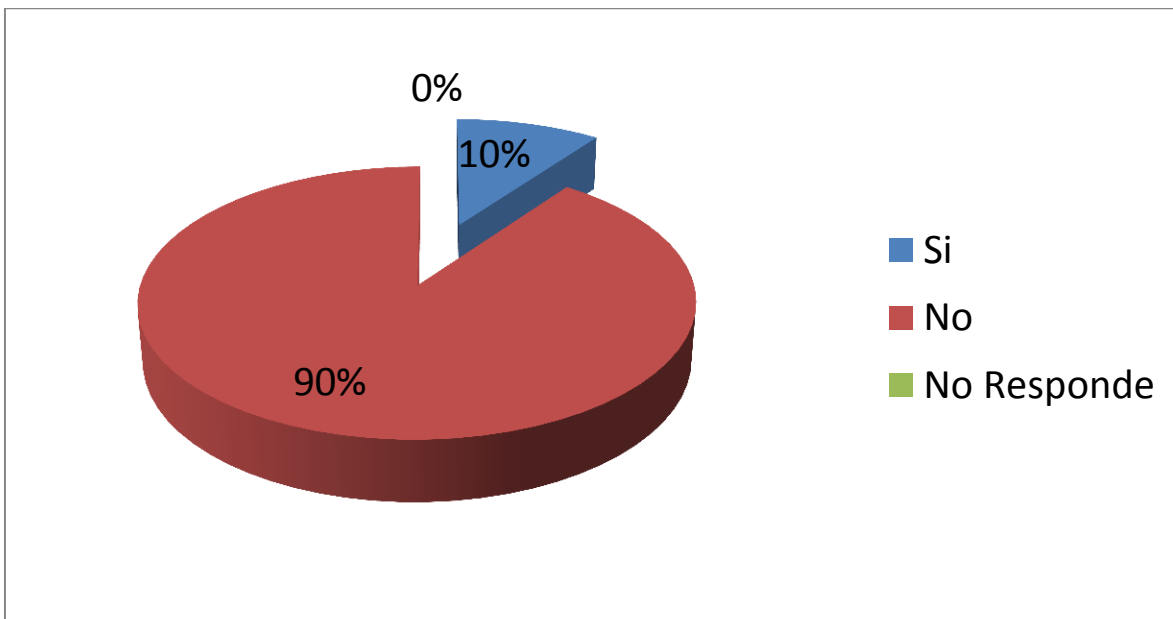
¿Recibió orientación el último año?

Respuesta	Frecuencia	%
Si	4	10%
No	36	90%
No Responde	0	0%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 21:

¿Recibió orientación el último año?



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Un 90% de las encuestadas no recibió ningún tipo de orientación el último con respecto al lavado de manos. Un siguiente 10% afirma haberla recibido. Esto representa, al igual que en anteriores interrogantes, un riesgo en la información asumida por el personal de enfermería.

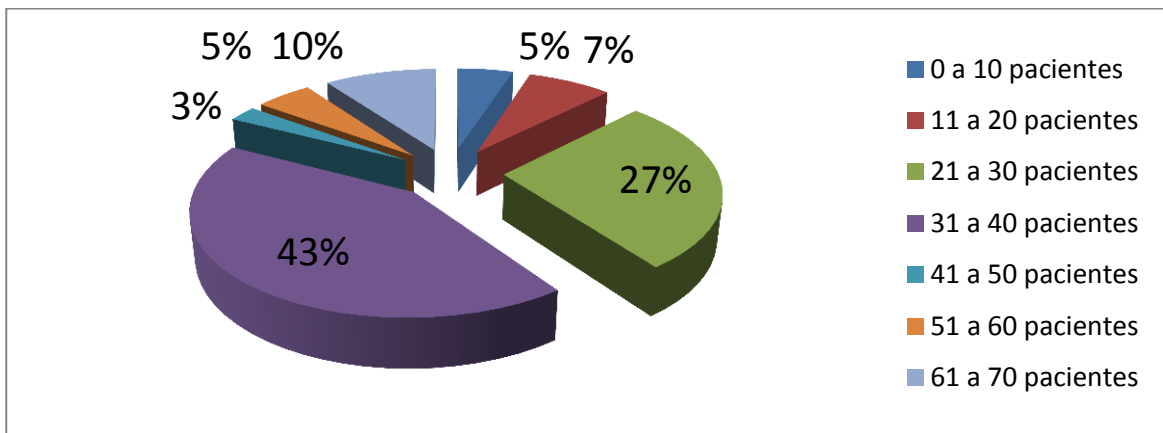
De nuevo se percibe un débil accionar por parte de Comité de Infecciones.

Cuadro 26: Cantidad de pacientes asignadas

Respuesta	Frecuencia	%
0 a 10 pacientes	2	5%
11 a 20 pacientes	3	7%
21 a 30 pacientes	11	27%
31 a 40 pacientes	17	43%
41 a 50 pacientes	1	3%
51 a 60 pacientes	2	5%
61 a 70 pacientes	4	10%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 22: Cantidad de pacientes asignadas



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de encuestadas un 70% manifiesta tener una designación de 21 a 40 pacientes por turno o día, o sea, 7 de 10 Licenciadas de Enfermería atienden entre aproximadamente 20 a 40 usuarias. Estamos hablando de las salas de puerperio fisiológico y patológico y Medicina Materno-fetal. Estas usuarias se encuentran internadas entre 24 y 72 horas aproximadamente y serán sometidas a cuidados mínimos o complejos, reciben tratamiento parenteral (en su mayoría) y aseo. Estamos hablando de usuarias que presentan loquios y fluidos contaminantes que pueden transmitirse fácilmente en una sala de internación. Podría darse que el tiempo de atención por paciente fuera un argumento para limitar o disminuir la frecuencia y profundidad del lavado de mano.

Cuadro 27:

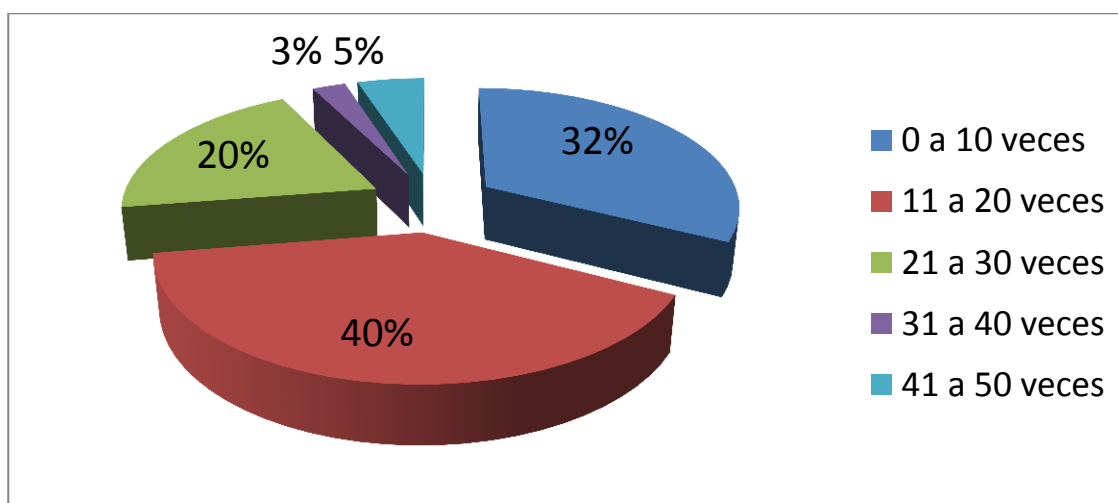
Número de veces que se lava las manos

Respuesta	Frecuencia	%
0 a 10 veces	13	32%
11 a 20 veces	16	40%
21 a 30 veces	8	20%
31 a 40 veces	1	3%
41 a 50 veces	2	5%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 23:

Número de veces que se lava las manos



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Ante la pregunta de cuantas veces se lava las manos, solamente 1 de cada 10 enfermeras estaría lavándose entre 31 y 50 veces en su jornada de trabajo. Esto tiene concordancia con la carga de usuarias atendidas. El resto (9 de cada 10) no estaría cumpliendo a cabalidad la norma, exponiendo a sí mismas y a las usuarias a alguna contaminación e infección nosocomial.

Cuadro 28:

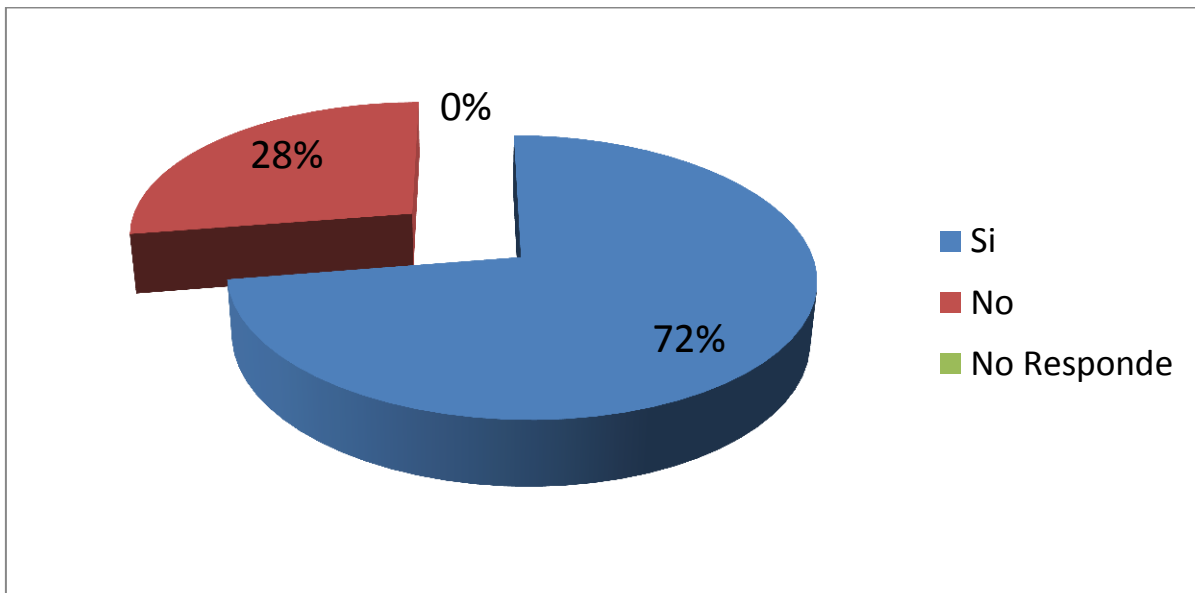
Reacciones adversas en el uso de detergentes

Respuesta	Frecuencia	%
Si	29	72%
No	11	28%
No Responde	0	0%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 24:

Reacciones adversas en el uso de detergentes



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

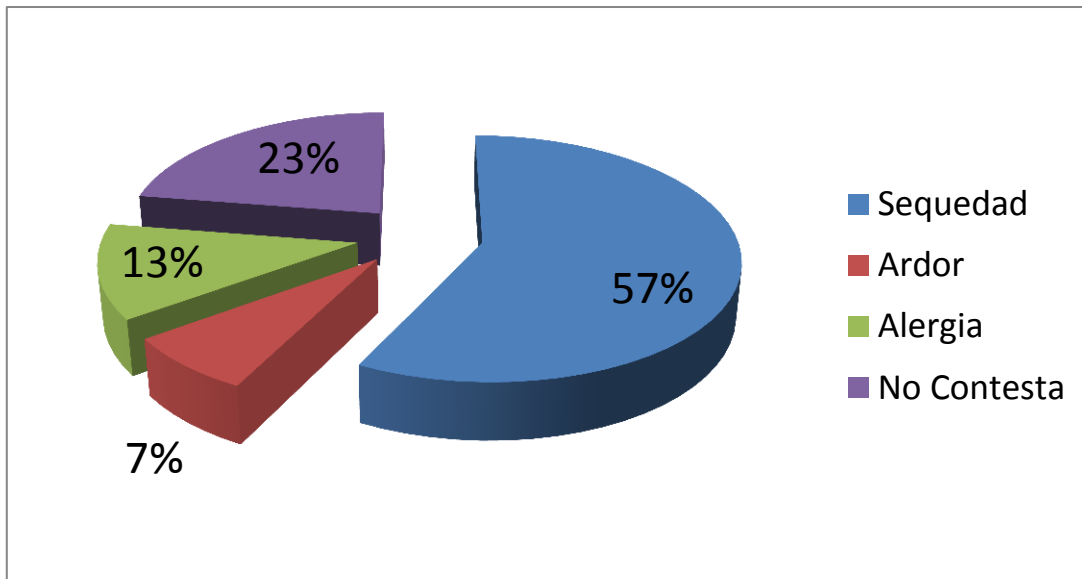
Del total de encuestadas un 72% manifiesta algún tipo de reacción adversa al uso de detergentes utilizados en el lavado de manos actual. Un restante 28% manifiesta que no presenta ninguna reacción adversa.

Cuadro 29:
¿Qué reacción?

Respuesta	Frecuencia	%
Sequedad	23	57%
Ardor	3	7%
Alergia	5	13%
No Contesta	9	23%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 25:
¿Qué reacción?



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

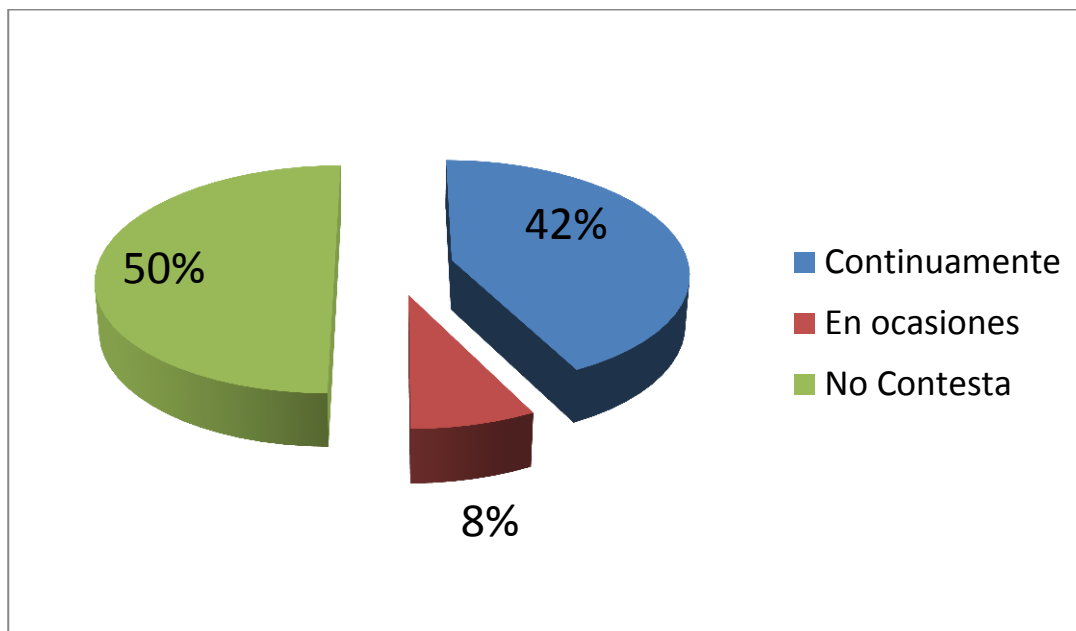
Entre las encuestadas que manifestaron tener reacciones adversas con el uso de Detergentes durante el lavado de manos, la más frecuente es la sequedad de manos (57%).

Cuadro 30:
Frecuencia

Respuesta	Frecuencia	%
Continuamente	17	42%
En ocasiones	3	8%
No Contesta	20	50%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 26:
Frecuencia



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de encuestadas un 42% del personal afirma tener una reacción continua al detergente usado en el lavado de manos. Un 50% principal decide no contestar por lo esporádico de la reacción. Un siguiente 8% manifiesta que en algunas ocasiones. Lo que represente que no existe porcentaje considerable del personal que manifiesta reacciones continuas en el uso del detergente.

Cuadro 31:

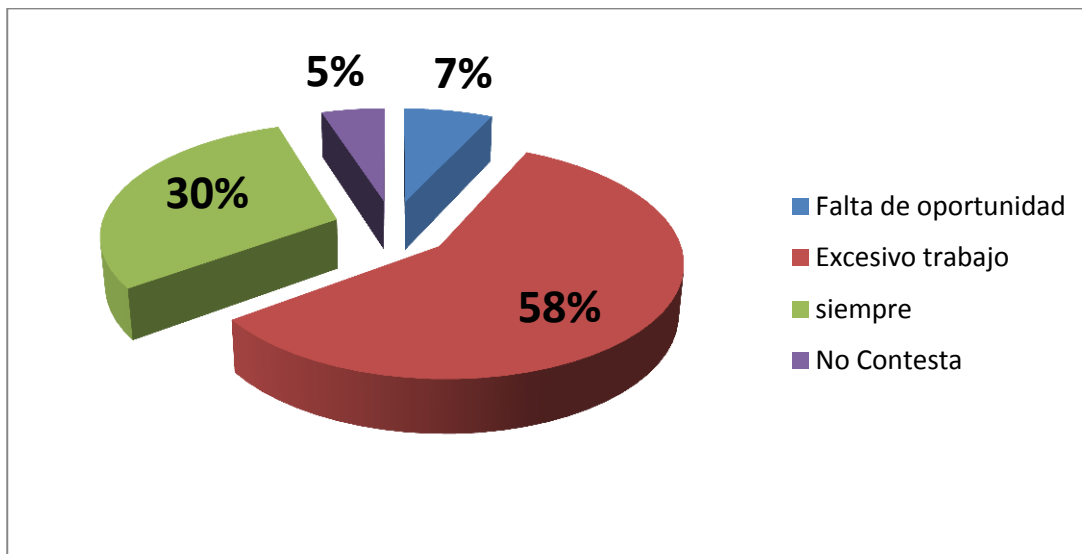
Razones por las que no se lava las manos

Respuesta	Frecuencia	%
Falta de oportunidad	3	7%
Excesivo trabajo	23	58%
siempre	12	30%
No Contesta	2	5%
	40	100%

Fuente Elaboración Propia

Gráfico 27:

Razones por las que no se lava las manos



Fuente Elaboración Propia

Interpretación.

Del total de encuestadas un 58% manifiesta que no se lava la mano por el excesivo trabajo en la atención de pacientes de su servicio. Un restante 30% manifiesta que no tiene excusa y siempre se lava la mano. Un 7% menciona que a carencia de implementos o debido a la falta de oportunidad. Un restante 5% prefiere no contestar dicha pregunta. Del total se observa un 70% que tiene algún tipo de dificultad en el lavado de manos, constituyéndose en un porcentaje alto de incumplimiento del procedimiento.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. DISCUSIÓN

En los procesos identificados dentro el procedimiento establecido en la labor de la enfermería se ha podido establecer que los procedimientos comunes no son monitoreados dentro de los servicios brindados. Por otra parte se podido establecer la necesidad de formación constante dentro de las labores.

Los resultados logrados nos permiten identificar que dentro de la formación recibida si se establecen los requerimientos mínimos de procedimiento en materia de lavado de manos sin embargo dentro las labores explícitas dentro los servicios distintos con diferentes necesidades no se explicitan procedimientos de mantención y cuidado en bioseguridad. Suelen establecerse por sobre entendidos muchos procedimientos como el lavado de manos que constituye un procedimiento frecuente en el quehacer de las enfermeras. Lastimosamente en los resultados se ha podido establecer que se reciben actualizaciones en un parámetro de 5 años adelante. El procedimiento de lavado de manos no se introduce dentro las temáticas de actualización. No se posee actualizaciones y adecuaciones procedimentales dentro de la labor, dejándose en la experiencia el resguardo de éxito en las tareas asignadas a la enfermera. Los cuadros presentados denotan en primer término una saturación en las actividades dadas a las enfermeras haciendo difícil el establecimiento de hábitos de seguridad posterior a cada atención de paciente.

Se puede debatir la necesidad observada de promedio de 20 ocasiones a lo largo del día en que una enfermera recurre al lavado de manos sin embargo como se observa no es correlativo al número de pacientes que atiende constituyéndose en un riesgo grande de infección y contagio a pacientes y a las mismas enfermeras.

Otro punto importante es velar por las disposiciones de material para el aseo, el mismo debe contemplar los procedimientos y necesidades de atención de cada

área determinando la recurrencia del procedimiento en la manera más oportuna de cubrir las necesidades de seguridad, el área de Obstetricia en base a sus pacientes necesita primeramente establecer las condiciones materiales que permitan ejecutar una acción de lavado de manos pertinente al desarrollo de la atención brindada por las enfermeras.

Otro punto de intervención y propuesto a continuación data de la necesidad de establecer protocolos que permitan normar el procedimiento ejecutado por las enfermeras. Si bien el lavado de manos como anteriormente se ha comentado es un procedimiento común en los distintos procedimientos no es observado y determinado de manera explícita a las necesidades contempladas por el área de Obstetricia.

2. CONCLUSIONES

De los resultados del presente trabajo de tesis se extraen las siguientes conclusiones, expuestas de acuerdo al orden formulado en el planteamiento de los objetivos específicos:

- Frente a dos datos importantes se puede manifestar que el índice de eficiencia obtenido en el Área de Obstetricia del Hospital Materno Infantil es de alto riesgo debido a la puntuación general de 4,75 (5) puntos sobre 12, lo que implica apenas un cumplimiento del lavado de manos del 40%. Esto representa una carencia en el logro de objetivos de seguridad intrahospitalarias.
- En cuanto a la identificación de factores relacionados al incumplimiento se pueden identificar aspectos relacionados a la carencia de conocimientos actualizados, asumiendo que un 50% del personal de enfermería posee entre 46 a 60 años de edad y un 90% que afirma no haber recibido orientación en el último año. El 77% del personal reconoce necesitar capacitación, razón por la que se puede afirmar que el conocimiento es dudoso e incompleto. Otro de los factores relacionado al incumplimiento del lavado de manos es la carga laboral relacionada a un 58% que reconoce no realizar el procedimiento de manera completa por el excesivo trabajo, pues un 70% de las enfermeras atiende de 21 a 40 pacientes por turno y un 72% se lava de 1 a 20 veces por turno.
- Identificados los factores y el índice de cumplimiento se ha podido establecer una propuesta en la que se prioriza la actualización en conocimiento, procedimiento y actitud del personal respecto al lavado de manos como indicador necesario para el incremento de la calidad de atención y disminución de los factores de riesgo de contagio infeccioso.

De esta manera se da cumplimiento a los objetivos específicos y general asumiendo que el procedimiento de lavado de manos es aun carente en el área de obstetricia del Hospital Materno Infantil, necesitándose que en el mismo se asuman de igual manera las necesidades de implementación de los medios necesarios para el cumplimiento del lavado de manos procurando establecer detergentes que disminuyan un 72% de incidencia de reacciones alérgicas o

sequedad. Los insumos requeridos están ligados a un 100% respecto a toallas de papel y jabón líquido.

2. RECOMENDACIONES

Como resultado del procedimiento de lavado de manos estudiado en la presente trabajo de investigación se deben asumir diferentes recomendaciones tanto en el desarrollo de siguientes investigaciones como en el aporte de cumplimiento en las diferentes unidades o áreas de labor obstétrica:

Se recomienda que el lavado de manos tenga una socialización periódica con el personal de enfermería así como la especialización en la técnica misma con respecto a las labores explícitas que cumple cada enfermera.

Se deben establecer mecanismos de control del cuidado y aplicación del procedimiento del lavado de mano que permita disminuir los riesgos y generar en el personal una actitud positiva hacia la evaluación constante y oportuna del lavado de manos.

Promover y realizar cursos de capacitación frecuentes sobre el lavado de manos. Es imperativo que el Comité de Bioseguridad y Prevención de Infecciones cumpla con el rol asignado en su institución. Este Comité debiera generar o desarrollar estándares sobre un conjunto de medidas de prevención, incluyendo el lavado de manos y promover el cumplimiento de los mismos. Debiera identificar necesidades de capacitación o apoyo técnico para alcanzar dichos estándares. Debiera realizar investigaciones periódicas para identificar debilidades en la atención relacionadas con la bioseguridad y la prevención de infecciones. Debiera asociar la probable ocurrencia de infecciones nosocomiales y el cumplimiento o incumplimiento de estándares básicos.

Para realización de labores investigativas posteriores es necesario establecer una especialización previa de las labores que cumple el personal de enfermería, además de particularizar un inventario de los recursos materiales y equipo para el lavado de manos de la unidad y servicios estudiados.

Como recomendación final es necesario identificar el mismo procedimiento de lavado de mano como una prioridad en la valoración de calidad entre los niveles hospitalarios permitiendo el reconocimiento de los procedimientos de prevención de infecciones como una de las prioridades en la atención de pacientes del Hospital Materno Infantil y principalmente del área de Obstetricia.

VII. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN SOBRE EL LAVADO DE MANOS

1. INTRODUCCIÓN

Cada paciente tiene derecho a ser atendido por un personal capacitado. Los Profesionales de enfermería estamos conscientes de que e necesario alcanzar altos niveles en el trabajo asistencial e implementar una cultura de calidad basada en experiencias documentadas.

La práctica de enfermería en los diferentes servicios requiere de la realización de diversos procedimientos en la prevención y tratamiento de las situaciones que amenazan la salud del paciente. Entre estos procedimientos tenemos el lavado de manos; procedimiento sencillo pero muy importante en todo procedimiento que se realizan para el cuidado del paciente y su intervención en la reducción de infecciones intrahospitalarias.¹⁹

El lavado de manos es la base para brindar una atención de enfermería de calidad.

La presente propuesta aporta con una metodología basada en la retroalimentación al personal de enfermería, al mismo tiempo brinda una forma de medir la calidad

Con la que presta sus servicios el personal de enfermería.

2. OBJETIVO GENERAL

Implementar un protocolo estandarizado sobre el proceso de lavado de manos como un indicador de calidad.

¹⁹ Ortega C, Suárez, "Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería", Editorial panamericana, Edición 1ra México 2001.

Cuadro 32:
PLANIFICACIÓN DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

OBJETIVO	CONTENIDO TEMÁTICO	ESTRATEGIA	RECURSOS
Prevenir la propagación de microorganismos patógenos.	Lavado de manos: -Principios -Indicaciones -Precauciones -Recomendaciones	-Seminarios -Demostración	-Medios audiovisuales -Profesor invitado

LAVADO DE MANOS

3. CONCEPTO:

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.

OBJETIVOS:

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

4. PRINCIPIOS:

- 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.

5. INDICACIONES:

- Antes y después de practicar procedimientos invasivos.
- Antes y después de tocar heridas.

- Antes de estar con pacientes particularmente susceptibles.
- Después de estar en contacto con una fuente contaminada por microorganismos.
- En el intervalo de contacto entre pacientes.

6. MATERIAL Y EQUIPO:

- Lavabo.
- Agua corriente.
- Jabonera con solución antiséptica.
- Toallas desechables.
- Cesto de basura.

7. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

- Verifique que el material necesario esté disponible antes de iniciar el lavado de manos.
- Abra el grifo de agua, graduando el chorro para que no salpique.
- Mójese las manos.
- Aplique el jabón antiséptico en las manos.
- Frote las manos con el jabón antiséptico empezando por las palmas, continúe con el dorso, espacios interdigitales, incluya dedos pulgares uñas y finalmente muñecas.
- Realice el procedimiento anterior durante 15 segundos o dos minutos, dependiendo del momento de lavado.
- Enjuague perfectamente en la misma forma del frotado, sin dejar rastros de jabón.
- Seque con toallas desechables y cierre la llave del agua con las mismas toallas o tome otra toalla desechable, cierre la llave del agua, deseche la toalla y tome una más para secarse las manos.

8. PRECAUCIONES:

Es común que después del lavado de manos las manijas del grifo del agua se cierren sin la toalla desechable, y con ello vuelven a contaminarse.

9. PUNTOS IMPORTANTES:

- El lavado de manos es el procedimiento más importante para el control de las infecciones nosocomiales.
- Las manos se contaminan al contacto con cada paciente y con el equipo que se usa con él.
- Los anillos, relojes y pulseras alojan y transportan microorganismos; es necesario retirarlos al efectuar la práctica del lavado de manos.
- En el espacio entre los dedos y debajo de las uñas se encuentran el mayor número de microorganismos, por lo que se deben mantener las uñas cortas, limpias y sin esmalte.
- Para secarse las manos es necesario hacerlo con toallas desechables.
- La práctica del lavado de manos no tiene sustituto.

Gráfico 28:
FLUJOGRAMA

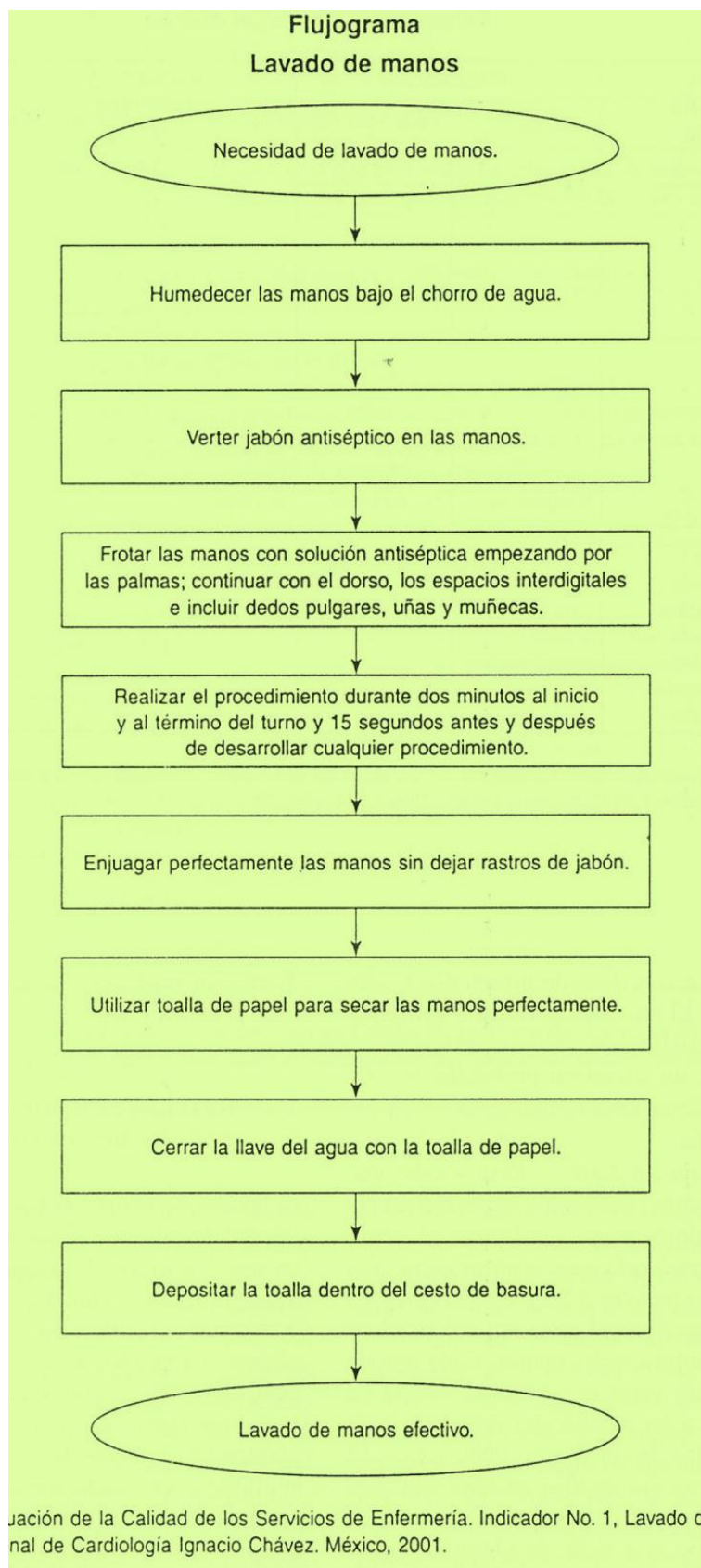


Gráfico 29: Técnica de lavado

Técnica de higiene de las manos con preparaciones alcohólicas



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

1b. Frótese las palmas de las manos entre sí

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

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

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

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

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

7. ...una vez secas, sus manos son seguras. 20 a 30 segundos

Modificado de conformidad con EN1500

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega C, Suárez, "Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería", Editorial panamericana, Edición 1ra México 2001.
2. Lubo PA, Jiménez FM, Quevedo AL, Montiel M, Sirit Y, Petit M. Ksmera ISSN-0075-5220. Julio 2004.
3. Anaya FV, Ortiz LS, Hernández ZV, GarciaHA, Jiménez BM, Angeles GU. Rev EnfermInst Mex Seguro Soc. 2007.
4. Barra C, García P R, Figueroa, J V, Figueroa, M E. [w.w.w.revistaseden.org/files18406_h27.pdf](http://www.revistaseden.org/files18406_h27.pdf). Cadiz-España. 2005.
5. Urbina L O, Soler F S, Otero C M. Revista Cubana de Educación Superior ISSN 0864-2141 versión online v.20 No1. Habana-Cuba.
6. Canchán H S, Tapia O Z. Revista de Ciencias de la Salud 2:1. Lima-Perú 2007.
7. Pineda Elia, Alvarado Eva, Canales Francisca. Metodología de la Investigación. Segunda edición . OPS, OMS. 1994.
8. Rodríguez-Weber M, López-Candiani C. Satisfacción de usuarios de consulta externa de especialidad en el Instituto Nacional de Pediatría. Acta PediatrMex. 2002.
9. Morales V, Hernández A. Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. Buenos Aires: Revista Digital 2004; Disponible en <http://www.efdeportes.com>.

10. Varela J, Rial A, García E. Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria. *Psicotema* 2003, Disponible en <http://www.psicotema.com>.
11. Varo, Jaime; Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. DIAZ DE SANTOS, S. A. España: 1994. www.netsalud.sa.cr/ms/ministe/reform.htm.
12. Ministerio de Salud. Programa nacional de garantía de calidad en Costa Rica 1994-2003. San José, Costa Rica. <http://www.ministeriodesalud.go.cr/dirservi/programa>.
13. Morales V, Hernández A. Calidad y satisfacción en los servicios: conceptualización. Buenos Aires: Revista Digital 2004; Disponible en <http://www.efdeportes>.
14. Moguel G, Serrano A. La satisfacción de los usuarios de la consulta externa del hospital infantil de México «Federico Gómez»: un parámetro importante para el entendimiento del tratamiento y la enfermedad de los niños. *Bol MedHosp. Inf. Mex.* 1996.
15. Ramírez T, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectivas de los usuarios. *Salud Pública Méx.* 1998.
16. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente—mayo de 2007. 2007:33-6.
17. Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. 2005:1-33. Disponible en http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf Ultimo acceso 1 de junio 2009.

ANEXOS

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Tenga la gentileza de marcar con una X la respuesta que ha elegido y/o llene el espacio en blanco según corresponda.

NOMBRE:.....

EDAD: () () años SEXO: masculino () femenino ()

ESTADO CIVIL () casado () soltero () divorciado
() viudo () unión estable () otro, especifique.....

TURNO DE TRABAJO () mañana () tarde () noche

1.- ¿Qué es una infección nosocomial?

.....
.....

2.- ¿Existe un comité de infecciones nosocomiales en el hospital?

SI () NO () NO SABE ()

3.- ¿El lavado de manos influye en el desarrollo de las infecciones nosocomiales?

SI () NO ()

4.- ¿Practicando el lavado de manos usted cree que disminuirán las infecciones nosocomiales?

SI () NO ()

5.- ¿El lavado de manos con cepillo es mejor que el lavado de manos Simple con agua y jabón?

SI () NO ()

6.- ¿El uso de anillos y alhajas en las manos es un riesgo para el desarrollo de las infecciones nosocomiales?

SI () NO ()

7.- ¿Cuáles de los siguientes insumos son indispensables para el correcto procedimiento de lavado de manos?

- () Toalla de papel () Alcohol medicinal () Jabón en barra
() Jabón líquido () Clorhexidina al 2% () Alcohol iodado
() Agua (pileta) () Hipoclorito de sodio () Secadora de manos

8.- ¿Recibió capacitación acerca de la importancia del lavado de las manos en el último año?

SI () NO ()

Cuando.....actividad/curso.....

9.- ¿Necesita capacitación para mejorar su práctica de lavado de manos?

SI () NO ()

10.- ¿Recibió orientación acerca de la importancia del control de infecciones nosocomiales en el último año?

SI () NO ()

Cuando.....actividad/curso.....

11.- ¿Cuántos pacientes promedio le son asignados en su jornada de trabajo?

() Pacientes

12.- ¿Cuántas veces aproximadamente se lava las manos durante su jornada de trabajo?

() Número de veces

13.- ¿Ha notado una reacción adversa en el uso de detergente para el lavado de manos?

() SI () NO Cual?.....
Con que frecuencia.....
.....

14.- ¿Cuáles son las razones por las que no se lava las manos con frecuencia?

- () Falta de oportunidad (tiempo)
- () Excesivo trabajo (No de pacientes)
- () Otros, especifique.....
.....
.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

GUÍA DE OBSERVACIÓN –PERSONAL DE ENFERMERÍA

FECHA _____ TURNO _____ SERVICIO _____

NOMBRE DEL OBSERVADOR _____

NOMBRE DEL OBSERVADO _____

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO _____

NIVEL ACADÉMICO _____

No	PROCEDIMIENTO	VAL OR	SI	N O	TOT AL
1	El personal de enfermería se lava las manos durante dos minutos, al llegar al hospital. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				
2	El personal de enfermería se lava las manos durante dos minutos al salir del hospital, se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				
3	El personal de Enfermería se lava las manos durante 15 segundos al iniciar los procedimientos y actividades invasivas del cuidado enfermero a cada paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				
4	El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos al finalizar los procedimientos y actividades invasivas del cuidado enfermero a cada paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				
5	El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos al iniciar los procedimientos y actividades NO invasivas del cuidado enfermero a cada paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				
6	El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos al finalizar los procedimientos y actividades NO invasivas del cuidado enfermero a cada paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				

7	El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos antes de realizar cualquier actividad en el cuerpo del paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				
8	El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos después de realizar cualquier actividad en el cuerpo del paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				
9	El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos antes de dar cuidado al material y equipo utilizado en el paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				
10	El personal de enfermería se lava las manos durante 15 segundos después de dar cuidado al material y equipo utilizado en el paciente. Se humedece, se frota, se enjuaga, se seca con toalla desechable y cierra la llave con toalla desechable.				
TOTAL					