

CONOCIMIENTO ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD RELACIONADOS CON EL LAVADO DE MANOS CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

VIOLETA DE VITA,⁽¹⁾ GUILLERMO WEISBURD,⁽²⁾ * DANIEL BELTRAMINO,⁽³⁾ ENRIQUE BUSSI⁽⁴⁾

1) Residente de Cardiología, Sanatorio Británico de Rosario; 2) Director de la Carrera de Medicina, Universidad Abierta Interamericana (UAI), Sede Regional Rosario; 3) Jefe de Trasplante Hepático, Grupo Oroño, Rosario; 4) Profesor Adjunto de Enfermedades Infecciosas, UAI Rosario.

Resumen

Introducción: A pesar del considerable progreso en el manejo de complicaciones, las infecciones intrahospitalarias continúan siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad en Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos: Determinar el nivel de conocimiento y el cumplimiento de la práctica sobre el lavado de manos frente a los procedimientos y manipulación de pacientes que tiene el personal de salud que participa en el estudio.

Material y Métodos: Estudio descriptivo transversal y estudio analítico intervencionista prospectivo, ambos realizados durante 4 meses mediante encuestas y observaciones directas de la técnica de la higiene de manos antes y después de una charla educativa.

Resultados: El 60% de los encuestados fueron médicos de los cuales 80% conoce la correcta técnica del lavado de manos; se pudo constatar mediante las observaciones directas que el cumplimiento del lavado de las manos por parte de éstos fue de un 56% antes y 78% después de la intervención; el 16% fueron enfermeros de los cuales el 50% conoce la correcta técnica del lavado de manos y el cumplimiento del lavado fue del 45,7% antes y 55,7% después de la intervención.

Conclusiones: solo 61,2% de los encuestados conoce la correcta técnica del lavado de manos. Existe una mejoría significativa en el impacto de la intervención educativa para promover el lavado de manos antes y después de brindar atención a los pacientes.

Palabras clave: lavado de manos; seguridad del paciente; infecciones intrahospitalarias

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF HEALTH PERSONNEL REGARDING HAND WASHING IN A CLINICAL INTENSIVE CARE UNIT

Summary

Introduction: Despite considerable progress in the management of complications, nosocomial infections remain an important cause of morbidity and mortality in intensive care units. The present study tried to determine the level of knowledge and compliance with the practice of handwashing procedures and handling of patients among Health Personnel in an ICU.

Material and Methods: A descriptive cross-sectional and interventional prospective analytical study, conducted over four months both through surveys and direct observations of the technique of hand hygiene before and after an educational talk.

Results: 60% of respondents were physicians, of which 80% knew the correct hand washing technique; direct observations

* Correo electrónico: guillermo.weisburd@uai.edu.ar

confirmed that compliance with handwashing was 56% before and 78% after the intervention; 16% were nurses of which 50% knew the correct technique of hand washing; and among them washing compliance was 45.7% before and 55.7% after the intervention.

Conclusions: Only 61.2% of respondents knew the correct hand washing technique. There is a significant improvement following educational intervention to promote hand washing before and after providing care to patients.

Keywords: *handwashing; patient safety; nosocomial infections*

INTRODUCCIÓN

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud son una de las complicaciones durante la internación de pacientes y son una causa frecuente de demanda de consulta médica en todos los niveles de atención.¹ Estos eventos adversos aumentan la morbimortalidad, comprometen la seguridad del paciente y del personal de salud, prolongan la estadía hospitalaria, pueden producir discapacidades y aumentar la resistencia antimicrobiana de la antibioticoterapia. Se calcula que del 25 al 33% de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) presentan complicaciones asociadas al uso creciente de nuevas tecnologías y procedimientos invasivos, necesarios para el diagnóstico y tratamiento. Esta situación representa una carga considerable de salud tanto para el paciente y su familia como para los Servicios de Asistencia Pública, impactando en todos los aspectos socioeconómicos involucrados.²

La posibilidad de adquirir una infección nosocomial está determinada por factores referentes al paciente (edad, inmunidad, comorbilidades, malnutrición) y a aquellas intervenciones invasivas que intensifican el riesgo (procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y quirúrgicos).³

El paciente está expuesto a diversos microorganismos durante la hospitalización y aunque se conocen en términos generales los gérmenes patógenos condicionantes de procesos infecciosos adquiridos en la comunidad, el espectro microbiano se amplía en aquellos que requieren cuidados intensivos, al agregarse los patógenos adquiridos en la estancia hospitalaria con perfiles de susceptibilidad antimicrobiana menos predecibles, producto, en parte, del fenómeno de selección

antimicrobiana. Las infecciones nosocomiales pueden ser causadas por un microorganismo transmitido por otra persona, objeto inanimado o sustancias contaminadas en el hospital o proveniente de la propia flora del paciente.³

El personal de salud se encuentra expuesto al contacto con múltiples gérmenes patógenos, situación que lo convierte en potencial portador y transmisor de dichos patógenos a otros pacientes. De manera que en la atención de pacientes es importante tener las manos limpias.

Su higiene es la medida de control más simple, sencilla y económica que permite controlar las complicaciones infecciosas debidas a microorganismos patógenos institucionales y disminuir su transmisión; a su vez hace más segura la asistencia sanitaria tanto del paciente como de quienes lo cuidan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal y estudio analítico intervencionista prospectivo. Entre el 3 de diciembre de 2012 y el 31 de marzo de 2013 se realizó un muestreo no probabilístico consecutivo mediante la realización de 111 encuestas anónimas, con preguntas cerradas dicotómicas a completar y de opción múltiple a todo el personal de salud que asistió pacientes internados en una UCI de un sanatorio privado de la ciudad de Rosario (la encuesta original validada por la Organización Mundial de la Salud y por la Organización Panamericana de la Salud⁴⁻⁶ fue modificada para que se pudiera adaptar al trabajo de investigación). Y mediante observación directa de la práctica del lavado de manos de los trabajadores de la salud que ingresaron o estaban presentes en la UCI antes de que recibieran

una charla educativa sobre el lavado de manos clínico y después para relevar la efectividad de la intervención educativa. Se contó con el consentimiento voluntario de cada participante, aunque para que resultara objetiva, desconocía el momento en que se producía la observación.

Metodología educativa utilizada: se realizaron charlas-talleres teóricoprácticos de 30 minutos de duración en la que se mostró la correcta técnica del lavado de manos apoyada con folletos ilustrativos y con participación activa del personal a través de preguntas y aportes de su experiencia.

Se observó al personal de salud de la siguiente manera: 70% en cuatro oportunidades, 20% en tres oportunidades y 10% solo en una oportunidad. Todas las observaciones fueron realizadas por el mismo investigador, desde corta distancia, antes y después de cada contacto del personal de salud con el paciente.

Caracterización de la población: médicos, enfermeros, auxiliares de diagnóstico, nutricionistas, kinesiólogos, instrumentistas, mucamas y camilleros que desarrollaron su labor en la UCI, los cuales previamente brindaron su consentimiento para participar en el trabajo de investigación de manera voluntaria. Cada registro de datos fue identificado por un número de tal modo que la filiación del personal de salud y su derecho a la confidencialidad fueran resguardados. A la población estudiada se le informó la metodología a emplear para la confección de las encuestas.

Criterio de selección de inclusión/exclusión: Para la encuesta se tomó una muestra de 111 trabajadores de salud, que desempeñaban su labor en la UCI. Se excluyeron personas menores a 19 años, al personal de mantenimiento, al personal administrativo y a los familiares de los pacientes internados. Para la observación directa se tomó al personal de salud que ingresó a la UCI o que estuvo presente en el momento de la observación y que tuvo contacto directo con los pacientes.

Variables analizadas en las encuestas: sexo; edad; profesión; antigüedad en el servicio; capacitación previa sobre la higiene de manos; grado de conocimiento sobre: principal vía de transmisión cruzada de microorganismos (MO)/ acciones que previenen la transmisión de los MO / duración del lavado de manos clínico / tiempo de fricción de manos con preparados de base alcohólica / circunstancias y elementos que deben evitarse durante la atención de pacientes en el Servicio / medidas de aislamiento / técnica correcta del lavado

de manos; Importancia que el personal de salud cree que tiene el lavado de manos en relación a las infecciones intrahospitalarias; frecuencia de realización de la higiene de manos.

Variables analizadas en las observaciones directas: equipo mínimo para realizar el lavado de manos clínico; lavado de manos previo y posterior a la atención del paciente; adecuado tiempo utilizado para el lavado de manos; requerimiento del uso de guantes; lavado previo y posterior al uso de guantes; proceso del lavado de manos.

Métodos estadísticos utilizados: Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel 2010 y para su análisis se confeccionaron cuadros estadísticos. La descripción de los datos cualitativos se presentó en forma de frecuencias absolutas y porcentajes. La diferencia entre proporciones se evaluó mediante el test de Chi-cuadrado de Pearson con $P < 0,05$ y test de contingencia C.

El grado de conocimiento del personal de salud se consideró satisfactorio con 6 o más respuestas correctas en las encuestas. Escala de medición de conocimientos: 0 a 3 respuestas correctas = malo; 4 a 5 respuestas correctas = regular; 6 respuestas correctas = bueno; 7 respuestas correctas = muy bueno; 8 respuestas correctas = excelente.

RESULTADOS

La edad promedio del personal de salud de una UCI de un sanatorio privado fue de 36 años con un desvío en ± 9 años.

El 60% fueron médicos sin discriminar la especialidad; 16% correspondió a Enfermería; 14% a Técnicos, incluyendo Técnicos de Laboratorio, de Rayos X y de Hemodiálisis; 6% a Personal no Técnico: camilleros y mucamas; 4% correspondió a Otros incluyendo Kinesiólogos, Nutricionistas e Instrumentadores quirúrgicos.

La mayoría del personal de salud había sido capacitado para realizar el lavado de manos en los últimos 3 años; los más capacitados fueron los de Enfermería, Técnicos y no Técnicos, mientras que solamente la mitad de los Médicos, recibió capacitación.

El 27% del personal de salud desconoce cuál es la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes (ver Figura 1).

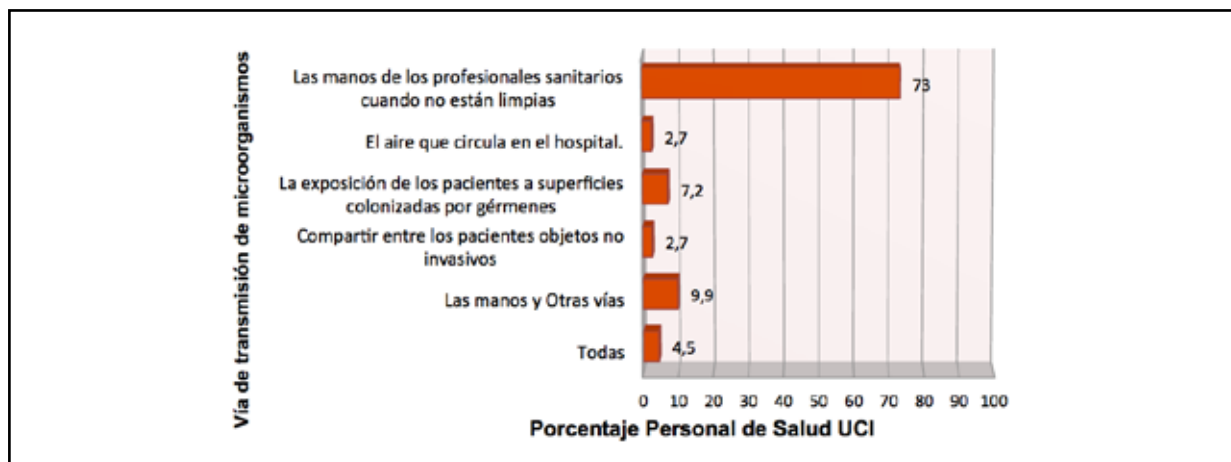


Figura 1. Conocimiento que posee el personal de salud acerca de la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes.

El 73% no conoce cuáles son las acciones de higiene de las manos que previene la transmisión de microorganismos (ver Figura 2).

El 41% desconoce cuál es el tiempo de duración del lavado de manos clínico (ver Figura 3).

El 58% desconoce cuál es el tiempo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos (ver Figura 4).

Los principales motivos de incumplimiento del lavado aducidos fueron “la falta de tiempo y el desconocimiento de la técnica”.

El 92,8% no conoce las medidas de aislamiento de contacto, respiratorio y/o entérico.

El 38,8% desconoce cuál es el orden en que debe realizarse el lavado de manos clínico (ver Figura 5).

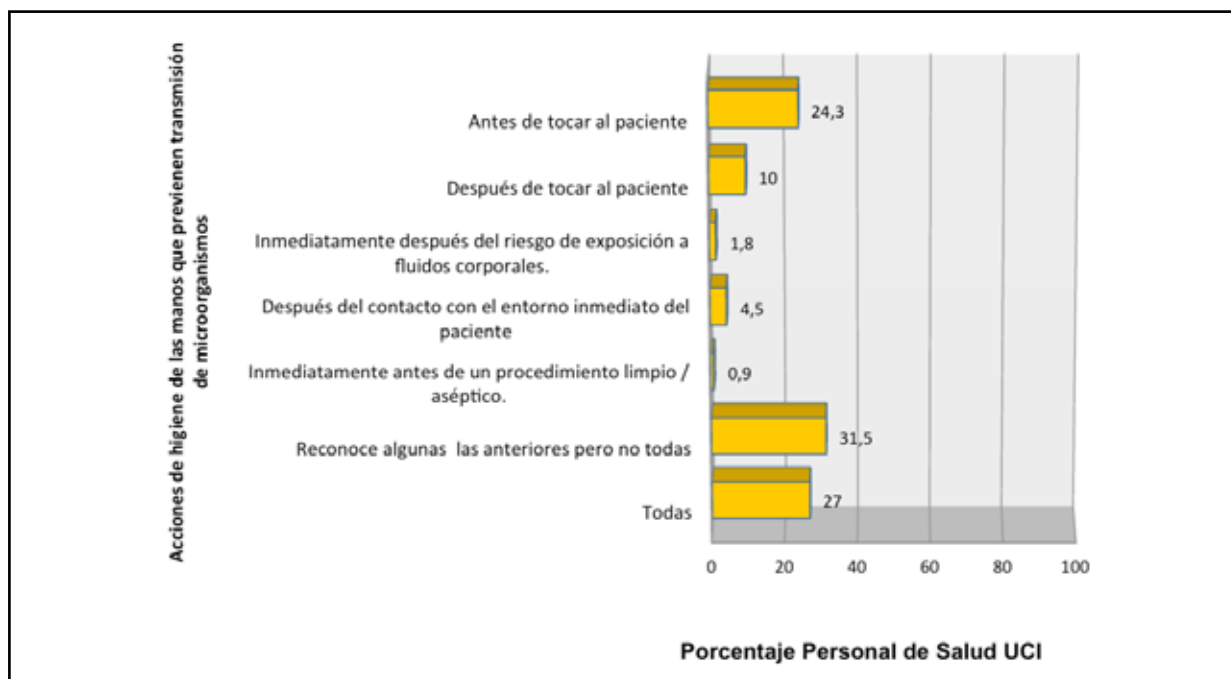


Figura 2. Conocimiento del personal de salud acerca de cuáles de las acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos.

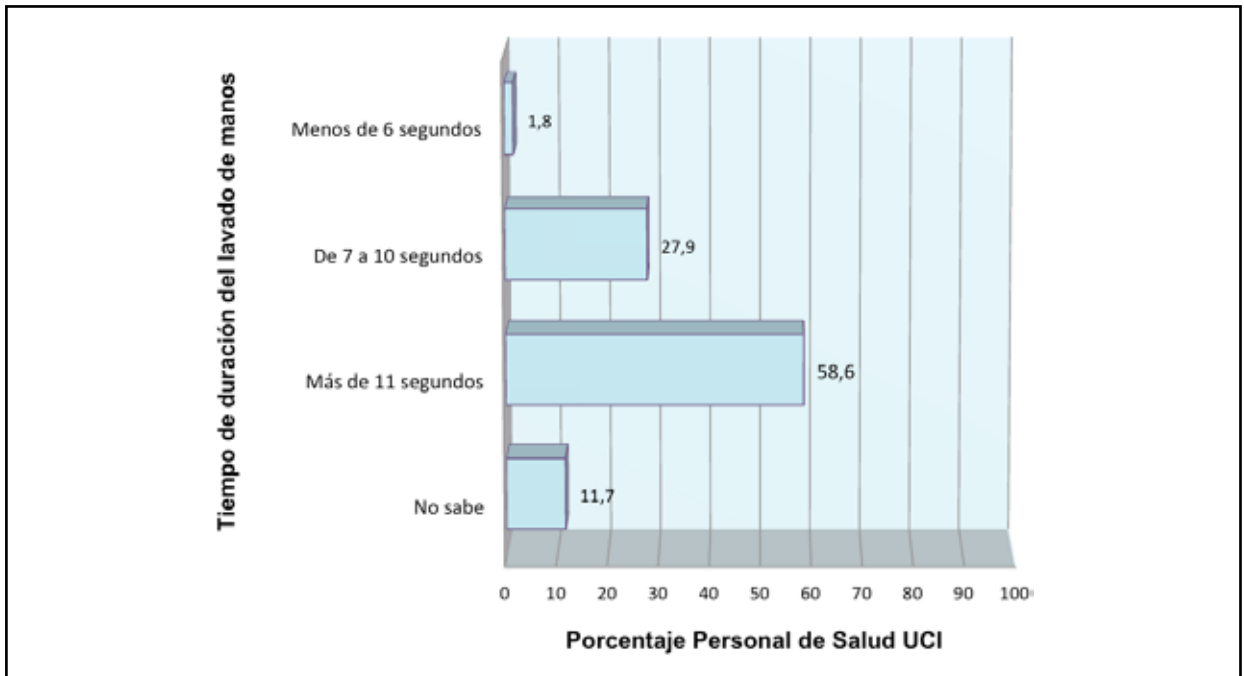


Figura 3. Conocimiento que posee el personal de salud acerca del tiempo de duración del lavado de mano clínico.

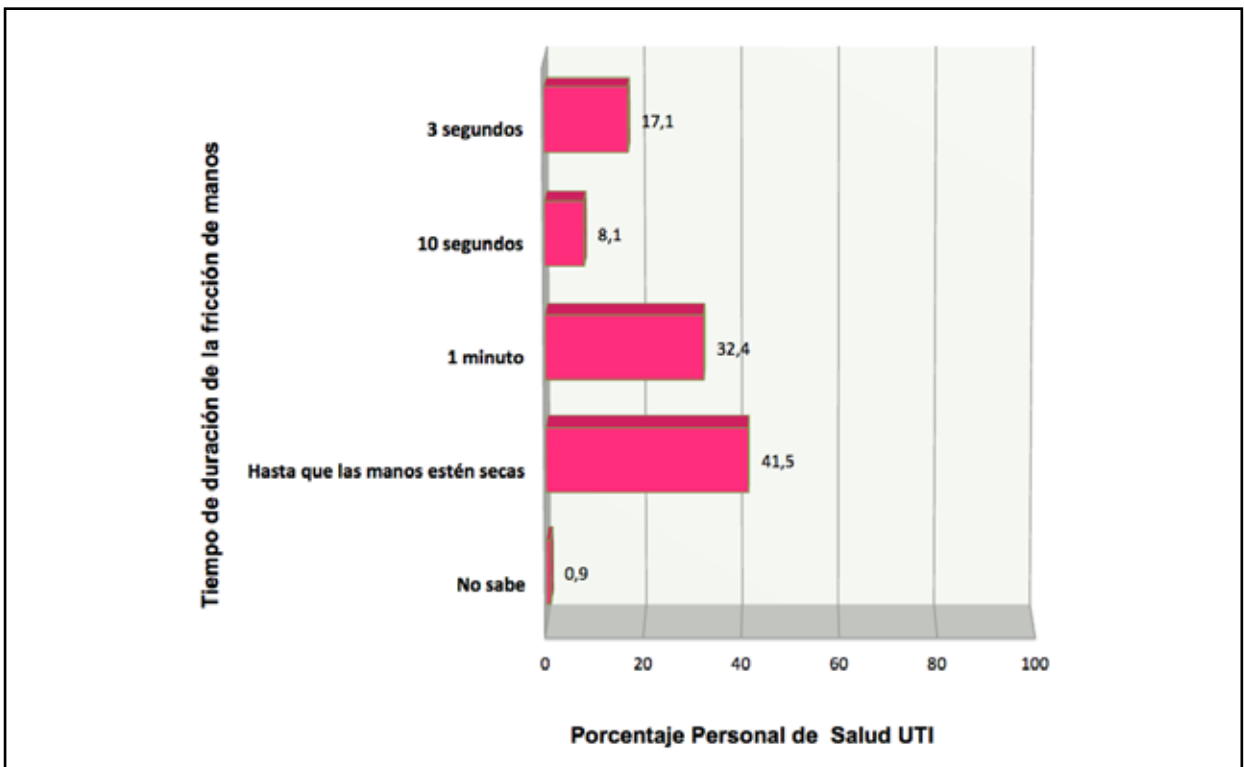


Figura 4. Conocimiento del personal de salud acerca del tiempo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes.

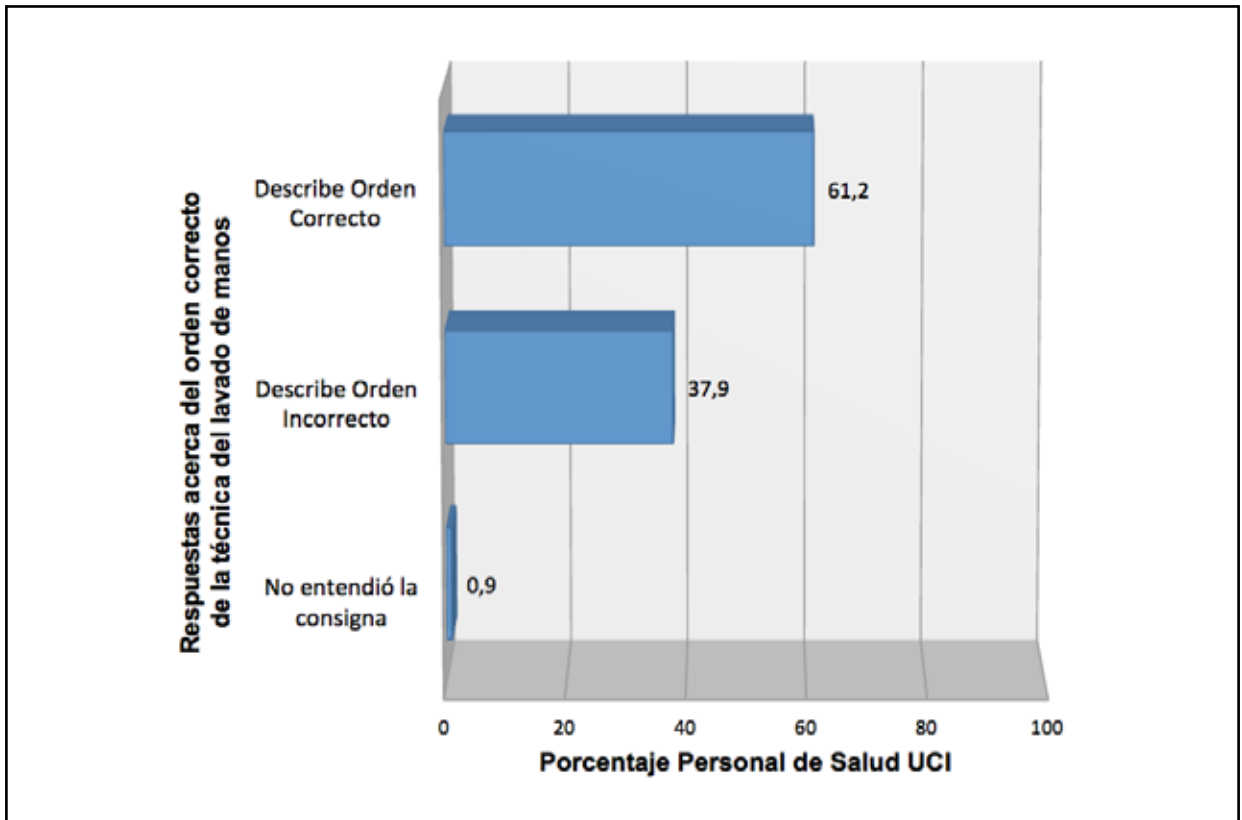


Figura 5. Conocimiento del personal de salud acerca de cuál es el orden en que debe realizarse el lavado de manos clínico.

El 47% contestó que realiza siempre la higiene de manos antes del contacto con el paciente. En el 70% de las observaciones realizadas pre-capacitación se observó que el personal de UCI no se lavó las manos con agua y jabón antes de atender a un paciente aunque en 20% usó alcohol en gel. En la postcapacitación descendió al 47% el personal que no se lavó las manos con agua y jabón y al 10% los que usaron alcohol en gel. Para determinar si la capacitación realizada incrementó el lavado de manos se realizó un test de Chi-cuadrado con un $\alpha = 0,05$, observando 19,03, por lo que *existe una relación estadísticamente significativa*; lo que demuestra que no se debe al azar sino que la capacitación *aumentó fuertemente* el lavado de manos del personal de salud (ver Tabla I).

El 87% desconoce cuáles son los elementos o circunstancias (joyas, uñas largas, lesiones cutáneas, uso de teléfono celular) que deben evitarse durante la atención de pacientes.

Todo el personal de salud que se desempeña en la

UCI contó en todo momento con el equipo mínimo para realizar el lavado de manos.

En el 45% de las observaciones realizadas en la pre-capacitación el personal no se lavó las manos con agua y jabón después de atender a un paciente, pero 24% usó alcohol en gel. En el 34% de las observaciones realizadas en la postcapacitación se observó que el personal no se lavó las manos con agua y jabón después de atender a un paciente pero 15% usó alcohol en gel. Para determinar si la capacitación realizada incrementó el lavado de manos después de atender un paciente se realizó un test de Chi-cuadrado con un $\alpha = 0,05$ observando 4,20; existe una relación *estadísticamente significativa*, aunque débil, entre las dos instancias; por lo que no se debe al azar sino que la capacitación *aumentó el lavado de manos* del personal de salud (ver Tabla II).

El 90% usó guantes adecuadamente tanto en la pre como en la postcapacitación durante los procedimientos que requerían su uso; mientras que 61% actuó adecuadamente en procedimientos que no lo requerían.

Tabla I. Cumplimiento del lavado las manos antes de brindar atención al paciente pre y postcapacitación.

Etapas	Pre – Capacitación		Post – Capacitación		TOTAL Que se lavó las manos
	Si se lavaron	Total observado	Si se lavaron	Total observado	
Médicos	19	62	40	56	59
Enfermeros	29	83	39	74	68
Personal Técnico	2	18	6	27	8
Personal No Técnico	0	9	0	9	0
Otros Profesionales	3	5	7	8	10
TOTAL	53	177	92	174	145

En la precapacitación el 40% se lavó las manos con agua y jabón antes de colocarse los guantes y en la post-capacitación aumentó a 50% con una disminución muy importante en el uso de alcohol en gel (de 9 a 3). Para determinar si existió una relación estadísticamente significativa entre el lavado de manos previo al uso de guantes antes y después de la capacitación se aplicó el test del Chi-cuadrado con un $\alpha = 0,05$ obteniendo 2,4; esta relación demuestra que se debió exclusivamente al azar y la capacitación no influyó en ellos.

En el 59% de observaciones realizadas en la pre

y post-capacitación, el personal de salud no se lavó las manos con agua y jabón antes de atender a un paciente. De los que sí se lavaron las manos sólo el 23% utilizó el tiempo adecuado para realizar el mismo pre-capacitación aumentando al 48% luego de la charla educativa. Para saber si estos cambios producidos se deben a la intervención de la capacitación se aplicó el test del Chi-cuadrado con un $\alpha = 0,05$; el resultado de 2,85 indica que no existe una relación estadísticamente significativa en los cambios de las actitudes del personal de salud de UCI debido a la capacitación; los resultados se deben al azar.

Tabla II. Cumplimiento del lavado las manos después de brindar atención al paciente pre y postcapacitación.

Etapas	Pre-Capacitación		Post-Capacitación		TOTAL que se lavó las manos
	Si se lavaron	Total observado	Si se lavaron	Total observado	
Médicos	39	62	47	56	86
Enfermeros	46	83	51	74	97
Personal Técnico	7	18	8	27	15
Personal No Técnico	0	9	0	9	0
Otros Profesionales	5	5	8	8	13
TOTAL	97	177	114	174	211

DISCUSIÓN

Sólo el 47% de los encuestados afirma lavarse las manos antes de tener contacto con el paciente y el 70% después del mismo. Esto no difiere de otras observaciones donde se constató que poco menos de la mitad lo cumple antes y el 60% lo cumple después de tocar al paciente.

Observamos además que la adherencia al lavado de manos se sitúa en grados equiparables a los estudios que se mencionan a continuación, realizados en ámbitos similares.

Tenias y col.⁶ muestran un efecto beneficioso en la adherencia al lavado de manos con una tasa de cumplimiento que está entre un 29 y un 87%. Nuestros resultados son similares aunque hemos encontrado que hubo una mejoría en la utilización de guantes, a pesar de que estos resultados se debieron exclusivamente al azar.

En el estudio de Mahfouz y col.⁷ el incumplimiento de la higiene de manos es del 41%, porcentaje similar al observado en el presente estudio.

Para Borges y col.⁸ el cumplimiento del lavado de manos fue estadísticamente significativo entre los trabajadores de la salud. El lavado de manos antes y después de contacto con el paciente mejoró del 40% al 76%, superior a los del presente estudio. Esto puede deberse al tiempo de investigación, que fue 3 veces mayor al nuestro, y al tamaño de la muestra utilizado, que un 32,76% menor.

Bolon⁹ realizó un metaanálisis de 34 estudios efectuados entre 1981 y el 2000 y encontró que el cumplimiento del lavado de manos en los trabajadores sanitarios es del 40%, porcentaje inferior al de nuestro estudio.

Respecto al uso de guantes en procedimientos que no estaban indicados, en el presente estudio es del 39%, y fue de entre el 19 y el 27,7% en el estudio de Tenias y col.⁶

Encontramos que el 60% expresa haber recibido instrucción previa sobre el lavado de manos en los últimos 3 años; el personal con mayor capacitación fueron enfermería, técnico y no técnico en relación a los médicos y otros profesionales. Sin embargo estos dos últimos fueron quienes conocen la correcta técnica y sólo 43% de los enfermeros, 18% de los técnicos y ninguno de los no técnicos se lavaron las manos durante las observaciones. Esto muestra que no es suficiente el conocimiento sino el cumplimiento.

El personal encuestado argumentó que el incumplimiento se debe a: *Falta de tiempo* en el 41,4%, mientras que en el estudio de Anaya y col.¹⁰ es del 28,4% por el mismo motivo; *Irritación de piel* 6,3% y 9,6% respectivamente y por *Falta de insumos* 19,8% en el nuestro y 31,8% en el de Anaya y col.¹⁰ No obstante, el 100% del

personal observado contó con el equipo mínimo¹² a la hora de realizar el lavado de manos, por lo tanto la falta de insumos constituye una excusa y no una verdadera causa.

Solo un paciente le reclamó al médico de la UCI que se lavara sus manos antes de examinarlo, como se ve plasmado en varios estudios publicados.¹⁰⁻¹⁴ Según Pittet y col.¹³ los pacientes deberían saber e idealmente, recordarles a los profesionales de la salud que los atienden, la importancia de la higiene de manos, en especial antes de que vayan a tener contacto directo con ellos. Consideramos que la sociedad debe saber la implicancia que tiene el lavado de manos y que pueda influir en la prevención de las infecciones hospitalarias; pero no por ello debemos eximirnos de la responsabilidad de brindar la mejor atención al paciente y cuidar su seguridad.

El 87% del personal encuestado desconoce cuáles son los elementos o circunstancias que deben evitarse (joyas, uñas largas, lesiones cutáneas, etc) durante la atención de pacientes en el Servicio; razón por la cual en la mayoría de los casos no se cumplen las medidas prácticas para el control de las infecciones hospitalarias¹⁴.

En el estudio de Huaroto Valdivia y col.¹⁵ se identificó que *frotar los dedos de las manos entre sí con los dedos entrelazados* (21%), *frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta manteniendo unidos los dedos* (18%) y *frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa* (13%) fueron los pasos que menos se cumplen por el personal de salud observado, situación similar a nuestro estudio. Sin embargo nuestros porcentajes de cumplimiento fueron superiores en las secuencia 5 y 6 con 71% y 37% respectivamente y menor en la secuencia 8 con un porcentaje de cumplimiento del 10%.

CONCLUSIONES

El objetivo del trabajo fue alcanzado; se pudo apreciar que el grado de conocimiento que posee el personal de salud resultó ser escaso, solo el 61,2% de los encuestados conoce la correcta técnica del lavado de manos.

Las observaciones han tenido como finalidad determinar el grado de cumplimiento de las prácticas de higiene de manos por parte del personal de salud y evaluar la repercusión de la intervención educativa.

Existe una mejoría significativa en el impacto de la intervención educativa para promover el lavado de manos antes y después de brindar atención a los pacientes.

(Recibido: mayo de 2014. Aceptado: julio de 2014)

REFERENCIAS

1. Boletín Subdirección Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1993. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd46/conductas.pdf>
2. XI Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI). Ministerio de Salud, Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos G. Malbrán". Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata, mayo de 2011.
3. OMS. *Guía práctica: Prevención de las infecciones nosocomiales*, 2ª edición. USAID, 2003.
4. Recomendación del Consejo de Europa. Comité de Ministros 376. Estrasburgo, 26 de octubre de 1984.
5. *CDC guidelines for handwashing and hospital environmental control*. Amer J Infect Control 14: 110-29, 1986.
6. Tenias J, Mayordomo C, Benavent M. *Impacto de una intervención educativa para promover el lavado de manos y el uso racional de guantes en un hospital comarcal de Valencia, España*. Rev Calidad Asist 24: 36-41, 2009.
7. Mahfouz A, El Gamal M, Al-Azraqi T. *Hand hygiene non-compliance among intensive care unit health care workers in Aseer Central Hospital, south-western Saudi Arabia*. Int J Infect Dis 17: e729-32, 2013.
8. Borges L, Rocha L, Nunes M. *Low compliance to handwashing program and high nosocomial infection in a Brazilian hospital*. Interdiscipl Perspect Infect Dis 2012; 2012:579681.
9. Bolon M. *Hand hygiene*. Infect Dis Clin North Am 25: 21-43, 2011.
10. Anaya V, Ortiz S, Hernández V. *Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. Estudio de sombra*. Rev Enferm Inst Mex Seg Social 15: 141-6, 2007.
11. Dirección Comité de Infecciones Intrahospitalarias. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. *Norma N° 4 "Lavado de Manos"*. Servicio de Salud Valdivia, Hospital Base de Valdivia, 2008. http://www.ssaldivia.cl/normas_iih/2008/
12. Grant A, David Hofmann D. *Patients' health motivates workers to wash their hands*. <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/08/110830165013.htm>
13. Pittet D. *Not all doctors want hand-washing reminders*. Reuters Health, New York. <http://www.reuters.com/article/2012/09/04/us-hand-washing-reminders-idUSBRE88312D20120904>
14. Lizzi A, Almada G, Clara L. *Medidas prácticas para el control de infecciones hospitalarias*. Ediciones Colihue; Buenos Aires, 2011.
15. Huaroto Valdivia LM, Lam C, Mucha R, y col. *Impacto de un programa de capacitación para la prevención de infecciones intrahospitalarias en un hospital general*. Trauma Fund MAPFRE 24: 126-31, 2013.



UAI
Universidad Abierta Interamericana
El futuro sos vos

**MEDICINA Y
CS. DE LA SALUD**

uai.elfuturososvos
@UAInow
www.uai.edu.ar

i Av. Pellegrini 1816 (S2000BUS) Rosario
Tel/Fax: (+54) 0341 440-8010
E-Mail: uairosario@uai.edu.ar



**INGRESO
2015**



MEDICINA 6 AÑOS

INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA 3 AÑOS

LIC. EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA 5 AÑOS

LIC. EN NUTRICIÓN 4 AÑOS

LIC. EN PRODUCCIÓN DE BIOMÁGENES 4 AÑOS

ENFERMERO PROFESIONAL 2,5 AÑOS

Apéndice: Encuesta

Sexo: Mujer Varón

Edad en años: 19-29 30-39 40-49 50-59 60-69 ≥70

Profesión:

Médico/a

Laboratorio de Microbiología

Enfermera/o

Imágenes

Laboratorio de Bioquímica

Otro _____

Antigüedad en el Servicio: <1 año 1-3 años 4-6 años >6 años

¿Ha sido capacitado para realizar higiene de sus manos en los últimos 3 años? Sí No

¿Alguna vez su paciente le pidió que se lave /desinfecte sus manos antes de examinarlo? Sí No

En caso afirmativo ¿qué hizo Usted? _____

¿Cuál de las siguientes es la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes?

Las manos de los profesionales sanitarios cuando no están limpias.

El aire que circula en el hospital.

La exposición de los pacientes a superficies colonizadas por gérmenes (Camas, sillas, mesas, suelos).

Compartir entre los pacientes objetos no invasivos (estetoscopios, tensiómetros, termómetros, etc.).

¿Cuáles de las siguientes acciones de higiene de las manos previene la transmisión de microorganismos?

Antes de tocar al paciente.

Después de tocar al paciente

Inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales.

Después del contacto con el entorno inmediato del paciente.

Inmediatamente antes de un procedimiento limpio/aséptico.

¿Cuál es el tiempo de duración del lavado de manos clínico?

Menos de 6 segundos.

7-10 segundos.

Más de 11 segundos.

No sabe.

¿Cuál es el tiempo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos?

3 segundos.

10 segundos.

1 minuto.

Hasta que las manos estén secas.

¿Cuáles de los siguientes elementos o circunstancias deben evitarse durante la atención de pacientes en el Servicio, ya que se asocian con una mayor probabilidad de colonización de las manos por microorganismos patógenos?

- Uso de joyas.
- Lesiones cutáneas.
- Uñas largas / postizas.
- Uso regular de cremas de manos.
- Uso de teléfono celular.

A su juicio, ¿cuál es el principal motivo del incumplimiento del lavado de manos en el Personal de Salud?

- Desconocer la técnica.
- Falta de tiempo.
- Irritación de manos.
- Falta de medios (jabón, toallas de papel, fácil acceso al lavamanos).
- Otro _____

¿Cuáles de las siguientes es Medida de Aislamiento?

- Contacto Respiratorio Entérico

Señale el orden (del 1° al 7°) en que debe realizarse el lavado de manos clínico.

- a) () Aplicar jabón líquido (de 3 a 5 ml).
- b) () Retirarse reloj, pulseras, anillos luego subirse las mangas hasta el codo.
- c) () Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada.
- d) () Aclarar con abundante agua.
- e) () Secarse las manos con toalla de papel.
- f) () Frotar las manos al menos durante 10-15 segundos: palma con palma, palmas sobre dorsos, espacios interdigitales, muñecas.
- g) () Abrir el grifo y mojarse las manos.

¿Qué importancia cree Usted que tiene el lavado de manos en relación a las infecciones intrahospitalarias?

- Nada importante.
- Muy poco importante.
- Poco importante.
- Algo importante.
- Bastante importante.
- Muy importante.
- De total importancia.

¿Con qué frecuencia realiza Usted la higiene de manos en las siguientes situaciones?

Marque con una cruz el casillero correspondiente.

Procedimiento	Nunca	Casi nunca	A menudo	Casi siempre	Siempre
Antes del contacto con el paciente					
Antes de realizar una tarea limpia / aséptica					
Después del riesgo de exposición a fluidos corporales					
Después del contacto con el paciente					
Después del contacto con el entorno del paciente					
Antes de colocarse guantes					
Después de quitarse los guantes					

El noventa y nueve por ciento de lo que eres, es invisible e intocable.

R. BUCKMINSTER FULLER
(ARQUITECTO E INGENIERO ESTADOUNIDENSE, 1895-1983)

La risa es la distancia más corta entre dos personas.

VÍCTOR BORGE