



INSTITUTO MARILLAC, I.A.P

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INCORPORADA A LA UNAM

CLAVE 3033-12

“GRADO DE CUMPLIMIENTO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL
HOSPITAL GENERAL XOCO ACERCA DE LOS CINCO MOMENTOS DE
HIGIENE DE MANOS EN RELACIÓN CON EL NIVEL ACADÉMICO”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO (S) EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.

PRESENTAN:

ORTIZ CASTRO JUAN CARLOS

SÁNCHEZ SAN AGUSTÍN IVONNE MARICELA

TUTOR: LIC. MARÍA DEL PILAR MONTES HERNÁNDEZ

CDMX FEBRERO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

IVONNE

Dedico esta tesis a Dios a mis padres y a mis hermanas. A diós por que ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, porque creyeron en mí y a mis hermanas porque me apoyaron en todo momento ya que ellos me dieron ejemplos dignos de superación y entrega, porque gracias a ellos hoy puedo ver alcanzada mi meta ya que siempre estuvieron animándome en los momentos más difíciles y más importantes de mi carrera.

Les doy las gracias a ustedes por lo que representan para mí porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho, por mí a lo largo de mi vida siendo un apoyo incondicional en todo momento.

Ya que ustedes depositaron toda su confianza en mí, sin dudar un solo momento en mi capacidad. Por ustedes soy lo que soy ahora.

A mis profesores, a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias por prepararnos para ser profesionales competitivos así como unas mejores personas, ya que compartieron con nosotros lecciones y experiencias de vida, que sin duda influyeron en nuestra vida para ser unas personas de bien.

¡Gracias!

AGRADECIMIENTO

JUAN CARLOS

Dedico esta tesis a Dios a mis padres. A diós por que ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, porque creyeron en mí y han estado con migo en todo momento ya que ellos me dieron ejemplos dignos de superación y entrega, porque gracias a ellos hoy puedo ver alcanzada mi meta ya que siempre estuvieron animándome en los momentos más difíciles y más importantes de mi carrera.

Les doy las gracias a ustedes por ustedes soy lo que soy en estos momentos.

Toda la vida les estaré eternamente agradecido por lo que han hecho por mí, por hacerme un hombre de bien, una persona con una oportunidad en la vida.

Les agradezco la paciencia, el tiempo y la dedicación que han tenido conmigo, les deseo que vivan muchos años más y que sean felices.

A mis profesores, a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias por prepararnos para ser profesionales competitivos así como unas mejores personas, ya que compartieron con nosotros lecciones y experiencias de vida, que sin duda influyeron en nuestra vida para ser unas personas de bien.

¡Gracias!

LIC. MARIA ELENA QUIÑONEZ MUÑOZ

DIRECTORA GENERAL
INSTITUTO MARILLAC I.A.P

LIC. MARIA CRUZ SOTELO BADILLO

DIRECTORA TÉCNICA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO MARILLAC, I.A.P

LIC. MARÍA DEL PILAR MONTES HERNÁNDEZ

ASESORA DE TESIS

LIC. DELIA ESPINOSA RIOJA

PROFESORA
DEL INSTITUTO MARILLAC I.A.P

INTRODUCCIÓN	8
OBJETIVOS	10
JUSTIFICACIÓN	11
CAPÍTULO 1	14
MARCO TEORICO	14
1.1 ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN	14
1.2 ANTECEDENTES DE LAVADO DE MANOS	17
CAPÍTULO II	20
2.1 DIMENSIÓN TEÓRICO CONCEPTUAL DE LA ENFERMERÍA DISCIPLINAR.....	20
2.2 ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA.....	20
2.3 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN.....	22
2.4 PARADIGMA Y METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA	24
2.5 EL CUIDADO	26
2.6 EL CUIDADO HOLÍSTICO.....	29
CAPÍTULO III	32
3.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO	32
3.2 ETAPA TÉCNICA	33
3.3 ETAPA PROFESIONAL	33
3.4 PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA	34
CAPÍTULO IV	36
MARCO CONCEPTUAL	36
4.1 ¿QUÉ ES EL LAVADO DE MANOS?	36
4.2 PRINCIPIO DEL LAVADO DE MANOS.....	36
4.3 INFECCIONES NOSOCOMIALES	37
4.3.1 FLORA BACTERIANA DE LA PIEL	38
4.3.2 TRANSMISIÓN DE MICROORGANISMOS A TRAVÉS DE LAS MANOS	39
4.4 ¿QUÉ ES FOMITE?.....	40
4.5 FACTORES DE TRANSMISIÓN.....	40
4.6 FACTORES QUE INTERVIENEN EN UNA MALA PRÁCTICA DEL LAVADO DE MANOS.....	42
4.7 EL PERSONAL DE SALUD EN RIESGO, CON BASE A LAVADO DE MANOS	43
4.8 ASPECTOS DE HIGIENE DE MANOS	44
CAPÍTULO V	45
METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.....	45

5.1 CINCO MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS.....	46
CAPÍTULO VI.....	49
CONSIDERACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS.....	49
6.1 TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS CLÍNICO.....	49
6.2 TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS EN SECO	50
6.3 PRINCIPALES ANTISÉPTICOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE DE MANOS	51
CAPÍTULO VII.....	54
METODOLOGÍA.....	54
7.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	54
7.2 HIPÓTESIS GENERAL	54
7.3 HIPÓTESIS NULA.....	54
7.4 HIPÓTESIS ALTERNA.....	55
7.5 VARIABLES.....	55
7.6 TIPO DE ESTUDIO.....	57
7.7 UNIVERSO DE TRABAJO.....	57
7.8 CONTROL.....	58
7.9 PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA	59
7.10 DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	59
7.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENDRÁ	60
7.12 ÁMBITO GEOGRÁFICO EN EL QUE SE DESARROLLA LA INVESTIGACIÓN .	61
7.13 RECURSOS MATERIALES	62
7.14 FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO	62
7.15 LÍMITE DE TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN	62
7.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO.....	62
7.17 CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS EN MATERIA DE INVESTIGACION	62
CAPÍTULO VIII	63
RESULTADOS	63
CAPÍTULO IX.....	70
DISCUSIÓN	70
CAPÍTULO X.....	73
CONCLUSIÓN.....	73
CAPÍTULO XI.....	75
SUGERENCIAS	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

6. ANEXOS..... 78

INTRODUCCIÓN

La contaminación bacteriana de las manos de los trabajadores de salud aumenta progresivamente durante la atención rutinaria de los pacientes y está influida por el tipo de actividad efectuada durante la atención, de ahí que el lavado de las manos constituya un factor fundamental para reducir la incidencia de las enfermedades nosocomiales.

A nivel mundial, en todas las edades, las infecciones nosocomiales son una de las causas principales de muerte, sobre todo en los individuos más vulnerables, por lo cual es de suma importancia llevar a cabo una correcta higiene de manos, ya que las infecciones intrahospitalarias representan una de las complicaciones de mayor impacto que deriva de la atención de pacientes hospitalizados, siendo un importante problema para el paciente debido a que aumenta la morbimortalidad, tiempos de internación y costos asistenciales; para la institución hospitalaria. Sin embargo las mismas pueden evitarse o prevenirse con la única herramienta con que cuentan los profesionales que es el lavado de manos.

Esto, basado en las condiciones para la higiene de manos que se dan a conocer en la NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

Esta temática ha sido abordada en el presente proyecto de investigación a partir del planteo y definición del objeto de estudio, justificación, marco teórico y

elaboración de los objetivos. En el diseño metodológico se especificó el tipo de estudio acorde al problema propuesto, fuente, técnica e instrumento de recolección de datos, presentación de datos, cronograma de actividades y cálculo del presupuesto. Finalmente, la bibliografía y anexo donde se incluye el instrumento de recolección de datos y tabla maestra que se utilizó en el procesamiento de datos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que el personal de enfermería de nivel licenciatura presenta mejor nivel de conocimiento sobre los cinco momentos de higiene de manos en comparación con las enfermeras técnicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar si el personal de enfermería del Hospital General Xoco posee el conocimiento sobre la importancia de los cinco momentos de higiene de manos.
- Proporcionar información sobre la importancia del cumplimiento de los 5 momentos de higiene de manos.
- Demostrar que ha mayor nivel académico existe mejor nivel de conocimiento sobre los cinco momentos de higiene de manos y menor riesgo de infección.

JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo se realiza con la finalidad de conocer el grado de conocimiento acerca de los cinco momentos de lavado de manos entre las enfermeras de nivel técnico y las de nivel licenciatura.

Así como identificar los factores por los cuales no se lleva una adecuada higiene de manos.

A nivel hospitalario en nuestro país, así como a nivel mundial, las investigaciones desarrolladas demuestran que la transferencia de microorganismos por las manos del personal hospitalario ha sido identificada como el factor más importante en la transmisión de las infecciones. Las mismas que pueden evitarse con una adecuada higiene de manos, el cual se considera el procedimiento más importante para su prevención.

En el hospital las infecciones intrahospitalarias representan una de las complicaciones de mayor impacto derivada de la atención de pacientes hospitalizados, siendo un problema importante tanto para el paciente por el incremento de la morbi-mortalidad, el aumento de los tiempos de internación y de los costos asistenciales para la institución. Se observó que en el hospital se realiza de manera diferente la técnica de la higiene de manos, a pesar de que la unidad cuenta con los recursos físicos y materiales disponibles para realizar una

adecuada técnica de higiene de manos para prevenir las infecciones intrahospitalarias.

Los profesionales de enfermería que están al cuidado de los pacientes tienen el reto de evitar al máximo los riesgos, procurando siempre la seguridad del paciente con respecto a la técnica de lavado de manos, se resalta la importancia de la aplicación de los 5 momentos de higiene de manos, ya que es de gran importancia como medida de protección específica en el manejo asistencial del paciente hospitalizado por el gran impacto que esto representa a la seguridad del paciente.

Los beneficios que se persiguen es descubrir las razones por la que el personal de salud incumple con la norma de higienización de sus manos, lo cual reducirá y evitara la estadía del paciente en el hospital, disminuyendo la morbi-mortalidad, evitando alterar aún más la calidad de vida del paciente y bajar los costos extras que se le generan a la institución. A raíz de dichos propósitos, desde una perspectiva disciplinar se indagará y profundizará en dicho tema, en base a criterios científicos, para ejercer un consciente accionar con la intención de controlar y prevenir las infecciones que se generan en el nosocomio. La posibilidad de llevar a cabo dicha investigación es factible, debido a que la situación de dicho problema está presente en la actualidad, además se cuenta con el recurso humano (Departamento de Enfermería, Departamento de capacitación, docencia y enseñanza de enfermería, el comité de control de infecciones y

vigilancia epidemiológica), recurso material (computadora, biblioteca, Internet, disponibles para el personal de la institución), para efectivizar e implementar dicho proyecto.

CAPÍTULO 1

MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

El hospital general Xoco se inauguró el 25 de enero de 1962, siendo presidente de la república el Lic. Adolfo López Mateos y regente de la ciudad el Lic. Ernesto P. Uruchurto, su primer director fue el Dr. José Manuel Cisneros Arjona. Contaba con 127 camas censables.

Se le conocía como hospital de traumatología de Coyoacán Xoco.

Su evolución fue rápida llegando a contar con una cámara hiperbárica, un módulo de toxicología, una clínica de cirugía experimental en animales e intercambio con naciones extranjeras como China, Alemania y Francia, a partir de 1984-1985, el Hospital General Xoco sufre cambios estructurales tanto en su cuerpo arquitectónico como en su organigrama, al edificarse unas torres para la hospitalización y coordinadores en el área médica y administrativa, ampliándose a 204 camas censables coincidiendo con la apertura de la bolsa de trabajo para el personal de enfermeras especialistas.

Para el año 1988, posterior al sismo de 1985, las autoridades realizan un cambio total en la estructura física del hospital, reabriendo la atención e incrementando además el número de camas censables y no censables.

En los años 1996 y 1997, el Hospital tiene un cambio radical en los servicios de consulta externa, al abrir el acceso a este servicio por las calles de Bruno Traven con nuevos consultorios de especialidad. Actualmente se cuenta con 199 camas censables y 88 no censables.

Es uno de los más importantes de la red para la atención de pacientes adultos, especialmente de urgencias traumatológicas y médico quirúrgicas.

Características de la unidad:

- Por el tipo de población que atiende: abierta
- Por la atención que presta: es un hospital de segundo nivel
- Por su estancia: es agudo y crónico, dependiendo de la especialidad.
- Por su capacidad: es mediano con un promedio de ocupación del 80%
- Por su costo día-cama: varía de acuerdo a la especialidad y al estudio socioeconómico, seguro popular o gratuidad.

OBJETIVO DEL HOSPITAL

Elevar el nivel de salud de la población de la Ciudad de México otorgando atención médica integral, regionalizada y escalonada por niveles de atención proporcionando condiciones dignas de vida y opciones variables de desarrollo para los habitantes de la Ciudad de México.

FILOSOFÍA DEL HOSPITAL

Proporcionar atención médica altamente especializada y el tratamiento efectivo y humano a la población, así mismo las acciones que repercutirán en la incorporación del paciente a su núcleo familiar en las mejores condiciones de salud.

MISIÓN

Ser un hospital cálido, humanitario de alto nivel académico, que brinde a la población atención digna, oportuna y acertada proporcionando atención médico quirúrgica con calidad.

VISIÓN

Ser el mejor hospital de la red con personal de alta competencia profesional que garantice el bienestar, biopsicosocial de la población que demande.

1.2 ANTECEDENTES DE LAVADO DE MANOS

Desde muchas generaciones pasadas, el lavado de manos con agua y jabón ha sido considerado como parte de la higiene personal y un reflejo de nivel cultural.

En el año 1846, el médico Húngaro Ignaz Semmelweis (1818-1865) constató que las mujeres parturientas asistidas por médicos y estudiantes en la sala primera del hospital general de Viena tenían una tasa de infección y mortalidad puerperal mucho mayor (18%) que aquellas asistidas por parteras en la sala segunda (3%).

Los médicos y estudiantes asistían partos luego de realizar autopsias, y a pesar de lavarse las manos con agua y jabón, persistía un olor desagradable en sus manos. Por lo tanto, Semmelweis postuló que la fiebre puerperal de sus pacientes era producida por partículas cadavéricas (recordemos que en esa época aun no se conocía de la existencia de bacterias), transmitidas a través de las manos de los médicos desde la sala de autopsias directamente a las mujeres. Quizás debido a las características desodorizantes de las soluciones cloradas, Semmelweis propuso el lavado de manos con dichas soluciones antes de asistir los partos. La mortalidad materna en la sala primera disminuyó abruptamente a partir de ese momento y se mantuvo baja durante años.

Esta medida impuesta por Semmelweis representa la primera evidencia histórica de que el lavado de manos con soluciones antisépticas constituye un elemento esencial en el control de las infecciones hospitalarias¹. Publicó los resultados de los estudios en 1861.

1 REYES K, VALDERRAMA A, Olarte N Lemus E. Higiene de manos. Agosto 2006

En 1843 un médico americano, Oliver Wendell Holmes concluyó independientemente, que la fiebre puerperal fue esparcida por el personal al cuidado de la salud. A pesar de haber descrito medidas que podían ser tomadas para limitar su extensión, sus recomendaciones tuvieron poco impacto en las prácticas obstétricas de aquel entonces.

Sin embargo como resultado de los importantes estudios realizados por Semmelweis y Holmes, el lavado de manos se aceptó gradualmente como una de las medidas más importantes para prevenir la transmisión de agentes patógenos en establecimientos para cuidados de la salud.

En 1961 el servicio para la Salud Pública de los Estados Unidos, produce una película para las recomendaciones del lavado de manos para los trabajadores de la salud. En aquel entonces, esas recomendaciones establecían que el personal lavara sus manos de 1-2 minutos con agua y jabón antes y después del contacto con el paciente. Se creía que enjuagarse las manos con un antiséptico era menos efectivo que lavarse las manos y solo se recomendaba para casos de emergencia o en lugares donde se disponían de lavatorios².

En 1975 y 1985, el Centro de Control y Prevención de enfermedades publicó guías formales acerca de las prácticas del lavado de manos en hospitales, estas guías recomendaban el lavado de manos con jabón no antimicrobial antes y después de realizar procedimientos invasivos o en el cuidado con el paciente de alto riesgo. El

² Steere A, Mallison G. Handwashing practices for the prevention of nosocomial infections. Nov. 1975

uso de agentes antisépticos sin agua (ejemplo soluciones con alcohol) se recomendaba solo en situaciones en las que no había un lavatorio disponible.

En 1998 y 1995, guías para el lavado de manos y su antisepsia fueron publicados por la asociación de profesionales en el control de infecciones, las indicaciones recomendadas para el lavado de manos eran las similares establecidas por las guías del Centro de Control y Prevención de Enfermedades. En 1995 y 1996 estas guías incluían una discusión detallada acerca de la limpieza con compuesto de alcohol y apoyó su utilización en más establecimientos clínicos de los que había recomendado en guías anteriores³.

En México se dio a conocer la Norma Oficial Mexicana (NOM-026-SSA-1998) en el año de 1998 para la vigilancia, prevención y control de las infecciones Nosocomiales;⁴ esta norma sufrió algunas adecuaciones en el año 2003,⁵ para dar paso a la Norma Oficial Mexicana NOM-EM 002-SSA2-2003 y la vigente hoy en día es el PROYECTO de la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA2-2004, como fecha de publicación 27 de septiembre del 2004, a las cuales se agregaron las medidas de bioseguridad (precauciones estándar y sistemas de aislamiento) como: Lavarse las manos, usar guantes, y usar mascarillas y lente, emplear bata impermeable así como el uso de recolectores.⁶

3 Siegel j, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. June 2007

4 NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

5 Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-2003 Periodo Oficial de la Federación, Sector salud. México. 2003 p.1-32

6 NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

CAPÍTULO II

2.1 DIMENSIÓN TEÓRICO CONCEPTUAL DE LA ENFERMERÍA DISCIPLINAR

La enfermería ha pasado por varias transiciones en cuanto a su estatus académico profesional; si bien es cierto que no nace como profesión sino como oficio, en la actualidad se puede afirmar que es una profesión disciplinar con un objeto de estudio que le es propio y la diferencia de otras profesiones, además de poseer un marco filosófico, teórico y metodológico sólido que la sustenta y la valida.

2.2 ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA

No existe un concepto universal de enfermería hasta el momento, este fenómeno está influenciado por las condiciones socioeconómicas de cada país, acontecimientos históricos que influyen en cualquier profesión y que la enfermería es una ciencia muy joven comparada con otras ciencias como la medicina, física, química, para citar algunas que tienen varios siglos de existencia. Aunque se observa una tendencia repetitiva en la literatura de determinados conceptos como son: ciencia, diagnóstico, respuestas humanas, cuidado y holismo, que pudieran ser los primeros pasos hacia la unificación conceptual, en opinión de los autores, el desarrollo de las comunicaciones y la tecnología ayudará, a la unificación de criterios.

Después de la descripción de los criterios en cuanto a la definición de enfermería, dados por teóricas y algunas instituciones, se tratará el término "profesión". El diccionario filosófico lo describe como la acción de profesar y profesar es ejercer una ciencia, quedaría la pregunta, ¿Es la enfermería una ciencia? Este término ha sido utilizado hace mucho tiempo por los primeros pensadores de la humanidad, *Aristóteles* planteaba que era un conocimiento demostrativo. En la actualidad el término ciencia es definido como una forma de consciencia social, constituye un sistema históricamente formado de conocimientos ordenados cuya veracidad se comprueba y se puntualiza constantemente en el curso de la práctica social. La disciplina científica aporta las técnicas y métodos para obtener dicho conocimiento, debe tener su propio objeto de estudio y un método científico. La respuesta ante la pregunta es afirmativa. Aunque joven aún, la enfermería tiene un cuerpo de conocimientos en formación constituido por una serie de teorías y modelos conceptuales que forman la estructura actual del conocimiento enfermero y que abordan desde distintos ángulos los conceptos meta paradigmáticos que constituyen el núcleo del pensamiento enfermero (salud, entorno, persona y cuidado).

En este momento la enfermería es una ciencia emergente, el método científico es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y el objeto de estudio enfermero se centra en el cuidado en su dimensión más amplia. No es posible hablar de ciencia y teoría sin abordar el papel crucial de la investigación. Desde inicio del desarrollo científico han existido corrientes epistemológicas que desarrollan diferentes visiones entre teoría e investigación, el empirismo seguidor del pensamiento de *Aristóteles* basa su tesis en la obtención del conocimiento a través de la

experiencia sensorial, empleaba un método inductivo (de lo particular a lo general) y colocaban en primera instancia la investigación y después la teoría.

El racionalismo, otra corriente epistemológica opuesta al empirismo, siguió a Pitágoras. Esta corriente utiliza el razonamiento lógico a priori para obtener el conocimiento, colocaban en primera instancia la teoría y después la investigación utilizando el razonamiento deductivo.⁷

2.3 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN

Según *Colliere*, los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable. Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los

⁷ Sánchez Ramiro. Filosofía. Barcelona: Enciclopedia Encarta; 2001

conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años. Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

Aunque muchos autores se refieran a las mujeres cuidadoras en las diferentes etapas de evolución del cuidado como enfermeras, las autoras del presente artículo no comparten esta postura, y consideran que la enfermería nace como tal en la época de Florence Nightingale. Desde esta época inicial de enfermería, han acontecido hechos que han determinado la consideración social de enfermería como una profesión más.^{8,9}

8 Leddy S. y Pepler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. 1ª ed. México: OPS; 1989

9 Schubert V. El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis. Revista Horizonte de Enfermería. 1988; 9 (1):7-21

2.4 PARADIGMA Y METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

El paradigma de cualquier disciplina es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos relevantes para esa disciplina.

La enfermería funciona integrada al desarrollo científico general, y por ello, el desarrollo del conocimiento de la enfermería y la indagación científica reciben influencias de los paradigmas generales que han marcado el desarrollo de la ciencia. Tal es el caso del Pos positivismo, crítica social y Constructivismo.

En este contexto ha surgido, con claridad el marco de la disciplina de la enfermería durante los últimos veinte años. Se han identificado una serie de conceptos centrales que pueden ser considerados como fundamentales para el estudio de enfermería. Un METAPARADIGMA es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión.

1. Define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales
2. Orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

Fawcett y Newman manifestaron que el núcleo de la disciplina de la enfermería o núcleo paradigmático podría enmarcarse en la siguiente declaración. “La enfermería es el estudio del cuidado de la experiencia o vivencia de la salud humana”.

Los conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería a nivel disciplinar y profesional, son cuatro identificados como metaparadigmas: hombre, contexto, salud y cuidado de enfermería, Fawcett (1984) considera igualmente estos cuatro conceptos pero sustituye hombre por persona y contexto por entorno.

1. *Persona*: La persona se define de dos maneras. Primero holísticamente, entendiéndose que el todo va más allá que la suma de las partes y que si se analiza el todo como un agregado se pierde algo de esta totalidad (holismo). Segundo, teniendo partes ampliamente identificables (biológicas, psíquicas, espirituales y sociales), y según su rol como receptor real o potencial del cuidado de enfermería. Entonces persona se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.

2. *Entorno o contexto*: es un concepto fundamental para la disciplina de enfermería. Se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona. Es el entorno de la persona y forma parte integral e indivisible de ella, con él interactúa o coexiste y cualquier modificación de la persona o del contexto se asimila recíprocamente.

3. *Salud*: El concepto de salud se identifica generalmente como la meta de enfermería.

Se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

4. *Cuidado de Enfermería*: Son las intervenciones de enfermería con el paciente. Se define como lo que hace la enfermera para, por y con la persona. Se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.¹⁰

2.5 EL CUIDADO

Con frecuencia en la literatura y diferentes foros de los profesionales de enfermería se identifica a esta disciplina como una ciencia y un arte; ciencia por el conocimientos teórico conceptual surgido de la investigación y arte por la necesidad de las enfermeras de sensibilizarse a la experiencia humana tanto de las personas que cuida como de ella misma al momento de interrelacionarse.

la ciencia de la enfermería ha sido construida por la riqueza del conocimiento teórico conceptual y la investigación de la enfermería, conjugada con la práctica en sus diferentes espacios, mientras que el arte se construye a partir de la capacidad de las enfermeras para establecer vínculos significativos, determinar el curso apropiado de la acción y conducir la práctica dando sentido a lo cotidiano y buscando el crecimiento de los seres humanos.

El cambio para conceptualizar el conocimiento de enfermería como eminentemente científico se remonta a la decena de 1950, tomando mayor fuerza en 1960, con el surgimiento de las grandes teorías de enfermería en las que se definen el dominio, enfoques y límites de la disciplina, llegando a diferenciar el cuidado de enfermería del que brindan otras áreas de la salud.

¹⁰ Perspectiva Teórico- Metodológica de Enfermería. Agosto, 2006. (en internet) (consultado 18 octubre 2016). Disponible en: <http://cvonline.uaeh.edu.mx/>

Actualmente hablar del cuidado nos lleva inmediatamente a pensar en este concepto como el eje de la profesión de enfermería. Sin embargo el origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad (Colliere, 1993).

Fue en el siglo XIX cuando Florencia Nightingale, quien es considerada la madre de la enfermería moderna, en su trabajo identificó a este, “el cuidado”, como el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería. Ella reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir. Su marco de trabajo enfatizaba la utilidad del conocimiento empírico y la sistematización del registro de datos para mejorar la calidad del cuidado brindado.

El desarrollo del concepto de cuidado de enfermería ha sido espectacularmente notorio en las dos últimas décadas, haciendo énfasis en aquello que hasta ahora había permanecido invisible en el quehacer de esta profesión:

“el arte de la enfermería”, es decir, los aspectos de interrelación de la enfermera usuario como elemento esencial del mismo, coincidiendo en afirmar esto tanto teóricos como investigadores. Encontramos en la literatura actual un sinnúmero de trabajos realizados con el objetivo de avanzar en la conceptualización del cuidado,

trabajos en los que tanto usuarios como enfermeras coinciden en identificar el buen cuidado de enfermería de acuerdo al grado en que se dan las siguientes características:

- 1) El involucramiento de la enfermera con el usuario.
- 2) El contacto físico.
- 3) La escucha.
- 4) Las vivencias compartidas.
- 5) El acompañamiento.
- 6) La información para el mejoramiento del auto cuidado.
- 7) Ayudar a crecer como ser humano.
- 8) La preocupación por el bienestar y atención de las necesidades del otro.

En su libro *Notas de enfermería (1859)*, Nightingale estableció la manipulación del ambiente como elemento central del proceso de cuidado, afirmando que de él dependía el proceso sanador de la persona; por este motivo se ha denominado a su trabajo “Teoría de enfermería del medio ambiente”.

Aún cuando en sus escritos no se encuentra mencionado directamente el proceso de interrelación enfermera- paciente, se puede identificar que lo considera parte del mismo ambiente, haciendo énfasis en que la observación, el interrogatorio y la información son el foco de este proceso de interrelación.

Entre quienes se han interesado por el desarrollo teórico del componente de interrelación en el cuidado está la doctora Jean Watson; gran parte de su trabajo se ha dirigido a estudiar a profundidad el papel preponderante que la interrelación tiene dentro del cuidado para el logro del mejoramiento de la salud.^{11, 12}

2.6 EL CUIDADO HOLÍSTICO

El reconocer que la persona es más que la suma de sus partes, ha caracterizado a enfermería desde los tiempos de Florence Nightingale hasta nuestros días (Rogers, 1980), haciendo que en su práctica se utilice este cuerpo de conocimientos.

Varios modelos y teorías enuncian la necesidad de una atención “integral” en enfermería.

En relación a esto, Neuman expresó que la enfermería es la única profesión en la cual se manejan todas las variables que afectan la respuesta del individuo al estrés.

A la vez que Patricia Iyer señaló que la enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no solo del proceso médico, por ende se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno. Sin embargo, en enfermería, el concepto de cuidado

11 MARTÍNEZ, M.: “La relación ciencia y arte”, en: Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Métodos hermenéuticos, métodos fenomenológicos y métodos etnográficos, 2a. ed., Trillas, 2006.

12 NIGHTINGALE, F.: Notas sobre enfermería, Barcelona, España, Salvat, 1958 (1990).

holístico toma forma concreta a través de la Teoría de las Ciencias del Ser Humano Unitario desarrollada por la Dra. Martha Rogers, quien basó parte de sus conceptos fundamentales bajo la perspectiva holística oriental, introduciéndose así a la esencia de la energía y el proceso de vida.

Para Rogers, el foco de la teoría es el “ser humano unitario”, definiendo persona como “un todo único con integridad propia y que expresa cualidades que no pueden interpretarse solo como la suma de sus elementos individuales”. Esta mirada holística comienza desde la valoración de la persona y su ambiente, incluyendo todos los ámbitos de su vida e historia, y considerando el proceso vital como “homeodinámico y pandimensional”, para así develar el real problema de salud y determinar una intervención acorde a las necesidades de la persona, utilizando la terapia que corresponda, siendo esta convencional y/o no convencional.

La Asociación de Enfermeras Americanas Holísticas [AHNA] define la enfermería holística como aquella que abraza toda la práctica de enfermería y tiene como meta la salud de la persona como un todo, para lo cual utilizan terapias de salud, complementarias y alternativas, como vehículo de conexión con el paciente a través de la intención, presencia y conciencia.

Según Koering y Ward algunas enfermeras realizan sus intervenciones con terapias complementarias, tales como: imaginología, masajes, musicoterapia, aromaterapia, entre otras, a través de los cuidados personales y profesionales,

bajo los conceptos holísticos de la enfermería, lo que ha permitido una enfermería más humanizada y completa, pudiendo desarrollar sus propias intervenciones, y generando en el usuario la responsabilidad de su propio cuidado.

Incluso Fulder sostiene que un gran terapeuta en salud, tanto en el presente como en el pasado, debe tener siempre una mirada holística.

Es de esta premisa, que se entrega a enfermería la gran tarea de realizar un cuidado holístico, donde los conceptos bases de las teorías (persona, entorno, salud y enfermería) deben ser mirados y desarrollados desde esta perspectiva.¹³

¹³ Hernández, A., & Guardado, C. (2004). La enfermería como disciplina profesional holística. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(2), 1-8.

CAPÍTULO III

3.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CUIDADO

La evolución del cuidado enfermero, está estrechamente ligado al concepto de salud-enfermedad caracterizado por cada época histórica.

Las cuatro etapas del cuidado enfermero descritas por Collieré son las siguientes:

1ª) “Etapa doméstica del cuidado”: la vida se centra alrededor de la mujer y abarca desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano.

2ª) “Etapa vocacional del cuidado”: segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se fundamenta desde el origen del pensamiento cristiano, momento en el que el concepto de salud-enfermedad toma un valor religioso, hasta el final de la Edad Moderna.

3ª) “Etapa técnica del cuidado”: se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX y se caracteriza principalmente por la lucha contra la enfermedad. En este periodo, las personas encargadas de prestar los cuidados adquieren un papel auxiliar del médico.

4ª) “Etapa profesional del cuidado”: la enfermería se consolida como disciplina y como profesión, siendo el eje central el cuidado de la salud de la población. Comprende las últimas décadas del siglo XX hasta la actualidad.

3.2 ETAPA TÉCNICA

A partir de los años 50 del siglo XX, la enfermería es considerada como un trabajo principalmente técnico. Los hospitales se desarrollan a un nivel vertiginoso y empiezan a realizar funciones diferentes a las que venían ejerciendo anteriormente. En este periodo la enfermería se caracteriza por dos fundamentos destacables:

Por un lado, la sociedad desea que adopte una actitud maternal y abnegada.

Por el otro, se le exige cada vez más especialización en técnicas curativas y menos dedicación humanista al enfermo.

Con el transcurso de los años, el aspecto vocacional pierde importancia y se va reconociendo que esta profesión puede estar organizada y gestionada por mujeres.

3.3 ETAPA PROFESIONAL

En esta cuarta etapa de la historia del cuidado, la enfermería se consolida como una disciplina, con unos grandes conocimientos propios y una responsabilidad en la atención a la salud de la población.

Las enfermeras han asumido la responsabilidad de formar a sus profesionales, de dirigir, de organizar los servicios de enfermería y de comenzar investigaciones encaminadas, sobre todo, a incrementar su cuerpo disciplinar.

Desde un punto de vista asistencial, los cambios han sido muy significativos, se ha pasado de una actividad basada en la técnica, a orientar el cuidado en un marco teórico propio, usando una metodología lógica y racional que se consigue a través del proceso de enfermería y con la formulación de diagnósticos enfermeros.

Otro de los cambios más significativos que se está viviendo desde finales del siglo XX ha sido la revolución de las nuevas tecnologías y de la comunicación, permitiendo acceder a cualquier tipo de información.

3.4 PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

Desde el punto de vista social, la enfermería es la profesionalización de la actividad de cuidar. Actividad que constituye una disciplina humanística y sanitaria, y de la se requieren conocimientos, actitudes y destrezas.

Distintas autoras han tratado de conceptualizar la enfermería como disciplina.

Una figura a destacar es Virginia Henderson (1955) aportando la siguiente definición: “La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo, sano, en la ejecución de aquellas actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión en forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible”.

En la actualidad destaca la propuesta de la Asociación Americana de Enfermería (ANA) que en 1980 describió el ejercicio profesional como: “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”.

El enfoque del cuidado se conforma desde una perspectiva holística que contempla a la persona de forma global, considerando aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Los seres humanos son considerados como un todo unificado, cuya totalidad es más que la suma de sus partes, de tal manera que el desequilibrio en una de ellas origina un desequilibrio en todo el sistema del hombre.

La historia de nuestra profesión sirve como instrumento de reflexión sobre lo que significa ser enfermero.

La investigación histórica muestra los esfuerzos que ha hecho la Enfermería por abrirse camino hacia la mejora de sus actividades, el perfeccionamiento de los cuidados a los enfermos, las prestaciones de unos servicios en los que siempre existe, en mayor o menor grado, la consideración de la dignidad del ser humano, lo que hoy llamamos humanización de la atención sanitaria.

Los seres humanos, con nuestra naturaleza histórica, al mismo tiempo que vivimos, tenemos y hacemos historia.¹⁴

¹⁴ Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Evolución histórica del cuidado enfermero. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.

CAPÍTULO IV

MARCO CONCEPTUAL

4.1 ¿QUÉ ES EL LAVADO DE MANOS?

Es la frotación vigorosa de las mismas, previamente enjabonadas, seguidas de un aclarado con agua abundante con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de microorganismos de persona a persona.¹⁵

Los centros de control y prevención de enfermedades (CDC) y el servicio Público de Salud de Estados Unidos observan que tiempos de lavado de manos de por lo menos 10 a 15 segundos eliminan la mayoría de microorganismos transitorios de la piel.

El lavado de manos habitual puede hacerse con jabón simple. El jabón simple con agua puede eliminar fácilmente cierto número de microorganismos, pero se necesitan agentes antisépticos para matar o inhibir los microorganismos y reducir aún más sus concentraciones.¹⁶

4.2 PRINCIPIO DEL LAVADO DE MANOS

- Es el más simple, importante y efectivo componente en la prevención de la transmisión de la infección.

¹⁵ Tovar L. Lavado de Manos. Junio 2012. (en internet) (consultado 8 enero 2016) Disponible en <http://www.susmedicos.com/Lavado de Manos.htm>

¹⁶ OMS. Directrices Sobre Higiene De Las Manos En La Atención Sanitaria. Organización Mundial de la Salud 2005

- Está diseñado para remover microorganismos que pueden haber sido tomados del medio ambiente.
- Previene la transmisión de microorganismos a otros pacientes y/o equipos.¹⁷

4.3 INFECCIONES NOSOCOMIALES

Infección Nosocomial se define a la condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina y que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento de ingreso del paciente al hospital.¹⁸

La OMS ha estimado que diariamente 1.5 millones de pacientes en el mundo padecen infecciones nosocomiales. Aproximadamente del 5 al 15% de los pacientes hospitalizado sufren de algún tipo de infección intrahospitalaria aumentando los costos directos del cuidado del paciente en perjuicio de la economía familiar, aumenta la mortalidad con el riesgo adicional para la salud de la comunidad en general.¹⁹

De acuerdo a la teoría de Florence Nightingale, menciona que un hospital no debe de enfermar, es por ello que trabajo en los temas de Higiene Hospitalaria, insistiendo que se demuestre el nivel de atención hospitalaria evitando las

¹⁷ Bravo F. El lavado de manos reduce infecciones adquiridas en el hospital. Marzo 2002. (en internet) (Consultado diciembre 2015). Disponible en : <http://www.infodoctor.org>

¹⁸ Barroso A, Cashat C. Infecciones Nosocomiales Registrar para Prevenir, Practica Medica Efectiva. Julio 2004

¹⁹ Guía de Aplicación de la estrategia mundial de la OMS para la mejora de la higiene de manos 2009

infecciones nosocomiales, y en 1854 demostró que el lavado de manos y las heridas con agua y jabón eran un elemento necesario para combatir la infección y la enfermedad, tan importante fue esta medida que disminuyó la mortalidad por infección del 42% en Febrero de 1845 al 2% en Junio del mismo año.

Es por ello que el lavado de manos sigue siendo el procedimiento más importante en materia de prevención de infecciones hospitalarias, ya que logró disminuir los índices de infección hasta un 50% cuando se realiza de manera adecuada, sin olvidar el lavado de manos antes y después de cada procedimiento, al tener contacto con secreciones y antes y después del contacto con cada paciente.²⁰

4.3.1 FLORA BACTERIANA DE LA PIEL

La piel normal de los seres humanos esta colonizada de forma permanente por distintos tipos de bacterias. La mayor concentración de gérmenes se localiza en las capas más superficiales. El tipo de flora colonizante puede dividirse a grandes rasgos de transitoria y permanente.

La flora transitoria coloniza las capas superficiales de la piel y es fácilmente removible con el lavado. Estas bacterias son adquiridas por el personal de salud al entrar en contacto con el paciente o en el medio ambiente que lo rodea. Los microorganismos que constituyen la flora (por ejemplo: E. Coli, Estreptococos, Klebsiella) transitoria son los más frecuentemente implicados en las infecciones

²⁰ Soto B. Conocimientos del personal Auxiliar de Enfermería sobre la Práctica en la Prevención de Infecciones Nosocomiales, Junio 2006.

nosocomiales. La flora permanente (residente) se encuentra en capas profundas de la piel y son más difíciles de eliminar con el lavado. Además los gérmenes que conforman la flora (por ejemplo: *Staphylococcus epidermis*, *Corynebacterium*, etc.) Es poco frecuente que provoquen infecciones intrahospitalarias, excepto en infecciones quirúrgicas de cirugías limpias.²¹

4.3.2 TRANSMISIÓN DE MICROORGANISMOS A TRAVÉS DE LAS MANOS

Los trabajadores de la salud contaminan sus manos con microorganismos nosocomiales al entrar en contacto con el paciente o su medioambiente. El hecho de realizar tareas simples y limpias (tales como tomar el pulso) lleva a la contaminación de las manos por bacterias. Y no solamente el contacto con el paciente, sino con los objetos que lo rodean (respirador, bombas de infusión, barandales de cama, etc.) produce la adquisición de gérmenes intrahospitalarios.

Una vez adquiridos los gérmenes, estos deben ser capaces de sobrevivir al menos unos minutos en las manos del personal, para poder transmitido a otros pacientes.

Existen trabajos que demostraron la supervivencia de *Enterococcus faecium* y *Pseudomonas aeruginosa* durante más de una hora en las manos, y esta supervivencia puede prolongarse en mano húmedas. Por lo tanto, es muy importante secar adecuadamente las manos luego del lavado.

21. Larson E. Guideline for use of topical antimicrobial agents. Am J Infections Control 2004;16:253-66

Una vez que las manos están colonizadas, ocurrirá la transmisión de gérmenes cuando el personal omita el lavado o lo realice de manera incorrecta y entre luego en contacto con otro paciente o su medio ambiente.

Existen múltiples reportes de brotes de infección nosocomiales asociadas a la transmisión por manos del paciente.

4.4 ¿QUÉ ES FOMITE?

Cualquier objeto o material inerte y sin vida que es capaz de transportar organismos patógenos (bacterias, hongos, virus y parásitos). Por ejemplo, son fómites la ropa, las sábanas de la cama, el equipamiento hospitalario no esterilizado, etc.²²

4.5 FACTORES DE TRANSMISIÓN

Entre los factores que favorecen la transmisión se han señalado a:

- Organismos presentes en la piel del paciente
- Organismos capaces de sobrevivir durante varios minutos en las manos del personal
- Lavado de manos del personal de manera inadecuada u omisión o uso inapropiado del agente antiséptico

²² Enciclopedia de salud (en internet) (consultado 18 Octubre 2016). Disponible en: <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/fomite>

- Contacto directo con paciente u objetos inanimados contaminado

En un trabajo de reciente publicación Víctor Rosenthal, Sandra Guzmán y Pablo Orellano explica que los gérmenes están en los pacientes y en la institución que es el reservorio. Así pasan del personal que queda colonizado y en condiciones de colonizar a otros pacientes al asistirlos. Cabe mencionar que el lavado de manos indiscriminado, sin tiempo adecuado y sin un objeto claro resulta inútil y puede causar resequedad de la piel y/o dermatitis en otra.²³

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2004 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Se considera que el problema es de gran magnitud y trascendencia y que representan un problema de gran importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, con un incremento consecuente en el costo social de años de vida potencialmente perdidos, así como los años de vida saludables perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidad.²⁴

El lavarse las manos sigue siendo el método más importante para reducir la transmisión de patógenos infecciosos y debería convertirse en un procedimiento obligatorio y vigilado en la atención de pacientes hospitalizados. Se han descrito repetidas veces la práctica de lavarse las manos como un medio para reducir la

²³ Association of Operation Room Nurses. Standards, Recommended Practices and Guidelines hand Scrub Surcial 1997 EEUU Pag. 197-203.

²⁴ García A, Cesar P. Medidas de bioseguridad, precauciones Estándar y Sistemas de Aislamiento. Hospital de Pediatría Centro médico nacional Siglo XXI IMSS. 2002

transmisión de patógenos bacterianos y virales entre los pacientes y entre el personal hospitalario, por eso es muy importante llevar a cabo los 5 momentos de higiene de manos.²⁵

4.6 FACTORES QUE INTERVIENEN EN UNA MALA PRÁCTICA DEL LAVADO DE MANOS

La importancia de las manos en la transmisión de infecciones nosocomiales está bien demostrada

Y puede reducirse al mínimo con medidas apropiadas de higiene como el lavado de manos. Sin embargo, el cumplimiento con la práctica de lavado de manos a menudo no es óptimo.

Esto se debe a varias razones, tales como la falta de equipo accesible apropiado, alergia a los productos empleados para el lavado de manos, exceso de trabajo, la realización de múltiples procedimientos, recomendaciones de un periodo de lavado demasiado largo.

Diversos estudios han demostrado que el 70% de las infecciones nosocomiales ocurren por un inadecuado lavado de manos.²⁶

²⁵ NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

²⁶ Potter PA, Perry A. Fundamentos de Enfermería volumen II. Harcourt. OCEANO. 5 edición. España, 2003

4.7 EL PERSONAL DE SALUD EN RIESGO, CON BASE A LAVADO DE MANOS

Las personas prestadoras de los servicios de salud, se encuentran expuestas a contraer cualquier infección asociada ya que se encuentran en contacto con el paciente que es un ser humano enfermo, en quien la gravedad de su patología, la complejidad de su tratamiento, el requerimiento de procesos invasivos, lo ponen en una condición de vulnerabilidad, para adquirir también una infección asociada a la salud.

Los trabajadores de la salud están en riesgo: Durante los procedimientos clínicos y cuando manejan objetos punzo- cortantes, cuando eliminan desechos, ya que realizan prácticas delicadas de prevención de infecciones o tienen poca capacitación al respecto.

En cuanto al área de enfermería es la que va encaminada al cuidado y bienestar del individuo sano o enfermo y es por ello que debe de llevar a cabo la correcta técnica y manejo del lavado de manos, considerando que las manos son un medio de transmisión frecuente para incrementar el riesgo de infecciones nosocomiales.

Las actividades mayormente realizadas por enfermería son en el medio hospitalario, considerando que la asistencia multidisciplinaria se concreta para mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud, es por ello que el área de enfermería y todo el personal de

salud que laboran en alguna institución de salud, deben colaborar en la correcta técnica y manejo de la higiene de manos para prevenir una infección asociada a la salud ya que esto permitirá una seguridad en el entorno físico y social del paciente.²⁷

4.8 ASPECTOS DE HIGIENE DE MANOS

La OMS y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, acordaron que las formulaciones alcohólicas son una adecuada elección para la higiene de manos en las instituciones de salud, ya que estas brindan mejor protección siempre y cuando se lleve a cabo con una correcta técnica, aunque en excepciones (contacto con secreciones, al primer contacto con el paciente, etc.) Debe utilizarse agua y jabón así como también en caso de manos visiblemente sucias.²⁸

²⁷ Torres G., Garza S. Revista de Enfermería del IMMS, Enero-Abril 2001

²⁸ Pacheco E. Administración de los servicios de enfermería. Ed. Síntesis. Madrid. 1995

CAPÍTULO V

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se basan en acciones específicas para mejorar la seguridad del paciente, identificadas en políticas globales sustentadas en el registro del mayor número de eventos adversos en la atención médica.

1. Identificación correcta de los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva en el área de la salud
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Realizar cirugías en el lugar correcto con el paciente correcto y con el procedimiento correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica

(Lavado de manos)

6. Reducir el riesgo de daño al paciente a causa de caídas

El objetivo de la meta 5 es reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de lavado de manos.²⁹

²⁹ Apic Association for Professionals in Infections Control Larson E. Guideline for Hand washing and Hand Antisepsis in Health care Settings. 1995.

5.1 CINCO MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS

El modelo de los cinco momentos en la higiene de manos propone una visión para los profesionales sanitarios, los formadores y los observadores con el objeto de minimizar la variación entre individuos y conducir a un aumento global del cumplimiento de la práctica efectiva de higiene de manos, este enfoque centrado tanto en el personal como en el paciente propone minimizar la complejidad e identificar los momentos en lo que debe realizarse dicha higiene.³⁰

Momento 1.-Antes del contacto con el paciente.

¿Cuándo? Lavarse las manos al acercarse al paciente (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, a realizar un examen clínico).

¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tenemos depositados en nuestras manos (libres o con guantes)

³⁰ Joint Commission International 2007.

Momento 2.- Antes de realizar tarea aséptica.

¿Cuándo? Inmediatamente antes de realizar la tarea (curas, inserción de catéteres, preparación de alimentos o medicación, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).

¿Por qué? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluido los gérmenes del propio paciente.

Momento 3.-Después del riesgo de exposición a líquidos corporales

¿Cuándo? Inmediatamente después de exposición a fluidos orgánicos aunque se lleven guantes (extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).

¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.

Momento 4.-Después del contacto con el paciente

¿Cuándo? Después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea (al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico).

¿Para qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.

Momento 5.-Después del contacto con el entorno del paciente.

¿Cuándo? Después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, incluso si no se ha tocado al paciente (cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión).

¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.³¹

³¹ Guía de Aplicación de la estrategia mundial de la OMS para la mejora de la higiene de manos 2009.

CAPÍTULO VI

CONSIDERACIONES PARA EL LAVADO DE MANOS

*Mantener las uñas, limpias, cortas y en el caso de las mujeres sin esmalte

*Antes del lavado de manos retirar, anillos, pulseras.

*Las mangas deben recogerse a la altura del codo

*El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.

Las manos agrietadas o reseca favorecen la colonización de flora microbiana transitoria, el uso de lociones o cremas permiten restablecer las condiciones de hidratación de la piel y ayudan a evitar la aparición de grietas en las manos sometidas con frecuencia a el uso de jabón.³²

6.1 TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS CLÍNICO

El lavado de manos clínico también conocido como: rutinario, básico recurrente para el personal de salud es utilizado en el ámbito hospitalario para reducir el número de microorganismos de la piel, el cual se realiza de acuerdo al siguiente orden.

1.- Retirar de los antebrazos y manos: reloj, pulseras y anillos.

2.-Abrir la llave del agua y humedezca sus manos.

³² Hand Higiene Technical Reference Manual. OMS 2009.

- 3.- Aplicar jabón en sus manos (1-3cc)
- 4.- Frotar palma con palma durante 30 segundos.
- 5.- Frotar el dorso de la mano.
- 6.- Frotar los espacios interdigitales
- 7.- Limpiar las uñas de la mano izquierda en la palma de la mano derecha y viceversa.
- 8.- Frotar de la muñeca hacia la mitad del antebrazo en forma circular, de la parte distal a la proximal.
- 9.- Enjuagar las manos de la parte distal a la proximal.
- 10.- Secar sus manos y antebrazos de la parte distal a la proximal con una toalla de papel.
- 11.- Cerrar la llave con la toalla de papel.

6.2 TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS EN SECO

Consiste en la aplicación de soluciones alcoholadas en toda la superficie de las manos a fin de reducir el número de microorganismos presentes. El volumen de alcohol necesario para un correcto lavado depende de varias circunstancias, especialmente de tipo de formulación y del tamaño de las manos del individuo. Las guías recomiendan entre 3-5ml, pero es muy variable.

Lo concreto es que el frotado con alcohol debe durar entre 20 y 30 segundos. Si las manos se secan antes de cumplirse este tiempo, probablemente el lavado sea insuficiente, y no se reduzca significativamente la concentración bacteriana de la piel.

El alcohol para la higiene de manos se encuentra disponible como solución o en gel. Ambos son igualmente efectivos. El lavado de manos en seco con alcohol es la forma de elección para la antisepsia de la piel en las instituciones de salud. No requiere de piletas de lavado, ni accesorios de secado (toallas); reduce los tiempos de lavado con respecto a la utilización de otras soluciones antisépticas; favorece la adherencia del personal de salud con respecto al lavado y es mejor tolerado.³³

6.3 PRINCIPALES ANTISÉPTICOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE DE MANOS

JABON COMÚN

Los jabones (no antisépticos) son productos que contienen ácidos grasos esterificados e hidróxido de sodio o potasio. Su actividad de limpieza puede atribuirse a sus propiedades detergentes, por lo cual remueven suciedad, tierra y otras sustancias de las manos. El jabón común no posee propiedades antibacterianas; sin embargo, la higiene de manos con agua y jabón puede remover las capas más superficiales de bacterias adheridas a la piel.

33 Kelly M. Operation Room Topics. Infection Control. Mayo 2002.

ALCOHOL

En su actividad antibacteriana los alcoholes se deben a la capacidad de desnaturalizar proteínas. Las soluciones de alcohol al 60-90% son las más efectivas; concentraciones mayores son menos potentes ya que las proteínas no son desnaturalizadas fácilmente en ausencia de agua.

Los alcoholes poseen excelente propiedad antimicrobiana, produciendo una rápida disminución en la concentración bacteriana de la piel de las manos, mayor aun que la clorhexidina o iodopovidona. Carecen de actividad residual (que es la capacidad de inhibir el crecimiento bacteriano en el tiempo luego de aplicar el antiséptico), la cual puede incrementarse con el agregado de clorhexidina.

Pueden producir irritación y sequedad de la piel, pero en menor grado que clorhexidina o iodopovidona. Los alcoholes se encuentran disponibles como solución (líquido) o en gel. Para el lavado de manos se recomienda el uso de alcohol gel.

CLORHEXIDINA

La clorhexidina es un antiséptico con amplia actividad antimicrobiana, aunque levemente inferior a la de los alcoholes. Su acción no es afectada por la presencia de suciedad o material orgánico en la piel, por lo tanto no requiere un lavado

previo con jabón y agua. Posee la mayor actividad residual, persistiendo hasta 6 horas luego de su aplicación sobre la piel.

La concentración ideal es al 4%, aunque puede utilizarse al 2%, teniendo en cuenta que posee menor eficacia antibacteriana. Produce irritación y sequedad de la piel (estos efectos aumentan con la concentración), mayor que la producida por los alcoholes. Debido a su menor actividad contra bacilos Gram negativos, es posible que exista contaminación de las soluciones, y se han descrito casos de infecciones nosocomiales secundarias a soluciones de clorhexidina contaminadas.³⁴

³⁴ World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva;2009

CAPÍTULO VII

METODOLOGÍA

7.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia entre el cumplimiento de los cinco momentos del lavado de manos entre las enfermeras de nivel licenciatura y las enfermeras de nivel técnico del Hospital General Xoco?

7.2 HIPÓTESIS GENERAL

Las enfermeras de nivel licenciatura presentan mayor nivel de conocimiento sobre la técnica de los cinco momentos de higiene de manos en comparación con las enfermeras técnicas.

7.3 HIPÓTESIS NULA

No existe diferencia en el nivel de conocimiento acerca de los cinco momentos de higiene de manos entre las enfermeras de nivel técnico y las enfermeras de nivel licenciatura.

7.4 HIPÓTESIS ALTERNA

Existe diferencia en el nivel de conocimiento sobre los cinco momentos de higiene de manos a favor de las enfermeras de nivel licenciatura en comparación con las enfermeras de nivel técnico.

7.5 VARIABLES

VI

Licenciadas

VD

Nivel de Conocimientos

Técnicas

Nivel de Conocimientos

Del operacional: a) Conceptual

b) Operacional

VI: ¿Que es Nivel licenciatura?: corresponde a un nivel o grado académico que garantiza tener los conocimientos fundamentales en una disciplina y en las disciplinas en que se sustenta o fundamenta.

- a) VI: ¿Que es Nivel Técnico?: El concepto de técnico está vinculado al griego *téchne*, que puede traducirse como “ciencia” o “arte”. Esta noción hace referencia a un procedimiento que tiene como objetivo la obtención de un cierto resultado o fin. Al ejecutar conocimientos técnicos, se sigue un conjunto de reglas y normas que se utiliza como medio para alcanzar un fin.

VD: ¿Que es Nivel de conocimiento sobre los cinco momentos del lavado de manos?

- b) VI: Licenciadas
Técnicos

VD: ¿Qué es?

¿Cómo es?

Ventajas

¿Qué Norma?

¿Qué Meta?

Indicadores

VI: SI/NO

VD: Alto, ½, Bajo

Escala de Medición	
Variable independiente	Variable dependiente
Nominal	Nominal
Discreta	Discreta
Finita	Finita

7.6 TIPO DE ESTUDIO

Según Méndez el tipo de estudios de acuerdo al periodo en que se capta la información es retrospectiva.

De acuerdo a la Evolución del fenómeno es transversal.

De acuerdo al número de población comparativas.

De acuerdo a la información del observador, es observacional.

Por lo tanto es una encuesta retrospectiva comparativa.

7.7 UNIVERSO DE TRABAJO

Enfermeros y Enfermeras del Hospital General Xoco turno matutino y nocturno, de nivel licenciatura y nivel técnico.

7.8 CONTROL

Técnica a llevar a cabo para la diferencia entre los sujetos es selección homogénea y la técnica para controlar las diferencias situacionales es aleatorización.

A) Criterios de inclusión

Personal de enfermería de base: especialistas, enfermeras licenciadas, enfermeras técnicas.

B) Criterios de exclusión

Personal médico, suplentes pasantes, estudiantes y otro personal de salud.

C) Criterios de eliminación

Al personal que no se le hace el estudio de sombra completo, aquel que interrumpe el estudio por algún motivo.

Criterios de Inclusión

Criterios de Exclusión

Criterios de Eliminación

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión	Criterios de Eliminación
Personal de Enfermería de base	Personal de Enfermería sin base	Que no contesten el cuestionario completo
Edad >20 y <60	<20 y > 60 años	
Antigüedad en el Hospital >2 años	< 2años	

<p>Servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología, Cirugía Plástica, Ortopedia, neurología.</p>	<p>Medicina preventiva</p>	
--	----------------------------	--

D) Característica de los grupos

Es el grupo conformado por los licenciados y que cumple los criterios de inclusión.
Grupo control personal de Enfermería de nivel Técnico que cumplen con los criterios de inclusión.

7.9 PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Una vez autorizado el protocolo de investigación se procedió a realizar las encuestas al personal de enfermería de nivel Licenciatura y Técnico de los turnos matutino y nocturno.

7.10 DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Del total de enfermeros del turno matutino del Hospital General Xoco es aproximadamente 200 y para el cálculo de la n se realiza con una proporción del 4% donde:

$$N = \frac{z^2 pq}{d^2} = 59 \text{ encuestas}$$

De las cuales 9 no cumplieron con las CI por lo que la muestra fue de 50 encuestas.

7.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENDRÁ

1) Hipótesis: Las enfermeras de nivel licenciatura presentan mayor nivel de conocimiento sobre la técnica de los cinco momentos de higiene de manos en comparación con las enfermeras técnicas.

2) Hipótesis estadística: En el campo de la utilización y el aprovechamiento de la estadística las decisiones se toman siempre sobre determinadas hipótesis.

En el análisis de todo problema de investigación, la contrastación de una hipótesis dada se realiza aceptando o rechazando la hipótesis nula. Cuando se estudian fenómenos que obedecen a leyes estadísticas se busca establecer relaciones numéricas bastante regulares, siendo más significativa esta regularidad cuando mayor es el número de fenómenos o la población perdiendo cierta validez el criterio estadístico cuando la muestra tiende a ser poco representativa desde una perspectiva numérica, las hipótesis estadísticas son las hipótesis nula y la hipótesis alterna.

a) Términos matemáticos

A=nivel de conocimiento solo de licenciadas

B=nivel de conocimiento solo de técnicas

a) $H_0: A=B$

b) $H_1: A>B$

3) Nivel de significancia $\alpha=0.05$

4) Tipo de estudio unilateral con área de rechazo hacia derecha.

5) Tipo de prueba: prueba de hipótesis de ensayo χ^2 para muestra independiente con grados de libertad χ^2 crítica=4.605.

Criterios de rechazo de hipótesis nula. Se rechaza H_0 si χ^2 experimental es mayor χ^2 crítica es decir si χ^2 cuadrada experimental es mayor de 4.605 con $p < 0.05$.

7.12 ÁMBITO GEOGRÁFICO EN EL QUE SE DESARROLLA LA INVESTIGACIÓN

Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia, Cirugía Plástica, Neurocirugía.

Hospital General Xoco

Av. México Coyoacán S/N, Benito Juárez, Col. General Anaya, 03340 Ciudad de México, D.F.

7.13 RECURSOS MATERIALES

- 120 Hojas de papel
- 3 Plumas
- 1 Computadora
- 1 Cartucho de tinta
- 1 Impresora

7.14 FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Autofinanciable con los propios recursos de los integrantes.

7.15 LÍMITE DE TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN

Agosto 2015-Julio2016

7.16 CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO

El siguiente trabajo considera las cuestiones de bioética para la investigación en sujetos humanos.

7.17 CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS EN MATERIA DE INVESTIGACION

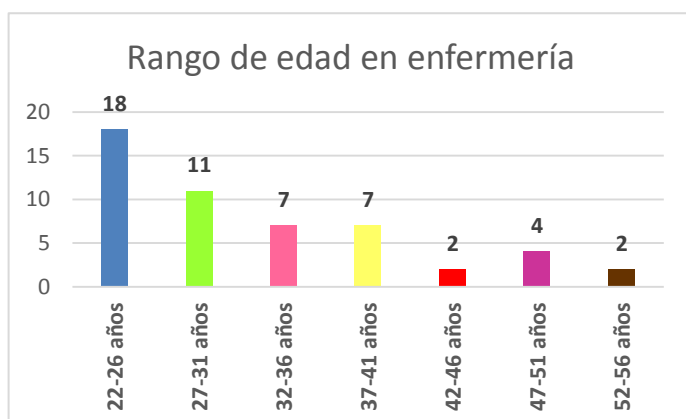
Se tomará como norma la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial de Seúl Octubre 2008

CAPÍTULO VIII

RESULTADOS

EDAD

Con respecto a la edad del personal de enfermería del hospital general de Xoco encontramos los datos siguientes:

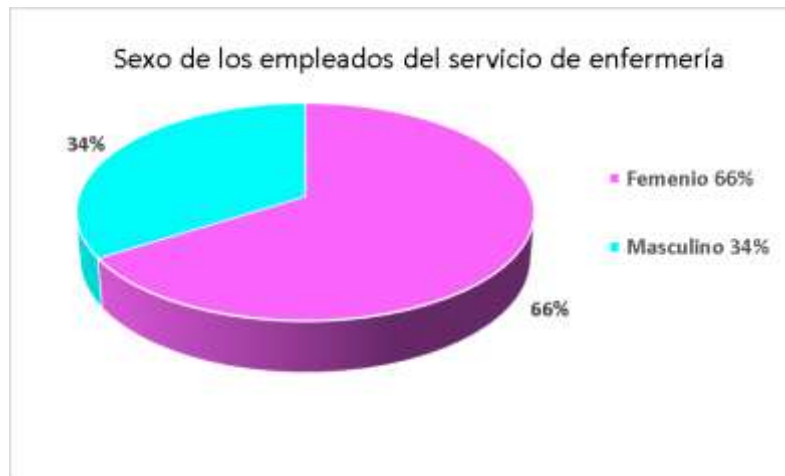


Fuente: Datos obtenidos del hospital Xoco de los servicios de Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Ortopedia, Urgencia, Terapia Intensiva y Quirófano, del turno matutino y nocturno, abril 2016.

Medidas de tendencia central y dispersión	
Media	33.08
Mediana	29
Moda	24
Rango	30
Desviación estándar	8.9

GÉNERO

De 50 empleados del servicio de enfermería, 33 son de sexo femenino y 17 de sexo masculino, de acuerdo a esta información se obtuvo la gráfica que a continuación se muestra

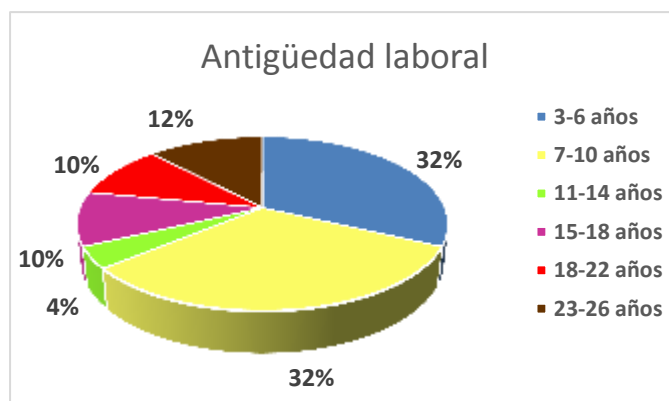
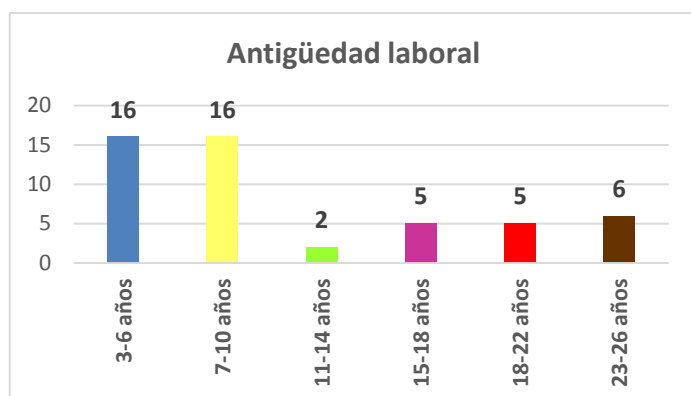


Fuente: Datos obtenidos del hospital Xoco de los servicios de Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Ortopedia, Urgencia, Terapia Intensiva y Quirófano, del turno matutino y nocturno, abril 2016.

ANTIGÜEDAD LABORAL

Con respecto a la antigüedad laboral de las enfermeras del Hospital General de

Xoco se obtuvo lo siguiente:

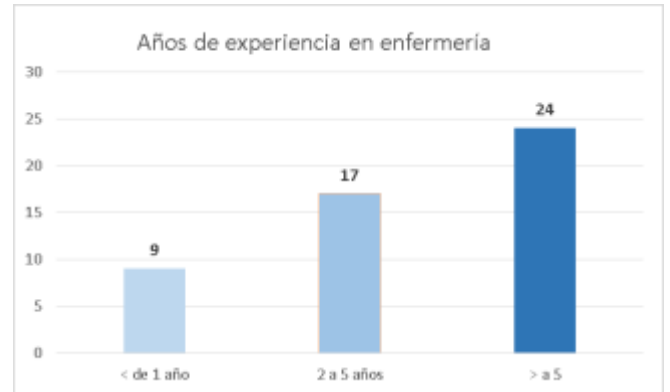
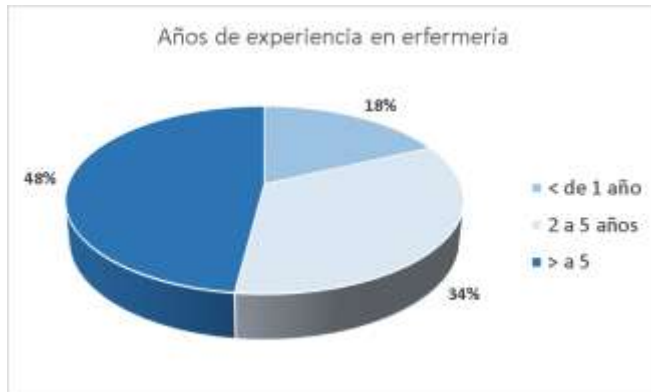


Fuente: Datos obtenidos del hospital Xoco de los servicios de Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Ortopedia, Urgencia, Terapia Intensiva y Quirófano, del turno matutino y nocturno, abril 2016.

Medidas de tendencia central y dispersión	
Media	11.3
Mediana	8.7
Moda	6.5
Rango	24
Desviación estándar	7.0

AÑOS DE EXPERIENCIA

De la experiencia laboral de un total de 50 enfermeras, se encontró dentro de 3 rangos diferentes, la siguiente información.



Fuente: Datos obtenidos del hospital Xoco de los servicios de Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Ortopedia, Urgencia, Terapia Intensiva y Quirófano, del turno matutino y nocturno, abril 2016.

Grado de conocimiento de lavado de manos en Licenciadas y Técnicas

Alto	Medio	Total	
11	7	18	Licenciadas
21	11	32	Técnicas
32	18	50	Total de Enfermería

Grado de Conocimientos

X Bajo: No se obtuvo ninguna encuesta, es decir todas fueron de N ½ y alto

X² experimental: 0.0075

Grado de libertad=1

Se calcula X² de 0.0075

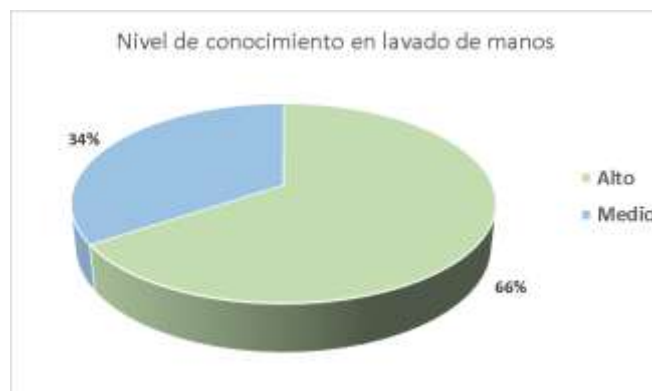
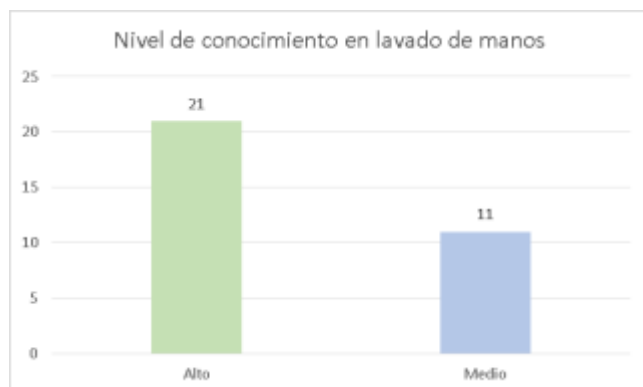
Por lo que la decisión establecida es que se acepte Ho (hipótesis nula) ya que X² experimental < que X² critica con p>0.05.

NIVEL DE CONOCIMIENTO

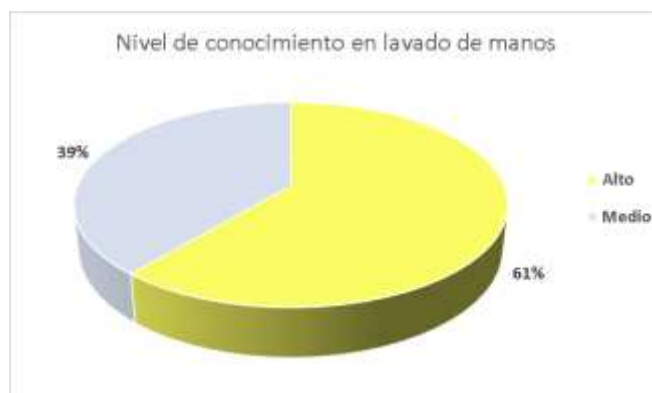
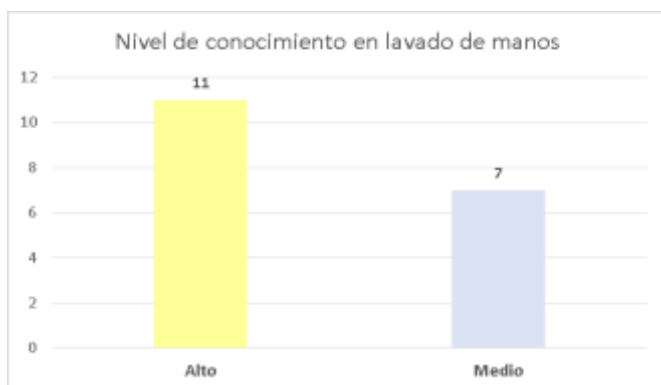
Con respecto al nivel de conocimientos del tema de lavado de manos, se observó dentro de una muestra total de 32 enfermeras que 21 enfermeras de estudios técnicos tienen un alto nivel de conocimientos en el lavado de manos y 11 enfermeras tienen un conocimiento medio en el lavado de manos.

En tanto de las enfermeras de estudios de licenciatura, 11 tienen un alto nivel de conocimiento en el lavado de manos y 7 tienen un nivel medio.

Nivel de Conocimiento de Enfermería nivel Técnico



Nivel de conocimiento de Enfermería nivel licenciatura



Fuente: Datos obtenidos del hospital Xoco de los servicios de Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Ortopedia, Urgencia, Terapia Intensiva y Quirófano, del turno matutino y nocturno, abril 2016.

CAPÍTULO IX

DISCUSIÓN

Los datos presentados en este estudio pueden ser controvertidos, debido a varios factores que pueden influir para cumplir cabalmente con los cinco momentos de lavado de manos. Sin embargo, se ha realizado un esfuerzo para cumplir con la más objetiva interpretación a los resultados obtenidos.

El objetivo central es verificar si el personal de enfermería del Hospital General Xoco lleva a cabo la implementación de los cinco momentos de lavado de manos.

En 1985 el centro de control de enfermedades público las normas del lavado de manos en hospitales y en nuestro país fue hasta 1998 cuando se publica la primera Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998. A pesar de la larga historia de evidencia de lo benéfico que es realizar el lavado de manos por el personal de salud antes y después del contacto con el paciente como una manera eficaz de disminuir la incidencia de infecciones intrahospitalarias.

Con el lavado de manos, eliminamos de nuestras manos la flora bacteriana transitoria que se adquiere por contacto con objetos contaminados y que tienen gran importancia en la cadena de transmisión de las infecciones nosocomiales.

Existen diferentes tipos de lavado de manos, pero el que se valora en este estudio es el lavado de manos clínico apegado a los cinco momentos siendo este el que

es utilizado en el ámbito hospitalario para reducir el número de microorganismos de la piel.

En este estudio el interés primordial es conocer que tanto se lleva a cabo el apego en cuanto a los cinco momentos de lavado de manos por parte del personal de enfermería.

En el estudio se incluyen datos de la población estudiada, evaluando el apego a los cinco momentos de higiene de manos haciendo un análisis comparativo entre categorías.

En cuanto al género, en este estudio se vio el predominio del género femenino, básicamente por referirse al área de enfermería.

La diferenciación por categorías mostró un porcentaje dominante del personal de enfermería de nivel técnico puesto que es de suponer que existe más sensibilidad en personal de nivel técnico sobre la importancia del lavado de manos que en una enfermera de nivel licenciatura.

Por lo cual se acepta H_0 ya que X^2 experimental fue menor que X^2 crítica es decir X^2 experimental de 0.0075 es menor de 4.605 con una P mayor de 0.05.

Con todo lo anterior la hipótesis general no se cumple ya que de acuerdo a los resultados obtenidos el personal de enfermería de nivel técnico tiene mayor nivel

de conocimiento de los cinco momentos de higiene de manos en comparación con los enfermeros de nivel licenciatura; esto es debido a múltiples factores, como años de experiencia , años de antigüedad laboral, y obviamente al azar y a variaciones propias del muestreo, con una muestra de 50, cuando la totalidad de la población de Enfermeras del Hospital rebasa 200.

Cuando el total de Licenciados fue 18, Técnicas 32 marcando un sesgo a favor de los técnicos.

CAPÍTULO X

CONCLUSIÓN

De acuerdo al estudio realizado en el Hospital General Xoco se encontraron los siguientes resultados; de un total de 32 enfermeras de nivel técnico 21 tienen un nivel de conocimiento alto que corresponde a un 66% y solo 11 tienen un nivel de conocimiento medio que corresponde a un 34%.

En tanto que de un total de 18 enfermeras de nivel licenciatura, 11 tienen un nivel alto que corresponde a un 61% y 7 tienen un nivel medio que corresponde a un 39%.

Por lo cual se acepta H_0 ya que X^2 experimental fue menor que X^2 crítica es decir X^2 experimental de 0.0075 es menor de 4.605 con una P mayor de 0.05.

Ya que no existe diferencia estadísticamente sobre los cinco momentos de higiene de manos del nivel de licenciatura y del nivel técnico del Hospital General Xoco.

Las diferencias observadas son derivadas al muestreo y al tamaño de la muestra.

Sin embargo, se concluye que el estudio fue satisfactorio ya que el grado de conocimiento obtenido a través de la encuesta ninguna arrojó un nivel bajo por lo que se cumple con la Norma Oficial y que independientemente del nivel

académico se tiene un grado de conocimiento superior al 60% para cada uno de los niveles Técnico y Licenciatura.

Quedando solamente como una inquietud trabajar el porcentaje de las que tienen nivel medio y en un futuro lograr la meta internacional del 100% en lavado de manos de acuerdo a sus 5 momentos.

Cabe mencionar que el cuestionario realizado al personal de enfermería del Hospital General Xoco arroja un conocimiento de mediano a alto; sin embargo, se observó en general, que el personal de enfermería no realiza los cinco momentos de higiene de manos como lo marca la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005.

.

CAPÍTULO XI

SUGERENCIAS

- a) El presente trabajo abre una línea de investigación en el lavado de manos lo cual sigue siendo el procedimiento más importante para la prevención de infecciones hospitalarias, debido a que logra disminuir los índices de infección hasta un 80% si se realiza de manera adecuada.

- b) Permite enfatizar el fomento de los cinco momentos de higiene de manos.

- c) Concientizar a todo el personal de salud del Hospital General Xoco mediante pláticas, talleres y carteles de los riesgos que ocurren al no llevar los cinco momentos de higiene de manos.

- d) Realizar evaluaciones periódicas sobre el nivel de cumplimiento de los cinco momentos de higiene de manos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

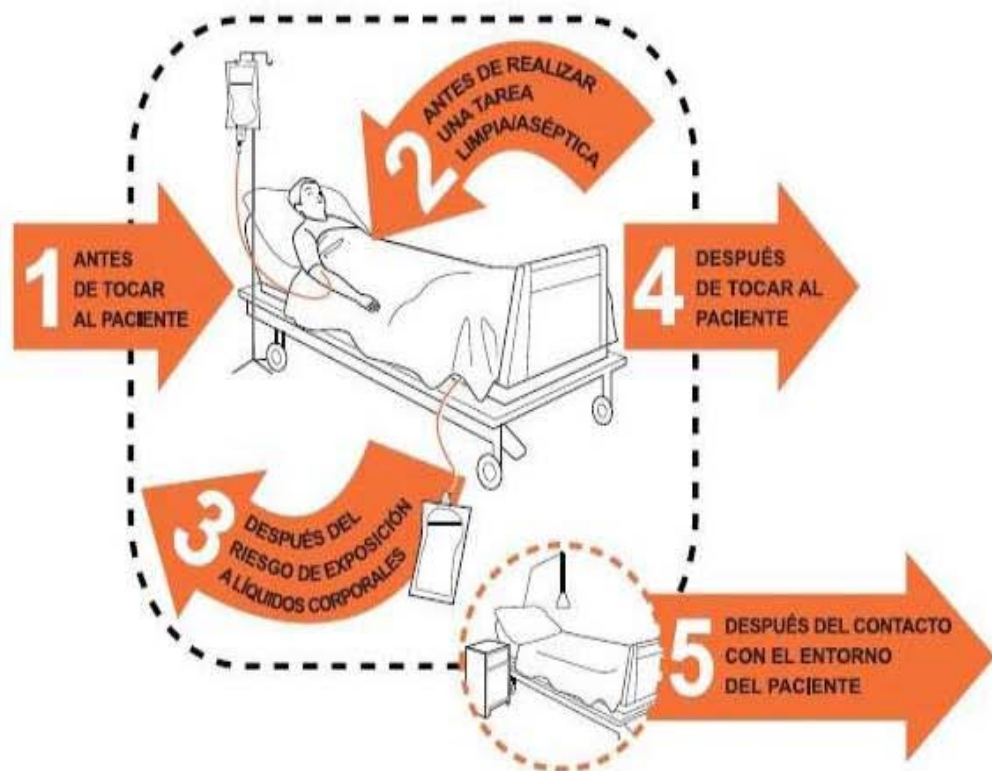
- 1 Apic Association for Professionals in Infections Control Larson E. Guideline for Hand washing and Hand Antisepsis in Health care Settings. 1995.
- 2 Association of Operation Room Nurses. Standards, Recommended Practices and Guidelines hand Scrub Surcial 1997 EEUU Pag. 197-203.
- 3 Barroso A, Cashat C. Infecciones Nosocomiales Registrar para Prevenir, Practica Medica Efectiva. Julio 2004
- 4 Bravo F. El lavado de manos reduce infecciones adquiridas en el hospital. Marzo 2002. (en internet) (Consultado diciembre 2015). Disponible en: <http://www.infodoctor.org>
- 5 Enciclopedia de salud (en internet) (consultado 18 Octubre 2016). Disponible en: <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/fomite>
- 6 García A, Cesar P. Medidas de bioseguridad, precauciones Estándar y Sistemas de Aislamiento. Hospital de Pediatría Centro médico nacional Siglo XXL IMSS. 2002
- 7 Guía de Aplicación de la estrategia mundial de la OMS para la mejora de la higiene de manos 2009
- 8 Guía de Aplicación de la estrategia mundial de la OMS para la mejora de la hygiene de manos 2009.
- 9 Hand Hygiene Technical Reference Manual. OMS 2009.
- 10 Hernández, A., & Guardado, C. (2004). La enfermería como disciplina profesional holística. Revista Cubana de Enfermería, 20(2), 1-8.
- 11 Joint Commission International 2007.
- 12 Kelly M. Operation Room Topics. Inection Control. Mayo 2002.
- 13 Larson E. Guideline for use of tipical antimicrobial agents. Am J Infections Control 2004;16:253-66
- 14 Leddy S. y Pepler J. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional.1ª ed. México: OPS; 1989
- 15 Martínez Martín ML, Chamorro Rebollo E. Evolución histórica del cuidado enfermero. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- 16 MARTÍNEZ, M.: "La relación ciencia y arte", en: Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Métodos hermenéuticos, métodos fenomenológicos y métodos etnográficos, 2a. ed., Trillas, 2006.
- 17 Ministerio de salud. Manual de vigilancia epidemiológica. Lima: MINSA/OGE/Proyecto VIGIA (MINSA-USAID);2003

- 18 NIGHTINGALE, F.: Notas sobre enfermería, Barcelona, España, Salvat, 1958 (1990).
- 19 NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- 20 NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- 21 NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-1998, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- 22 Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA2-2003 Periodo Oficial de la Federación, Sector salud. México. 2003 p.1-32
- 23 OMS. Directrices Sobre Higiene De Las Manos En La Atención Sanitaria. Organización Mundial de la Salud 2005. (en internet) (consultado 10 enero 2016). Disponible en: <http://www.who.int>
- 24 Pacheco E. Administración de los servicios de enfermería. Ed. Síntesis. Madrid. 1995.
- 25 Perspectiva Teórico- Metodológica de Enfermería. Agosto, 2006. (en internet) (consultado 18 octubre 2016). Disponible en: <http://cvonline.uaeh.edu.mx/>
- 26 Potter PA, Perry A. Fundamentos de Enfermería volumen II. Harcourt. OCEANO. 5 edición. España, 2003.
- 27 REYES K, VALDERRAMA A, Olarte N Lemus E. Higiene de manos. Agosto 2006. (en internet) (Consultado 7 de febrero 2016). Disponible en: <http://www.vigepi.com/educación/documentos/x1.pdf>
- 28 Sánchez Ramiro. Filosofía. Barcelona: Enciclopedia Encarta; 2001.
- 29 Schubert V. El Legado Histórico del modelo Nightingale Su estilo de Pensamiento y su Praxis. Revista Horizonte de Enfermería. 1988; 9 (1):7-21.
- 30 Siegel j, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. June 2007. (en internet) (Consultado 5 febrero 2016) Disponible en <http://www.cdc.gov/ncidod/dhgp/pdf>
- 31 Soto B. Conocimientos del personal Auxiliar de Enfermería sobre la Practica en la Prevención de Infecciones Nosocomiales, Junio 2006.
- 32 Steere A, Mallison G. Handwashing practices for the prevention of nosocomial infections. Nov. 1975. (en internet) (consultado 7 de febrero 2016) Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- 33 Torres G., Garza S. Revista de Enfermería del IMMS, Enero-Abril 2001
- 34 Tovar L. Lavado de Manos. Junio 2012. (en internet) (consultado 8 enero 2016) Disponible en <http://www.susmedicos.com/Lavado de Manos.htm>
- 35 World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva;2009

6. ANEXOS

ANEXO 1

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



ANEXO 2



¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

C Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



Frótase las palmas de las manos entre sí;



Frótase la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótase las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótase el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, aparrándose los dedos;



Frótase con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótase la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Una vez secas, sus manos son seguras.

SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

1	
Nombre _____	

Edad _____	Sexo _____
Servicio _____	Antigüedad _____
Nivel de escolaridad	
VI: Lic _____	Tec _____
VD: Nivel de Conocimientos	
Alto <u>14-20</u> _____	_____

$\frac{1}{2}$	<u>7-13</u>	<u> </u>
Bajo	<u><7</u>	<u> </u>

SABANA

N Persona	VI		ALTO	$\frac{1}{2}$	BAJO
	Licenciadas 21	técnicas 18			
1	x		x		
2		x		x	
3	x		x		
4		x		x	
5	x		x		
6		x		x	

7	x		x		
8		x		x	
9	x	x	x		
10	x	x		x	
Total.			x		

CRONOGRAMA DEL PROYECTO.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul
Recolección de Información	x	x	x	x								
Diseño de protocolo	X	X	X	X	X	X	X					
Revisión de Protocolo				X			X					
Presentación del protocolo al comité de investigación							x	x				
Recolección de datos							x	x	x			
Procesamiento de datos								x	x	x		
Análisis estadísticos de									x	x		

los datos												
Presentación de resultados											x	
Publicación de resultados												x

**Cuestionario Centros Hospitalarios
Encuesta sobre Lavado de Manos.**

Esta información es confidencial y será usada para identificar los factores que influyen en el cumplimiento de lavado de manos, con el fin de mejorar esta práctica en el Hospital/Clínica. Por favor sea honesto(a) en sus respuestas, asegúrese de contestar todas las preguntas.

Este cuestionario será aplicado al personal de Enfermería del Hospital General
Xoco

Fecha: _____

Sexo M () F () Años de experiencia profesional en el hospital: <1 año () 2 - 5 años () >5 años ()

Profesión: Técnica en Enfermería _____ Enfermera

Licenciada _____ Otro _____

Antigüedad laboral como personal de enfermería: _____ edad: _____

Estado civil: soltero _____ casado: _____ otro: _____

Número de hijos _____

1.- La razón más importante para que el personal de salud se lave las manos es:

- a. Remover el sucio visible
- b. Prevenir la transferencia de bacterias del hogar al hospital
- c. Prevenir la transferencia de bacterias del hospital al hogar
- d. Prevenir que los pacientes adquieran infecciones en el hospital

2.- ¿Con qué frecuencia lava sus manos antes y después de tocar la piel intacta del paciente, por ejemplo cuando toma el pulso ó mide la presión arterial?

- a. Siempre
- b. Frecuentemente
- c. Algunas veces
- d. Nunca

3.- ¿Con qué frecuencia lava sus manos antes y después de tocar un paciente, ó una superficie contaminada en el hospital?

- a. Siempre
- b. Frecuentemente
- c. Algunas veces
- d. Nunca

4.- Estime con qué frecuencia sus compañeros se lavan las manos antes y después de tocar un paciente, ó una superficie contaminada en el hospital.

- a. Siempre
- b. Frecuentemente
- c. Algunas veces
- d. Nunca

5.- ¿Cuál de los siguientes agentes de lavado de manos reseca menos sus manos?

- a. Jabón sólido y agua
- b. Jabón antimicrobiano
- c. Alcohol gel ó en spray

6. Con relación a infecciones intrahospitalarias y el uso de esmaltes, uñas largas ó acrílicas, señale la respuesta correcta:

- a. No constituyen un riesgo para los pacientes
- b. Las uñas cortas con esmaltes transparentes ó claros no constituyen riesgo
- c. Las uñas largas con ó sin esmalte y las acrílicas son medios de transferencia de bacterias
- d. Uñas acrílicas son el único medio para la transferencia de bacterias

7.- Con relación al uso de guantes, señale el enunciado correcto:

- a. No necesito lavarme las manos cuando voy a usar guantes estériles
- b. No necesito lavarme las manos después de quitarme los guantes
- c. Me lavo las manos antes y después de quitarme los guantes
- d. No necesito lavarme las manos cuando me cambio guantes entre un paciente y otro.

8.- Marque la razón por las que usted no se lava las manos antes y después de manipular un paciente.

- a. Los agentes utilizados para el lavado de manos me causan irritación y resequedad
- b. El tiempo es insuficiente
- c. Poco personal
- d. Sobrecarga de trabajo

9.- Dentro de las medidas de prevención y control de infecciones, usted considera que el lavado de manos es:

- a. Poco importante
- b. Es importante, pero no fundamental
- c. Es la base principal para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias
- d. No tiene ninguna importancia

10.- ¿Cuál es el primer momento de la higiene de manos?

- a) Antes del contacto con el paciente
- b) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
- c) Después del contacto con el entorno del paciente
- d) Antes de realizar tarea aséptica

11.- ¿Cuál es el segundo momento de lavado de manos?

- a) Antes del contacto con el paciente
- b) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
- c) Después del contacto con el entorno del paciente
- d) Antes de realizar tarea aséptica

12.- ¿Cuál es el tercer momento de lavado de manos?

- a) Antes del contacto con el paciente
- b) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
- c) Después del contacto con el entorno del paciente
- d) Antes de realizar tarea aséptica

13.- ¿Cuál es el cuarto momento de lavado de manos?

- a) Después del contacto con el paciente
- b) Antes del contacto con el paciente
- b) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
- c) Después del contacto con el entorno del paciente

14.- ¿Cuál es el quinto momento de lavado de manos?

- a) Después del contacto con el paciente
- b) Antes del contacto con el paciente
- b) Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
- c) Después del contacto con el entorno del paciente

15.- ¿Cuál es el tiempo que debe durar un adecuado lavado de manos con agua y jabón?

- a) 40-60segundos
- b) 50-70segundos
- c) 40-90segundos
- d) 15-20segundos

16.- ¿Cuál es el tiempo que debe durar el lavado de manos con solución alcohol gel?

- a) 30segundos
- b) 50segundos
- c) 1minuto
- d) 2minutos

17.- Con relación al uso de guantes, señale el enunciado correcto:

- a. No necesito lavarme las manos cuando voy a usar guantes estériles
- b. No necesito lavarme las manos después de quitarme los guantes
- c. Me lavo las manos antes y después de quitarme los guantes
- d. No necesito lavarme las manos cuando me cambio guantes entre un paciente y otro.

18.- ¿Cuál es día internacional del lavado de manos?

- a) 15 de octubre
- b) 6 de diciembre
- c) 15 de febrero
- d) 20 de noviembre

19.- ¿Cuál es la Norma Oficial Mexicana que mención la importancia de llevar a cabo el lavado de manos?

- a) NOM-003-SSA2-1993
- b) NOM-045-SSA2-2005
- c) NOM-081-SSA1-1994
- d) NOM-168-SSA1-1998

20.- ¿Cuál es la meta internacional que menciona la importancia de llevar a cabo una higiene correcta de manos?

- a) Meta Internacional numero 1
- b) Meta Internacional numero 2
- c) Meta Internacional numero 3
- d) Meta Internacional numero 5

