

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA A LA HIGIENIZACIÓN
DE MANOS DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA, SERVICIO DE
HEMATOLOGÍA HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2017**

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:

LIC. VICKY SONIA CHAMBI BARRIONUEVO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA
ONCOLÓGICA**

ASESOR:

Mg. LAURA PATRICIA ROA CAMPOS

LIMA –PERÚ

2017

ÍNDICE

RESUMEN	04
ABSTRACT	05
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	06
1.2. Definición del problema.....	08
1.3. Objetivos de la investigación.....	08
1.4. Finalidad e importancia.....	09
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1. Bases teóricas.....	10
2.2. Estudios previos.....	38
2.3. Marco conceptual.....	47
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1. Formulación de hipótesis.....	51
3.1.1. Hipótesis general.....	51
3.1.2. Hipótesis específicas.....	51
3.2. Identificación de variables.....	51
3.2.1. Clasificación de variables.....	51
3.2.2. Definición constitutiva de variables.....	52
3.2.3. Definición operacional de variables.....	54
IV. METODOLOGÍA	
4.1. Descripción del método y diseño.....	55
4.2. Tipo y nivel de investigación.....	55
4.3. Población, muestra y muestreo.....	55
4.4. Consideraciones éticas.....	56
V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	

5.1. Técnicas e instrumentos.....	57
5.2. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos...	58

VI. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

6.1. Cronograma de actividades.....	59
6.2. Presupuesto	60

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
--------------------------------------------	-----------

VIII.ANEXO

RESUMEN

El presente trabajo académico consiste en un proyecto de investigación el cual propone el estudio nivel de conocimientos y adherencia a la higienización de manos del licenciado en enfermería, se realizará en el servicio de Hematología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. La muestra está constituida por 32 licenciados en enfermería, los objetivos fueron encaminados a determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la adherencia a la higiene de manos en los licenciados en enfermería. Para lograr los objetivos propuestos, fue necesario realizar una revisión bibliográfica sobre diferentes autores y consultas a través de internet en el tema de la importancia de la Higiene de Manos, tener el conocimiento de la técnica y los momentos de la higiene de manos en la atención de pacientes inmunodeprimidos, estos por su patología tienen mayor riesgo de contraer una infección asociada a la atención de la salud, las cuales constituyen la complicación más importante y son causa de incrementar la morbi-mortalidad del paciente hematológico,

Es un estudio descriptivo correlacional, cuantitativo, que consistirá en la aplicación de una encuesta con preguntas cerradas con una duración promedio de 20 minutos por entrevistado.

Los resultados obtenidos servirán para establecer estrategias que refuercen los conocimientos y las prácticas de la higienización de manos, tendientes a disminuir el riesgo de infecciones relacionadas a la atención de la salud.

PALABRAS CLAVE: Higienización, manos, enfermera, adherencia, conocimiento.

ABSTRACT

This academic work consists of a research project which proposes the study level of knowledge and the adhesion of hand cleanliness of the nursing graduates, it will realize in the Hematology service at Eduardo Rebagliati Martins Hospital. The sample it is constitute by 32 nursing graduates, the objectives were on target to determinate the relations that exist between the level of knowledge and the adhesion of hand cleanliness of the nursing graduates. To achieve this objectives it were necessary to do a bibliographical revision about different authors, where the information founded has a reference with the subject , the priority of hand cleanliness, besides, to have the knowledge of the techniques and to know the right times to do the hand cleanliness for the attention to the immunodeficient patients who for their pathology have a huge risk to catch any infection that would be associated to the attention of health, which it belongs to one of the most complications and, also, they are the cause of morbimortality increase of the hematologic patient.

This project is a descriptive correlational, quantitative, study that will be about the application of a questionnaire which in it content there will be closed questions and the duration of it will be 20 minutes approximately for each person that will take the cuestionary.

For instance, the results obtained will help to establish strategies that strengthen the knowledges and the practices of hand cleanliness to decrease the risk of infections that are relationated with the attention of health.

KEYWORDS: Sanitation, hands, nurse, knowledge, adherence.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Las infecciones asociadas con la atención de la salud (IAAS) representan un gran problema, tanto nacional como internacional, asociándose a un incremento de la morbilidad, mortalidad y elevación de los costos hospitalarios. Según el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, un tercio de las muertes secundarias a las infecciones asociadas con la atención de la salud se pudieron haber evitado con programas de control de infecciones y cumplimiento de normas preventivas (OMS, 2014).

Desde que Semmelweis demostró hace casi dos siglos la importancia del lavado de manos en la prevención de infecciones hospitalarias, diversas instituciones de salud, a nivel mundial, han aplicado estrategias para lograr que el personal de salud realice un adecuado lavado de manos en base a protocolos establecidos con el sustento de que este sencillo procedimiento es la columna fundamental en la prevención de las infecciones intrahospitalarias.

La OMS establece como las principales soluciones y medidas de prevención y control de las infecciones asociadas con la atención a la salud es la higiene de manos, como una alternativa simple, barata y eficaz, aunque requiere una mayor responsabilidad y cambio de conducta por parte del personal de salud. Tal es así, que el promedio general en la adherencia y cumplimiento de la higiene de manos a nivel mundial es del 34% en las unidades de cuidados intensivos y en población de inhalo terapistas del 68%; entre médicos de 37% y de enfermeras de 29%(OMS, 2014).

A nivel de Latinoamérica, en Brasil reportan que el 98% practica el lavado de manos desde el inicio hasta el final de la jornada laboral, 96% entre uno y otro procedimiento y 86% después de la retirada

de los guantes. Sin embargo, solo el 26% de los profesionales describen el procedimiento de lavado de manos y de manera sucinta (OMS, 2014).

Los pacientes con cáncer que están recibiendo quimioterapia tienen una mayor posibilidad de infectarse. Cada año en los Estados Unidos, 60 000 pacientes con cáncer son hospitalizados por infecciones graves debidas a la neutropenia, uno de cada 14 de estos pacientes mueren.

(<https://www.cdc.gov.spanish/cáncer/preventinfections/>).

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), en el Servicio de Hematología, cuidamos a los pacientes inmunodeprimidos, estos por supatología tienen mayor riesgo de contraer una infección asociada a la atención de la salud las cuales constituyen la complicación más importante y son causa de incrementar la morbi- mortalidad del paciente hematológico. Uno de los elementos para prevenir es la higienización de manos del personal de enfermería; se pudo observar que las enfermeras que ingresan al servicio, realizan procedimientos, tratamientos, y la higienización de manos no se cumple en los 5 momentos, antes de tocar al paciente, después de haber cogido o usado la historia clínica, su entorno del paciente, no se higieniza las manos, cuando atiende al paciente inmunosuprimido, así mismo la técnica de la higienización no realizan de la forma correcta, están con las uñas pintadas, con reloj, el tiempo es igual para fricción de manos como para lavado de manos, hay avisos de la técnica y momentos pero no se practica; cabe mencionar que de insumos casi no hay falencia, para lavado y fricción de manos. La vigilancia generalmente es solo en las mañanas, la capacitación se da ocasionalmente sobre el tema y la participación es poca porque repiten “lo mismo como si no supiéramos”, “creen que uno tiene tiempo suficiente”; etc. La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones. Quizás una acción simple, pero la falta de

cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial Esto me motiva a plantear el siguiente problema:

1.2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Problema General

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?

Problemas Específicos

- a) ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y los factores de riesgo para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?
- b) ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y los factores de mejora para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la adherencia a la a higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

Objetivos Específicos

- a) Identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y los factores de riesgo para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

- b) Identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y los factores de mejora para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017

1.4 FINALIDAD E IMPORTANCIA.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las estrategias de mejora y las mejores prácticas en la higiene de las manos se consideran el criterio de referencia para la asistencia sanitaria a escala mundial.

Durante los últimos seis años se han implantado en miles de centros y a escala nacional en muchos países. Aunque estas recomendaciones y estrategias se han creado principalmente para el ámbito hospitalario. Simultáneamente, se han planteado varias cuestiones sobre los riesgos de transmisión e infección y la aplicación de los conceptos de higiene de las manos en estos ámbitos. Los datos científicos disponibles son limitados y los conocimientos sobre la implantación de soluciones para el control de infecciones en dichos ámbitos están en una fase incipiente (OMS, 2013).

La presente investigación busca contribuir a establecer el desarrollo de la práctica de la higienización de manos en relación al nivel de conocimiento del Licenciado en Enfermería que labora en el servicio de Hematología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Buscamos además que el mismo sirva como línea base para otros estudios similares que podrían desarrollarse en los otros servicios de la institución, y/o instituciones de salud de similares características. Por otro lado nos permitiera establecer estrategias que refuercen los conocimientos y las prácticas de la higienización de manos, tendientes a disminuir el riesgo de Infecciones relacionadas a la atención de la salud.

CAPITULO II

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

2.1 BASE TEORICA

2.1.1 Nivel de Conocimiento

El conocimiento comienza por los sentidos pasa al entendimiento y termina en la razón, igual que en el caso del entendimiento, hay un uso formal, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real (Briceño-León R, 2005).

La enfermera como profesional de salud necesita dominar el conocimiento en todas sus formas; desde el conocimiento científico hasta el público; lo cual, le permite interactuar con el paciente y su entorno, y llegar a ellos mediante expresiones sencillas que sean fáciles de comprender y así obtener una respuesta adecuada del receptor.

Para la enfermera/o, que tiene a su cuidado un receptor de trasplante de tejidos es importante el conocimiento científico. La comprensión de los valores, creencias y conocimientos compartidos por el equipo de enfermería que vivencia los cuidados dirigidos al supuesto donador de órganos, muestra un concepto que es producto del carácter cultural. Por ello, la incorporación de nuevos conocimientos; así como, hábitos actitudes y destrezas permite un cambio en el comportamiento de la persona por el aprendizaje adquirido y es evidenciado a través del cuidado brindado al paciente (Palacios, Jiménez, 2003).

Conocimiento sobre higiene de manos

Se define la higiene de manos como, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las

infecciones asociadas a la atención sanitaria (OMS, <http://www.who.int>, 2012).

La higiene de las manos puede realizarse frotando las manos con un preparado de base alcohólica o lavándolas con agua y jabón. Usando la técnica y el producto adecuado, las manos quedan libres de contaminación potencialmente nociva y segura para la atención al paciente.

Todo profesional o dispensador de servicios de atención sanitaria, o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente, deben mantener la higiene de sus manos.(Toribio, 2009)

La práctica identificada como más eficaz y costo-efectiva para la prevención y control de este tipo de infecciones es la higiene de las manos. Diversos estudios afirman que las tasas de infecciones pueden reducirse significativamente, al menos en un 15%, a través de la mejora en las prácticas de higiene de manos. La higiene de manos es el término general que hace referencia a alguna acción de limpieza de las manos; se refiere tanto a la eliminación de la suciedad visible como a la eliminación y/o muerte de los microorganismos transitorios de las manos (y reducción de los residentes en el caso de la higiene de manos pre quirúrgica), que se han adquirido a través de contacto con los pacientes, del equipo contaminado o el medio ambiente(Toribio, 2009).

Técnica de higiene de las manos

La higiene de las manos puede realizarse frotándose las manos con un preparado de base alcohólica o lavándolas con agua y antiséptico. Usando la técnica y el producto adecuado, las manos quedan libres de contaminación potencialmente nociva y segura para la atención al paciente.

Técnica del lavado de manos (OMS 2014)

Consta de 11 pasos que deben durar entre 40 y 60 segundos:

- a. Mójese las manos con agua.
- b. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir la superficie de las manos.
- c. Frótese las palmas de las manos entre sí.
- d. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
- e. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- f. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- g. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- h. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- i. Enjuáguese las manos con agua.
- j. Séquese las manos con una toalla de un solo uso.
- k. Utilice la toalla para cerrar el grifo.

Hay que lavárselas manos con agua y antiséptico cuando estén visiblemente sucias o manchadas de sangre u otros fluidos corporales, cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición a organismos potencialmente formadores de esporas, o después de usar los servicios higiénicos. La realización de una higiene de manos eficaz, ya sea por fricción o por lavado, depende de una serie de factores:

- La calidad del preparado de base alcohólica (su conformidad con los estándares europeos y norteamericanos);
- La cantidad de producto que se usa;

- El tiempo que se dedica a la fricción o al lavado;
- La superficie de la mano que se ha frotado o lavado.

Las acciones de higiene de las manos tienen más eficacia cuando la piel de las manos se encuentra libre de cortes, las uñas son naturales, cortas y sin esmalte y las manos y los antebrazos no tienen joyas y están al descubierto.

Por tanto, es importante que se sigan una serie de pasos a la hora de realizar la higiene de las manos para que éstas sean seguras para la prestación de asistencia

Por consiguiente, la realización o no de una adecuada higiene de las manos tiene consecuencias en la transmisión de agentes patógenos y el desarrollo de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Realizar una higiene de las manos no es simplemente una opción, una cuestión de sentido común o una mera oportunidad; durante la prestación asistencial responde a indicaciones que están justificadas por el riesgo de transmisión de gérmenes. Para minimizar las diferencias en la comprensión y aplicación de las indicaciones para la higiene de las manos por parte de los profesionales de la salud, los formadores y los observadores de las prácticas de Higiene de Manos es importante que dichas indicaciones sean comprensibles de manera universal. No debe quedar lugar para la duda o la interpretación por parte de los profesionales de la salud y, además, si la manera de realizar la higiene de manos va a ser evaluada y los resultados de la evaluación presentados al personal para asegurar la mejora continua, es esencial que los observadores posean una comprensión clara de cuáles son las indicaciones adecuadas para la higiene de las manos.(OMS, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de manos, 2009). Los objetivos de las indicaciones para la higiene de las manos son:

- 1) Interrumpir la transmisión de gérmenes por medio de las

manos: a) entre el área de asistencia y la zona del paciente; b) entre la zona del paciente y el área de asistencia; c) a un punto crítico con riesgo infeccioso para el paciente (por ejemplo, una membrana mucosa, la piel no intacta, un dispositivo médico invasivo); d) desde la sangre y los fluidos corporales.

2) Prevenir: a) la colonización del paciente por parte de patógenos potenciales (incluyendo los multirresistentes); b) la diseminación de patógenos potenciales (incluyendo los multirresistentes) en el área de asistencia; c) las infecciones causadas principalmente por microorganismos endógenos; d) la colonización e infección de los profesionales sanitarios.

Fricción de manos

La forma más efectiva de asegurar una higiene de manos óptima es realizar una fricción de las manos con un preparado de base alcohólica (PBA). Según las Directrices de la OMS, cuando haya disponible un PBA éste debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos (recomendación de categoría IB). La fricción de manos con un PBA presenta las siguientes ventajas inmediatas:

- La eliminación de la mayoría de los gérmenes (incluyendo los virus);
- El escaso tiempo que precisa (de 20 a 30 segundos);
- La disponibilidad del producto en el punto de atención;
- La buena tolerancia de la piel; el hecho de que no se necesite ninguna infraestructura particular (red de suministro de agua limpia, lavabo, antiséptico, papel toalla para las manos).

Técnica de la higiene de manos por fricción (OMS 2014)

- a. Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar
- b. frótese las palmas de las manos entre si.
- c. frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa

- d. frótese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados
- e. frótese el dorso de los dedos de una palma con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos
- f. frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa
- g. frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa
- h. una vez secas sus manos son seguras

Momentos de la Higiene de Manos (OMS 2014)

Antes del contacto con el paciente

Antes de realizar una tarea limpia/ aséptica

Después del riesgo de exposición a líquidos corporales

Después de tocar al paciente

Después del contacto con el entorno del paciente

El Modelo de «Los cinco momentos para la higiene de las manos»

El modelo de «Los cinco momentos para la higiene de las manos» propone una visión unificada para los profesionales sanitarios, los formadores y los observadores con objeto de minimizar la variación entre individuos y conducir a un aumento global del cumplimiento de las prácticas efectivas de higiene de las manos. Considerando la evidencia, este modelo integra las indicaciones para la higiene de las manos recomendadas por las Directrices de la en cinco momentos en los que se requiere higiene de manos. Sobre todo, este enfoque centrado tanto en el usuario como en el paciente se propone minimizar la complejidad

e integrarse en la secuencia natural de trabajo, siendo aplicable a una amplia gama tanto de entornos como de profesiones en el ámbito de la asistencia sanitaria. Decidir presentar la higiene de las manos mediante un concepto sintético que se concentra en sólo cinco indicaciones tiene la intención de facilitar la comprensión de los momentos en los que existe un riesgo de transmisión de gérmenes por medio de las manos de modo que éstos se memoricen y se integren en las actividades asistenciales. «Los cinco momentos para la higiene de las manos» Se propone como modelo de referencia para la apropiada realización, enseñanza y evaluación de la higiene de las manos. El modelo pretende trascender la larga lista (que nunca es exhaustiva) de situaciones y actividades asistenciales que requieren higiene de las manos; no define múltiples y específicos procedimientos o situaciones, sino que ayuda a concentrarse en momentos esenciales integrados en la secuencia asistencial que son primordiales para la higiene de las manos. El modelo no disminuye en modo alguno la necesidad de la higiene de las manos. Es una herramienta para identificar los momentos en los que debe realizarse dicha higiene, así como para distinguir aquellos en los que no resulta útil (OMS, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de Manos, 2009).

La Aplicación Práctica de «los Cinco Momentos para la Higiene de las Manos»

La necesidad de efectuar la higiene de las manos está estrechamente ligada a las actividades de los profesionales sanitarios en el espacio físico que rodea a cada paciente. Si lo consideramos en relación a un solo paciente, el entorno en que se realiza la asistencia puede dividirse en dos áreas espaciales virtuales, la zona del paciente y el área de asistencial.

En consecuencia el concepto de «Los cinco momentos» también se aplica a situaciones que definen una zona «temporal» del paciente (por ejemplo, mientras recibe ayuda en el cuarto de baño). La zona del paciente también puede variar considerablemente en función del entorno, la duración de la estancia y el tipo de asistencia que se presta (OMS, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de Manos, 2009).

La zona del paciente

El modelo «Los cinco momentos para la higiene de las manos» se centra específicamente en los contactos que se producen en la zona del paciente durante la prestación asistencial.

La zona del paciente incluye al paciente y algunas superficies y objetos destinados a éste de forma temporal y exclusiva. Contiene al paciente X y su entorno inmediato. Esto incluye normalmente al paciente y todas las superficies inanimadas que toca o que se encuentran en contacto físico directo con él, tales como las barandillas de la cama, la mesita de noche, la ropa de cama, tubos de infusión y otro equipo médico. Además incluye las superficies que suelen tocar los profesionales sanitarios cuando atienden al paciente, como monitores, picaportes y botones y otras superficies de contacto. La zona del paciente no es un área espacial estática (por ejemplo, el área que rodea al paciente que incluye la cama con el mobiliario y el equipo asociados a la misma), sino el área que rodea al paciente y que le incluye en cualquier momento. «Acompaña» al paciente por el área de asistencia dondequiera que éste va o está. El modelo no se limita a los pacientes postrados en cama, sino que también se aplica a los pacientes sentados en una silla o a los que visitan al fisioterapeuta en una sala de tratamiento común (OMS, Manual

Técnico de Referencia para la Higiene de Manos, 2009).

El entorno del paciente está contaminado por la flora del propio paciente. Por lo tanto, cualquier objeto que vaya a ser reutilizado debe previamente descontaminarse al acceder y al abandonar el entorno del paciente. Los objetos que normalmente no se destinan a la asistencia al paciente y que se trasladan con frecuencia al área de asistencia sanitaria no deben considerarse nunca como entorno del paciente, por muy cerca del mismo que se encuentren (por ejemplo, la gráfica electrónica o en papel, los lápices, etcétera). Las pertenencias personales se consideran parte de la zona del paciente puesto que no deben sacarse de ella. Además, los objetos y las superficies expuestas temporalmente al paciente, tales como las superficies de un cuarto de baño compartido, una mesa de fisioterapia o radiología deben descontaminarse después de la salida del paciente (OMS, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de Manos, 2009).

El área Asistencial

El área de asistencia hace referencia a las superficies del espacio en que se desarrolla la asistencia fuera de la zona del paciente X, es decir, otros pacientes y sus respectivas zonas, así como el entorno asistencial más amplio. En la mayoría de los contextos el área de asistencia se caracteriza por la presencia de diversos y numerosos microorganismos, incluyendo gérmenes multirresistentes. Realizar la higiene de las manos aplicando los cinco momentos al tiempo que se atiende a los pacientes en sus respectivas zonas contribuye a proteger el entorno sanitario general frente a la contaminación por los gérmenes del paciente (OMS, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de Manos, 2009).

El contacto con el paciente y su entorno

El paciente es una persona que recibe una asistencia sanitaria que entraña contacto directo o indirecto (por medio de un objeto intermedio). Los distintos tipos de contacto son:

- a) El contacto con los efectos personales y la piel intacta del paciente.
- b) El contacto con las membranas mucosas, la piel no intacta, con dispositivos médicos invasivos que corresponden a puntos críticos en lo que concierne al riesgo para el paciente (por ejemplo, una vía vascular.
- c) El contacto potencial o real con un fluido corporal que corresponde a un punto crítico en lo que concierne al riesgo para el profesional sanitario (por ejemplo, una bolsa de recogida de orina), incluyendo el contacto con mucosas y piel no intacta (puntos críticos con riesgo de exposición a fluidos corporales).
- d) El contacto con objetos del entorno del paciente

Cada tipo de contacto justifica la necesidad de una o más indicaciones para la higiene de las manos antes y después de un procedimiento con el fin de impedir la transmisión al paciente, al profesional sanitario o al área de asistencial

Por otro lado, la higiene de las manos incumbe a todos los profesionales de la salud que se encuentran en contacto directo o indirecto con los pacientes y su entorno durante sus respectivas actividades. Las modalidades de transmisión de gérmenes pueden diferir en función de la actividad, pero la entidad del riesgo asociado a la transmisión en una situación particular suele ser desconocida. Por este motivo, todas las personas que participan en la prestación de asistencia sanitaria tienen la responsabilidad de detener la transmisión microbiana cuando el contacto directo o indirecto justifica la existencia de indicaciones para la higiene de las manos. En un entorno asistencial, todas las

actividades que entrañan contacto directo o indirecto con los pacientes se consideran actividades de asistencia sanitaria. Eso significa que, con excepción del personal administrativo, la higiene de las manos incumbe potencialmente a todos los profesionales de la salud, sea cual sea su ubicación, en el curso de la realización de sus tareas (OMS, 2009).

Igualmente, la actividad asistencial se puede describir como una sucesión de tareas durante las cuales las manos de los profesionales de la salud tocan distintos tipos de superficies (las manos de los pacientes, las mucosas, el catéter intravenoso, la mesita de noche, el instrumental médico, los residuos, la comida, la orina). La transmisión de gérmenes de una superficie a otra debe interrumpirse, puesto que cada contacto puede ser una fuente potencial de contaminación por o de las manos de un profesional sanitario. Siempre que exista un riesgo de transmisión de gérmenes, las indicaciones se aplican en el espacio de tiempo que media entre los contactos (Toribio, 2009)

Por consiguiente, dos de los cinco momentos para la higiene de las manos se producen antes del contacto o del procedimiento asistencial; los tres restantes se producen después del contacto o exposición a fluidos corporales. Las indicaciones que corresponden a los momentos "antes" señalan la necesidad de prevenir el riesgo de transmisión microbiana al paciente. Las indicaciones "después" pretenden prevenir el riesgo de transmisión microbiana al profesional sanitario y al área de asistencia (es decir, otros pacientes, sus inmediaciones y el entorno sanitario). Durante una secuencia de actividades asistenciales, ciertas indicaciones pueden coincidir en el mismo momento. Si como resultado sólo se requiere una acción de higiene de manos, las indicaciones deben evaluarse individualmente a la luz del resultado previsto (OMS, 2009).

Indicaciones y Acciones de Higiene de las Manos.

La realización de una higiene de manos efectiva incluye que los profesionales sanitarios tomen conciencia de las indicaciones y de cuándo y en qué orden se aplican durante las actividades asistenciales. La acción de higiene de manos puede realizarse frotándose las manos con un preparado de base alcohólica o lavándose las manos con agua y jabón. Una indicación hace que la higiene de manos sea necesaria en un momento dado. Está justificada por el riesgo de transmisión de gérmenes de una superficie a otra y cada indicación está restringida a un contacto específico. Las indicaciones aquí descritas se aplican solamente a la atención sanitaria ordinaria y no a los procedimientos que requieren una preparación manual quirúrgica. Las indicaciones para la higiene de las manos no se corresponden con el principio y el fin de una secuencia de actividades asistenciales. Se produce una indicación para la higiene de las manos siempre que las manos de un profesional sanitario se desplazan de una zona espacial a otra (del área de asistencia a la zona del paciente y viceversa), de un punto crítico a otro punto del cuerpo en el mismo paciente (por ejemplo, de un punto crítico con riesgo de exposición a fluidos corporales a un simple contacto con el paciente) o lejos del paciente (por ejemplo, cuando pasan del área de asistencia a un punto crítico para el paciente),(OMS, 2009).

Importancia de Realizar la Higiene de Manos.

Flora Cutánea

La piel constituye un entorno ácido, árido, y limitado en nutrientes, que es renovado de forma constante. Está compuesta

por varias capas que proporcionan un microambiente que propicia el crecimiento de muchos microorganismos que se han adaptado a condiciones tan duras. La piel normal de todos los seres humanos está ampliamente colonizada con microorganismos. Los microorganismos que se encuentran dentro y sobre la piel se clasifican en dos grupos

Flora residente: Son microorganismos que se encuentran permanentemente en la piel, habitan en los folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas, por lo que no son fácilmente eliminados por la fricción mecánica, manteniéndose relativamente estables en el tiempo. Representan aproximadamente el 10 – 20% de la flora microbiana. Estos microorganismos no suelen provocar infecciones nosocomiales, pero puede causar infecciones en las cavidades corporales estériles (cuando penetran en los tejidos a través de traumatismos o por medio de dispositivos médicos como catéteres intravenosos), en los ojos, o en la piel no intacta. Por el contrario, pueden ser beneficiosos para la buena salud de la piel debido al antagonismo microbiano y la competencia por los nutrientes del ecosistema

Los microorganismos que forman parte de la flora resistente son:

- *Staphylococcus epidermis*
- *Staphylococcus hominis* y otros estafilococos coagulasa negativo
- Bacterias corineformes (*propionibacterium*),
- *Corynebacterium*, *dermabacter* y *micrococcus*).
- Entre los hongos: *pityrosporum* (*malassezia*)

Flora Transitoria (o contaminante): en este grupo se encuentran los microorganismos que colonizan las capas superiores de la piel y son adquiridos durante el contacto directo con los pacientes, los propios profesionales, el equipo contaminado o el

medio ambiente. Estos microorganismos pueden pasar fácilmente a otras personas u objetos del medio ambiente, aunque su transmisibilidad depende de las especies, el número de microorganismos presentes en la superficie, y el nivel de humedad de la piel. Por lo general tiene un corto periodo de supervivencia sobre la piel, pero un alto potencial patogénico, y son responsables de la mayoría de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, así como de la propagación de microorganismos resistentes a los antibióticos. Por el contrario, estos microorganismos pueden ser eliminados o destruidos con relativa facilidad por los agentes utilizados para la higiene de manos (Montes, Wilborn, 1969).

Las manos de algunos profesionales de la salud puede llegar a estar colonizadas de forma persistente por flora patógena como:

- *Staphylococcus aureus*
- bacilos gram negativos (*proteus mirabilis*, *klebsiella* spp., *acinetobacter* spp., etc.)
- Levaduras.

Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria e Higiene de Manos

Las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) son un problema de salud pública importante debido a la frecuencia con que se producen, la morbilidad y mortalidad que provocan y la carga que imponen a los pacientes, al personal de salud y a los sistemas de salud.

Por otra parte, las IAAS repercuten significativamente en los costos asistenciales. En los Estados Unidos, estos costos se estimaron en 4 mil millones (US\$ de 1985) y en el Reino Unido, en UK£ 900 millones por año, asociados con la estancia hospitalaria prolongada y los costos de tratamiento.^{5,6} En América Latina, las IAAS generan un aumento importante de los

costos de la atención médica (OPS, 2012).

Transmisión de Microorganismos

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria pueden estar causadas por microorganismos que ya están presentes en la piel o las mucosas del paciente (endógenos), o por microorganismos que se han transmitido desde otro paciente o desde el entorno (exógenos).

La propagación de los microorganismos suele realizarse por tres vías diferenciadas:

- Por contacto.
- Por el aire.
- A través de vehículos comunes.

La propagación por contacto describe la transmisión que ocurre cuando la persona susceptible entra en contacto con la fuente de infección, y puede ocurrir mediante contacto directo (cuando existe contacto físico entre la persona susceptible y la fuente) o contacto indirecto (cuando en la transmisión interviene una tercera persona o materiales contaminados)

En la mayoría de los casos, las manos de los profesionales de la salud son la fuente o el vehículo para la transmisión de los microorganismos de la piel de un paciente a las mucosas (como las vías respiratorias), a compartimientos corporales normalmente estériles (sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, etc.) y desde otros pacientes o el ambiente contaminado.

La transmisión de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria de un paciente a otro a través de las manos de los profesionales sanitarios requiere de cinco pasos esenciales:

- a) Los microorganismos deben estar presentes en la superficie de la piel del paciente o en los objetos inanimados que rodean al paciente.

- b) Los microorganismos deben ser transferidos a las manos de los profesionales de la salud.
- c) Los microorganismos deben ser capaces de sobrevivir durante, al menos, varios minutos en las manos de los profesionales de la salud.
- d) Los profesionales de la salud omiten la higiene de manos, la realizan de forma incorrecta, o el producto utilizado para la higiene de manos no es el adecuado.
- e) Las manos contaminadas de los profesionales de la salud deben entrar en contacto directo con otro paciente o con los objetos inanimados que le rodean.

Los microorganismos patógenos se pueden recuperar no solo de heridas infectadas o con drenaje, sino también de zonas de piel intacta. Las áreas perineal o inguinal suelen ser áreas muy colonizadas, pero las axilas, el tronco y las extremidades superiores (incluido las manos) también suelen estar colonizadas. El número de microorganismos, como *Staphylococcus aureus*, *proteusmirabilis*, *klebsiellaspp*, y *acinetobacterspp*, presentes en zonas intactas de la piel de algunos pacientes puede variar de 100 a 10^6 unidades formadoras de colonias (UFC)/cm². Las personas con diabetes, los pacientes sometidos a diálisis por insuficiencia renal crónica, y aquellos con dermatitis crónica, son especialmente propensas a tener áreas de piel intacta colonizada con *Staphylococcus aureus* (Montes, Wilborn, 1969).

Aproximadamente, cada día se desprenden 10^6 escamas cutáneas que contienen microorganismos viables, por lo que no es de extrañar que la ropa de los pacientes, la ropa de cama, el mobiliario, y otros objetos situados en el entorno inmediato del paciente se contaminen con la flora del paciente. Esta contaminación es causada, probablemente, por

microorganismos resistentes a la desecación como los *Staphylococcus* o los *enterococcus*.

Durante la atención de los pacientes las manos de los profesionales sanitarios son colonizadas progresivamente con flora comensal, así como con posibles microorganismos patógenos. La contaminación bacteriana aumenta linealmente durante el tiempo. En ausencia de higiene de manos, cuanto mayor sea la duración de la atención, mayor será el grado de contaminación. Además de la duración, el tipo de atención que se presta a los pacientes también afectará al grado de contaminación de las manos.

La transmisión cruzada se produce a través de las manos contaminadas. Los factores que influyen en la transmisión de microorganismos desde una superficie a otra son: el tipo de microorganismos, superficies de origen y de destino, al nivel de humedad, y al tamaño del inóculo (Toribio, 2009).

Infección Relacionada con la Atención Sanitaria y su Impacto en la Seguridad del Paciente.

Una infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS), también denominada infección nosocomial, se define como «aquella infección que afecta a un paciente durante el proceso de asistencia en un hospital u otro centro sanitario, que no estaba presente incubándose en el momento del ingreso. Incluye también las infecciones que se contraen en el hospital pero se manifiestan después del alta, así como las infecciones ocupacionales del personal del centro sanitario». Con esta definición se comprende claramente que la incidencia de estas infecciones está ligada a la prestación de asistencia sanitaria y que puede producirse, aunque no siempre, como consecuencia del fallo de los sistemas y los procesos de la asistencia sanitaria, así como del comportamiento humano. Por lo tanto, supone un

problema importante de seguridad del paciente. Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan a cientos de millones de pacientes tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En los países desarrollados complica entre el 5% y el 10% de los ingresos en los hospitales. En los países en desarrollo el riesgo es de 2 a 20 veces mayor y la proporción de pacientes infectados puede rebasar el 25%. Además del sufrimiento físico y moral que ocasionan a los pacientes y sus familias, las infecciones relacionadas con la atención sanitaria suponen un elevado coste para el sistema sanitario y consumen recursos que podrían destinarse a medidas preventivas o a otras prioridades.(OMS, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de manos, 2009).

Papel que desempeñan las manos en la transmisión de los Microorganismos.

Los microorganismos (gérmenes) responsables de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria pueden ser virus, hongos, parásitos y, con mayor frecuencia, bacterias. Pueden estar provocadas bien por microorganismos que ya estaban presentes en la mucosa y la piel del paciente (endógenos) o por microorganismos procedentes de otro paciente o de un profesional sanitario o del entorno (exógenos). En la mayoría de los casos, el vehículo de transmisión de los microorganismos desde la fuente de infección al paciente son las manos de los profesionales sanitarios, pero los propios pacientes pueden ser la fuente. Generalmente, los microorganismos se transmiten de un paciente a otro, de una parte del cuerpo a otra y del entorno al paciente o viceversa. Los gérmenes y los potenciales agentes patógenos pueden ir colonizando progresivamente las manos de los profesionales sanitarios durante el proceso de atención. Si no hay higiene de manos, cuanto más se prolongue

la asistencia, mayores serán el grado de contaminación de las manos y los riesgos potenciales para la seguridad del paciente. El riesgo de transmisión y el perjuicio potencial están presentes en todos los momentos de la prestación asistencial, sobretodo en el caso de pacientes inmunodeprimidos o vulnerables y/o si se utilizan dispositivos invasivos permanentes (catéteres urinarios, intravenosos, intubación endotraqueal, drenajes).(OMS, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de manos, 2009).

Papel que desempeña la Higiene de las Manos en la Prevención de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria.

Diversos estudios han demostrado claramente que la implementación de programas bien estructurados de control de infecciones es una forma rentable de disminuir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Algunos han puesto de manifiesto que estos resultados también son factibles en países y centros sanitarios con recursos limitados. El control de las infecciones se basa en una serie de medidas sencillas y bien establecidas, de probada eficacia y ampliamente reconocidas. Las «Precauciones Estándar» comprenden los principios básicos del control de las infecciones que son obligatorios en todos los centros sanitarios. Su aplicación se extiende a todos los pacientes que reciben asistencia, al margen de su diagnóstico, sus factores de riesgo y su presunto estado infeccioso, disminuyendo el riesgo de que el paciente y el personal del hospital contraigan una infección. La higiene de las manos constituye en gran medida el núcleo de las Precauciones Estándar y es indiscutiblemente la medida más eficaz para el control de las infecciones. Lo mismo puede decirse en aquellas situaciones en que se aplican determinadas «precauciones de

aislamiento» de manera específica (precauciones para evitar la transmisión por contacto, por gotas o por el aire). Además, la importancia de la higiene de las manos se enfatiza desde los enfoques más actuales de mejora de la calidad de tipo multimodal o de «paquetes» de medidas de intervención para la prevención de infecciones específicas como las bacteriemias o las infecciones urinarias relacionadas con dispositivos, la infección del sitio quirúrgico y la neumonía asociada a la ventilación mecánica. La importancia de incorporar una higiene de manos eficaz y efectiva en todos los elementos de la prestación asistencial debe mantener su prominencia en la atención sanitaria (OMS, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de Manos, 2009).

2.1.2. Adherencia a la Higiene de Manos

La higiene de manos es la medida primaria para reducir infecciones. Quizás una acción simple, pero la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial. Basándose en investigaciones sobre los aspectos que influyen el cumplimiento de la higiene de manos y mejores estrategias de promoción, se ha demostrado que nuevos enfoques son eficaces. Se han propuesto una variedad de estrategias para la mejora y promoción de la higiene de manos, el Primer Desafío Global de la Seguridad del Paciente de la OMS, “Una Atención Limpia es una Atención más segura”, cuyo interés principal consiste en mejorar las prácticas y estándares de la atención de la salud junto con la implementación de intervenciones exitosas (OMS 2009).

A pesar de las múltiples acciones desplegadas, la adherencia a las buenas prácticas de higiene de manos es baja en todo el mundo pese a la evidencia de que la adhesión a las recomendaciones reduce la incidencia de infecciones asociadas a

la incidencia de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.(OMS, <http://emas.siu.>, 2010)

Es necesario recordar que son obstáculos a las buenas prácticas de higiene de manos son:

- a) Falta de conocimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos
- b) La falta de reconocimiento de las oportunidades para la higiene de manos durante el cuidado del paciente.
- c) La falta de conciencia del riesgo de transmisión de agentes patógenos.

Existen estudios observacionales así como de intervención orientada a mejorar el cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos, estudios que han determinado objetivamente los factores con influencia en la adherencia a las recomendaciones sobre higiene de manos (Aristegui, 2015).

Para la Joint Commission (2009), la adherencia es el punto en el cual las conductas se corresponden con las guías o recomendaciones establecidas por consenso.

Antes de diseñar cualquier estrategia para mejorar la adherencia al correcto lavado de manos, debe tenerse una acabada comprensión de las causales del bajo cumplimiento. Si no se pueden remover la mayoría de los obstáculos, los progresos continuarán siendo mínimos. Según el CDC, los factores que influyen sobre la adherencia a las prácticas de higiene de manos son las siguientes (Boyce, CDC 2002).

Factores de riesgo para la Adherencia

Los factores que influyen en la adherencia a las prácticas recomendadas sobre higiene de manos han sido estudiados ampliamente (OMS 2014), clasificándose en tres grandes grupos:

a) los factores de riesgos observados, b) factores auto-declarados y c) barreras adicionales percibidas para una adecuada práctica

(OPS, OMS, 1990), define el factor de riesgo como un "determinante que puede ser modificado por medio de la intervención y que por lo tanto permite reducir la probabilidad de que aparezca una enfermedad u otros resultados específicos. Para evitar confusión, se le puede referir como factor modificable del riesgo".

Los factores de riesgo para la adherencia de la higienización de manos pueden atribuirse al equipo asistencial y a la institución (OMS, 2014).

a) Factores de riesgo observados:

Según estudios epidemiológicos, los factores de riesgo observados se deben a la escasa adherencia como:

- i. El tipo de unidad donde el trabajador desarrolla sus actividades:
 - Trabajar en cuidados intensivos
 - Trabajar en emergencia
- ii. Características laborales es decir:
 - Trabajar durante la semana
 - Alto ratio de enfermera por paciente o más de un turno por día
 - Falta de personal o saturación
- iii. Tipo de paciente y cuidado
 - Cuidar a paciente menores de 65 años
 - Cuidar a pacientes que se recuperan tras una cirugía limpia/contaminada
 - Cuidado de pacientes sin aislamiento.
- iv. Tipo de actividades la que se refiere a:
 - Duración del contacto con el paciente corta (\leq a 2 minutos)
 - Interrupción durante las actividades de atención al paciente

- Frecuente necesidad de higiene de manos por hora de atención a pacientes.

- Actividades con alto riesgo de transmisión cruzada.

- Antes y después del contacto con el entorno.

v. Categoría profesional

- Ser auxiliar de enfermería (en lugar de enfermera)

- Ser médico (en lugar de enfermera)

- Tecnólogo

vi. Otros.

- Usar mandilón/ guantes

- Lavamanos automáticos

- Sexo masculino.

c) Factores de incumplimiento citados o auto-declarados

Son lo reportados por los encuestados, desde:

- Los productos para el lavado de manos causan irritación y/o sequedad

- Los lavamanos son escasos o están mal situados

- Falta de antiséptico, toallas de papel o productos para el lavado de manos

- Estar a menudo demasiado ocupado o tener poco tiempo.

- El paciente debe tener prioridad.

- La higiene de las manos interfiere en la relación entre el profesional de la salud y el paciente

- Bajo riesgo de contraer infecciones transmitidas por los pacientes

- Uso de guantes o creencia de que dicho uso hace innecesaria la higiene de las manos

- Desconocimiento de las directrices y los protocolos.

- Falta de conocimientos, educación y experiencia.

- Falta de premios o estímulos

- No pensar en ello, olvidarlo

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

c) Otras barreras percibidas

Son las adicionales percibidas para una higiene de manos adecuada:

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

Factores de mejora para la Adherencia

Se refieren a las disposiciones que se adoptan o circunstancias que se modifican, para mejorar o compensar el daño, tenemos:

a) Factores de mejora de cumplimiento observados

- Introducción de diferentes tipos de presentaciones y facilitar el acceso a los preparados de base alcohólica (por ejemplo, dispensadores de preparados de base alcohólica acoplados en las camas, petacas), o la combinación de un enfoque multimodal y uno multidisciplinar dirigido tanto a nivel institucional como a nivel individual.

- Enfoque multifacético para mejorar la higiene de manos (por ejemplo, educación, formación, observación, información, fácil acceso a productos de higiene de manos (lavamanos /jabón antiséptico), lavamanos automatizados, incentivos económicos, felicitaciones por parte de los superiores, amonestación por el cumplimiento sub óptimo, apoyo administrativo, priorización de las necesidades de control de infecciones, participación activa a nivel institucional).

b) Factores predictivos para la mejora de la higiene de las manos (INC 2015) Un factor predictivo o predisponente describe algo que aumenta el riesgo de una persona de presentar una afección.

i. Categoría profesional

- Profesional sanitario
- Técnicos

ii. Tipo de Paciente y cuidado

- Pacientes sometidos a precauciones de aislamiento (como mayor riesgo de transmisión a los profesionales sanitarios):
 - Cuidado del paciente en precauciones de contacto.
 - Cuidado del paciente en habitación de aislamiento
 - Completar el cuidado entre pacientes.

iii. Tipo de Actividades

Actividades percibidas como de alto riesgo de transmisión cruzada o de contaminación de los profesionales sanitarios (por ejemplo, después del contacto directo con el paciente, antes del cuidado de heridas, antes/después del contacto con dispositivos invasivos o de la realización de técnicas asépticas, antes/después del contacto con fluidos corporales, tras el contacto con pañales), o evaluadas por el nivel de suciedad de las técnicas

iv. Tipo de Unidad.

- Unidad de cuidados intensivos.

- Unidad de Hemodiálisis
- Unidad de cuidados intensivos neonatales

v. Otros.

- Durante el período de 3 meses después de una visita de acreditación anunciada
- Fuerte apoyo administrativo

c) Factores determinantes para la mejora de la higiene de manos

(Lalonde, 1974) Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos
- Y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:

- Aquellos relacionados con los estilos de vida.
- Los llamados factores ambientales.
- Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.
- Y por último, los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones.

Para este estudio, tomaremos los siguientes:

- i. Creencias normativas

- Comportamiento de los pares (modelos) /expectativa de percepción de los compañeros (presión de los pares).
 - Ser percibido por los colegas (médico) como modelo con una buena adhesión.
 - Percepción de la opinión positiva y presión superior o de otros referentes importantes, por ejemplo los jefes médicos, administradores.
- ii. Control de Creencias
- Percepción de que la higiene de manos es fácil de realizar y se tiene fácil acceso a los preparados de base alcohólica.
 - Percibir control sobre el comportamiento en higiene de manos
- iii. Actitudes
- Conciencia de ser observados
 - Actitud positiva hacia la higiene de manos tras el contacto con el paciente.
 - Percepción del riesgo de infección (nivel de suciedad) durante el contacto con el paciente/ alta percepción de amenaza para la salud pública
 - Creencias en los beneficios de realizar la higiene de manos/protección de los trabajadores frente a infecciones
 - Traslado del comportamiento sobre higiene de manos en la comunidad (comportamiento desarrollado en la primera infancia) en entornos sanitarios (para las enfermeras en el lavado de manos).
- iv. Otras
- Sexo femenino
 - Categoría profesional –Técnico
 - Formación previa
 - Participación en anteriores campañas sobre la higiene de manos

- Expectación del paciente (médicos).

d) Factores de preferencia para la fricción de manos con preparados de base alcohólica vs lavado de mano

- Actividades con alto riesgo de transmisión cruzada/alto nivel de suciedad

- Alto índice de actividades (>60 oportunidades por hora).

- **Impacto de Mejora de La Higiene de Manos.**

- La evaluación de la efectividad de las recomendaciones sobre higiene de manos en el resultado final, y la forma más exacta de medir el impacto de la mejora en las prácticas de higiene de manos, pero es una actividad extremadamente complicada. De hecho, la aplicación de las recomendaciones no debe evaluarse por sí misma, sino en relación a la disponibilidad de instrucciones claras sobre cómo aplicarlas a la práctica, y a ser posible, la existencia de herramientas y los efectos de su aplicación. Las dificultades para hacer frente a esta cuestión dependen en primer lugar, de la gran diversidad de metodologías utilizadas en los estudios disponibles, lo se refleja en las muy diferentes conclusiones que pueden extraerse de las revisiones sistemáticas sobre el tema.(Toribio, 2009)

- La falta de información científica del impacto definitivo de las mejoras en las prácticas de higiene de manos sobre las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, ha sido identificada como una posible barrera para la apropiada adhesión a las recomendaciones. Sin embargo, existen evidencias convincentes de que la mejora en la higiene de manos a través de las estrategias de aplicación multimodal puede reducir las tasas de infección. Además, aunque sin aportar datos sobre las tasas de infección, varios estudios han demostrado una disminución sostenida en el aislamiento de microorganismos multirresistentes en pacientes infectados y colonizados, tras la mejora de las prácticas de higiene de manos(OMS, 2009)

2.1.3. TEORÍA DE ENFERMERÍA

Una de las teorías relacionadas al estudio es **El modelo de adaptación de Roy**, el cual es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.

Meta: que el paciente se adapte al cambio.

Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total.

Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.

Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

El modelo de Sor Callista Roy es una meta teoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse. Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

2.2. ESTUDIOS PREVIOS

Investigaciones Internacionales

Pérez P, Herrera Usagre, Bueno Cabanillas y col, (2015) España, en su estudio “Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora” tuvieron como objetivo analizar los conocimientos sobre la higiene de las manos de los profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz. Estudio mediante encuestas en 2011, utilizando el Hand Hygiene Knowledge Question naire for Health- Care Workers con la técnica de análisis de clases latentes. La media de respuestas correctas fue de $17,51 \pm 3,68$. Las preguntas con porcentajes de respuestas correctas más bajos son las referidas a la prevención, mediante la higiene de las manos, de la transmisión de microorganismos después de la exposición al paciente y aquellas relacionadas con la utilización de preparados de base alcohólica. Se obtuvo un modelo de 7 clases latentes. Principales diferencias socio-demográficas: los profesionales con conocimientos más bajos suelen ser hombres, jóvenes y no sanitarios; el haber recibido formación previa no discrimina a los que presentan excelentes conocimientos. Concluimos que la revisión de los programas de formación en higiene de las manos es necesaria para mejorar los conocimientos sobre aspectos conceptuales de la transmisión de microorganismos a través de las manos.

Neyryyev Aparicio (2014) en Venezuela realizó “Higiene de las manos del personal médico y de enfermería del Departamento de Pediatría y Puericultura del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde”, con el objetivo de evaluar la higiene de las manos del personal médico y de enfermería. Estudio de tipo descriptivo, no experimental de tipo transversal, siendo la población el personal médico y de enfermería que labora en las áreas pediátricas del Hospital Dr. “Ángel Larralde”. La muestra fue probabilística y circunstancial. Se

utilizó como técnica de recolección de información la entrevista estructurada, usando un guion de entrevista, así mismo se utilizó la observación directa cuyo instrumento se correspondió a una lista de cotejo; Todo se realizó a partir del procesador estadístico Statgraphics Plus 5.1, adoptándose como nivel de significancia estadística p valores inferiores a 0,05. Entre los resultados tenemos : El grupo atareo que predominó fue el de 25 a 34 años con un 8,51%, En cuanto al sexo predominó el femenino con un 88,30%. Un 76,60% del personal de salud entrevistado no considera que las cuestiones teóricas sean una razón para no cumplir con la norma del lavado de manos. Mientras que un 52,13% afirmó que conoce los 5 momentos para la higiene de las manos indicados por la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo un 47,87% no los conoce. En cuanto al momento de la observación se tiene que un 40,30% fueron observados antes de inicio de atención medica al paciente (momento 1) siendo el momento más referido por el personal médico. En un 65,67% predominó la no realización de ningún tipo de higiene y la utilización de guantes. Un porcentaje mayoritario del personal entrevistado afirmó que higieniza sus manos sin embargo en el momento de realizar la observación directa al personal de salud incluido en el estudio, predominó la no realización de ningún tipo de higiene”.

Buñay Cuyo, Alicia Mercedes y colaboradores (2014) Ecuador, realizaron en la investigación “Evaluación del Cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Sala de Operaciones del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N° 1 durante el periodo Junio a Diciembre del 2013” El estudio que se desarrollo fue de tipo transversal. Los instrumentos que se emplearán en la ejecución del estudio son cuestionarios, los cuales permitirán obtener información sobre los conocimientos que tiene el personal de salud sobre las medidas de bioseguridad con el objetivo de establecer la dirección

de las actitudes de los trabajadores de salud hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad. Entre los resultados tenemos:

“El 20% del personal informan que el tiempo que tardan en el lavado quirúrgico de manos es oscila de 1 a 3 min; mientras que el 80% restante señalan que tardan de 4 a 5 min. Los datos revelan que existe un porcentaje de empleados que no cumplen con el tiempo promedio que de acuerdo a la norma del lavado de manos, por lo tanto se puede afirmar que no se realiza el proceso de manera adecuada siendo necesario hacer hincapié en la importancia de un buen lavado de manos en la atención a los pacientes”.

Eal Ramírez, Janet (2013) realizo en México “Cumplimiento de la higiene de manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS y los factores asociados en el personal de salud del servicio de pediatría de un hospital general de la Secretaria de Salud”, teniendo como objetivos describir los conocimientos, actitudes, creencias y practicas sobre la técnica, tiempos correctos y la importancia de la higiene de manos, la frecuencia de cumplimiento y los factores que favorecen u obstaculizan su cumplimiento entre el personal de salud. Estudio transversal con metodología mixta cuanti-cualitativa y con métodos intermedios, encuestas tipo CAPC (Conocimientos, Actitudes- Practicas-Creencias), entrevistas semi-estructuradas individualizadas y estudios de sombra. Entre las conclusiones tenemos:

“El cumplimiento declarado de buenas prácticas en la encuesta fue de 34.5% entre enfermeras en comparación con 8.2% entre el personal médico ($p=0.005$). En el modelo de regresión logística ser mujer, enfermera, del turno matutino, tener más de 35 años y laborar en una área de cuidados intensivos explico las buenas prácticas declaradas. Las enfermeras tienen un porcentaje de cumplimiento del 70%, los médicos de 34% y otro tipo de personal de 18% con la

técnica con agua y jabón y de 72%, 48% y 28% respectivamente con alcohol gel. Las quejas del personal que explican el bajo cumplimiento de la higiene de manos pueden ser interpretadas como renuncia provocada por desmotivación, falta de reconocimiento y participación del personal observado”.

Fuentes Ferrer Manuel Enrique, (2012) realizo en España “Efectividad de una intervención para mejorar el grado de cumplimiento con las recomendaciones de higiene de manos en el Hospital Clínico San Carlos”, teniendo como objetivos evaluar la efectividad de una intervención orientada a la mejora en la Higiene de Manos así como la identificación de los factores relacionados con el no cumplimiento. Los objetivos específicos fueron evaluar el efecto de la asistencia a las sesiones formativas sobre el cumplimiento de la Higiene de Manos, explorar el conocimiento de las recomendaciones de Higiene de Manos por parte de los Profesionales de Salud e identificar las barreras percibidas. La metodología fue de intervención antes y después de dos cortes transversales de observación directa de cumplimiento de higiene de manos. Encontrando de que se había producido un incremento significativo del 7,8% en el grado de cumplimiento de la Higiene de manos.

Sin embargo luego de asistir a las sesiones educativas se observa los sujetos presentaron un aumento significativo en el cumplimiento de HM en el estudio post intervención. Los tres factores identificados por los profesionales sanitarios que más pueden influir en el cumplimiento con la Higiene de Manos fueron la falta de medios, la sobrecarga de trabajo y la irritación de la piel”.

Bustamante Ojeda Lenin Humberto.(2012) Ecuador, realizo la investigación “Evaluación del Cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Hospital UTPL, en las áreas de emergencia, hospitalización, quirófano, laboratorio y consulta externa”, El objetivo

principal de esta investigación fue determinar de una manera objetiva el cumplimiento de las normas de bioseguridad, entre ellos el Lavado de Manos, por el personal del Hospital UTPL. Para cumplir con este objetivo se implementaron tres herramientas de recolección de datos: una lista de verificación, un cuestionario de conocimientos y la herramienta de evaluación de gestión de desechos del MSP. Luego de esto se impartieron seis charlas de capacitación con los temas relevantes, obteniendo un promedio asistencia de entre 20 y 25 trabajadores de la salud. Por último se evaluó nuevamente y se realizó una comparación entre los datos obtenidos. Dentro de los resultados encontrados se obtuvo que en promedio existe un incumplimiento del 53% de las normas, resultados que después de las capacitaciones se incrementaron llegando a un cumplimiento del 76,94%, aunque el incumplimiento de algunas normas persistieron, entre ellas la utilización de anillos, y esmalte de uñas en el personal. Concluyo que los trabajadores tenían un conocimiento promedio de conocimiento de las normas del 55,88% antes de la capacitación, el mismo que aumentó 16,25% luego de esta, con lo cual el conocimiento de las normas alcanzó el 72,13%. Se encontró que en 3 de las 5 áreas (60%) investigadas no se cumplía con las técnicas correctas de la higiene de las manos luego de las charlas de capacitación, estas áreas fueron: consulta externa, laboratorio y hospitalización. Por lo que recomendamos la implementación de programas de educación y promoción de la higiene de las manos”.

Almeida Keyla, Betancourt María. (2012) Venezuela, realizo la investigación “Sensibilidad del profesional de Enfermería en el cumplimiento del lavado de manos para disminuir infecciones intrahospitalarias en la Unidad de Emergencia de adultos del IVSS Hospital General “Dr. Pastor Oropeza Riera”, con el objetivo de proponer un taller de sensibilización al profesional de enfermería en el cumplimiento del lavado de manos para disminuir infecciones intrahospitalarias. Estudio descriptivo de corte transversal. Se

desarrollaron cuatro fases: diagnóstico, diseño, implementación y evaluación. Entre las conclusiones tenemos entre otras que los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre la técnica correcta del lavado de manos quirúrgico era de los profesionales de enfermería sobre la técnica correcta del lavado de manos quirúrgico se obtuvo que la gran mayoría de ellos no conocían cada uno de los pasos de dicha técnica ni el orden en que se debían efectuar, tampoco lo aplicaban en el momento indicado, antes y después de tener contacto con el paciente o de realizar algún procedimiento, presentando así un riesgo al paciente de contraer una infección nosocomial. Como resultado de la participación de un taller un gran porcentaje de los asistentes adquirieron conocimiento y reconocieron el valor de aplicar la técnica del lavado de manos, además que interpretaron la importancia de su ejecución”

Investigaciones Nacionales

Saldarriaga S. Lilia J. Barreto B. Juneth, Córdova G. Derlin, Perú (2016), realizaron un trabajo de investigación titulado “Salud Del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria II-2 De Tumbes”, investigación que tuvo como objetivo determinar la adherencia al lavado de manos, del personal de salud del Hospital Regional JAMO II -2 de Tumbes (Perú), 2015 estudio de enfoque cuantitativo, de método descriptivo simple no experimental que consistió en una observación directa no participativa a todo el personal de salud que se encontraba prestando labores asistenciales en todas las salas del hospital durante los meses de marzo a julio de 2015. Los datos recogidos correspondieron a 88 trabajadores de la salud, a quienes los investigadores aplicaron una ficha estructurada través de la observación del lavado de manos rutinario. Los resultados han permitido determinar que el mayor porcentaje no cumplió el lavado de manos rutinario (70%), siendo más evidente la no adherencia. Los servicios de neonatología y gineco-obstetricia mostraron una mayor

adherencia al lavado de manos, entre adecuado y regular. Además, se encontró que los médicos y enfermeros tienen una mayor adherencia al lavado de manos que el resto del personal de salud estudiado.

Concluyendo que el lavado de manos es una de las estrategias mundiales en la seguridad de los pacientes más importante en cada uno de los momentos de la atención sanitaria. Sin embargo, se ha demostrado que el personal de salud no tiene la adherencia necesaria, asociada a factores evitables que aseguren una atención de calidad en el hospital.

Mendoza Meregildo, Katerine Yudith, Perú (2016), realizó un trabajo de investigación titulado “Nivel de Conocimiento y Práctica de Lavado de Manos en Enfermeras, del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte”, trabajo de investigación que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y práctica de lavado de manos en enfermeras del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte 2016, Distrito de Moche, estudio descriptivo correlacional, La muestra estuvo conformada por 74 enfermeras a las cuales se aplican dos instrumentos, el primero para obtener información acerca del nivel de Conocimiento de Lavado de Manos” instrumento elaborado por las autoras y el segundo instrumento check list “Práctica De Lavado de Manos”. Los resultados revelaron que el 70% de las enfermeras tuvo nivel alto de conocimiento sobre el lavado de manos, en tanto que el 30% tuvo nivel bajo, así mismo en relación a la práctica de lavado de manos, el 61% de las enfermeras realizan correcta práctica de lavado de manos, en tanto que el 39% presenta una incorrecta práctica lavado de manos.

Se concluye que el nivel de conocimiento se relaciona significativamente con la práctica de lavado de manos.

Recomendando Los profesionales de enfermería, deben capacitarse asistiendo a cursos que ayudan a promover y favorecer para implementar nuevos conocimientos para actuar como agentes de cambio que promocionan la cultura preventiva al poner en acción la práctica de lavado de manos, la cumple una función muy importante para la prevención de enfermedades en nuestros pacientes.

Núñez Tucno, Carmela, Perú (2013), realizo la investigación sobre “Aspectos cognitivos y procedimentales del Lavado de Manos en las enfermeras del servicio de Recuperación post anestésica del Hospital Nacional Hipólito Unanue”, con el objetivo de identificar los conocimientos y las procedimientos en la aplicación de la técnica del lavado de manos en las enfermeras. Estudio de corte transversal prospectivo, teniendo las siguientes conclusiones: que de 40 (100%) de enfermeras, el 35% (14) tienen un nivel de conocimiento de regular a bajo respectivamente, el 27.5% (11) nivel de conocimiento bajo, 25% (1) nivel de conocimiento bajo y ningún profesional tiene un conocimiento alto en relación a la técnica del lavado de manos. El personal que labora en la Unidad de Recuperación Post anestésica desarrolla la técnica de lavado de manos de forma rutinaria e inadecuada, al no realizarla según los pasos de la norma técnica del MINSA, el cual puede repercutir en la prevalencia de la infecciones nosocomiales”

Orellana Carmona, Miriam (2013), Perú, “Técnicas asépticas en el cuidado enfermero a pacientes hospitalizados que requieren administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio”, con el objetivo de determinar el cumplimiento de las técnicas asépticas en los procedimientos de administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio por parte de los enfermeros durante el cuidado de pacientes con grado de dependencia III. Estudio descriptivo observacional realizado en los servicios de medicina de un hospital local, con una población de 78

enfermeros, a quienes se les aplicó una guía de observación. Entre los Resultados arrojaron que el 51,3% de la enfermeras no cumplen con las técnicas asépticas al realizar los procedimientos de administración de medicamentos por vía oral endovenosa, y aspiración de secreciones del tracto respiratorio. La técnica aséptica menos usada fue el Lavado de Manos.... Esto estaría incrementando el riesgo de los pacientes con grado dependencia III de adquirir infecciones intrahospitalarias. La técnica aséptica en aspiración de secreciones del tracto respiratorio fue la menos cumplida por las enfermeras en los servicios de medicina... La medida universal es el lavado de manos, por lo que la enfermera debe insistir y persistir en su práctica diaria a fin de contribuir con la disminución de la incidencia y/o prevención de infecciones intrahospitalarias, todo lo que la enfermera conoce lo tiene que aplicar para dar seguridad al paciente; no obstante, debe de emplearse antes y después de la atención directa de pacientes”

2.3. MARCO CONCEPTUAL

1. **Antiseptia:** Relacionada con pacientes: Desinfección de tejido vivo o piel. Relacionada con trabajadores de la salud: Reducción o remoción de micro biota transitoria.
2. **Antiséptico:** Es un desinfectantes solo para la piel. La desinfección de la piel no requiere destruir micro bacterias
3. **Asepsia:** Es el conjunto de procedimientos que se emplean para evitar las infecciones de los tejidos en las intervenciones quirúrgicas.
4. **Agente infeccioso:** Cualquier organismo vivo o partícula que causa una enfermedad infecciosa.

5. **Bacterias vegetativas:** Todas los géneros y especies de bacterias que carecen de esporas
6. **Cadena epidemiológica de infección:** está constituida por una serie de eslabones que se articulan en la transmisión de un agente desde una fuente infectiva a un huésped susceptible.
7. **Clorhexidina:** Nombre químico del antiséptico que se utiliza en la desinfección de piel y heridas.
8. **Conocimiento práctico:** Es el conocimiento que se tiene cuando se poseen las destrezas necesarias para llevar una acción.
9. **Colonización:** Presencia y multiplicación de microorganismos patógenos sin que se produzca una invasión o deterioro de los tejidos.
10. **Cuidado de las manos:** Acciones que disminuyen el riesgo de irritación o deterioro de la piel.
11. **Cumplimiento observado de la higiene de manos:** Es la acción de realizar los pasos de la técnica correcta de la higiene de manos con agua y jabón en un periodo corto de tiempo, según pautas establecidas.
12. **Desinfección:** Eliminación de la mayoría o todos los microorganismos patógenos, excluyendo esporas bacterianas
13. **Fricción de las manos:** Aplicar un antiséptico para manos para reducir o inhibir la propagación de los microorganismos sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjugado o secado con toallas u otros instrumentos
14. **Flora bacteriana:** conjunto de bacterias que contribuyen a mantener el estado de salud del hospedador y que se encuentra como saprófitos sobre la piel, intestino, boca, etc. bajo ciertas circunstancias específicas actúan como agentes patógenos
15. **Fluidos corporales:** Cualquier sustancia/fluido procedente del cuerpo: Sangre, Excreciones, Secreciones, Trasudado/exudado
Muestra biológica extraída del cuerpo.

- 16. Higiene de Manos:** Término generalizado referente a cualquier acción para tener las manos limpias y secas
- 17. Huésped susceptible:** individuo sano en el cual se puede desarrollar una enfermedad transmisible.
- 18. Indicación de higiene de las manos:** Razón por la que se debe realizar la higiene de las manos en una determinada situación.
Infección: Invasión y multiplicación de microorganismos patógenos en un tejido o en una parte del cuerpo que, mediante diversos mecanismos celulares o tóxicos pueden posteriormente ocasionar una lesión tisular y convertirse en enfermedad
- 19. Infección nosocomial:** es cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible, que afecta al paciente como consecuencia de su ingreso en el hospital o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo.
- 20. Lavado de manos:** Es la limpieza mecánica de las manos usando agua, jabón corriente o antimicrobiano y secado de las manos con toallas de papel desechable con el objetivo de hacer barrido de manera organizada o microorganismos.
- 21. Manos seguras:** Características de las manos limpias y secas posteriores de haber realizado la higiene de manos.
- 22. Momentos de la higiene de Manos:** Son los tiempos en los cuales se debe realizar la higiene de manos por el riesgo que tiene el trabajador de realizar una transmisión cruzada de infecciones
- 23. Oportunidad para la higiene de las manos:** Momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos.
- 24. Preparado de base alcohólica para la fricción de las manos:** Preparado de contenido alcohólico (líquido, gel o espuma) formulado para ser aplicado en las manos con el objetivo de

inactivar los microorganismos y / o suprimir temporalmente su crecimiento.

25. Procedimiento de Lavado de Manos: Son los pasos según la norma institucional para la higiene de manos en el personal de enfermería en una institución de salud obtenidas mediante la aplicación de una guía de observación o chequeo.

26. Reservorio: organismo que aloja microorganismo que pueden causar una enfermedad contagiosa y propagarla hasta producir una epidemia.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

3.1.1. Hipótesis General.

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la adherencia a la a higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017

3.1.2. Hipótesis Específicos

- a) Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y los factores de riesgo para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.

- b) Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y los factores de mejora para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017

3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

3.2.1. Clasificación de Variables

Variable Independiente (x)

Nivel de Conocimiento

Variable Dependiente (y)

Adherencia a la Higiene de Manos.

3.2.2. Definición constitutiva de variables.

Nivel de Conocimiento

El lavado higiénico de manos se define como la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de aclarado con abundante agua. Este realiza con el objetivo de eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos, se realiza mediante el lavado de manos con agua y Jabón líquido antiséptico de pH neutro o ligeramente ácido, procedimiento que se debe realizar siguiendo los pasos y respetando la duración que establecida (OMS, 2009), el lavado de manos se debe realizar siempre que las manos estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales o después de la exposición a patógenos que liberen esporas; por otro lado el procedimiento puede realizarse con Solución de base Alcohólica. Debe señalarse la importancia de cuidarse las manos para que la flora transitoria no se convierta en residente (OMS, 2009).

Adherencia a la Higiene de Manos

La necesidad de la adherencia a la higiene de las manos está estrechamente ligada a las actividades de los profesionales de la salud y en el espacio físico que rodea a cada paciente. Si lo consideramos en relación a un solo paciente, el entorno en que se realiza la asistencia puede dividirse en dos áreas espaciales virtuales, la zona del paciente y el área de asistencia.

La adherencia a la higiene de las manos incumbe a todos los profesionales de la salud que se encuentran en contacto directo o indirecto con los pacientes y su entorno durante sus respectivas actividades. Las modalidades de transmisión de gérmenes pueden diferir en función de la actividad, pero la entidad del riesgo asociado a la transmisión en una situación

particular suele ser desconocida. Por este motivo, todas las personas que participan en la prestación de asistencia sanitaria tienen la responsabilidad de detener la transmisión microbiana cuando el contacto directo o indirecto justifica la existencia de indicaciones para la higiene de las manos. En un entorno asistencial, todas las actividades que entrañan contacto directo o indirecto con los pacientes se consideran actividades de asistencia sanitaria. Eso significa que, con excepción del personal administrativo, la higiene de las manos incumbe potencialmente a todos los profesionales de la salud, sea cual sea su ubicación, en el curso de la realización de sus tareas (OMS, Manual Técnico de Referencia para la Higiene de manos, 2009)

3.2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES
Nivel de Conocimiento	Técnica de Higiene de Manos	Lavado de manos <ul style="list-style-type: none"> • Insumos • Nº de acciones de higiene de manos • Duración • Oportunidades Fricción de Manos <ul style="list-style-type: none"> • Insumos • Nº de acciones de Higiene de manos • Duración • Oportunidades
	Momentos de la Higiene de manos	Indicaciones <ul style="list-style-type: none"> • Antes del contacto con el paciente • Antes de los procedimientos • Manipulación de fluidos • Entorno del paciente • Contacto con el paciente
Adherencia	Factores de Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • De incumplimiento observado • De incumplimiento citado • De barreras percibidas
	Factores de Mejora	<ul style="list-style-type: none"> • De cumplimiento observado • Predictivos • Determinantes • De preferencia

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Descripción del Método y Diseño

Método: El método a utilizar será el descriptivo porque se describirá el comportamiento de las variables tal como se presenten.

Diseño: El diseño a utilizar será el correlacional, porque se verá la correlación de variables.

M: O_x r O_y

Dónde:

M : Muestra en estudio

R : Relación

O_x : Representa la variable independiente

O_y : Representa de la variable dependiente

4.2 Tipo y nivel de Investigación

El presente estudio de investigación es de nivel descriptivo, de tipo cuantitativo porque las variables a estudiar nivel de conocimiento y adherencia se expresaran numéricamente

4.3 Población, Muestra, y Muestreo

Población: Estará conformada por los Licenciados en Enfermería que laboran en el servicio de Hematología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins

N= 32

Muestra: Se trabajará al 100 % de la población por ser una población Censal.

n=32

4.4. Consideraciones Éticas

Para ejecutar este estudio de investigación se tendrá en cuenta la autorización de la institución.

La información recogida será confidencial, nadie excepto el investigador y sus colaboradores tendrá acceso a la información.

El estudio seguirá las normas éticas nacionales en el campo de la investigación en la salud y de la Declaración de Helsinki II, guardando los principios de:

Autonomía.- Para la aplicación de este principio se pedirá su consentimiento informado a los encuestados, se respetara su decisión de participación, se mantendrá la confiabilidad absoluta de los datos y diagnósticos recibidos.

No maleficencia.- Para la aplicación de este principio la investigación no constituirá fuente de daño o riesgo para la población en estudio.

Beneficencia.- Para la aplicación de este principio se pondrá en conocimiento de los licenciados en enfermería el motivo por el cual se pide su colaboración con esta investigación, haciéndoles saber que los respuestas que se obtendrán en el cuestionario servirán de ayuda para mejorar o modificar la atención en el servicio en beneficio del paciente.

Justicia.- para aplicar este principio se hará participe a todos los licenciados en enfermería del servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins sin considerar las distinciones en relación; cultural, ideológica, política, social o económica.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1. Técnicas e Instrumentos

La técnica a emplear para la recolección de datos será la encuesta, mediante la cual se obtendrá la información de los sujetos de estudio proporcionados por ellos mismos.

Instrumento: Se utilizará el cuestionario con preguntas cerradas que permitieran recolectar la información necesaria para responder la problemática definida y lograr los objetivos formulados con previo consentimiento informado. El cuestionario consta de 64 preguntas; las preguntas del 1 al 20 responde a la variable nivel de conocimiento y de la pregunta 21 hasta el 64 responde a la variable adherencia a la higienización de manos.

Por cada respuesta correcta se le asignara 01 punto y por cada no respondida será 00 puntos; por lo tanto se clasifica el Nivel Conocimiento de la siguiente manera:

- De 16 a 20 puntos Nivel Alto
- De 12 a 15 puntos Nivel Medio
- < de 11 puntos Nivel Bajo Y el Nivel Adherencia de la siguiente manera:
 - De 50 a 64 puntos Nivel Alto
 - De 36 a 49 puntos Nivel Medio
 - < de 35 puntos Nivel Bajo

Para la validez del contenido y constructo; el instrumento será sometido a juicio de expertos compuesto por 3 profesionales especialistas, maestría y/o doctora.

5.2 Plan de Recolección, procesamiento y presentación de datos.

Para llevar a cabo el presente estudio se realizará el trámite administrativo mediante un oficio dirigido al Director del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, al jefe de la Oficina de Docencia e Investigación, a la Jefe del Departamento de Enfermería y a la Jefe del Servicio de Hematología, para obtener el permiso para la ejecución del mismo. Luego se llevará a cabo las coordinaciones pertinentes, a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando una duración promedio de 20 minutos por entrevistado. Los datos serán recolectados por el investigador durante el tiempo previsto, en el presente trabajo de investigación.

Plan de Procesamiento y presentación de resultados. - Para el análisis de los datos, de las dimensiones de las variables del estudio, los datos recolectados serán vaciados en una data Excel, luego se utilizará el software SPSS última versión, para el tratamiento de los datos recolectados.

La presentación de los resultados obtenidos, serán presentados en tablas de frecuencias, porcentajes y gráficos de barras.

CAPÍTULO VI

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

6.1. Cronograma de Actividades

N ^a	ACTIVIDADES	2016			2017			
		Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr
1	Elaboración del proyecto de investigación	X	X					
2	Presentación y revisión del proyecto.			X	X			
3	Revisión de juicio de expertos				X			
4	Ejecución de la prueba piloto				X			
5	Redefinición y corrección del proyecto				X	X		
6	Desarrollo de plan de recolección y procesamiento de datos					X	X	
7	Análisis e interpretación de datos						X	X
8	Presentación del informe final							X

6.2. Presupuesto

Potencial Humano

- Autora.
- Asesora del proyecto.

Recursos Materiales

- Computadora.

Locales:

- Ambientes del Servicio de Hematología y Unidad de Trasplante de Médula Ósea del HNERM.

Recursos Financieros. Costo del proyecto.

VIÁTICOS Y ASIGNACIONES:

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO TOTAL
ALIMENTACIÓN	10	100.00
SUB – TOTAL		100.00

BIENES DE CONSUMO

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Papel bond 70gr.	500 UNIDADES	12.00
Fólderres manila	12 UNIDADES	5.00
Resaltadores	03 UNIDADES	6.00
Plumones	12 UNIDADES	12.00
Lapiceros	6 UNIDADES	6.00
Lápiz	6 UNIDADES	6.00
Borradores	3 UNIDADES	1.50
Correctores	3 UNIDADES	6.00
Discos compactos	06 UNIDADES	6.00
SUB – TOTAL		60.50

PASAJES Y GASTOS DE TRANSPORTE:

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Pasajes urbanos	60	90.00
Taxi	15	150.00
SUB – TOTAL		240.00

SERVICIOS DE CONSULTORIA

SERVICIO	UNIDAD	COSTO UNITARIO (S/.)	TOTAL (S/.)
Asesoría	01	800.00	800.00
SUBTOTAL			800.00

OTROS SERVICIOS DE TERCEROS:

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Copias	500 unidades	50.00
Internet	50 horas	50.00
Impresiones	300 unidades	30.00
Encuadernación	05 unidades	100.00
SUB – TOTAL		230.00

RESUMEN

DESCRIPCION	COSTO S/.
Viáticos y asignación	100.00
Bienes de consumo	60.50
Pasajes y gastos de transporte	240.00
Servicios de consultaría	800.00
Otros servicios de terceros	230.00
TOTAL	1,430.50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Briceño – León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. [Tesis]. Brasil 2008. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X199600000002
2. Palacios J, Jiménez O, Turu I, et al. Conocimientos sobre donación y trasplante de órganos en un hospital con programa de trasplante. Rev. Chilena de Cirugía 2003; 55(3):244-8.
3. Brouwer DH, Kroese R, Van Hemmen JJ. Transfer of contaminants from surface to hands: experimental assessment of linearity of the exposure process, adherence to the skin and area exposed during fixed pressure and repeated contact with surfaces contaminated with powder. Applied Occupational and Environmental Hygiene. 1999; 14:240-241.
4. Vaqué Rafart J. Epidemiología general de las enfermedades transmisibles. In: MASSON, editor. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: 2008: 453-471.
5. Herruzo Cabrera R, García Caballero J, del Rey Calero J, López Fernández FJ. Infección hospitalaria: epidemiología y prevención. In: MASSON, editor. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: 2008: 727-737.
6. Herruzo Cabrera R, García Caballero J, del Rey Calero J, López Fernández FJ. Infección hospitalaria: epidemiología y prevención. In: MASSON, editor. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: 2008: 737-739.
7. Herruzo Cabrera R, García Caballero J, del Rey Calero J, López Fernández FJ. Infección hospitalaria: epidemiología y prevención. In: MASSON, editor. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: 2008: 739-740

8. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL, Jr., Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA et al. Estimación de infecciones y muertes asociadas a la atención de salud en los hospitales de Estados Unidos, 2002. Public Health Rep 2007; 122(2):160-166.
9. Allegranzi B, Pittet D. Infecciones asociadas a la salud en los países en desarrollo: soluciones simples para enfrentar los desafíos complejos. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007; 28(12):1323-1327.
10. Zaidi AK, Huskins WC, Thaver D, Bhutta ZA, Abbas Z, Goldmann DA. "Infecciones neonatales nosocomiales en los países en desarrollo. Lancet 2005; 365(9465):1175-1188.
11. Mayon-White RT, Duce G, Kereselidze T, Tikomirov E. An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. J Hosp Infect. 1988; 11(Suppl A):43-48.
12. Pittet D, Donaldson L. Clean Care is Safer Care: a worldwide priority. Lancet 2006; 366(9493):1246-1247.
13. Chinchá O, Cornelio E, Valverde V, Acevedo M. Infecciones intrahospitalarias asociadas a dispositivos invasivos en unidades de cuidados intensivos de un hospital nacional de Lima, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013; 30(4):616-620.
14. Sable Ca, Donowitz GR. Infection in bone marrow transplant recipients. Clin Infect Dis. 1994; 18(3):273-281.
15. Rowe JM, Ciobanu N, Ascensao J, Tadtmauer EA, Weiner RS, Schenkein DP, et al. Recommended guidelines for the management of autologous and allogeneic bone marrow transplantation. Ann Intern Med. 1994; 120(2):143-158.
16. Rovira M, Ruiz-Camps I. Infections in stem cell transplantation. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007; 25(7):477-486.

17. First Global Patient Safety Challenge. Clean Care is Safer Care. WHO [en línea]. 2010. [consultado el 24 de octubre del 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
18. Montes LF, Wilborn WH. Ubicación de las bacterias en la flora de la piel. *Br J Dermatol.* 1969; 81(1):23-26.
19. Lark RL, Vander Hyde K, Deeb GM, Dietrich S, Massey JP, Chenoweth C. Un Brote de infecciones por estafilococos coagulase negativos en sitios quirúrgicos tras la sustitución de la válvula aortica. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2001; 22(10):618-623.
20. Slight PH, Weber JM, Campos JM, Plotkin SA. Oxacillin-resistant coagulase negative staphylococcal carriage rates in neonatal intensive care nurses and non-patient care hospital personnel. *Am J Infect Control?* 1987; 15(1):29-32.
21. Rayan GM, Flournoy DJ. Flora Microbiana de las uñas humanas. *J Hand Surg Am.* 1987; 12(4):605-607.
22. Brouwer DH, Kroese R, Van Hemmen JJ. Transferencia de contaminantes desde la superficie hasta las manos: evaluación experimental de la linealidad del proceso de exposición, la adherencia a la piel, y el área expuesta durante presión fija y el contacto repetido con las superficies contaminadas con un polvo. *Appl Occup Environ Hyg.* 1999; 14(4):231-239.
23. Patrick DR, Findon G, Miller TE. La humedad residual determina el nivel de contacto asociado a la transferencia bacteriana tras el lavado de manos. *Epidemiol Infect.* 1997; 119(3):319-325.
24. First Global Patient Safety Challenge. Una atención limpia es una atención más segura. WHO [en línea]. 2010. [consultado el 24 de octubre del 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
25. Roth RR, James WD. Microbiology of the skin: resident flora, ecology, infection. *J Am Acad Dermatol.* 1989; 20(3):367-390.

26. Roth RR, James WD. Microbiology of the skin: resident flora, ecology, infection. *J Am Acad Dermatol.* 1989; 20:367-390.
27. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa-Silva CL, Donaldson L et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Dis.* 2006; 6(10):641-652.
28. Dharan S, Touveneau S, Sauvan V, Perneger TV. Bacterial contamination of the hands of hospital staff during routine patient care. *Arch Intern Med.* 1999; 159(8):821-826.
29. Neely AN, Maley MP. Survival of enterococci and staphylococci on hospital fabrics and plastic. *J Clin Microbiol.* 2000; 38(2):724-726.
30. Larson E. A causal link between hand washing and risk of infection? Examination of the evidence. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1988; 9(1):28-36.
31. Faria S, Sodano L, Gjata A, Dauri M, Sabato AF, Bilaj A et al. The first prevalence survey of nosocomial infections in the University Hospital Centre 'Mother Teresa' of Tirana, Albania. *J Hosp Infect.* 2007; 65(3):244-250.
32. Barker J, Vipond IB, Bloomfield SF. Efectos de la limpieza y desinfección en la reducción de la propagación de la contaminación a través de Noro virus en superficies ambientales. *J Hosp Infect.* 2004; 58(1):42-49.
33. El Shafie SS, Alishaq M, Leni GM. La investigación de un brote de *Acinetobacter baumannii* multirresistentes en el trauma intensivo. *Careunit. J Hosp Infect.* 2004; 56(2):101-105.
34. Passaro DJ, Waring L, Armstrong R, Bolding F, Bouvier B, Rosenberg J et al. Postoperative *Serratia marcescens* wound infections traced to an out-of-hospital source. *J Infect Dis.* 1997; 175(4):992-995.

35. Ehren kranz NJ. Bland soap hand washes or hand antisepsis? The pressing need for clarity. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1992; 13(5):299-301.
36. Emilson A, Lindberg M, Forslind B. The temperature effect on in vitro penetration of sodium lauryl sulfate and nickel chloride through human skin. *Acta Derm Venereol.* 1993; 73(3):203-207.
37. Macdonald DJ, Mc Killop EC, Trotter S, Gray A Jr. Improving hand-washing performance - a crossover study of hand-washing in the orthopaedic department. *Ann R CollSurg Engl.* 2006; 88(3):289-291.
38. O'Boyle CA, Henly SJ, Larson E. La comprensión de adherencia a las recomendaciones de higiene de manos: la teoría del comportamiento planificado. *Am J Infect Control* 2001; 29(6):352-360.
39. Villa S, Margalejo S. Higiene de manos. Guía de recomendaciones para los establecimientos de salud. ECI [Revista en Internet]. 2011 [citado 28 sep 2016]; 3(3):390-08. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wGUp3KHdctUJ:www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/07/sal_sepa_guiaadeci.pdf+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es
40. Fernández Fernández ML. Bases históricas y teóricas de la enfermería, Modelos y teoría en enfermería II. Universidad de Cantabria [en línea]. [citado el 18 de septiembre del 2016] [aproximadamente 20 p]. Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11\(II\).pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema11(II).pdf)
41. Pérez-Pérez, P, Herrera Usagre, Bueno Cabanillas y col. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. *Cad. Saúde Pública* [en línea]. 2015 [citado el 12 de agosto del 2016]; 31(1): 149-160. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00149.pdf>

42. Aparicio Solórzano N. Higiene de las manos del personal médico y de enfermería del Departamento de Pediatría y Puericultura del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Carabobo. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
43. Buñay Cuyo A, Lema Morocho SD, Quezada González MS. Evaluación del Cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Sala de Operaciones del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N° 1. [Tesis]. Quito. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
44. Real Ramírez J. Cumplimiento de la higiene de manos de acuerdo a las recomendaciones de la OMS y los factores asociados en el personal de salud del servicio de pediatría de un hospital general de la Secretaria de Salud. [Tesis]. México. Instituto Nacional de Salud Pública. Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzales; 2010.
45. Fuentes Ferres, Manuel Enrique. “Efectividad de una intervención para mejorar el grado de cumplimiento con las recomendaciones de higiene de manos en el Hospital Clínico San Carlos”. [Tesis Doctoral]. España: Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de Ciencias de la Salud; 2012.
46. Bustamante Ojeda LH. Evaluación del Cumplimiento de las normas de bioseguridad en el Hospital UTPL, en las áreas de emergencia, hospitalización, quirófano, laboratorio y consulta externa. [Tesis]. Loja. Universidad Técnica Particular de Loja. Escuela de Medicina; 2012.
47. Almeida K, Betancourt MM. Sensibilidad del profesional de Enfermería en el cumplimiento del lavado de manos para disminuir infecciones intrahospitalarias en la Unidad de Emergencia de adultos del IVSS Hospital General “Dr. Pastor Oropeza Riera”. [Tesis]. Barquisimeto. Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado”. Programa de Enfermería; 2012.
48. Tejeda Amaya CA. Práctica de Lavado de manos en la Escuela “Manual Bonilla” del Municipio de Lepaera, Lempira, Setiembre a Noviembre 2010. [Tesis]. Honduras. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Facultad de Investigación Científica; 2011.

49. Alancay VN, Barros ME. Razones por la que el equipo interdisciplinario no cumple con la norma del Lavado de Manos. [Tesis]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
50. Núñez Tucno, Carmela. Aspectos cognitivos y procedimentales del Lavado de Manos en las enfermeras del servicio de Recuperación post anestésica del Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Tesis]. Lima: Universidad Wiener. Facultad de Enfermería; 2013.
51. Orellana Carmona M, Changa Murga R, Sullcapuma Guillen B, Chávez Cachay E. Técnicas asépticas en el cuidado enfermero a pacientes hospitalizados que requieren administración de fármacos y aspiración de secreciones del tracto respiratorio. *Revenferm Herediana* 2013; 6(2):86-95.
52. Aristetegui, V. (2015). Adherencia de la higiene de manos en el ámbito hospitalario. *Iberus*, 15.
53. Gómez, M. (2006). Eumed.net, 121. Obtenido de http://www.eumed.net/tesisdoctorales/2012/mirm/cualitativo_cuantitativo_mixto.html
54. OMS. (Julio de 2009). Obtenido de http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/GUIA%20DE%20LA%20OMS%20SOBRE%20HIGIENE%20DE%20MANOS.pdf
55. OMS. (Junio de 2012). <http://www.who.int>. Obtenido de http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1
56. OMS. (2009). Manual Técnico de Referencia para la Higiene de manos. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf .
57. OPS. (2012). Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud. En OPS. Washington, D.C.: (Texas, EUA).

58. Pidal, P. (2010). Motivos del pobre Cumplimiento de la Higiene de manos entre los Trabajadores hospitalario. Rev. Chilena Infect , 435-436.
59. Poveda. (2000). http://www.fundacionmerck.com/system/attachments/3921/original/AA_FF_Documento_final_baja.pdf?2014-06-24%2011:59:37%20+0200
60. Ringland, A. y. (7 de Abril de 2014). Obtenido de <http://temasdeenfermeria.com.ar/2014/04/los-5-momentos-para-el-lavado-de-manos-en-la-atencion-sanitaria/>
61. Saldarriaga S., L. (2016). Adherencia al lavado de manos en personal de salud del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria II-2 de Tumbes. *iberoam. Educ. investi. Enferm.* , 42-54.
62. Toribio. (2009). <https://www.seguridaddelpaciente.es>. España: Consejería de Sanidad y Dependencia.
63. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
64. Rodríguez D, del Castillo P, Aguilar C, compiladores. *Glosario de Términos en Salud Ambiental*. 2da ed. Metepec: Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud. Programa de Salud Ambiental. OPS, OMS; 1990.
65. Boyce JM, Pittet D. CDC Centers for Disease Control and Prevention. *Guideline for Hand Hygiene in Health care Settings: Recommendations of the Health care Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/APICI/IDSA Hand Hygiene Task Force*. October 2002
66. Organización Mundial de la Salud. *Guía sobre higiene de Manos en la atención de la salud*. Resumen. Disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf. Visto el 20 de mayo 2014
67. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=44245>
68. Organización Mundial de la Salud. *Guía sobre higiene de Manos en la atención de la salud*. Resumen. Disponible en: http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf. Visto el 20 de mayo 2014

ANEXOS



**CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA A LA
HIGIENIZACIÓN DE MANOS DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA DEL
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS**

La presente investigación es realizada por la licenciada en enfermería Vicky Sonia Chambi Barrionuevo alumna de la universidad Inca Garcilaso de la Vega. Cuyo objetivo principal es determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la adherencia a la higienización de manos del licenciado en enfermería. Para ello, solicitamos su colaboración respondiendo en forma clara y con la verdad los ítems a continuación descritos.

Tenga usted la plena seguridad de que la información proporcionada seguirá los principios éticos de: confidencialidad y privacidad, respeto, autonomía, veracidad, no maleficencia y beneficencia no generándole perjuicio de ningún tipo para su persona.

Agradeceré que respondan todas las preguntas, marcando con una (X) una de las alternativas que a su parecer se ajusta a la realidad.

¡Gracias!

Nivel Conocimiento:

- De 16 a 20 puntos Nivel Alto
- De 12 a 15 puntos Nivel Medio
- < de 11 puntos Nivel Bajo

Nivel Adherencia:

- De 50 a 64 puntos Nivel Alto
- De 36 a 49 puntos Nivel Medio
- < de 35 puntos Nivel Bajo

DATOS GENERALES

Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

Edad:

25-30 años ()

30-40 años ()

+ de 40 años ()

Años de servicio:

<a 1 año ()

2 a 5 años ()

> de 5 años ()

Recibió capacitación en el último año:

Si ()

No ()

NIVEL DE CONOCIMIENTO

TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS		
Lavado de Manos	SI	NO
1. Se debe lavar las manos con jabón antiséptico cuando estén visiblemente sucias		
2. Para el lavado de manos los insumos necesarios son: jabón antiséptico, papel toalla , lavadero con agua		
3. La duración del lavado clínico es entre 40 a 60 segundos		
4. Según la OMS los pasos del lavado de manos son 11 pasos		
5. El uso de guantes reemplaza la necesidad de la higiene de manos.		
Fricción de Manos		
6. El alcohol gel debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos		
7. Los dispensadores de alcohol gel deben ser ubicados preferentemente en la habitación del paciente.		
8. Estudios han demostrado que con el alcohol gel hay buena tolerancia de la piel, no se necesite ninguna infraestructura.		
9. La duración de la fricción de manos con alcohol gel es entre 20 a 30 segundos		
10. Según la OMS Los pasos de la higiene de manos por fricción son 11 pasos		
MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE MANOS		
Antes del contacto con el paciente	SI	NO
11. Debe lavarse las manos al acercarse al paciente (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).		
12. ¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tenemos depositados en nuestras manos (libres o con guantes)		
Antes de realizar tarea aséptica.		
13. Debe lavarse las manos inmediatamente antes de realizar la tarea (curas, inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).		
14. ¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluido los gérmenes del propio paciente.		

Después del riesgo de exposición a líquidos corporales		
15. Debe lavarse las manos inmediatamente después de exposición a fluidos orgánicos aunque se lleven guantes (extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).		
16. ¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente		
Después del contacto con el paciente		
17. Debe lavarse las manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).		
18. ¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.		
Después del contacto con el entorno del paciente.		
19. Debe lavarse de las manos después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso si no se ha tocado al paciente (cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión).		
20. ¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.		

ADHERENCIA A LA HIGIENIZACION DE LAS MANOS

FACTORES DE RIESGO PARA LA ADHERENCIA	SI	NO
De incumplimiento observados		
21. ¿Influye el trabajar en diferentes hospitales para el incumplimiento con la higienización de manos?		
22. ¿Influye la relación enfermera paciente y falta de personal en el incumplimiento?		
23. ¿Considera que la baja adherencia se da cuando cuida a pacientes operados de cirugías con heridas contaminadas?.		
24. ¿Considera que la baja adherencia se da cuando cuida a pacientes con aislamiento?		
25. ¿Considera que no amerita higienizarse las manos cuando está en contacto con el paciente por breves minutos?		
26. La Interrupción durante las actividades de atención evita el cumplimiento a la higienización de las manos?		

27. Consideran que la frecuente necesidad de higiene de manos por hora es innecesaria?		
28. Consideran que actividades con alto riesgo de transmisión cruzada no depende de una buena higienización de manos?		
29. Consideran poco importante higienizarse las manos antes y después del contacto con el entorno del paciente?		
30. La baja adherencia a la higiene de manos se observa en el médico?		
31. La baja adherencia a la higiene de manos se observa en la enfermera?		
32. La baja adherencia a la higiene de manos se observa en la técnica de enfermería?		
33. La baja adherencia a la higiene de manos se observa que es por otro personal de salud?		
Factores de incumplimiento citados		
34. Hay incumplimiento porque los productos para el lavado de manos causan irritación y/o sequedad?.		
35. Incumplen porque los lavamanos son escasos o están mal situados?		
36. Incumplen por falta de jabón, toallas de papel o productos para el lavado de manos?		
37. Incumplen por estar a menudo ocupado o tener poco tiempo?		
38. Incumplen porque consideran que hay bajo riesgo de contraer infecciones transmitidas por los pacientes?		
39. Consideran que el uso de guantes hace innecesaria la higiene de las manos?		
40. Incumplen por desconocimiento de las directrices, protocolos, educación y experiencia?		
41. Incumplen por falta de premios o estímulos?		
Barreras percibidas para la adecuada higiene de manos		
42. Perciben ausencia de participación activa en la promoción		

de la higiene de las manos a nivel individual o institucional?		
43. Perciben que hay ausencia de sanciones administrativas a los incumplidores y de recompensas a los cumplidores?		
44. Perciben ausencia de un clima de seguridad institucional?		
FACTORES DE MEJORA PARA LA ADHERENCIA		
De cumplimiento observado	SI	NO
45. Hay cumplimiento porque tienen acceso a los preparados de base alcohólica?		
46. Hay cumplimiento porque recibieron educación, formación, información, sobre higiene de manos?		
47. Cumplen porque cuentan con lavamanos automatizados, tienen incentivos económicos, felicitaciones por sus jefes?		
48. Cumplen porque son amonestados por el incumplimiento?		
49. Cumplen porque conocen que es una medida de control de infecciones?		
Factores predictivos		
50. Cumplen con la higienización de manos con los pacientes sometidos a precauciones de aislamiento?		
51. Cumplen con la higienización de manos en los 5 momentos cuando brindan cuidados, entre pacientes?		
52. Cumplen porque conocen que hay alto riesgo de transmisión cruzada o de contaminación si no se higienizan las manos?		
53. Cumplen porque evalúan el nivel de suciedad de la técnica o procedimiento que realizan?		
54. Cumplen porque hay supervisiones o monitoreo, visitas anunciadas		
Factores determinantes		
55. Una buena adherencia se da porque hay normas, directivas, comportamiento de los pares (modelos)?		
56. Hay buena adherencia porque son percibido como modelo con una buena adhesión a la higiene de manos?.		
57. Hay buena adherencia porque la higiene de manos es fácil de realizar y se tiene fácil acceso a los preparados de base		

alcohólica?		
58. Hay buena adherencia porque se controla el comportamiento a la higiene de manos?		
59. Hay actitud positiva hacia la higiene de manos tras el contacto con el paciente?		
60. Hay cumplimiento por percepción del riesgo de infección durante el contacto con el paciente?		
61. Hay cumplimiento por las creencias en los beneficios de realizar la higiene de manos como protección de los trabajadores frente a infecciones?		
62. Hay cumplimiento porque hubo formación, información previa sobre la importancia de la higienización de las manos?		
Factores de preferencia para la fricción de manos		
63. Hay cumplimiento cuando hay actividades con alto riesgo de transmisión cruzada/ alto nivel de suciedad?		
64. Hay cumplimiento cuando hay alto índice de actividades?		

ANEXO N°01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
Identificado con DNI y en pleno uso de mis facultades mentales
acepto participar en el estudio **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA A
LA HIGIENIZACIÓN DE MANOS DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA.
HEMATOLOGÍA HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2017”**
habiendo sido informado previamente que:

1. El estudio seguirá las normas éticas nacionales en el campo de la investigación en la salud y de la Declaración de Helsinki II, guardando los principios de: confidencialidad y privacidad, respeto, autonomía, veracidad, no maleficencia y beneficencia, y justicia no generándome perjuicio de ningún tipo para mi persona.
2. Puedo retirarme del estudio durante su desarrollo si así lo considerase conveniente.

Lima de del 2017.



MATRIZ DE CONSISTENCIA

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ADHERENCIA A LA HIGIENIZACIÓN DE MANOS DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA.
HEMATOLOGÍA HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, 2017

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACION DE HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p><u>Problema General.</u></p> <p>¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la adherencia a la a higiene de manos delas licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y los factores de riesgopara la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la adherencia a la a higiene de manos delas licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y los factores de riesgo para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la adherencia a la a higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>1. Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento, y los factores de riesgo para la adherencia ala higiene de manos de las licenciadas en</p>	<p>Variable Independiente (x)</p> <p>Nivel de Conocimiento</p> <p>Variable Dependiente (y)</p> <p>Adherencia a la Higiene de Manos</p>	<p>Metodología</p> <p>Método: Descriptivo</p> <p>Diseño: Correlacional.</p> <p>M: Ox r Oy</p> <p>Tipo y nivel de investigación</p> <p>Tipo: Cuantitativo</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Población.- Licenciados de</p>	<p>Técnica:</p> <p>Encuesta</p> <p>Instrumento</p> <p>Cuestionario de 64 preguntas dicotómicas para las dos variables.</p>

<p>Edgardo Rebagliati Martins, 2017?</p> <p>2. ¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y los factores de mejora para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017?</p>	<p>Martins, 2017.</p> <p>2. Identificar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y los factores de mejora para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.</p>	<p>enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.</p> <p>2. Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y los factores de mejora para la adherencia a la higiene de manos de las licenciadas en enfermería del Servicio de Hematología del hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017.</p>		<p>enfermería del servicio Hematología.</p> <p>N=32</p> <p>Muestra: por ser población Censal.</p> <p>n=32</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

