



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**MONITOREO DEL LAVADO DE MANOS AL PERSONAL DE
ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA 2AE DEL HNGAI**

II TRIMESTRE 2017

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:
ENFERMERIA EN ADMINISTRACION Y GERENCIA DE LOS SERVICIOS
DE SALUD**

PRESENTADO POR:

LIC. ROSSANA LASTENIA CABRERA CASTRO

ASESOR:

DRA. MARIA GLORIA, QUISPE TORRES

CHINCHA - ICA – PERU

2017

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	4
Presentación	5
CAPITULO: PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del Problema Delimitación y Formulación	6
1.2 Formulación de Objetivos	6
1.3 Justificación de la Investigación	6
CAPITULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS	
2.1. MARCO TEORICO	
2.1.1 Antecedentes del Estudio	7
2.1.2 Base Teórica Conceptual	8
2.1.2.1 Base conceptuales sobre Lavado de manos	8
2.1.2.2 Lavado de manos	8
2.1.3 Definición operacional de términos	10
2.2 . DISEÑO METODOLÓGICO	
2.2.1 Tipo de investigación	10
2.2.2 Población y muestra	11
2.2.3 Criterios de inclusión	11
2.2.4 Criterios de exclusión	11
2.2.5 Técnica e instrumento de recolección de datos	11
2.2.6 Plan de recolección y análisis estadístico de los datos	11
2.2.7 Validez y confiabilidad	12
2.2.8 Consideraciones éticas	12
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
3.1. Resultados	13
3.1.1 Datos generales	13

3.1.2 Datos específicos	13
3.2. Discusión	25
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	26
4.2 Recomendaciones	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	29

RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó en el Servicio de Cirugía General 2AE del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, de Mayo a Junio del 2017, lo cual nos ha servido para monitorizar el lavado de manos al personal de Enfermería.

La higiene de manos es una medida de bioseguridad básica para el desarrollo de las actividades dentro de un medio hospitalario, es una estrategia sanitaria sencilla, de bajos costos y efectiva para reducir las infecciones cruzadas, lo cual va a repercutir en forma favorable en la reducción de la estancia hospitalaria y reducir las infecciones intrahospitalarias.

PRESENTACIÓN

A nivel mundial se conoce que de cada cuatro pacientes ingresados a la UCI, uno contraerá una infección durante su estancia en el hospital, las infecciones intrahospitalarias siguen siendo un problema para el paciente hospitalizado así como para el hospital.

En la actualidad es alarmante que se evidencie la disminuida adherencia del personal profesional de enfermería para dar cumplimiento de los protocolos y la normas para el lavado de manos, teniendo como justificaciones más frecuentes al tiempo que requiere este procedimiento, la sobrecarga de trabajo, la intolerancia a los productos utilizados, el mal empleo del guante creyendo que este reemplaza el lavado de manos.

El personal de enfermería del servicio de Cirugía 2AE del HNGAI, se tomó como sujeto de estudio para la realización del presente trabajo, sobre los conocimientos y la aplicación de la Técnica del Lavado de Manos, al brindar atención a los pacientes o en cada procedimiento que se vaya a realizar.

CAPITULO I

PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema Delimitación y Formulación

El personal de enfermería del servicio de Cirugía 2AE deben tener presente que el lavado de manos es un procedimiento importante que debe realizar todo profesional de salud.

Por lo que se plantea el siguiente problema:

“Monitoreo del lavado de manos al personal de enfermería en el Servicio de Cirugía 2AE del HNGAI en el II Trimestre del 2017”

1.2 Formulación de Objetivos

Objetivo principal:

Identificar las razones por la que el personal de enfermería no cumple con la técnica correcta del lavado de manos, en el servicio de Cirugía 2AE.

Objetivos Específicos:

Analizar si los factores sobre la carga laboral, determinar si los materiales utilizados en el lavado de manos es un factor predisponente para el cumplimiento de lavado de manos.

1.3 Justificación de la Investigación

El comportamiento individual afecta el cumplimiento de la práctica de higiene de manos. los trabajadores de la salud informaron que practicaban la higiene de las manos en consecuencia la información dada provista por el hospital (Trunnell & White JR 2005, 80). De acuerdo con Trunell y White Jr. (2005), el resultado de su estudio que durante la observación real de la práctica de higiene de manos mostró que

aproximadamente el 40% de los trabajadores de salud implementan el procedimiento (Trunnell & White JR 2005, 80). El comportamiento individual no es fácil de cambiar. Se necesita más tiempo para mejorar (Pittet, 2005, 186). Nadie puede enseñar la actitud del individuo ni es fácil adquirido de otros. Influencia posee fe y experiencia en la vida (Kurvinen & Routamaa 2006, 300).

CAPITULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1. MARCO TEORICO

La necesidad de mejorar significativamente la higiene de las manos se acentúa aún más cuando se considera la lucha contra la aparición de múltiples bacterias resistentes a los antibióticos. Ejemplos prominentes son *Pseudomonas aeruginosa* y miembros de *Acinetobacter spp*, que durante las últimas tres décadas han surgido de un organismo de patogenicidad limitada a infecciosos agentes de importancia para los hospitales de todo el mundo.

Desde el nuevo milenio multi-hospital los brotes en climas templados se informan cada vez más, incluidos varios brotes en los países bajos. Para evitar un aumento adicional de este tipo de bacterias resistentes en hospitales y para evitar un número cada vez mayor de víctimas innecesarias, una mejor higiene de las manos es de suma importancia.

Para facilitar la higiene adecuada de las manos, se han desarrollado pautas internacionales indicando cuando se requiere higiene de manos, los llamados cinco momentos para la higiene de las manos.

Estas pautas establecen que se requiere higiene de manos antes y después del cuidado del paciente, después de posible contacto con fluidos corporales, después del contacto con el ambiente directo del paciente y justo antes de ejecutar tareas asépticas.

El método preferido para realizar la higiene de manos Introducción general es un desinfectante para manos a base de alcohol, en lugar de jabón y agua, ya que es más fácil y rápido utilizar.

Sin embargo, el cumplimiento de estas directrices sigue siendo bajo, con las tasas observadas a menudo cayendo debajo del 50% .Para abordar el problema del bajo cumplimiento, se han realizado muchas intervenciones diseñado y evaluado, pero los efectos de estas intervenciones a menudo son moderados y cortos vivió. Grol y Grimshaw hicieron un inventario de las intervenciones más comunes utilizadas mejorar las prácticas de higiene de manos y describió que las intervenciones educativas solo tienen efectos a corto plazo, los recordatorios tienen un efecto sostenido pero solo modesto, y el rendimiento la retroalimentación puede ser efectiva, pero solo mientras continúen los comentarios.

Concluyeron que un plan integral, enfocando problemas y barreras al cambio con estrategias en diferentes niveles (profesional, equipo, paciente y organización) para lograr una duración cambios en las rutinas de higiene de manos.

La adherencia a las guías médicas en general es un problema similar, y varios estudios han investigado los motivos de la falta de adhesión a medidas basadas en la evidencia y guidelines. La adherencia a muchas pautas es baja, aunque es esencial mejora resultados de salud. Weingarten et al. Encontró que aunque los médicos eran positivos acerca del valor agregado de las pautas, esto no resultó en que apliquen las pautas en la práctica.

Sin embargo, la sensación de que una guía haya cambiado su forma de trabajar en la práctica (es decir, dio forma a un nuevo hábito) se asoció positivamente con la adherencia de la guía. Estos resultados indican que la intención por sí sola no es suficiente para aplicar las directrices en la práctica, y era la necesidad de seguir investigando los mecanismos en juego. Ham et al. Más tarde dividió los factores que influyen en la adherencia de la guía en tres grupos: paciente, médico y sistema factores.

Más recientemente, Cabana et al. llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura y barreras clasificadas para la adherencia al conocimiento que influye en los factores (es decir, falta de familiaridad) o conciencia), actitudes (falta de acuerdo, expectativa de resultados, autoeficacia, motivación) y comportamiento (paciente, guía y factores ambientales, como tiempo y recursos) y sugirió que un marco teórico que incluye factores de estas tres dimensiones podría utilizarse mejor para mejorar la adherencia.

Según su revisión de estudios sobre factores influyendo en la adherencia de la guía, este modelo se consideró el más adecuado para explicar los mecanismos en el trabajo. Esta llamada a la comprensión de las ciencias del comportamiento en la comprensión El cumplimiento de la directriz en general, se puede aplicar de la misma manera para comprender adherencia a las pautas de higiene de manos.

Mejora de la higiene de manos desde una perspectiva de comportamiento Para poder mejorar efectivamente las tasas de cumplimiento, es importante seguir un plan y enfoque paso a paso para el desarrollo de intervenciones, utilizando conocimientos del comportamiento ciencias. Se considera el cumplimiento de las pautas de higiene de manos en la atención de la salud.

El comportamiento preventivo y debe abordarse como tal.²⁹ Con el fin de hacer un uso óptimo de los recursos limitados disponibles, las intervenciones deben planificarse de enfoque conductual usando modelos de planificación.

El primer paso en este modelo es identificando problemas de salud prevalentes. Posteriormente, la prevalencia del comportamiento de riesgo (es decir, el incumplimiento), las diferencias en el comportamiento de riesgo entre poblaciones objetivo (es decir médicos, enfermeras, así como otros trabajadores de la salud que tienen contacto con pacientes) asociados con este problema de salud debe ser identificado.

El tercer paso implica identificar los determinantes del comportamiento de riesgo. En el cuarto paso, estos determinantes se traducen en intervenciones, que se implementan en el quinto paso.

Principalmente, los pacientes soportan la carga de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria: morbilidad, mortalidad y hospitalización prolongada. Los costos adicionales de salud asociados las infecciones son transmitidas por la sociedad, aunque a veces el paciente paga por ello dependiendo de cómo se financia la asistencia sanitaria. Está claro que las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria conducen a una morbilidad a veces severa como todas las infecciones lo hacen.

La última consecuencia es la muerte. Tasas reportadas de neonatal las tasas de infección y mortalidad entre los bebés nacidos en hospitales en los países en desarrollo eran 3-20 veces más altas que entre los bebés nacidos en hospitales en países de altos ingresos.

La alta tasa de mortalidad encontrada en niños ingresados por fiebre hemorrágica del dengue y el síndrome de choque del dengue en una unidad de cuidados intensivos pediátricos en Yakarta, Indonesia, se debió principalmente a bacteriemia nosocomial o neumonía. Se generaron costos adicionales por la mayor hospitalización de los pacientes con una infección asociada a la asistencia sanitaria y la tratamientos adicionales, p. cirugía y antibióticos, necesarios. Se estima que el hospital la estadía de los pacientes con una infección asociada a la asistencia sanitaria es 2,5 veces mayor que la de pacientes sin tal infección, y el costo del tratamiento muchas veces mayor.

Los costos de las infecciones asociadas al cuidado de la salud para el gobierno se estimaron en US \$ 700,000 anuales.⁵³ En países como Indonesia se la mayoría de los pacientes pagan directamente por su tratamiento, los costos permanecen invisibles y son pagado por los pacientes y sus familias

Una consecuencia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria que afecta a todos, presentes y futuros pacientes, es la resistencia a los antimicrobianos de las bacterias. Asociado a la salud las infecciones deben ser tratadas, a menudo con antibióticos.

De esta forma fuerzan el uso de antibióticos para aumentar y contribuir al círculo vicioso del uso de antibióticos y la aparición de resistencia antimicrobiana. Este círculo es bien conocido desde el comienzo de la era de los antibióticos. Poco después de la introducción de bencilpenicilina en 1941, resistencia a la penicilina se observó en estafilococos.

Sólo dos años después de la introducción de penicilinas resistentes a betalactamasas en 1959, la primera resistente a la meticilina *Staphylococcus aureus* (MRSA) fueron reportados. Lo mismo ha sucedido con todos los antibióticos nuevos introducidos desde bencilpenicilina.

El hecho de que las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria a menudo son causadas por (multi) resistencia. La bacteria tiene otra consecuencia: el fracaso de la terapia con antibióticos. Un estudio de 16 países en desarrollo mostraron que alrededor del 70% de los patógenos que causan salud están asociados infecciones en recién nacidos no fueron cubiertos por el empírico de uso común régimen de ampicilina y gentamicina.⁵⁰ Cuando la terapia empírica inicial falló, hubo un riesgo sustancial de mortalidad. Los médicos conscientes de estos riesgos recetarán segundas antibióticos de tercera línea, alimentando aún más el círculo vicioso del uso de antibióticos y aparición de resistencia.

De esta manera, el problema de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria es interrelacionado con los problemas del uso de antibióticos y la resistencia a los antimicrobianos.

La transmisión de patógenos se encuentra en la parte inferior de cada infección. Lo común las rutas de transmisión son por contacto y por aire. Para transmisión por contacto la fuente de infección y el host pueden tener contacto directo o indirecto. Ejemplos del contacto directo es la transmisión del virus de Epstein-Barr por los besos, la sífilis por contacto sexual contacto y Staphylococcus aureus de un portador al tocar o estrechar la mano. En caso de transmisión por contacto indirecto, el patógeno es transportado por un vehículo.

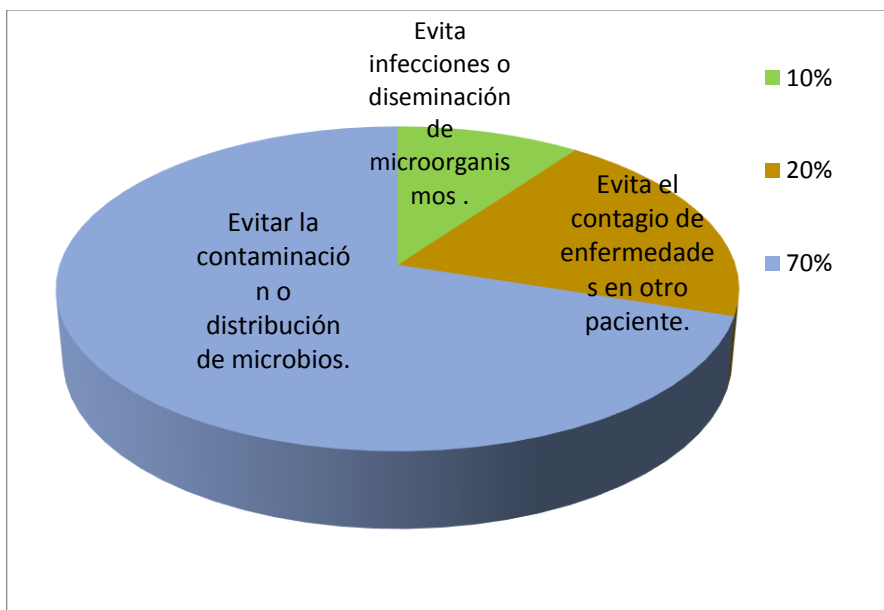
Algunos ejemplos son la transmisión de hepatitis B por un accidente con aguja o sangre transfusión, Pseudomonas aeruginosa por un endoscopio mal desinfectado, Salmonella typhi por comida y Klebsiella pneumoniae multirresistente de la herida de un paciente al catéter urinario de otro paciente por las manos del médico. Transmisión vía el aire tiene varias versiones. El patógeno llega al aire por un aerosol producido por toser, estornudar, hablar o por un dispositivo que produce aerosoles. El tamaño de las gotitas determina qué tan lejos se puede propagar el patógeno. En general, los aerosoles producidos por toser o estornudar a una distancia de aproximadamente dos metros. Un contacto relativamente cercano entre el origen y el host se necesita para la transmisión; por lo tanto, esta forma de la transmisión está clasificada por algunos como contacto directo

CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

CUADRO Y GRAFICA No. 1
1.- Importancia que tiene el Lavado de Manos

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Evita la contaminación o diseminación de microorganismos	7	70%
Evita la contaminación cruzada en otros pacientes	2	20%
Evita infecciones intrahospitalarias en pacientes y personal.	1	10%
Total.	10	100%

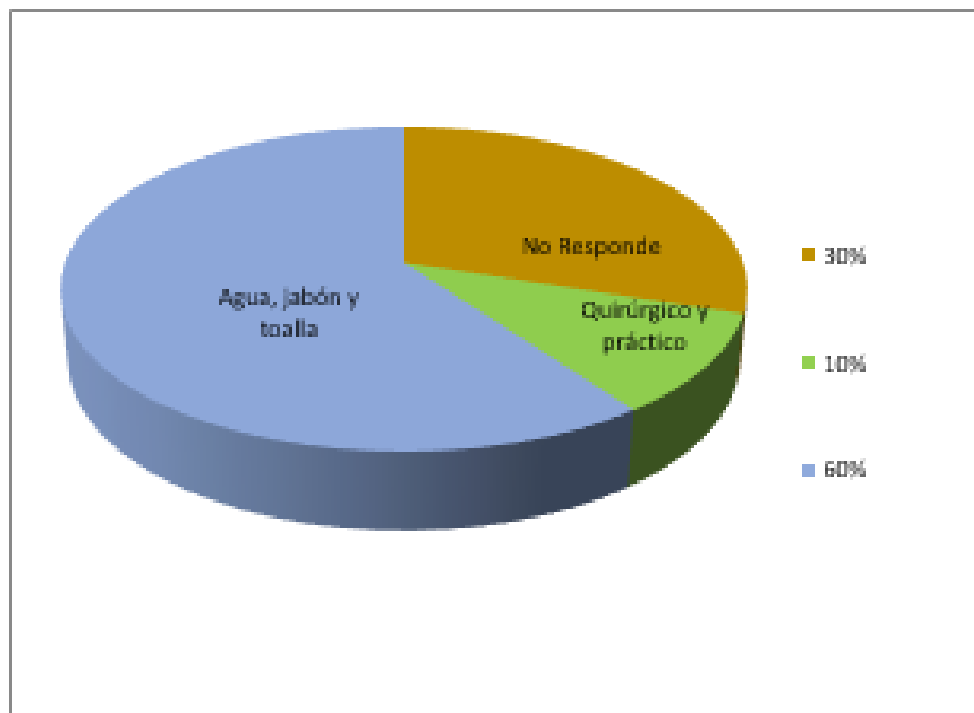


Fuente: Aplicación del instrumento

CUADRO Y GRAFICA No.2

2.- Pasos para el Lavado de Manos

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Agua, jabón y toalla	6	60%
Quirúrgico y práctico	1	10%
No Responde	3	30%
Total.	10	100%



Fuente: Aplicación del instrumento

CUADRO Y GRAFICA No.3

3.- ¿Conoce Ud. cuáles son los tipos de lavado de manos?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Quirúrgico y usual.	4	40%
Quirúrgico y práctico.	1	10%
Simple y quirúrgico.	1	10%
Médico y quirúrgico.	2	20%
No Responde	2	20%
Total.	10	100%

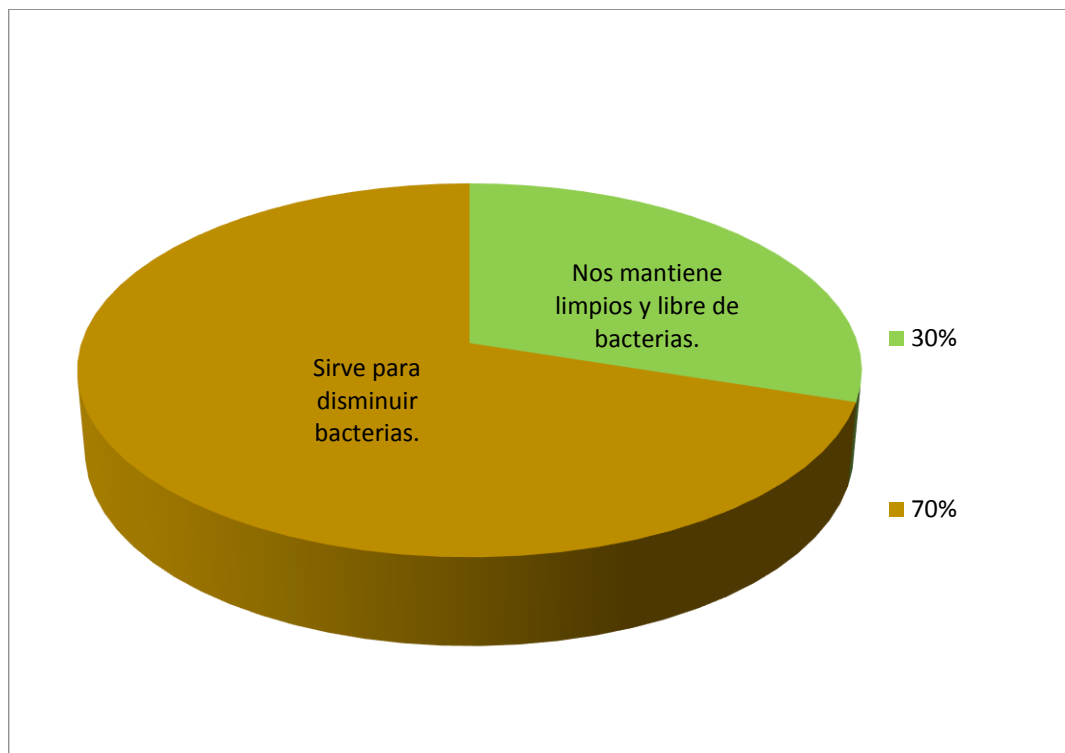


Fuente: Aplicación del instrumento

CUADRO Y GRAFICA No.4

Explique Ud. las ventajas que tiene el Lavado de Manos

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sirve para disminuir bacterias.	7	70%
Nos mantiene limpios y libre de bacterias.	3	30%
Total.	10	100%



Fuente: Aplicación del instrumento

CUADRO Y GRAFICA No.5

5.- ¿Cuál considera Ud. que es el equipo mínimo que necesita para realizar el Lavado de Manos ?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Agua, jabón y cepillo estéril.	5	50%
Agua, jabón y toalla.	3	30%
Lavamanos adecuado.	1	10%
No responde.	1	10%
Total.	10	100%

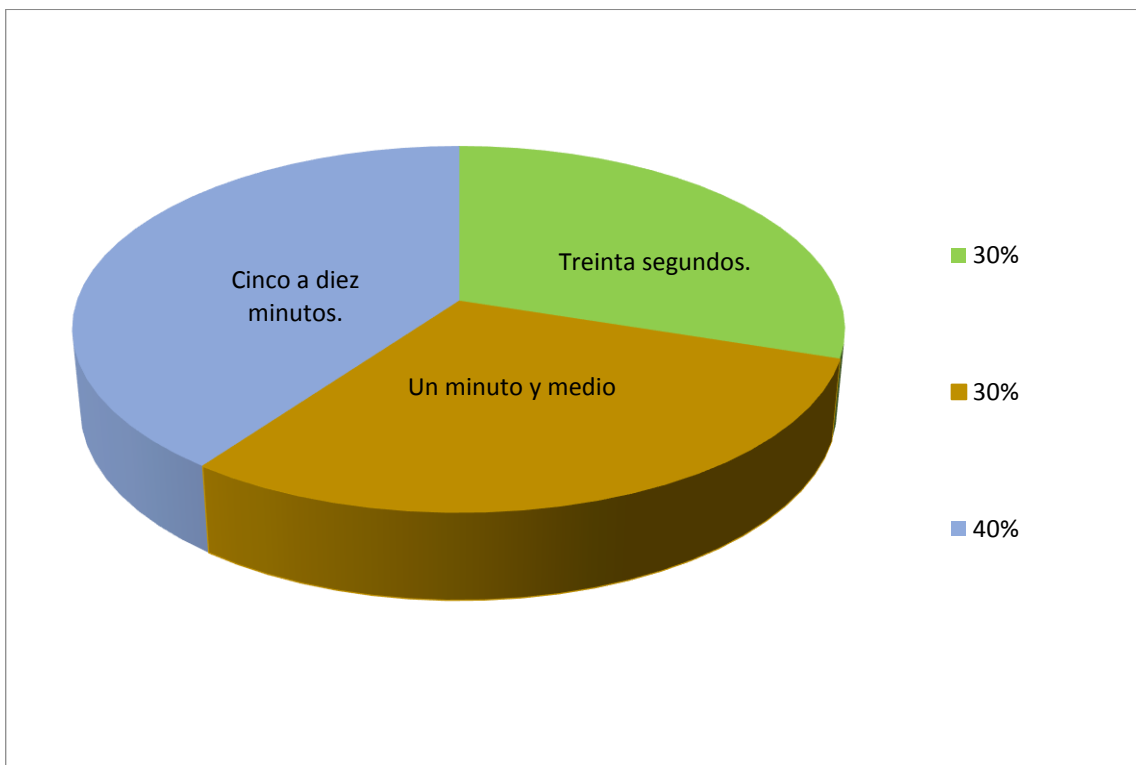


Fuente: Aplicación del instrumento

CUADRO Y GRAFICA No.6

6.- ¿Qué tiempo necesita usted para lavarse las manos?

	Frecuencia	Porcentaje
Respuesta		
Treinta segundos.	3	30%
Cinco a diez minutos.	4	40%
Un minuto y medio	3	30%
Total.	10	100%



Fuente: Aplicación del instrumento

CUADRO Y GRAFICA No.7

7.- Frecuencia con la que Ud. se lava las manos

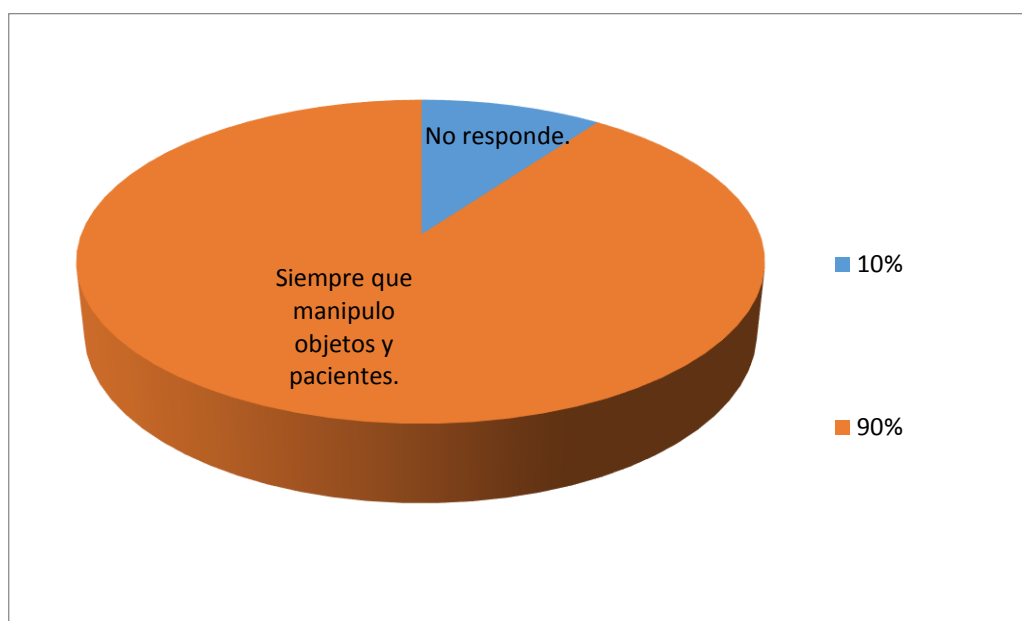
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Al manipular pacientes u objetos contaminados, retirar guantes.	7	70%
Con frecuencia.	2	20%
No responde.	1	10%
	10	100%



CUADRO Y GRAFICA No.8

8.- ¿En qué momento usted se lava las manos?

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Siempre que manipulo objetos y pacientes.	9	90%
No responde.	1	10%
Total.	10	100%

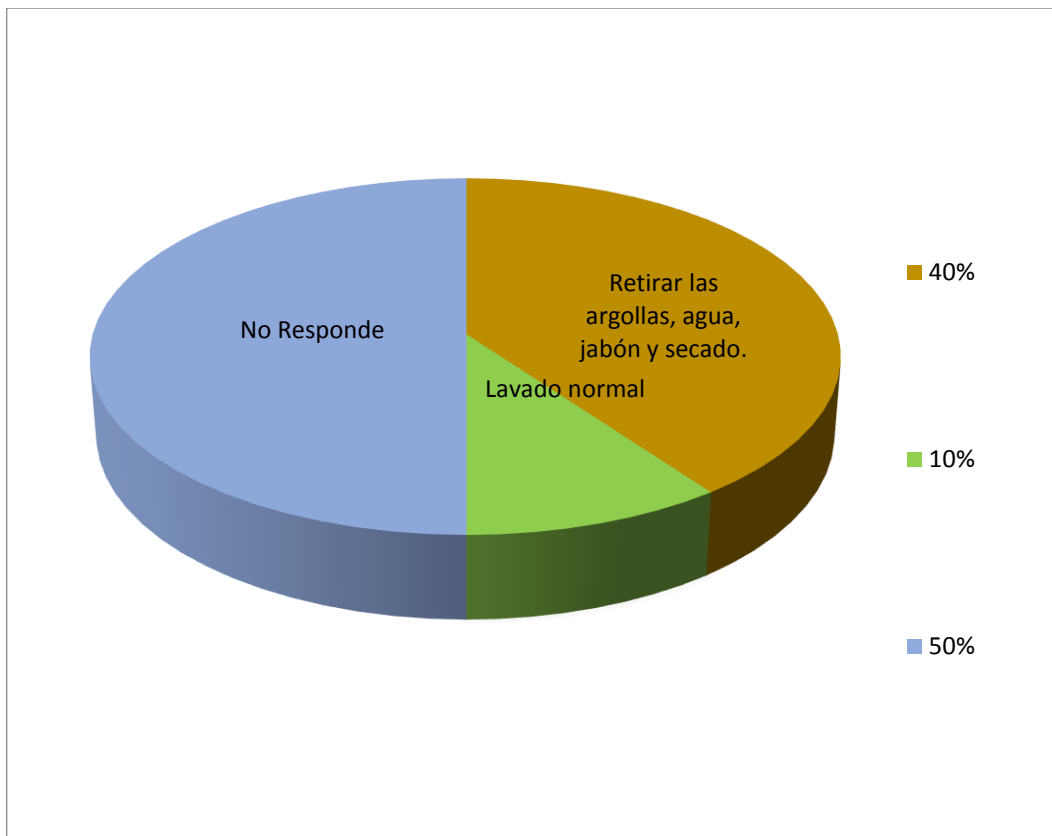


Fuente: Aplicación del instrumento

CUADRO Y GRAFICA No.9

9.- Pasos para lavarse las manos

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Retirar las argollas, agua, jabón y secado.	4	40%
Lavado normal.	1	10%
No Responde	5	50%
Total.	10	100%



Fuente: Aplicación del instrumento

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

La higiene de manos ahora se considera como uno de los elementos más importantes de las actividades de control de infecciones. A raíz de la creciente carga de infecciones asociadas a la atención médica (HCAI), la gravedad cada vez mayor de la enfermedad y la complejidad del tratamiento, superpuestas a las infecciones por patógenos resistentes a múltiples medicamentos (MDR), los profesionales de la salud se están revertiendo a lo básico de prevención de infecciones por medidas simples como higiene de manos.

Esto se debe a que hay suficientes pruebas científicas que respaldan la observación de que, si se implementan adecuadamente, la higiene de las manos por sí sola puede reducir significativamente el riesgo de transmisión cruzada de la infección en los centros de salud (HCF).

4.2 Recomendaciones

La higiene adecuada de las manos es el medio individual más importante, más simple y menos costoso para reducir la prevalencia de HAI y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos. Varios estudios han demostrado que el lavado de manos virtualmente erradica el porte de MRSA que invariablemente ocurre en manos de HCP que trabajan en unidades de cuidados intensivos.

Se ha encontrado que un aumento en el cumplimiento del lavado de manos va acompañado de una caída en las tasas de MRSA²⁶. El grupo de enlace de higiene de manos identificó nueve estudios controlados, todos los cuales mostraron reducciones significativas en los resultados relacionados con la infección, incluso en entornos con altas tasas de infección en pacientes críticos.

Transmisión de *Klebsiella* sp. Asociada a la asistencia sanitaria. también se ha documentado que se reduce con la mejora en la higiene de las manos. La evidencia sugiere que la adherencia a las prácticas de higiene de manos ha reducido significativamente las tasas de adquisición de patógenos en las manos y, en última instancia, ha reducido las tasas de HAI en un hospital.

Lávese las manos con agua y jabón cuando (i) visiblemente sucias o contaminadas con material proteínico, sangre u otros fluidos corporales y si se sospecha o prueba exposición a *Bacillus anthracis* (ya que se recomienda la acción física de lavarse y enjuagar las manos en tales circunstancias porque alcoholes, clorhexidina, yodóforos y otros agentes antisépticos tienen poca actividad contra las esporas); (ii) Después de usar un baño, lávese las manos con agua y jabón no antimicrobiano o con jabón y agua antimicrobiana; y (iii) antes y después de tener comida.

En todas las demás situaciones clínicas que se describen a continuación, cuando las manos no están visiblemente sucias, debe usarse un desinfectante a base de alcohol de forma rutinaria para descontaminar las manos. (i) Antes de tener contacto directo con los pacientes. (ii) Antes de ponerse guantes estériles cuando inserte un catéter intravascular central. (iii) Antes de insertar catéteres urinarios permanentes, catéteres vasculares periféricos u otros dispositivos invasivos que no requieran un procedimiento quirúrgico. (iv) Después del contacto con la piel intacta de un paciente (por ejemplo, al tomar un pulso o presión sanguínea o al levantar al paciente). (v) Después del contacto con fluidos corporales o excreciones, membranas mucosas, piel no intacta y apósitos para heridas si las manos no están visiblemente sucias. (vi)

Después del contacto con objetos inanimados (incluido el equipo médico) en las inmediaciones del paciente. (vii) Después de quitarse los guantes. (viii) Si se traslada de un sitio del cuerpo contaminado a un sitio de cuerpo limpio durante el cuidado del paciente. El programa "SAVE LIVES: Clean Your Hands" de la OMS, refuerza el enfoque "Mis 5 momentos para la higiene de las manos" como clave para proteger a los pacientes, a los trabajadores sanitarios y al entorno sanitario contra la propagación de patógenos y reducir así los HAI. Este enfoque alienta a los trabajadores sanitarios a lavarse las manos: antes de tocar al paciente, antes de procedimientos limpios / asépticos, después de la exposición / riesgo de fluidos corporales, después de tocar al paciente y después de tocar el entorno del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre la higiene de manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): resumen. 2005. Disponible en línea:
2. Kampf G, Kramer A. Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clinical Microbiology Reviews* 2004; 17: 863–93
3. Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. Mac Graw Hill editores. México D.F. México. 2006:103,104, 205
4. Andreas W. Replace hand washing with use of a waterless alcohol hand rub?. *Clinical Infectious Diseases*. 2000; 31:136–43.
5. Boletín Epidemiológico (Lima) (Del 20 al 26 de abril de 2014) 17 Volumen 23 – Semana Epidemiológica N° 17. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>

ANEXOS

LAVADO DE MANOS



ABORDAJE DE ACCESO VASCULAR



