

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN
LA PRACTICA DE LAVADO DE MANOS CLINICO EN EL
PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA LIMA 2019**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**AUTORA:
BEATRIZ KATERIN SALCEDO BURGA**

**CALLAO 2019
PERÚ**

HOJA DE REFERENC RADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DR. JUAN MANUEL LARA MARQUEZ SECRETARIO
- MG. EDUARDO VALDEMAR TRUJILLO FLORES VOCAL

ASESOR: DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 134

Fecha de Aprobación de tesis: 23/10/2019

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU/FCS de fecha 30 de Octubre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mis padres que son mi guía, y mis hermanos, por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias de Salud de la Universidad Nacional del Callao por los conocimientos aportados y al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa por brindarme las facilidades para acceder a la información necesaria a fin de elaborar el presente trabajo.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
TABLAS DE CONTENIDO.....	4
FIGURAS DE CONTENIDO.....	6
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCION.....	10
I. CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	12
1.2 Formulación del Problema.....	14
1.2.1 Problema General	14
1.2.2 Problema Especifico.....	15
1.3 Objetivos.....	15
1.3.1 Objetivo General	15
1.3.2 Objetivos Específicos	15
1.4 Limitantes de la investigación.....	15
1.4.1 Limitante teórico	15
1.4.2 Limitante temporal.....	16
1.4.3 Limitante espacial.....	16
II. MARCO TEORICO.....	17
2.1 Antecedentes del estudio	17
2.1.1 Antecedentes internacionales	17

2.1.2 Antecedentes internacionales	21
2.2 Base teórica.....	24
2.3 Base conceptual	28
2.3.1 Factores personales e institucionales.....	28
2.3.2 Práctica de lavado de manos clínico	33
2.3 Definicion de Terminos Conceptuales	41
III. HIPOTESIS Y VARIABLES.....	44
3.1 Hipotesis.....	44
3.1.1 Hipótesis general.....	44
3.1.2 Hipótesis específicas.....	44
3.2 Definición conceptual de las variables.....	44
3.2.1 Operaciobnalización de variables.....	46
IV. DISEÑO METODOLÓGICO	48
4.1 Tipo y Diseño de investigacion	48
4.1.1 Tipo de Investigación.....	48
4.1.2 Diseño de la Investigación.....	48
4.2 Método de investigación	49
4.3 Población y Muestra	49
4.4 Lugar de estudio y período desarrollado	50
4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de Informacion	51
4.6 Analisis y procesamiento de Datos.....	53
V. RESULTADOS	55

5.1 Resultados descriptivos.....	55
5.2. Resultados inferenciales.....	63
VI. PRESUPUESTO	67
6.1 Contrastación de la hipótesis.....	67
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares	73
6.3 Responsabilidad ética.....	76
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES.....	78
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
ANEXOS.....	84
ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	85
ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	87
ANEXO 03: INSTRUMENTO.....	89
ANEXO 04: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	94

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 5. 1: Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según sexo:	55
Tabla 5. 2: Personal de enfermería según grupo étnico que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según edad.	56
Tabla 5. 3: Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según nivel de estudio	57
Tabla 5. 4: Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según tiempo de servicio	58
Tabla 5. 5: Factores personales e institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019	59
Tabla 5. 6: Factores personales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.....	60
Tabla 5. 7: Factores institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.....	61
Tabla 5. 8: Práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia en el Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.....	62

Tabla 5. 9: Recategorización de variable 1	63
Tabla 5. 10: Total de Recategorización de Variable 1	64
Tabla 5. 11: Recategorización de variable 2.....	65
Tabla 5. 12: Total de Recategorización de Variable 2	66
Tabla 6. 1: Relación entre Factores Personales e Institucionales y Práctica del lavado de manos clínico.....	68
Tabla 6. 2: Escala de correlaciones de Pearson.....	68
Tabla 6. 3: Resumen del modelo de regresión lineal simple.....	69
Tabla 6. 4: Análisis de Varianzas.....	70
Tabla 6. 5: Coeficientes ^a	71

FIGURAS DE CONTENIDO

Gráfico 5. 1: Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según sexo	55
Gráfico 5. 2: Personal de enfermería según grupo etáreo que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según edad	56
Gráfico 5. 3: Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según nivel de estudio.....	57
Gráfico 5. 4: Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según tiempo de servicio.....	58
Gráfico 5. 5: Factores personales e institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.....	59
Gráfico 5. 6: Factores personales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019 ..	60

Gráfico 5. 7: Factores institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.....	61
Gráfico 5. 8: Práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia en el Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.....	62
Gráfico 6. 1: Curva de Fisher	70
Gráfico 6. 2: Recta de regresión lineal.....	73

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar que factores Personales e Institucionales influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019. El trabajo es de investigación aplicada de enfoque cuantitativo, prospectivo y de corte transversal. El diseño es no experimental e hipotético – deductivo. Su población fue de 40 licenciados de enfermería del área de emergencia (Topico de Medicina,Topico de Cirugia,Observacion de varones,Observación de mujeres,Trauma Shock,Triaje). Su técnica de estudio fue la encuesta y la ficha observacional, siendo los instrumentos una encuesta de 18 ítems y una lista de cotejo de 22 ítems. En los resultados se demuestra que el 57.5% de los encuestados fueron mujeres y 42.50% fueron hombres; el 65% laboró en el servicio de emergencia cuyas edades oscilan entre los 30 a 40 años, el 25% sin mayores de 40 y 10% son menores de 30 años de edad; el 50% tiene el nivel de especialista, el 30% son licenciados 12.5% tiene maestría y 7.5% tiene doctorado; el 45% tiene de 3 a 10 años de tiempo de servicio, el 37.5% más de 10 años y el 17.5% menos de 3 años; el 87.5% de los encuestados manifestaron que los factores personales e institucionales es medio, el 7.5% es bajo y el 5% es alto; en la encuesta se ve que el 52.5% de los factores personales que influyen en el lavado de manos es alto, el 40% es medio y 7.5% es bajo; asimismo el 92.5% de los encuestados dicen que los factores institucionales en el personal de enfermería es medio, el 5.0% es bajo y el 2.5% es alto; por último se demuestra que el 55% en la práctica de lavado de manos del personal de enfermería es inadecuado; un 40% es adecuado y un 5% es muy adecuado.

Palabras clave: Factores personales e institucionales, práctica del lavado de manos clínico.

ABSTRACT

The purpose of this research work is to determine what Personal and Institutional factors influence the practice of clinical handwashing in the Emergency Professional of the José Casimiro Ulloa Hospital Lima - 2019. The work is of applied research of quantitative approach , prospective and cross-sectional. The design is non-experimental and hypothetical - deductive. Its population was 40 nursing graduates from the area of emertence (Topic of Medicine, Topic of Surgery, Observation of men, Observation of women, Trauma Shock, Triage), being its sample of 36 graduates. His study technique was the survey and the observational record, the instruments being a survey of 18 items and a checklist of 22 items. The results show that 57.5% of the respondents were women and 42.50% were men; 65% worked in the emergency service whose ages range from 30 to 40 years, 25% without over 40 and 10% are under 30 years of age; 50% have the level of specialist, 30% are licensed 12.5% have a master's degree and 7.5% have a doctorate; 45% have 3 to 10 years of service time, 37.5% more than 10 years and 17.5% less than 3 years; 87.5% of respondents stated that personal and institutional factors are medium, 7.5% are low and 5% are high; in the survey it is seen that 52.5% of the personal factors that influence handwashing are high, 40% are medium and 7.5% are low; 92.5% of respondents also say that institutional factors in nursing staff are medium, 5.0% are low and 2.5% are high; Finally, it is shown that 55% of nursing staff handwashing practice is inadequate; 40% is adequate and 5% is very adequate.

Keywords: Personal and institutional factors, clinical handwashing practice.

INTRODUCCION

El lavado de manos es de suma importancia para evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas en un ambiente sanitario. Por ese motivo la organización mundial de la salud (OMS) a desarrollado desde hace mas de una decada un serie de campañas que muestran en lavado de manos clínicos como indicador de calidad que salvaguarda la seguridad del paciente y del personal de salud, además promueve concientizar y aumentar el conocimiento que posee el personal en este tema, incentivar la practica de mano clinico evitando de esta manera las infecciones nosocomiales.

En los últimos tiempos el número de infecciones intrahospitalarias se ha ido incrementado; constituyendo hoy en día un importante problema de salud pública no solo para los pacientes, sino también para la familia, la comunidad y el Estado.

Dentro de este contexto, la intervención de higiene de las manos propuesta por el Medico Semmelweis representó la primera evidencia de que la higiene de manos ante el contacto con los clientes podría reducir los índices de infecciones.

Paralelo a esto, en el contexto de Enfermería, Florence Nightingale se caracteriza como impulsora del lavado de manos; siendo función de la enfermera la restauración de la salud, era inherente a estas acciones de higiene de las manos a fin de promover la seguridad del paciente y propagación de un ambiente terapéutico seguro.

Por ello la importancia de que el profesional de enfermería deba considerar el lavado de manos como una acción y medida inherente a su quehacer profesional ya que al lavarse las manos después del contacto con un paciente, el enfermero pone un obstáculo a la diseminación bacteriana, en

especial de un paciente a otro; así debe aplicar la técnica correcta con las pautas indicadas por el Ministerio de salud (MINSA) ya que esto implica limitar en la medida posible la transferencia de microorganismos de un paciente a otro.

El presente estudio titulado “ Factores Personales e Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería en el servicio de Emergencia del Hospital Casimiro Ulloa Lima-2019.

El trabajo es de investigación aplicada de enfoque cuantitativo, prospectivo y de corte transversal. El diseño es no experimental – deductivo. Su población fue de 40 licenciados de enfermería del área de emergencia donde se aplica un cuestionario de 18 ítems de factores personales e instituciones como influye en el personal de enfermería y una lista de cotejo de 22 ítems de lavado de manos clínico.

La tesis está organizado de la siguiente manera: En el capítulo I, se hizo una narración del problema tomando en cuenta estudios a nivel mundial para luego localizarnos en la presente investigación, posteriormente planteamos el problema de la investigación, los objetivos de la investigación y la finalidad e importancia, en el capítulo. En el capítulo II, detallamos las bases teóricas, los estudios previos de tipo internacional como nacional, así como los conceptos que determinan el marco conceptual; en el capítulo III se realizó la formulación de la hipótesis general y las específicas, así como se definió las variables del estudio; en el Capítulo IV, el marco metodológico precisando el método, tipo, nivel, población, muestra de la investigación, y las consideraciones éticas que se usaron para el presente trabajo; en el Capítulo V, las técnicas e instrumentos para recoger la información, así como el procesamiento de los mismos. En el capítulo VI, la discusión de los resultados en base a los estudios previos y los resultados del presente trabajo, luego las conclusiones y recomendaciones y finalmente las referencias bibliográficas, y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

A pesar del conocimiento de la eficacia de la higiene de manos y lo simple que resulta la técnica con la practica constante, el lavado de manos es descuidado frecuentemente por el personal de salud.

Estudios de investigación realizados sobre la practica de lavado de manos efectuadas en diferentes hospitales ha sido pobre a veces un 8% con un promedio de 40% de cumplimiento del protocolo del lavado de manos.

Según las Directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre higiene de manos, las infecciones relacionadas con atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como a los de escasos recursos. (1)

En las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona “Cuando las manos no esten visiblemente sucias, se pueden limpiar frotándose durante treinta segundos con un desinfectante a base de alcohol, considerando como medio habitual preferente para higienizar de forma rápida, eficaz y mejor tolerado que lavar las maos con agua y jabón; y cuando esten visiblemente sucias o manchadas de sangre u otro fluido corporales, o después de usar el inodoro, se deben lavar con agua y jabón durante cuarenta a sesenta segundos”. (1)

Las infecciones intrahospitalarias (IIH) también llamadas infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) constituyen hoy en día un importante problema de salud pública, local, nacional e internacional, no solo para los pacientes, sino también para la familia, la comunidad y el

Estado , por su efecto sobre la salud, en el aumento de la morbimortalidad y los costos que implica, constituyendo así un desafío para las instituciones de salud y el personal de salud responsable de la atención; por ser un evento adverso que se puede prevenir en los pacientes. (2)

Se considera una infección intrahospitalaria a todo proceso infeccioso transmisible, local o sistémico que se inicia durante la estadía en Emergencia después de transcurrir las 48 horas. Incluye también las infecciones contraídas en el hospital pero que aparecen después que el paciente fue dado de alta y las que se registran entre el personal y los visitantes del hospital.

Las infecciones intrahospitalarias se presentan tanto en países desarrollados como en naciones en desarrollo; donde aproximadamente cada día 1,4 millones de pacientes en el mundo adquieren una infección de este tipo. En los países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención médica es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo incluso, la proporción de pacientes afectados supera el 25% . (2)

En el Perú, un estudio en el año 2016 realizado en 70 hospitales con más de 1500 egresos por año, se evidenció una prevalencia de 3,7% de infecciones intrahospitalarias, siendo las áreas más afectadas en la Emergencia y Unidad de Cuidados Intermedios; causadas por bacterias y ciertos hongos oportunistas de la flora endógena del paciente, las infecciones exógenas adquiridas por asistencia médica, inserción de dispositivos médicos o el ambiente hospitalario. (3)

En el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa en el área de Emergencia, se observa al personal de Enfermería realizar procedimientos invasivos sin previa higiene de manos, lo que nos permiten afirmar que no

se respeta los cinco momentos importantes de la higiene de manos, establecidos en las Directivas del Ministerio de Salud y de obligatorio cumplimiento en todos los centros asistenciales; al preguntarles sobre los cinco momentos del lavado de manos, mucho de ellos no refieren la información adecuado al tema; esta anomalía se produce además porque no emplean el tiempo adecuado para el lavado, esto se puede corroborar inclusive al momento de la observación , algunos enfermeros mencionan como razones justificadoras la excesiva demanda de pacientes; otros aducen el excesivo número de procedimientos durante el turno, falta de insumos, falta de capacitaciones en el personal, lo que los lleva a realizar los procedimientos de manera rutinaria y de forma mecánica sin ser conscientes de que estarían contribuyendo a la propagación de infecciones intrahospitalarias.

En el Monitoreo realizado por la oficina de Epidemiología de Hospital Jose Casimiro Ulloa se recibieron 20,015 pacientes de los cuales 52 pacientes presentaron Infecciones Intrahospitalarias y sobre la adherencia de lavado de manos realizados por servicios monitoreados en el primer trimestre , la mayor proporción de observados se dio por el servicio de Emergencia con un 18.4% (153 observados).

Conscientes de este problema de la salud de la Infecciones Asociadas a Salud se planteo el siguiente problema de Investigacion.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuáles son los factores que influyen en la práctica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019?

1.2.2 Problema Especifico

¿Cuáles son los Factores Personales que influyen en la práctica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019?

¿Cuáles son los Factores Institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar que factores influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.

1.3.2 Objetivos Específicos

Identificar que Factores Personales influyen en la practica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.

Identificar que Factores Institucionales influyen en la practica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico

Está determina por la existencia de investigaciones similares a la presente tesis. Además se trabajará con los conceptos de las variables Factores personales e Institucionales y práctica de lavado de manos clínico, así como los conceptos de sus dimensiones.

1.4.2 Limitante temporal

Falta de disponibilidad de algunos de los profesionales de la muestra estudiada, debido al trabajo continuo, ya que se realiza en un período de tiempo, el cual será presente sobre una población y muestra determinados.

1.4.3 Limitante espacial

Falta de accesibilidad para la aplicación del instrumento en el área de estudio, sin antes pasar por un proceso de evaluación de la investigación realizada por la institución en el servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa de Lima situada en el distrito de Miraflores.

II. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

MORAN, J; GIMENO, A; MARTINEZ, E; SANCHEZ, J.2014.

“CONOCIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA” ESPAÑA.

Objetivo: evaluar el conocimiento sobre Higiene de Manos en estudiantes de enfermería.

Metodología: Fue semi – experimental, descriptivo. La muestra la conformaron 63 alumnos del 2ª y 3ª años de Enfermería, a quienes se le aplico el cuestionario de la OMS, técnica la entrevista.

Resultados: Se encontró que el 74,34% tenían un mayor conocimiento sobre el tema, el 88,8% saben que las manos del personal sanitario son la principal vía de transmisión de gérmenes. Sin embargo, sólo el 28,8% son conscientes que los pacientes son la principal fuente de gérmenes.

Conclusión:“Se concluyó que los alumnos tienen un conocimiento mayor sobre la Higiene de manos, sin embargo debe ser un tema constantemente reforzado”. (4)

DE VITA, Weisburo; G, Beltramino; BUSSI, E. 2014 “CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD RELACIONADOS CON EL LAVADO DE MANOS CLÍNICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN ARGENTINA”. **Objetivo:** fue 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.

Metodología: Fue una investigación descriptivo, transversal y analítico intervencionista prospectivo. La muestra la conformaron 111 profesionales

de la salud (médicos, enfermeros, auxiliares de diagnóstico, nutricionistas, instrumentistas y camilleros) que laboran en la UCI.

Conclusión: Se encontró que el 60% de los encuestados eran médicos de los cuales 80% conoce la correcta técnica del lavado de 23 manos; el 16% fueron enfermeros de los cuales el 50% conoce la correcta técnica. Se concluyó que el 61.2% del personal encuestado conoce la técnica de lavado de manos, por tal motivo se necesita constantes capacitaciones sobre el tema. (5)

GONZABAY, H; GONZÁLEZ, A. 2013 “INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS HOSPITAL MANGLARALTO SANTA ELENA”.

Objetivo: determinar la prevenciones de infecciones hospitalarias en el hospital malglarato de santa elena”.

Metodología: su estudio realizado es de campo tipo descriptivo con un enfoque cualitativo.

Resultados: Se concluyó que el 60% no posee conocimientos, Por otro lado un 78% no realiza de manera adecuada las barreras físicas y un 76% no utiliza de manera correcta las barreras protectoras frente a la eliminación de desechos y/o fluidos corporales, y por ultimo un 64% no hay una buena realización de técnicas asépticas correctas, por ello se realiza su investigación ya que esto puede causar las IIH.

Conclusión: Por lo cual se implementa una propuesta de capacitación a cerca de las IIH con el objetivo de fortalecer sus conocimientos y el manejo adecuado para la prevención de infecciones intrahospitalarias. (6)

MORALES, M; ORTIZ, E. 2013 “CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y SU INFLUENCIA EN LA PRESENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES MÁS COMUNES EN ENFERMOS QUE SE ENCUENTRAN EN EL ÁREA DE UCI DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO”. **Objetivo:**

determinar los cuidados de enfermería y su influencia en la presencia de infecciones nosocomiales en los pacientes en área de uci del hospital provincial docente Ambato.

Metodología: Estudio descriptivo enfoque cuantitativo.

Conclusión: se concluyó que el 27 % del personal de enfermería durante la asistencia sanitaria no cumple con las medidas de bioseguridad, aunque ponen de manifiesto que siempre realizan el lavado de manos, se encontró un microorganismo *Shigella Sp* >100.000 unidades formadoras de colonias (ufc), además en el lavamanos existe *Escherichia coli* y en el agua *Aeromonas hydrophila* las cuales se utilizan para la higiene diaria de las manos, y solo el 43% el personal de enfermería utiliza el equipo de protección Individual para reducir las posibilidades de infección. (7)

GONZALES BRAVO, Rodrigo Antonio. 2012. Talca-Chile

“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA”. **Objetivo:** fue describir los factores que influyen en la adherencias lavado de manos en el personal de salud.

Metodología: el método fue descriptivo - cuantitativo. La muestra estuvo conformado por 38 funcionarios de un total de 74 personales de salud los cuales contestaron un cuestionario.

Conclusiones : “Hay tres factores que influyen en la adherencia de lavado de manos son: productos que causan irritación y sequedad, no pensar en la técnica y olvidarla, estar ocupado o tener poco tiempo. 97% considera que es un método de alta eficacia para prevenir Infecciones intrahospitalarias 68% considera que no requiere esfuerzo para realizar la higiene de manos”. (8)

MARTOS CEREZUELA, Alfonso. 2011. Málaga – España

“HIGIENE DE MANOS. EVALUACIÓN DE ACTITUDES, CONOCIMIENTOS Y CONDUCTAS EN PROFESIONALES

SANITARIOS”. **Objetivo:** describir las actitudes, conocimientos y conductas en profesionales sanitarios, evaluar la intención de conducta antes y después del contacto con el paciente, así como los conocimientos y las actitudes sobre la higiene de las manos en personal sanitario de un centro de salud urbano.

Metodología: El método fue descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 48 profesionales sanitarios los cuales contestaron un cuestionario de 60 ítems.

Conclusión: Se realizaron las siguientes conclusiones: “La actividad de higiene de manos se realiza más con fines de autoprotección al paciente. Presencia de conceptos erróneos y falta de actualización de los conocimientos relacionados con la higiene de manos”. (9)

DÍAZ CALDERÓN, Yurani Patricia. 2010. Marlana-Colombia
“CONOCIMIENTO Y PRACTICA DE LAVADO DE MANOS DEL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DEL TERCER NIVEL DE COLOMBIA”.

Objetivo: determinar el conocimiento y practica de lavado de manos del personal de salud que labora en una institución hospitalaria.

Metodología: El método fue descriptivo, la muestra estuvo conformada por 10 profesionales los cuales contestaron un cuestionario también se realizó la observación estructurada.

Conclusión: “Se determinó los conocimientos que posee el personal de salud con relación al lavado de manos y aspectos relacionados; se encontró un promedio bajo con relación a las respuestas correctas; los resultados obtenidos en el test de conocimientos evidencian aspectos negativos, puesto que un alto porcentaje presenta confusión en cuanto a lavado y antisepsia de manos, lo cual es preocupante porque no se tiene claridad de la temática en mención, constituyéndose en un elemento que contribuye a que no haya un adecuado lavado de manos al momento de brindar la atención al paciente”. Los aspectos evaluados con promedios bajos fueron

frecuencia, técnica. Los aspectos evaluados con promedio regulares fueron materiales y tiempo. (10)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

MARQUEZ, M; PEREZ,L. 2016 “CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DE MANOS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA, HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU”, LIMA. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento sobre higiene de manos en el personal de salud, del servicio de emergencia del Hospital Emergencias Grau.

Metodología: El estudio fue descriptivo con enfoque cuantitativo de corte transversal, la muestra la conformaron 17 Médicos, 37 Enfermeras y 20 Técnico de enfermería.

Conclusión: Se encontró que el 74.8% tienen conocimiento medio sobre la HM, el 54.8% tienen un nivel medio sobre generalidades y 83.8% tiene un nivel de conocimiento medio sobre procedimiento. (11)

SALDARRIAGA, Barreto; CÓRDOBAS, K. 2015 “ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL JOSÉ ALFREDO MENDOZA OLAVARRÍA II-2” TUMBES – PERÚ”. **Objetivo:** determinar la adherencia al lavado de manos del personal de salud de dicho nosocomio.

Metodología : Fue cuantitativo, de tipo descriptivo simple no experimental. La muestra la conformaron 88 profesionales de la salud, de los cuales fueron: 27 médicos, 25 enfermeros, 25 técnicos en enfermería y 11 obstetras.

Conclusión: Se encontró que el 70% de ellos no cumplió con el lavado de manos rutinario, en los servicios de neonatología y gineco-obstetricia se encontró que existe el mayor porcentaje que cumple lavado de manos, entre adecuado y regular. (12)

RIVERA, R; CASTILLO, G; ASTETE. M; LINARES; V. 2015 “Medidas básicas de prevención de infecciones intrahospitalarias para modificar conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) del profesional de salud (enfermeros)”.**Objetivo:** determinar el conocimiento, actitudes y prácticas de prevención de infecciones intrahospitalarias.

Metodología: El tipo de estudio es prospectivo de intervención, de los resultados se dio como conclusión donde >50% desde un comienzo mostraron niveles adecuados en conocimiento, actitudes y prácticas. Obteniendo en conocimiento solamente un (p<0,004) y en la aplicación de prácticas (<0,001) del profesional de enfermería, no obstante en el área de hospitalización especializada se mostró con mayor CAP que el básico, solo un (<0,001) se muestra mejoría en prácticas después de la intervención.

Conclusión: Por tanto en el manejo de la bioseguridad constante paso de 1% a 89,8% mostrando que aún hay deficiencias en la aplicación de medidas de bioseguridad. (13)

ALANCAY VIOLETA, Noemi. 2010. Lima - Peru “NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENE EL PERSONAL DE SALUD SOBRE LAVADO DE MANOS CLÍNICO EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL CARLOS LAM FRANCO LA HOZ JUNIO-JULIO 2010. LIMA-PERÚ”.

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos que tiene el personal de salud sobre el lavado de manos quirúrgico en S.O.P. Hospital Carlos Lam franco Lahoz junio-julio 2010.

Metodología: El método fue descriptivo, prospectivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 20 profesionales de salud. La técnica fue la entrevista y el instrumento un cuestionario

Conclusión: “El nivel de conocimiento que tiene el personal de salud sobre el lavado de manos clínico en la emergencia es bajo (58.9%). El profesional de enfermería tiene un nivel de conocimiento bajo en la dimensión de técnica (31.1%). El profesional médico tiene un nivel de conocimiento

medio sobre lavado de manos (59.6%) y el profesional auxiliar tiene un nivel de conocimiento bajo sobre lavado de manos en la dimensión de técnica y tiempo (10.0%)". (14)

BARROS, María Belén. 2010. Huancayo-Junin "RAZONES POR LA QUE EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO NO CUMPLE CON LA NORMA DE LAVADO DE MANOS". **Objetivo:** conocer las razones por la que el equipo interdisciplinario no cumple con la norma del lavado de manos en las unidades de traumatología y ortopedia y cuidados intensivos de neonatología y pediatría del Hospital del Carmen.

Metodología: El método fue descriptivo prospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 51 profesionales de salud los cuales contestaron un cuestionario de 11 preguntas abiertas y cerradas.

Conclusiones: "Entre las razones de creencias el creer que se contrae infecciones tiene un bajo índice con 45.4%, en el de conocimiento teórico se tiene un 23.7% y de acceso a los materiales para el lavado se tiene un 34.7%". (15)

GARCÍA, J. 2011.Tacna – Peru "NIVEL DE CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ABORA EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS DE ESSALUD DE TACNA, PERÚ. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento y la aplicación de medidas de bioseguridad del personal de salud que labora en el área de emergencia del hospital III Daniel Alcides Carrión.

Metodología: Fue un estudio descriptivo, transversal, la muestra estuvo constituida por 50 profesionales.

Resultado: Se encontró que el 56% de los encuestados cumple con las medidas de bioseguridad, el 72% tiene un nivel de conocimiento alto sobre el tema.

Conclusión: El 50% del personal de enfermería que labora en el área de emergencia de ESSALUD de Tacna aplica las normas de bioseguridad, que más de la mitad de personal de enfermería que labora en el área de emergencia de ESSALUD de Tacna tiene un nivel de conocimiento alto respecto a las normas de bioseguridad y que a pesar de tener un nivel alto a veces aplican las normas de bioseguridad, con un 56% lo que indica que existen factores ajenos que no permiten la aplicación de las normas. (16)

2.2 Base teórica

Teorías acerca del lavado de manos

El Dr. Ignacio Felipe Semmelweis, el padre de la asepsia y del control de las infecciones. Es por ello que se considera fundamental el cumplimiento del lavado de manos para evitar la diseminación de los microorganismos. (17)

Du Gas en su teoría dice que una buena técnica aséptica implica limitar en la medida posible, la transferencia de microorganismos de una persona a otra. Al lavarse las manos después del contacto con un paciente, la enfermera pone un obstáculo a la diseminación bacteriana, en especial de un paciente a otro. Por generaciones el lavado de manos con agua y jabón ha sido considerado como parte de la higiene personal. (18)

Uno de los primeros en reconocer el valor del lavado y la limpieza de las manos para mantener una buena salud, fue un médico judío, cuyo nombre era Musaiba Maimum, mejor conocido como Maimónides. En 1911 dio esta lección: Nunca olvide lavar sus manos después de tocar a una persona enferma. (19)

En 1843 un médico americano, Oliver Wendell Colmes, llegó a la conclusión de que la fiebre puerperal se transmitía de una paciente a otra por medio de los médicos y enfermeras que los atendían. Impuso como

práctica sanitaria el lavado de manos antes y después de la atención de los pacientes y logró reducir la fiebre puerperal significativamente, generando un gran impacto al demostrar la importancia del lavado de manos en la prevención de la transmisión de la enfermedad (20).

Sin embargo, durante muchos años no llegó a aplicarse con rigor en otros ámbitos, de los cuidados sanitarios, a pesar de que muchas conductas no quirúrgicas llegaron a ser tan invasivas como una cirugía, como por ejemplo: la implantación de dispositivos intravasculares, intubación aérea, sondajes vesicales, diálisis, procedimientos hemodinámicos (cateterismos cardiacos, angiografías, angioplastia con o sin colocación de stents).

Teoría del modelo de enfermería

Florence Nightingale – Precursora del lavado de manos

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte. Si bien Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno.

Su preocupación por un entorno saludable no incluía únicamente las instalaciones hospitalarias en Crimea e Inglaterra, sino que también hacían referencia a las viviendas de los pacientes y a las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados. Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años.

La higiene como concepto es un elemento esencial de la teoría del entorno de Nightingale. En este concepto se refirió al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropas de camas) era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia. (21)

Nola J. Pender: Modelo de Promoción de la Salud

La teoría de Nola Pender incluye los planes de enfermería en las actitudes en salud de los individuos. En donde la exploración y la observación son herramientas importantes en el proceso de cambio en los estilos de vida en salud de las personas.

Para la autora de la promoción de la salud, la conducta de la persona está impulsada por el deseo de lograr el bienestar y el potencial humano, adoptando decisiones para el cuidado de su propia salud. La teoría está dividida en tres importantes temas:

1.- Características y expectativas individuales: Conducta correspondiente: Donde se inicia el proceso de asimilación y reconocimiento de los posibles beneficios directos e indirectos que puede recibir. Factores personales: Se presenta en la capacidad de control que tiene la persona para tomar una decisión saludable o no saludable en su vida.

2.- Conocimientos y efectos específicos de la conducta: Que incluyen tanto los obstáculos como los conocimientos y es donde se implica las conductas

cognitivas-perceptuales que son las motivaciones primarias de las actividades relacionadas con la promoción de la salud. Allí tiene influencia la familia, los amigos y el medio en que el individuo se desarrolla.

3.- Resultados de conducta: Reflejados en la aplicación de un plan de acción el cual denota claramente en el cambio de modo de vida y autocuidado para preservar la salud del individuo. De ésta manera la teoría identifica los factores cognitivoperceptuales que son modificados por las características situacionales personales e interpersonales la cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción. Nola pender define a la salud como el estado altamente positivo que la persona logra tener durante su transcurso de vida y a la persona como el centro de la teoría diciendo que es capaz de entender y recapacitar que es bueno tener una promoción de la salud; éste modelo le da importancia a lo aprendido con las experiencias que se adquieren con el tiempo y pueda ser transmitida a futuras generaciones. (22)

Resolución Ministerial Nº 773-2012/MINSA

“Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como Práctica Saludable en el Perú”. Mediante la resolución n°773, la Dirección General de Promoción de la Salud, la Dirección General de Salud Ambiental y el Ministerio de Salud, han dado por aprobación el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú, que tiene por objetivo contribuir a mejorar la salud de la población y a disminuir casos de enfermedades infecciosas, mediante la promoción del lavado de manos social como práctica saludable. (3)

2.3 Base conceptual

2.3.1 Factores personales e institucionales

Factores

En esa perspectiva lo que tenemos que entender es que los factores en caso personal o institucional, son inherentes al desarrollo de las personas como parte de su vivencia que no necesariamente tienen que ser bueno, muchos factores personales e institucionales pueden incidir en modificar situaciones negativas para un curso natural para evolución y cambios de una realidad concreta. En realidad cualquier característica o comportamiento personal o institucional puede influir en la práctica o cumplimiento, cada características de las personas son indicadores que pueden ser medidos de tal forma están sujeto a cambio o evaluación como se denomina variable por su propiedad de variar. (23)

Factores Personales e Institucionales

Los factores personales e instituciones usualmente son los que contribuyen a encontrar determinadas condiciones para resultados distintos según los intervinientes, muchas veces con variaciones de ello deviene el nombre de variable para su ejecución del aseo de manos al cual en esta oportunidad se denominara el cumplimiento de lavado de manos y como tal están al control de los enfermeros y en otras oportunidades ajenos al trabajo. Sin embargo, se tiene que estar claro, la denominación de los factores se considerará con interviniente, en las diferentes carreras y profesiones se utiliza la palabra factor por su fácil uso porque usualmente se encargan determinar las causas básicas en una investigación con resultados. En los estudios de las ciencias sociales específicamente en enfermería entenderemos como factor a situaciones que dentro de la práctica desarrollo diario de las enfermeras está en curso situaciones que contribuye y otros que son adversos que impiden el cabal cumplimiento, dependerá mucho si existe los recursos, la disposición para ejecutarlo de parte del personal, la sobrecarga del trabajo demandante puede ser otro

factor, entonces cada realidad tiene un matiz propio, estos factores que para el presente trabajo de investigación los aspectos a considerarse responden al problema planteado y a sus objetivos de la investigación (24).

Dimensiones de los factores personales e institucionales

Factores personales

Es un interviniente inherente al desarrollo humanos que puede expresarse como una reacción o conducta de las personas para el cumplimiento o incumplimiento como un reactivo, pueden ser determinantes y en otras situaciones condicionantes en el cumplimiento de su labor de la enfermera en la práctica de lavado de mano en las diferentes unidades o servicio, el cual requiere de habilidades, conocimientos de normas que rigen la conducta humana, es así otros se guían por su experiencia profesional.

Los diferentes estudios sobre los Factores Personales e Institucionales está marcado por el conocimiento y los procedimientos o práctica puesta en acción, si bien es cierto la técnica del aseo de manos sigue siendo un talón de Aquiles en la práctica clínica, para nadie es ajeno los hospitales del Ministerio de salud tiene escasos recursos e inmensas necesidades por la alta demanda, muchos de ellos podemos considerar como factor determinante, sin embargo la desidia del personal de enfermería se encuentra con una actitud pasiva y no observan el cumplimiento de lavado de manos clínico, el dominio de las habilidades para el cumplimiento es vital. El conocimiento es el acumulo de saberes que pueden adquirirse de manera formal e informal, la posibilidad de que los profesionales puedan tener muchas habilidades adquiridas en su desempeño sin soporte teórico, la experiencia es el conocimiento práctico y cognitivo acumulado en el tiempo, el aseo de manos esta protocolizada y establecida con sus pasos y momentos que tienen sus acervo científico, todo conocimiento tiene valor para acciones de cuidado ajustadas a la realidad de los pacientes pero con un profundo carácter científico, técnico y humanístico, (24)

Los factores personales a desarrollarse son:

Edad: La edad de las personas es parte del desarrollo psicológico, los jóvenes son perfectos ilusos que buscan la justicia y los adultos logran la madurez y son más realista, los joven tienen la energía como aliado mientras los adultos dosifican su energía, los jóvenes están aviso de la práctica y los adultos cuentan con acumulo de experiencias, el comportamiento, los puntos de vista, el interés por determinadas afinidades es distinta y así se puede encontrar muchos matices, como tal existe mucha diferencia como tal es importante la discrecionalidad entre ambos grupos. (25)

Experiencia de la Persona en el Área de Trabajo: La experiencia laboral del enfermero es indudablemente un indicador a tomar en cuenta, las personas con mayor experiencia abordan mejor un trabajo, la experiencia acumulada a través del tiempo es vital para el desempeño laboral, sin embargo las gestiones modernas combinan la presencia de personas jóvenes que incursionan y comparten el mismo trabajo, la ciencia educativa denomina que el aprendizaje es interactivo, los jóvenes tienen mayor competencia cognitiva y los mayores tienen la competencia procedimental. (26)

Motivación: Es la fuerza interna o externa que crea la enfermera para lograr sus metas y objetivos los mismos son considerados como una organización de un grupo humano no todos trabajan con la misma dinámica, no todos tienen el mismo interés o significado del trabajo, otros tienen el trabajo como un fin, otros como instrumento para satisfacer sus necesidades, otros como parte de su desarrollo humano. (27)

Conocimiento: El conocimiento es inherente al desarrollo humano, como tal busca la explicación científica a cada quehacer humano, todo tiene un motivo y una razón de explicar los fenómenos, dentro del ejercicio de la

profesión es una condición básica poseer un conjunto de habilidades, destrezas y aptitudes con una dosis de actitud. Es importante tener conocimientos actualizados para desempeñar una función, como tal es probable que sea más confiable y de alta calidad, es obvio que los conocimientos pueden ser formales y en otros casos informales aprendidos en el núcleo de la familia sin rigor científico.

Factores Institucionales

Son los intervinientes o determinantes que está en estrecha relación con factores externos, que no son humanos, como tal tiene que estar en curso la parte logística, administrativa, y de gestión, muchos de ellos contribuyen a la ejecución correcta en otros casos funcionan como un limitante muy franca, es menester tratar individualmente cada caso. (28)

Ambiente Físico del Trabajo: Es conocido como espacio determinado por la infraestructura donde se ofrece las condiciones para cumplir una determinada labor, muchas veces puede estar acomodada en otras situaciones pueden existir recursos equipos y el mobiliario para cumplir una función muy diligentemente, la ventilación, la iluminación la accesibilidad al servicio está considerada.

Capacitación: Es el proceso como se trasmite conocimientos sobre una determinada materia para ejecutar un trabajo calificado, es la codificación y almacenamiento de conocimientos, las capacitaciones tienen que darse a todo nivel, pues para nadie es un secreto que las empresas más exitosas se dedica a capacitar a su personal, por ello es importante capacitar para lograr cambio considerando que la capacitación empodera a las personas, es de su entera responsabilidad del personal y de la institución capacitar al personal para lograr mejor posicionamiento.

Recursos materiales: La escasez o limitación de materiales es una limitante para la consecución del trabajo, la enfermera puede tener voluntad y si no hay materiales no se puede realizar un buen trabajo, entonces viene el tema de la improvisación con todas sus consecuencias, puede ser adverso también.

Recursos humanos: Se refiere a los trabajadores de la institución como usuarios internos, que laboran en la asistencia directa al paciente, servicios de Emergencia y áreas críticas, dentro de ello las enfermeras, las enfermeras trabajan con un sistema de guardias nocturnas y guardias diurnas, acumulando un total de 150 horas mensuales: distribuidos de la siguiente manera 36 horas semanales, y media hora diaria de repórter de turno el mismo que está regulado por el DL N° 23536. Dotación de Personal Profesional: La dotación de enfermeros en los servicios de áreas críticas no responde a la necesidad del servicio, la ratio enfermero paciente es inadecuado, las enfermeras refieren como queja que no les alcanza tiempo, tienen sobrecarga, muchos obedecen todo ello a una mala planificación, no se genera oportunidades, personal desmotivado cansado, trabajan en servicios que no están a su gusto, porque muchas rotaciones se generan como “castigo”. Es urgente observar lo que dispone la ley N°32536 y su reglamentación, recuerda el trabajo enfermero es influyente en los resultados. (29)

Reconocimiento de los Méritos Personales: El fin supremo del hombre es servir, sin embargo antes de ello tienen que satisfacer sus necesidades básicas, la teoría de Abraham Maslow, refiere que el hombre tiene categorías de necesidades desde los más primitivo hasta lo más sofisticado, el hombre con un ser racional tiene sus propias metas y objetivos y como tal dentro de esas necesidades ella cuarta de cinco es la necesidad de estima, toda persona requiere que le reconozcan y busca

cubrir esa necesidad en su relación diaria, los trabajadores necesitan ser reconocidos por sus jefes, por la institución. (30)

La supervisión: El término supervisión aún no ha sido innovado, se continúa creyendo es control, fiscalización, represión, sanción, sin embargo, en la actualidad la supervisión está relacionada con educación en el servicio sobre el desempeño adecuado y uso racional de los recursos humanos y materiales. Es la guía que enseña el proceso de cuidado como herramienta de trabajo enfermero, es la persona en quien tiene que inspirarse la enfermera. (30)

Elevada demanda de atención: Cuando la demanda supera la oferta, se habla de la elevada demanda, todo los hospitales y los diferentes servicio y unidades están colapsadas, porque superaron su capacidad y no tienen mayor contingencia, como tal existe colas en los servicios, las quejas de parte del usuario interno y externo, nadie está satisfecho, es momento de realizar una reingeniería tanto de los recursos humanos y materiales, incorporar tecnología para abreviar procesos, es importante considerar la salud de los trabajadores y los pacientes.

2.3.2 Práctica de lavado de manos clínico

Definición de lavado de manos

Según la OMS: “La higiene de manos es un término genérico referido a cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos; fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón; con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos” .Para el MINSA: “El lavado de manos consiste en la remoción mecánica de suciedad y eliminación de microorganismo de las superficies de las manos”. (24)

Lavado de manos clínico

El lavado de manos es una medida básica, sencilla y económica que previene infecciones intrahospitalarias a continuación se describen detalladamente las pautas técnicas según el MINSA y OMS. (31)

Importancia del lavado de manos

Las infecciones asociadas con la atención sanitaria (IAAS) afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, y a su vez ocasionan una alta morbilidad y mortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario.

Muchas de estas infecciones son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos de los profesionales, lo cual conocemos como infección cruzada. Se sabe que está probado que la higiene de manos es el método más simple y más efectivo para reducir la IAAS. Existen estudios de alta calidad de evidencia en la literatura científica que describen que la frecuencia de IAAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios se lavan las manos regularmente. (32)

Flora bacteriana de la piel de las manos

La piel humana está colonizada por bacterias con diferentes recuentos según el lugar de la anatomía. Así, en las manos de una persona, podemos encontrar dos tipos de flora:

Flora transitoria

Se adquiere por contacto y suele ser responsable de la IAAS. Son los microorganismos recientemente adquiridos a través del contacto con pacientes colonizados o infectados, superficies u objetos contaminados, pudiendo transmitirse por las manos. “La Flora Transitoria se adquiere por contacto con personas y objetos y suele ser la responsable de la

transmisión de una infección asociada a la asistencia sanitaria microorganismos pueden sobrevivir en la piel por horas o días, pero en ausencia de condiciones que faciliten su desarrollo, normalmente son removidos por la fricción mecánica con agua y jabón y con antisépticos” . Ejemplos de estos microorganismos son: Escherichia coli, que sobrevive por cortos periodos de tiempo y el Staphylococcus aureus que se adquiere de los pacientes colonizados o del medio ambiente contaminado. (33)

Flora residente

La forman los microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel de la mayoría de las personas. Se localiza en capas profundas de la piel Son microorganismos que viven y se multiplican en forma persistente y habitual sobre piel y mucosas. Como son considerados residentes permanentes, no son removidos por la fricción mecánica. “Generalmente los microorganismos de la flora residente no son patógenos, pero pueden ocasionar infecciones graves cuando los procedimientos invasivos facilitan su entrada a tejidos profundos o el sistema inmune está comprometido. Ejemplos son: Staphylococcus coagulasa negativo, Corynebacterium spp y ciertos miembros de la familia Enterobacteriace”. (33)

Antisépticos usados en el lavado de manos

La OMS menciona: “La selección de un agente antimicrobiano para el lavado de manos antiséptico o quirúrgico debe realizarse teniendo en cuenta: la ausencia de absorción en la piel, persistencia o acción residual y una rápida reducción de la flora de la piel tanto de la transitoria como de la residente, teniendo en cuenta que su espectro abarque los microorganismos más frecuentemente aislados de las salas o unidades de cuidados intensivos”. (28)

El jabón líquido a utilizar debe ser de pH neutro de calidad suficiente que provoque la menor irritación a la piel. Se sugiere como solución jabonosa

antiséptica a la clorhexidina en primer lugar o iodopovidona como alternativa (esta última no es la recomendada). De acuerdo con las especificaciones de la FDA las sustancias que se utilizan como agentes antimicrobianos son:

Alcohol etílico 70 %

Tiene un efecto que causa desnaturalización de las proteínas. Entre sus ventajas tenemos que es el antiséptico más seguro y tiene una rápida reducción de la flora microbiana. Tiene un espectro de acción bactericida así tenemos a bacterias vegetativas Gram positivas y gramnegativos. Buena actividad contra el mycobacterium tuberculosis. Actúa también en algunos hongos y virus; ejemplo: virus sincitial respiratorio, hepatitis B y VIH. (34)

Yodoforos (0,5 al 10 %): yodopovidona

Tiene la ventaja de amplio espectro y una excelente actividad bactericida contra bacterias Gram positivas y gramnegativos. Buena actividad contra el mycobacterium tuberculosis, hongos y virus. (34)

Gluconato de Clorhexidina 2 % y 4%

Entre sus efectos causas disrupción de la membrana de la célula microbiana. Con una ventaja de baja toxicidad, buen efecto residual prolongado, buena aceptación por el usuario, y bien tolerado incluso en piel de neonatos. (34)

Tiempo de lavado de manos

Según el MINSA nos menciona: “El lavado de manos clínico demora entre 40 – 60 segundos”. (32)

Enfermería en la adherencia de Lavados de Manos

La Alianza Mundial 2005-2006 lanzó una campaña de seguridad para el paciente en todo el mundo, cuyo lema es más higiene, más salud. Menciona: “Este programa promueve cinco ámbitos para la acción: (a) manos limpias, (b) métodos limpios, (c) productos limpios, (d) entornos limpios y (e) equipos limpios”. Siendo el objetivo del Reto Mundial por la Seguridad del Paciente 2005–2006: «Una atención limpia es una atención más segura». La enfermera a nivel internacional y nacional trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería; para lograr así, la seguridad del paciente.

Así tenemos que dentro del contexto histórico de la enfermería como profesión Florence Nightingale se caracterizaba como impulsora del lavado de manos. Dentro de esta perspectiva, preconizaba que cuando se instalaban, las enfermedades causaban la rotura de la dermis y consecuentemente se hacía puerta de entrada para microorganismos. De esta forma, siendo función de la enfermera la restauración de la salud, era inherente a esta función, acciones de higiene de las manos a fin de promover la seguridad del cliente y propagación de un ambiente terapéutico seguro.

El rol del enfermero en la seguridad del paciente desde un enfoque de la higiene de manos, están encaminadas a prevenir infecciones asociadas a la atención sanitaria sobre todo la de sitio quirúrgico. “La mejora y perfeccionamiento de los conocimientos de los enfermeros de centro quirúrgico, ha permitido no solamente disminuir los índices de infecciones asociadas, sino también disminuir costos para el sistema de salud. “La creación, desarrollo y aplicación del modelo de los 5 momentos del lavado de manos por la OMS en el 2009 ha traído muchos beneficios para los pacientes ya que la higiene de las manos constituye en gran medida el

núcleo de las Precauciones Estándar y es indiscutiblemente la medida más eficaz actualmente para el control de las infecciones”.

Siendo la higiene de las manos, una acción muy sencilla, para reducir las infecciones nosocomiales y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos” El enfermero debe aplicar los conocimientos actualizados en relación al lavado de manos lo que repercute favorablemente en la seguridad de los pacientes. Por ello es importante que se fomente todos los medios que garanticen la higiene de las manos. Las manos limpias reducen la carga de morbilidad. (28)

Dimensiones del lavado de manos clínico

Momentos de lavado de manos clínico

La realización de una higiene de manos efectiva incluye que los profesionales sanitarios tomen conciencia de las indicaciones y de cuándo y en qué orden se aplican durante las actividades asistenciales. La acción de higiene de manos puede realizarse frotándose las manos con un preparado de base alcohólica o lavándose las con agua y jabón. Según la propuesta de “«Los cinco momentos para la higiene de las manos» de la OMS, las indicaciones para la higiene de manos recomendadas por las Directrices de la OMS para la Higiene de las Manos en la Atención Sanitaria se integran en cinco momentos esenciales en los que se necesita realizar la higiene de las manos en el curso del proceso asistencial”.

Según la OMS menciona: “El modelo pretende trascender la larga lista (que nunca es exhaustiva) de situaciones y acciones asistenciales que requieren higiene de manos; no define específicos y múltiples procedimientos o situaciones sino que ayuda a concentrarse en momentos esenciales integrados en la secuencia asistencial que son primordiales para la higiene de las manos”. El modelo no disminuye en modo alguno la necesidad de la higiene de las manos. (35)

Los cinco momentos de Lavado de Manos

Antes del contacto con el paciente

Limpia tus manos antes de tocar o acercarte al paciente, para prevenir la transmisión de gérmenes desde el área de asistencia al paciente y en última instancia proteger al paciente de la colonización y en algunos casos de las infecciones exógenas por parte de gérmenes nocivos transmitidos por las manos de los profesionales de la salud.

Dar la mano al paciente, en las movilizaciones y cambios posturales, valoración o examinación física no invasiva Tomar el pulso, la presión arterial, auscultar el tórax o realizar un electrocardiograma. (36)

Antes de un procedimiento limpio/aséptico

Lavarse las manos antes de acceder a un punto crítico con riesgo infeccioso para el paciente. Para impedir la transmisión de gérmenes por inoculación al paciente así como de un punto del cuerpo a otro del mismo paciente. Si se emplea guantes para realizar el procedimiento aséptico debe lavarse las manos antes de colocarse los guantes.

Antes de cepillar los dientes al paciente, de poner gotas en los ojos, examinar la boca, la nariz y realizar una succión de la mucosa. Antes de vendar una herida con o sin instrumental, de aplicar pomada en una vesícula, realizar una inyección o punción cutánea. Antes de introducir un dispositivo médico invasivo (cánula nasal, sonda nasogástrica, tubo endotraqueal, sonda foley, catéter percutáneo, drenaje) detener o abrir cualquier circuito de un dispositivo médico invasivo con fines de alimentación, monitorización, medicación, succión o drenaje. Antes de preparar comida, medicamentos, productos farmacéuticos o material. (36)

Después del riesgo de exposición a fluidos corporales

Esta indicación viene determinada al producirse contacto con la sangre u otros fluidos corporales, aunque sea este mínimo y no se vea con claridad.

Las siguientes situaciones ejemplifican el riesgo de exposición a fluidos corporales:

Cuando termina el contacto con una membrana mucosa y/o piel no intacta. Después de una inyección o punción percutánea, después de introducir un dispositivo médico invasivo. Después de retirar un dispositivo médico invasivo. (36)

Después del contacto con el paciente

Al alejarse del paciente, después de haberlo tocado, la ropa del paciente, o una superficie de su entorno y previa al siguiente contacto con una superficie en el área de asistencia sanitaria. Para proteger al profesional sanitario de la colonización y la potencial infección por los gérmenes del paciente y para proteger el entorno del área de asistencia de la contaminación y la potencial propagación. (36)

Después del contacto con el entorno del paciente

Esto se realiza para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente que pudieran estar presentes en superficies/objetos de sus inmediaciones, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria. (36)

Técnica de lavado de Manos Clínico

Según la OMS menciona que deben realizar el lavado de manos clínico siguiendo pasos establecidos los cuales se enumeran a continuación:

Paso 0. Mójese las manos con agua.

Paso 1. Deposite en la palma de la mano una cantidad suficiente de jabón para cubrir las superficies de las manos.

Paso 2. Frótese las palmas de las manos entre sí.

- Paso 3. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- Paso 4. Frótese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
- Paso 5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Paso 6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Paso 7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- Paso 8. Enjuáguese las manos con agua.
- Paso 9. Séquese con una toalla descartable.
- Paso 10. Use la toalla para cerrar la canilla.
- Paso 11. Sus manos son seguras. (37)

2.3 Definición de Terminos Conceptuales

- a) **Factores de riesgo.-** Es toda circunstancia, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de contraer una enfermedad o infección.

- b) **Germen de origen intrahospitalario.-** Microorganismo residente en los servicios de hospitalización, idóneo en originar infección intrahospitalaria.

- c) **Infección.-** Invasión del anfitrión por un microorganismo patógeno, su multiplicación en el tejido comprometido y la reacción inmunológica del anfitrión a su presencia y la de sus posibles toxinas.

- d) **Infecciones asociadas a la atención de la salud.-** Antes denominadas infecciones nosocomiales u hospitalarias. Se define como, Infección que afecta a un paciente durante el proceso de atención en un hospital u otra instalación de atención de salud que no estuviera presente o incubándose en el momento del ingreso o alta.
- e) **Lavado de Manos.-** Es la medida primaria para reducir infecciones. Quizás una acción simple, pero la falta de cumplimiento de la misma por parte de los profesionales de la salud es un problema mundial. Terminó generalizado referente a cualquier acción para tener las manos limpias y secas.
- f) **Los Cinco Momentos de lavado de Manos.-** Son los tiempos en los cuales se debe realizar la higiene de manos por el riesgo que tiene el paciente o el trabajador de realizar una transmisión cruzada de infecciones.
- g) **Personal Profesional de Salud.-** Reagrupadas todos los profesionales relacionados con los cuidados o cura. Estos profesionales están reglamentadas por los códigos de la salud. Los profesionales de la salud trabajan conjuntamente en equipo para curar, dispensar los cuidados y tratar a los pacientes así como para mantener y mejorar la salud.
- h) **Practica de lavado de Manos.-** Es un concepto con varios usos y significados. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Las buenas prácticas serán aquellas costumbres, métodos de comportamiento o actuación declarada en donde los encuestados asuman una conducta

precautoria ante la prevención de la IIH realizando la higiene de manos en momentos específicos.

- i) **Sepsis.-** Síndrome de anormalidad fisiológica, patológica y bioquímica que ocurre cuando el anfitrión tiene una abrumadora respuesta inmunológica asociada a una infección.

- j) **Servicio de Emergencia.-** Es la unidad orgánica encargada de realizar atención especializada a los pacientes médicos Quirúrgicos que requieren una atención de Emergencia en un tiempo determinado de cuidados especializados.

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipotesis

3.1.1 Hipótesis general

Existen factores Personales e Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.

3.1.2 Hipótesis específicas

Existen Factores Personales que influyen en la practica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.

Existen Factores Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.

3.2 Definición conceptual de las variables

Variable 1

Factores personales e institucionales

Se considera al conjunto de cualidades propias de la persona, que influyen en el proceder o comportamiento laboral del trabajador de salud para la práctica de lavado de manos en las diferentes unidades o servicio, el cual requiere de habilidades, conocimientos de normas que rigen la conducta

humana incluso de tipo práctico, y la experiencia, sin embargo los factores institucionales está determinado por las facilidades que puede otorgar la institución para el cumplimiento de la Práctica de Lavado de Manos.

Variable 2

Practica de lavado de manos

Es una medida universal que consiste en aplicar el conocimiento científico de manera correcta observando su cumplimiento los pasos y momentos del lavado de manos, con el propósito de disminuir la carga de microorganismos de la superficie de la manos y así evitar la proliferación de la enfermedades, el enfermero tiene la responsabilidad social, la práctica va depender del tipo de lavado de manos que realizara; en todo los casos se utiliza una fuente de agua, dispensador de jabón, dispensador de papel toalla.

3.2.1 Operaciobnalización de variables

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	DEFINICIONES OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Variable 1 FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES	Son elementos que actúan como condicionante para la obtención de un resultado. Son propios de la persona y pueden afectar muchos aspectos de su vida principalmente su salud.	Para el estudio se evaluara específicamente que factores influyen en el lavado de manos clínico al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Jose Casimiro Ulloa.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores personales ▪ Factores Institucionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Experiencia ▪ Motivación ▪ Conocimiento ▪ Ambiente físico ▪ Capacitación ▪ Recursos materiales ▪ Recursos humanos ▪ Supervisión 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alto ▪ Medio ▪ Bajo - Nunca : 1 p - A veces: 2p - Siempre: 3p

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	DEFINICIONES OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
<p>VARIABLE 2</p> <p>Practica de Lavado de Manos</p>	<p>El lavado de manos constituye el procedimiento esencial para la prevención de la IIH, que constituye el medio más común utilizado por el personal de salud para realizar sus actividades dentro de la emergencia.</p>	<p>Es toda aquella información que posee el Enfermero(a) en el area de emergencia en relación al lavado de manos clínico en su 5 momentos y técnica (11 pasos) de realizar correctamente según la norma de Organización mundial de la Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Momentos de lavado de Manos. ▪ Técnica Lavado de Manos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Momento 1 ▪ Momento 2 ▪ Momento 3 ▪ Momento 4 ▪ Momento 5 ▪ 11 Pasos de lavado de mano. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muy Adecuado ▪ Adecuado ▪ Inadecuado - SI Aplica:1P - NO APLICA: 0P

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo y Diseño de investigación

4.1.1 Tipo de Investigación

El presente trabajo corresponde a la investigación aplicada; asimismo será de enfoque cuantitativo ya que hará posible examinar los datos científicamente y con medición estadística. El tiempo de la recolección de los datos será prospectivo y la forma de recolección será transversal.

4.1.2 Diseño de la Investigación

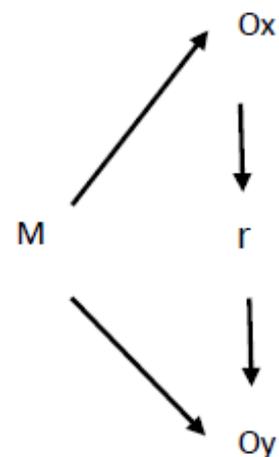
El diseño es no experimental, ya que las variables serán usadas de forma deliberada, sin manipularlas. Se basa acorde al comportamiento en su ambiente para luego estudiarlas. Por último, es de corte transversal ya que los datos se obtendrán en un solo momento y descriptiva ya que se basará en describir lo que ocurre con las variables de estudio. (38)

M: muestra

Ox: Factores personales e Institucionales

r: relación

Oy: Practica de lavado de manos



4.2 Método de investigación

El método de investigación será cuantitativo.

Asimismo es hipotético – deductivo, esta se basa en un procedimiento de tipo metodológico que permite llevar a cabo las premisas. Este tipo de investigación es un procedimiento que forma parte de la metodología de la ciencia.

4.3 Población y Muestra

4.3.1 Población

Va ser conformada por 40 Licenciados de enfermería del área de emergencia (Topico de Medicina, Topico de Cirugía, Observación de varones, Observación de mujeres, Trauma Shock, Triage) y que cumplan con los criterios establecidos.

4.3.2 Muestra

Se utilizara el muestreo probabilístico aleatorio simple que es lo práctico para el tamaño finito de la población; para lo cual se aplicó la siguiente formula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde

n = tamaño de la muestra = 40

z = índice de confiabilidad = 1.96

p = probabilidad de acierto = 0.5

q = probabilidad de fracaso = 0.5

d = Error máximo permisible = 5%

Reemplazando:

$$\frac{40(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(40 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$\frac{40 \times 3.8416 \times 0.25}{0.0025 \times (39) + 3.8416 \times 0.25}$$

$$\frac{38.416}{0.0975 + 0.9604}$$

$$\frac{38.416}{1.0579} = 36.31$$

Obteniendo como resultado 40.

*** Criterio de Inclusión**

Enfermeras (os) que laboran por lo menos tres meses.

Enfermeras (os) que acepten participar en el estudio.

*** Criterio de Exclusión**

Enfermeras (os) que se encuentren de vacaciones, permisos o licencias.

Enfermeras (os) que laboren menos de tres meses.

Enfermeras jefas o coordinadoras.

Enfermeras que no acepten voluntariamente participar en el estudio.

4.4 Lugar de estudio y período desarrollado

El lugar donde se desarrolló el estudio fue en el Hospital José Casimiro Ulloa, específicamente en el área de emergencia del hospital. El período de desarrollo es en el año en curso (2019).

4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de Información

4.5.1 Técnicas

Variable X

Para la variable X se utilizó la técnica de la encuesta, ya que permitió conocer el criterio de las enfermas en lo que se refiere a los factores personales e institucionales que influyen en la práctica del lavado de manos.

Variable Y

Para el desarrollo de esta variable la técnica fue la observacional, esta permitió conocer qué tanto conoce el personal de enfermería acerca de la forma en cómo deben lavarse las manos, realizando una observación en forma directa al mismo personal que llenó la encuesta. esto determinó el nivel de conocimiento acerca de esta práctica.

4.5.2 Instrumentos

Variable X

Se utilizó un instrumento validado, adaptado a la realidad del lugar de estudio

(Hospital Jose Casimiro Ulloa área de Emergencia), que consta de un cuestionario, basado en una serie de 18 ítems y 2 dimensiones para medir la variable Factores personales e Institucionales, que fue aplicada a las enfermeras.

Variable Y

Para esta variable el instrumento es una lista de cotejo que también fue aplicado a las mismas enfermeras, que contiene 22 ítems distribuidos en 2 dimensiones.

Se utilizó un instrumento validado, adaptado a la realidad del lugar de estudio, que consta de un cuestionario, basado en una serie de 18 ítems y

2 dimensiones para medir la variable Factores personales e Institucionales, que serán aplicadas a las enfermeras; el segundo instrumento es una lista de cotejo que también serán aplicadas a las mismas enfermeras, que contiene 22 ítems distribuidos en 2 dimensiones.

Es así que el trabajo de investigación utilizó un instrumento que es un cuestionario.

A. Para medir los Factores personales e institucionales se utilizó un instrumento elaborada por Rosa Soledad, Muñoz Revilla (2013).

Adaptada por Beatriz Katerin Salcedo Burga , con una escala de Likert, 18 ítems distribuido en 2 dimensiones: Factores Personales con 6 ítems, Factores Institucionales con 12 ítems están dirigidos a las Licenciadas en Enfermería con la finalidad de valorar los Factores Personales e Institucionales cuya confiabilidad interna según la prueba estadística de Alfa de Cronbach es de 0.925.

Ficha técnica de la variable 1

Nombre original: Factores personales e institucionales

Autora: Lic. Rosa Soledad, Muñoz Revilla

Adaptado: Licenciada Beatriz katerin Salcedo Burga

Administración: Individual

Duración: Aproximadamente 15 minutos

Significación: El cuestionario recogió información Acerca de los Factores Personales e Institucionales

Estructura: El cuestionario consta de 18 ítems, con alternativas con escala de tipo Likert, y cada ítem consta de 2 dimensiones: Factores Personales con 6 ítems y Factores institucionales con 12 ítems. Confiabilidad: 0,925 según la prueba estadística de Alfa de Cronbach.

B. Para la segunda variable es una lista de cotejo, está orientado a valorar la Práctica de Lavado de Manos Clínico elaborada por Acuña Hurtado Maribel (2017) y adaptado por la investigadora el cual consta de 22 ítems, 2 dimensiones: Dimensiones Momentos de lavado de manos con 5 ítems

y Dimensión Pasos de lavado de manos con 17 ítems. El mismo obtiene una confiabilidad originaria según la prueba estadística de Kuder Richardson es de 0.820

Ficha técnica de la variable 2

Nombre original: Práctica de Lavado de Manos Clínico

Autora Lic. Maribel Acuña Hurtado

Adaptado: Licenciada Beatriz Katerin Salcedo Burga

Administración: Individual

Duración: Aproximadamente 15 minutos

Significación: La lista de Cotejo tiene información sobre Práctica de Lavado de Manos Clínico

Estructura: La lista de Cotejo consta de 22 ítems, con alternativas con escala de tipo dicotómico, Momento de lavado de manos con 5 ítems y pasos de lavado de manos con 17 ítems.

4.6 Análisis y procesamiento de Datos

El tratamiento estadístico de la información se hizo de la siguiente forma:

Seriación: Se realizó un cuestionario y una lista de cotejo las cuales permitieron tener un control de las respuestas.

Codificación: cada ítem de respuesta del cuestionario tiene un código así como también la lista de cotejo, esto permite un mayor control a la hora de tabular las respuestas.

Tabulación: se realizó mediante la técnica matemática del conteo, se extrajo la información, ordenándola en cuadros estableciéndose porcentajes.

Graficación: Se realizaron los gráficos mediante el programa de Excel previa la elaboración de la tabla de códigos a fin de presentar los resultados en tablas y/o graficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva. Se utiliza como herramienta el programa SPSS.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos

Tabla 5. 1

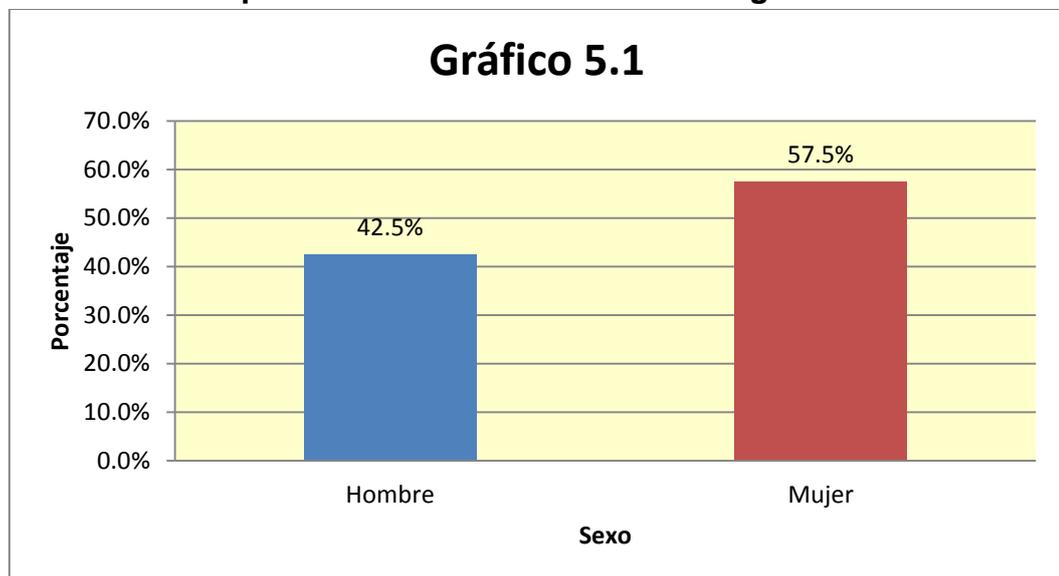
Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según sexo.

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Hombre	17	42.5
Mujer	23	57.5
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Gráfico 5. 1

Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según sexo.



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

El gráfico muestra que el 57.5% del personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019, son mujeres y el 42.5% hombres. Predominando el personal de enfermería femenino.

Tabla 5. 2

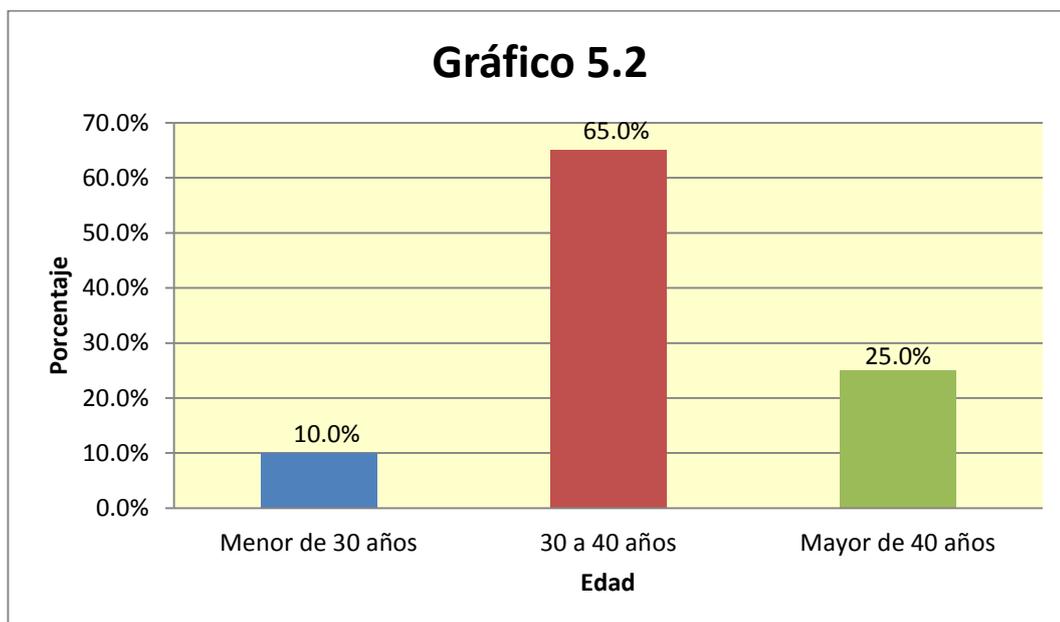
Personal de enfermería según grupo etáreo que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según edad.

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Menor de 30 años	04	10.0
30 a 40 años	26	65.0
Mayor de 40 años	10	25.0
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Gráfico 5. 2

Personal de enfermería según grupo etáreo que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según edad.



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Se observa que el 65,0% personal de enfermería que laboró en el Servicio de Emergencia del Hospital Casimiro Ulloa 2019, se encuentra un grupo etáreo comprendido entre 30 a 40 años, el 25,0% son mayores de 40 años y el 10,0% son menores de 30 años.

Tabla 5. 3

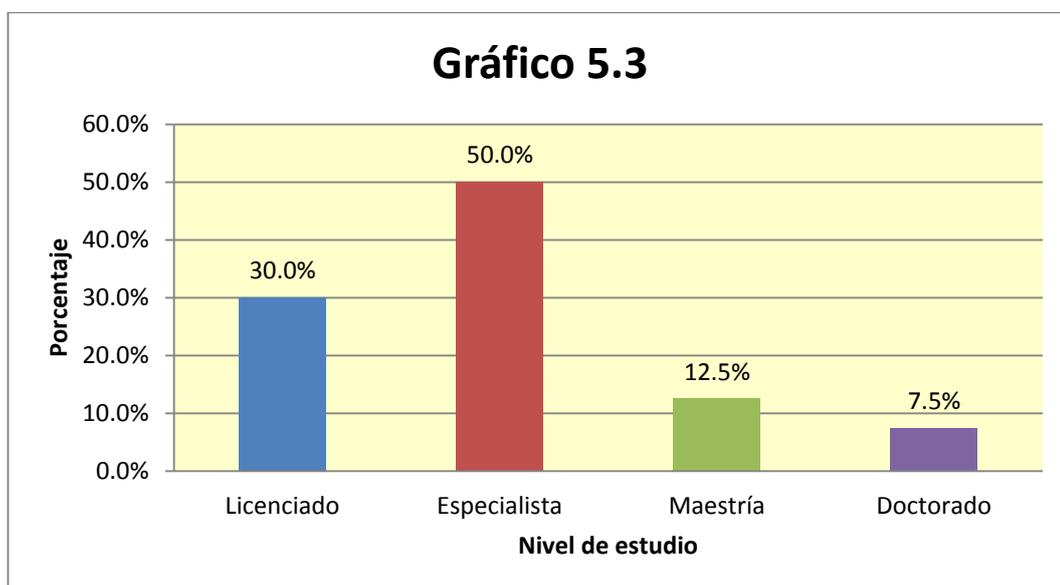
Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según nivel de estudio.

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Licenciado	12	30.0
Especialista	20	50.0
Maestría	05	12.5
Doctorado	03	7.5
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Gráfico 5. 3

Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según nivel de estudio.



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

En el gráfico se muestra que el 50.0% del personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019, tiene el nivel de especialista, son licenciados 30,0%, maestría con 12,5% y doctorado 7.5%-

Tabla 5. 4

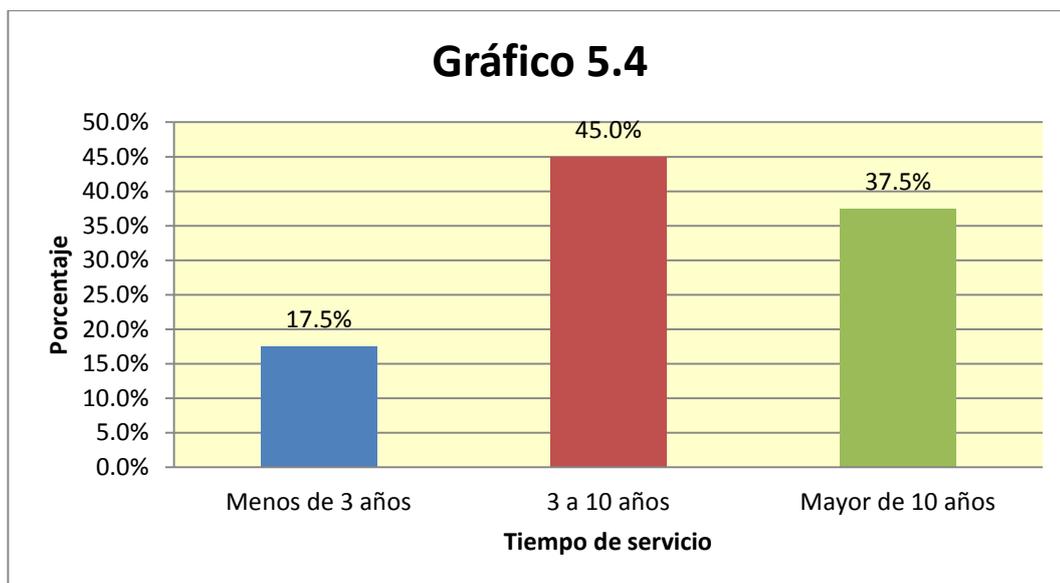
Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según tiempo de servicio.

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Menos de 3 años	07	17.5%
3 a 10 años	18	45.0%
Mayor de 10 años	15	37.5%
Total	40	100.0

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Gráfico 5. 4

Personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa 2019 según tiempo de servicio.



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Los resultados muestran que el 45.0% del personal de enfermería que labora en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa tiene 3 a 10 años tiempo de servicio, mayor de 10 años 37.5%, y menos de 3 años 17.5% tiempo de servicio.

Tabla 5. 5

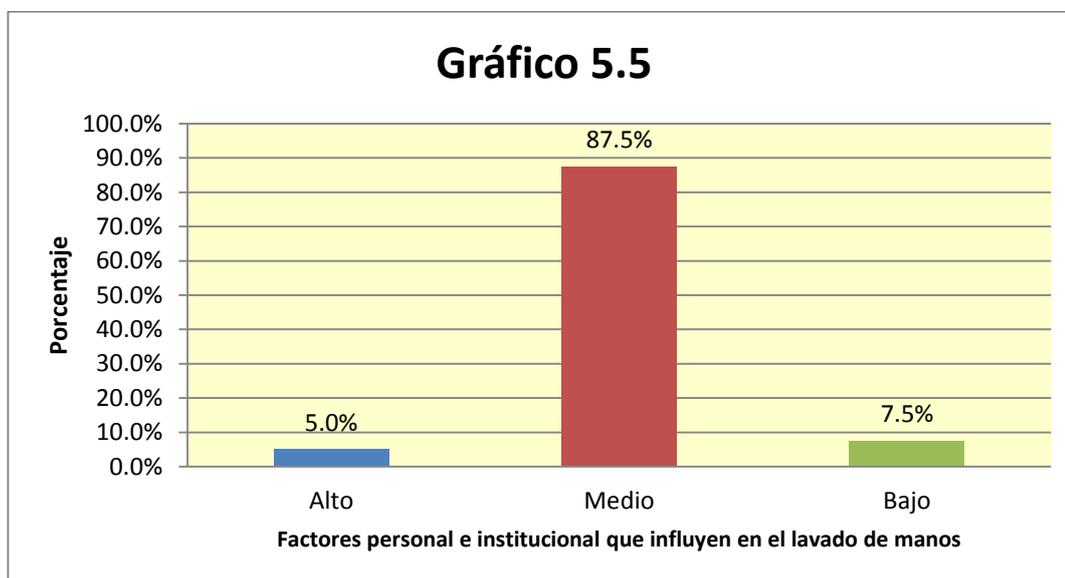
Factores personales e institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)	Porcentaje validado
Alto	02	5.0	5.0
Medio	35	87.5	87.5
Bajo	03	7.5	7.5
Total	40	100.0	100.00

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Gráfico 5. 5

Factores personales e institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Se observa que el 87.5% del personal de enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa, los factores personales e institucionales es medio, 7.5% es bajo, mientras que 5.0% es alto.

Tabla 5. 6

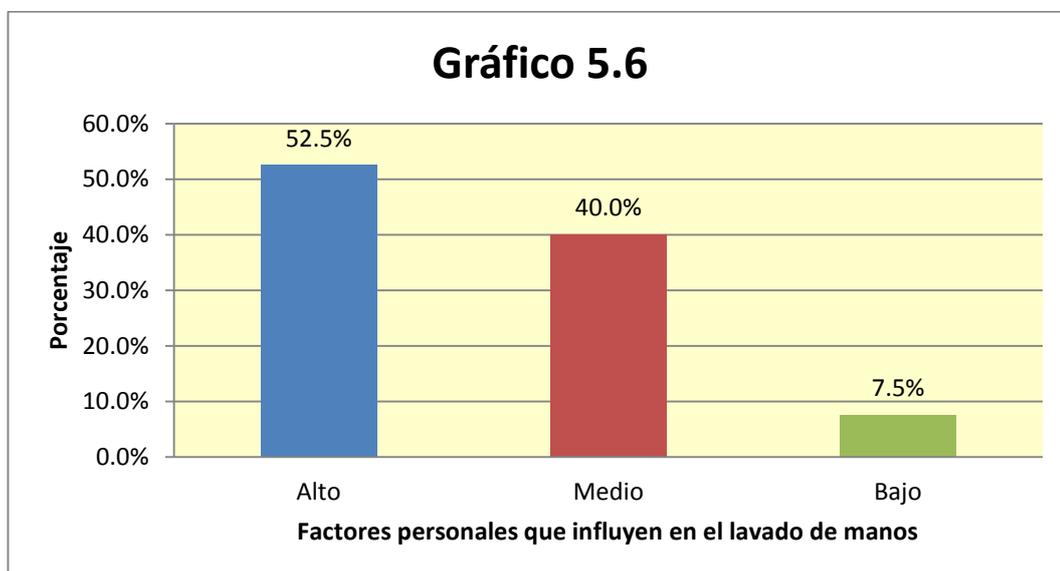
Factores personales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)	Porcentaje validado
Alto	21	52.5	52.5
Medio	16	40.0	40.0
Bajo	03	7.5	7.5
Total	40	100.0	100.00

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Gráfico 5. 6

Factores personales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

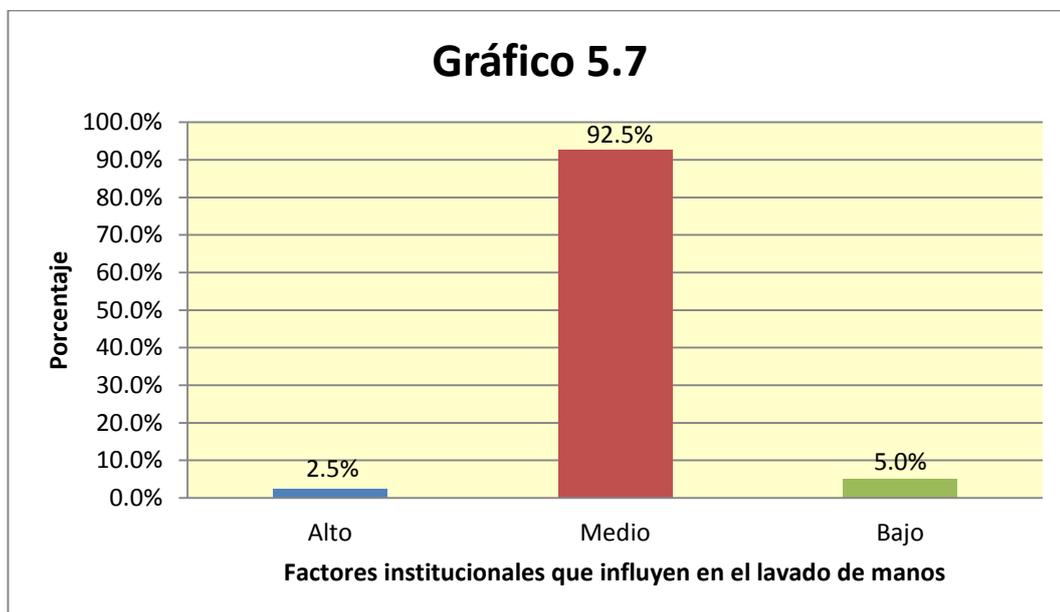
Se observa que el 52.5% de los factores personales que influyen en el lavado de manos en el personal de enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa es alto, un 40.0% es medio, y 7.5% es bajo.

Tabla 5. 7
Factores institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)	Porcentaje validado
Alto	01	2.5	2.5
Medio	37	92.5	92.5
Bajo	02	5.0	5.0
Total	40	100.0	100.00

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Gráfico 5. 7
Factores institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima-2019.



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

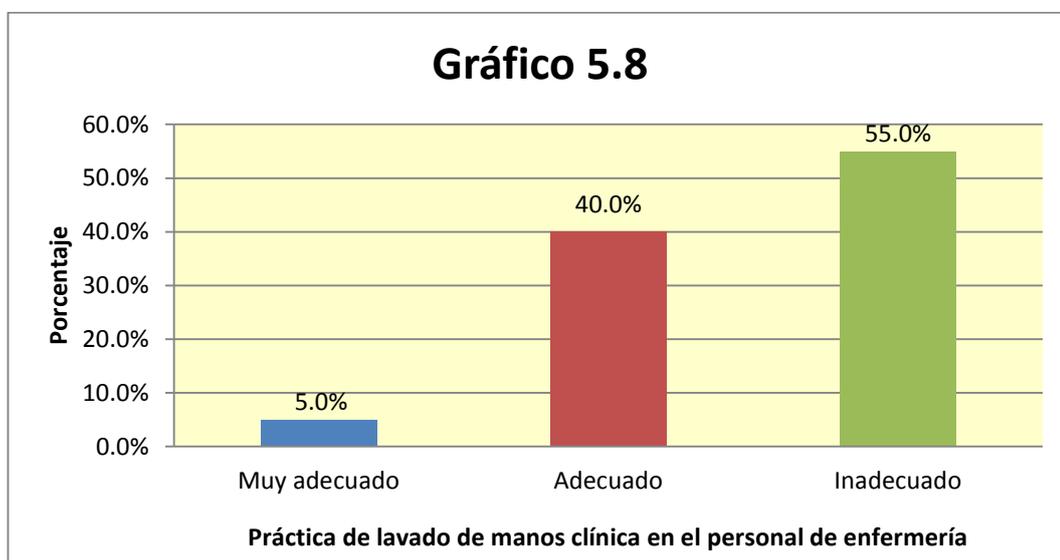
Los resultados muestran que 92.5% de factores institucionales en el personal de enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa del Servicio de Emergencia es medio, un 5.0% es bajo, y 2.5% es alto.

Tabla 5. 8
Práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en
el Servicio de Emergencia en el Hospital José Casimiro Ulloa
Lima-2019.

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)	Porcentaje validado
Muy adecuado	02	5.0	5.0
Adecuado	16	40.0	40.0
Inadecuado	22	55.0	55.0
Total	40	100.0	100.00

Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Gráfico 5. 8
Práctica de lavado de manos clínicos en el personal de enfermería en
el Servicio de Emergencia en el Hospital José Casimiro Ulloa
Lima-2019.



Fuente: Instrumento aplicado a las enfermeras del Servicio de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa Lima 2019.

Se demuestra que 55.0% en la práctica de lavado de manos en el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa es inadecuado; por tanto, un 40.0% es adecuado, y un 5.0% es muy adecuado.

5.2. Resultados inferenciales

Tabla 5. 9
Recategorización de variable 1

N°	Factores personales	Factores institucionales	Factores personales e institucionales	Factores personales	Factores institucionales	Factores personales e institucionales
1	13	27	40	Medio	Medio	Medio
2	14	22	36	Alto	Medio	Medio
3	13	23	36	Medio	Medio	Medio
4	14	23	37	Alto	Medio	Medio
5	13	27	40	Medio	Medio	Medio
6	9	20	29	Bajo	Medio	Bajo
7	17	26	43	Alto	Medio	Alto
8	16	25	41	Alto	Medio	Medio
9	14	23	37	Alto	Medio	Medio
10	15	25	40	Alto	Medio	Medio
11	13	25	38	Medio	Medio	Medio
12	15	23	38	alto	Medio	Medio
13	13	25	38	Medio	Medio	Medio
14	15	23	38	Alto	Medio	Medio
15	14	25	39	Alto	Medio	Medio
16	12	23	35	Medio	Medio	Medio
17	13	23	38	Alto	Medio	Medio
18	13	23	36	Medio	Medio	Medio
19	13	25	38	Medio	Medio	Medio
20	12	25	37	Medio	Medio	Medio
21	14	24	38	Alto	Medio	Medio
22	13	24	37	Medio	Medio	Medio
23	09	20	29	Bajo	Bajo	Bajo
24	11	29	40	Medio	Alto	Medio
25	08	22	30	Bajo	Medio	Bajo
26	13	25	38	Medio	Medio	Medio
27	16	24	40	Alto	Medio	Medio
28	14	25	39	Alto	Medio	Medio
29	14	26	40	Alto	Medio	Medio
30	16	29	45	Alto	Medio	Medio
31	13	22	37	Medio	Medio	Medio
32	15	22	37	Alto	Medio	Medio
33	14	27	41	Alto	Medio	Medio
34	13	24	37	Medio	Medio	Medio
35	14	24	38	Alto	Medio	Medio
36	15	25	40	Alto	Medio	Medio
37	15	25	40	Alto	Medio	Medio
38	14	24	38	Alto	Medio	Medio
39	12	23	35	Medio	Medio	Medio
40	12	24	36	Medio	Medio	Medio

Tabla 5. 10
Total de Recategorización de Variable 1

	Factores personales	Factores institucionales	Factores personales e institucionales
Alto	21	01	02
Medio	16	37	35
Bajo	03	02	03
Total	40	40	40

Tabla 5. 11
Recategorización de variable 2

N°	Práctica de Lavado de Manos (Total)	Práctica de lavado de manos
1	17	Muy adecuado
2	15	Adecuado
3	11	Adecuado
4	06	Inadecuado
5	07	Inadecuado
6	11	Adecuado
7	14	Adecuado
8	12	Adecuado
9	09	Inadecuado
10	13	Adecuado
11	11	Inadecuado
12	10	Inadecuado
13	09	Inadecuado
14	09	Inadecuado
15	08	Inadecuado
16	09	Inadecuado
17	14	Adecuado
18	11	Adecuado
19	12	Adecuado
20	10	Inadecuado
21	14	Adecuado
22	14	Adecuado
23	12	Adecuado
24	08	Inadecuado
25	08	Inadecuado
26	09	Inadecuado
27	09	Adecuado
28	12	Adecuado
29	12	Inadecuado
30	07	Inadecuado
31	08	Inadecuado
32	10	Inadecuado
33	10	Inadecuado
34	10	Inadecuado
35	10	Inadecuado
36	10	Inadecuado
37	17	Muy adecuado
38	10	Inadecuado
39	10	Inadecuado
40	11	Adecuado

Tabla 5. 12
Total de Recategorización de Variable 2

	Práctica de lavado de manos
Muy adecuado	02
Adecuado	16
Inadecuado	22
Total	40

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

Prueba de relación de variables

Hg: Existen factores Personales e Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.

Hn: No existen factores Personales e Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.

Ha: Si existen factores Personales e Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.

Sig. T= 0.05, nivel de aceptación = 95%, Z=1.96

Regla de decisión:

- Si la Sig. E < Sig. T, entonces se rechaza la H₀ (Hipótesis Nula)
- Si la Sig. E > Sig. T, entonces se acepta la H₀

Tabla 6. 1

Relación entre Factores Personales e Institucionales y Práctica del lavado de manos clínico

			Factores personales e institucionales	Práctica del lavado de manos clínico
Rho de Spearman	Factores personales e institucionales	Coeficiente de correlación	1,000	0,889
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	107	107
	Práctica del lavado de manos clínico	Coeficiente de correlación	0,889	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	107	107

Fuente: Elaboración propia

Los resultados del análisis estadístico realizado con el aplicativo SPSS, se muestran en la Tabla 6.1, donde el índice de correlación de Pearson es de 0.580, valor que comparado con la escala de correlaciones de la Tabla 5, permite señalar que hay una correlación ALTA, y que las variables son directamente relacionadas.

Como el coeficiente Rho de Spearman es 0.580 y de acuerdo con el baremo de la correlación de Spearman, existe una correlación positiva moderada. Además, como el nivel de significancia es menor que 0.05 ($p=0.000 < 0.05$) se acepta la hipótesis general, por lo que podemos concluir existen factores Personales e Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima.

Tabla 6. 2

Escala de correlaciones de Pearson

Coeficiente	Interpretación (correlación)
$r = 1$	Perfecta y positiva
$0.80 < r < 1$	Muy alta
$0.60 < r < 0.80$	Alta
$0.40 < r < 0.60$	Moderada
$0.20 < r < 0.40$	Baja
$r = 0$	Nula
$r = -1$	Perfecta y negativa

Prueba de regresión lineal simple

Regla de decisión:

- Si la Sig. E < Sig. T, entonces se rechaza la Ho (Hipótesis Nula)
- Si la Sig. E > Sig. T, entonces se acepta la H0

Tabla 6. 3

Resumen del modelo de regresión lineal simple				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	0.889a	0.790	0.781	0.405

Variable dependiente: Práctica del lavado de manos clínico

Variable independiente: Factores personales e institucionales

Donde:

R: coeficiente de correlación R de Pearson

R cuadrado: coeficiente de determinación (varianza porcentual de la variable dependiente)

$$VD=R^2.VI$$

INTERPRETACIÓN: En la Tabla 6.3 el coeficiente de correlación de Pearson es 0.889, valor igual al mostrado en la Tabla 6.1. Tomando el resultado del coeficiente de determinación (R cuadrado ajustado), permite concluir que la variable dependiente (práctica del lavado de manos clínico) cambia en una proporción del 78.1% debido a la influencia directa de la variable independiente (factores personales e institucionales).

Prueba de la Hipótesis General de trabajo con Análisis de Varianzas (ANOVA)

Tabla 6. 4

Análisis de Varianzas

	Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	14.222	1	14.000	86.588	0.000
	Residuo	3.778	23	0.164		
	Total	18.000	24			

Variable dependiente: Práctica del lavado de manos clínico

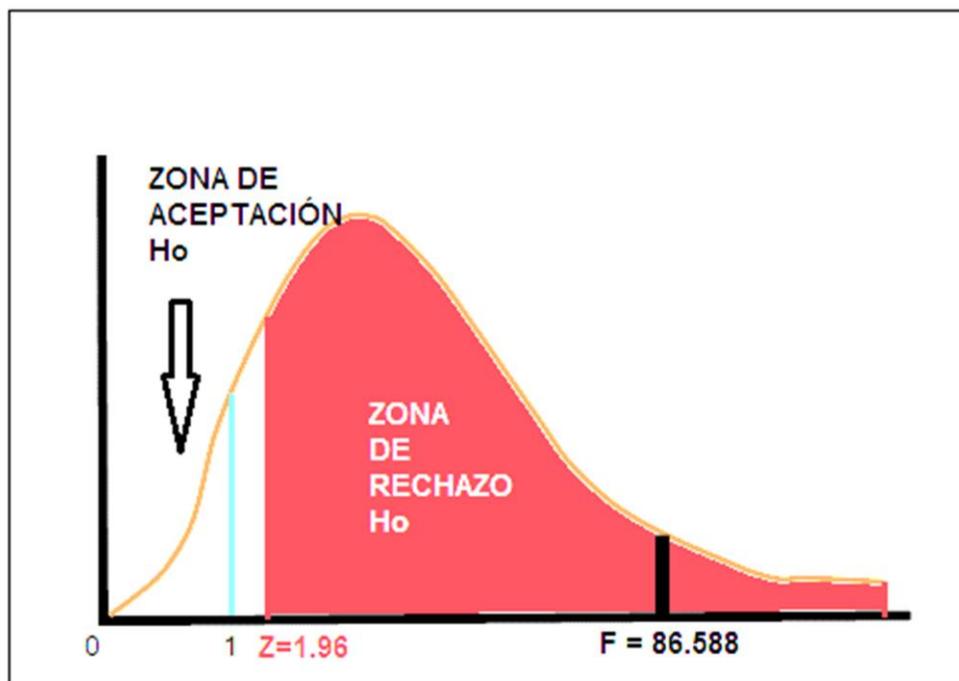
Variable independiente: Factores personales a institucionales

Donde:

Gl: Grados de libertad

F: Estadístico "F" de Fisher

Gráfico 6. 1: Curva de Fisher



Interpretación: La Tabla 6.4 y figura 6.1, resultantes del análisis de varianzas muestra que el coeficiente de Fisher es de 86,588 ($F = 86,588$), valor positivo se ubica a la derecha del índice crítico ($Z = 1.96$), que

corresponde a la zona de rechazo de la Hipótesis Nula (H_0). Así mismo, la significancia encontrada es cero (Sig. E = 0.00) y la significancia de investigación planteada es de 0.05 (Sig. T= 0.05), por lo que de acuerdo a la regla de decisión establecida, se rechaza la hipótesis nula (H_0): No existen factores Personales e Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.; se acepta la hipótesis alternativa (H_a): Si existen factores Personales e Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019, hipótesis equivalente a la hipótesis general de investigación (H_G).

Formulación de la ecuación lineal de regresión simple

Tabla 6. 5
Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig
	B	Error estándar	Beta		
1 (Constante)	0.311	0.279		1.113	0.000
Práctica del lavado de manos clínico (Agrupado)	0.889	0.096	0.889	9.305	0.000

a. Variable independiente: Factores personales e institucionales (agrupado)

B. Punto de corte o intercepción de la recta con el eje Y

Beta: Ángulo de inclinación

t: Estadístico "t" de student

INTERPRETACIÓN: De acuerdo a los datos resultantes de la Tabla 6.5, la constante 0,311 corresponde al punto de corte de la recta de la ecuación lineal con el eje Y. El índice 0,889 representa la alta relación directa (cercana a "1") entre práctica de lavado de manos clínico y factores personales e institucionales que se entiende como una participación de esta última con 88.9 % para que se produzcan cambios directos en la

práctica de lavado de manos clínico. El valor 9,305 es el estadístico “t” de student que se ubica en la zona de rechazo de la Ho. Finalmente la significancia encontrada es cero (0.00), que resulta ser menor que la significancia de trabajo, por lo que se concluye aceptando la Hipótesis General planteada.

Recta de regresión lineal simple

La recta de regresión lineal simple, se expresa con la siguiente ecuación:

$$Y = B_0 + B_1 * X$$

Dónde:

Y = Variable Dependiente

X = Variable Independiente

B = Punto de corte o intercepción de la recta con el eje Y

Beta = Angulo de Inclinación

Con los datos obtenidos en la Tabla 6.5, se construye el modelo matemático de regresión lineal, el mismo que se establece tal como sigue:

$$Y = 0,311 + 0,889 * X$$

Dónde:

Y = VD = Práctica de lavado de manos clínico

X = VI = Factores personales e institucionales

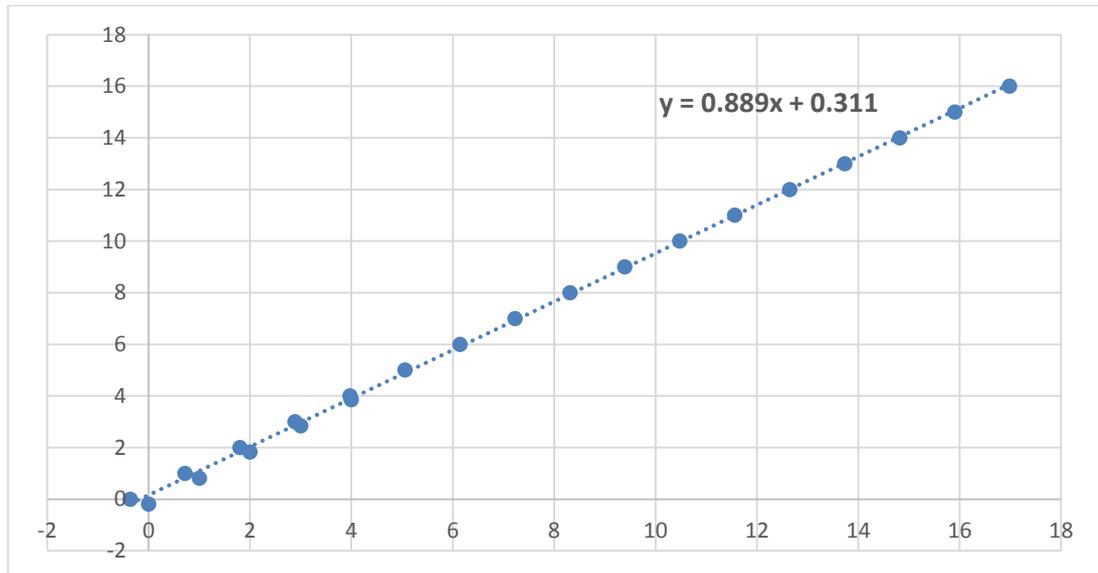
B = 0,311

Beta = 0,889

Ecuación econométrica de la recta

$$\text{Práctica de lavado de manos clínico} = 0,311 + 0,889 * \text{Factores personales e institucionales}$$

Gráfico 6. 2: Recta de regresión lineal



Interpretación: La práctica de lavado de manos clínico contribuye con 88.9% para que cambien los factores personales e institucionales, existe además una “muy alta” correlación positiva entre las variables en estudio.

6.2 Contratación de los resultados con estudios similares

En el estudio de Morán, Gimeno, Martínz y Sánchez (2014) se trabajó con la variable dependiente de la presente tesis, siendo los resultados que el lavado de manos se realiza con el fin de prevenir las infecciones, por tanto es una acción formativa la cual aumenta los conocimientos que contribuyen a una corta hospitalización, además reduce la morbilidad de los pacientes y los costes de atención sanitaria. Se demostró además que los estudiantes tienen un conocimiento mayor a otros estudios sobre el referente, sin embargo pierden resiliencia a lo largo del tiempo, por ello requieren capacitaciones parqa mantener dichos conocimientos. También se demostró que existen partes básicas del Lavado de manos que se desconocen. Por ello, deben seguirse programas de formación y hacer énfasis en los conocimientos existentes.

En el estudio de Vita, Beltramino y Bussi (2014), se trabajó con la variable dependiente: lavado de manos clínico, obteniéndose los siguientes resultados: se apreció que el grado de conocimiento del personal de salud resultó ser escaso, pues solamente el 61,2% de los encuestados tienen conocimiento de la forma correcta del lavado de manos. Dichas observaciones tuvieron como finalidad determinar el grado de cumplimiento de las prácticas de higiene de manos y evaluar la repercusión de la intervención educativa. También se vio la existencia de 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.

En el estudio de Gonzabay y Gonzáles (2013) se vieron las siguientes conclusiones: se reflejó la existencia de un alto índice de conocimientos deficientes acerca de las infecciones intrahospitalarias y sus consecuencias. La mayoría del personal de enfermería no usa correctamente las barreras para la prevención de enfermedades y no aplica correctamente el lavado de manos, teniendo como consecuencia altos factores de riesgo por no saber usar las normas de bioseguridad para evitar contraer infecciones intrahospitalarias. Se necesita capacitar al personal de enfermería para que obtengan conocimientos de infecciones intrahospitalarias y la forma de prevenirlas, de esa forma ni el personal ni los pacientes estarán expuestos a infecciones intrahospitalarias.

En el estudio de Díaz Calderón (2010), se concluyó lo siguiente: el nivel de conocimiento con respecto al lavado de manos por parte del personal de salud es bajo evidenciando aspectos negativos, ya que un alto porcentaje manifestó confusión en cuanto al lavado y antisepsia de manos, por ello es necesario la capacitación acerca de la técnica correcta del lavado de manos y el uso correcto de las normas de bioseguridad.

En el estudio de Márquez y Pérez (2016) su estudio es descriptivo cuantitativo y transversal, tal cual la presente tesis, concluyendo que el personal de salud del servicio de emergencia tiene conocimiento medio acerca de la higiene de manos, las generalidades y el procedimiento.

Saldarriaga y Córdoba (2015) en su estudio se ve la variable dependiente de la presente tesis, siendo su metodología descriptiva simple y no experimental. Concluyendo en lo siguiente: el 70% del personal de salud no cumple con la adherencia al lavado de manos, las profesionales mujeres presentan una mayor adherencia al lavado de manos entre adecuado y regular, los profesionales mayores de 25 a 34 años presentaron una mayor adherencia del lavado de manos. Asimismo el área con mayor adherencia al lavado de manos fueron los servicio de gineco – obstetricia y neonatología. También se concluyó que los momentos 1 y 4 son los que más se adhieren al personal de salud.

En el estudio de Rivera, Castillo, Astete y Linares (2015) se concluyó que es necesario un programa educativo de medidas en prevención y control de IHH para mejorar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas del personal hospitalario, asimismo los médicos muestran ser más resistentes a cambiar sus comportamientos a pesar de las capacitaciones. Además la adherencia a las medidas básicas de bioseguridad (lavado de manos, uso de guantes, desinfección concurrente y eliminación de residuos) fue creciente en todos los servicios, presentando algunas diferencias que dependen por un lado de la predisposición a su cumplimiento, como a la exposición a procedimientos invasivos, como sucede con los servicios quirúrgicos y especializados.

En el estudio de Alancay (2010) su estudio fue descriptivo y de corte transversa tal como lo es la presente tesis, concluyendo además que los conocimientos del personal de salud acerca del lavado de manos clínico

es bajo así como en la técnica. El personal médico tiene un nivel medio de conocimientos sobre el lavado de manos, y son ellos los que tienen más conocimiento ya que el profesional auxiliar también tiene un nivel bajo tanto de conocimientos como de técnica. Es necesario capacitar a todo el personal en el correcto lavado de manos y en las normas de bioseguridad.

En el estudio de García (2011), fue descriptivo transversal tal como la presente tesis. Concluyendo además que, el 56% del personal de enfermería a veces aplica de forma correcta las normas de bioseguridad, esto puede deberse a la rutina o el exceso de trabajo. También el 72% posee un alto nivel de conocimiento acerca de las normas de bioseguridad, sin embargo, a pesar de tener estos conocimientos en un nivel alto, no lo practican regularmente, lo que indica que esto puede deberse a factores ajenos.

6.3 Responsabilidad ética

Autonomía: El personal que participó en las encuestas lo hizo a libre voluntad y sin coacción alguna, manifestando su aceptación para la aplicación del cuestionario así como de la lista de cotejo.

Beneficencia: La presente tesis servirá de aporte en el conocimiento del correcto lavado de manos clínico y los factores tanto personales como institucionales existentes. Se brindará un original al Hospital como aporte a sus conocimientos.

No-maleficencia: Se afirma que la presente tesis no se realizó para causar perjuicio alguno ni al hospital ni al personal de enfermería participante

Justicia: Se afirma que la elección de los participantes fue al azar pudiendo participar quien deseara en forma voluntaria tratándose a todos con la misma cordialidad y bajo los principios éticos estimados.

CONCLUSIONES

De acuerdo al objetivo general podemos decir que existen diversos factores tanto personales como institucionales los cuales influyen en la práctica del lavado de manos clínico en un término medio.

De acuerdo al objetivo específico 1 podemos decir que los Factores Personales que influyen en la práctica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa son la edad, sexo, y la experiencia los que tienen una alta influencia, aquellos que poseen una influencia media son el ambiente físico, y los factores con nivel bajo fueron el conocimiento y la motivación.

De acuerdo al objetivo específico 2, podemos decir que los Factores Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima en un nivel medio fueron la capacitación y los recursos materiales, mientras que en un nivel bajo fueron los recursos humanos y en un nivel alto fue la supervisión.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa brindar capacitaciones al menos dos veces al año en lo que se refiere a normas de Bioseguridad, con énfasis una vez al año en el lavado de manos clínico.

Se recomienda al servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa brindar una capacitación extra al personal más joven en lo referente al lavado de manos clínico, además de mejorar los ambientes, que éstos cuenten con todos los implementos para una correcta técnica, eso servirá también para que el personal ponga en práctica sus conocimientos. Además se podría colocar publicidad enfocada a la técnica correcta del lavado de manos clínico para motivar al personal a realizar esta técnica en los cinco momentos.

Se recomienda al Hospital José Casimiro Ulloa que dentro de las capacitaciones hagan participar al mismo personal, sean más dinámicas y que cuenten con los materiales necesarios a la hora de capacitar, además de aumentar la supervisión para un mayor control.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud - OMS. Mejora la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud. Centro colaborador de la OMS sobre soluciones para la Seguridad del Paciente. 2007; 1(9).
2. Ministerio de Salud. Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. [Online]; 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3802.pdf>.
3. Ministerio de Salud del Perú. Aprobación de la resolución ministerial de la promoción del lavado de manos social. [Online].; 2012. Acceso 27 de setiembre de 2012. Disponible en: ///C:/Users/cab/Downloads/2012-09_27_DUPEDEWLXEHGTXVXLRKX.PDF.
4. Morán, J.; Gimeno, A.; Martínez, E.; Sánchez, J. Conocimiento de la higiene de manos en estudiantes de enfermería en la Universidad de Extremadura..
5. De Vita, W.; Beltramino, G.; Bussi, E. Conocimiento, Actitudes y prácticas del personal de salud relacionados con el lavado de manos clínico en una unidad de cuidados intensivos en Argentina..
6. Gonzabay, H.; Gonzáles, A. Intervenciones de enfermería en la prevención de infecciones intrahospitalarias hospital Manglaralto Santa Elena..
7. Morales, M.; Ortiz, E. Cuidados de enfermería y su influencia en la presencia de infecciones nosocomiales más comunes en enfermos que se encuentran en el área de UCI del Hospital Provincial Docente Ambato..

8. Gonzáles, R. Factores que influye en la adherencia al lavado de manos en el personal del servicio de cirugía..
9. Martos, A. Higiene de manos. Evaluación de actitudes, conocimientos y conductas en profesionales sanitarios..
10. Díaz, Y. Conocimiento y práctica de lavado de manos del personal de salud que labora en una institución hospitalaria del tercer nivel de Colombia..
11. Márquez, M.; Pérez, L. Conocimiento sobre higiene de manos en el personal de salud del servicio de emergencia del Hospital de Emergencias Grau..
12. Saldarriaga, B.; Córdobas, K. Adherencia al lavado de manos en personal de salud del Hospital Regional San José alfredo Mendoza Olavarría II-2..
13. Rivera, R.; Castillo, G.; Astete, M.; Linares, V. Medidas básicas de prevención de infecciones intrahospitalarias para modificar conocimientos, actitudes y prpacticas del profesional de salud (enfermeros)..
14. Alancay, N. Nivel de conocimiento que tiene el personal de salud sobre lavado de manos clínico en emergencia del Hospital Carlos Lam Franco La Hoz junio - julio 2010 Lima Perú..
15. Barros, M. Razones por la que el equipo interdisciplinario no cumple con la norma del lavado de manos..
16. García, J. Nivel de conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad en el personal de enfermería que labora en el área de emergencias de Essalud de Tacna Perú..
17. COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES, HOSPITAL ROOSEVELT. Boletón N° 2 Guatemala ; 1.997.

18. DU GAS. Tratado de Enfermería Práctica. 3rd ed. México; 1.979.
19. VALDERRAMA, A. Fiebre Puerperal Reseña Histórica, BETU a Saber. 2002; 1: p. 82.
20. GODOY MEDINA, I.. Introducción a la enfermería, MSPYAS Departamento de Educación de Enfermería. Escuela de Enfermería ed. Cobán: Ministerio de Salud Publica y Asistencia Socia; 1999.
21. Marriner Tomey, A.; Raile Alligood, M. Modelos y teorías en enfermería: Servier Scienice; 2007.
22. Elsevier. Modelo de Promoción de la Salud. 7th ed.: Libros de medicina y literatura científica; 2016.
23. Orozco, L.; Camargo, A.; Vásquez, S.; Altamiranda, L. Factores que influyen en el conocimiento y aplicación del Proceso de Enfermería. Universidad Industrial de Santander. 1997; 34(2): p. 104-109.
24. Organización Mundial de la Salud - OMS. Salve vidas: límpiese las manos. [Online].; 2016.. Disponible en: https://www.who.int/gpsc/5may/EN_PSP_GPSC1_5May_2016/es/.
25. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Instituto de seguridad e higiene en el trabajo. [Online].; 2016.. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/>.
26. Guerrero, L.; Barajas, H. Capacitación y adherencia al lavado de manos y su efecto en la infección nosocomial. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Departamento de Enfermería y Obstetricia León. 2012; 20(3): p. 157-165.

27. Cortés, R. Análisis de la demanda por servicios de salud. Ministerio de Salud del Perú.
28. Organización Mundial de la Salud. Guía de directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria: unas manos limpias son manos más seguras..
29. D.L. NN° 32536: Ley de trabajo y carrera de los profesionales de la salud. [Online]; 1983. Disponible en: https://www.amp.pe/normasjurCAR_YTRAB_DE_LOS_PROFESIONALES.htm.
30. Gyarmati, G. Las profesiones, dilemas del conocimiento y del poder Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile ; 2016.
31. Álvarez, F.. Lavado de manos y prevención de infecciones transmisibles. Epidemiología y microbiología: Universidad de ciencias médica; 2016.
32. Ministerio de Salud. Lavado de manos Lima; 2015.
33. Bolon, M. Una mejor higiene de las manos se asocia con la disminución de las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Intra Med. 2011; 25: p. 21-43.
34. Reina, N.. El proceso de enfermería: Lavado de manos para el cuidado umbral científico. 2017; 17.
35. Organización Panamericana de la salud. Cinco datos clave para el lavado de manos. [Online]; 2017. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1055:cinco-datos-claves-para-el-lavado-de-manos-&Itemid=227.
36. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: resumen. [Online]; 2009. Disponible en:

http://cmas.siu.buap.mx/portal_pprd/work/sites/hup/resources/LocalContent/247/2/guia_lavado_de_manos.pdf.

37. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo lavarse las manos?. Ginebra - Suiza.
38. Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, L. Metodología de la investigación científica. 6th ed. México: Mc Graw Hill; 2014.

ANEXOS

ANEXO 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA
“FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA PRACTICA DE LAVADO DE MANOS
CLINICO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL JOSE
CASIMIRO ULLOA LIMA- 2019”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuáles son los factores que influyen en la práctica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019?	Determinar que factores influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.	Existen factores Personales e Institucionales que influyen en la practica de lavado de manos clínicos en el profesional de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.	V1. Factores que influyen en la practica de lavado de Manos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Factores Personales ▪ Factores Institucionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad ▪ Experiencia ▪ Motivación ▪ Conocimiento ▪ Ambiente físico ▪ Capacitación ▪ Recursos materiales ▪ Recursos humanos ▪ Supervisión 	<p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Diseño: No experimental, de Corte transversal</p> <p>Tipo de Investigación: Aplicativo</p>

<p>¿Cuáles son los Factores Personales que influyen en la práctica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019?</p>	<p>Identificar que Factores Personales influyen en la practica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.</p>		<p>V2. Practica de Lavado de Manos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Momentos de lavado de Manos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Momento 1 ▪ Momento 2 ▪ Momento 3 ▪ Momento 4 ▪ Momento 5 	<p>Muestra: n : 40 Profesionales de Enfermeria en el área de Emergencia.</p>
<p>¿Cuáles son los Factores Institucionales que influyen en la práctica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019?</p>	<p>Identificar que Factores Institucionales influyen en la practica de lavado de manos clínico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa Lima - 2019.</p>			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnica de Lavado de Manos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 Pasos de lavado de mano. 	<p>Muestreo : Probabilístico aleatorio simple</p>

ANEXO 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: “FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA PRACTICA DE LAVADO DE MANOS CLINICO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLLOA LIMA- 2019”

Investigadora:

Lic. Beatriz Katerin Salcedo Burga

Objetivo de la Investigacion:

Determinar que factores que influyen en la practica de lavado de manos clinico en el profesional de enfermeria en el servicio de emergencia del hospital jose casimiro ullloa lima- 2019.

Beneficios Potenciales:

Identificar que factores influyen en la practica de lavado de manos clinico en el profesional de Enfermería del servicio de emergencia del Hospital José Casimiro Ulloa , asi ayudar a reducir y evitar la estadia del paciente en el hospital, disminuir la morbi- mortalidad, evitando alterar aun mas la calidad de vida del paciente y su familia y bajar los costos que se generan a la Institucion.

Consentimiento Oficial:

La investigación será aprobada y apoyada por la jefatura del departamento de enfermeria, jefes de la unidades involucradas y el comité de control de infecciones y vigilancia epidemiológica del nosocomio.

Riesgos potenciales:

El estudio implica que no habrá daños prevesibles para el objeto de estudio.

Explicacion del Procedimiento:

El procedimiento incluirá la realización de una cedula de entrevista con preguntas abiertas y cerradas con el objeto de descubrir cuáles son los factores personales e institucionales que influyen en la practica de lavado

de manos clinico en el profesional de enfermeria en el servicio de emergencia del hospital jose casimiro ulloa lima- 2019.

Compromiso Temporal:

La participación en el estudio es voluntaria, no tiene ninguna obligación de participar.

Posibilidad de Abandonar el Estudio:

Tiene derecho de a abandonar el estudio cuando desea, sin verse afectada su relacion con la Institucion.

Garantía de Anonimato y confidencialidad:

La información será codificada para que no pueda identificarse el personal involucrado. Toda información será recopilada solamante por las investigadoras, la misma no serán compartidas con nadie.

He leído el formulario de consentimiento y apruebo la realización del mismo.

----- |

FIRMA DEL SUJETO

FECHA

ANEXO 03
INSTRUMENTO VALIDADO
PRESENTACION

Tema: “FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA PRACTICA DE LAVADO DE MANOS CLINICO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL JOSE CASIMIRO ULLOA LIMA- 2019”

Buenos días, soy la Lic. Beatriz Salcedo Burga, que estoy realizando un estudio de investigación con la autorización indicada con el Departamento de Jefatura de Enfermería del Hospital José Casimiro Ulloa, a fin de obtener información. Por lo que solicito su colaboración a través de sus respuestas con veracidad y seriedad; expresándole que es de carácter anónimo. Agradezco por anticipado la participación en el estudio.

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario contiene una serie de preguntas, por lo que se le recomienda que lea atentamente cada enunciado y luego marque con un aspa (X), la respuesta que Ud. Crea conveniente.

DATOS GENERALES

Sexo: a. Mujer b. Varón

Edad: a. Menor de 30 años b. 30 - 40 años c. Mayor de 40 años

Nivel de Estudio: a. Licenciado b. Especialista c. Maestría d.

Doctorado

Tiempo en el servicio: a. Menor de 3 años b. 3-10 años c. Mayor de 10 años

FACTORES PERSONALES E INSTITUCIONALES		NUNCA	A VECES	SIEMPRE
FACTORES PERSONALES				
1	El lavado de manos es una medida de bioseguridad para evitar las infecciones intrahospitalarias.			
2	El lavado de mano debe ser riguroso antes y después de cada procedimiento.			
3	En el lavado de mano se tiene en cuenta los cinco momentos y 11 pasos.			
4	Falta reconocimiento de parte de la institución para el cumplimiento de las normas de bioseguridad.			
5	En el ejercicio de la actividad laboral tengo el tiempo es suficiente para el lavado de mano riguroso.			
6	Es mi responsabilidad personal el realizar un buen lavado de mano.			
FACTORES INSTITUCIONALES				
7	El número de personal de enfermería del servicio de emergencia es suficiente para la demanda de pacientes y tener tiempo para lavarse las manos.			
8	Tienen sobrecarga de pacientes que limitan el cuidado individualizado y lavado de mano las veces que sean necesarias.			
9	La programación de sus turnos es de acuerdo a la demanda y necesidad del servicio.			
10	El servicio de emergencia cuenta con dispensadores de jabón y papel toalla que permiten un buen lavado de manos			
11	Existe un comité de infecciones intrahospitalarias que supervisa el lavado de manos dentro del servicio de emergencia.			
12	En la institución en su servicio de emergencia realizan capacitaciones sobre las técnicas de lavado de manos de manera continua.			

13	Se realiza la capacitación correspondiente en el servicio sobre los momentos y pasos del lavado de mano.			
14	Actualmente existe comité de vigilancia permanente del lavado de manos en el servicio.			
15	El hospital ofrece capacitaciones sobre infecciones intrahospitalarias donde tratan sobre el lavado de manos clínico.			
16	Disponen de materiales para el lavado de manos.			
17	Brinda el cuidado del paciente a pesar de la carencia de insumos y materiales.			
18	Cuentan con guías o rótulos donde indican las técnicas de lavado de manos.			

**LISTA DE COTEJO MEDIR LA PRACTICA DE LAVADO DE MANOS
CLINICO**

**DATOS DONDE SE REALIZA LA OBSERVACIÓN DIRECTA A LOS
PROFESIONALES DE ENFERMERIA**

- ✓ Servicio:
- ✓ Observador:
- ✓ Fecha:

Nº	MOMENTOS DE LAVADO DE MANOS	NO APLICA	SI APLICA
1	La enfermera se lava las manos al llegar al servicio, antes de entrar en contacto con el paciente.		
2	La enfermera se lava las manos antes de calzarse un guante quirúrgico para el procedimiento especial como colocar sondaje.		
3	La enfermera se lava las manos luego de aspirar las secreciones bronquiales, administrar medicamento		
4	La enfermera se lava las manos cuando termina atender a un paciente antes de proseguir con el otro paciente.		
5	La enfermera se lava las manos luego de terminar su jornada laboral antes de retirarse del servicio.		
	PASOS DE LAVADO DE MANOS		
6	La enfermera cumple con el tiempo necesario la duración de lavado clínico.		
7	La enfermera utiliza la clorhexidina al 2% y 4% de manera Correcta.		
8	La enfermera utiliza adecuadamente los lavamanos		
9	El dispensario de papel toalla siempre está disponible con Papel.		
10	La enfermera humedece lo suficientemente para el lavado de Mano.		
11	La enfermera se enjabona las manos con el grifo cerrado		
12	La enfermera comienza con el frotado o fricción de las palmas de las manos..		

13	La enfermera en el lavado de manos entrelaza los dedos y frota del dorso de manera anverso		
14	La enfermera prosigue con los dedos entrelazados y limpia los espacios entre si.		
15	La enfermera con los dedos de frente se agarra entre si y mueve de lado a lado.		
16	La enfermera inicia frotar de manera circular los dedos uno por uno de ambas manos.		
17	La enfermera limpia las yemas de los dedos frotando en la palma de la mano.		
18	La enfermera prosigue enjuagarse con abundante agua corriente		
19	La enfermera prosigue a secarse la mano antes de cerrar el grifo.		
20	La enfermera una vez terminada el secado de la mano prosigue con el cierre del grifo.		
21	Los coches de tratamiento cuentan con alcohol gel como antiséptico.		
22	La enfermera utiliza el alcohol gel como protector para evitar el lavado de manos recurrente.		

ANEXO 04
Validación de Instrumento 1

N°	Items																		Sumatoria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1	3	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3	1	1	1	2	2	3	3	40
2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	1	1	2	2	3	2	36
3	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	2	3	2	36
4	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	1	2	2	2	3	2	37
5	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	1	2	2	2	3	2	40
6	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	3	1	33
7	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	1	2	2	2	3	2	43
8	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	3	1	3	2	41
9	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	37
10	2	3	3	3	1	3	2	3	3	2	2	2	2	1	2	1	3	2	40
11	3	2	2	2	1	3	1	2	2	2	3	3	2	1	3	2	3	1	38
12	3	2	3	2	2	2	1	3	2	2	3	2	2	1	3	1	3	1	38
13	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	1	1	2	2	2	2	38
14	2	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	1	1	2	2	3	1	38
15	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	1	1	2	2	3	1	39
16	1	3	3	2	1	2	2	2	3	2	2	3	1	2	2	1	2	1	35
17	2	3	3	2	1	2	2	3	3	2	2	3	1	2	2	1	2	2	38
18	1	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2	36
19	2	2	2	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	38
20	2	2	3	1	2	2	1	3	1	2	3	2	2	1	2	2	3	3	37

N°	Items																		Sumatoria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
21	2	2	3	2	2	2	1	3	1	2	3	2	2	1	2	2	3	3	38
22	2	3	2	2	2	2	1	3	1	2	3	2	2	1	1	2	3	3	37
23	1	3	2	1	1	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	3	3	35
24	2	3	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	40
25	3	2	2	1	1	2	1	2	2	3	2	1	2	2	3	3	3	3	38
26	1	3	3	1	2	3	2	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	38
27	2	3	3	3	2	2	1	3	2	2	3	1	2	2	3	3	2	2	40
28	3	3	2	3	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	39
29	3	3	2	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	40
30	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	45
31	3	3	3	1	1	2	1	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	3	35
32	2	3	3	2	1	3	1	2	1	2	3	1	2	1	2	2	3	3	37
33	2	2	3	2	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	41
34	2	2	3	1	2	3	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3	37
35	2	3	2	2	2	3	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2	2	3	38
36	3	3	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2	3	3	40
37	3	3	3	3	1	2	2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	3	3	40
38	3	2	3	3	1	2	1	3	2	2	2	2	1	1	2	2	3	3	38
39	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2	1	1	2	2	3	2	35
40	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	2	1	2	2	3	2	36

Validación de Instrumento 2

N°	Items																						Sumatoria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17
2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15
3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	11
4	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	06
5	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	07
6	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	11
7	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	14
8	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	12
9	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	09
10	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	13
11	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	11
12	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	10
13	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	09
14	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	09
15	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	08
16	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	09
17	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	14
18	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	11
19	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	12
20	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	10

N°	Items																						Sumatoria
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
21	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	14
22	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	14
23	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	12
24	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	08
25	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	08
26	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	09
27	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	09
28	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	12
29	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	12
30	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	07
31	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	08
32	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	10
33	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	10
34	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	10
35	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	10
36	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	11
37	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	17
38	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	10
39	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	10
40	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	11

