

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS POR
PARTE DEL PERSONAL DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE LA
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA DE LA CIUDAD DE PASTO,
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 2015**

**IVÁN CHÁVEZ MURIEL
LILIANA MONTENEGRO FAJARDO
LUZ ÁNGELA ORTIZ BOLAÑOS
OLGA RODRÍGUEZ GUERRERO**

**UNIVERSIDAD CES DE MEDELLÍN
FACULTAD DE POSGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
SAN JUAN DE PASTO
2015**

**FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS POR
PARTE DEL PERSONAL DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE LA
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA DE LA CIUDAD DE PASTO,
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 2015**

**IVÁN CHÁVEZ MURIEL
LILIANA MONTENEGRO FAJARDO
LUZ ÁNGELA ORTIZ BOLAÑOS
OLGA RODRÍGUEZ GUERRERO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Auditor en Salud**

**Asesor
Dra. BEATRIZ ELENA GÓMEZ VÁSQUEZ**

**UNIVERSIDAD CES DE MEDELLÍN
FACULTAD DE POSGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
SAN JUAN DE PASTO
2015**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, octubre de 2015

AGRADECIMIENTOS

Aprovechamos esta oportunidad para expresar el más profundo y sincero agradecimiento a la Universidad por la formación profesional impartida, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa, pero sobre todo por la motivación y el apoyo de todos los profesores y asesores.

Muchas gracias.

CONTENIDO

	Pág.
1. TITULO	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	12
2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
2.3 JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GENERAL	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4. MARCO REFERENCIAL	16
4.1 MARCO TEÓRICO	16
4.1.1 Seguridad del Paciente.	16
4.1.2 Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).	18
4.1.3 Reseña Histórica.	19
4.1.4 Conceptos Relacionados con el Lavado de las Manos.	20
4.1.5 Estrategia de la OMS.	22
5. METODOLOGÍA	26
5.1 ENFOQUE	26
5.2 TIPO DE ESTUDIO	26
5.3 DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO INVESTIGATIVO	26
5.3.1 Determinación de la Población.	26
5.3.2 Determinación de la Muestra.	27
6. DIAGRAMA DE VARIABLES	28
7. VARIABLES	29
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS	30
8.1 ANÁLISIS COMPARATIVO	57
9. CONCLUSIONES	59
10. RECOMENDACIONES	60
ANEXOS	62

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Diagrama de Variables	28

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Proporción de funcionarios por genero de las aéreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.	30
Gráfica 2. Promedio de edad de los funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.	31
Gráfica 3. Proporción por tipo de ocupación de los funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.	32
Gráfica 4. Promedio de funcionarios que laboran en los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.	33
Gráfica 5. Promedio por años de Antigüedad en la institución de los funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.	34
Gráfica 6. Proporción de funcionarios que recibieron información acerca de los 5 momentos del lavado de manos en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.	35
Gráfica 7. Percepción del riesgo de contraer o trasmitir infecciones por medio de las manos en los funcionarios del área de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.	36
Gráfica 8. Percepción de verificación de la adherencia al protocolo de lavado de manos por el personal de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.	37
Gráfica 9. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que tienen claridad en los 5 momentos del lavado de manos.	38
Gráfica 10. Proporción de funcionarios que recibieron información de la técnica del lavado de manos en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.	39
Gráfica 11. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que tienen claridad en la técnica de higiene de manos.	40
Gráfica 12. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que han evidenciado recordatorios de fácil acceso en su servicio.	41

Gráfica 13. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran apropiada la técnica de lavado de manos.	42
Gráfica 14. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de pasto, que consideran la higiene de manos indispensable en los 5 momentos.	43
Gráfica 15. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de pasto que consideran prioritaria la atención antes que el lavado de manos.	44
Gráfica 16. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de pasto que no están de acuerdo con la falta de tiempo para la higiene de manos por sobrecarga de pacientes.	45
Gráfica 17. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias que consideran que la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto cuenta con insumos necesarios para la higiene de manos.	46
Gráfica 18. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que los lavamanos se encuentran distantes de la zona de atención de pacientes.	47
Gráfica 19. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que los dispensadores de solución alcoholada son de fácil acceso.	48
Gráfica 20. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que no hay información sobre evidencia científica de que el lavado de manos disminuye la incidencia de IAAS.	49
Gráfica 21. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que los especialistas dan ejemplo al realizar la higiene de manos de acuerdo al protocolo.	50
Gráfica 22. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que las enfermeras profesionales dan ejemplo al realizar la higiene de manos de acuerdo al protocolo.	51
Gráfica 23. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de pasto que consideran que el jabón para lavado de manos es adecuado.	52

Gráfica 24. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de pasto que consideran que el olor de las soluciones alcoholadas es agradable.	53
Gráfica 25. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que el jabón utilizado en la institución genera alguna reacción desfavorable.	54
Gráfica 26. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias que consideran que la textura de las soluciones alcoholadas usadas en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto es adecuada.	55
Gráfica 27. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que el incumplimiento del protocolo de lavado de manos debe ser sancionado.	56
Gráfica 28. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que perciben que existe una cultura institucional de seguridad de paciente.	57

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta	62

1. TITULO

FACTORES ASOCIADOS A NO ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL PERSONAL DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE LA CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE FÁTIMA DE LA CIUDAD DE PASTO, AGOSTO Y SEPTIEMBRE DE 2015

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las Infecciones Asociadas a la Atención en salud (IAAS), afectan a cientos de millones de personas en todo el mundo y plantean un importante problema mundial para la seguridad del paciente.

En general, las infecciones tienen una etiología multifactorial relacionada con los procedimientos en la prestación de servicios de salud. Reflejan el comportamiento humano condicionado por numerosos factores, ambientales, estilos de vida, sociales, culturales, educación, entre otros.

La adquisición de la infección y, en particular la infección cruzada de un paciente a otro, es prevenible en muchos casos mediante la ejecución de prácticas sencillas como el lavado de manos. Los prestadores de atención sanitaria tienen una responsabilidad especial en evitar que los pacientes adquieran infecciones como consecuencia del proceso de atención ya que éstas son una de las causas principales de morbilidad en los pacientes hospitalizados de todo el mundo, de modo que su prevención se considera acertadamente como piedra angular en la seguridad del paciente+(1)

Aunque es una acción sencilla, la falta de adherencia a los protocolos de lavado de manos entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un problema a escala mundial.

Mejorar el cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal asistencial en salud es de tal importancia, que en el año 2005, el programa de la Organización Mundial de la Salud 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 al problema crítico de las IAAS en 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 el 2009, el programa de la OMS para la seguridad del paciente lanzó una ampliación de esta temática denominada: *SAVE LIVES: CleanYour 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+ (2)

El lavado de manos es un elemento esencial para evitar la resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, ya que el movimiento de estos desde los pacientes infectados a la comunidad ha llevado a que en el momento todos corramos riesgo de sufrir infecciones intratables. Por tanto la estrategia de lavado de manos es pilar fundamental para resolver la amenaza que ello supone y su

objetivo es reducir la transmisión a los hogares, comunidades, cadenas alimentarias etc.

Las IAAS son consideradas uno de los problemas más importantes de seguridad del paciente, ya que se producen por causas relacionadas tanto con los procesos de prestación de la atención en salud, como por comportamientos individuales del personal asistencial. La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente creada por la OMS en el año 2004 ha formulado estrategias de bajo costo que ayudan a disminuir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Sin embargo y a pesar de ello, se calcula que más de 1,4 millones de personas en el mundo siguen contrayendo infecciones en el hospital. Entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales modernos del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones. En los países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25%+ (3)

Un estudio realizado por Noble compañía de Seguros en Julio del 2014 muestra algunos factores relacionados con la no adherencia al protocolo de higiene de manos entre los que se cuentan factores relacionados con los productos, sobrecarga de trabajo, desconocimiento de protocolos, escepticismo o discrepancia acerca de las recomendaciones, falta de políticas o clima institucional de seguridad.

Se considera que un alto porcentaje de IAAS se pueden prevenir mediante una buena higiene de manos, en el momento oportuno, con la técnica correcta y por el tiempo adecuado. De aquí la importancia de determinar las causas que impiden la adhesión al Protocolo de lavado de manos por parte del personal asistencial en los servicios de Hospitalización y Urgencias de la Clínica Fátima para realizar sugerencias de intervención e implementar mejoras.

Para ello se cuenta con numerosos instrumentos diseñados por la OMS, como las directrices sobre higiene de las manos en la atención sanitaria, y el Marco OMS de autoevaluación de la higiene de las manos, que pueden facilitar la puesta en práctica de nuestro proyecto. Estos instrumentos se han probado sobre el terreno y han permitido obtener datos nuevos e interesantes sobre las prácticas de higiene de las manos y las medidas que se deben adoptar para mejorarlas.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores por los que el personal asistencial del área de hospitalización y urgencias de la clínica Fátima en Pasto no se adhiere al protocolo de lavado de manos sugerido por la OMS?

2.3 JUSTIFICACIÓN

Las infecciones asociadas a la atención en salud son una de las principales causas de Eventos Adversos, lograr disminuir su incidencia es un paso importante dentro de la seguridad del paciente. El lavado de manos se convierte en el método más sencillo, económico y efectivo para lograrlo. Conocer las causas de la falta de adherencia al protocolo de lavado de manos, nos va a permitir plantear acciones de fondo para corregir este problema.

La higiene de las manos, cuando se realiza correctamente, es una acción importante para evitar el contagio y diseminación de infecciones. La importancia de la higiene de manos se ha documentado desde hace mucho tiempo, como lo demuestra la 57ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en mayo de 2004, mediante la cual se aprobó la creación de una alianza internacional, con carácter de iniciativa mundial, para mejorar la seguridad del paciente conocida como Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente realizada en octubre de 2004.

El Reto Mundial por la Seguridad del Paciente, elemento fundamental de la Alianza, crea un entorno en el que la seguridad de la atención sanitaria reúne la experiencia de especialistas punteros en campos como la higiene de las manos. Este se consideró un punto importante dentro del manejo y tratamiento del paciente en las instituciones prestadoras de salud para garantizar un óptimo servicio. Por tal razón en Colombia se impulsa una Política de Seguridad del Paciente, que se lidera en todas las instituciones prestadoras de salud a través de lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud mediante la Resolución 2003 de 2014 que establece los estándares de habilitación, enfocados en la seguridad del paciente, con el objetivo de prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente; Así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente; el propósito de esta Norma Técnica Sectorial es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en los procesos asistenciales.

Es así que La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier fase del proceso de atención en salud y son un indicador fundamental de la calidad con la que se realiza actividad.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas de no adherencia al protocolo de lavado de manos en el personal asistencial de los servicios de urgencias y hospitalización de la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la ciudad de Pasto en el primer trimestre del año 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar una encuesta que sirva como instrumento para determinar las posibles causas de la falta de adherencia al protocolo de lavado de manos por parte del personal asistencial de los servicios de Urgencias y Hospitalización.
- Determinar el grado de comprensión del Protocolo de lavado de manos y la importancia que tiene el lavado de manos para el personal asistencial de los servicios de urgencias y hospitalización con el fin de enfatizar en estrategias educativas al respecto.
- Caracterizar los recursos logísticos y de infraestructura, disponibles para el desarrollo de la estrategia en la institución y definir la necesidad de modificaciones.
- Identificar las variables que mejor explican la no adherencia al protocolo de lavado de manos y los factores facilitadores para mejorar la adherencia al mismo.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO TEÓRICO

4.1.1 Seguridad del Paciente. La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias. (4)

La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias y así lograr la satisfacción y fidelización del usuario a la institución. Una atención segura, va más allá del establecimiento de normas; estas son solamente el marco de referencia, es necesario el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros evidentes.

La práctica médica conlleva riesgos para los pacientes y los profesionales que les atienden, conforme las técnicas diagnósticas y terapéuticas se vuelven más sofisticadas, estos riesgos aumentan. En términos técnicos se habla, en estos casos, de que el paciente sufre un evento adverso cuando se trata de un accidente imprevisto e inesperado que le causa algún daño y que es consecuencia directa de la asistencia médica que recibe y no de la enfermedad que padece.

El compromiso creciente a nivel mundial con la seguridad del paciente desde finales de la década de 1990 fue generado por dos informes: "ERRAR ES HUMANO" Elaborado por el Instituto de Medicina de los EE. UU., en 1999 y "UNA ORGANIZACIÓN CON MEMORIA" producido por el Ministro de Salud del Gobierno del Reino Unido en el año 2000. Los informes concluyeron que el error es algo inherente a la atención clínica, y se da en, aproximadamente, un 10% de las internaciones hospitalarias. En algunos casos, el daño ocasionado es grave e incluso catastrófico.

En América Latina el primer documento nacional que estableció oficialmente una política de seguridad del paciente fue el denominado: "Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente" promulgado por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en junio de 2008 seguido en el 2009 de la una Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud" actualizada en el año 2015. De igual forma el estudio IBEAS se realiza con un enfoque en la identificación de los principales riesgos de la atención en salud, el desarrollo y puesta en práctica soluciones efectivas a esos

problemas para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

La política de Seguridad del paciente incluye la identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. De manera que a partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.

Algunas de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso son:

- Acciones dirigidas garantizar una atención limpia en salud
- Acciones dirigidas a evitar la confusión en la administración de medicamentos.
- Acciones a nivel individual y organizacional para disminuir las fallas asociadas al factor humano: fatiga, comunicación, entrenamiento.
- Programas para evitar las caídas de pacientes.
- Protocolos para la remisión oportuna de pacientes.
- Barreras de seguridad en la utilización de tecnología

Cuando ocurre un evento adverso, no solo el paciente sufre daño, también se afecta el profesional involucrado en el evento pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de hacer daño.

Dentro de los eventos adversos existen un grupo de ellos particularmente graves, por su magnitud, por su trascendencia y por las consecuencias que pueden tener para la salud o la vida del paciente como son:

1.- **Evento centinela:** evento adverso que genera lesión física, o psicológica grave o muerte al paciente; entre ellos se encuentran:

- Cirugías en el sitio equivocado.
- Complicaciones quirúrgicas graves.
- Muerte de pacientes por errores en prescripción y administración de medicamentos.
- Accidentes anestésicos
- Caídas de pacientes
- Cualquier procedimiento de atención médica que provoque incapacidad permanente o muerte al paciente.

2.- **Incidente:** acontecimiento o situación que podría haber tenido como resultado un accidente, herida o enfermedad, pero no lo tuvo por casualidad, o porque el personal de salud se dio cuenta oportunamente del error que iba a cometer y no lo

cometió.

3.- Reacción Adversa a medicamentos (RAMS): Comprende todo efecto de un medicamento que es perjudicial y no deseado, que ocurre a dosis usadas con fines terapéuticos, profilácticos o de diagnóstico. Tales reacciones pueden poner en riesgo la vida del paciente, causar o prolongar la hospitalización, causar incapacidad persistente o producir abuso o dependencia.

4.1.2 Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). Se definen como un cuadro clínico infeccioso sin evidencia de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso hospitalario. (5)

Las IAAS son la complicación más frecuente en pacientes hospitalizados, correspondiendo aproximadamente al 30% de los Eventos Adversos. Entre un 5-10% de todos los pacientes ingresados en los hospitales desarrollarán una o más infecciones como consecuencia de los distintos procedimientos diagnósticos-terapéuticos recibidos. (2)

La probabilidad de que un paciente se infecte depende de tres componentes fundamentales: factores de riesgo intrínsecos, la modificación del riesgo por los tratamientos, factores de riesgo extrínsecos y la mayor o menor exposición a microorganismos potencialmente patógenos. Los profesionales de salud son un agente epidemiológico muy importante en la cadena de transmisión de la infección nosocomial, pudiendo ser el reservorio y/o fuente de infección.

Factores de riesgo intrínsecos: Son factores no modificables, pero su conocimiento permite actuar de forma preventiva.

Entre ellos tenemos:

- Edad
- La enfermedad de base del paciente
- Enfermedades crónicas y aquellas que conlleven un deterioro del sistema inmunitario.

Factores de riesgo extrínseco: Son aquellos derivados de la hospitalización. Las infecciones más frecuentes son aquellas relacionadas con dispositivos médicos:

- Ventilación mecánica
- Catéteres vasculares
- Sondas urinarias
- Procedimientos quirúrgicos.

Consecuencias de las IAAS: las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son una de las causas principales de muerte y sufrimiento en los pacientes hospitalizados de todo el mundo, de modo que su prevención se considera acertadamente como la piedra angular en la seguridad del paciente. Algunas de las consecuencias más importantes son:

- Daño físico y psicológico
- Secuelas orgánicas y funcionales irreversibles
- Pérdida de la vida
- Desde el punto de vista económico:
- Costos hospitalarios
- Disminución de la producción y productividad
- Pérdida de ingresos familiares por incapacidad y/o invalidez

4.1.3 Reseña Histórica. El concepto de higiene de las manos surge en el siglo XIX; cuando en 1822 un farmacéutico francés demostró que las soluciones cloradas erradicaban la totalidad de los olores asociados con los cuerpos. En 1843, un médico americano, Oliver Wendell Holmes, llegó a la conclusión de que la fiebre puerperal se transmitía de una paciente a otra por medio de los médicos y enfermeras que los atendían, impuso como práctica sanitaria el lavado de manos antes y después de la atención de las pacientes y logró reducir la fiebre puerperal significativamente, generando un gran impacto al demostrar la importancia del lavado de manos en la prevención de la transmisión de la enfermedad. El húngaro, Ignaz Phillip Semmelweis, fue el primero en probar científicamente la importancia del lavado de manos con antiséptico. Publicó los resultados de los estudios en 1861, 662 años después de los escritos de Maimonides quien en 1199, dio esta lección: ***"Nunca olvide lavar sus manos después de tocar a una persona enferma"***. (6)

En 1878, Luis Pasteur presenta su informe *Teoría de los gérmenes y su aplicación en la medicina y la cirugía*; durante los años siguientes los científicos continuaron identificando bacterias y su relación con las enfermedades. Décadas después en 1961 el servicio para la salud pública de los Estados Unidos, produce una película con las recomendaciones y técnicas para el lavado de manos recomendado para los trabajadores de salud, con el sentido común característico de Maimonides, con la lógica de Holmes y con la ciencia de Semmelweis, el lavado de manos se seguirá practicando rigurosamente por toda aquella persona responsable del cuidado de los enfermos. (7)

En 1961: Se efectúa las primeras recomendaciones del lavado de manos para los trabajadores de Salud; por SERVICIO DE SALUD PUBLICA DE EEUU, indicándose que las manos de personal debían ser higienizadas con agua y jabón por 1 a 2 minutos antes y después del contacto con el paciente.

En 1975. 1985: CDC y la ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE CONTROL DE INFECCIÓN escriben las guías de lavado de manos hospitalario. Indicándose el uso de soluciones antisépticas en determinadas situaciones y ante pacientes de riesgo.

En 1995-6: CDC, HICPAC, SHEA, APIC en forma conjunta revisan normativas y establecen las recomendaciones de lavado de manos y los Aislamientos especiales ante el surgimiento de gérmenes multi-resistentes como MRSA y EVR.

En la actualidad la higiene de las manos se considera la principal medida necesaria para reducir las IAAS. Aunque la higiene de manos es una acción sencilla, la falta de cumplimiento entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un problema a escala mundial. (2)

4.1.4 Conceptos Relacionados con el Lavado de las Manos. Para entender el objetivo de la higiene de manos es esencial conocer las características normales de la piel.

La piel es una estructura dinámica con tres funciones importantes: a) reducir la pérdida de agua, b) primera barrera de protección del organismo contra las infecciones y abrasiones y c) actuar como una barrera permeable.

Normalmente esta colonizada. Cada área de la piel tiene distintos índices de colonias bacterianas medidas como: ufc/ cm²; en los trabajadores de la salud la zona de mayor colonización son las manos.

El conocimiento de los microorganismos que se encuentran en las manos de los trabajadores de la salud es esencial para entender a cabalidad la principal etiología de las infecciones nosocomiales y desarrollar estrategias de prevención efectivas.

Fue recién en 1938, que se categorizo la flora de la piel en:

FLORA TRANSITORIA: de reciente adquisición (contaminación); estas bacterias pueden ser adquiridas desde los pacientes colonizados: E. coli, Cocos Gram (+) MR (Multi Resistentes), Candida, Enterococos MR y bacilos Gram (-) MR, suelen sobrevivir un limitado periodo de tiempo y están ubicados en las capas superficiales, por ellos puede ser removidos con el lavado de manos por arrastre mecánico. Está asociada más frecuentemente a la infección cruzada. (6)

FLORA RESIDENTE: son microorganismos persistentes o permanentes en la piel de la mayoría de las personas, incluyen Staphylococcus, Corinebacterium, Difteroides, estos sobreviven y se multiplican en capas profundas, en algunas oportunidades se incorpora el Staphilococcus Aureus o la Candida spp, cuando la

piel se presenta lesionada, siendo difíciles de erradicar y transformándose en importante fuente de contaminación y transmisión.

Con lo anterior también cobran importancia los conceptos de:

JABÓN ANTI-MICROBIANO: Jabón que contiene un agente anti-microbiano asociado.

LAVADO CLÍNICO: se define como un frote breve y enérgico de todas las superficies de las manos con una solución anti-microbiana, seguido de enjuague al chorro de agua. Busca remover la suciedad, el material orgánico y disminuir la concentración de la flora transitoria, adquirida por contacto reciente con pacientes o fómites. Su duración aproximada está entre los 30 a 45 segundos.

LAVADO QUIRÚRGICO: se define como un frote enérgico de todas las superficies de las manos hasta los codos con una solución antimicrobiana, seguido de enjuague al chorro de agua. Busca eliminar, la flora transitoria y disminuir la concentración de bacterias de la flora residente. Debe durar 5 minutos.

Existen múltiples evidencias científicas que muestran como las manos del personal transmiten bacterias multirresistentes y colonizan los pacientes internados. (6)

Ejemplo:

- 41% de los cultivos de manos de los trabajadores de la salud fueron positivas para EVR (después del cuidado del paciente y antes del lavado de manos) Hayden M, Clininfect diseases 2000: 31 1058-1065
- EVR puede ser recuperado desde numerosos sitios de la unidad paciente Hayden M ICAAC, 2001 Chicago
- EVR sobrevive en las superficies más de 7 días Noskin G Infect. Control and epidemiol 1995 : 16 577-581

La Higiene de las manos: constituye la **clave** en el programa de control de infecciones, junto a los aislamientos y el uso adecuado de antibióticos.

Existen múltiples trabajos que confirman como a través de distintas técnicas de higiene de manos es posible reducir la colonización de las mismas. Así también trabajos que comparan distintos antisépticos y su efecto residual. La higiene de las manos es una medida sencilla y eficaz para prevenir las infecciones nosocomiales.

El cumplimiento promedio de esa medida varía en los pabellones de los hospitales y las diversas categorías profesionales de personal de salud y según las condiciones de trabajo, pero suele ser < 50%. Con la mejora de la higiene de las

manos se puede prevenir la transmisión de los agentes patógenos resistentes a los antimicrobianos y reducir las tasas de infecciones nosocomiales.

Ejemplo de ello son los siguientes trabajos:

Como se observa no caben dudas del impacto que produce la HIGIENE DE MANOS en la tarea cotidiana de la atención de los pacientes para prevenir las infecciones nosocomiales.

De lo anterior se deduce que el interés por la mejora de la higiene de las manos no es un concepto nuevo en la atención sanitaria.

LAVADO SOCIAL: se define como un frote breve de todas las superficies de las manos con jabón, seguido de enjuague al chorro de agua. Su objetivo es remover la suciedad.

SANITIZACIÓN: la higienización se define como un frote breve con una solución antiséptica a partir de alcohol y emolientes, buscando destruir los microorganismos de la flora bacteriana transitoria, adquiridos recientemente por contacto directo con pacientes, familiares o fómites y disminuir la flora residente. Siempre y cuando las manos se encuentren limpias y sin contaminación con material orgánico.

4.1.5 Estrategia de la OMS. En el año 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 el 2009, el programa de la OMS para la seguridad del paciente lanzó una ampliación de esta temática denominada: 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.

La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente ha formulado estrategias de bajo costo que ayudan a disminuir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria

La Estrategia Multimodal de la OMS, metodología basada en directrices desarrolladas pretende cambiar el comportamiento del personal de salud para el mejoramiento del cumplimiento de la higiene de las manos en los momentos recomendados y así mejorar la seguridad del paciente. La Estrategia Multimodal, consta de una guía de aplicación y gran variedad de herramientas construidas para facilitar la aplicación de cada componente. La guía para la aplicación

presenta un proceso para fomentar el cumplimiento de esta práctica en las instituciones de salud. La estrategia consiste en cinco componentes que se ejecutan en paralelo, diseñados para ser fácilmente adaptados por instituciones con o sin políticas sobre higiene de las manos.

Los cinco elementos esenciales son:

- El cambio del sistema: acceso a un suministro seguro y continuo de agua y jabón y toallas. Incluida la disponibilidad de alcohol glicerinado.
- Formación y educación de trabajadores de la salud
- Vigilancia de las prácticas de higiene de las manos y la retroalimentación sobre el desempeño.
- Recordatorios en el lugar de trabajo.
- Creación de la cultura de seguridad del paciente con la participación de todo el personal hospitalario.

Para asegurar el cumplimiento de cada componente, debe haber liderazgo por el personal de los comités de infecciones, programas de seguridad de paciente y oficina de calidad.

A nivel de Colombia dentro del marco del apoyo y compromiso nacional para trabajar en la alianza para la seguridad del paciente, especialmente en su componente relacionado con la contención de las IAAS, se han venido realizando esfuerzos respaldados por la política de prevención, control y vigilancia de las infecciones intrahospitalarias.

Como se mencionó la mejora eficaz y sostenida se consigue mediante la aplicación de múltiples medidas para abordar diferentes obstáculos así como barreras conductuales.

Sin embargo, ninguna intervención podría llevarse a cabo, si el personal que labora en determinada IPS, no cuenta con los protocolos de atención o desconoce su contenido.

La adopción de los protocolos en las Instituciones prestadoras de servicios es de gran importancia ya que las directrices que contienen han sido desarrolladas para ayudar al personal asistencial de los centros de salud a implementar mejoras, en este caso en la higiene de las manos de conformidad con las Directrices de la OMS sobre Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria. El objetivo de su adopción es reducir la propagación de la infección y los gérmenes multiresistentes, así como el número de pacientes que adquiere una enfermedad prevenible. Además el impacto económico de los programas de fomento de la higiene de las manos es considerable teniendo en cuenta el ahorro derivado de la menor incidencia de infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Los recursos

hospitalarios adicionales que consumen tan sólo cuatro o cinco infecciones nosocomiales de gravedad intermedia pueden ser equivalentes al presupuesto de todo un año para productos de higiene de las manos utilizados en las zonas de atención a pacientes hospitalizados.

Experiencias internacionales como la campaña de fomento de la higiene de las manos en los Hospitales de la Universidad de Ginebra (Suiza) constituye la primera experiencia notificada de una mejora sostenida del cumplimiento de la higiene de las manos, coincidente con un descenso de las infecciones nosocomiales y de la transmisión cruzada de *Staphylococcus aureus* multirresistente. La estrategia multimodal que contribuyó al éxito de la campaña incluía: Adopción del Protocolo de lavado de manos de la OMS, la vigilancia reiterada del cumplimiento, la información al personal sobre su desempeño en materia de higiene de las manos, campañas de comunicación y formación, recordatorios constantes en el lugar de trabajo, participación activa y retroinformación tanto a nivel individual como organizacional, apoyo de la dirección y participación de los líderes. Contando tanto los costos directos asociados a la intervención como los indirectos asociados al tiempo de los profesionales sanitarios, la campaña resultó rentable: el costo total del fomento de la higiene de las manos representó menos del 1% de los costos que acarrear las infecciones nosocomiales.

El protocolo de lavado de manos de la OMS permite la estandarización de la técnica apropiada para el lavado de las manos, además de determinar la duración de todo el procedimiento, establecer los 5 momentos para la higiene de las manos y los elementos necesarios para llevarla a cabo, de manera que todo el personal asistencial hable el mismo idioma.

Sin embargo y a pesar de que la mayoría de las IPS cuentan con políticas y directrices bien establecidas y llevan a cabo programas de formación con regularidad en esta área, continúa siendo difícil mantener mejoras sostenidas.

Se calcula que más de 1,4 millones de personas en el mundo siguen contrayendo infecciones en el hospital. (8)

En Colombia un estudio realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Los Andes en la ciudad de Tunja en el mes de Diciembre del año 2012, sobre la Adherencia a las guías de higiene de manos mediante observación directa, reportó los siguientes resultados: ¹Se evaluó un total de 180 oportunidades para higiene de manos, que correspondían a 26 funcionarios. La mayoría de observaciones corresponden al personal de enfermería (69,4%). La tasa de adherencia global fue de 18.9%, y fue mayor en médicos que en enfermeras. Sólo se observó diferencia estadísticamente significativa entre médicos y terapeutas físicos. Las situaciones en las que se presentó mayor adherencia fueron aquellas con riesgo intermedio de infección cruzada 32%

mientras que en las de alto riesgo, la higiene de manos se llevó a cabo 14.1% de las veces. Al finalizar el estudio se concluye que a pesar de la preocupación dentro del marco de la seguridad de paciente, por el lavado de manos y de la implementación de políticas, la tasa de adherencia a la guía de lavado de manos fue alarmantemente baja (18.9%).

En el mes de abril de 2014, en la Clínica Nuestra Señora de Fátima se realizó medición de la adherencia al protocolo de lavado de manos, en el marco de las estrategias de seguridad del paciente, evaluando 39 funcionarios asistenciales y se encuentra que la adherencia es del 34%, con el más bajo porcentaje para los servicios de Hospitalización y Urgencias, con el 20% y 22% respectivamente. A pesar de campañas realizadas para estimular el lavado de manos se observa que éste no se realiza de acuerdo a la estrategia multimodal para el lavado de manos, sugerida por la OMS, en sus cinco momentos. Por consiguiente es necesario, establecer las causas de la baja adherencia a este protocolo ya que a pesar de que se realizó una campaña de lavado de manos con designación de supervisores para verificar la técnica y el conocimiento de la estrategia multimodal, la nueva medición no alcanzó la meta propuesta del 60%. Sin embargo se evidenció mejora alcanzando un 48% de adherencia en el servicio de hospitalización y un 42% en el servicio de urgencias.

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE

Para el desarrollo de la investigación, se realizará una encuesta dirigida, aplicada a todo el personal asistencial que labora en los servicios de Urgencias y Hospitalización de la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la Ciudad de Pasto durante el periodo comprendido entre los meses de agosto y septiembre del año 2015.

En el mes de agosto se realiza la prueba piloto con el propósito de determinar la aplicabilidad de las encuestas diseñadas para establecer los factores asociados a la no adherencia al Protocolo de lavado de manos en el personal asistencial de los servicios de Urgencias y Hospitalización de la clínica Nuestra Señora de Fátima. Para su ejecución se aplicaron 10 encuestas, 9 de las cuales corresponden al servicio de Hospitalización y 1 al servicio de Urgencias.

De estas encuestas, 4 fueron respondidas por médicos generales, 1 por enfermera profesional 1 por un terapeuta respiratorio y 4 por auxiliares de enfermería.

No se encontró dificultad en la aplicación de la prueba, así como tampoco en la tabulación de la información, por lo que se procede a realizar el procedimiento con todo el personal, durante el mes de septiembre.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional de tipo descriptivo, con el fin de evaluar los factores que influyen en la no adherencia al protocolo de lavado de manos.

5.3 DETERMINACIÓN DEL UNIVERSO INVESTIGATIVO

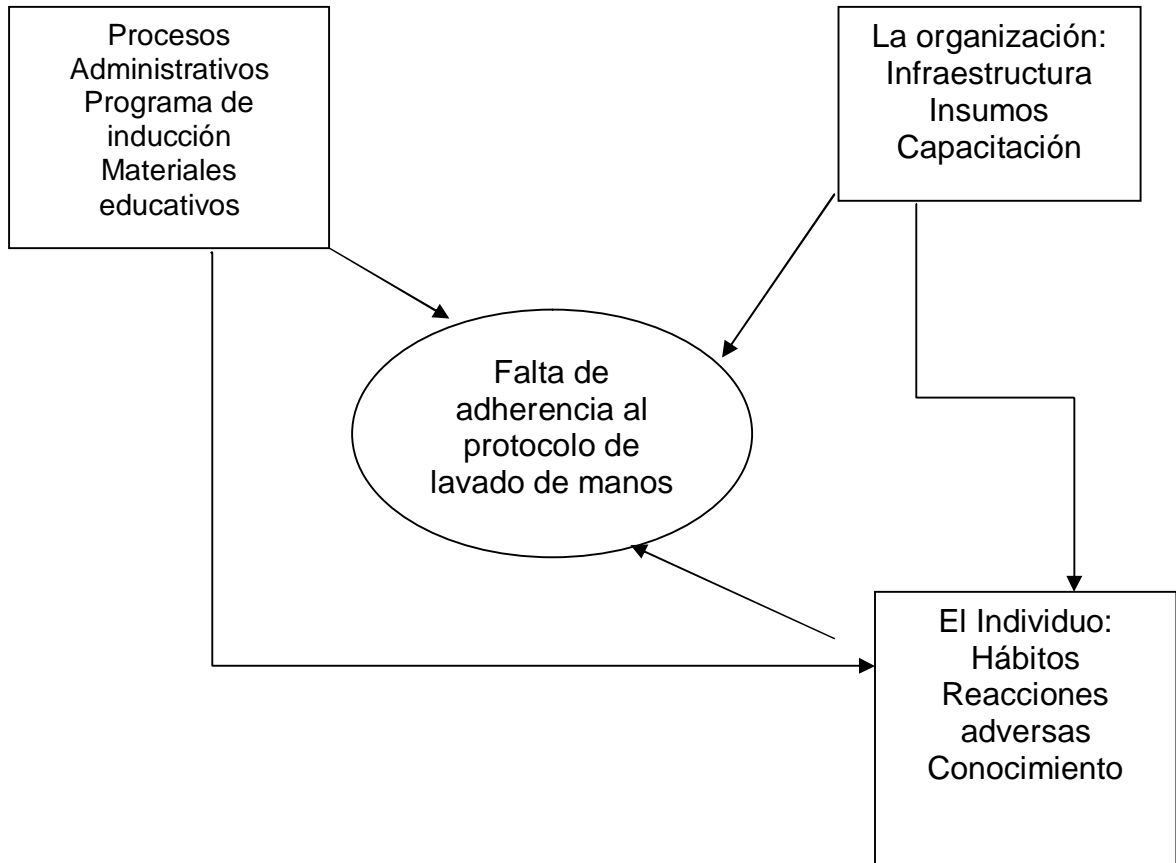
5.3.1 Determinación de la Población. La encuesta se aplica al siguiente personal:

7 Médicos Especialistas que laboran en los dos servicios, 14 Médicos generales distribuidos de la siguiente manera: 8 pertenecientes al servicio de urgencias y 6 al de hospitalización, 12 Enfermeras profesionales, 4 que laboran en el servicio de Urgencias y 8 en el servicio de Hospitalización, 36 Auxiliares de enfermería: 11 correspondientes al Servicio de Urgencias y 25 al servicio de Hospitalización, 1 Terapeuta respiratorio y 3 Camilleros.

5.3.2 Determinación de la Muestra. Se trabajará con el total de la población, es decir 73 funcionarios asistenciales de los servicios de Urgencias y Hospitalización de la Clínica.

6. DIAGRAMA DE VARIABLES

Figura 1. Diagrama de Variables



7. VARIABLES

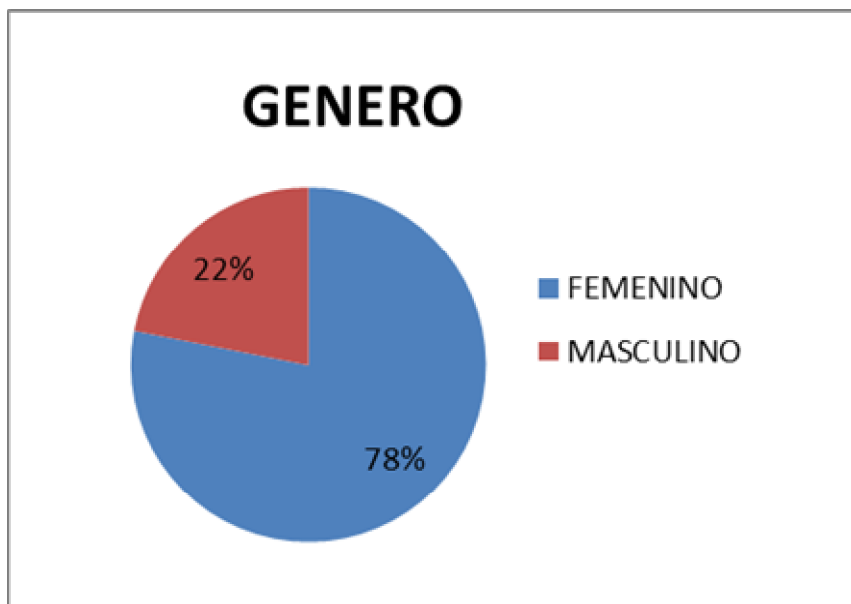
Se tomaron en cuenta las siguientes variables:

- Género
- Edad
- Ocupación
- Antigüedad
- Servicio en el que se desempeñan
- Conocimiento del problema y los riesgos
- Conocimiento y comprensión del protocolo de lavado de manos
- Conceptos del personal encuestado a cerca del protocolo de lavado de manos
- Herramientas para la higiene de manos
- Reacciones adversa a los productos
- Cultura institucional de seguridad

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. SEXO

Gráfica 1. Proporción de funcionarios por genero de las aéreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

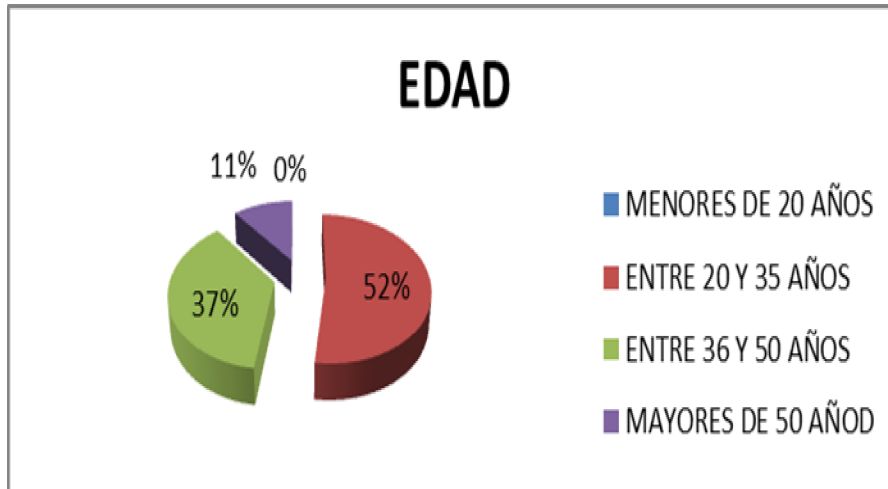


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica Nuestra Señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de Agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: Como se observa en la gráfica, el 78% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, pertenecen al género femenino, el 22% al género masculino.

2. EDAD

Gráfica 2. Promedio de edad de los funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

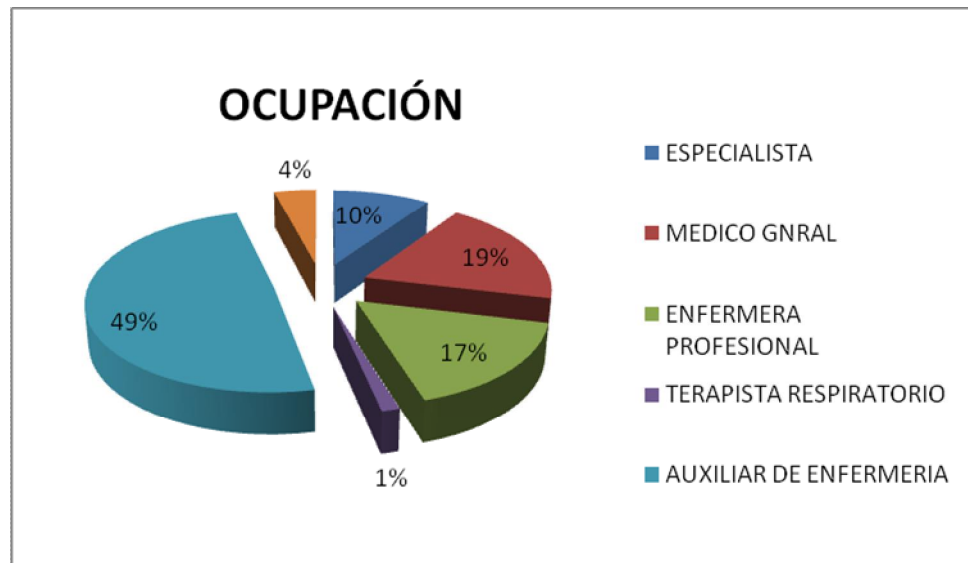


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y Urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: De acuerdo con el gráfico anterior, el 52% de los participantes en el presente estudio se encuentran en el rango de edad entre los 20 y 35 años, el 37% entre los 36 y 50 años, el 11% son mayores de 50 años. No se encontraron personas menores de 20 años.

3. OCUPACIÓN

Gráfica 3. Proporción por tipo de ocupación de los funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

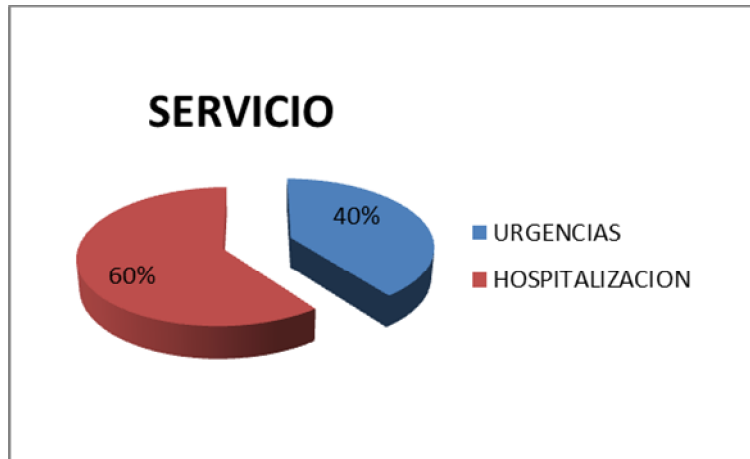


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y Urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: Como podemos observar en la gráfica de ocupación, el 10% de los encuestados se desempeñan como Médicos especialistas, el 19% como médicos generales, 17% como enfermeras profesionales, 1% como terapeutas respiratorios, 49% como auxiliares de enfermería y 4% como camilleros, en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

4. SERVICIO

Gráfica 4. Promedio de funcionarios que laboran en los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

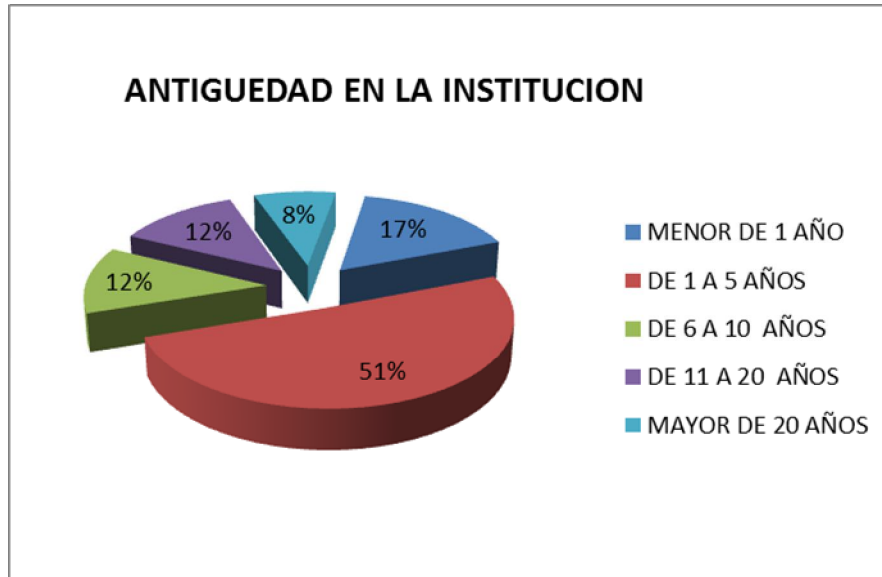


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y Urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

ANÁLISIS: El gráfico muestra la distribución porcentual de los servicios donde se desempeñan los funcionarios encuestados, observando que el 60% labora en el servicio de hospitalización y el 40% labora en el servicio de urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

5. ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN

Gráfica 5. Promedio por años de Antigüedad en la institución de los funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

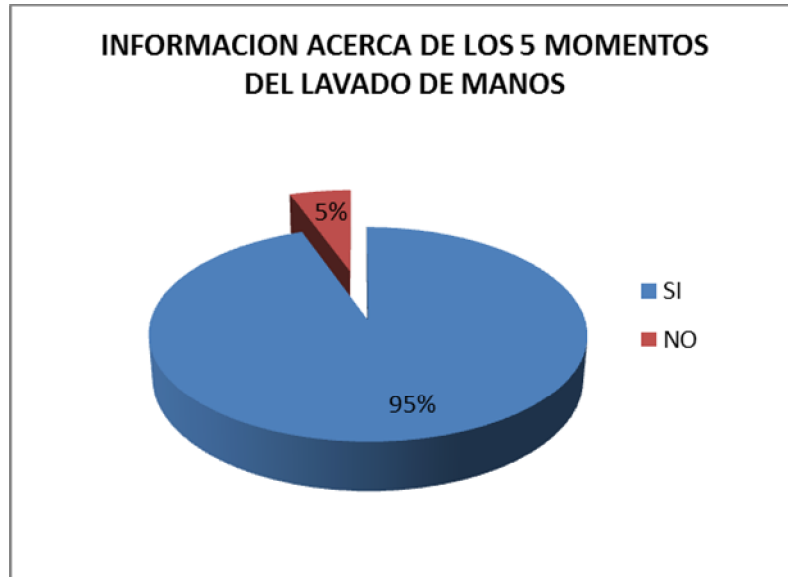


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y Urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: En la gráfica de antigüedad en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, se encuentra que el 17% del personal labora en la Institución menos de 1 año, el 51% entre 1 y 5 años, el 12% entre 6 y 10 años, el 12% entre 11 a 20 años y el 8% por un periodo mayor a 20 años.

6. INFORMACIÓN ACERCA DE LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS

Gráfica 6. Proporción de funcionarios que recibieron información acerca de los 5 momentos del lavado de manos en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

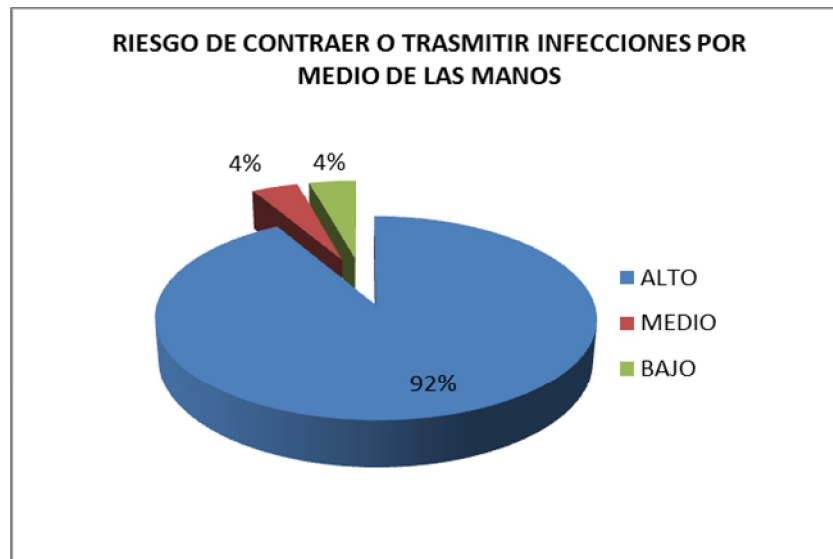


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y Urgencias en la clínica Nuestra Señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de Agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: En la gráfica anterior se puede observar que el 95% del personal encuestado en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, refiere haber recibido información acerca de la metodología para el lavado de manos sugerido por la OMS.

7. RIESGO DE CONTRAER O TRASMITIR INFECCIONES POR MEDIO DE LAS MANOS

Gráfica 7. Percepción del riesgo de contraer o transmitir infecciones por medio de las manos en los funcionarios del área de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

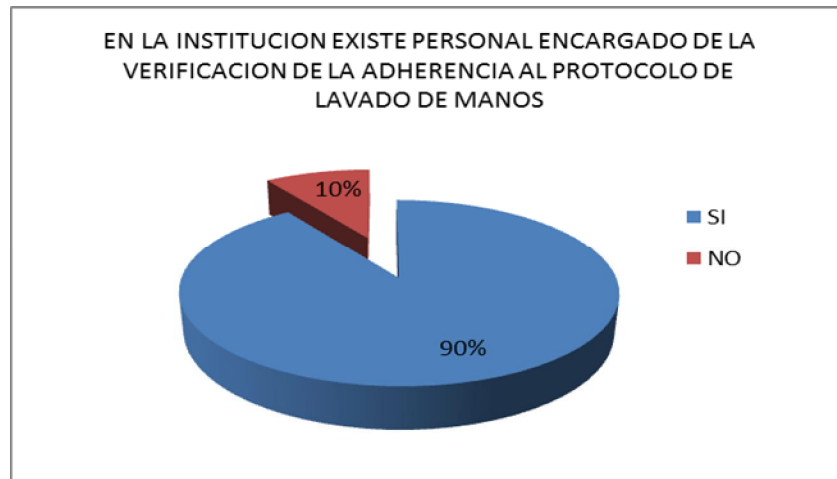


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: En la gráfica anterior se evidencia que el 92% del personal encuestado en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera alto el riesgo de contraer o transmitir infecciones por medio de las manos, el 4% considera que el riesgo es medio y el 4% restante lo considera bajo.

8. ¿EN LA INSTITUCIÓN EXISTE PERSONAL ENCARGADO DE LA VERIFICACIÓN DE LA ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS?:

Gráfica 8. Percepción de verificación de la adherencia al protocolo de lavado de manos por el personal de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

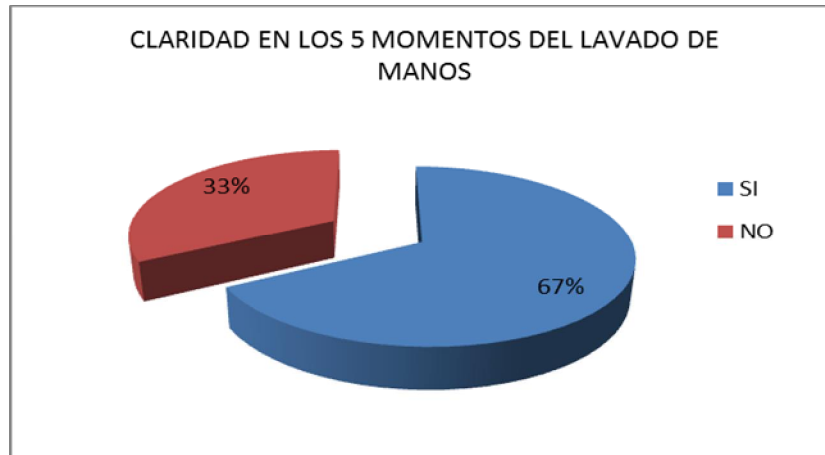


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y Urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: Este gráfico muestra que el 90% del personal encuestado en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, ha evidenciado la verificación de adherencia al protocolo de lavado de manos.

9. CLARIDAD EN LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS

Gráfica 9. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que tienen claridad en los 5 momentos del lavado de manos.

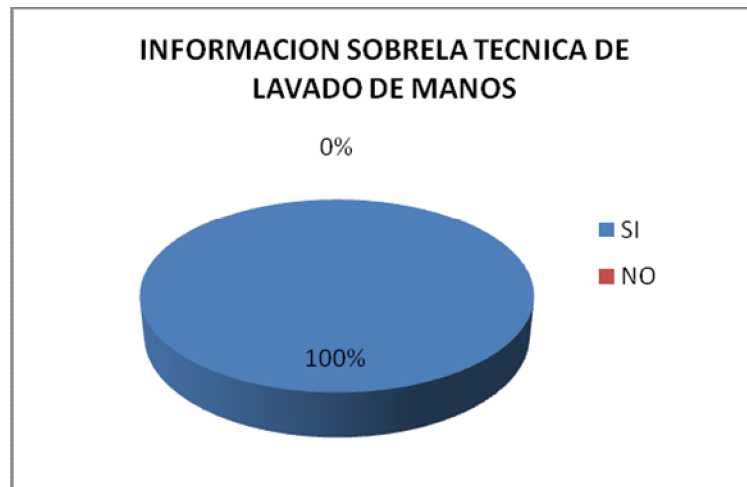


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: Se realizan 13 preguntas para verificar si el personal tiene claridad en el concepto de los 5 momentos del lavado de manos definidos por la OMS, en el gráfico se observa que solo el 67% de los funcionarios de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, relaciona adecuadamente las actividades diarias con los 5 momentos del lavado de manos.

10. INFORMACIÓN SOBRE LA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS

Gráfica 10. Proporción de funcionarios que recibieron información de la técnica del lavado de manos en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

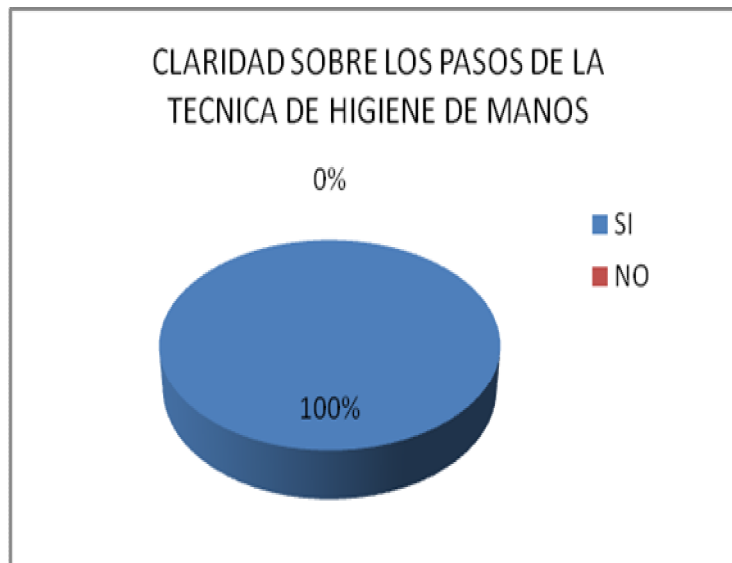


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: En la gráfica se observa que el 100% del personal encuestado en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, ha recibido información sobre la técnica del lavado de manos.

11. CLARIDAD SOBRE LOS PASOS DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS

Gráfica 11. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que tienen claridad en la técnica de higiene de manos.



Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: De acuerdo con la gráfica anterior el 100% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto tienen claridad sobre los pasos a seguir para la realización de la técnica adecuada del lavado de manos.

12. ¿EN CASO DE OLVIDAR LA TÉCNICA SE HAN EVIDENCIADO RECORDATORIOS DE FÁCIL ACCESO EN SU SERVICIO?

Gráfica 12. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que han evidenciado recordatorios de fácil acceso en su servicio.



Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: La grafica muestra que el total de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto ha evidenciado recordatorios de la técnica de lavado de manos, de fácil acceso en el servicio.

13. ¿CONSIDERAN QUE LA TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS ES APROPIADA?

Gráfica 13. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran apropiada la técnica de lavado de manos.

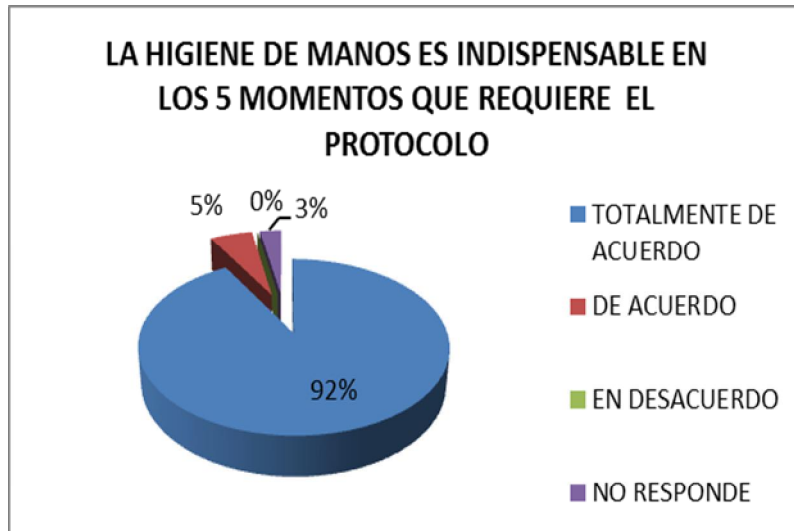


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: En el gráfico se observa que el 99% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera que la técnica de lavado de manos es apropiada.

14. ¿LA HIGIENE DE MANOS ES INDISPENSABLE EN LOS MOMENTOS QUE RECOMIENDA EL PROTOCOLO?

Gráfica 14. Proporción de funcionarios de las áreas de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de Pasto, que consideran la higiene de manos indispensable en los 5 momentos.

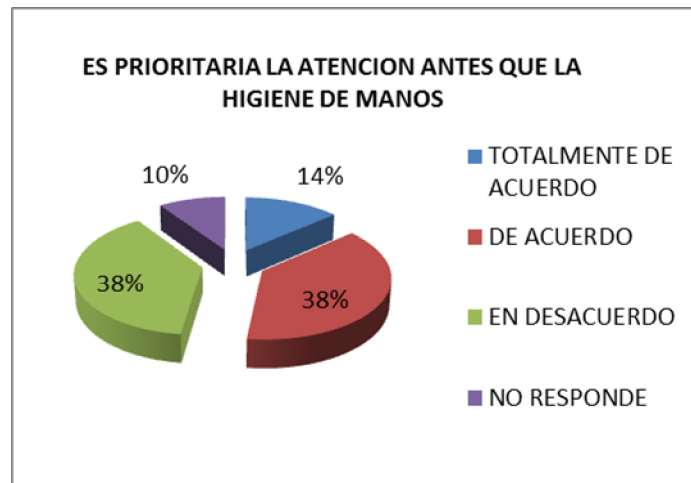


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: De acuerdo con la gráfica anterior se observa que el 92% de los funcionarios de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, está totalmente de acuerdo con el protocolo de higiene de manos.

15. ¿ES PRIORITARIA LA ATENCIÓN ANTES QUE LA HIGIENE DE MANOS?

Gráfica 15. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran prioritaria la atención antes que el lavado de manos.

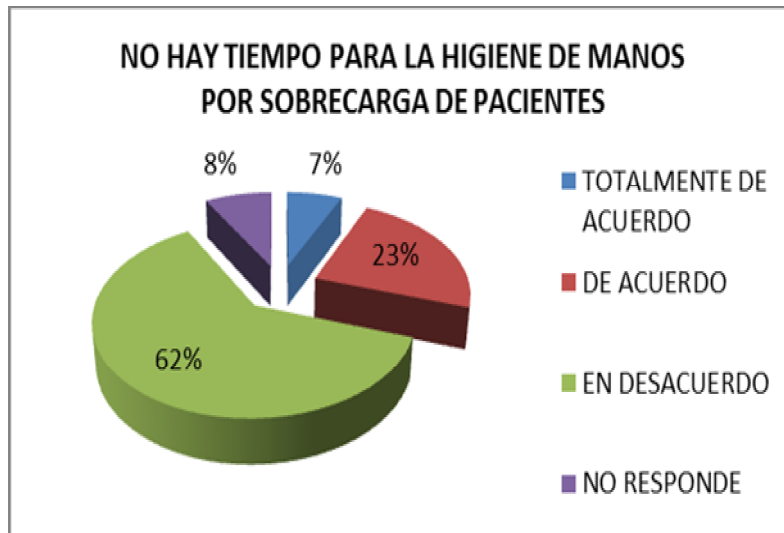


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: En el gráfico anterior se evidencia que el 52% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera que la atención del paciente es prioritaria antes que la higiene de manos, el 38 % considera que siempre debe realizarse la higiene de manos antes de atender al paciente.

16. NO HAY TIEMPO PARA LA HIGIENE DE MANOS POR SOBRECARGA DE PACIENTES

Gráfica 16. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que no están de acuerdo con la falta de tiempo para la higiene de manos por sobrecarga de pacientes.

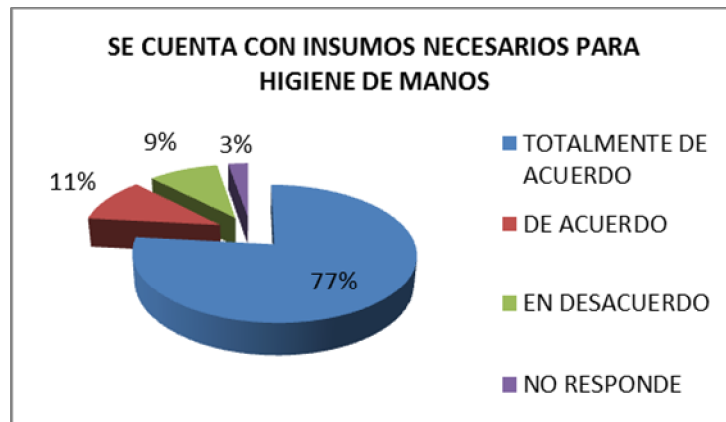


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: El gráfico muestra que el 62% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera que la sobrecarga de pacientes no justifica obviar la higiene de manos en los 5 momentos. El 30% considera que la sobrecarga de pacientes es un factor que impide la ejecución del lavado de manos. El 8% no responde.

17. ¿SE CUENTA CON INSUMOS NECESARIOS PARA EL LAVADO DE MANOS?

Gráfica 17. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias que consideran que la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto cuenta con insumos necesarios para la higiene de manos.

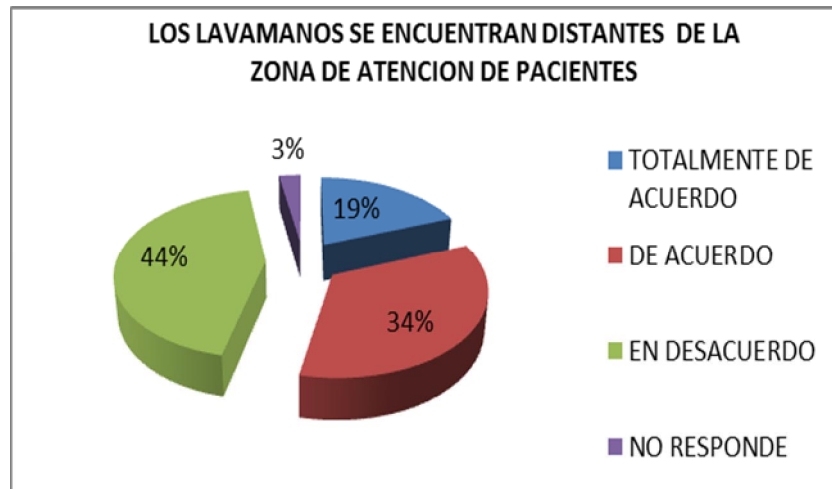


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: En el gráfico anterior se evidencia que un 88% del personal encuestado, está de acuerdo en que la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, brinda los insumos necesarios para la higiene de manos.

18. ¿LOS LAVAMANOS SE ENCUENTRAN DISTANTES DE LA ZONA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE?

Gráfica 18. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que los lavamanos se encuentran distantes de la zona de atención de pacientes.

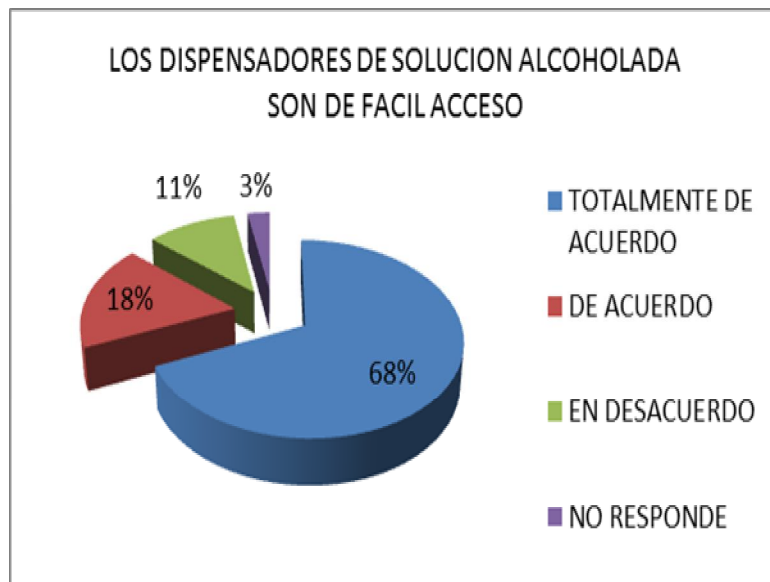


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: En la gráfica anterior se puede observar que el 53% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, está de acuerdo en que los lavamanos se encuentran distantes de la zona de atención de pacientes, el 44% restante se encuentra en desacuerdo y el 3% no responde.

19. ¿LOS DISPENSADORES DE SOLUCIÓN ALCOHOLADA SON DE FÁCIL ACCESO?

Gráfica 19. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que los dispensadores de solución alcoholada son de fácil acceso.

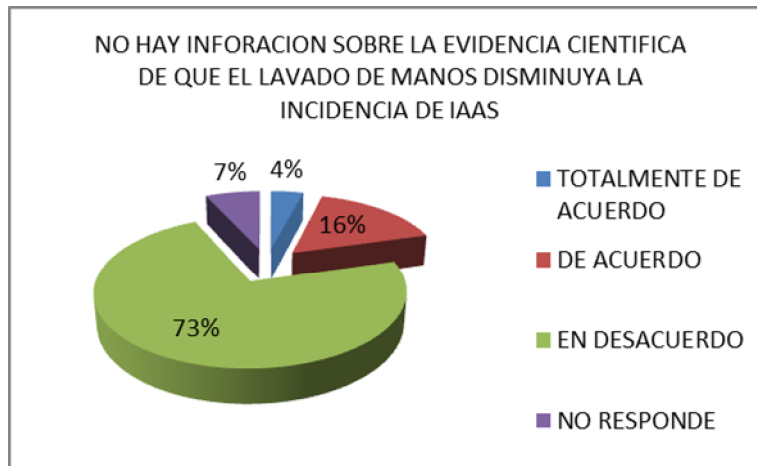


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: De acuerdo con el gráfico anterior se observa que el 86% de los participantes en la encuesta realizada en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera que los dispensadores de soluciones alcoholadas son de fácil acceso.

20. ¿NO HAY INFORMACIÓN SOBRE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DE QUE EL LAVADO DE MANOS DISMINUYA LA INCIDENCIA DE IAAS?

Gráfica 20. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que no hay información sobre evidencia científica de que el lavado de manos disminuye la incidencia de IAAS.

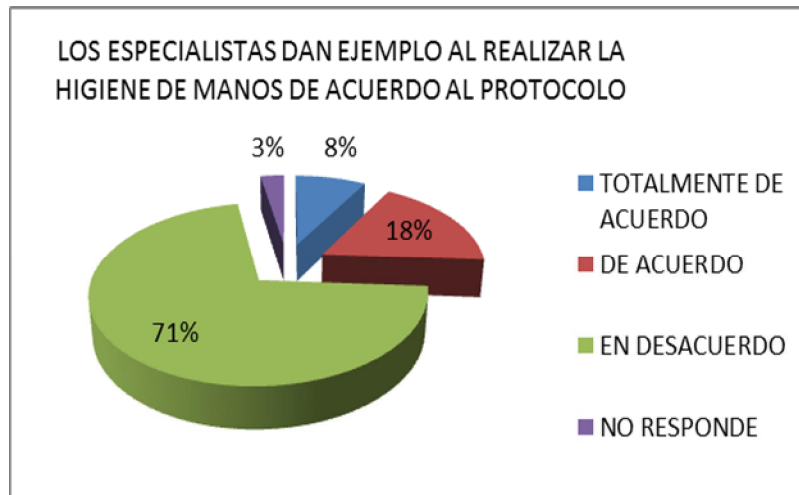


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: Como muestra el gráfico, el 73% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, posee información de la evidencia científica acerca de la correlación entre la correcta higiene de manos y la disminución de la incidencia de IAAS. El 20% desconoce literatura sobre el tema. El 7% no responde.

21. ¿LOS ESPECIALISTAS DAN EJEMPLO AL REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO?

Gráfica 21. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que los especialistas dan ejemplo al realizar la higiene de manos de acuerdo al protocolo.

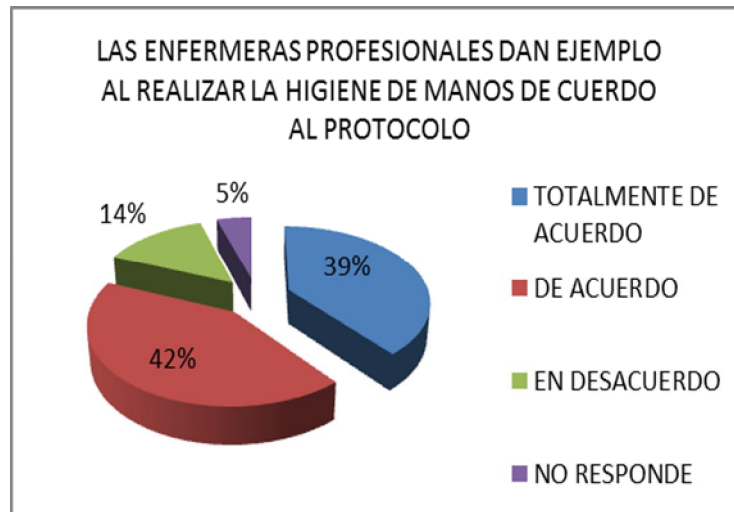


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: Se observa en el anterior gráfico que el 71% del personal encuestado en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera que los especialistas no dan ejemplo de adherencia al protocolo de lavado de manos.

22. ¿LAS ENFERMERAS PROFESIONALES DAN EJEMPLO AL REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO?

Gráfica 22. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que las enfermeras profesionales dan ejemplo al realizar la higiene de manos de acuerdo al protocolo.

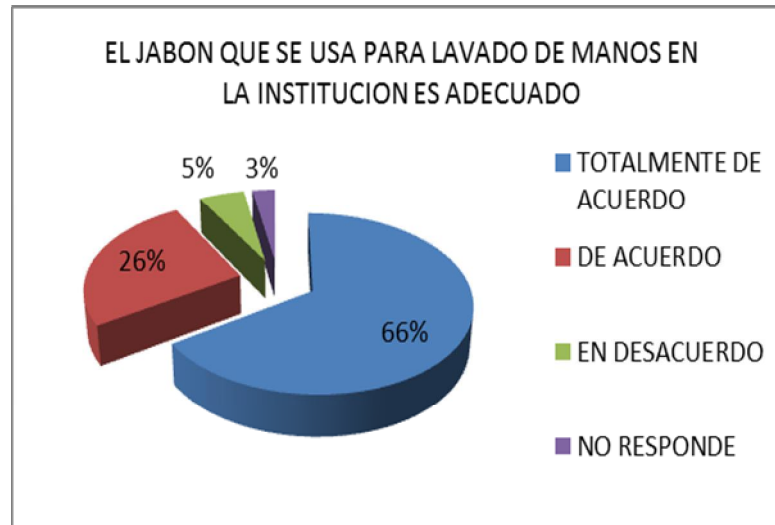


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

ANÁLISIS: En este gráfico se evidencia que el 81% del personal encuestado en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, está de acuerdo en que el personal de enfermería da ejemplo al adherirse al protocolo de lavado de manos.

23. ¿EL JABÓN QUE SE USA PARA LAVADO DE MANOS EN LA INSTITUCIÓN ES ADECUADO?

Gráfica 23. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que el jabón para lavado de manos es adecuado.

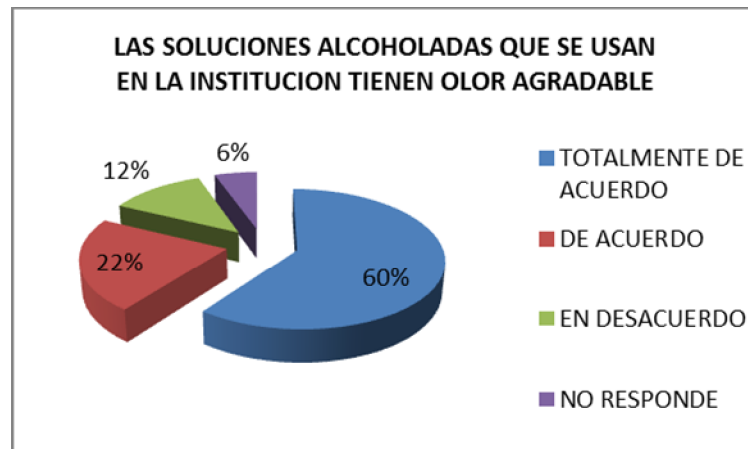


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015

ANÁLISIS: En este gráfico se evidencia que el 92% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera que el jabón provisto por la Institución para el lavado de manos es adecuado y el 5% considera lo contrario.

24. ¿LAS SOLUCIONES ALCOHOLADAS QUE SE USAN EN LA INSTITUCIÓN TIENEN OLOR AGRADABLE?

Gráfica 24. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que el olor de las soluciones alcoholadas es agradable.

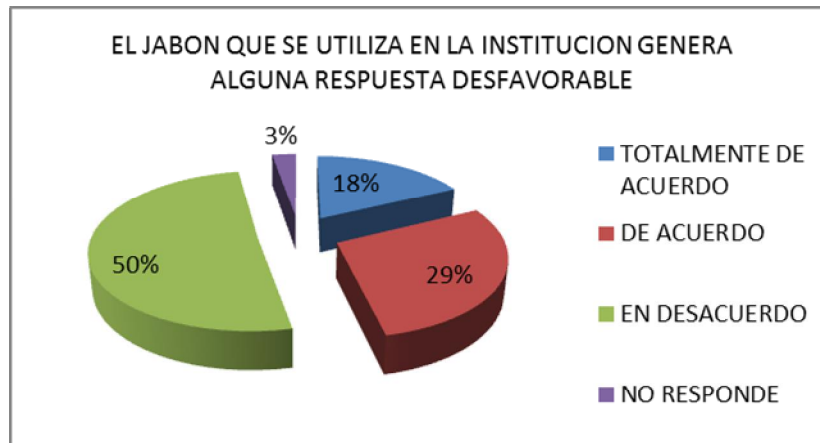


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

ANÁLISIS: El gráfico muestra que el 82% del personal encuestado en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera que el aroma de las soluciones alcoholadas es agradable. El 12% no está de acuerdo. El 6% no responde.

25. ¿EL JABÓN QUE SE UTILIZA EN LA INSTITUCIÓN GENERA ALGUNA REACCIÓN DESFAVORABLE?

Gráfica 25. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que el jabón utilizado en la institución genera alguna reacción desfavorable.

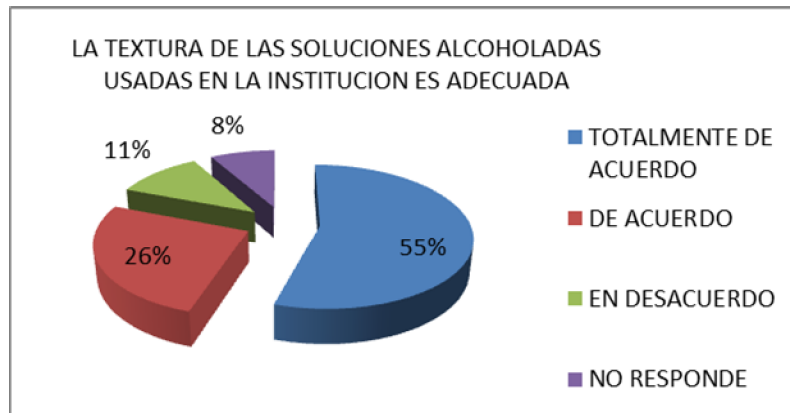


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

ANÁLISIS: El gráfico evidencia que el 47% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, ha presentado reacciones desfavorables con el uso del jabón que provee la Institución.

26. ¿LA TEXTURA DE LAS SOLUCIONES ALCOHOLADAS USADAS EN LA INSTITUCIÓN ES ADECUADA?

Gráfica 26. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias que consideran que la textura de las soluciones alcoholadas usadas en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto es adecuada.

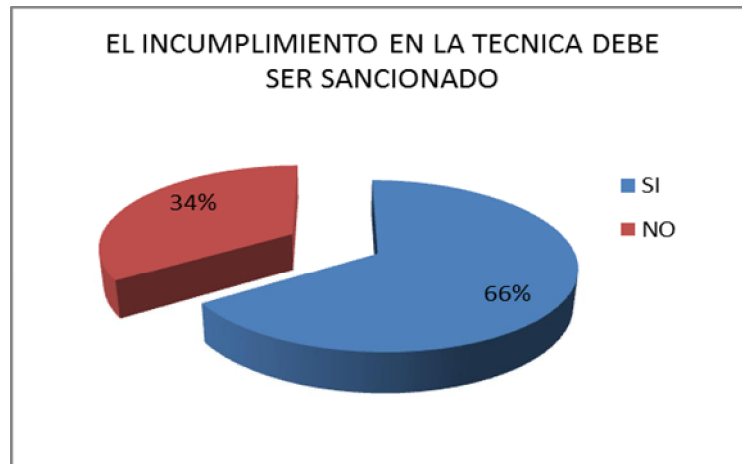


Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

ANÁLISIS: El gráfico muestra que el 81% del personal asistencial encuestado en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera que la textura de las soluciones alcoholadas es adecuada y el 8% no responde.

27. ¿LA CLÍNICA DEBE CONTAR CON UNA POLÍTICA QUE SANCIONE EL INCUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS?

Gráfica 27. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que consideran que el incumplimiento del protocolo de lavado de manos debe ser sancionado.



Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

ANÁLISIS: Este gráfico muestra que el 66% del personal encuestado en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, considera que se debe sancionar el incumplimiento al protocolo de lavado de manos.

28. ¿EXISTE EN LA CLÍNICA UNA CULTURA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Gráfica 28. Proporción de funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto que perciben que existe una cultura institucional de seguridad de paciente.



Fuente: Encuesta aplicada a funcionarios de los servicios de hospitalización y urgencias en la clínica nuestra señora de Fátima en la ciudad de Pasto en los meses de agosto y septiembre del año 2015.

ANÁLISIS: En el gráfico anterior se observa que el 96% de los encuestados considera que existe una cultura de seguridad respecto a la higiene de manos en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto.

8.1 ANÁLISIS COMPARATIVO

Solo el 67% de los funcionarios encuestados en la clínica nuestra señora de Fátima de la ciudad de Pasto, tiene claridad respecto a las oportunidades para higiene de manos de acuerdo a los cinco momentos. Si bien el 95% de las personas refieren haber recibido información acerca de los 5 momentos para la higiene de manos, se dificulta relacionarlos con las actividades cotidianas.

Existe una relación clara entre el conocimiento impartido acerca de los 5 momentos para la higiene de manos y la clasificación del riesgo de contraer o transmitir infecciones a través de las manos, como lo demuestran los porcentajes obtenidos: el 5% del personal encuestado refiere no haber recibido información

acerca de los 5 momentos para la higiene de manos; el 4% del personal encuestado considera que el riesgo es bajo.

El 52% considera que la atención del paciente es prioritaria antes que la higiene de manos, lo que evidencia una pobre conciencia del riesgo que ello implica, a pesar de que el 92 % de las personas consideran que el riesgo de contraer o transmitir infecciones por medio de las manos es alto.

Un 30% de los funcionarios consideran que no hay tiempo para la higiene de manos.

El 53% considera que los lavamanos se encuentran distantes de zona de atención del paciente, pero el 81% de los funcionarios piensan que los dispensadores de soluciones alcoholadas son de fácil acceso

Se observa que la claridad en el concepto de oportunidades de higiene de manos en los 5 momentos es mejor cuanto mayor es la preparación académica del funcionario, sin embargo el 71% de los trabajadores considera que los especialistas no dan ejemplo al realizar higiene de manos de acuerdo con el protocolo

El 47% considera que el jabón utilizado en la institución genera reacciones desfavorables, es un porcentaje importante no acorde con la respuesta del 92% de los funcionarios que considera que el jabón utilizado en la institución es adecuado. El 90% de los funcionarios refiere que hay personal encargado de la verificación de adherencia al protocolo y el 66% considera que el incumplimiento debe ser sancionado.

Se observa que la claridad en concepto de oportunidades de higiene de manos de acuerdo con los 5 momentos en todas las edades es regular. Hay un porcentaje similar de adecuado conocimiento entre el rango de 20 a 35 años y mayores de 50, por lo que podemos concluir que la edad no es un factor determinante en este conocimiento.

El 66% de los funcionarios piensan que debe existir una política que sancione el incumplimiento del protocolo de higiene de manos

9. CONCLUSIONES

Factores como sexo, edad y antigüedad en la institución no son determinantes en la no adherencia al protocolo de higiene de manos.

La dotación de insumos para la higiene de manos es adecuada, si bien el 53% de los encuestados consideran que los lavamanos se encuentran distantes del área de atención del paciente, si se cuenta con dispensadores de soluciones alcoholadas de fácil acceso, por tanto no es un factor que impida la adherencia al protocolo.

La falta de tiempo para la higiene de manos por sobrecarga de trabajo no se percibe como un factor concluyente de no adherencia al protocolo.

La percepción del riesgo de contraer y/o transmitir infecciones por medio de las manos es alta, sin embargo el 52% de los encuestados consideran que es prioritaria la atención del paciente antes que la higiene de manos, lo que denota que en la práctica no hay conciencia suficiente de dicho riesgo.

Se han realizado capacitaciones a cerca del protocolo de higiene de manos, pero no se evidencia claridad al relacionar los 5 momentos del protocolo con las actividades diarias.

Un alto porcentaje de funcionarios reporta reacciones adversas con el jabón que se usa en la institución, lo cual puede constituir un factor importante de no adherencia al protocolo

La preparación académica de los funcionarios es un factor relevante en la comprensión de los 5 momentos de higiene de manos, pero los especialistas no dan ejemplo al no realizarlo durante las rondas médicas, lo que disminuye la percepción del riesgo por parte del resto del personal.

El personal percibe como un factor favorecedor de adherencia al protocolo que se sancione el incumplimiento, sin embargo es importante aclarar que las estrategias de seguridad del paciente no tienen una connotación punitiva.

10. RECOMENDACIONES

Diseñar un programa de mejoramiento de adherencia al protocolo de higiene de manos que incluya:

- Establecer una política institucional para impulsar la adherencia al protocolo de higiene de manos.
- Conformar equipos interdisciplinarios con personal de todas las áreas que reciban la capacitación y sensibilización necesarias para liderar el programa de mejoramiento de la adherencia al protocolo de higiene de manos.
- Definir planes de mejoramiento por los equipos interdisciplinarios que reciban apoyo de la dirección para su ejecución.
- Formación y sensibilización a todos los funcionarios de la Clínica, a cargo de personal experto que genere confianza y credibilidad. Se sugiere realizarlo por grupos, teniendo en cuenta la ocupación o profesión del personal, para el enfoque de las capacitaciones
- Realizar una prueba piloto de implementación de los planes de mejora para comprobar su eficacia antes de implementarla en toda la institución.
- Evaluar periódicamente la mejora de la adherencia al protocolo de higiene de manos.
- Evaluar la tolerabilidad a los productos de higiene de manos y realizar el cambios de los insumos cuando sea necesario
- Proporcionar motivación y apoyo al trabajo de los equipos interdisciplinarios.
- Implementar incentivos o reconocimientos a la adherencia al protocolo de higiene de manos.
- Establecer una meta a largo plazo, para lograr la adherencia de todo el personal asistencial de la clínica nuestra señora de Fátima, al protocolo de higiene de manos. La OMS sugiere un programa a 5 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud - OMS. Farmacodependencia: Prevención de las infecciones y resistencia a los antimicrobianos. [Internet] OMS; 2015. [Citado 2015 agosto 20]. Disponible en: http://www.who.int/drugresistance/infection_prevention/es/
2. Organización Mundial de la Salud - OMS. Guía de aplicación Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. [Internet] OMS; 2009. [Citado 2015 agosto 20]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102536/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf
3. Organización Mundial de la Salud - OMS. Una atención más limpia es una atención más segura. . [Internet] OMS, Ginebra; 2005. [Citado 2015 agosto 20]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/events/advisories/2005/ma21/es/>
4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente. [Internet] MINSALUD, 2014 [Citado 2015 agosto 20]. Disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/EntidadesTerritoriales/SeguridaddelPaciente.aspx>
5. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [Internet] Bogotá D.C.; 2008 [Citado 2015 agosto 20]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>
6. Serjan MA, Saraceni L. Higiene de manos. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá, 2005, vol. 24, no 4, p. 158-163
7. Tovar LF. Lavado de manos. [Internet] Sus Medicos; 2012. [Citado 2015 agosto 20]. Disponible en: http://www.susmedicos.com/art_Lavado_manos.htm
8. Riveros Pérez E, Zambrano P, AMADO P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. Medicina UPB, 2012, vol. 31, no 2, p. 127-134.

ANEXOS

Anexo A. Encuesta

ENCUESTA PARA DEFINIR LOS FACTORES DE NO ADHERENCIA AL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS Æ 2015

La siguiente encuesta tiene carácter confidencial y personal, los datos aquí consignados se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico. Agradecemos su colaboración.

Lea atentamente las preguntas antes de contestar.

OBJETIVO: Identificar las causas por las que el personal asistencial de las áreas de Urgencias y Hospitalización de la Clínica Nuestra Señora de Fátima de la ciudad de Pasto, no se adhiere al protocolo de lavado, higiénico o antiséptico, de manos promocionado por la OMS

ALCANCE: Personal asistencial de los servicios de Urgencias y Hospitalización de la Clínica Nuestra señora de Fátima . Pasto

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Higiene de manos antiséptica: Higiene de manos realizada con agua y jabón antiséptico o con una solución alcohólica, con el fin de remover y destruir la flora residente en la piel de las manos y mantener un efecto residual. Abarca las manos hasta las muñecas

Información general

Marque con X, en la casilla de la izquierda, lo que corresponda a sus características:

1.	Sexo
	Femenino
	Masculino
2.	Edad
	Menos de 20 años
	Entre 20 y 35 años
	Entre 36 y 50 años
	Mayor de 50 años
3.	Ocupación
	Médico especialista
	Médico general
	Enfermera Profesional

	Terapista Respiratoria
	Auxiliar de enfermería
	Camillero
4.	Servicio
	Urgencias
	Hospitalización

5.	Antigüedad en la institución
	Menos de un año
	Entre 1 y 5 años
	Entre 6 y 10 años
	Entre 11 y 20 años
	Más de 20 años
Estrategia multimodal: 5 momentos para la higiene de manos	
Esta estrategia hace referencia a las ocasiones en las que el personal asistencial de los servicios de salud debe realizar higiene de manos con agua y jabón o con soluciones alcohólicas	

Marque con X en la casilla de la izquierda la respuesta que considere correcta:	
6.	En la institución ha recibido información acerca de los 5 momentos para la higiene de manos?
	SI
	NO
7.	Considera que el riesgo de contraer o transmitir infecciones por medio de las manos es:
	Alto
	Medio
	Bajo
8.	En la institución, hay personal que realice verificación de la adherencia al protocolo de lavado de manos?
	SI
	NO

Marque con X en la casilla de la izquierda todos los enunciados con los que esté de acuerdo:	
9.	Según el protocolo de lavado de manos, los 5 momentos en los que usted debe realizar higiene de manos comprenden las siguientes oportunidades
	Después de realizar el cambio de sábanas de la cama del paciente
	Al ingresar a la institución
	Antes de tener contacto con el paciente
	Después de estar en la habitación del paciente, aunque no haya tocado los

	muebles, sábanas o dispositivos médicos
	Antes de aplicar un medicamento al paciente
	Antes de bajar a la cafetería
	Después de tener contacto con las barandas de la cama del paciente
	Antes de salir de la institución
	Antes de realizar la curación de una herida quirúrgica
	Después de tener contacto con secreciones del paciente
	Después de tener contacto con la mesa de alimentación del paciente
	Después de tomar los signos vitales al paciente
	Antes de realizar un procedimiento con guantes

La Técnica para la higiene de manos hace parte de la estrategia multimodal y se refiere a los pasos a seguir y el tiempo de duración apropiado para lograr la erradicación de la flora residente en la piel de las manos.

Marque con X en la casilla de la izquierda la respuesta que considere correcta:

10.	Ha recibido información acerca de la técnica correcta para la higiene de manos?
	SI
	NO
11.	Tiene claridad con respecto a los pasos a seguir para realizar una adecuada técnica de higiene de manos?
	SI
	NO
12.	En caso de olvidar los pasos de la técnica para la higiene de manos, cuenta con recordatorios de fácil acceso en su servicio?
	SI
	NO
13.	Considera que la técnica promocionada en la institución es:
	Apropiada
	Excesiva
	Inadecuada

14.	Consideraciones personales: Marque con una X en la casilla de la izquierda los enunciados con los que usted esté de acuerdo
	La higiene de manos es indispensable en todos los momentos que recomienda el protocolo
	Es prioritaria la atención del paciente antes que la higiene de manos
	No hay tiempo para la higiene de manos por sobrecarga de pacientes
	Se cuenta con los insumos necesarios para la higiene de manos
	Los lavamanos se encuentran distantes de la zona de atención del paciente
	Los dispensadores de soluciones alcoholadas son de fácil acceso
	No hay información sobre la evidencia científica de que el lavado de manos disminuya la incidencia de infecciones asociadas a la atención en salud

	Los especialistas dan ejemplo al realizar higiene de manos de acuerdo con el protocolo institucional.
	Las enfermeras profesionales dan ejemplo al realizar higiene de manos de acuerdo con el protocolo institucional.
	El jabón para lavado de manos que se usa en la institución es adecuado
	El olor de las soluciones alcoholadas usadas en la institución es agradable
	Es alérgico al jabón que se utiliza en la Clínica para el lavado de manos
	La textura de las soluciones alcoholadas usadas en la institución es adecuada

15.	La Clínica debe contar con una política que sancione el incumplimiento del protocolo de higiene de manos?
	SI
	NO
16.	Existe en la Clínica un clima institucional de seguridad del paciente?
	SI
	NO

**Su colaboración es muy valiosa para el mejoramiento institucional.
Gracias por su participación y tiempo dedicado a responder esta encuesta.**