



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

Sucre - Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y HOSPITALARIA”**

**“VALORACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA “UNA
ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN SEGURA” EN EL HOSPITAL
CRISTO DE LAS AMÉRICAS DE LA CIUDAD DE SUCRE 2017”**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Salud Pública y Epidemiología
Clínica y Hospitalaria”**

MAESTRANTE: RITA BELEM POVEDA CASTRO

**SUCRE – BOLIVIA
2018**



UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR
SEDE CENTRAL
Sucre - Bolivia

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN
“SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA Y HOSPITALARIA”**

**“VALORACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA “UNA
ATENCIÓN LIMPIA ES UNA ATENCIÓN SEGURA” EN EL HOSPITAL
CRISTO DE LAS AMÉRICAS DE LA CIUDAD DE SUCRE.2017”**

**Tesis presentada para obtener el
Grado Académico de Magister en
“Salud Pública y Epidemiología
Clínica y Hospitalaria”**

MAESTRANTE: RITA BELEM POVEDA CASTRO
TUTOR: Dr. FERNANDO ESPINOZA OSORIO

SUCRE - BOLIVIA
2018

DEDICADO:

*A la luz que guía cada paso de mi vida, su ejemplo me mantuvo soñando
cuando quise rendirme...*

Gracias por tanto, te amo Pá!

"...el recuerdo de tu sonrisa es la mejor manera de seguir adelante..."

AGRADECIMIENTOS:

A Dios.

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

A Mamá y Papá.

Por ser el pilar más importante de mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar las dificultades.

Gracias Má, mujer maravillosa por ser mí mejor ejemplo de fe y fortaleza.

A mis hermanas.

Por acompañarme en este camino y a pesar de tantas adversidades seguir de pie.

A mi familia.

Por el apoyo incondicional, en buenos y sobre todo en malos momentos.

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de esta etapa; por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación profesional.

Dr. Fernando Espinoza, Dra. Carolina Terán, Dr. Gróver Linares, gracias por la paciencia y el apoyo incondicional.

A mis amigos.

Por los maravillosos momentos compartidos en el transcurso de este posgrado

Resumen

Las infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS) se relacionan con un aumento de la carga de la enfermedad de los pacientes y con un incremento de los costos para los sistemas de salud. Las consecuencias de la ausencia o inadecuada higiene de manos son bastante graves, pues según la Organización Mundial de la Salud, uno de cada diez enfermos hospitalizados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades o incluso la muerte.

El presente es un estudio descriptivo, observacional, transversal, cuyo objetivo es determinar el impacto de la implementación de la estrategia multimodal “Una atención Limpia es una Atención segura” en el Hospital Cristo de las Américas de la ciudad de Sucre, sobre la adherencia a la higiene de manos. Las encuestas se realizaron a 40 funcionarios de la Institución, se tuvieron 150 oportunidades de observación de Higiene de Manos. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información encuestas tipo cuestionario de la OMS: Auto Evaluación, Conocimientos, Percepción y formulario para la observación de Higiene de Manos.

Dentro de los resultados principales observamos que aunque la mayoría de los profesionales ha recibido educación formal sobre la higiene de las manos en los tres últimos años, existen lagunas de conocimientos que habría que abordar. Entre las acciones que consideran muy efectivas están la educación formal, las instrucciones explícitas, simples y claras y la disponibilidad de los Productos de Base Alcohólica en los puntos de atención, además de la colocación de carteles y la retroalimentación. El 75%(IC95% 60,33-89,67) de los participantes aseguró que utilizar alcohol gel facilitó mucho la realización de Higiene de Manos en su labor cotidiana, 87,5%(IC95% 73,20-95,81) aseguró que la formación que recibieron fue muy importante a la hora de mejorar su práctica de Higiene de Manos. El 90% de los participantes (IC95%76,34-97,21) aseguró que conocer los resultados de la observación ayudó mucho a mejorar la práctica de Higiene de Manos. La autoevaluación indica un Nivel Inadecuado de Higiene de Manos. La adherencia global a la Higiene de Manos en el

Personal Sanitario después de la Implementación de la Estrategia de la OMS fue de 14%.

Podemos concluir que con la creación de un Programa en control de Infecciones, que tenga como parte fundamental La práctica de Higiene de Manos, se logra mayor adherencia a una práctica adecuada, lo que contribuye a la mejora en la calidad de Atención, y sobre todo a la Seguridad del Paciente (Prevención y Control de IAAS fundamentalmente.)

Summary

Infections are associated with an increased burden of disease on patients and with an increase in costs for health systems. The consequences of the absence or inadequate hygiene of the hands are quite grave, because according to the World Health Organization, one in ten hospitalized patients has a form of preventable damage that can cause disabilities or even death.

This is a descriptive, observational, cross-sectional study, whose objective is to determine the impact of the implementation of the multimodal strategy "Clean care is safe care" at the Cristo de las Américas Hospital in the city of Sucre, on the adherence to The hygiene of hands. The surveys were carried out to 40 officials of the Institution, 150 observation opportunities of Hand Hygiene were developed. The instruments used for the collection of information questionnaire type of the WHO: Self Assessment, Knowledge, Perception and Form for observation of Hand Hygiene.

Within the main results we observed that although most professionals have received a formal education on hand hygiene in recent years, there are gaps in knowledge that must be addressed. Among the actions that are very effective are formal education, explicit, simple and clear instructions and the availability of alcohol-based products at the points of attention, in addition to the placement of posters and feedback. 75% (95% CI 60.33-89.67) of the participants said that they would use alcohol gel, which greatly facilitated the performance of hand hygiene in their daily work, 87.5% (95% CI 73.20-95.81) assured that the training he received was very important at the time of improving his practice of Hand Hygiene. 90% of the participants (95% CI 76.34-97.21) said that knowing the results of the observation has contributed greatly to improving the practice of hand hygiene. The self-assessment indicates an Inadequate Level of Hand Hygiene. The overall adherence to Hand Hygiene in Health Personnel after the implementation of the WHO Strategy was 14%.

We can conclude that with the creation of an Infection Control Program, which has as a fundamental part the practice of Hand Hygiene, it is considered greater adherence to an adequate practice, which contributes to the improvement of the

quality of attention, and above all to Patient Safety (Prevention and Control of IAAS fundamentally.)

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Antecedentes del tema de Investigación.....	1
1.1.1.El Problema:.....	5
1.1.2.Justificación y uso de resultados.....	5
1.2. Objetivos	
a) General.....	5
b) Específicos.....	6
II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL.-	
2.1. Marco Teórico.....	7
2.1.1 Definición de IAAS.....	7
2.1.2.Definiciones de las intervenciones de higiene.....	7
2.1.3.Características de las formulaciones que contienen alcohol.....	11
2.1.4.Efectos de la higiene de las manos en el ambiente de los centros de salud... ..	12
2.1.5. El papel de la higiene de manos para reducir la incidencia de la infección asociada con la atención de la salud.....	13
2.1.5.1. Transmisión de patógenos asociada con la atención de la salud a través de las manos.....	13
2.1.5.2. Cumplimiento de la higiene de manos entre los Trabajadores de la Salud	14
2.1.5.3. Estrategias para mejorar el cumplimiento del lavado de manos.....	16
2.1.5.4. Impacto de la promoción de la higiene de manos en la IAAS.....	19
2.1.5.5. Promoción de la higiene de manos: rentabilidad.....	21
2.1.6 Estrategia Multimodal de la OMS.....	22
2.1.7 Resultados de la aplicación de la Estrategia Multimodal... ..	26
2.2. Marco contextual.....	30
2.2.1 Departamento de Chuquisaca.....	30
2.2.1.1 Ubicación Geográfica.....	30
2.2.1.2 Población.....	30
2.2.1.3 Características demográficas... ..	31
2.2.1.4 Economía.....	32
2.2.1.5 Salud.....	32
2.2.2. El Hospital.	33
2.2.3. Infraestructura.....	34
2.2.4. Servicios.....	34
2.2.5. Personal.....	35
2.2.6. Salud.....	35
2.3.Hipótesis.....	37

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Enfoque, tipo y diseño de investigación	
3.1.1. Enfoque de la investigación.....	38
3.1.2. Tipo y diseño de la investigación.....	38
3.2. Población y Muestra	
3.2.1. Población.....	38
3.2.2. Muestra.....	38
3.3. Variables de Estudio	
3.3.1. Identificación de variables.....	38
3.3.2. Diagrama de variables.....	39
3.4. Criterios de Inclusión y exclusión	
3.4.1 Criterios de inclusión.....	41
3.4.2 Criterios de exclusión.....	41
3.5 Procedimientos para la Recolección de la información	
3.5.1 Fuente de recolección de la información.....	41
3.5.2 Instrumentos de recojo de información	41
3.5.3 Procedimientos y técnicas.....	42
3.6 (Plan de) Procesamiento y análisis de los datos	48
3.7 Delimitaciones de la investigación	
3.7.1 Delimitación geográfica.	49
3.7.2 Sujetos y/u objetos.....	49
3.7.3 Delimitación Temporal..	49

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados de la primera encuesta.....	50
4.2 Resultados comparativos entre la primera y la segunda encuesta.....	55
4.3 Resultados de la segunda encuesta.....	78
4.4 Discusión.....	84
4.4.1 Práctica de la Higiene de Manos	84
4.4.2 Percepción sobre la Higiene de Manos.....	85
4.4.3 Conocimiento sobre la Higiene de Manos.....	85

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	86
5.2 Recomendaciones	90

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁹²

ANEXOS:

Anexo 1: Marco de Auto Evaluación de la Higiene de Manos.....	97
Anexo 2: Cuestionario Acerca de los conocimientos y percepción sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios.....	103
Anexo 3: Cuestionario de seguimiento de la percepción destinado a los profesionales Sanitarios.....	108
Anexo 4: Formulario de observación Higiene de Mano: Paquete de verificación para el cumplimiento de HM.....	112
Anexo 5: Cálculo de Inferencias.....	113
Anexo 6: Fotografías.....	134

INDICE DE TABLAS

Tabla N 1. Autoevaluación del Hospital Cristo de las Américas.....	50
Tabla N 2. Distribución del Personal de Salud del Hospital	
Cristo de las Américas según sexo, gestión 2017.....	50
Tabla N 3. Distribución del Personal de Salud del Hospital	
Cristo de las Américas según ocupación, gestión 2017.....	51
Tabla N 4. Distribución del grupo de estudio según conocimiento de la Principal Vía de Transmisión cruzada de microorganismos entre los pacientes, Hospital Cristo de las Américas 2017.....	
	51
Tabla N 5. Distribución del grupo de estudio según conocimiento de la Fuente más frecuente de gérmenes causantes de IAAS, Hospital Cristo de las Américas 2017.....	
	52
Tabla N 6. Distribución del grupo de estudio según conocimiento de Acciones de Higiene de manos que previenen transmisión de microorganismos al paciente. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	
	52
Tabla N 7. Distribución del grupo de estudio según conocimiento de Acciones de Higiene de manos que previene transmisión de microorganismos al profesional sanitario. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	
	53
Tabla N 8. Distribución del grupo de estudio según conocimiento del tiempo mínimo necesario para que el alcohol gel elimine los gérmenes de las manos. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	
	53
Tabla N 9. Distribución del grupo de estudio según percepción del porcentaje medio de pacientes hospitalizados que contraen IAAS. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	
	54
Tablas comparativas entre la primera y la segunda encuesta.	
Tabla N 10. Distribución del grupo de estudio según información reglada recibida sobre Higiene de Manos los últimos 3 años antes de la aplicación de la estrategia, Hospital Cristo de las Américas 2017.....	
	55
Tabla N 11. Distribución del grupo de estudio según información reglada recibida sobre Higiene de Manos los últimos 3 años después de la aplicación de la estrategia, Hospital Cristo de las	

Américas 2017.....	55
Tabla N 12. Distribución del grupo de estudio según uso regular de Alcohol gel para la Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia, Hospital Cristo de las Américas 2017.....	56
Tabla N 13. Distribución del grupo de estudio según uso regular de Alcohol gel para la Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia, Hospital Cristo de las Américas 2017.....	56
Tabla N 14. Distribución del grupo de estudio según percepción de la Repercusión de las IAAS en el desenlace de la enfermedad antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	57
Tabla N 15. Distribución del grupo de estudio según percepción de la Repercusión de las IAAS en el desenlace de la enfermedad después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	57
Tabla N 16. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Eficacia de la Higiene de Manos en la Prevención de IAAS antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	58
Tabla N 17. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Eficacia de la Higiene de Manos en la Prevención de IAAS después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	58
Tabla N 18. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la prioridad que se asigna a la Higiene de Manos en el Hospital Cristo de las Américas antes de la aplicación de la estrategia. 2017.....	59
Tabla N 19. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la prioridad que se asigna a la Higiene de Manos en el Hospital Cristo de las Américas después de la aplicación de la estrategia 2017.....	59
Tabla N 20. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el porcentaje de situaciones en las que los profesionales de salud realizan Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	60
Tabla N 21. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el porcentaje de situaciones en las que los profesionales de salud realizan Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia.	

Hospital Cristo de las Américas 2017.....	60
Tabla N 22. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los Directivos de la institución apoyen y promuevan abiertamente la Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	61
Tabla N 23. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los Directivos de la institución apoyen y promuevan abiertamente la Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	61
Tabla N 24. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de preparado de base alcohólica en cada punto de atención antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	62
Tabla N 25. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de preparado de base alcohólica en cada punto de atención después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	63
Tabla N 26. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de carteles sobre Higiene de Manos en puntos de atención, como recordatorio antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	63
Tabla N 27. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de carteles sobre Higiene de Manos en puntos de atención, como recordatorio después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	64
Tabla N 28. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los profesionales de Salud reciban formación sobre Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	65
Tabla N 29. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los profesionales de Salud reciban formación sobre Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	65

Tabla N 30. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de instrucciones claras y simples sobre Higiene de Manos a la vista de todos los profesionales sanitarios antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	66
Tabla N 31. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que existan Instrucciones claras y simples sobre Higiene de Manos a la vista de todos los profesionales sanitarios después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	66
Tabla N 32. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los profesionales de Salud reciban regularmente retroalimentación sobre como realizan Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017	67
Tabla N 33. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los profesionales de Salud reciban regularmente retroalimentación sobre como realizan Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	67
Tabla N 34. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que cada uno realice perfectamente la Higiene de Manos (siendo un buen ejemplo para los colegas) antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	68
Tabla N 35. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que cada uno realice perfectamente la Higiene de Manos (siendo un buen ejemplo para los colegas) después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	68
Tabla N 36. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Invitar a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	69
Tabla N 37. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Invitar a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	70
Tabla N 38. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Importancia que da el jefe de servicio médico o supervisora de	

enfermería a que realice una correcta Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017. 70

Tabla N 39.Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Importancia que da el jefe de servicio médico o supervisora de enfermería a que usted realice una correcta Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia.Hospital Cristo de las Américas 2017.....71

Tabla N 40.Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la importancia que dan sus colegas a que realice una correcta Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017..... 71

Tabla N 41.Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Importancia que dan sus colegas a que realice una correcta Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017 72

Tabla N 42.Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la importancia que dan los pacientes a que realice una correcta Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017..... 73

Tabla N 43. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Importancia que dan los pacientes a que realice una correcta Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017..... 73

Tabla N 44.Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el esfuerzo que considera que necesita para realizar una buena Higiene de Manos al prestar atención a los pacientes antes de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017..... 74

Tabla N 45. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Esfuerzo que considera que necesita para realizar una buena Higiene de Manos al prestar atención a los pacientes después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017..... 74

Tabla N 46. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Porcentaje de situaciones en las que se requiere realmente, realiza Higiene de Manos, antes de la aplicación de la estrategia Hospital Cristo de las Américas 2017..... 75

Tabla N 47. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Porcentaje de situaciones en las que se requiere realmente, realiza

usted Higiene de Manos, después de la aplicación de la estrategia. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	76
Tabla N 48. Observación directa de la técnica de Higiene de Manos en personal de salud del Hospital Cristo de las Américas antes de la Intervención.....	76
Tabla N 49. Observación directa de la técnica de Higiene de Manos en personal de salud del Hospital Cristo de las Américas después de la Intervención... ..	77
Tabla N 50. Cumplimiento de Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia.....	77
Tabla N 51. Cumplimiento de Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia.....	78
Tablas de preguntas realizadas en la segunda encuesta únicamente	
Tabla N 52. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la facilidad de la realización de Higiene de Manos en el trabajo cotidiano con el uso de alcohol. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	78
Tabla N 53. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre La formación recibida ha sido importante a la hora de mejorar su práctica de higiene de las manos. Hospital Cristo de las Américas 2017... ..	79
Tabla N 54. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre La Tolerancia de las manos al uso de alcohol gel. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	79
Tabla N 55. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Apoyo de gestores de la institución a la mejora de la Higiene de Manos. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	80
Tabla N 56. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la mejora de la práctica de Higiene de Manos al conocer los resultados de observación. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	81
Tabla N 57. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Aumento de la conciencia de su papel en la prevención de IAAS mediante la mejora de la práctica de Higiene de manos. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	81
Tabla N 58. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre prestar más atención a la práctica de Higiene de Manos, al ser observado. Hospital Cristo de las Américas 2017.....	82

Tabla N 59. Profesionales y adherencia..... 83

Tabla N 60. Acciones Utilizadas..... 83

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes del tema de Investigación

1.1.1. El Problema:

Las infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS) presentan muchas de las características de un gran problema de seguridad del paciente, afecta a cientos de millones de personas en todo el mundo, complica la atención del paciente, contribuye a la muerte y la discapacidad del paciente, promueve la resistencia a los antibióticos y genera un gasto adicional al que ya sufrió la enfermedad subyacente del paciente.¹

Las IAAS son frecuentes, aproximadamente uno de cada 10 pacientes hospitalizados puede presentar una, y en las unidades de cuidado intensivo este número puede ser tan alto como 4 de cada 10². Esta situación produce mayor estancia hospitalaria (4 días en promedio por paciente), aumento de la letalidad (cercana al 2% de los infectados).³

Su importancia radica en que no solo incrementa la estancia de los pacientes en un promedio de 10 a 12 días, con los costos correspondientes, sino que alrededor de 1 de cada 20 pacientes puede fallecer a causa de esto en general, y si el paciente se encuentra en una UCI este riesgo puede llegar a ser tan alto como 4 de cada 5. Las IAAS pueden presentarse en cualquier nivel de complejidad y es fundamental reconocerlas de manera temprana para tratarlas de manera adecuada, notificarlas y elaborar el análisis de los casos para detectar fallas en el proceso de atención que permitan optimizar los procesos y mejorar la seguridad en el cuidado del paciente.²

Las consecuencias de la ausencia o inadecuada higiene de manos son bastante graves, pues según la Organización Mundial de la Salud, uno de cada diez enfermos hospitalizados sufre alguna forma de daño evitable que puede

provocar discapacidades o incluso la muerte, a esto se suman las repercusiones económicas que representan en algunos países un costo anual de entre 6.000 y 29.000 millones de dólares.⁴

El 10% de los enfermos hospitalizados en el Reino Unido (RU) contraen alguna infección asociada con la asistencia sanitaria (IAAS). Las IAAS causan 5 000 muertes y cuestan £930 millones anualmente (Ntl. Audit Off. 1998). En los Estados Unidos (EE.UU.) se estima que 5% de los pacientes desarrollan una IAAS, con un coste de 4,5 mil millones de dólares anuales. En Canadá se estima que ocurren 220 000 IAAS cada año y 8 000 muertes relacionadas (Zoutman 2003).⁵ La infección hospitalaria sigue constituyendo un grave problema de salud pública en todo el mundo. Entre sus principales medidas de prevención y control está el lavado de manos, que según Semmelweis y Florence Nightingale, es un instrumento importante para la reducción de sus índices.⁶

En 1847 Semmelweis realizó el primer estudio experimental que demostró cómo la apropiada higiene de las manos (HM) prevenía la infección puerperal y la mortalidad materna. Posteriormente, diferentes estudios han puesto de manifiesto cómo su cumplimiento reduce la frecuencia de IAAS y refuerza la seguridad del paciente en todas las situaciones, desde los sistemas de salud más avanzados hasta aquellos menos privilegiados.

La higiene de las manos (HM) es una de las prácticas preventivas de mayor difusión y eficacia en el control de las infecciones asociadas a la atención en salud; sin embargo, existen diversas barreras para su cumplimiento.⁷

Al brindar cuidados con manos seguras, se ofrece un servicio de calidad que preserva la seguridad del paciente en todos los ámbitos, lo que contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad, mitigando el sufrimiento de pacientes y familiares, además disminuye el costo que se genera en las instituciones.³ Sin embargo, es habitual encontrar resultados de cumplimiento de las indicaciones de HM bajos entre los profesionales sanitarios.⁸

Desde la revisión sistemática de Naikoba 2001, el tema de la higiene de las manos ha recibido mayor atención en el Reino Unido, Europa y Norteamérica. Una iniciativa suiza usó un diseño del tipo antes y después no controlado para demostrar que una campaña de carteles en los hospitales, combinada con retroalimentación del rendimiento y recursos para el frotado de las manos con alcohol colocados en cada cabecera, contribuyó a la mejoría mantenida de la higiene de las manos de las enfermeras, pero no del personal médico, así como la reducción de las IAAS y de la transmisión del *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) (Pittet 2000).⁵

Los programas de prevención y control de infecciones en servicios de salud (IAS) deben seguir las normativas publicadas por el Ministerio de Salud, estas se basan en información científica actualizada y en prácticas demostradas útiles a nivel internacional. Dichas normativas permiten la vigilancia epidemiológica, la prevención y control de las IAAS de manera uniforme en todos los establecimientos de salud y dentro de un marco legal.³

El estudio de Espinoza se encontró que solamente el 6% de los hospitales tenían un programa con los componentes recomendados por el CDC (Centers for Disease Control) es decir, que cuenten con un sistema de vigilancia activa y bien estructurada. Los resultados del estudio también demostraron que un 40% de los hospitales adoptaron recomendaciones específicas que significó una reducción general del 32% de las tasas de IAH, mientras que los hospitales que no adoptaron las medidas, incrementaron en un 18% sus tasas.³

Cumplimiento de higiene de manos requiere de: infraestructura adecuada, educación del personal de atención sanitaria, de pacientes y sus familiares; y promoción a nivel institucional con el respaldo de la administración del hospital. Un programa de higiene de manos debe ser planeado, implementado y mantenido para que sea exitoso y tenga el impacto esperado.⁹

El cumplimiento con higiene de manos no ha aumentado significativamente con la mejoría de la infraestructura. Sin embargo, las técnicas de higiene de manos si han mejorado. El alcohol gel produjo menos sequedad en las manos que el lavado de manos.⁹

En el estudio de Sobrequés se encontró que el cumplimiento global de las indicaciones de HM (basada en los “*cinco momentos para la HM*”) fue del 56,45% en el área de agudos. Las acciones de promoción de HM llevadas a cabo en los últimos 4 años han ido aumentando el número de centros adheridos a esta estrategia de la Alianza para la Seguridad del Paciente en Catalunya. La formación *online* fue una de las intervenciones más bien valoradas por los profesionales para promover el conocimiento y cumplimiento de las indicaciones de HM. El indicador de cumplimiento de las indicaciones de HM parece seguir aumentando en los hospitales de Catalunya evaluados.⁸

Se observa en el estudio de Fuentes en España el grado de cumplimiento correcto de HM alcanzado tras la intervención fue de un 25,2% (IC 95%: 23,5-26,9) al respecto del periodo pre-intervención (17,4%; IC 95%: 16,0-18,9), lo que supone un aumento absoluto estadísticamente significativo de un 7,7% (IC95%: 5,5-9,9; $p < 0,001$) y un aumento relativo del 44,4%¹⁰

En otro estudio en España de Molina-Cabrillana, se detectó un incremento en la tasa de cumplimiento a lo largo de los 3 periodos, desde el 19,6% en el periodo basal, al 35,6% en el segundo periodo, tras la introducción de la solución alcohólica y llegando hasta el 40,0% final ($p < 0,001$).¹¹, lo que se corrobora con el estudio de Restrepo en Colombia donde también se encontró un incremento en el cumplimiento general con la higiene de manos antes de la intervención fue 82% y aumentó de manera significativa en el período posterior a 89%, ($p = 0,007$).¹²

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso una alianza internacional para fomentar propuestas por la seguridad del paciente. En este contexto la OMS estableció la iniciativa “Una atención limpia es una atención más segura”, difundida en la guía basada en la evidencia para mejorar el cumplimiento del lavado de manos en el personal de salud y reducir las IAAS. Este documento cuenta con una guía de implementación que reúne un conjunto de intervenciones eficaces que permiten mejorar las prácticas de higiene de

manos y disminuyen la transmisión de microorganismos patógenos a pacientes y trabajadores del área de la salud.⁴

Al revisar la literatura, no se evidenció ningún estudio realizado en la ciudad de Sucre, por lo que se pretende realizar el trabajo en un Centro Hospitalario de esta ciudad.

Definición del problema:

¿Cuál es la valoración de la estrategia “Una Atención limpia es una atención segura” sobre la adherencia a la Higiene de Manos, en el Hospital Cristo de las Américas de la ciudad de Sucre en la gestión 2017?

1.1.2 Justificación y Uso de resultados.-

Es oportuno tratar el tema, ya que las infecciones asociadas con la atención sanitaria (IAAS) afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, y a su vez ocasionan una alta morbimortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario. La higiene de manos como muestra la evidencia es una estrategia sencilla y de gran valor para reducir el riesgo de IAAS. La población que se beneficia serán los pacientes del hospital quienes podrán estar al margen de tener alguna IAAS, además de la misma institución que evitará el costo que lleva la presencia de la misma. Se espera que los resultados sean favorables para la institución, y se maneje la estrategia de forma constante como parte del protocolo del Hospital. Además de la publicación en el ámbito académico.

Es un estudio factible y viable porque se cuenta con el instrumento y la predisposición por parte de la institución.

1.2 Objetivos

a) General.-

Determinar la valoración de la implementación de la estrategia multimodal “Una atención Limpia es una Atención segura” sobre la adherencia a la higiene de manos en el Hospital Cristo de las Américas de la ciudad de Sucre, en la gestión 2017.

b) Específicos

- Describir el grupo de estudio en función a las características: Sexo, Ocupación en el Hospital.
- Identificar la situación actual del conocimiento de higiene de las manos en los servicios del Hospital Cristo de las Américas, antes y después de la implementación de la estrategia.
- Identificar la percepción que tienen los Profesionales sanitarios del Hospital Cristo de las Américas acerca de la práctica de la higiene de manos antes y después de la capacitación sobre la Estrategia Multimodal de la OMS.
- Describir el nivel de higiene de manos por componentes de la auto evaluación y de manera global, valorada por los directivos del hospital.
- Evaluar el nivel de cumplimiento de la práctica correcta de HM.

II. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

2.1. Marco Teórico

2.1.1. DEFINICIÓN DE IAAS¹³: Las infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) anteriormente llamadas nosocomiales o intrahospitalarias son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, Se incluyen las infecciones contraídas en el hospital pero que se manifiestan tras el alta hospitalaria y también las infecciones profesionales entre el personal del centro sanitario.

Se asocian con varias causas incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. Además, las IAAS son causadas por una variedad de agentes infecciosos, incluyendo bacterias, hongos y virus. Las IAAS son consideradas como un evento adverso producto de una atención en salud que de manera no intencional produce algún daño al paciente, pudiéndose catalogar como prevenible o no prevenible. De acuerdo a la información generada por OMS/OPS la definición de IAAS, reemplazará otras definiciones previamente utilizadas en otros subsistemas tales como infección nosocomial, infección intrahospitalaria o Infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS). Relacionadas con la atención sanitaria (IRAS)

2.1.2. DEFINICIONES DE LAS INTERVENCIONES DE HIGIENE ¹⁴

Higiene de manos

Se incluyen en esta rúbrica las siguientes actividades: lavado de manos, lavado de manos antiséptico, desinfección por frotamiento de las manos con loción con alcohol e higiene/antisepsia quirúrgicos.

Lavado de manos

Figura 1 Técnica para la higiene de las manos



Fuente: Walker M, Jáuregui L, Espinoza F, Damiani E 2012¹³

Este proceso implica el uso de jabón normal (no antiséptico) con frotamiento mecánico de las manos durante un minuto, seguido de enjuague con agua corriente, secado con una toalla desechable de papel o con una toalla de lino

de utilización única y cierre del grifo de agua utilizando la toalla. Durante este proceso se atribuye la limpieza de las manos al efecto detergente del jabón que permite mecánicamente remover la tierra y sustancias orgánicas y la flora microbiana no ligada estrechamente a la superficie de la piel (mayoría de la flora transitoria y una pequeña proporción de la flora permanente).

Los jabones poseen poca o ninguna actividad antimicrobiana. Reducen las concentraciones bacterianas entre 0.6 a 1.1 log₁₀ UFC si utilizados durante 15 segundos, 1.8 a 2.8 log₁₀ UFC si utilizados durante 30 segundos y 2.7 a 3.0 log₁₀ UFC si utilizados durante 60 segundos. El continuar el lavado de manos durante un periodo mayor a un minuto no produce mayores ventajas.

Lavado de Manos Antiséptico

Se refiere al lavado de manos con agua y jabón u otros detergentes conteniendo un antiséptico (jabón antimicrobiano).

Antiseptia

Este proceso de antiseptia de las manos también es conocido como descontaminación, sanitización o degerminización. Implica el uso de un fármaco o compuesto antiséptico para disminuir la concentración bacteriana de la piel durante el proceso de higiene de las manos (por ejemplo, lavado de manos con jabón antimicrobiano o limpieza de las manos por frotamiento con una solución con alcohol).

El uso de las soluciones que contienen alcohol sustituye el agua por el alcohol con el objetivo de reducir la flora microbiana más rápida y eficazmente. La reducción de la flora microbiana por el agua y jabón ocurre por su efecto mecánico mientras que la acción del alcohol ocurre por su acción bactericida al entrar en contacto con los organismos. Para que la acción del agua y jabón sea eficaz se requiere un proceso de vigoroso frotamiento de las manos, enjuague con agua corriente y el secado con una toalla desechable de papel o de lino de uso único. En contraste las soluciones de alcohol simplemente requieren que

se frotan las manos hasta que se evapore el alcohol (por lo general, 15-30 segundos). Las soluciones de alcohol requieren entre 3-5 mL por aplicación.

Figura 2 Desinfección de manos con Gel.



Fuente: OMS¹⁴

Higiene/antisepsia quirúrgicos

Lavado de manos con un jabón germicida o frotado de manos con una loción conteniendo alcohol, efectuados por el personal quirúrgico, antes de ingresar al quirófano. Para tal efecto se sugieren los siguientes pasos prácticos:

- Usar un jabón antimicrobiano o una loción con alcohol
- Jabón antimicrobiano: refregar las manos, uñas y los antebrazos durante el tiempo recomendado por el fabricante
- Loción con alcohol: seguir las recomendaciones del fabricante. Lavar previamente las manos y antebrazos con jabón normal. Dejar secar y luego aplicar la solución con alcohol.

2.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS FORMULACIONES QUE CONTIENEN ALCOHOL¹⁴

La actividad germicida del alcohol es causada por su efecto desnaturizador sobre las proteínas. El alcohol actúa en materia de segundos contra bacterias vegetativas, hongos e inclusive algunos virus. También es muy activo contra las micobacterias y contra las bacterias multiresistentes. El alcohol posee limitada actividad contra los ovocistos protozoicos o contra esporas bacterianas. Sin embargo, el uso combinado de alcohol y de agua oxigenada al 1% aumenta la actividad germicida contra las esporas bacterianas.

Se puede utilizar diferentes formulaciones de alcohol incluyendo etanol, isopropanol y/o n-propanol. La actividad germicida es mayor en n-propanol que en isopropanol que en etanol. Se ha utilizado concentraciones de alcohol entre 60% a 95%, las cuales reducen la concentración bacteriana entre 3.4 a 5.8 log₁₀ UFC en un periodo de 30 segundos. La actividad germicida aumenta a medida que aumenta la concentración de alcohol hasta llegar a una concentración máxima de 95%. Por arriba de esta cifra disminuye su actividad bactericida, lo que implica que la presencia de una cierta cantidad de agua es necesaria para su eficacia. La presencia de material orgánico sobre la superficie de la piel disminuye la actividad germicida del alcohol entre 0.2 a 0.7 log₁₀ UFC, razón por la cual se recomienda el prelavado de las manos con agua y jabón cuando existe contaminación visible.

La actividad viricida del alcohol (sobre todo del etanol) es unas 100 veces mayor que aquella del agua y jabón. La acción viricida es importante en salas donde infecciones virales ocurren con relativa frecuencia tales como las salas pediátricas, unidades de trasplantes de médula ósea y asilos de ancianos. La eficacia del alcohol contra las infecciones virales fue recientemente enfatizada por el brote epidémico de SARS (Síndrome severo respiratorio agudo) donde se controló la diseminación del virus causante con el uso de la desinfección de las manos con soluciones de alcohol. Los virus susceptibles al alcohol incluyen

todos los coronavirus, los virus que poseen un manto tales como el virus de la influenza o el virus de la inmunodeficiencia humana, con la excepción del virus de la rabia. En contraste, los virus desnudos como los enterovirus, rotavirus, norovirus (virus de Norwalk) o los virus-con-estructuras-pequeñas son algo más resistentes por lo cual requieren el uso de concentraciones de alcohol entre 70% a 80% para ser controlados.

La acción germicida de las soluciones de alcohol se mantiene solamente durante periodos limitados de tiempo. En el caso de la desinfección de las manos con alcohol se observa que la flora residente de la piel comienza a reproducirse pocas horas después del contacto inicial. La nueva flora residente probablemente se origina de los organismos presentes en los folículos capilares. El uso de otros desinfectantes (clorhexidina, compuestos de amonio-cuaternario, triclosan, octenidina) cutáneos prolonga la acción germicida del alcohol durante periodos variables de tiempo. Dicha acción más prolongada podría ser útil en la antisepsia operatoria, donde el prolongado efecto antimicrobiano bajo la superficie de los guantes quirúrgicos podría ser beneficioso. Sin embargo, en el momento actual no existen datos experimentales para corroborar dicha hipótesis.

2.1.4. EFECTOS DE LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL AMBIENTE DE LOS CENTROS DE SALUD¹⁴

La importancia de la higiene de las manos se ha vuelto aún mayor por el rápido desarrollo de patógenos bacterianos multiresistentes observado durante los últimos años. Datos más recientes muestran que la proporción de cepas de *S. aureus* resistentes a la meticilina (SAMR) aumentó de 22.4% a 38.7% durante el periodo de 1997 a 2001. Las causas de dichos fenómenos son complejas pero incluyen entre otras el sobreuso de antibióticos, la falta de programas de vigilancia antimicrobiana, la falla de aplicación de políticas de aislamiento de patógenos problemáticos y la falla de estricto cumplimiento con prácticas de higiene de las manos. Similares tasas elevadas se observan en países del sur de Europa donde las prácticas de control de infección y de control del uso de

antibióticos son aplicadas en forma inconsistente. En contraste en países del norte de Europa como Holanda y Finlandia, donde se aplican estrictamente las políticas de control de infecciones, control de antibióticos y de higiene de las manos con el uso de soluciones de alcohol, las tasas de SAMR son bajas (por debajo del 1%).

El objetivo de la higiene de manos es de reducir la concentración bacteriana en la superficie de la piel suficientemente como para reducir el riesgo de transmisión cruzada de patógenos entre los pacientes. Se reconoce que no es posible esterilizar la superficie de las manos pero al mantenerlas limpias se reduce la concentración crítica de organismos por debajo de lo necesario para que ocurra dicha transmisión. Se desconoce cuál es la concentración bacteriana crítica para que ocurra la transmisión de patógenos. Es muy posible que dicho número varíe en función del tiempo de contacto, del tipo de organismo y del grado de protección contra la colonización ejercido por la flora permanente.

2.1.5. EL PAPEL DE LA HIGIENE DE MANOS PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN ASOCIADA CON LA ATENCIÓN DE LA SALUD.-¹⁵

2.1.5.1. Transmisión de patógenos asociada con la atención de la salud a través de las manos

La transmisión de patógenos asociada con la atención de la salud se produce mediante contacto directo e indirecto, gotitas, aire y un vehículo común. El contagio mediante manos contaminadas de los Trabajadores de la Salud es el patrón más común en la mayoría de los escenarios y requiere cinco etapas secuenciales: (i) los organismos están presentes en la piel del paciente, o han sido diseminados entre objetos inanimados inmediatamente cercanos al paciente; (ii) los organismos deben ser transferidos a las manos de los Trabajadores de la Salud; (iii) los organismos deben poder sobrevivir durante por lo menos varios minutos en las manos de los Trabajadores de la Salud; (iv)

el lavado de manos o la antisepsia de manos a través de los Trabajadores de la Salud deben ser inadecuados u omitidos completamente, o el agente usado para la higiene de manos es inadecuado; y (v) la mano o manos contaminada/s del agente de salud deben entrar en contacto directo con otro paciente o con un objeto inanimado que entrará en contacto directo con el paciente.

Los patógenos asociados con el cuidado de la salud pueden provenir no sólo de heridas que drenan o infectadas sino también de áreas colonizadas, frecuentemente de la piel normal e intacta del paciente. Dado que casi 106 de las escamas de la piel que contienen microorganismos viables se desprenden diariamente de la piel normal, no resulta sorprendente que las ropas del paciente, la ropa de cama, el mobiliario y otros objetos en el entorno inmediato del paciente se contaminen con la flora del paciente.

Numerosos estudios han documentado que los Trabajadores de la Salud pueden contaminar las manos o los guantes con patógenos tales como bacilos Gram-negativo, *S. aureus*, enterococos o *C. difficile* mediante “procedimientos limpios” o al tocar áreas intactas de la piel de los pacientes hospitalizados.

Luego del contacto con pacientes y/o un entorno contaminado, los microorganismos pueden sobrevivir en las manos durante lapsos que pueden oscilar entre 2 y 60 minutos. Las manos de los Trabajadores de la Salud se colonizan progresivamente con flora comensal así como también con patógenos potenciales durante el cuidado del paciente. Ante la falta de higiene de manos, cuanto más prolongada es la atención, tanto mayor es el grado de contaminación de aquellas.

Una limpieza de manos deficiente (ej. Uso de una cantidad insuficiente del producto y/o una duración insuficiente de la higiene de manos) conduce a una descontaminación de manos deficiente. Obviamente, cuando los Trabajadores de la Salud no se limpian las manos durante la secuencia de atención de un solo paciente y/o entre contacto con pacientes, se puede producir la transferencia microbiana. Las manos contaminadas de los Trabajadores de la

Salud han estado asociadas con IAAS endémica y también con diversas epidemias de IAAS

2.1.5.2. Cumplimiento de la higiene de manos entre los Trabajadores de la Salud

La higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Sin embargo, se ha demostrado que los Trabajadores de la Salud tienen dificultades para cumplir con las indicaciones sobre la higiene de manos a diferentes niveles.

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo se han suministrado índices de cumplimiento insuficiente o muy bajo. La adherencia por parte de los Trabajadores de la Salud a los procedimientos de higiene de manos recomendados han sido proporcionados como variables, cuyos índices de línea de base media oscilan entre 5% y 89% y un promedio total de 38,7%.

El desempeño relacionado con la higiene de manos varía según la intensidad del trabajo y otros factores varios; en estudios de observación llevados a cabo en hospitales, los Trabajadores de la Salud se limpiaron las manos entre 5 y 42 veces promedio por turno y 1,7-15,2 veces por hora. Además, la duración de los episodios de limpieza de manos osciló entre un promedio de 6,6 segundos como mínimo y 30 segundos como máximo. Los factores principales que pueden determinar una higiene de manos deficiente incluyen factores de riesgo por el incumplimiento observado en estudios epidemiológicos, así como también los motivos brindados por los propios Trabajadores de la Salud por el incumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos (Cuadro 1).

Cuadro 1 Factores de Riesgo observados

A.	Factores de riesgo observados debido a la escasa adherencia a las prácticas recomendadas sobre higiene de manos
	<ul style="list-style-type: none"> Categoría médica (no enfermero) Categoría auxiliar de enfermería (no enfermero) Fisioterapeuta Técnico Género masculino Que trabaja en terapia intensiva Que trabaja en terapia intensiva quirúrgica Que trabaja en terapia de emergencia Que trabaja en anestesiología Que trabaja durante la semana (vs. Fin de semana) Usa batas /guantes Antes del contacto con el entorno del paciente Después del contacto con el entorno del paciente por ej., equipo Cuidado de pacientes menores de 65 años Cuidado de pacientes que se recuperan de una cirugía limpia /limpia-contaminada en una unidad de terapia de anestesia Cuidado de pacientes en sala no aislada Duración del contacto con el paciente (< o igual a 2 minutos) Interrupción en actividades de atención de pacientes Lavatorio automático Actividades con alto riesgo de transmisión transversal Escasez de personal /hacinamiento Número elevado de oportunidades para higiene de manos por hora de atención de pacientes
B.	Factores auto-declarados por escasa adherencia a la higiene de manos
	<ul style="list-style-type: none"> Agentes químicos destinados al lavado de manos que provocan irritaciones y sequedad Los lavatorios están ubicados inadecuadamente /escasez de lavatorios Falta de jabón, papel, toalla A menudo demasiado ocupado / tiempo insuficiente El paciente requiere prioridad La higiene de manos interfiere con la relación Trabajador de la Salud-paciente Bajo riesgo de contraer infección de los pacientes Uso de guantes /creencia de que el uso de guantes obvia la necesidad de la higiene de manos. Desconocimiento de pautas /protocolos Desconocimiento, experiencia y educación Falta de incentivos /estímulo Ausencia de un modelo de roles de los colegas o superiores No pensar en el tema / olvido Escepticismo sobre el valor de la higiene de manos Desacuerdo con las recomendaciones Falta de información científica del impacto definitivo de la higiene de manos mejorada en la IAAS
C.	Barreras adicionales percibidas para una adecuada higiene de manos
	<ul style="list-style-type: none"> Falta de participación activa en la promoción de la higiene de manos a nivel individual o institucional Falta de prioridad institucional para la higiene de manos Falta de sanción administrativa de los incumplidores / incentivo para los cumplidores Falta de clima de seguridad institucional /cultura de la responsabilidad personal de Trabajadores de la Salud para llevar a cabo la higiene de manos

Fuente: OMS 2009¹⁴

2.1.5.3. Estrategias para mejorar el cumplimiento del lavado de manos

En los últimos 20 años, numerosos estudios han demostrado que hay intervenciones eficaces para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos entre los Trabajadores de la Salud (Cuadro 2) aunque la medición de dicho cumplimiento ha variado según la definición relacionada con una oportunidad de higiene de manos y la evaluación de la higiene de manos mediante

observación directa o consumo de productos para higiene de manos, que dificulta las comparaciones.

Si bien existen diferentes metodologías, la mayoría de los estudios han utilizado estrategias multimodales, a saber: educación de los Trabajadores de la Salud, auditorías de prácticas de higiene de manos y retroalimentación de desempeño, recordatorios, mejoramiento de disponibilidad de agua y jabón, uso de canillas automáticas, y/o introducción de un frotado de manos a base de alcohol así como también una mejora en el clima de seguridad institucional con participación a niveles institucionales, de Trabajadores de la Salud y de pacientes.

Cuadro 2. Adherencia a la higiene de manos por parte de los Trabajadores de Salud antes y después de las intervenciones de mejora en Higiene de Manos

Adherencia a la higiene de manos por parte de los Trabajadores de la Salud antes y después de las intervenciones de mejoras en la higiene de manos

Referencia	Escenario	Línea de base del adherencia (%)	Adherencia luego de la intervención (%)	Intervención
Preston, Larson & Stamm ⁴¹	UTI	16	30	Ubicaciones más adecuadas de los lavatorios
Mayer et al. ⁷⁴	UTI	63	92	Retroalimentación de desempeño
Donowitz ⁶⁰	PICU	31	30	Uso excesivo de batas
Conly et al. ⁴¹	MICU	14/28 *	73/81	Feedback, revisiones de políticas, memorandos, pósters
Graham ⁴²	UTI	32	45	Introducción de frotado de manos a base de alcohol
Dubbert et al. ⁶²	UTI	81	92	Primero en-servicio, luego feedback grupal
Lohr et al. ⁴⁴	Pedi OPDs	49	49	Signos, feedback, recordatorios verbales a los médicos
Raju & Kobler ⁴²	Nursery & NICU	28	63	Feedback, difusión de bibliografía, resultados de las culturas ambientales
Wurtz, Moye & Jovanovic ⁴⁴	SICU	22	38	Disponibilidad de máquinas automáticas para lavado de manos No se requiere uso de cofias
Pelke et al. ⁴⁷	NICU	62	60	No se requiere el uso de batas
Berg, Hershov & Ramirez ⁴⁴	UTI	5	63	Conferencias, feedback demostraciones
Tibballs ⁴⁴	PICU	12/11	13/65	Observación abierta, seguida de feedback
Slaughter et al. ⁶⁰	MICU	41	58	Uso rutinario de batas y guantes
Dorsey, Cydulka Emerman ⁴¹	Emerg Dept	54	64	Signos /distribución de papel de revisión
Larson et al. ⁴²	UTI	56	83	Conferencias basadas en cuestionarios previos sobre creencias de los Trabajadores de la salud, feedback, apoyo administrativo, máquinas automáticas para lavado de manos
Avila-Aguero et al. ⁴²	Paediatric wards	52/49	74/69	Feedback, películas, pósters, folletos

PICU = paediatric ICU (UTI pediátricas); NICU = neonatal ICU (UTIs neonatales); Emerg = emergency (emergencia); Oncol = oncology (oncología); CTICU = cardiothoracic ICU (UTI cardiorátricas); PACU = post-anaesthesia care unit (unidad de terapia intensiva post anestesia); OPD = outpatient department (departamento de pacientes ambulatorios); NS = not stated (no especificado).

* Porcentaje de cumplimiento antes /después del contacto con el paciente

Adherencia de la higiene de manos por los trabajadores de la salud antes y después de las intervenciones para mejorar la higiene de manos (Cont.)

Referencia	Escenario	Adherencia Línea de base (%)	Adherencia luego de la intervención (%)	Intervención
Pittet et al. ⁷⁵	Todas las salas	48	67	Pósters, feedback, apoyo administrativo, Disponibilidad frotado manos con alcohol
Maury et al. ⁴⁴	MICU	42	61	Disponibilidad frotado manos con alcohol
Bischoff et al. ⁴⁵	MICU CTICU	10/22 4/13	23/48 7/14	Educación, feedback, disponibilidad gel de alcohol
Muto, Sistrom & Farr ⁴⁶	Salas médicas	60	52	Educación, recordatorios, disponibilidad gel de alcohol
Girard, Amazian & Fabry ⁴⁷	Todas las salas	62	67	Educación, disponibilidad gel de alcohol
Hugonnet, Perneger & Pittet ⁴⁸	MICU/ SICU NICU	38	55	Pósters, feedback, apoyo administrativo, disponibilidad frotado con alcohol
Harbarth et al. ⁴⁹	PICU / NICU	33	37	Pósters, retroal., disponibilidad frotado con alcohol
Rosenthal et al. ¹⁰⁰	Todas las salas3 hospitales	17	58	Educación, recordatorios, más lavatorios disponibles
Brown et al. ⁵²	NICU	44	48	Educación, feedback, disponibilidad gel de alcohol
Ng et al. ¹²¹	NICU	40	53	Educación, ayuda memoria
Maury et al. ¹²²	MICU	47.1	55.2	Aviso de observaciones (comparado con observación encubierta en la línea de base)
das Neves et al. ¹⁰³	NICU	62.2	61.2	Pósters, parodias musicales en radio, eslóganes
Hayden et al. ¹⁰⁴	MICU	29	43	Dispensers de pared, educación, folletos, botones, pósters
Berhe, Edmond & Bearman ¹⁰⁵	MICU, SICU	31.8/50	39 / 50.3	Feedback desempeño
Eckmanns et al. ¹⁰⁶	ICU	29	45	Aviso de observaciones (comparado con observación encubierta en la línea de base)
Santana et al. ¹⁰⁷	MSICU	18.3	20.8	Introducción dispensers de frotado con alcohol, pósters, autoadhesivos, educación
Swoboda et al. ¹⁰⁸	IMCU	19.1	25.6	Avisos vocales si no hay frotado
Trick et al. ⁴⁴	3 hospitales estudio un amplio hospital control	23/30/35/ 32	46/50/43/31	Aumento disponibilidad de frotado, educación, póster
Raskind et al. ¹⁰⁹	NICU	89	100	Educación
Traore et al. ¹¹⁰	MICU	32.1	41.2	Gel vs fórmula líquida frotado de manos
Pessoa-Silva et al. ¹¹¹	NICU	42	55	Pósters, grupos localizados, educación, cuestionarios, revisión protocolos de atención
Rupp et al. ¹¹²	ICU	38/37	69/68	Introducción de gel de alcohol para frotado de manos
Ebnother et al. ¹¹³	Todas las salas	59	79	Intervención multimodal
Haas & Larson ¹¹⁴	Departamento de emerg	43	62	Introducción de dispensers de frotado de manos utilizables
Venkatesh et al. ¹¹⁵	Unid. hematología	36.3	70.1	Avisos vocales si no hay frotado
Duggan et al. ¹¹⁶	Todo el hospital	84.5	89.4	Visita anunciada por auditor

ICU = intensive care unit (unidad de terapia intensiva); SICU = surgical ICU (UTI quirúrgica); MICU = medical ICU (UTI médica); MSICU = medical/surgical ICU (UTI médica/quirúrgica); PICU = paediatric ICU (UTI pediátrica); NICU = neonatal ICU (UTI neonatal); Emerg = emergency (emergencia); Oncol = oncology (oncología); CTICU = cardiothoracic ICU (UTI cardioráica); PACU = post-anaesthesia care unit (unidad de terapia post anestesia); OPD = outpatient department (departamento de pacientes ambulatorios); NS = not stated (no especificado).

* Porcentaje cumplimiento antes / después del contacto con el paciente

Fuente: OMS 2009¹⁵

En el estudio de Poveda J, Montaña J, Sierra P que utiliza la Implementación de la Estrategia Multimodal, se obtuvo un cumplimiento global en la adherencia de higiene de manos equivalente al 64,6% en la fase previa a la capacitación y una adherencia del 83,1% en la fase posterior, dándose un incremento del 18,5% durante la prueba.¹⁶

En este mismo estudio se evidencia que según las acciones realizadas (limpieza o lavado), se registró un incremento en estas prácticas, siendo la limpieza con alcohol la más utilizada por los trabajadores 38,6 % antes y 46,5% después.

2.1.5.4. Impacto de la promoción de la higiene de manos en la IAAS

Se estima que la falta de una higiene de manos adecuada es la causa principal de IAAS y de la difusión de organismos multi- resistentes, habiendo contribuido de manera significativa a la propagación de epidemias.

Existe una mayoritaria evidencia de que una mejor higiene de manos mediante estrategias de implementación multimodales puede reducir los índices de IAAS. Por otra parte, si bien no se ha informado sobre índices de infección, varios estudios han demostrado una disminución sostenida de la incidencia de colonización de pacientes y aislados bacterianos resistentes a las multi-drogas luego de la implementación de las estrategias de mejora en la higiene de manos.

Entre 1977 y junio de 2008 (Cuadro 3) se han publicado por lo menos 20 estudios basados en hospitales sobre el impacto del lavado de manos en el riesgo de IAAS. No obstante las limitaciones del estudio, la mayoría de los informes evidenciaron una relación temporal entre las prácticas mejoradas de higiene de manos y los índices reducidos de transmisión cruzada e infecciones.

Cuadro 3 Asociación entre mejor adherencia con la práctica de HM.

Asociación entre mejor adherencia con la práctica de higiene de manos y los índices de infección asociados con la atención de la salud (1975 - Junio 2008) (Cont.)

Año	Autores	Escenario hospitalario	Resultados principales	Duración del seguimiento
2005	Zerr et al. ¹²⁵	Todo el hospital	Importante reducción en infecciones rotavirus asociadas con hospitales	4 años
2005	Rosenthal et al. ¹²⁶	UTIs adultos	Importante reducción en índices de IAAS (de 47,5/1000 días-paciente a 27,9/1000 días-paciente)	21 meses
2005	Johnson et al. ¹²⁷	Todo el hospital	Importante reducción (57%) en bacteriemia MRSA	36 meses
2007	Thi Anh Thu et al. ¹²⁸	Neurocirugía	Reducción (54%, NS) de la incidencia total de SSI. Importante reducción(100%) de SSI superficial, incidencia de SSI significativamente inferior en sala de intervenciones comparado con sala de control	2 años
2007	Pessoa-Silva et al. ¹²⁹	Unidad neonatal	Reducción de los índices totales de IAAS (de 11 a 8,2 infecciones por 1000 días-paciente) y 60% menos de riesgo de IAAS en neonatos de muy bajo peso al nacer (de 15,5 a 8.8 episodios /1000 días-paciente)	27 meses
2008	Rupp et al. ¹³⁰	UTI	Ningún impacto en la infección asociada a dispositivo e infecciones por Patógenos resistentes a multidrogas	2 años
2008	Grayson et al. ¹²⁹	1) 6 hospitales piloto solamente	1) Importante reducción de bacteriemia MRSA (de 0,5/100 altas- pacientes a 0,02/100 altas-pacientes por mes) y de aislados clínicos de MRSA	1) 2 años
		2) todos los hospitales públicos en Victoria (Australia)	2) Importante reducción de bacteriemia MRSA (de 0,03/100 altas- pacientes a 0,01/100 altas-pacientes por mes) y de aislados clínicos de MRSA	2) 1 año
			incremento en el tratamiento de manos, índices de IAAS estables y ahorros de costos derivados de la estrategia	
2003	Hilburn et al. ¹²¹	Unid. Ortop. Qui.	36% de disminución de la infección del tracto urinario e índices de SSI(de 8,2% a 5,3%)	10 meses
2004	MacDonald et al. ⁷⁷	Todo el hospital	Importante reducción en casos de MRSA adquirida en el hospital (de 1,9% a 0,9%)	1 año
2004	Swoboda et al. ¹²²	UTI adultos intermedia	Reducción en índices de IAAS (no significativa estadísticamente)	2,5 meses
2004	Lam et al. ¹²³	NICU	Reducción (no significativa estadísticamente) en índices de IAAS (de 11.3/1000 días paciente a 6,2/1000 días paciente)	6 meses
2004	Won et al. ¹²⁴	NICU	Importante reducción en los índices de IAAS (de 15,1/1000 días paciente a 10,7/1000 días-paciente),en especial de infecciones respiratorias	2 años

Fuente: OMS 2009¹⁵

Además, el refuerzo de las prácticas de higiene de manos permite controlar las epidemias en las instalaciones de atención de la salud. Las investigaciones sobre epidemias han sugerido una asociación entre la infección y la escasez de personal o hacinamiento que estuvo indudablemente vinculada con la escasa adherencia a la higiene de manos.

Los efectos beneficiosos derivados de la promoción de la higiene de manos en los riesgos de transmisión cruzada han podido comprobarse asimismo en escuelas, centros de atención diurnos y en el escenario comunitario. Dicha promoción mejora la salud de los niños y reduce la infección pulmonar respiratoria superior, diarrea e impétigo entre los niños de los países en desarrollo.

2.1.5.5. Promoción de la higiene de manos: rentabilidad

Los costos de los programas de promoción de higiene de manos incluyen los costos de las instalaciones para ello y productos más costos asociados con el tiempo de los Trabajadores de la Salud y materiales promocionales y educativos requeridos por el programa.

Para evaluar los ahorros de costos de dichos programas de promoción se deben considerar los ahorros potenciales que pueden lograrse reduciendo la incidencia de IAAS. Varios estudios brindaron estimaciones cuantitativas de los ahorros de costos de los programas de promoción de higiene de manos.

En un estudio realizado en una UTI neonatal de Rusia, los autores estimaron que el costo adicional de un BSI asociado con la atención de la salud (US \$ 1100) cubriría 3265 días paciente de uso antiséptico de manos (US \$ 0,34 por paciente-día). En otro estudio se estimó que los ahorros de costos logrados al reducir la incidencia de enfermedad asociada a *C. difficile* e infecciones MRSA superaron ampliamente el costo adicional de usar un frotado a base de alcohol. Igualmente, MacDonald et al indicaron que el uso de un gel para manos a base de alcohol combinado con sesiones educativas y retroalimentación de desempeño de Trabajadores de la Salud redujeron la incidencia de infecciones de MRSA y los gastos de teicoplanina (usada para tratar dichas infecciones). Por cada UK £1 invertida en gel a base de alcohol, se ahorraron UK £9 -20 en gastos de teicoplanina.

Pittet y colegas estimaron que los costos directos e indirectos asociados con un programa de higiene de manos fueron inferiores a US \$ 57 000 por año para un hospital de 2600 camas, un promedio de US \$ 1,42 por paciente internado. Los autores concluyeron que el programa de higiene de manos permitía ahorrar costos si menos del 1% de la reducción en IAAS observado fuera atribuible a una mejora en las prácticas de higiene de manos. Un análisis económico de la campaña promocional sobre higiene de manos “nuestras manos limpias” realizada en Inglaterra y en Gales permitió llegar a la conclusión de que el programa sería rentable si los índices de IAAS se redujeran en poco menos que 0,1%.

2.1.6 Estrategia Multimodal de la OMS¹⁵

En 2005, el programa de la OMS para la seguridad del paciente lanzó el primer reto mundial en pro de la seguridad del paciente, Clean Care is Safer Care (una atención limpia es una atención más segura) para dirigir la atención y la acción internacionales al problema crítico de las IRAS para la seguridad del paciente y al papel vital que desempeña el cumplimiento de la higiene de manos por parte de los profesionales sanitarios en la reducción de dichas infecciones. En 2009, el programa de la OMS para la seguridad del paciente lanzó una ampliación de este programa; SAVE LIVES: Clean Your Hands (Salva vidas: lávate las manos), una iniciativa destinada a promover la higiene de manos como centro de interés continuo en la atención sanitaria a escala mundial, regional, nacional y local. En particular, SAVE LIVES: Clean Your Hands hace hincapié en que el uso del modelo de “Los 5 momentos para la higiene de las manos” es fundamental para proteger al paciente, al profesional sanitario y al entorno sanitario de la proliferación de patógenos y, por consiguiente, reducir las IRAS.

Paralelamente con la Guía se desarrolló la estrategia de Mejora de la Higiene de Manos Multimodal de la OMS y una amplia gama de herramientas para llevar a la práctica las recomendaciones en el establecimiento de salud.

La estrategia de implementación fue actualizada mediante la literatura sobre ciencia de implementación, cambios de conducta, metodología de divulgación, difusión de innovación y evaluación de impacto. Junto con la Guía, la estrategia y las herramientas fueron probadas en ocho sitios piloto en seis regiones de la OMS. La estrategia multimodal consta de cinco componentes a ser implementados en paralelo. La estrategia de implementación propiamente dicha está diseñada para adaptarse sin poner en riesgo su fidelidad y por lo tanto su objetivo es su uso no solo en lugares donde debe iniciarse la promoción de la higiene de manos sino también en establecimientos donde ya hay una acción de higiene de manos.

Los cinco elementos esenciales son:

1. Cambio de Sistema: asegurar que la infraestructura necesaria esté en su lugar para permitir a los Trabajadores de la Salud practicar la higiene de manos. Esto incluye dos elementos esenciales: Acceso a un suministro de agua continua y segura como también a jabón y toallas; Fácil acceso a la preparación a base de alcohol en el lugar de atención 2. Capacitación/ Educación: brindar una capacitación habitual sobre la importancia de la higiene de manos, basada en el enfoque “Mis cinco momentos de la higiene de manos” y sobre los procedimientos correctos para el frotado y lavado de manos de todos los Trabajadores de la Salud. 3. Evaluación y feedback: monitorear las prácticas de la higiene de manos y la infraestructura, junto con el conocimiento y las percepciones relacionadas entre los Trabajadores de la Salud, y proveer una respuesta al personal sobre los resultados y el desempeño. 4. Recordatorios en el lugar de trabajo: alentar y recordar a los Trabajadores de la Salud sobre la importancia de la higiene de manos y sobre los procedimientos e indicaciones adecuados para realizarla. 5. Clima de seguridad institucional: crear un ambiente y la percepciones que faciliten la toma de conciencia sobre los temas de seguridad del paciente al mismo tiempo que garanticen las consideraciones sobre la mejora de la higiene de manos como una alta prioridad en todos los niveles incluyendo: activa participación tanto en el nivel institucional como en el individual; toma de conciencia de la capacidad individual e institucional para cambiar y mejorar (auto eficacia) y asociación con los pacientes y organizaciones de pacientes (dependiendo de temas culturales y recursos disponibles)

El innovador enfoque de “Mis cinco momentos para la higiene de manos” es fundamental para la implementación de las recomendaciones en el lugar de atención

Considerando la evidencia científica, este concepto fusiona las indicaciones para la higiene de manos recomendadas por la Guía OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud con los cinco momentos en que se requiere

de la higiene de manos. Este enfoque propone una visión unificada para los Trabajadores de la Salud, capacitadores y observadores para minimizar la variación interindividual y permitir un incremento global en el cumplimiento de las prácticas efectivas de la higiene de manos.

De acuerdo con este concepto, los Trabajadores de la Salud deben higienizar sus manos (1) antes de tocar a un paciente, (2) antes de procedimientos asépticos (3) luego de la exposición o riesgo de fluidos corporales, (4) luego de tocar a un paciente (5) luego de tocar el entorno del paciente.

Este concepto se integró a las diversas herramientas de la OMS para educar, monitorear, resumir, retroalimentar y promover la higiene de manos en las instituciones sanitarias.

La información y las lecciones aprendidas provistas por las pruebas fueron de vital importancia al revisar el Borrador Avanzado de la Guía. En todos los sitios piloto se observó un incremento significativo en el cumplimiento de la higiene de manos.

Además, se observó una mejora en la percepción de los Trabajadores de la Salud sobre la importancia de las IAAS y su prevención, como así también su conocimiento sobre la transmisión a través de las manos y las prácticas de la higiene de manos. Por otra parte, se logró un cambio considerable del sistema con una mejora en las instalaciones y equipamiento disponible para la higiene de manos, incluyendo la producción local de preparaciones a base de alcohol recomendadas por la OMS en lugares donde estas preparaciones no están comercialmente disponibles. De acuerdo con los resultados principales de las pruebas, la estrategia y sus componentes centrales fueron confirmados como un modelo muy exitoso, clave para la mejora de la higiene de manos en diferentes lugares y adecuados para usarse también para otras intervenciones de control de infecciones.

Las Herramientas incluyen una gama de herramientas correspondientes a cada componente de la estrategia para facilitar su implementación práctica.

Se desarrolló una Guía de Implementación para ayudar a los establecimientos de salud a implementar mejoras en la higiene de manos de acuerdo con la Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud. En la Parte II la Guía ilustra los componentes de la estrategia en detalle y describe los objetivos y la utilidad de cada herramienta. En la Parte III indica los recursos necesarios para su implementación, brinda un plan de acción modelo, y propone un enfoque escalonado para una implementación práctica en el lugar de la atención de la salud.

Especialmente en un establecimiento donde se debe iniciar un programa de mejora de higiene de manos desde cero, los siguientes representan pasos esenciales:

Paso 1: Preparación y disposición del establecimiento para la acción. Paso 2: Evaluación de base. Establecer la situación actual. Paso 3. Implementación. Introducción de las actividades de mejora Paso 4: Evaluación de seguimiento. Evaluar el impacto de la implementación Paso 5. Planificación de la acción y ciclo de revisión. Desarrollar un plan para los siguientes 5 años (mínimo)

La Estrategia Multimodal de Mejora de Higiene de Manos de la OMS, los enfoques de “Mis cinco momentos para la higiene de manos” y de los cinco pasos se describen a continuación:

Figura 3 Los Cinco Momentos para la Higiene de las Manos



Fuente: OMS

2.1.7 Resultados de la aplicación de la Estrategia Multimodal de la OMS.-

En el estudio de Poveda J, Sierra P., Montaña J(2009), el 83,3% de las personas que fueron encuestadas indicaron que las mejoras Institucionales han ayudado mucho a mejorar la práctica de Higiene de Manos, se destacan algunos aspectos concernientes a la efectividad de las medidas para aumentar el cumplimiento de la higiene de manos, tales como la práctica de la higiene

por parte de los profesionales a fin de ser ejemplo para otros, con un aumento en la valoración de muy eficaz de 65,6% a 95,9%.

En cuanto a los logros y oportunidades de mejora en el saber acerca de la práctica de higiene de manos, entre los cuales encontramos la duración requerida mediante el uso del alcohol para eliminar gérmenes. Aunque se demostró una variación positiva entre los periodos de evaluación, 33% este hallazgo nos permitieron identificar la necesidad de ajustar el plan de acción, muy probablemente a re-evaluar las técnicas de capacitación, enfatizar en los recordatorios la duración para la higiene de manos.¹⁶

En el tema de que acciones son las que se utilizan más para la higiene de manos, el agua y jabón fueron mencionados en 60 % de las respuestas, el alcohol gel en 32% , el resto no respondieron. (Cohelo) y en el estudio de Poveda, Montaña y Sierra se registró un incremento en estas prácticas, siendo la práctica con alcohol la más utilizada por los trabajadores 38% antes de la intervención a 46% después.

En un estudio que se realizó en una Unidad de Cuidados Intensivos en un Hospital de Cartagena, donde valoran la influencia de un programa de intervención múltiple en el cumplimiento de la higiene de manos, se encontraron como principales resultados, después de recoger 338 oportunidades para la HM (antes y después del contacto con el paciente) en una etapa previa a la intervención que la HM se realizó en 118 (34,9%) y 175 (51,7%), respectivamente. En la eta posterior a la intervención se observaron 355 oportunidades (antes y después del contacto con el paciente), realizándose la HM en 161 (45,3%) y 224 (63%), respectivamente. En el análisis multivariado la presencia de un Programa de Intervención se asoció de forma independiente, junto con otras variables, con la realización de la HM antes y después del contacto con el paciente. La conclusión en este estudio fue que la introducción de un Programa de Intervención sobre Higiene de Manos en una UCI aumenta de forma

estadísticamente significativa el porcentaje de actos de HM antes y después del contacto con el enfermo.¹⁷

En un estudio realizado en un Hospital de Tercer Nivel, en el periodo 2007-2008 , se tomó como objetivo valorar la influencia sobre el consumo de preparados de base alcohólica de una campaña de mejora de la higiene de manos, y más concretamente del desarrollo de talleres prácticos dirigidos a profesionales sanitarios sobre higienización de manos.

La campaña comenzó en el año 2007, combinando la dotación de preparados de base alcohólica para su distribución en todas las unidades de hospitalización con elementos educativos que incluían la distribución de material divulgativo en los centros sanitarios y la realización de talleres prácticos de higiene de manos para los profesionales sanitarios. Dentro de los principales resultados encontraron que el consumo global de preparados de base alcohólica aumentó de forma importante durante el año 2008 (media: 15,79 ml/día; IC95%: 6,04–25,53), mientras que en 2007 (media: 6,71 ml/día; IC95%: 3,48–9,74). Al valorar la influencia de la formación sobre el consumo de preparados de base alcohólica se observa que las plantas que habían recibido formación durante la campaña presentaron un aumento significativo del consumo en comparación con las no formadas (3,94 ml/día; IC95%: 0,48–7,41). Encontraron una asociación positiva entre la formación en higiene de manos y el consumo de preparados de base alcohólica, que mejora al consolidarse la campaña (año 2008) y demuestra un efecto beneficioso de ésta, en especial de sus aspectos formativos. En este estudio pudieron concluir que si bien la observación directa es el método más aceptado para determinar la adhesión al lavado de manos, resulta costosa, compleja de realizar y puede verse afectada por un sesgo de observación. Como alternativa, la monitorización del consumo de preparados de base alcohólica constituye un método sencillo para la aproximación a la higiene de manos.¹⁸

Una revisión de 58 artículos realizada por Jiménez y Pardo sobre la importancia del lavado de manos, encontraron que los estudios demuestran

que la práctica adecuada del lavado de manos y desinfección de las manos como una práctica habitual en el oficio de las enfermeras es el método más eficaz y barato para prevenir y reducir la transmisión de microorganismos dentro del hospital y de paciente a paciente. Los resultados obtenidos muestran un bajo cumplimiento a la higiene de manos y que esta se realiza de manera inadecuada, tomando en cuenta únicamente como protección para el personal y no así para el paciente, además se encontró baja adherencia a las recomendaciones internacionales del lavado de manos.¹⁹

Existe un grado de evidencia importante sobre la reducción de la incidencia de las Infecciones Hospitalarias relacionada con la Higiene de Manos. En años recientes se ha comprobado cómo las campañas de promoción de la Higiene de Manos que incluyen la introducción de derivados alcohólicos y su distribución generalizada en todo el hospital, contribuyen de manera notable al éxito en relación con la reducción de las IAAS. Se ha demostrado que esta estrategia aumenta de manera considerable la frecuencia de cumplimiento por parte del personal sanitario y ofrece una sustancial evidencia que dicho aumento se asocia con la disminución de la transmisión cruzada de microorganismos y de la frecuencia de las IAAS.²⁰

La Higiene de Manos debería englobarse en una estrategia combinada de intervención en la que diferentes buenas prácticas asistenciales, que individualmente mejoran los cuidados sanitarios, aplicadas conjuntamente ofrecen un resultado de mejoría sustancialmente superior. Las bases científicas que soportan cada intervención están suficientemente establecidas para ser consideradas como estándares de los cuidados sanitarios.²⁰

En el momento actual la promoción de la Higiene de Manos debería ser considerada como una prioridad a nivel universal, tanto por las autoridades sanitarias como por los cuidadores de la salud. Todos los esfuerzos encaminados a cumplir con este importante y enorme desafío sin ninguna duda tendrán grandes recompensas: prevenir enfermedades a los enfermos, salvar

vidas, mejorar la seguridad de los pacientes y ofrecer una calidad de vida mejor para millones de enfermos y familias.¹

2.2. Marco contextual*.-

2.2.1 Departamento de Chuquisaca^{21,22,23}

2.2.1.1 Ubicación Geográfica.-

Chuquisaca es uno de los nueve departamentos pertenecientes al país de Bolivia, su capital es Sucre, sede del Poder Judicial y capital histórico-constitucional de Bolivia.

Está ubicado en el centrosur del país, limitando al norte con Cochabamba, al este con Santa Cruz y Paraguay, al sur con Tarija y al oeste con Potosí. Con 51 524 km² es el segundo departamento menos extenso, por delante de Tarija.

2.2.1.2 Población.-

Administrativamente el departamento de Chuquisaca se encuentra conformado por 10 provincias, que a la vez, estos se encuentran divididos en 29 municipios. El municipio de Sucre es el más poblado con una población de 261.201 habitantes, concentrando al 44,93 % del total de la población departamental.

Según el censo oficial realizado en 2012, el departamento cuenta con una población de 581.347 habitantes, divididos de la siguiente manera:

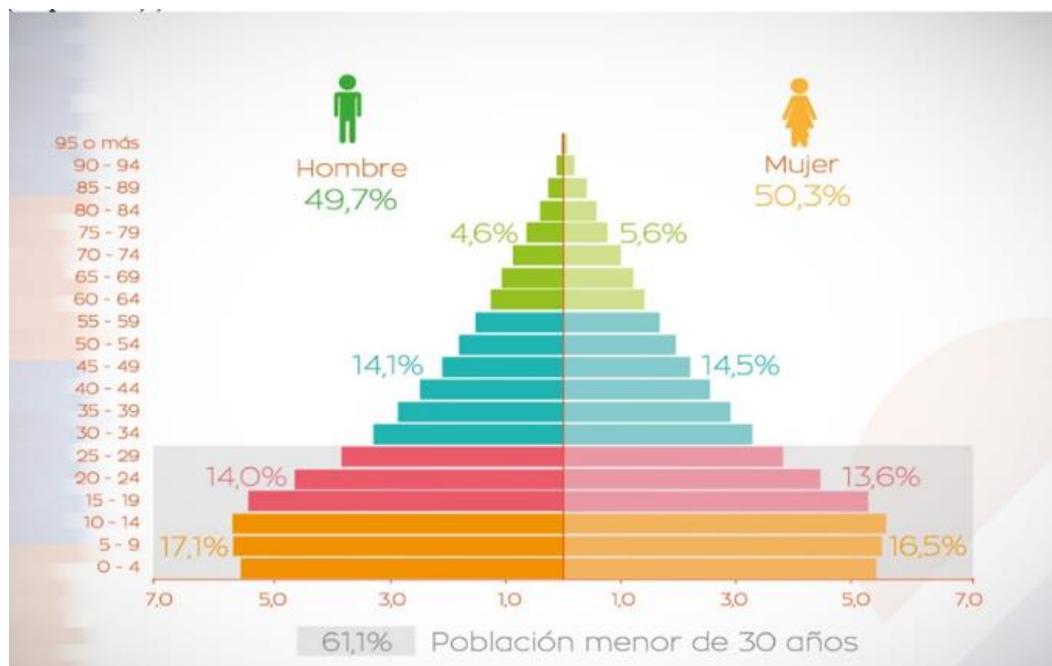
Total: 581,347 habitantes

- Hombres: 295.473
- Mujeres: 285.874
- Área urbana: 283,128
- Área rural: 298,219

En cuanto a su posición demográfica a nivel nacional, la población del departamento representa al 5,48 % de Bolivia.

La estructura de la población por grupos de edad quinquenales para El año 2018, establece que 33,6% de las personas del departamento tienen entre 0 y 14 años, 27,6% se encuentra en el rango de 15 a 29 años, 28,6% pertenece a las edades de 30 a 59 años, las personas de 60 años y más tienen una participación de 10,2% en la pirámide poblacional.

Chuquisaca: Población proyectada por grupos quinquenales, 2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Revisión 2014

2.2.1.3 Características demográficas.-

- La tasa de fecundidad global en el año 2012 en el departamento de Chuquisaca fue de 76 por cada 1000 nacimientos.
- La tasa anual de crecimiento inter censal en el periodo 2001-2012 fue de 0,69%, mientras que a nivel nacional presentó tasa de 1,57%.
- La tasa bruta de mortalidad es de 7,68%.
- La tasa de mortalidad infantil en el departamento de Chuquisaca fue de 19 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en el año 2012, para el año 2017 el dato es de 11 defunciones de menores de 1 año por cada mil nacidos vivos.

- La esperanza de vida para el año 2012 fue de 64, para los hombres y para las mujeres 69, a nivel nacional fue 61 y 64, respectivamente.
- Promedio de hijos; Cada mujer en el departamento tiene 3,5 hijos durante su vida fértil.

2.2.1.4 Economía.-

La rama principal de la Economía es la Agricultura, Ganadería. La mayoría cultiva trigo, maíz, cebada, legumbres, verduras. Se cultiva en zonas tropicales pimienta, arroz, tabaco. El Departamento también tiene petróleo y gas natural, extracción, que es, respectivamente, 1,85% y 5,18% del total de la minería boliviana. Los principales productos industriales: vino, cigarrillos, hilados y cemento. La principal exportación de productos básicos - gas natural, sus exportaciones representan alrededor del 90% del departamento de exportación total. Exportan principalmente a Brasil y Argentina. Las principales importaciones bienes: vehículos, piezas y accesorios, manufacturas diversas. La mayoría de los productos importados de Chile.

2.2.1.5 Salud.-

- El departamento de Chuquisaca contaba para el año 2012 con 417 establecimientos de salud; 377 correspondían al subsector público y el restante a establecimientos dependientes de la Seguridad Social, Organismos Privados y Organismos No Gubernamentales en todos los niveles de atención. Para la Gestión 2017 se tienen datos de 424 establecimientos de Salud.
- Chuquisaca se halla junto a Potosí entre los dos departamentos con mayores índices de pobreza (más de 60%), la desnutrición afecta a casi un tercio de los niños y niñas menores de 3 años, los riesgo de mortalidad materna son altos por las bajas coberturas del parto institucional. Los niveles educativos de la población se hallan entre los más bajos del país y la cobertura de servicios de agua y Saneamiento están por debajo del promedio nacional.

- Según datos del 2012 en el departamento de Chuquisaca se registraron 502 nacidos con bajo peso, es decir, registraron un peso menor a 2.500 gr. al momento del nacimiento, en el 2017 se registraron 547 nacidos con bajo peso.
- Según datos del año 2012, en el departamento de Chuquisaca se registró la atención de 15955 controles prenatales. El número de mujeres con el cuarto control prenatal en el departamento de Chuquisaca fue 14049. Se registraron 12264 partos atendidos, de los cuales 12 111 fueron atendidos por personal de salud capacitado.
- En el departamento de Chuquisaca en el 2012 se aplicaron a niños menores de un año 12958 terceras dosis de vacunas pentavalentes, un total de 13739 dosis de vacuna anti sarampión en niños de 1 año y 12.958 dosis de la vacuna BCG.
- A pesar de las intervenciones realizadas por el ministerio de salud para controlar la enfermedad de Chagas, este departamento mantiene alto nivel de transmisión de la enfermedad.

2.2.2. El Hospital:

La hospitalidad al estilo de San Juan de Dios, es el valor esencial de la Orden, que ubica a los enfermos y a las personas que sufren en el centro de interés de nuestras vidas.

La misión es evangelizar el mundo del dolor y sufrimiento a través de la promoción de obras y organizaciones sanitarias y sociales, que presten una asistencia integral a la persona, dando preferencia a las personas más desfavorecidas.

2.2.3. Infraestructura:

Las instalaciones que componen la estructura física del Hospital Cristo de las Américas ocupan una extensión de 3.500 m²., incluidos los espacios libres de construcción.

El edificio está dividido en dos plantas operacionales.

En la primera están dispuestos cinco quirófanos no debidamente equipados, tres de los cuales están destinados a cirugías de las distintas especialidades, uno para ginecología y uno como ambiente séptico. Laboratorio de análisis clínicos, Odontología, Rx, ecografía y algunas áreas de servicio como lavandería, cocina y el taller de mantenimiento, además del área Administrativa.

La segunda planta está compuesta por las salas de internación, las cuales están provistas de 43 camas, 19 de las cuales corresponden al área de sala común y las restantes 24, al área privada. También en la segunda planta se encuentran los 5 consultorios destinados a consulta externa, además del servicio de Urgencias. La farmacia y recepción también se hallan en este piso.

2.2.4. Servicios:

El Hospital Cristo de las Américas cuenta con atención en las siguientes especialidades:

- Cirugía General
- Cardiología
- Anestesiología
- Traumatología
- Neumología
- Ginecología
- Pediatría - Neonatología
- Medicina interna
- Neurología
- Gastroenterología
- Urología
- Odontología
- Fisioterapia
- Otorrinolaringología (fuera)
- Dermatología

- Reumatología
- Endocrinología (fuera)
- Maxilofacial

Las especialidades cuentan con todos los servicios complementarios que podrían necesitarse para una correcta atención, como ser:

- Rayos X
- Ecografía
- Laboratorio
- Farmacia
- Servicio de Asistencia Social.

2.2.5. Personal.-

Cuadro 4 Distribución del Personal del Hospital Cristo de las Américas en la Gestión 2017

GESTION 2017	
AREA O SERVICIO	N° DE PERSONAL
COMITÉ DE DIRECCIÓN	6
PERSONAL MEDICO	10
ADMINISTRACION	11
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	12
ENFERMERIA	40
SERVICIOS GENERALES	26
TOTAL	105

2.2.6. Salud.-

Cuadro 5 Distribución de procedimientos y atenciones realizadas en el Hospital Cristo de las Américas en la Gestión 2017.

Resumen Semestre Enero a Junio 2016	
Internaciones-Admisiones	1824
Procedimientos quirúrgicos	1454

Atención de infecciones - Casos nuevos	
Nombre	Nro
EDA	392
IRA	1301
IVU	34
NEUMONIA	19
BRONCONEUMONIA	10
SEPSIS	4
PERITONITIS	4
ABSCESO DENTARIO	3
HERIDA CONTUSA	3
INFECCION INTESTINAL BACTERIANA	1
DIARREA AGUDA	1
HEPATITIS AGUDA TIPO A	1
TUBERCULOSIS MILIAR	1
PAPILOMA OJO DERECHO	1
PANCREATITIS AGUDA	1
SALMONELLOSIS	1
HERIDA INFECTADA	1

Patología Prevalente	N
Colelitiasis	76
Apendicitis	57
Colecistitis	40
Cole-Lapa	31
IVU	24
Neumonía	19
Gastroenteritis	16
Celulitis	15

El Hospital Cristo de las Américas cuenta con un comité de Bioseguridad, Administración de residuos sólidos e IAAS, conformado de la siguiente manera:

Cargos: Presidente general, coordinadora ejecutiva, secretario general y 9 vocales.

Subcomités:

Bioseguridad, con 1 presidente, 1 coordinador, y 3 vocales.

IAAS, con 1 coordinadora, 1 enfermera vigilante, 1 encargado de microbiología y 2 vocales.

Administración de residuos sólidos, con 1 presidente, 1 secretario y 1 vocal.

Tanto el comité como los subcomités, tienen una reunión mensual para coordinar y valorar las diferentes actividades. Se cuenta con un plan Institucional de Bioseguridad, cuyo objetivo es: *Reducir los riesgos en*

bioseguridad laboral que afecten a los trabajadores y pacientes del Hospital Cristo de las Américas.

Algunas de las actividades que forman parte de este plan Institucional 2017 son:

- Programa para vacunación tétanos
- Preparación proyecto: “Central de esterilización”, “Unidad transfusional”
- 1era evaluación interna dirigida al personal capacitado.
- Capacitación en IAAS a médicos, enfermeras e internos.
- Simulacro de contención de residuos hospitalarios.
- Programa de vacunación hepatitis B 1era y última dosis.
- 1er pesaje de la basura.
- Renovar basureros: Intermedios, Finales, Anexos.
- 2da evaluación interna. Supervisión cruzada en bioseguridad.
- 2do pesaje de la basura.
- Limpieza general del Hospital.
- Reunión, evaluación final y proyección P.E.I. 2018.

*Todos los datos fueron obtenidos de Administración del Hospital Cristo de las Américas.

2.3 Hipótesis.-

La valoración de la estrategia “Una atención limpia es una atención segura”, con respecto al cumplimiento general de Higiene de Manos es menor al 40%, en el Hospital Cristo de las Américas de la ciudad de Sucre en la gestión 2017, con base a los datos obtenidos por la OMS, donde este parámetro es el mínimo aceptable a nivel mundial.¹⁵

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque, tipo y diseño de investigación.-

3.1.1. Enfoque de la investigación: El enfoque cuantitativo, porque se utilizaron métodos y técnicas cuantitativas en todo el proceso, se pretende verificar una hipótesis, se obtuvieron resultados objetivos.

3.1.2. Tipo y diseño de la investigación:

Es descriptivo, porque describió tal cual se presentaron cada una de las variables.

Es observacional porque no se manipularon ni cambiaron el curso del desarrollo de las variables.

Es transversal porque la información de las variables se recogió, en un periodo de tiempo determinado.

3.2. Población y Muestra

3.2.1. Población: La población para el estudio fue el Personal del Hospital Cristo de las Américas, que constituyen 40 personas.

3.2.2. Muestra: No se trabajó con una muestra, se tomó el total de la población.

3.3. Variables de Estudio

3.3.1. Identificación de variables

Sexo, Ocupación, conocimiento sobre HM, percepción sobre HM, Auto evaluación en los 5 componentes (Cambio de Sistema, Formación y aprendizaje, Evaluación y retroalimentación, Recordatorios en el lugar de trabajo, Clima institucional de seguridad con respecto a la higiene de las manos), nivel de cumplimiento de Higiene de Manos (Impacto de la Implementación de la estrategia)

3.3.2. Diagrama de variables

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Categorías	Instrumento
Describir el grupo de estudio en función a las características: Sexo, Ocupación en el Hospital donde trabaja.	Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Según las características de los participantes del estudio	Cualitativa dicotómica	Femenino Masculino	Cuestionario
	Ocupación	A lo que se dedica una persona; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo	Según la actividad que tienen las personas que trabajan en el Hospital Cristo de las Américas.	Nominal Politómica	Médico Lic en enfermería Aux de enfermería	Cuestionario
Identificar la situación actual del conocimiento de higiene de las manos del personal Sanitario del Hospital Cristo de las Américas, antes y después de la implementación de la estrategia.	Conocimiento de HM	Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.	Según la comprensión que tengan los trabajadores del Hospital sobre la higiene de manos.	Nominal Dicotómica	Si No	Encuesta de Conocimientos
Identificar la percepción que tienen los profesionales Sanitarios del Hospital Cristo de las Américas acerca de la práctica de la higiene de manos antes y después de la capacitación sobre la Estrategia Multimodal de la OMS.	Percepción acerca de la práctica de HM	Impresiones que puede percibir un individuo a través de los sentidos sobre la HM.	Según la impresión que tienen los Profesionales Sanitarios del Hospital Cristo de las Américas de la ciudad de Sucre sobre la HM.	Ordinal	Nada Poco Mucho (Importancia. Efectividad) *No se toma ningún parámetro, únicamente la impresión de cada encuestado.	Encuesta sobre Percepción (Profesionales Sanitarios)
Describir el nivel de higiene de manos por componentes de la auto evaluación y de manera global antes y después de la intervención, valorada por los dire	Auto evaluación en el componente cambio de sistema	Características estructurales del Hospital.	Según la puntuación obtenida	Ordinal	Inadecuado 1 a 25 Básico 26 a 50 Intermedio 51 a 75 Avanzado 76 a 100	Encuesta de AUTOEVALUACION

ctivos del hospital.	Auto evaluación en el componente Formación y aprendizaje.	Características de capacitación del personal.	Según la puntuación obtenida	Ordinal	Inadecuado 1 a 25 Básico 26 a 50 Intermedio 51 a 75 Avanzado 76 a 100	Encuesta de AUTOEVALUACION
	Auto evaluación en el componente evaluación y retroalimentación.	Características de monitorización de HM.	Según la puntuación obtenida	Ordinal	Inadecuado 1 a 25 Básico 26 a 50 Intermedio 51 a 75 Avanzado 76 a 100	Encuesta de AUTOEVALUACION
	Auto evaluación en el componente recordatorios en el lugar de trabajo.	Características estructurales del Hospital.	Según la puntuación obtenida	Ordinal	Inadecuado 1 a 25 Básico 26 a 50 Intermedio 51 a 75 Avanzado 76 a 100	Encuesta de AUTOEVALUACION
	Auto evaluación en el componente clima institucional de seguridad con respecto a HM.	Características estructurales del Hospital.	Según la puntuación obtenida	Ordinal	Inadecuado 1 a 25 Básico 26 a 50 Intermedio 51 a 75 Avanzado 76 a 100	Encuesta de AUTOEVALUACION
	Autoevaluación Global de los componentes.	Características de cada componente.	Según la puntuación total obtenida.	Ordinal	Inadecuado 0 a 125 Básico 126 a 250 Intermedio 251 a 375 Avanzado 376 a 500	Encuesta de AUTOEVALUACION

3.4. Criterios de Inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión:

- Trabajadores de salud del Hospital Cristo de las Américas que son personal de planta de la Institución.
- Personal de salud del Hospital Cristo de las Américas que se encontró en su fuente laboral al momento de realizar la encuesta, o incluso después de tres intentos de localizarlos.

3.4.2. Criterios de exclusión:

- Personal que no quiso colaborar con el estudio.
- Personal que al momento de realizar la encuesta se encontraba en calidad de suplencia temporal.

3.5. Procedimientos para la Recolección de la información

3.5.1. Fuente de recolección de la información: Se utilizó fuente primaria porque se recogió la información directamente del personal del Hospital.

3.5.2. Instrumentos de recojo de información: Los instrumentos utilizados (que se encuentran en la sección de ANEXOS) para la evaluación inicial, fueron encuestas tipo cuestionario de la OMS, la primera que fue para la autoevaluación de la institución estructurada en 5 secciones: 1. Cambio del sistema, 2. Formación y aprendizaje, 3. Evaluación y retroalimentación, 4. Recordatorios en el lugar de trabajo, 5. Clima institucional de seguridad con respecto a la higiene de las manos., teniendo cada una de estas secciones preguntas cerradas, con la opción de elección de 1 respuesta y cada respuesta un puntaje asignado. De acuerdo al puntaje obtenido se obtuvo el nivel de higiene de manos que tiene la institución, para posteriormente coordinar la elaboración de un plan de acción.

Se realizaron también encuestas de percepción y de conocimientos sobre higiene de manos, antes de la implementación de la estrategia, las encuestas de la OMS fueron adaptadas para el estudio, ambas con preguntas cerradas. Se realizó una encuesta de percepción y a los profesionales en salud, posterior a la Intervención (encuesta de seguimiento).

Para la observación de la Higiene de manos, se adaptó un formulario también de la OMS, donde se evaluó a la persona y el momento en el que realiza a higiene de manos (en cuál de los 5 momentos lo hace y de qué forma).

3.5.3. Procedimientos y técnicas

Para la recolección de la información, se utilizaron dos encuestas elaboradas con base a las que presenta la OMS, teniendo en cuenta que en la primera encuesta se recogieron los datos generales de los participantes, conocimientos y percepción sobre la Higiene de manos, la segunda encuesta, también adaptada del modelo de encuesta de la OMS, incluyó preguntas que se realizaron en primera instancia, para poder luego hacer una comparación con los resultados de la primera encuesta.

Se recolectaron los primeros datos al inicio del estudio, y después de la intervención se procedió a la recolección de los datos de la segunda encuesta.

Para medir la adherencia a la higiene de manos en el personal de salud tanto en el momento previo a la presentación de la estrategia, como después del mismo, se utilizó un paquete de verificación, también adaptado de la OMS, para facilitar la identificación de los momentos en que el personal realiza la higiene de manos y cuáles son las acciones (alcohol gel, agua y jabón o ninguna) que ellos toman.

Descripción de la Estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”.-

Esta estrategia se basa en cinco elementos • Cambio de sistema, que se refiere al uso preferencial de desinfectante alcohólico para la higiene de manos. • Educación y entrenamiento a los trabajadores de la salud. • Medición del cumplimiento mediante observaciones advertidas y

retroalimentación inmediata. • Afiches y recordatorios en el sitio de trabajo. • Creación del clima de seguridad institucional.

La intervención se desarrolló según la “Guía para la Aplicación” de la OMS y consta de cinco pasos consecutivos: • Preparación del sitio: conformando un grupo coordinador y garantizando el compromiso de los directivos y jefes de los servicios. • Evaluación inicial: se evaluaron la percepción y los conocimientos de los trabajadores del hospital sobre la importancia e impacto de la higiene de manos en las IAAS, mediante la aplicación de encuestas estructuradas en base a encuestas de la OMS. Se realizaron las primeras observaciones, para hacer el cálculo del cumplimiento inicial (“antes”), con la ayuda de un paquete de verificación adaptado para el estudio, teniendo en cada hoja 8 oportunidades con los 5 momentos y las acciones de Higiene de Manos respectivas (frotado, lavado y no realiza), las observaciones estuvieron acompañadas de una retroalimentación inmediata, • Aplicación de la estrategia: Una vez obtenidos los resultados de la primera fase de la Estrategia, en un periodo de 3 meses se realizaron 3 capacitaciones en el Hospital, siendo las 2 primeras capacitaciones para brindar la base teórica de toda la estrategia. Por cuestión de tiempo y de horarios del personal de salud, se realizaron las 2 primeras capacitaciones con un espacio de 1 mes y 1 semana entre ellas, la 3era capacitación fue realizada después de 2 semanas de haber terminado con la parte teórica, donde el personal ya pudo ver de manera práctica el trabajo que se debía realizar en el hospital.

Durante este paso se realizó el lanzamiento de la estrategia mediante actividades pedagógicas y el entrenamiento en el modelo “Mis cinco momentos para la higiene de manos” a todos los trabajadores del Hospital. El entrenamiento incluyó sensibilización sobre la importancia de la higiene de manos, utilización de ayudas audiovisuales y entrega de plegables sobre cómo, cuándo y porqué realizar higiene de manos. Se

instalaron los afiches de “Mis cinco momentos” en todas las habitaciones y los de cómo realizar fricción y lavado en dispensadores y lavamanos.

La participación del personal de salud, fue en coordinación con la Administración del Hospital, logrando reunir al personal requerido en las diferentes capacitaciones, donde la recepción por parte del personal, al principio no fue tan buena, ya que les parecía que una clase de Higiene de Manos no estaba a la altura de las personas que trabajan en un Centro de Salud, una vez que se les mostraron los resultados iniciales, la recepción a nuevos conocimientos fue total, todos los participantes colaboraron de manera activa, participando con preguntas y sobre todo con la duda del uso de alcohol gel para la higiene de manos. Con buena predisposición de aprender la técnica correcta y poder aumentar el porcentaje en la adherencia a la Higiene de Manos.

Los contenidos teóricos para las 2 primeras capacitaciones al personal de salud, incluyeron las bases sobre lo que son las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, la forma en la que estas se transmiten, las repercusiones que tienen sobre el paciente y también sobre el Hospital, se habló sobre la importancia de la Seguridad al Paciente y lo importante que es que el Hospital haga un seguimiento a las Infecciones dentro del mismo. En la segunda capacitación se hizo el lanzamiento oficial de la estrategia de la OMS, para poder cumplir con el modelo de los 5 momentos para la higiene de las manos, esta temática se extendió hasta la tercera charla, donde de manera práctica se mostró la técnica correcta de la Higiene de Manos, y se proporcionó al personal de salud la información correspondiente a los 5 momentos.

A continuación se muestran algunos de los contenidos compartidos al personal de salud:

El impacto de las IAAS

IAAS generan:

- Agravamiento de enfermedades
- Prolongación de la estadía en un establecimiento de salud
- Discapacidad a largo plazo
- Mayor número de muertes
- Aumentos de los costos personales en los pacientes y sus familias
- Aumento adicional en los costos hospitalarios.



 <p>Organización Mundial de la Salud</p>	<p>Seguridad del Paciente UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA</p>	<p>SAVE LIVES Clean Your Hands</p>
--	---	---

Focos frecuentes de infección y sus factores de riesgo



 <p>World Health Organization</p>	<p>Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care</p>	<p>SAVE LIVES Clean Your Hands</p>
---	---	---

TRANSMISIÓN A TRAVÉS DE LAS MANOS

- Las manos son el vehículo más común para transmitir microorganismos intrahospitalarios o asociados a la atención de la salud
- La transmisión de microorganismos asociados a la atención de la salud de un paciente a otro se produce a través de las manos de los trabajadores de la salud y comprende **5 pasos secuenciales**



Lavate las manos.

 <p>Organización Mundial de la Salud</p>	<p>Seguridad del Paciente UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA</p>	<p>SAVE LIVES Clean Your Hands</p>
---	--	--

Cumplimiento con el lavado de manos

- El cumplimiento con el lavado de manos varía según los establecimientos y los países, pero globalmente representa menos del 40%¹
- Según lo informado por trabajadores de la salud, las principales razones para el incumplimiento son²:
 - Demasiado trabajo
 - Irritación de la piel
 - Uso de guantes
 - No considerar el tema

¹Pittet and Boyce. *Lancet Infectious Diseases* 2001.
²Pittet D, et al. *Ann Intern Med* 1999

 <p>World Health Organization</p>	<p>Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care</p>	<p>SAVE LIVES Clean Your Hands</p>
--	--	--

Carrera contra el reloj = principal obstáculo para el lavado de manos



Un adecuado lavado de manos con agua y jabón demanda **40–60 segundos**

Tiempo promedio generalmente adoptado por los trabajadores de la salud es: **<10 segundos**

Frotado de manos con Alcohol: **20–30 segundos**

 <p>World Health Organization</p>	<p>Patient Safety A World Alliance for Safer Health Care</p>	<p>SAVE LIVES Clean Your Hands</p>
--	--	--

¿POR QUÉ?

- Miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria.
- Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria.
- La higiene de las manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

¿CÓMO?

- Limpie sus manos frotándolas con un desinfectante a base de alcohol, como medio habitual preferente para desinfectar las manos cuando éstas no estén visiblemente sucias. Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón.
- Lávese las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, o después de usar el inodoro.
- Cuando se sospeche o se tenga constancia de haber estado expuesto a patógenos que liberan esporas, y en particular a brotes de *Clostridium difficile*, el método preferible consistirá en lavarse las manos con agua y jabón.

¿QUIÉN?

- Todo profesional o dispensador de servicios de atención sanitaria, o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente, debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente en el momento adecuado.

¿CUÁNDO?

SUS 5 MOMENTOS



Ejemplos de la situación 1: a) Antes de dar la mano a un paciente y antes de acariciar la frente de un niño b) Antes de ayudar a un paciente en sus cuidados personales: cambiar de lugar, bañarse, comer, vestirse, etc. c) Antes de prestar cuidados u otros tipos de tratamiento no invasivo: aplicar una máscara de oxígeno, dar un masaje d) Antes de efectuar un examen físico no invasivo: tomar el pulso o la presión arterial, auscultar el pecho, efectuar un electrocardiograma

Ejemplos de la situación 2: a) Antes de: cepillar los dientes del paciente, administrarle gotas en los ojos, practicar con los dedos un examen vaginal o rectal, examinar su boca, nariz u oídos utilizando o no un instrumento, introducirle un supositorio o un pesario, o succionarle mucosa b) Antes de tratar una herida utilizando o no instrumentos, o de aplicar pomada en una vesícula, o de practicar una inyección percutánea o una punción c) Antes de insertar un dispositivo médico invasivo (cánula nasal, tubo nasogástrico, tubo endotraqueal, sonda urinaria, catéter percutáneo, drenajes), o antes de activar o desactivar un circuito de un dispositivo médico invasivo (para la administración de alimentos o medicamentos, o con fines de drenaje, succión o monitoreo) d) Antes de preparar alimentos, medicamentos, productos farmacéuticos o material estéril

Ejemplos de la situación 3: a) Al finalizar el contacto con una membrana mucosa o con una superficie de piel dañada b) Tras una inyección percutánea o punción; tras la inserción de un dispositivo médico invasivo (acceso vascular, catéter, tubo, drenaje, etc.); tras activar o desactivar un circuito invasivo c) Tras retirar un dispositivo médico invasivo d) Tras retirar cualquier clase de material protector (pañales, curas, vendas, toallitas sanitarias, etc.) e) Después de: manejar una muestra que contenga materia orgánica, limpiar excrementos u otros fluidos corporales, limpiar una superficie contaminada o sucia (ropa de cama manchada, prótesis dental, instrumentos, orinales, bacinillas, inodoros, etc.)

Ejemplos de la situación 4, si se trata del último contacto mantenido con el paciente antes de terminar la visita: a) Después de dar la mano a un paciente o de acariciar la frente de un niño b) Después de ayudar al paciente en actividades de atención personal: cambiar de lugar, bañarse, comer, vestirse, etc. c) Después de prestarle cuidados u otros tipos de tratamiento no invasivo: cambio de ropa de cama sin bajar al paciente, aplicación de máscaras de oxígeno, masajes d) Después de efectuar un examen físico no invasivo: tomar el pulso o la presión arterial, auscultar el pecho, efectuar un electrocardiograma.

Ejemplos de la situación 5, cuando se trate del último contacto mantenido con objetos en las inmediaciones del paciente, sin haber tocado a éste: a) Después de las tareas de limpieza: cambio de sábanas sin bajar al paciente de la cama, sujetar una bandeja, agarrar la barra de empuje de la cama, despejar una mesita suplementaria b) Después de prestar algún tipo de asistencia: ajustar la velocidad de perfusión, limpiar una alarma de monitoreo c) Después de mantener otros tipos de contacto con superficies u objetos inanimados (Nota: de ser posible, trate de evitar ese tipo de actividades innecesarias): apoyarse en una cama, apoyarse en una mesilla de noche o mesita suplementaria

- Evaluación, seguimiento y retroalimentación: Después de 3 meses y de las 3 capacitaciones realizadas, al mismo personal de salud se realizaron las observaciones y las encuestas sobre percepción de la estrategia, correspondientes al período “después” de la intervención, donde se estructuraron las encuestas con preguntas ya realizadas en la primera encuesta, para poder posteriormente hacer una comparación entre ambas, y también con preguntas referidas únicamente a la implementación de la estrategia, se brindó retroalimentación a los trabajadores según los datos obtenidos, en una nueva reunión con el personal de salud. Estos datos fueron también compartidos con Administración y Gerencia, para mostrar el avance que se tuvo luego de un tiempo corto de implementación de la Estrategia.
- Desarrollo de un plan de acción continuo: Claramente hacer un seguimiento de la estrategia planteada requiere de mayor tiempo y de personal que esté al frente de la misma, por lo que se trabaja el plan de acción con la ayuda del personal responsable de gestión de calidad para continuar la implementación de la estrategia en el hospital, para el futuro.

3.6. (Plan de) Procesamiento y análisis de los datos

Una vez recogida la información se procedió a realizar la selección de la misma, quedándonos con la información válida, se transcribió a una base de datos creada en el programa MICROSOFT EXCEL 2010. Se procedió a hacer el análisis descriptivo de cada una de las variables de estudio, mediante la construcción de tablas de frecuencia, posteriormente se realizó el cálculo de Inferencia para proporciones, para todos los resultados, utilizando el programa estadístico Epidat 3.1.

3.7 Delimitaciones de la investigación

3.7.1 Delimitación geográfica: Hospital Cristo de las Américas.

3.7.2 Sujetos y/u objetos: Funcionarios del Hospital Cristo de las Américas, en sus diferentes servicios.

3.7.3 Delimitación Temporal: El estudio se inicia en Febrero de 2017 a marzo de 2018.

IV Resultados

Los resultados del estudio son netamente descriptivos, no se valoró ninguna relación entre variables.

4.1 Resultados de la primera encuesta.-

Tabla N 1. Autoevaluación del Hospital Cristo de las Américas de la ciudad de Sucre. 2017

Componente	Subtotal	Puntuación total	Nivel de Higiene de Manos
1. Cambio del sistema	35	0-125	Inadecuado
2. Formación Y aprendizaje	20	126-250	Básico
3. Evaluación y retroalimentación	10	251-375	Intermedio (o consolidado)
4. Recordatorios en el lugar de trabajo	30	376-500	Avanzado
5.Clima Institucional de seguridad	30		
TOTAL	125		

Luego de obtener los datos de la Autoevaluación de la Institución, utilizando una herramienta de la OMS, que fue completada por el encargado de Gestión de Calidad del Hospital, se obtuvo que el Hospital Cristo de las Américas de la ciudad de Sucre tiene un Nivel Inadecuado de Higiene de Manos.

Los resultados siguientes, fueron obtenidos de las encuestas realizadas al personal de salud del Hospital Cristo de las Américas. Tomando en cuenta que desde la tabla 2 hasta la tabla 9 son preguntas realizadas solo en la primera encuesta.

Tabla N 2. Distribución del Personal de Salud del Hospital Cristo de las Américas según sexo, gestión 2017

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	33	82,50%
Masculino	7	17,50%
Total	40	100,00%

La población de estudio predominante es la de sexo femenino, representando el 82,5% del total (IC95% 69,47 – 95,52)

Tabla N 3. Distribución del Personal de Salud del Hospital Cristo de las Américas según ocupación, gestión 2017.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Médico	10	25,00%
Lic. Enfermería	23	57,50%
Auxiliar Enfermería	7	17,50%
Total	40	100,00%

Más de la mitad de la población de estudio son licenciadas en enfermería, representando el 57,5 %.(IC95% 40,93 – 74,07), los médicos representan un porcentaje menor 25% (IC95% 10,33 – 39,67).

Tabla N 4. Distribución del grupo de estudio según conocimiento de la Principal Vía de Transmisión cruzada de microorganismos entre los pacientes, Hospital Cristo de las Américas 2017.

Principal Vía de Transmisión cruzada de microorganismos entre los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Manos sucias de Profesionales sanitarios	10	25,00%
Aire que circula en el hospital	15	37,50%
Exposición del paciente a superficies colonizadas	13	33,00%
Compartir elementos no invasivos	2	5,00%
Total	40	100,00 %

Del personal de salud encuestado, apenas $\frac{1}{4}$ afirma que la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos entre los pacientes son las manos sucias de los Profesionales sanitarios.

Tabla N 5. Distribución del grupo de estudio según conocimiento de la Fuente más frecuente de gérmenes causantes de IAAS, Hospital Cristo de las Américas 2017.

Fuente más frecuente de gérmenes causantes de IAAS	Frecuencia	Porcentaje
Agua del Hospital	2	5,00%
Aire del hospital	5	12,00%
Microorganismos presentes en el paciente	18	45,00%
El entorno	15	37,50%
Total	40	100,00%

Del total de personal encuestado el 45% (IC95% 28,33 – 61,67) indica que los microorganismos presentes en el paciente, son la fuente más frecuente para causar IAAS.

Tabla N 6. Distribución del grupo de estudio según conocimiento de Acciones de Higiene de manos que previenen transmisión de microorganismos al paciente. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Acciones de Higiene de manos que previene transmisión de microorganismos al paciente	Frecuencia	Porcentaje
Antes de tocar al paciente	24	60,00%
Después del riesgo de expo. A fluidos corporales	6	15,00%
Después del contacto con el entorno del paciente	3	7,50%
Antes de un procedimiento limpio	7	17,50%
Total	40	100,00%

Más de la mitad del personal de salud, representado por el 60% (IC95% 43,57 – 76,43), refiere como acción de Higiene de Manos que previene la transmisión de microorganismos al paciente, a la Higiene antes de tocar al paciente.

Tabla N 7. Distribución del grupo de estudio según conocimiento de Acciones de Higiene de manos que previene transmisión de microorganismos al profesional sanitario. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Acciones de Higiene de manos que previene transmisión de microorganismos al profesional sanitario	Frecuencia	Porcentaje
Después de tocar al paciente	19	47,50%
Después del riesgo de expo. A fluidos corporales	11	27,50%
Antes de un procedimiento limpio	4	10,00%
Después del contacto con el entorno del paciente	6	15,00%
Total	40	100,00%

Casi la mitad de los encuestados (47,5% IC 95% 30,77 – 64,22), indica que la higiene de manos después de tocar al paciente, es una acción que previene la transmisión de microorganismos al personal sanitario.

Tabla N 8. Distribución del grupo de estudio según conocimiento del tiempo mínimo necesario para que el alcohol gel elimine los gérmenes de las manos. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Tiempo Mínimo Necesario para que el alcohol gel elimine los gérmenes de las manos	Frecuencia	Porcentaje
20 segundos	23	57,50%
3 segundos	2	5,00%
1 minuto	7	17,50%
10 segundos	8	20,00%
Total	40	100,00%

Más de la mitad del personal encuestado, indica que el tiempo mínimo necesario para que el alcohol gel elimine los gérmenes de las manos son 20 segundos.

Tabla N 9. Distribución del grupo de estudio según percepción del porcentaje medio de pacientes hospitalizados que contraen IAAS. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Porcentaje medio de pacientes hospitalizados contraen IAAS	Frecuencia	Porcentaje
0-30%	8	20,00%
31-60%	4	10,00%
61-90%	3	7,50%
>90%	2	5,00%
No sabe	23	57,50%
Total	40	100,00%

Del total de encuestados, más de la mitad indica no saber el porcentaje medio de pacientes hospitalizados que contraen IAAS, un 20% (IC 95% 6,35 – 33,65) indica que ese porcentaje se encuentra entre 0 y 30%.

4.2 Resultados comparativos entre la primera y la segunda encuesta.-

Las tablas expuestas a continuación, muestran una comparación entre la primera y la segunda encuesta. La primera tabla corresponde al periodo antes de la intervención y la segunda tabla al periodo después de la implementación de la estrategia.

Tabla N 10. Distribución del grupo de estudio según información reglada recibida sobre Higiene de Manos los últimos 3 años, antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura” Hospital Cristo de las Américas 2017.

Información reglada sobre Higiene de Manos en los últimos 3 años	Frecuencia	Porcentaje
Si	34	85%
No	6	15%
Total	40	100%

De todo el personal de salud que participó del estudio antes de la intervención, el 85% (IC95%72,68-97,31) afirmó haber recibido información reglada sobre Higiene de Manos en los últimos 3 años.

Tabla N 11. Distribución del grupo de estudio según información reglada recibida sobre Higiene de Manos los últimos 3 años después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”, Hospital Cristo de las Américas 2017.

Información reglada sobre Higiene de Manos en los últimos 3 años	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	95%
No	2	5%
Total	40	100%

Del total de encuestados, el 95%(IC 95% 83,08 – 99,35) indica haber recibido información reglada sobre Higiene de manos en los últimos 3 años, después de haber realizado la intervención.

Este incremento de porcentaje, es debido a que se realizó la capacitación sobre higiene de manos en el hospital como parte de la implementación de la estrategia.

Tabla N 12. Distribución del grupo de estudio según uso regular de Alcohol gel para la Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”, Hospital Cristo de las Américas 2017.

Uso regular de alcohol gel para la Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	75%
No	10	25%
Total	40	100%

Tres cuartas partes del personal encuestado afirmaron que utiliza regularmente alcohol gel para la higiene de manos.

Tabla N 13. Distribución del grupo de estudio según uso regular de Alcohol gel para la Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”, Hospital Cristo de las Américas 2017.

Uso regular de alcohol gel para la Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	88%
No	5	12%
Total	40	100%

De todo el personal de Salud que participó de la encuesta, después de la intervención, el 88% (IC 95% 73,20 – 95,81) indicó que usa regularmente el alcohol gel para la Higiene de Manos.

El incremento del 75% al 88% en el uso regular de alcohol gel en el hospital, puede deberse a que el personal entendió la facilidad para el uso y los beneficios que este tiene.

Tabla N 14. Distribución del grupo de estudio según percepción de la Repercusión de las IAAS en el desenlace de la enfermedad antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Repercusión de las IAAS en el desenlace de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	6	15%
Baja	14	35%
Alta	18	45%
Muy alta	2	5%
Total	40	100%

Un 45% (IC 95 % 28,33 – 61,67) del personal encuestado indicó que las IAAS tienen una repercusión alta en el desenlace de la enfermedad. Por otro lado un 35%(IC95% 18,97 – 51,03) indica que la repercusión de las IAAS en el desenlace de la enfermedad es baja.

Tabla N 15. Distribución del grupo de estudio según percepción de la Repercusión de las IAAS en el desenlace de la enfermedad después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Repercusión de las IAAS en el desenlace de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	2	5%
Baja	8	20%
Alta	12	30%
Muy alta	18	45%
Total	40	100%

De las 40 personas encuestadas después de la intervención, el 45% (IC95% 28,33 – 61,67) considera que es muy alta la repercusión de IAAS en el desenlace de la enfermedad. Porcentaje que se ve bastante elevado, frente al resultado de la encuesta antes de la intervención, donde en la misma categoría se reportó solo un 5%.

El incremento en este porcentaje puede deberse a la capacitación que recibieron, donde se mostró cuáles son las repercusiones de las IAAS, haciendo de esta manera que más personal de salud considere como muy alta la repercusión de las IAAS en el desenlace de la enfermedad.

Tabla N 16. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Eficacia de la Higiene de Manos en la Prevención de IAAS antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Eficacia de la Higiene de Manos en la Prevención de IAAS	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	1	2,50%
Baja	4	10,00%
Alta	17	42,50%
Muy alta	18	45,00%
Total	40	100,00%

De todos los encuestados, al inicio del estudio, un gran porcentaje indican que la eficacia de la higiene de manos en la prevención de IAAS es alta o muy alta, 42,5% (IC95% 25,93 – 59,07) y 45% (IC95% 28,33 – 61,67) respectivamente.

Tabla N 17. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Eficacia de la Higiene de Manos en la Prevención de IAAS después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura” Hospital Cristo de las Américas 2017.

Eficacia de la Higiene de Manos en la Prevención de IAAS	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	0	0,00%
Baja	3	7,50%
Alta	17	42,50%
Muy alta	20	50,00%
Total	40	100,00%

La mayoría de los encuestados después de la intervención consideran la eficacia de la Higiene de Manos en la Prevención de IAAS es alta o muy alta 42,5% (IC95% 25,93 – 59,07) y 50% (IC 95% 33,26 – 66,74) respectivamente. Viéndose aumentado este último porcentaje, en relación a los resultados de la encuesta inicial.

La implementación de la estrategia, las capacitaciones respecto a la importancia de la higiene de manos, es lo que nos muestra esta respuesta favorable, el personal de Salud, comprendió a cabalidad que una buena higiene de manos ayuda a prevenir IAAS.

Tabla N 18. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la prioridad que se asigna a la Higiene de Manos en el Hospital Cristo de las Américas antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. 2017.

Prioridad que se asigna a la Higiene de Manos en el Hospital Cristo de las Américas	Frecuencia	Porcentaje
Prioridad Baja	6	15,00%
P. Moderada	9	22,50%
P. Alta	16	40,00%
P. muy Alta	9	22,50%
Total	40	100,00%

Casi la mitad de los encuestados en la encuesta inicial ,40% (IC95% 23,57 – 56,43) indica que el hospital asigna una prioridad alta a la Higiene de Manos.

Tabla N 19. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la prioridad que se asigna a la Higiene de Manos en el Hospital Cristo de las Américas después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura” 2017.

Prioridad que se asigna a la Higiene de Manos en el Hospital Cristo de las Américas	Frecuencia	Porcentaje
Prioridad Baja	3	7.50%
P. Moderada	12	30,00%
P. Alta	18	45,00%
P. muy Alta	7	17.50%
Total	40	100,00%

De todos los participantes del estudio después de la intervención, un 45% (IC 95% 28,33 – 61,67) indica que se le asigna una prioridad alta a la higiene de manos en el hospital y un 30 % (IC95% 14,55 – 45,45) de los encuestados indica que la prioridad que se le asigna a la higiene de manos es moderada. Resultados que reflejan un aumento en ambos porcentajes con relación a la primera encuesta.

El incremento en ambos porcentajes puede deberse a que una vez que se implementó la estrategia, el personal de salud vio cambios en la institución con respecto a la higiene de manos, más control, los recordatorios, insumos, etc.

Tabla N 20. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el porcentaje de situaciones en las que los profesionales de salud realizan Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura” Hospital Cristo de las Américas 2017.

Porcentaje de situaciones en las que los profesionales de salud realizan Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
0-30%	3	7,50%
31-60%	11	27,50%
61-90%	10	25,00%
>90%	1	2,50%
No sabe	15	37,50%
Total	40	100,00%

Del total de personal de salud encuestado en la primera encuesta, el 37,5% (IC 95% 21,25 – 53,75) indican no saber el porcentaje de situaciones en la que los profesionales realizan higiene de manos, un 27,5 % (IC95% 12,41 – 42,59) indica que ese porcentaje se encuentra entre 31 y 60 %.

Tabla N 21. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el porcentaje de situaciones en las que los profesionales de salud realizan Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura” Hospital Cristo de las Américas 2017.

Porcentaje de situaciones en las que los profesionales de salud realizan Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
0-30%	3	7,50%
31-60%	9	22,50%
61-90%	13	33,00%
>90%	15	37,00%
No sabe	0	0,00%
Total	40	100%

Según 37% (IC 95% 21,25 – 53,75) de los encuestados en la segunda encuesta, el porcentaje de situaciones en las que los profesionales de Salud realizan Higiene de Manos es mayor al 90%. Dato muy superior al encontrado en la primera encuesta, donde el porcentaje en esta categoría solo alcanzó el 2,5%.

Este gran incremento de porcentaje puede deberse a que la implementación de la estrategia junto con las capacitaciones al personal de salud, les mostró la importancia de la higiene de manos, por lo que el personal empezó a aplicar la higiene de manos en más situaciones.

Tabla N 22. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los Directivos de la institución apoyen y promuevan abiertamente la Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura” Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Directivos de la institución apoyen y promuevan abiertamente la Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	2	5%
Poco efectivo	6	15%
Muy efectivo	32	80%
Total	40	100%

Del total de encuestados de la encuesta inicial, el 80 % (IC 95% 66,35 – 93,65) considera muy efectivo el hecho que los directivos de la institución promuevan y apoyen la higiene de manos.

Tabla N 23. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los Directivos de la institución apoyen y promuevan abiertamente la Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Directivos de la institución apoyen y promuevan abiertamente la Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0%
Poco efectivo	4	10%
Muy efectivo	36	90%
Total	40	100%

El 90% (IC95% 76,34 – 97,21) de los profesionales en Salud que fueron encuestados luego de la intervención, consideran muy efectivo que los directivos de la institución apoyen y promuevan abiertamente la Higiene de Manos. Porcentaje que aumentó en un 10% en relación a la primera encuesta.

El porcentaje en aumento, podría deberse a que el personal pudo observar que al tener mayor apoyo de los directivos en este tema, se consiguen sin problema los insumos necesarios y pueden lograr así los objetivos.

Tabla N 24. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de preparado de base alcohólica en cada punto de atención antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Existencia de preparado de base alcohólica en cada punto de atención	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	1	2,50%
Poco efectivo	6	15,00%
Muy efectivo	33	82,50%
Total	40	100,00%

El 82,5%(IC 95% 69,47 – 95,52) de los participantes del estudio en la primera encuesta, consideran muy efectiva la presencia de preparado de base alcohólica en cada punto de atención al paciente.

Tabla N 25. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de preparado de base alcohólica en cada punto de atención después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Existencia de preparado de base alcohólica en cada punto de atención	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0,00%
Poco efectivo	6	15,00%
Muy efectivo	34	85,00%
Total	40	100,00%

De todos los profesionales encuestados después de la intervención, el 15% (IC 95% 2,68 – 27,37) considera poco efectivo que exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención al paciente, frente al 85% (IC 95% 72,68 – 97,32) que considera esta medida como muy efectiva. Además ya no se reportan participantes que consideran la medida como poco efectiva, como sucedía en la primera encuesta.

El hecho de que ya ningún participante considere como nada efectivo tener alcohol gel en cada punto de atención, nos muestra que la implementación de la estrategia y las capacitaciones impartidas fueron realmente favorables, ayudando así a mejorar la forma de pensar sobre lo importante que es la higiene de manos.

Tabla N 26. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de carteles sobre Higiene de Manos en puntos de atención, como recordatorio antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Existencia de carteles sobre Higiene de Manos en puntos de atención, como recordatorio	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0%
Poco efectivo	8	20%
Muy efectivo	32	80%
Total	40	100%

Un gran porcentaje de encuestados antes de la intervención, que representan el 80%(IC 95% 66,35 – 93,65) consideran como muy efectivo el que hayan carteles sobre higiene de manos en puntos de atención al paciente.

Tabla N 27. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de carteles sobre Higiene de Manos en puntos de atención, como recordatorio después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Existencia de carteles sobre Higiene de Manos en puntos de atención, como recordatorio	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0%
Poco efectivo	12	30%
Muy efectivo	28	70%
Total	40	100%

El 70%(IC95% 54,55 – 85,45) de los profesionales en salud que respondieron a la segunda encuesta consideran que es muy efectivo que existan carteles sobre Higiene de Manos en puntos de atención al paciente. Porcentaje que es menor en 10%, relacionado con las respuestas en la primera encuesta.

La disminución en este porcentaje puede deberse a que algunas personas no le dan importancia a los carteles, ya sea porque aprendieron la secuencia de memoria o simplemente porque no prestan atención a lo que el cartel pueda recordarles.

Tabla N 28. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los profesionales de Salud reciban formación sobre Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Que los profesionales de Salud reciban formación sobre Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0,00%
Poco efectivo	7	17,50%
Muy efectivo	33	82,50%
Total	40	100,00%

El 82,5% (IC95% 69,47 – 95,52) de los encuestados antes de la intervención, considera muy efectivo que los profesionales en Salud reciban formación sobre Higiene de manos, frente a un 17,5% (IC95% 4,47 – 30,52) que consideran esta medida como poco efectiva.

Tabla N 29. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los profesionales de Salud reciban formación sobre Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Que los profesionales de Salud reciban formación sobre Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0,00%
Poco efectivo	4	10,00%
Muy efectivo	36	90,00%
Total	40	100,00%

El 90% (IC95% 76,34 – 97,21) de los encuestados en la segunda encuesta, considera muy efectivo que los profesionales en salud reciban formación sobre higiene de manos. Resultados que indican un aumento en esta categoría con respecto a la primera encuesta. A penas cuatro personas indicaron que esta medida es poco efectiva.

Este incremento puede deberse a que el personal de salud, recibió de buena manera la implementación de la estrategia y además logró ver la importancia que tiene el tema en las capacitaciones impartidas, por lo que tener formación en higiene de manos se traduce en algo favorable para la institución.

Tabla N 30. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Existencia de instrucciones claras y simples sobre Higiene de Manos a la vista de todos los profesionales sanitarios antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura” Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Existencia de instrucciones claras y simples sobre Higiene de Manos a la vista de todos los profesionales sanitarios	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0,00%
Poco efectivo	7	17,50%
Muy efectivo	33	82,50%
Total	40	100,00%

Del total de los encuestados antes de la intervención, una gran mayoría representada por más del 80% (IC95% 69,47 – 95,52), considera muy efectivo que hayan instrucciones claras y simples sobre higiene de manos a la vista de todos los profesionales en salud.

Tabla N 31. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que existan Instrucciones claras y simples sobre Higiene de Manos a la vista de todos los profesionales sanitarios después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Instrucciones claras y simples sobre Higiene de Manos a la vista de todos los profesionales sanitarios	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0,00%
Poco efectivo	10	25,00%
Muy efectivo	30	75,00%
Total	40	100,00%

De los encuestados en la segunda encuesta de este estudio, el 75% (60,33 – 89,67) considera muy efectivo que existan instrucciones claras y simples sobre Higiene de Manos a la vista de todos los profesionales en Salud. Podemos advertir que 5% menos consideran esta opción en relación a la primera encuesta.

Este descenso en el porcentaje puede deberse a que algunas personas ya conocen el procedimiento y no es necesario para ellas tener alguna instrucción colgada o pegada.

Tabla N 32. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los profesionales de Salud reciban regularmente retroalimentación sobre como realizan Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Que los profesionales de Salud reciban regularmente retroalimentación sobre como realizan Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0,00%
Poco efectivo	5	12,50%
Muy efectivo	35	87,50%
Total	40	100,00%

El 87,5%(IC95% 73,20 – 95,81) de los encuestados en la primera encuesta, considera muy efectivo que los profesionales en salud reciban retroalimentación sobre como realizan higiene de manos.

Tabla N 33. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que los profesionales de Salud reciban regularmente retroalimentación sobre como realizan Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Que los profesionales de Salud reciban regularmente retroalimentación sobre como realizan Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	0	0,00%
Poco efectivo	0	0,00%
Muy efectivo	40	100,00%
Total	40	100,00%

La totalidad de los participantes después de la intervención, consideran que es muy efectivo que los profesionales de Salud reciban regularmente retroalimentación sobre como realizan Higiene de Manos.

El aumento en este porcentaje, puede deberse a que el personal de salud comprendió que es bueno detectar los posibles errores que se cometen al momento de realizar higiene de manos y así solucionarlos de manera efectiva, traduciéndose esto en algo favorable para ellos y también para la institución.

Tabla N 34. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que cada uno realice perfectamente la Higiene de Manos (siendo un buen ejemplo para los colegas) antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Que cada uno realice perfectamente la Higiene de Manos (siendo un buen ejemplo para los colegas)	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	1	2,50%
Poco efectivo	15	37,50%
Muy efectivo	24	60,00%
Total	40	100,00%

El 60% (IC95% 43,57 – 76,43) de los encuestados antes de la implementación de la estrategia de la OMS considera muy efectivo ser el ejemplo para sus colegas, realizando perfectamente la higiene de manos.

Tabla N 35. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Que cada uno realice perfectamente la Higiene de Manos (siendo un buen ejemplo para los colegas) después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Que cada uno realice perfectamente la Higiene de Manos (siendo un buen ejemplo para los colegas)	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	1	2,50%
Poco efectivo	22	55,00%
Muy efectivo	17	42,50%
Total	40	100,00%

Después de la implementación, el 55% (IC95% 38,33 – 71,67) de los profesionales de Salud que fueron encuestados consideran como poco efectivo que cada uno realice perfectamente la Higiene de Manos siendo un ejemplo para los colegas, el 42,5% (IC95% 25,93 – 59,07) considera esta medida como muy efectiva.

El descenso en el porcentaje de las personas que consideran como muy efectiva la medida de ser un buen ejemplo para los colegas puede deberse a que el personal de salud advierte que cada uno hace su trabajo de la manera que considera es la mejor, sin fijarse en el ejemplo del otro.

Tabla N 36. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Invitar a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017

Efectividad de medidas: Invitar a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	7	17,50%
Poco efectivo	13	32,50%
Muy efectivo	20	50,00%
Total	40	100,00%

Del total de encuestados en la primera encuesta, apenas el 50%(IC95% 33,26-66,74) considera como muy efectivo que los pacientes sean los que recuerden a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de manos, frente a otro 50% que consideran esta medida como poco efectiva o nada efectiva (32,5% IC95% 16,7 – 48,3 y 17,5% IC 95% 4,47 – 30,52 respectivamente).

Tabla N 37. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la efectividad de Medidas: Invitar a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Efectividad de medidas: Invitar a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada efectivo	10	25,00%
Poco efectivo	8	20,00%
Muy efectivo	22	55,00%
Total	40	100,00%

De los encuestados después de la intervención, un 45% en general consideran poco o nada efectivo invitar a los pacientes recordar a los profesionales de salud a que realicen una buena higiene de manos. Resultado que muestra cierta disminución en el porcentaje con respecto a la primera encuesta.

Esta disminución puede deberse a que el personal de salud comprende que es importante el trabajo en equipo, y que los pacientes pueden ser aliados en la mejora de la higiene de manos.

Tabla N 38. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Importancia que da el jefe de servicio médico o supervisora de enfermería a que realice una correcta Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Importancia que da el jefe de servicio médico o supervisora de enfermería a que realice una correcta Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna importancia	5	12,50%
Poca importancia	20	50,00%
Mucha importancia	15	37,50%
Total	40	100,00%

La mitad de los participantes de la encuesta antes de la intervención consideran que el jefe de servicio o supervisora de enfermería le da poca importancia a que se realice una correcta higiene de manos.

Tabla N 39. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la Importancia que da el jefe de servicio médico o supervisora de enfermería a que usted realice una correcta Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Importancia que da el jefe de servicio médico o supervisora de enfermería a que usted realice una correcta Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna importancia	15	37,50%
Poca importancia	11	27,50%
Mucha importancia	14	35,00%
Total	40	100,00%

Después de la implementación, el 65% en general considera que el jefe de servicio o supervisora de enfermería le otorgan poca o ninguna importancia a realizar una correcta higiene de manos 27,5% (IC 95% 12,41 – 42,59) y 37,5% (21,25 – 53,75), respectivamente. Dato similar al encontrado en los resultados de la primera encuesta.

El hecho de que el personal de salud considere que el jefe de servicio o supervisora de enfermería le dan poca o ninguna importancia a la higiene de manos, puede deberse a que estas personas están muy saturadas de trabajo, y ese es el reflejo para la gente que trabaja a su alrededor.

Tabla N 40. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la importancia que dan sus colegas a que realice una correcta Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Importancia que dan sus colegas a que realice una correcta Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna importancia	7	17,50%
Poca importancia	19	47,50%
Mucha importancia	14	35,00%
Total	40	100,00%

Un gran porcentaje de los encuestados en la primera encuesta, que representan el 47,5%(IC95% 30,77 – 64,22) del total, consideran que los colegas le dan poca importancia a realizar una correcta higiene de manos.

Tabla N 41. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la importancia que dan sus colegas a que usted realice una correcta Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Importancia que dan sus colegas a que usted realice una correcta Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna importancia	18	45,00%
Poca importancia	12	30,00%
Mucha importancia	10	25,00%
Total	40	100,00%

Después de la implementación de la estrategia de la OMS, en general el 75% de los encuestados considera que los colegas le dan poca o ninguna importancia, 30%(IC95% 14,55 – 45,45) y 45%(28,33 – 61,67) respectivamente a realizar una correcta higiene de manos. Porcentaje mayor al reflejado en la primera encuesta.

Que el personal de salud considere que sus colegas le dan poca importancia a que cada uno realice una correcta higiene de manos, puede deberse a que cada persona está inmersa en sus propias actividades, sin prestar atención a lo que las otras personas están realizando.

Tabla N 42. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la importancia que dan los pacientes a que realice una correcta Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Importancia que dan los pacientes a que realice una correcta Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna importancia	7	17,50%
Poca importancia	21	52,50%
Mucha importancia	12	30,00%
Total	40	100,00%

Más de la mitad de las personas que participaron de la primera encuesta, considera que los pacientes le dan poca importancia a que se realice una higiene de manos correcta.

Tabla N 43. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la importancia que dan los pacientes a que usted realice una correcta Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Importancia que dan los pacientes a que usted realice una correcta Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna importancia	13	32,50%
Poca importancia	17	42,50%
Mucha importancia	10	25,00%
Total	40	100,00%

De todos los encuestados después de la implementación de la estrategia solo el 25% (IC95% 10,33 – 39,67) considera que los pacientes le dan mucha importancia a que el personal sanitario realice una correcta higiene de manos. Manteniendo de esta manera su punto de vista, al igual que en la primera encuesta.

Este porcentaje bajo, a cerca de la poca importancia que dan los pacientes a que el personal realice una correcta higiene de manos, puede deberse a la falta de información al paciente, al desconocimiento de sus derechos o tal vez al miedo que puedan tener al personal de salud si hacen alguna sugerencia sobre la higiene de manos.

Tabla N 44. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el esfuerzo que considera que necesita para realizar una buena Higiene de Manos al prestar atención a los pacientes antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Esfuerzo que considera que necesita para realizar una buena Higiene de Manos al prestar atención a los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Ningún esfuerzo	20	50,00%
Poco esfuerzo	11	27,50%
Mucho esfuerzo	9	22,50%
Total	40	100,00%

La mitad del personal de salud encuestado en la primera encuesta, considera que no se necesita ningún esfuerzo para realizar una buena higiene de manos al prestar atención a los pacientes, frente a un 22,5% (IC 95% 8,31 – 36,69) que consideran que se necesita mucho esfuerzo.

Tabla N 45. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Esfuerzo que considera que necesita para realizar una buena Higiene de Manos al prestar atención a los pacientes después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Esfuerzo que considera que necesita para realizar una buena Higiene de Manos al prestar atención a los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Ningún esfuerzo	21	52,50%
Poco esfuerzo	15	37,50%
Mucho esfuerzo	4	10,00%
Total	40	100,00%

El 52,5% (IC 95% 35,77 – 69,22) de los profesionales de salud encuestados, después de la intervención, considera que no se necesita ningún esfuerzo para realizar una buena higiene de manos al prestar atención a los pacientes. Por otro lado el porcentaje de personas que consideran que se necesita mucho esfuerzo, se redujo considerablemente en relación al porcentaje que mostró la primera encuesta, de 22% a 10%.

El descenso en el porcentaje de personas que consideran que se necesita mucho esfuerzo para realizar higiene de manos, puede deberse a que las capacitaciones que fueron parte de la implementación de la estrategia de la OMS, mostró al personal la importancia de una buena higiene de manos y que con la técnica e insumos adecuados, es mayor el beneficio que el esfuerzo.

Tabla N 46. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Porcentaje de situaciones en las que se requiere realmente, realiza Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Porcentaje de situaciones en las que se requiere realmente, realiza Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
0-30%	3	7,50%
31-60%	12	30,00%
61-90%	17	42,50%
>90%	8	20,00%
Total	40	100,00%

Del total de encuestados en la primera encuesta el 42,5% (IC 95% 25,93 – 59,07) considera que el porcentaje de situaciones en las que se requiere realmente, se realiza higiene de manos estaría entre 61 y 90%.

Tabla N 47. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Porcentaje de situaciones en las que se requiere realmente, realiza usted Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Porcentaje de situaciones en las que se requiere realmente, realiza usted Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
0-30%	0	0,00%
31-60%	6	15,00%
61-90%	22	55,00%
>90%	12	30,00%
Total	40	100,00%

El 55% (IC95% 38,33 – 71,67) de los encuestados después de la implementación, considera que el porcentaje de situaciones en las que realmente se requiere cada uno realiza higiene de manos se encuentra entre 61% y 90%. Mostrando que el porcentaje aumentó con respecto a la primera encuesta.

Este aumento puede deberse a la buena asimilación de la información impartida en las capacitaciones, que claramente se reflejan en buenos resultados.

Tabla N 48 Observación directa de la técnica de Higiene de Manos en personal de salud del Hospital Cristo de las Américas antes de la Intervención

Personal de Salud en observación	Nº de oportunidades	Porcentaje
Médico	32	21%
Lic. Enfermería	99	66%
Auxiliar enf.	19	13%
Total	150	100%

En la observación realizada al personal de salud del Hospital Cristo de las Américas, antes de la intervención, se realizó mayor número de observaciones al personal de Enfermería, representando el 66% (IC95% 58,086 - 73,914).

Tabla N 49. Observación directa de la técnica de Higiene de Manos en personal de salud del Hospital Cristo de las Américas después de la Intervención

Personal de Salud en observación	Nº de Oportunidades	de	Porcentaje
Médico	46		31%
Lic. Enfermería	92		61%
Auxiliar enf.	12		8%
Total	150		100%

Luego de la aplicación de la estrategia de la OMS, se hizo la observación al personal de Salud, representando las licenciadas en enfermería el mayor porcentaje 61% (IC 95% 53,207 - 69,460), seguida de los médicos 31%(IC95% 22,954 - 38,379), con respecto al número de oportunidades.

Se realizaron mayores observaciones a las licenciadas en enfermería, porque son las que representan un mayor número con respecto a los médicos, además

ellas son las que están en contacto con el paciente en más oportunidades que el médico.

Tabla N 50 Cumplimiento de Higiene de Manos antes de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Acciones	Oportunidades	Acción/oportunidad x 100
0	150	Cumplimiento: 0

El cumplimiento de higiene de manos antes de la implementación de la estrategia de la OMS, el cumplimiento de la higiene de manos, con respecto a los 5 momentos fue de 0%.

Tabla N 51 Cumplimiento de Higiene de Manos después de la aplicación de la estrategia “Una Atención Limpia es una Atención Segura”. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Acciones	Oportunidades	Acción/oportunidad x 100
21	150	21/150 x 100 Cumplimiento: 14%

Después de la implementación de la estrategia de la OMS, el cumplimiento de la higiene de manos, con respecto a los 5 momentos fue de 14% (IC95% 8,11-19,89).

4.3 Resultados de la segunda encuesta.-

Las tablas que se muestran a continuación, corresponden a preguntas realizadas en la segunda encuesta únicamente, respondidas por el mismo personal de salud.

Tabla N 52. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la facilidad de la realización de Higiene de Manos en el trabajo cotidiano con el uso de alcohol. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Usar alcohol gel ha facilitado la realización de la Higiene de Manos en su trabajo cotidiano	Frecuencia	Porcentaje
Nada	2	5%
Poco	8	20%
Mucho	30	75%
Total	40	100%

Según la encuesta realizada, el 5% (IC95% 0,61- 16,92) de la población de estudio aseguro que no facilito en nada el uso de alcohol gel en su actividad cotidiana, 20%(IC95% 6,35 – 33,65) respondió que facilitó poco y un 75% (IC95% 60,33- 89,67) manifestó que el uso de dicho gel aportó mucho.

Podemos ver que la mayor parte de la población asegura que usar alcohol gel ha facilitado su higiene de manos en su labor cotidiana, esto claramente nos muestra que al implementar la estrategia de la OMS, el personal de salud asimiló de manera favorable la importancia de esta sustancia además de comprobar que el tiempo que les toma hacer uso de ella es menor que lavarse las manos con agua y jabón.

Tabla N 53. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre La formación recibida ha sido importante a la hora de mejorar su práctica de higiene de las manos. Hospital Cristo de las Américas 2017.

La formación recibida ha sido importante a la hora de mejorar su práctica de higiene de las manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada importante	1	2,50%
Poco importante	4	10.00%
Muy importante	35	87,50%
Total	40	100.00%

El 2,50% (IC95% 0,06 – 13,16) de los encuestados respondió que no fue nada importante la formación recibida, 10% (IC95% 2,79 – 23,66) manifestó que fue de poca importancia y el 87, 50% (IC 95% 73,20 – 95,81) restante aseguró que dicha formación fue muy importante.

La mayoría del personal de salud considera que fue importante recibir formación sobre higiene de manos, esto se debe a que muchos no realizan actualizaciones en el tema, o que en la institución este tema no era una prioridad.

Tabla N 54. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre La Tolerancia de las manos al uso de alcohol gel. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Tolerancia de las manos al uso de alcohol gel	Frecuencia	Porcentaje
Nada bien	10	25%
Muy bien	30	75%
Total	40	100%

Respecto a la tolerancia que tiene la población de estudio sobre el uso de alcohol gel en las manos, 25% (IC95% 10,33 – 39,67) asegura que no tolera nada bien y el 75% (IC95% 60,33 – 89,67) refiere que tiene buena tolerancia al momento de su uso.

La buena tolerancia en la mayoría de los casos, es por la calidad del producto utilizado, casos muy aislados requieren de algún cuidado especial para las manos, como hidratantes después de hacer uso del alcohol gel en varias oportunidades.

Tabla N 55. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Apoyo de gestores de la institución a la mejora de la Higiene de Manos. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Apoyo de gestores de la institución a la mejora de la Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada	5	12,50%
Poco	15	37,50%
Mucho	20	50,00%
Total	40	100,00%

Según a los resultados obtenidos de la encuesta realizada, 12,50% (IC95% 4,18 – 26,80) del total de los encuestados respondió que no existe apoyo de gestores de la institución para la mejora de higiene de manos, 37,50% (IC95%21,25 – 53,75) refiere que el apoyo es poco y un 50% (IC95%33,26 – 66,74) respondió que dichos gestores apoyan mucho para esta mejora.

Si bien la mitad del personal de salud considera que los gestores apoyan la mejora de la higiene de manos, no tener el 100% en este aspecto puede deberse a que las autoridades priorizan otros temas, o no ven la magnitud real de este aspecto que aún siendo básico es vital.

Tabla N 56. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre la mejora de la práctica de Higiene de Manos al conocer los resultados de observación. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Conocer los resultados de observación ha ayudado a mejorar la práctica de Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada	1	2,50%
Poco	3	7,50%
Mucho	36	90,00%
Total	40	100,00%

Según 2.50% (IC95% 0,06 – 13,16) de la población encuestada, conocer los resultados de observación no ayudo en nada a la práctica de higiene de manos, 7,50% (IC 95% 1,57 – 20,38) refiere que la ayuda fue poca y el 90% (IC95% 76,34 – 97,21) restante asegura que conocer estos resultados ayudó mucho a mejorar la práctica de Higiene de Manos.

El hecho de que conocer los resultados ayudó mucho en la práctica de higiene de manos de la mayoría de los participantes, puede deberse al interés que tiene el personal por mejorar día a día las actividades que realiza, por otra parte aquellos que no les significó de ayuda conocer los resultados puede deberse a que piensan que el tiempo de intervención es muy corto y que se tendría que realizar un control constante.

Tabla N 57. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre el Aumento de la conciencia de su papel en la prevención de IAAS mediante la mejora de la práctica de Higiene de manos. Hospital Cristo de las Américas 2017.

Aumento de la conciencia de su papel en la prevención de IAAS mediante la mejora de la práctica de Higiene de manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada	2	5,00%
Poco	6	15,00%
Mucho	32	80,00%
Total	40	100,00%

El 80%(IC95% 66,35 – 93,65) de los encuestados indican que la conciencia de su papel en la prevención de IAAS, mediante la mejora de la práctica de higiene de manos, aumentó mucho, solo dos participantes indican que la conciencia sobre su papel en la prevención de IAAS mejorando la práctica de higiene de manos, no aumento nada.

Los datos encontrados, sobre todo con respecto a la conciencia del papel en la prevención de IAAS, mejorando la higiene de manos pueden deberse a que la implementación de la estrategia (capacitaciones, retroalimentación inmediata) fue favorable para el personal de salud, les otorgó nuevos conocimientos en algunos casos y reforzó otros también.

Tabla N 58. Distribución del grupo de estudio según percepción sobre prestar más atención a la práctica de Higiene de Manos, al ser observado. Hospital Cristo de las Américas 2017.

El hecho de ser observado ha hecho prestar más atención a su práctica de Higiene de Manos	Frecuencia	Porcentaje
Nada	4	10%
Poco	8	20%
Mucho	28	70%
Total	40	100%

Según la encuesta realizada, 10 % (IC95% 2,79 – 23,66) de la población de estudio refiere que el hecho de ser observado no hizo prestar más atención a su práctica de higiene de manos, 20% (IC95% 6,35 – 33,65) asegura que solo un poco y un 70% (IC95% 54,55 – 85,45) manifestó que fueron mucho más cuidadosos.

El hecho de ser observados, compromete en cierta forma al personal a realizar las tareas de manera correcta, ninguna persona quiere cometer errores mientras es supervisado, haciendo entonces que el personal sea mucho más cuidadoso al momento de practicar la higiene de manos.

Tabla N 59 Profesionales y adherencia

	Acciones	Oportunidades	Cumplimiento
Médicos	6	46	13%
Enfermeras	15	92	16%

Del personal de salud que fue observado, los médicos tienen un 13% (IC95% 2,22-23,86) de adherencia y las enfermeras un 16% (IC95% 8,21-24,39).

Tabla N 60 Acciones Utilizadas

Acción	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol Gel	13	62%
Agua y Jabón	8	38%

De las 21 acciones realizadas, el 62%(IC95% 38,43 – 81,89) se realizaron con alcohol gel y el 38% (IC95% 18,10 – 61,56) fueron realizadas con agua y jabón.

La aplicación de la Estrategia una Atención Limpia es una Atención Segura en el Hospital Cristo de las Américas de la ciudad de Sucre, muestra que en relación a los resultados obtenidos en la primera encuesta y la valoración de la adherencia a la higiene de manos por parte del personal de salud, los resultados posteriores evidencian una mejoría de la situación, sobre todo se logró mejorar el tema de adherencia a la higiene de manos por parte del personal de salud de la institución. Lo que indica que la aplicación de esta estrategia planteada por la OMS es completamente favorable para el Hospital.

4.4 Discusión.- Las infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS) se relacionan con un aumento de la carga de la enfermedad de los pacientes y con un incremento de los costos para los sistemas de salud. Las consecuencias de la ausencia o inadecuada higiene de manos son bastante graves, pues según la Organización Mundial de la Salud, uno de cada diez enfermos hospitalizados sufre alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades o incluso la muerte.

4.4.1 Práctica de la higiene de las manos La práctica de la higiene de manos es considerada como una habilidad o experiencia que adquiere el personal del área de la salud con la realización continua de la técnica del lavado de manos, como procedimiento clave para la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Los resultados del estudio muestran que los profesionales del Hospital Cristo de Las Américas emplean un preparado de

base alcohólica en un 75%, sustentado que la eficacia de la higiene de manos en la prevención de IAAS es alta o muy alta, 42, 5% y 45% respectivamente. Sin embargo se evidencio que un 25% no utilizan el preparado de base alcohólica. Estos resultados son diferentes a otros estudios realizados donde la utilización de preparados de base alcohólica para la higiene de las manos muestra porcentajes inferiores como sucede con Poveda, Montaña y Sierra(2009) 46% y Coelho et al. (2011) con el 32%.

Una higiene de manos apropiada, es uno de los métodos más simples y eficaces para disminuir las infecciones asociadas al cuidado sanitario (IAAS); No obstante, el personal sanitario omite esta práctica en un 60% de las situaciones en las que es necesaria, por estar en contacto con los pacientes. La Organización Mundial de la Salud en el programa de seguridad del paciente lanza desde 2009 la iniciativa “Salve vidas límpiese las manos” como parte del primer reto del programa “una atención limpia es una atención más segura” con el objetivo de incrementar la toma de consciencia alrededor del mundo, acerca de la importancia de la higiene de manos e incitar al personal sanitario a realizar mejoras en sus prácticas de higiene de manos, para reducir las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS).

4.4.2 Percepción de la higiene de manos La percepción de la higiene de manos hace referencia a un conocimiento, a una idea o a la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos, en el momento de maniobrar la ejecución del lavado de las manos. Los hallazgos encontrados antes de realizar la capacitación en cuanto a la importancia que da el jefe de servicio médico o supervisora de enfermería, esta percibido en una categoría de poca importancia con un 50%. Por otro lado sobre la eficacia de la Higiene de manos en la prevención de IAAS, esta percibido en una categoría de baja en un 10% y alta en un 42,5%.

Posterior a la realización de la implementación de la estrategia Multimodal se observó que el 50% considera muy alta la eficacia de la Higiene de Manos en la prevención de IAAS, mientras que el 7,5% de ellos le confiere la categoría de

baja, siendo este resultado significativo, ya que los profesionales de la salud deberían en su totalidad considerar la Higiene de Manos como medida que contribuye en la prevención de IAAS y por tanto a la seguridad del paciente.

Los resultados obtenidos en el estudio de Poveda, Montaña y Sierra (2009) se refieren a que los profesionales reconocen la importancia que se le debe dar a la higiene de manos para la seguridad del paciente.

4.4.3 Conocimiento sobre la higiene de manos

El Conocimiento es una facultad sensorial del hombre, puede ser aparente o real científico. El real científico, es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber de lo superficial a lo profundo y multilateral por medio de la práctica. En la higiene de manos hace referencia al conocimiento que tiene el personal de salud sobre guía la aplicación estructurada de los pasos para realizar un correcto lavado de manos.

El 85% de los profesionales expresaron haber recibido información sobre la higiene de manos en los últimos 3 años, demostrando así un aumento de los conocimientos posterior a la capacitación realizada. Cabe recalcar que este aumento significativo entre las dos etapas de la implementación de la estrategia, es un resultado favorable para la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, generando un impacto positivo en la implementación de la estrategia multimodal de la OMS.

En cuanto a los logros y oportunidades de mejora en el saber acerca de la práctica de higiene de manos, entre los cuales encontramos la duración requerida mediante el uso del alcohol para eliminar gérmenes, en este estudio solo el 57,50% tiene una respuesta correcta (20 seg), comparando esto con el estudio de Poveda, Montaña y Sierra, en el que se demostró una variación positiva entre los periodos de evaluación de 33%, este hallazgo permitió identificar la necesidad de ajustar el plan de acción, muy probablemente a re-evaluar las técnicas de capacitación, enfatizar en los recordatorios la duración para la higiene de manos.

En el estudio de Poveda J, Sierra P., Montaña J(2009), el 83,3% de las personas que fueron encuestadas indicaron que las mejoras Institucionales han ayudado mucho a mejorar la práctica de Higiene de Manos, se destacan algunos aspectos concernientes a la efectividad de las medidas para aumentar el cumplimiento de la higiene de manos, tales como la práctica de la higiene por parte de los profesionales a fin de ser ejemplo para otros, con un aumento en la valoración de muy eficaz de 65,6% a 95,9%, contrario a los resultados del estudio realizado en el Hospital Cristo de las Américas donde este parámetro sobre la práctica de la higiene por parte de los profesionales a fin de ser ejemplo para otros, mostró una disminución en la valoración de muy efectivo de 60% a 42,5%.

Con respecto a los resultados de la **adherencia global a la Higiene de Manos** en el Hospital Cristo de las Américas, evidenciamos un incremento del 14% durante la implementación, empezando con una adherencia de 0% para obtener un 14 % de cumplimiento global después de implementar la estrategia de la OMS, al realizar la comparación con los estudios encontrados, se observa que los hallazgos son semejantes con el estudio de Poveda J, Montaña J , Sierra P que utiliza la Implementación de la Estrategia Multimodal, donde se obtuvo un incremento del 18,5% durante la prueba, teniendo un cumplimiento global en la adherencia de higiene de manos equivalente al 64,6% en la fase previa a la capacitación y una adherencia del 83,1% en la fase posterior.

Resultados similares se observan en el estudio de Fuentes en España donde el grado de cumplimiento correcto de HM alcanzado tras la intervención fue de un 25,2% (IC 95%: 23,5-26,9) al respecto del periodo pre-intervención (17,4%; IC 95%: 16,0-18,9), incremento de 7,8%.

En otro estudio en España de Molina-Cabrillana, se detectó un incremento en la tasa de cumplimiento a lo largo de los 3 periodos, desde el 19,6% en el periodo basal, al 35,6% en el segundo periodo, tras la introducción de la solución alcohólica y llegando hasta el 40,0% final ($p < 0,001$)., lo que se corrobora con el estudio de Restrepo en Colombia donde también se encontró

un incremento en el cumplimiento general con la higiene de manos antes de la intervención fue 82% y aumentó de manera significativa en el período posterior a 89%, ($p = 0,007$).

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.-

1.- Con referencia al cumplimiento de la práctica correcta de Higiene de Manos, se obtuvo un incremento general del 14%, siendo este resultado favorable para la Institución, donde al inicio de la Investigación se tenía 0% de cumplimiento.

2.- La población de estudio predominante es la de sexo femenino, representando el 82,5% del total, más de la mitad de la población de estudio son licenciadas en enfermería, representando el 57,5 %, los médicos representan solo el 25% del personal de salud estudiado.

3.- Es necesario destacar que, aunque la mayoría de los profesionales ha recibido educación formal sobre la higiene de las manos en los tres últimos años, existen lagunas de conocimientos que habría que abordar, como las acciones que previenen transmisión de microorganismos tanto a los pacientes como a los mismos profesionales, así como generalidades del uso de alcohol gel.

4.- Otro de los datos destacables se refiere a la opinión de los encuestados sobre la efectividad de las acciones para mejorar la higiene de las manos de forma permanente en su institución. Entre las acciones que consideran muy efectivas se encuentran la educación formal (formación), las instrucciones explícitas, simples y claras (información) y la disponibilidad de los Productos de Base Alcohólica en los puntos de atención (disponibilidad de recursos), además de la colocación de carteles y la retroalimentación. Un amplio porcentaje considera poco efectivas las medidas como invitar al paciente a hacer recuerdo al personal para que se realice la HM, o que sea uno mismo el que realice perfectamente la HM siendo un ejemplo para el resto de los compañeros.

En la fase después de la implementación de la Estrategia, también encontramos que el 75%(IC95% 60,33-89,67) de los participantes aseguró que utilizar alcohol gel facilitó mucho la realización de Higiene de Manos en su labor

cotidiana, así como 87,5%(IC95% 73,20-95,81) aseguró que la formación que recibieron fue muy importante a la hora de mejorar su práctica de Higiene de Manos. El 90% de los participantes (IC95%76,34-97,21) aseguró que conocer los resultados de la observación ayudó mucho a mejorar la práctica de Higiene de Manos. Ser observado hizo prestar mayor atención a la práctica de Higiene de manos según la mayoría de los profesionales sanitarios.

5.- La autoevaluación de la Institución, que suma los cinco componentes: Cambio del Sistema, Formación y aprendizaje, Evaluación y retroalimentación, Recordatorios en el lugar de trabajo y Clima Institucional de seguridad, muestra un nivel de Higiene de Manos que se encuentra en una puntuación total entre 0 y 125 puntos, que indica un Nivel Inadecuado.

6.- Del personal de salud que fue observado, los médicos lograron un 13% de adherencia y las enfermeras un 16%. De las 21 acciones realizadas, el 62% se realizaron con alcohol gel y en el 38% de los casos aún se utiliza agua y jabón.

5.2 Recomendaciones

1.- Realizar en el futuro una investigación donde haya mayor participación de personal, no solo médicos y enfermeras, incluso la participación de más centros de Salud, sería de gran ayuda para ver una realidad local sobre Higiene de Manos, y de esta manera poder mejorar las buenas prácticas.

2.- Impartir talleres periódicos sobre los temas relacionados a IAAS y seguridad al paciente, haciendo énfasis en Higiene de Manos, mostrando evidencia y los resultados favorables de esta medida sencilla, tener en cuenta el componente práctico en cada taller para poder relacionar los conocimientos teóricos con la realidad.

3.- Es necesario sumar puntaje en los diferentes componentes que son parte de la autoevaluación, solo mejorando ciertos parámetros en cada componente, la Institución puede cambiar la clasificación con respecto a la Higiene de Manos:

Cambio del Sistema: Disponer de productos de higiene de manos a base de alcohol en toda la institución, o en su defecto jabón en las áreas donde no se cuenta con alcohol gel. Formular un plan realista para mejorar la infraestructura de la institución.

Formación y aprendizaje: Formación periódica (anual como mínimo) para el personal médico y de enfermería o para todas las categorías profesionales, como medida inicial, indicar al personal de qué manera pueden acceder a material de la OMS o entregar el material impreso, destinar fondos para la formación en materia de Higiene de Manos.

Evaluación y retroalimentación: Hacer evaluaciones al personal de salud sobre indicaciones de Higiene de Manos y la técnica correcta, luego de las charlas formativas. Realizar un monitoreo directo e indirecto de la adherencia a la Higiene de Manos, por ejemplo el consumo de productos para la Higiene de

Manos, contar con personal formado y/o certificado como observador en Higiene de Manos, para realizar de manera objetiva el monitoreo directo. Realizar retroalimentación inmediata al personal de salud y dar a conocer resultados de observaciones tanto al personal como a directivos.

Recordatorios en el lugar de trabajo: Tener expuestos los afiches sobre las indicaciones para la higiene de manos en la mayoría de los lugares de atención al paciente, tener expuestos afiches con la técnica correcta de Frotado de las Manos con Alcohol gel. Realizar labores de promoción de la Higiene de Manos en la Institución.

Clima Institucional de seguridad: Conformar un equipo encargado de la Higiene de Manos en la Institución, lograr el compromiso de las Autoridades Institucionales en esta temática, conseguir un espacio para la promoción de la Higiene de Manos y tener iniciativas de apoyo a la mejora continua, como metas anuales en el cumplimiento de Higiene de Manos.

4.- Es necesario seguir con las Intervenciones para mejorar la adherencia a la Higiene de Manos, las observaciones con retroalimentación inmediata, la educación reglada y los recordatorios en el punto de atención al paciente, además de contar con todos los insumos necesarios que ayudan al cumplimiento.

La creación de un Programa en control de Infecciones, que tenga como parte fundamental La práctica de Higiene de Manos, es ideal para para mejorar la calidad de Atención y vital para la Seguridad al Paciente.

Referencias Bibliográficas

1. Pittet D, Donaldson L. Clean Care is Safer Care: a worldwide priority. The Lancet [Internet]. 2006 [citado 9 Sep 2016];366:1246-1247 disponible en: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Clean+care+is+safer+care+in+worldwide+priority&author=Pittet+D&author=Donaldson+L&publication_year=2005&journal=Lancet.&volume=366&pages=1246-7
2. Alcaldía Mayor de Bogotá. Lineamientos Higiene de Manos. [Internet]. 2015 [citado 9 Sep 2016]: disponible en: <https://www.google.com/search?q=1.%09Alcald%3%ADa+Mayor+de+Bogot%C3%A1.+Lineamientos+Higiene+de+Manos.+&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b>
3. Espinoza F. Programas de prevención de infecciones en servicios de salud [CD-ROM]. La Paz: INLASA, LNRBC; 2012.
4. Guerrero L, Álvarez CA, Leal AL, Cely JL, Guerrero SJ. Estrategia Multimodal para el mejoramiento de la Higiene de Manos para Bogotá: Manual técnico de referencia para higiene de manos [Internet]. 2013 [citado 14 Sep 2016]: disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Infecciones%20Asociadas%20a%20Atencion%20en%20Salud/Higiene%20de%20manos/Gu%C3%ADa%20de%20aplicaci%C3%B3n/Manual%20T%C3%A9cnico.pdf>
5. Gould DJ, Chudleigh JH, Moralejo D, Dey N. Intervenciones para mejorar el cumplimiento de la higiene de las manos en la atención al paciente. La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [citado 14 Sep 2016];4: disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011001904&DocumentID=CD005186>

6. Coelho MS, Silva C, Faria SM, Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de Infección Hospitalaria: un estudio cuantitativo. Revista Electrónica trimestral de Enfermería [Internet]. Enero 2011[citado 14 Sep 2016]21:disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/clinica2.pdf>
7. Herrera M, Perez P, Vásquez M, Santana V. Profesionales de salud ante la mejora de la higiene de las manos: estrategias clásicas versus estrategias avanzadas. Rev Chilena Infectol [Internet]. Agosto 2014[citado 9 Sep 2016]; 31 (5): 534-541 disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n5/art04.pdf>
8. Sobrequés J, Espuñes J, Bañeres J. Estrategia para mejorar la práctica de higiene de manos en Catalunya. Medicina Clínica[Internet]. Julio 2014[citado 14 Sep 2016];143(1):36–42 disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775314005545>
9. Caniza MA. Higiene de manos:Situación y Estrategiaas de Mejoras en el Hospital Bloom[Internet].2016 [citado12 Sep 2016] disponible en: <http://slideplayer.es/slide/10954740/>
10. Fuentes-Ferrer ME, Peláez-Ros B, Andrade-Lobato R, Del Prado-Gonzales N, Cano-Escudero S, Fereres-Castiel J.Efectividad de una intervención para la mejora del cumplimiento en la higiene de manos en un hospital de tercer nivel. Rev.Calid Asistencial [Internet].2012 [citado 14 Sep 2016]27(1):3-10 disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-linkresolver-efectividad-una-intervencion-mejora-del-S1134282X11001692>
11. Molina-Cabrillana J, Álvarez-Leon EE, Quori A, García-de Carlos P, López-Carrió I, Bolaños-Rivero M, et al.Impacto de la mejora de la higiene de las manos sobre las infecciones hospitalarias. Rev Calid Asistencial [Internet].2010[citado 14 Sep 2016]25(4):215-222 disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-linkresolver-impacto-mejora-higiene-las-manos-S1134282X10000436>

12. Restrepo A, Valderrama M, Correa A, Mazo LM, González N, Jaimes F. Implementación de la estrategia “Atención Limpia es Atención Segura” en un hospital de tercer nivel en Medellín, Colombia. Rev Chilena Infectol [Internet] 2014[citado 18 Sep 2016] 31 (3): 280-286 disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n3/art05.pdf>

13. Instituto Nacional de Salud [Internet]. Bogotá. [Citado 17 Sept 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/iaas/paginas/que-son-las-iaas.aspx>

14. Walker M, Jáuregui L, Espinoza F, Damiani E. La Higiene de Manos en la prevención de las Infecciones en Servicios de Salud (IASS) [CD-ROM]. La Paz: INLASA, LNRBC; 2012.

15. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente Una Atención Limpia es una Atención Segura [Internet] 2009 [citado 17 Sep 2016] disponible en: www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf

16. Poveda J, Montañó J, Sierra P Implementación de la estrategia multimodal para la higiene de manos en la unidad de cuidados intensivos de la IPS Universitaria. Medellín. [Internet] 2009. [Citado 13 de junio 2018] Disponible en: http://bausano.org/src/estrategia_multinodal_para_lavado_de_manos.pdf.

17. García-Vázquez E., Murcia-Payá J., Allegue J.M., Canteras M., Gómez J. Influencia de un programa de intervención múltiple en el cumplimiento de la higiene de manos en una unidad de cuidados intensivos. Med. Intensiva [Internet]. Mar 2012 [citado 13 de junio 2018] ; 36(2): 69-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912012000200002&lng=es.

18. Dierssen-Sotos T, Robles –García M, Rebollo-Rodrigo H, Antolín-Juárez FM, De la Cal M, Navarro-Córdoba M, Llorca J. Impacto de una campaña de mejora de la higiene de manos sobre el consumo de soluciones hidroalcohólicas en un hospital de tercer nivel. Gac.Sanit. [Internet]. 2010 [citado 13 de junio 2018];24(4):358-360 Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110000932>

19. Jiménez ML, Pardo V. El impacto actual del lavado de manos. Medic natur. [Internet]. 2008 [citado 13 de junio 2018];2(2):123-129 Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2574582.pdf>

20. Ferrer C, Almirante B. Higiene de manos: una prioridad para la seguridad de los pacientes hospitalizados. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2007 [citado 13 de junio 2018];25(6):365-8 Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-linkresolver-higiene-manos-una-prioridad-seguridad-S0213005X07743082>

21. Instituto Nacional de Estadística. Estado Plurinacional de Bolivia [Internet]. 2017 [citado 07 de Oct 2018]; Disponible en:

<https://www.ine.gob.bo/index.php/notas-de-prensa-y-monitoreo/itemlist/tag/Chuquisaca>

22. Wikipedia. Departamento de Chuquisaca. [Internet]. 2018 [citado 07 de Oct 2018]; Disponible en:

https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Chquisaca

23. SEDES Chuquisaca Situación actual de la Salud Departamento de Chuquisaca. CAI Departamental Agosto 2018. [citado 07 de Oct 2018] Disponible en: Documento pdf SEDES Chuquisaca.

ANEXOS

Anexo 1

Marco de Auto Evaluación de la Higiene de Manos



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

Una alianza mundial para una atención más segura

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Marco de Autoevaluación de la Higiene de las Manos

HOSPITAL: _____

FECHA: _____

1. Cambio del sistema

Pregunta	Respuesta	Puntos	Instrumentos OMS para mejorar
1.1 ¿Qué facilidad hay en el centro para acceder a desinfectantes de las las manos a base de alcohol? Elija una respuesta	No los hay	0	→ Ward Infrastructure Survey → Protocol for Evaluation of Tolerability and Acceptability of Alcohol-based Handrub in Use or Planned to be Introduced: Method 1 → Guía de Aplicación II.1
	Los hay, pero no se ha demostrado su eficacia ¹ y tolerabilidad. ²	0	
	Los hay solo en algunas salas o con interrupciones del suministro (con eficacia ¹ y tolerabilidad ² demostradas).	5	
	Los hay continuamente en todo el centro (con eficacia ¹ y tolerabilidad ² demostradas).	10	
	Los hay continuamente en todo el centro y en el lugar de prestación de la asistencia ³ en la mayoría de las salas (con eficacia ¹ y tolerabilidad ² demostradas).	30	
	Los hay continuamente en todo el centro y en todos los lugares de prestación de la asistencia ³ (con eficacia ¹ y tolerabilidad ² demostradas).	50	
1.2 ¿Cuál es la razón lavabos:camas? Elija una respuesta	Menos de 1:10	0	→ Ward Infrastructure Survey → Guía de Aplicación II.1
	Al menos 1:10 en la mayoría de las salas	5	
	Al menos 1:10 en todo el centro, y 1:1 en las salas de aislamiento y las unidades de cuidados intensivos.	10	
1.3 ¿Hay un suministro continuo de agua corriente limpia ⁴ ?	No	0	
	Sí	10	
1.4 ¿Hay jabón ⁵ en todos los lavabos?	No	0	
	Sí	10	
1.5 ¿Hay toallas de un solo uso en todos los lavabos?	No	0	
	Sí	10	
1.6 ¿Hay un presupuesto específico/ disponible para la adquisición continua de productos para la higiene de las manos (por ejemplo, soluciones a base de alcohol para desinfectarse las manos)?	No	0	
	Sí	10	

Pregunta adicional: plan de acción

Responda a esta pregunta ÚNICAMENTE si ha obtenido una puntuación inferior a 100 en las preguntas 1.1 a 1.6: ¿Existe un plan realista para mejorar la infraestructura ⁶ del centro?	No	0	→ Indicaciones para la planificación y determinación de costos del frotamiento de manos con productos a base de alcohol → Guía para la elaboración a nivel local: Formulaciones recomendadas por la OMS para la desinfección de las manos → Guía de Aplicación II.1
	Sí	5	
Subtotal del componente «Cambio del sistema»		/100	

2. Formación y aprendizaje			
Pregunta	Respuesta	Puntos	Instrumentos OMS para mejorar
2.1 Con respecto a los profesionales sanitarios del centro:			
2.1a ¿Con qué frecuencia reciben formación acerca de la higiene de las manos? Elija una respuesta	Nunca	0	→ Slides for Education Session for Trainers, Observers and Health-care Workers → Hand Hygiene Training Films → Slides Accompanying the Training Films → Slides for the Hand Hygiene Co-ordinator → Manual técnico de referencia para la higiene de manos → Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? → Guía de Aplicación II.2
	Al menos una vez	5	
	Formación periódica (anual como mínimo) para el personal médico y de enfermería o para todas las categorías profesionales	10	
	Formación obligatoria para todas las categorías profesionales al inicio del contrato, seguida de formación continua periódica (anual como mínimo)	20	
2.1b ¿Existe un procedimiento para confirmar que todos completan esa formación?	No	0	
	Sí	20	
2.2 ¿Todos los profesionales sanitarios pueden acceder fácilmente a los siguientes documentos de la OMS (disponibles en www.who.int/gpsc/5may/tools) o a adaptaciones locales similares?			→ Guía de Aplicación II.2
2.2a <i>Guidelines on Hand Hygiene in Health-care: A Summary</i> (OMS)	No	0	→ WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: A Summary
	Sí	5	
2.2b <i>Manual técnico de referencia para la higiene de manos</i> (OMS)	No	0	→ Manual técnico de referencia para la higiene de manos
	Sí	5	
2.2c <i>Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo?</i>	No	0	→ Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo?
	Sí	5	
2.2d Información sobre el uso de guantes	No	0	→ Información sobre el uso de guantes
	Sí	5	
2.3 ¿Hay en el centro un profesional suficientemente capacitado* que actúe como instructor en los programas educativos sobre higiene de las manos?	No	0	→ WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care → Manual técnico de referencia para la higiene de las manos → Hand Hygiene Training Films → Slides Accompanying the Training Films → Guía de Aplicación II.2
	Sí	15	
2.4 ¿Hay un sistema de formación y validación de los observadores del cumplimiento de la higiene de las manos?	No	0	
	Sí	15	
2.5 ¿Hay un presupuesto específico para la formación en materia de higiene de las manos?	No	0	→ Template Letter to Advocate Hand Hygiene to Managers → Template Letter to communicate Hand Hygiene Initiatives to Managers → Template Action Plan → Guía de Aplicación II.2 y III.1 (pág. 33)
	Sí	10	
Subtotal del componente «Formación y aprendizaje»		/100	

3. Evaluación y retroalimentación			
Pregunta	Respuesta	Puntos	Instrumentos OMS para mejorar
3.1 ¿Se realizan inspecciones periódicas (como mínimo anuales) de las salas para determinar la disponibilidad de desinfectantes a base de alcohol, jabón, toallas de un solo uso y otros productos para la higiene de las manos?	No	0	→ Ward Infrastructure Survey → Guía de Aplicación II.3
	Sí	10	
3.2 ¿Se evalúan como mínimo una vez al año (por ejemplo, después de las sesiones de formación) los conocimientos de los profesionales sanitarios sobre los temas siguientes?			
3.2a. Indicaciones de la higiene de las manos	No	0	→ Cuestionario acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios → Guía de Aplicación II.3
	Sí	5	
3.2b. Técnicas correctas de higiene de las manos	No	0	
	Sí	5	
3.3 Monitorización indirecta de la observancia de la higiene de las manos			
3.3a ¿Se monitoriza periódicamente (como mínimo cada 3 meses) el consumo de productos desinfectantes de las manos a base de alcohol)?	No	0	→ Encuesta sobre el consumo de jabón/antiséptico de manos → Guía de Aplicación II.3
	Sí	5	
3.3b ¿Se monitoriza periódicamente (como mínimo cada 3 meses) el consumo de jabón?	No	0	
	Sí	5	
3.3c ¿El consumo de productos desinfectantes de las manos a base de alcohol es, como mínimo, de 20 litros por 1000 pacientes-día?	No (o no se ha medido)	0	
	Sí	5	
3.4 Monitorización directa de la observancia de la higiene de las manos Complete este apartado (3.4) si el centro dispone de observadores del cumplimiento de la higiene de las manos formados y validados que utilizan la metodología de la OMS <i>Sus 5 momentos para la higiene de las manos</i> (o similar)			
3.4a ¿Con qué frecuencia se verifica directamente la observancia de la higiene de las manos con el instrumento de la OMS Hand Hygiene Observation (o técnica similar)? Elija una respuesta	Nunca	0	→ Formulario de Observación → Manual técnico de referencia para la higiene de manos → Guía de Aplicación II.3
	Irregularmente	5	
	Anualmente	10	
	Cada 3 meses o más a menudo	15	
3.4b ¿Cuál es la tasa general de observancia de la higiene de las manos en el centro, según el instrumento de la OMS Hand Hygiene Observation (o técnica similar)? Elija una respuesta	≤ 30%	0	→ Guía de Aplicación II.3 → Formulario de Observación → Data Entry Analysis tools → Instructions for Data Entry and Analysis → Epi Info™ software ^a → Data Summary Report Framework
	31 – 40%	5	
	41 – 50%	10	
	51 – 60%	15	
	61 – 70%	20	
	71 – 80%	25	
	≥ 81%	30	
3.5 Retroalimentación			
3.5a Retroalimentación inmediata ¿Se ofrece a los profesionales sanitarios información inmediata al final de cada sesión de verificación de la observancia de la higiene de las manos?	No	0	→ Guía de Aplicación II.3 → Observation and Basic Compliance Calculation forms
	Sí	5	
3.5b Retroalimentación sistemática ¿Los datos relacionados con los indicadores de la higiene de las manos y su evolución en el tiempo se comunican periódicamente (como mínimo cada 6 meses) a:			→ Data Summary Report Framework → Guía de Aplicación II.3
3.5b.i los profesionales sanitarios?	No	0	
	Sí	7.5	
3.5b.ii la dirección del centro?	No	0	
	Sí	7.5	
Subtotal del componente «Evaluación y retroalimentación»		/100	

4. Recordatorios en el lugar de trabajo			
Pregunta	Respuesta	Puntos	Instrumentos OMS para mejorar
4.1 ¿Están expuestos en el centro los pósteres siguientes (o equivalentes locales de contenido similar)?			→ Guía de Aplicación II.4
4.1a Póster que explique las indicaciones para la higiene de las manos Elija una respuesta	No expuesto	0	→ Póster: Sus 5 momentos para la higiene de las manos
	Expuesto en algunas salas/zonas de tratamiento	15	
	Expuesto en la mayoría de las salas/zonas de tratamiento	20	
	Expuesto en todas las salas/zonas de tratamiento	25	
4.1b Póster que explique cómo desinfectarse las manos correctamente frotándolas con un desinfectante a base de alcohol Elija una respuesta	No expuesto	0	→ Póster ¿Cómo desinfectarse las manos?
	Expuesto en algunas salas/zonas de tratamiento	5	
	Expuesto en la mayoría de las salas/zonas de tratamiento	10	
	Expuesto en todas las salas/zonas de tratamiento	15	
4.1c Póster que explique la técnica correcta para lavarse las manos Elija una respuesta	No expuesto	0	→ Póster ¿Cómo lavarse las manos?
	Expuesto en algunas salas/zonas de tratamiento	5	
	Expuesto en la mayoría de las salas/zonas de tratamiento	7.5	
	Expuesto en cada lavabo de todas las salas/zonas de tratamiento	10	
4.2 ¿Con qué frecuencia se realiza una inspección de todos los pósteres para comprobar su integridad y cambiarlos cuando sea necesario? Elija una respuesta	Nunca	0	→ Guía de Aplicación II.4
	Como mínimo una vez al año	10	
	Una vez cada 2 o 3 meses	15	
4.3 ¿Se realiza una labor de promoción de la higiene de las manos exponiendo y actualizando periódicamente otros pósteres, además de los mencionados?	No	0	→ Guía de Aplicación II.4
	Sí	10	
4.4 ¿Hay en las salas folletos informativos sobre la higiene de las manos?	No	0	→ Folleto: Higiene de las manos, cuándo y cómo → Guía de Aplicación II.4
	Sí	10	
4.5 ¿Hay otros recordatorios distribuidos por todo el centro? (por ejemplo, salvapantallas de la campaña sobre la higiene de las manos, insignias, pegatinas, etc.)	No	0	Clean Your Hands → Salvapantallas: SAVELIVES : → Guía de Aplicación II.4
	Sí	15	
Subtotal del componente «Recordatorios en el lugar de trabajo»		/100	

5. Clima institucional de seguridad con respecto a la higiene de las manos

Pregunta	Respuesta	Score	Instrumentos OMS para mejorar
5.1 Con respecto al equipo encargado de la higiene de las manos ¹⁰ , es decir, dedicado a la promoción y aplicación de prácticas óptimas de higiene de las manos en el centro, responda a las preguntas siguientes:			→ Guía de Aplicación II.5
5.1a ¿Existe tal equipo?	No	0	
	Sí	5	
5.1b ¿Se reúne periódicamente (al menos una vez al mes)?	No	0	
	Sí	5	
5.1c ¿Dispone de tiempo para dedicarlo a la promoción activa de la higiene de las manos? (por ejemplo, para enseñar cómo monitorizar el desempeño en materia de higiene de las manos o para organizar nuevas actividades)	No	0	
	Sí	5	
5.2 ¿Hay un compromiso claro de apoyo a la mejora de la higiene de las manos por parte de los siguientes miembros de la dirección del centro? (por ejemplo, un compromiso escrito o verbal con la promoción de la higiene de las manos ante la mayoría de los profesionales sanitarios del centro?)			→ Template Letter to Advocate Hand Hygiene to Managers → Template Letter to communicate Hand Hygiene Initiatives to Managers → Guía de Aplicación II.5
5.2a El director ejecutivo	No	0	
	Sí	10	
5.2b El director médico	No	0	
	Sí	5	
5.2c El director de enfermería	No	0	
	Sí	5	
5.3 ¿Se ha formulado un plan claro de promoción de la higiene de las manos en todo el centro para el 5 de mayo (iniciativa anual Salve vidas, límpiese las manos)?	No	0	→ Para seguir avanzando - Actividades adicionales que podrían considerar los centros sanitarios → Guía de Aplicación II.5
	Sí	10	
5.4 ¿Hay sistemas para identificar a los líderes de la higiene de las manos en cada una de las disciplinas existentes en el centro?			
5.4a Un sistema para designar los líderes de la higiene de las manos ¹¹	No	0	
	Sí	5	
5.4b Un sistema de reconocimiento y utilización de modelos de comportamiento con respecto a la higiene de las manos ¹²	No	0	
	Sí	5	
5.5 Con respecto a la participación de los pacientes en la promoción de la higiene de las manos:			→ Guidance on Engaging Patients and Patient Organizations in Hand Hygiene Initiatives → Guía de Aplicación II.5
5.5a ¿Están los pacientes informados de la importancia de la higiene de las manos? (por ejemplo, con un folleto)	No	0	
	Sí	5	
5.5b ¿Se ha instaurado un programa formal para lograr su participación?	No	0	
	Sí	10	
5.6 ¿Se están aplicando en el centro iniciativas de apoyo a la mejora continua? Por ejemplo:			→ Para seguir avanzando - Actividades adicionales que podrían considerar los centros sanitarios → Guía de Aplicación II.5
5.6a Material didáctico informatizado sobre la higiene de las manos	No	0	
	Sí	5	
5.6b Fijación de una meta institucional relacionada con la higiene de las manos que haya que alcanzar cada año	No	0	
	Sí	5	
5.6c Un sistema de intercambio intrainstitucional de innovaciones fiables y probadas en el centro	No	0	
	Sí	5	
5.6d Comunicaciones que mencionen regularmente la higiene de las manos (por ejemplo, boletín del centro, reuniones clínicas)	No	0	
	Sí	5	
5.6e Un sistema de rendición de cuentas personal ¹³	No	0	
	Sí	5	
5.6f Un sistema de acompañamiento ¹⁴ para los nuevos empleados	No	0	
	Sí	5	
Subtotal del componente «Clima institucional de seguridad»			/100

Interpretación: Los cuatro pasos del proceso

1.
Sume los puntos.

Puntuación	
Componente	Subtotal
1. Cambio del sistema	
2. Formación y aprendizaje	
3. Evaluación y retroalimentación	
4. Recordatorios en el lugar de trabajo	
5. Clima institucional de seguridad	
Total	

2.
Determine el «Nivel de higiene de las manos» asignado a su centro.



Puntuación total	Nivel de higiene de las manos
0 - 125	Inadecuado
126 - 250	Básico
251 - 375	Intermedio (o consolidado)
376 - 500	Avanzado

3.
Si el centro ha alcanzado el nivel avanzado rellene también la hoja siguiente sobre los criterios de liderazgo.
(en caso contrario pase al punto 4).

4.
Examine las áreas en las que el centro necesita mejorar según los resultados de esta evaluación y elabore un plan de acción para lograr esas mejoras (empezando con los instrumentos de la OMS pertinentes). Guarde una copia de esta evaluación para compararla con evaluaciones futuras.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTE FORMULARIO:

INFORMACION DE CONTACTO:
 Correo electrónico: _____
 Teléfono: _____
 Cargo en el hospital: _____

DATOS DEL HOSPITAL:
 Número de camas del hospital: _____
 Año en que el hospital fue construido: _____
 Número de trabajadores de salud en laboran en el hospital: _____
 Médicos _____ Enfermeras _____ Otros _____
 Dirección exacta del hospital:

6. ¿Cuál es la fuente más frecuente de gérmenes causantes de infecciones relacionadas con la atención sanitaria? (señale una sola respuesta)

- a. El sistema de agua del hospital
- b. El aire del hospital
- c. Microorganismos ya presentes en el paciente
- d. El entorno (las superficies) del hospital

7. ¿Cuál de las siguientes acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al paciente?

- a. Antes de tocar al paciente Sí No
- b. Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales Sí No
- c. Después del contacto con el entorno inmediato del paciente Sí No
- d. Inmediatamente antes de un procedimiento limpio / aséptico Sí No

8. ¿Cuál de las siguientes acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos al profesional sanitario?

- a. Después de tocar al paciente Sí No
- b. Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales Sí No
- c. Inmediatamente antes de un procedimiento limpio / aséptico Sí No
- d. Después del contacto con el entorno inmediato del paciente. Sí No

9. ¿Cuál es el tiempo mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos? (señale una sola respuesta)

- a. 20 segundos
- b. 3 segundos
- c. 1 minuto
- d. 10 segundos

Encuesta de Percepción:

10. En su opinión, ¿cuál es el porcentaje medio de pacientes hospitalizados que contraen una infección relacionada con la atención sanitaria (entre 0 y 100%)?

_____ %

No lo sé

11. En general ¿qué repercusión en el desenlace de la enfermedad del paciente tienen las infecciones relacionadas con la atención sanitaria?

Muy baja

Baja

Alta

Muy alta

12. ¿Qué eficacia tiene la higiene de las manos en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria?

Muy baja

Baja

Alta

Muy alta

13. En su centro, entre todas las cuestiones relacionadas con la seguridad de los pacientes, ¿qué prioridad se asigna a la higiene de las manos?

Prioridad baja

P. moderada

P. alta

P. muy alta

14. De media, ¿en qué porcentaje de situaciones en las que se requiere, realmente realizan la higiene de las manos los profesionales sanitarios de su hospital, ya sea mediante un preparado de base alcohólica o lavándoselas, (entre 0 y 100%)?

_____ %

No lo sé

15. En su opinión, ¿cuál sería la efectividad de las siguientes medidas destinadas a mejorar de forma permanente la higiene de las manos en su centro?

Marque el en la escala según su opinión, por favor.

a. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de las manos

Nada efectivo

Poco efectivo

Muy efectivo

b. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención

Nada efectivo

Poco efectivo

Muy efectivo

c. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

d. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación la higiene de las manos

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

e. Que haya instrucciones claras y simples sobre la higiene de las manos a la vista de todos los profesionales sanitarios

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

f. Que los profesionales sanitarios reciban regularmente retroalimentación sobre cómo realizan la higiene de las manos

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

g. Que usted realice perfectamente la higiene de manos (siendo un buen ejemplo para sus colegas)

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

h. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

16. ¿Qué importancia concede su jefe/a de Servicio médico (o la supervisora de enfermería de su unidad) a que usted realice una correcta higiene de las manos?

Ninguna importancia Poca importancia Mucha importancia

17. ¿Qué importancia conceden sus colegas a que usted realice una correcta higiene de las manos?

Ninguna importancia Poca importancia Mucha importancia

18. ¿Qué importancia conceden los pacientes a que usted realice una correcta higiene de las manos?

Ninguna importancia Poca importancia Mucha importancia

19. ¿Cuánto esfuerzo considera que necesita usted para realizar una buena higiene de manos cuando presta atención a los pacientes?

Ningún esfuerzo Poco esfuerzo Mucho esfuerzo

20. De media, ¿en qué porcentaje de situaciones en las que se requiere, realmente realiza usted la higiene de las manos, ya sea con preparados de base alcohólica o lavándoselas (entre 0 y 100%)?

_____ %

¡Muchas gracias por su tiempo!

Anexo 3
Cuestionario de seguimiento de la percepción destinado a los
profesionales Sanitarios
“Hospital Cristo de las Américas”

Este cuestionario consta de dos partes: la parte 1 incluye las mismas preguntas que tal vez usted ya contestó en un proceso de evaluación anterior; la parte 2 incluye algunas preguntas adicionales destinadas a conocer su opinión sobre las estrategias y los instrumentos que se emplean en la actualidad para fomentar la higiene de manos en su institución.

Cada pregunta tiene una sola respuesta, por favor lea atentamente las preguntas y responda espontáneamente, sus respuestas serán anónimas y confidenciales.

Parte 1

1. ¿Ha recibido formación reglada sobre higiene de las manos en los últimos tres años? Sí No
2. ¿Utiliza regularmente un preparado de base alcohólica para la higiene de las manos? Sí No
3. En su opinión, ¿cuál es el porcentaje medio de pacientes hospitalizados que contraen una infección relacionada con la atención sanitaria (entre 0 y 100%)?
 _____ % No lo sé
4. En general ¿qué repercusión en el desenlace de la enfermedad del paciente tienen las infecciones relacionadas con la atención sanitaria?
 Muy bajo Bajo Alto Muy alto
1. ¿Qué eficacia tiene la higiene de las manos en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria?
 Muy bajo Bajo Alto Muy alto
6. En su centro, entre todas las cuestiones relacionadas con la seguridad de los pacientes, ¿qué prioridad se asigna a la higiene de las manos?
 Prioridad baja Prioridad moderada Prioridad alta
 Prioridad muy alta

7. De media, ¿en qué porcentaje de situaciones en las que se requiere, realmente realizan la higiene de las manos los profesionales sanitarios de su hospital, ya sea mediante un preparado de base alcohólica o lavándose las, (entre 0 y 100%)? _____% No lo sé

8. En su opinión, ¿cuál sería la efectividad de las siguientes medidas destinadas a mejorar de forma permanente la higiene de las manos en su centro?

Marque el en la escala según su opinión, por favor.

a. Que los directivos de su institución apoyen y promuevan abiertamente la higiene de las manos

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

b. Que en su centro exista un preparado de base alcohólica en cada punto de atención

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

c. Que existan carteles sobre higiene de manos en los puntos de atención a modo de recordatorio

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

d. Que todos los profesionales sanitarios reciban formación sobre la higiene de las manos

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

e. Que haya instrucciones claras y simples sobre la higiene de las manos a la vista de todos los profesionales sanitarios

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

f. Que los profesionales sanitarios reciban regularmente retroalimentación sobre cómo realizan la higiene de las manos

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

g. Que usted realice perfectamente la higiene de manos (siendo un buen ejemplo para sus colegas)

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

h. Que se invite a los pacientes a recordar a los profesionales sanitarios que deben realizar una buena higiene de las manos

Nada efectivo Poco efectivo Muy efectivo

9. ¿Qué importancia concede su jefe/a de Servicio médico (o la supervisora de enfermería de su unidad) a que usted realice una correcta higiene de las manos?

Ninguna importancia Poca importancia Mucha importancia

10. ¿Qué importancia conceden sus colegas a que usted realice una correcta higiene de las manos?

Ninguna importancia Poca importancia Mucha importancia

11. ¿Qué importancia conceden los pacientes a que usted realice una correcta higiene de las manos?

Ninguna importancia Poca importancia Mucha importancia

12. ¿Cuánto esfuerzo considera que necesita usted para realizar una buena higiene de manos cuando presta atención a los pacientes?

Ningún esfuerzo Poco esfuerzo Mucho esfuerzo

13. De media, ¿en qué porcentaje de situaciones en las que se requiere, realmente realiza usted la higiene de las manos, ya sea con preparados de base alcohólica o lavándoselas (entre 0 y 100%)? _____%

Parte 2

14. Utilizar preparados de base alcohólica ¿ha facilitado la realización de la higiene de las manos en su trabajo cotidiano?

Nada Poco Mucho

15. ¿Toleran bien sus manos el uso de preparados de base alcohólica?

Nada bien Muy bien

16. Conocer los resultados de la observación de cómo se realiza la higiene de manos en su pabellón ¿les ha ayudado a usted y a sus colegas a mejorar su práctica de la higiene de las manos?

Nada Poco Mucho

17. El hecho de ser observado ¿le ha hecho prestar más atención a su práctica de higiene de las manos?

Nada Poco Mucho

18. La formación que ha recibido ¿ha sido importante a la hora de mejorar su práctica de higiene de las manos?

Nada importante Poco importante Muy importante

19. ¿Considera que los gestores de su institución apoyan la mejora de la higiene de las manos?

Nada Poco Mucho

20. Durante la actual campaña de promoción de la higiene de las manos ¿ha aumentado la conciencia de su papel en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria mediante la mejora de su práctica de higiene de las manos?

Nada Poco Mucho

¡Muchas gracias por su tiempo!

Anexo 4

Formulario de observación Higiene de Mano: Paquete de verificación para el cumplimiento de HM

PLANILLA DE OBSERVACION DE HIGIENE DE MANOS				FECHA DE SESION	
OBSERVADOR			PROFESION OBSERVADO		
			AREA DE INTERNACION		
OPORTUNIDAD	INDICACIONES	MODO	OPORTUNIDAD	INDICACIONES	MODO
1	<input type="checkbox"/> Pre - contacto con el paciente	<input type="checkbox"/> Frotado	2	<input type="checkbox"/> Pre - contacto con el paciente	<input type="checkbox"/> Frotado
	<input type="checkbox"/> Pre - Tarea aséptica			<input type="checkbox"/> Pre - Tarea aséptica	
	<input type="checkbox"/> Post - contacto fluidos corporales	<input type="checkbox"/> Lavado		<input type="checkbox"/> Post - contacto fluidos corporales	<input type="checkbox"/> Lavado
	<input type="checkbox"/> Post - contacto con el paciente	<input type="checkbox"/> No realizado		<input type="checkbox"/> Post - contacto con el paciente	<input type="checkbox"/> No realizado
	<input type="checkbox"/> Post - contacto con el entorno			<input type="checkbox"/> Post - contacto con el entorno	
OPORTUNIDAD	INDICACIONES	MODO	OPORTUNIDAD	INDICACIONES	MODO
3	<input type="checkbox"/> Pre - contacto con el paciente	<input type="checkbox"/> Frotado	4	<input type="checkbox"/> Pre - contacto con el paciente	<input type="checkbox"/> Frotado
	<input type="checkbox"/> Pre - Tarea aséptica			<input type="checkbox"/> Pre - Tarea aséptica	
	<input type="checkbox"/> Post - contacto fluidos corporales	<input type="checkbox"/> Lavado		<input type="checkbox"/> Post - contacto fluidos corporales	<input type="checkbox"/> Lavado
	<input type="checkbox"/> Post - contacto con el paciente	<input type="checkbox"/> No realizado		<input type="checkbox"/> Post - contacto con el paciente	<input type="checkbox"/> No realizado
	<input type="checkbox"/> Post - contacto con el entorno			<input type="checkbox"/> Post - contacto con el entorno	

(El formulario de observación contiene 8 oportunidades en cada hoja)

Anexo 5**Cálculo de Inferencias en EPIDAT 3.1**

Inferencia sobre una proporción tabla N2 de resultados.

Número de casos: 33
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 82,500	----- 69,475	----- 95,525

Inferencia sobre una proporción tabla N3 de resultados.

Número de casos: 23
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 57,500	----- 40,930	----- 74,070

Inferencia sobre una proporción tabla N3 de resultados.

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 25,000	----- 10,331	----- 39,669

Inferencia sobre una proporción tabla N4 de resultados.

Número de casos: 34
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
85,000	72,684	97,316

Inferencia sobre una proporción tabla N7 de resultados.

Número de casos: 18
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
	45,000	28,333	61,667

Inferencia sobre una proporción tabla N8 de resultados.

Número de casos: 24
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
60,000	43,568	76,432

Inferencia sobre una proporción tabla N9 de resultados.

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
47,500	30,775	64,225

Inferencia sobre una proporción tabla N11 de resultados.

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
20,000	6,354	33,646

Inferencia sobre una proporción tabla N12 de resultados.

Número de casos: 18
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
45,000	28,333	61,667

Inferencia sobre una proporción tabla N12 de resultados.

Número de casos: 14
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
35,000	18,969	51,031

Inferencia sobre una proporción tabla N13 de resultados.

Número de casos: 17
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
42,500	25,930	59,070

Inferencia sobre una proporción tabla N13 de resultados.

Número de casos: 18
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
45,000	28,333	61,667

Inferencia sobre una proporción tabla N14 de resultados.

Número de casos: 16
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
40,000	23,568	56,432

Inferencia sobre una proporción tabla N15 de resultados.

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
37,500	21,247	53,753

Inferencia sobre una proporción tabla N15 de resultados.

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----------------	------------	--

-----	-----	-----
27,500	12,413	42,587

Inferencia sobre una proporción tabla N16 de resultados.

Número de casos:	32
Tamaño de muestra:	40
Nivel de confianza:	95,0%

-----	-----	-----
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
80,000	66,354	93,646

Inferencia sobre una proporción tabla N17 de resultados.

Número de casos:	33
Tamaño de muestra:	40
Nivel de confianza:	95,0%

-----	-----	-----
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
82,500	69,475	95,525

Inferencia sobre una proporción tabla N18 de resultados.

Número de casos:	32
Tamaño de muestra:	40
Nivel de confianza:	95,0%

-----	-----	-----
Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
80,000	66,354	93,646

Inferencia sobre una proporción tabla N19 de resultados.

Número de casos:	33
------------------	----

Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
82,500	69,475	95,525

Inferencia sobre una proporción tabla N19 de resultados.

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
17,500	4,475	30,525

Inferencia sobre una proporción tabla N20 de resultados.

Número de casos: 33
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
82,500	69,475	95,525

Inferencia sobre una proporción tabla N21 de resultados.

Número de casos: 35
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
87,500	73,197	95,814	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N22 de resultados.

Número de casos: 24
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
60,000	43,568	76,432

Inferencia sobre una proporción tabla N23 de resultados.

Número de casos: 20
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
50,000	33,255	66,745

Inferencia sobre una proporción tabla N23 de resultados.

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
32,500	16,735	48,265

Inferencia sobre una proporción tabla N23 de resultados.

Número de casos: 7
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
17,500	4,475	30,525

Inferencia sobre una proporción tabla N25 de resultados.

Número de casos: 19
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
47,500	30,775	64,225

Inferencia sobre una proporción tabla N27 de resultados.

Número de casos: 9
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
22,500	8,309	36,691

Inferencia sobre una proporción tabla N28 de resultados.

Número de casos: 17
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
42,500	25,930	59,070

Inferencia sobre una proporción tabla N29 de resultados.

Número de casos: 99
 Tamaño de muestra: 150
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
66,000	58,086	73,914

Inferencia sobre una proporción tabla N31 de resultados.

Número de casos: 38
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 95,000	83,080	99,389 (Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N32 de resultados.

Número de casos: 35
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 87,570	73,197	95,814 (Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N33 de resultados.

Número de casos: 18
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 45,000	28,333	61,667

Inferencia sobre una proporción tabla N34 de resultados.

Número de casos: 17
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----------------	------------	--

42,500	25,930	59,070
--------	--------	--------

Inferencia sobre una proporción tabla N34 de resultados.

Número de casos:	20
Tamaño de muestra:	40
Nivel de confianza:	95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
50,000	33,255	66,745

Inferencia sobre una proporción tabla N35 de resultados.

Número de casos:	18
Tamaño de muestra:	40
Nivel de confianza:	95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
45,000	28,333	61,667

Inferencia sobre una proporción tabla N35 de resultados.

Número de casos:	12
Tamaño de muestra:	40
Nivel de confianza:	95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,000	14,549	45,451

Inferencia sobre una proporción tabla N36 de resultados.

Número de casos:	15
Tamaño de muestra:	40
Nivel de confianza:	95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
37,500	21,247	53,753

Inferencia sobre una proporción tabla N37 de resultados.

Número de casos: 36
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
90,000	76,336	97,207	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N38 de resultados.

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
15,000	2,684	27,316

Inferencia sobre una proporción tabla N38 de resultados.

Número de casos: 34
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
85,000	72,684	97,316

Inferencia sobre una proporción tabla N39 de resultados.

Número de casos: 28
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	

70,000 54,549 85,451

Inferencia sobre una proporción tabla N40 de resultados.

Número de casos: 36
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
90,000	76,336	97,207	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N41 de resultados.

Número de casos: 30
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
75,000	60,331	89,669	

Inferencia sobre una proporción tabla N43 de resultados.

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----		
55,000	38,333	71,667	

Inferencia sobre una proporción tabla N43 de resultados.

Número de casos: 17
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
42,500	25,930	59,070

Inferencia sobre una proporción tabla N45 de resultados.

Número de casos: 11
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
27,500	12,413	42,587

Inferencia sobre una proporción tabla N45 de resultados.

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
37,500	21,247	53,753

Inferencia sobre una proporción tabla N46 de resultados.

Número de casos: 12
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
30,000	14,549	45,451

Inferencia sobre una proporción tabla N46 de resultados.

Número de casos: 18
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
45,000	28,333	61,667

Inferencia sobre una proporción tabla N47 de resultados.

Número de casos: 10
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
25,000	10,331	39,669

Inferencia sobre una proporción tabla N48 de resultados.

Número de casos: 21
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
52,500	35,775	69,225

Inferencia sobre una proporción tabla N49 de resultados.

Número de casos: 22
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
55,000	38,333	71,667

Inferencia sobre una proporción tabla N50 de resultados.

Número de casos: 2
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
5,000	0,611	16,920	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N50 de resultados.

Número de casos: 8
Tamaño de muestra: 40
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
20,000	6,354	33,646

Inferencia sobre una proporción tabla N50 de resultados.

Número de casos: 30
Tamaño de muestra: 40
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
-----	-----	-----
75,000	60,331	89,669

Inferencia sobre una proporción tabla N51 de resultados.

Número de casos: 1
Tamaño de muestra: 40
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
2,500	0,063	13,159	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N51 de resultados.

Número de casos: 4
Tamaño de muestra: 40
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
10,000	2,793	23,664	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N51 de resultados.

Número de casos: 35
Tamaño de muestra: 40
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
87,500	73,197	95,814	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N52 de resultados.

Número de casos: 10
Tamaño de muestra: 40
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
25,000	10,331	39,669	

Inferencia sobre una proporción tabla N52 de resultados.

Número de casos: 30
Tamaño de muestra: 40
Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
75,000	60,331	89,669	

Inferencia sobre una proporción tabla N53 de resultados.

Número de casos: 5
Tamaño de muestra: 40

Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
12,500	4,186	26,803 (Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N53 de resultados.

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
37,500	21,247	53,753

Inferencia sobre una proporción tabla N53 de resultados.

Número de casos: 20
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
50,000	33,255	66,745

Inferencia sobre una proporción tabla N54 de resultados.

Número de casos: 1
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
2,500	0,063	13,159 (Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N54 de resultados.

Número de casos: 3
 Tamaño de muestra: 40

Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
7,500	1,574	20,386	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N54 de resultados.

Número de casos: 36
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
90,000	76,336	97,207	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N55 de resultados.

Número de casos: 32
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
80,000	66,354	93,646	

Inferencia sobre una proporción tabla N56 de resultados.

Número de casos: 4
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
-----	-----	-----	
10,000	2,793	23,664	(Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N56 de resultados.

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 40

Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 20,000	6,354	33,646

Inferencia sobre una proporción tabla N56 de resultados.

Número de casos: 28
 Tamaño de muestra: 40
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 70,000	54,549	85,451

Inferencia sobre una proporción tabla N57 de resultados.

Número de casos: 92
 Tamaño de muestra: 150
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 61,333	53,207	69,460

Inferencia sobre una proporción tabla N57 de resultados.

Número de casos: 46
 Tamaño de muestra: 150
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
----- 30,667	22,954	38,379

Inferencia sobre una proporción tabla N58 de resultados.

Número de casos: 21
 Tamaño de muestra: 150
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
14,000	8,114	19,886

Inferencia sobre una proporción tabla N59 de resultados.

Número de casos: 6
 Tamaño de muestra: 46
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
13,043	2,224	23,863

Inferencia sobre una proporción tabla N59 de resultados.

Número de casos: 15
 Tamaño de muestra: 92
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
16,304	8,212	24,396

Inferencia sobre una proporción tabla N60 de resultados.

Número de casos: 13
 Tamaño de muestra: 21
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)	
61,905	38,435	81,893 (Exacto)

Inferencia sobre una proporción tabla N60 de resultados.

Número de casos: 8
 Tamaño de muestra: 21
 Nivel de confianza: 95,0%

Proporción (%)	IC (95,0%)		
----- 38,095	----- 18,107	----- 61,565	(Exacto)

Anexo 6

Fotografías

Hospital Cristo de las Américas Sucre



Área de Enfermería



Presentación de la Estrategia











Trípticos utilizados en la capacitación



HIGIENE DE MANOS

¿POR QUÉ?

- Miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria.
- Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria.
- La higiene de las manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

¿CÓMO?

- Limpie sus manos frotándolas con un desinfectante a base de alcohol, como medio habitual preferente para desinfectar las manos cuando éstas no estén visiblemente sucias. Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón.
- Lávese las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, o después de usar el inodoro.
- Cuando se sospeche o se tenga constancia de haber estado expuesto a patógenos que liberan esporas, y en particular a brotes de Clostridium difficile, el método preferible consistirá en lavarse las manos con agua y jabón.

¿QUIÉN?

- Todo profesional o dispensador de servicios de atención sanitaria, o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente, debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente en el momento adecuado.

HIGIENE DE MANOS

¿CUÁNDO?

SUS 5 MOMENTOS



Ejemplos de la situación 1: a) An paciente y antes de acariciar la fr ayudar a un paciente en sus cuidi lugar, bañarse, comer, vestirse, e cuidados u otros tipos de tratami más; b) de oxígeno, dar un masa examen físico no invasivo; tomar auscultar el pecho, efectuar un el

Ejemplos de la situación 2: a) An paciente, administrarle gotas en l dedos un examen vaginal o recta alidos utilizando o no un instrume supositorio o un pesario, o succe tratar una herida utilizando o no pomada en una vesícula, o de pr; percutánea o una punción c) An médico invasivo (cánula nasal, tu endotrqueal, sonda urinaria, cat antes de activar o desactivar un c médico invasivo (para la administ medicamentos, o con fines de d) Antes de preparar alimentos, f farmacéuticos o material estéril

“SOLO SE NECESITAN 5 MOMENTOS PARA CAMBIAR EL MUNDO...”



LA HIGIENE de MANOS es TAREA de TODOS

HIGIENE DE MANOS

¿POR QUÉ?

- Miles de personas mueren diariamente en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria.
- Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria.
- La higiene de las manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

¿CÓMO?

- Limpie sus manos frotándolas con un desinfectante a base de alcohol, como medio habitual preferente para desinfectar las manos cuando éstas no estén visiblemente sucias. Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos que lavarlas con agua y jabón.
- Lávese las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, o después de usar el inodoro.
- Cuando se sospeche o se tenga constancia de haber estado expuesto a patógenos que liberan esporas, y en particular a brotes de Clostridium difficile, el método preferible consistirá en lavarse las manos con agua y jabón.

¿QUIÉN?

- Todo profesional o dispensador de servicios de atención sanitaria, o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente, debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente en el momento adecuado.

HIGIENE DE MANOS

¿CUÁNDO?

SUS 5 MOMENTOS



Ejemplos de la situación 1: a) Antes de dar la mano a un paciente y antes de acariciar la frente de un niño b) Antes de ayudar a un paciente en sus cuidados personales: cambiar de lugar, bañarse, comer, vestirse, etc. c) Antes de prestar cuidados u otros tipos de tratamiento no invasivo: aplicar una máscara de oxígeno, dar un masaje d) Antes de efectuar un examen físico no invasivo: tomar el pulso o la presión arterial, auscultar el pecho, efectuar un electrocardiograma

Ejemplos de la situación 2: a) Antes de: cepillar los dientes del paciente, administrarle gotas en los ojos, practicar con los dedos un examen vaginal o rectal, examinar su boca, nariz u oídos utilizando o no un instrumento, introducirle un supositorio o un pesario, o sacccionarle mucosa b) Antes de tratar una herida utilizando o no instrumentos, o de aplicar pomada en una vesícula, o de practicar una inyección percutánea o una punción c) Antes de insertar un dispositivo médico invasivo (cánula nasal, tubo nasogástrico, tubo endotraqueal, sonda urinaria, catéter percutáneo, drenajes), o antes de activar o desactivar un circuito de un dispositivo médico invasivo (para la administración de alimentos o medicamentos, o con fines de drenaje, succión o monitoreo) d) Antes de preparar alimentos, medicamentos, productos farmacéuticos o material estéril

HIGIENE DE MANOS

Ejemplos de la situación 3: a) Al finalizar el contacto con una membrana mucosa o con una superficie de piel dañada b) Tras una inyección percutánea o punción; tras la inserción de un dispositivo médico invasivo (acceso vascular, catéter, tubo, drenaje, etc.); tras activar o desactivar un circuito invasivo c) Tras retirar un dispositivo médico invasivo d) Tras retirar cualquier clase de material protector (pañales, curas, vendas, toallitas sanitarias, etc.) e) Después de: manejar una muestra que contenga materia orgánica, limpiar excrementos u otros fluidos corporales, limpiar una superficie contaminada o sucia (ropa de cama manchada, prótesis dental, instrumentos, orinales, bacillitas, inodoros, etc.)

Ejemplos de la situación 4, si se trata del último contacto mantenido con el paciente antes de terminar la visita: a) Después de dar la mano a un paciente o de acariciar la frente de un niño b) Después de ayudar al paciente en actividades de atención personal: cambiar de lugar, bañarse, comer, vestirse, etc. c) Después de prestarle cuidados u otros tipos de tratamiento no invasivo: cambio de ropa de cama sin bajar al paciente, aplicación de máscaras de oxígeno, masajes d) Después de efectuar un examen físico no invasivo: tomar el pulso o la presión arterial, auscultar el pecho, efectuar un electrocardiograma.

Ejemplos de la situación 5, cuando se trate del último contacto mantenido con objetos en las inmediaciones del paciente, sin haber tocado a éste: a) Después de las tareas de limpieza: cambio de sábanas sin bajar al paciente de la cama, sujetar una bandeja, agarrar la barra de empuje de la cama, despegar una mesita suplementaria b) Después de prestar algún tipo de asistencia: ajustar la velocidad de perfusión, limpiar una alarma de monitoreo c) Después de mantener otros tipos de contacto con superficies u objetos inanimados (Nota: de ser posible, trate de evitar ese tipo de actividades innecesarias): apoyarse en una cama, apoyarse en una mesita de noche o mesita suplementaria.