

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PLAN DE GESTIÓN EN LA PROMOCIÓN DE LA HIGIENE DE  
MANOS SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN  
LA UCI MÉDICA Y QUIRÚRGICA DEL CENTRO MÉDICO  
NAVAL.CALLAO.2020”**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**SANDRA GÓMEZ LÓPEZ**

**Callao, 2020**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

### MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI                      PRESIDENTA
- DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA              SECRETARIA
- MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES            MIEMBRO

**ASESORA:** DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta:176-2020

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 10 de Diciembre de 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-CU de fecha 30 de Octubre del 2018, para obtención de Trabajo Académico de Segunda Especialidad Profesional,

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi guía y fortaleza cada día.

A mí querida familia por su apoyo incondicional, a mi hija por su amor, a mis padres por los valores que me inculcaron que ha permitido el logro de mis metas profesionales.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por ser luz en mi diario caminar.

Agradezco profundamente a mi Docente, por su orientación y experiencia en enseñanzas compartidas, por ser guía en la conquista de nuestra meta

A nuestra prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1 Antecedentes del Estudio .....	6
2.1.1. Antecedentes Internacionales .....	6
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	8
2.2 Base Teórica.....	11
2.2.1 Teoría del Entorno de Florence Nightingale.....	11
2.2.2 Teoría General de la Enfermería.....	12
2.3 Base Conceptual .....	14
2.3.1 Cultura de adherencia .....	14
2.3.2 Higiene de manos .....	16
CAPÍTULO III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA. ....	21
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES .....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32
ANEXOS .....	40

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal vía de transmisión de los microorganismos patógenos son las manos contaminadas del personal de salud. Por ende, la higiene de manos efectiva es reconocida desde hace mucho tiempo como la principal medida para paliar este problema.

Pese a que la mayoría de los profesionales de enfermería y en general el personal de salud conocen la Guía de la higiene del lavado de manos de la OMS, los estudios demuestran que la adherencia a estas recomendaciones continúa siendo inaceptable, con niveles de cumplimiento inferiores al 50% y que los esfuerzos por mejorar no se sostienen en el tiempo. (1)

El presente trabajo académico titulado “PLAN DE MEJORA CONTINUA: IMPLEMENTACION DE LA CULTURA DE ADHERENCIA AL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS SEGÚN LA OMS”, tiene por finalidad proponer un plan de mejora para incrementar la cultura de adherencia de la higiene de manos en el personal de enfermería.

Siendo una de las estrategias más importantes en la seguridad del paciente permitirá al Centro Médico Naval “CMST” disminuir la estancia hospitalaria, prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) que pueden provocar discapacidades incluso la muerte y por ende disminuir los costos en nuestro sistema de salud.

Para el desarrollo del presente trabajo académico, se realizó un Plan de mejora continua: implementación de la cultura de adherencia al proceso de higiene de manos según la OMS, el cual contiene la justificación, objetivos, metas, programación de actividades, recursos, ejecución y evaluación. Cabe mencionar que fue ejecutado durante el año 2019, y fue elaborado en su totalidad por la autora, y será presentado a la Jefatura del servicio en referencia, a fin de posibilitar su implementación formal y permitiendo ser un antecedente para otras áreas de la institución.

Finalmente, se precisa que el trabajo académico consta de los siguientes apartados; Capítulo I: Descripción de la situación problemática, Capítulo II: Marco teórico, Capítulo III: Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en relación a la Situación Problemática, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, asimismo, contiene un apartado de anexos.

.

## CAPÍTULO I

### DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El mundo ha sufrido un cambio irreversible a causa del Covid-19, para prevenirlo es fundamental además de mantener la distancia entre las personas, el lavado de manos.

La higiene de las manos se considera una de las medidas más efectivas para evitar la propagación de gérmenes, también para prevenir el contagio por COVID-19. La OMS recomienda realizar un lavado de manos frecuente con agua y jabón, o, si esto no es posible, utilizar un desinfectante de manos a base de alcohol. (2) Y sin duda, esta regla es mucho más estricta en el personal de salud.

La guía de higiene de manos de la OMS de 2009 hace énfasis en la estandarización de instrumentos para la evaluación de adherencia. (3) De otra parte, la adherencia debe enfatizar en los cinco momentos críticos que incluyen: antes del contacto con el paciente, antes de la tarea aséptica, después de la exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente y después de contacto con los objetos que rodean al paciente. (4) Los cinco momentos de higiene de manos sirven de guía para el diseño de instrumentos.

A nivel mundial, algunos estudios han evaluado la adherencia a las guías de higiene de manos y muestran resultados preocupantes, con índices tan bajos como 8%, y, en la mayoría de los casos, por debajo del 50%. Se han postulado como causas de la pobre adherencia a las guías factores como falta de conocimiento de los protocolos, dificultad en el reconocimiento de los momentos en que es crítica la higiene de manos y poca credibilidad con respecto a los beneficios del lavado de manos sobre la infección cruzada. (5)

En América Latina, de acuerdo a un estudio realizado en Colombia, se detectaron 14 barreras en el cumplimiento de la higiene de manos, como: la carga de trabajo y falta de tiempo; para mejorar la adherencia se identifican principalmente el uso de alertas-recordatorios, uso de desinfectante base de alcohol, uso de gel fluorescente, charlas educativas o de importancia, monitoreo de los 5 momentos de la higiene de manos. (6)

En el ámbito del Perú, un estudio de la Universidad Cayetano Heredia reportó que la frecuencia de cumplimiento de higiene de manos encontrada fue muy baja. El momento V. de higiene de manos (después de contacto con el entorno del paciente) fue el más frecuente, en 41.6% pero, el de menor cumplimiento 6.72% (7). Además, en un estudio en el año 2016 mostró que las enfermeras presentan porcentajes más altos de cumplimiento (82.3%) respecto a los médicos asistentes (60%), médicos residentes (46.8%) y las técnicas de enfermería (67%). Evidenciándose que hay altos porcentajes de incumplimiento del lavado de manos por parte del personal de salud en general (8).

En los Servicios de UCI Médica y Quirúrgica del Centro Médico Naval "CMST", no existe una cultura de adherencia higiene de manos; así mismo se evidencia una baja adherencia al procedimiento de salud según lo establecido por la OMS por parte del personal. De acuerdo a reportes de la supervisión realizados por la Oficina de Gestión de calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval "CMST" respecto a la técnica de lavado de manos, en el año 2018 en las Unidades de Cuidados Intensivos Médica el lavado de manos es adecuada de acuerdo a las normas de la OMS solo en un 47% y en las UCI Quirúrgica es adecuada en un 55%, evidenciando que existe un grave problema de cumplimiento de dicha técnica de bioseguridad, lo cual podría ocasionar serios problemas de salud tanto al personal sanitario, así como complicaciones sobre estado de salud del paciente, incremento de la estancia hospitalaria, complicaciones e influir en el incremento de los costos hospitalarios.

El reporte de Supervisión de la División de Seguridad del paciente de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval "CMST", muestra una baja adherencia a la higiene de manos; así como la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental de este nosocomio informó que existe un incremento de la tasa de IAAS en el Servicio de UCI Médica y Quirúrgica. Estos hallazgos ponen en evidencia la necesidad de intervenciones para promover la higiene de manos, a través de diversas estrategias dirigidas a mejorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la higiene de manos y a la monitorización continua del proceso.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes del Estudio

##### 2.1.1. Antecedentes Internacionales

**LÓPEZ L, HERRERA P. (2019).** “Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería del Hospital General Santo Domingo”. Santo Domingo, Ecuador. Estudio de enfoque cuantitativo, transversal, con una muestra de 65 miembros. Los resultados mostraron que de los 305 procedimientos en los que el personal de enfermería realizó higiene de manos, en 209 la realizaron con bases alcohólica correspondiendo a un 68%, de este porcentaje el 58% de ocasiones si cumplieron con todos los pasos de la técnica, del total de procedimientos el 37% de veces si realizaron higiene de manos después del contacto con el paciente. El factor que desfavorece a la higiene de manos es la falta de toallas con un 38%, el 68% del personal de Enfermería mostró que se adhiere a la higiene de manos, a pesar de que existen falencias en el cumplimiento de la técnica adecuada. (9)

**VILLANUEVA J. (2018).** “Evaluación de un programa para promover la higiene de manos en la Unidad de Medicina Familiar 70 en Ayotla, Ixtapaluca”. Estudio de tipo cuasiexperimental y descriptivo; la muestra estuvo integrada por 202 trabajadores. En base a los resultados obtenidos por el instrumento avalado por la OMS mostró que la clínica presentaba un estado inadecuado, aplicando un año después el mismo instrumento se obtuvo un estado avanzado; al mismo tiempo para medir el nivel de conocimientos se obtuvo que en la preprueba el 13.9% de los participantes tenían un nivel óptimo; mientras que en la posprueba ese porcentaje incremento al 93.1%. Concluyendo que el educador para la salud se convierte en una pieza fundamental para el empoderamiento de la población, ya que en la presente investigación se demuestra que utilizando estrategias educativas se pueden generar cambios significativos en las conductas de las personas. (10)

**VÁSQUEZ W, RAMÍREZ C. (2018).** “Adherencia a la higiene de manos por parte del personal de salud en el área de medicina interna en un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil”. La metodología aplicada fue descriptiva y cuantitativa, aplicando la guía de Observación recomendada por la OMS, la entrevista estructurada y check list de la técnica de higiene de manos aplicada al personal de salud, identificándose los siguientes resultados: la mayoría son mayores de 36 años, del género femenino, Licenciadas de Enfermería que trabajan 1 a 5 años en el puesto de trabajo. El personal cumple con los cinco momentos de higiene de manos entre el 30% al 50%. El personal usa y frota manos y muñecas, secándose con toallas de papel que se eliminan después del secado, cuyas debilidades fueron el limitado frotado de las palmas en la parte interna y externa, la débil limpieza de uñas. Se pudo observar de forma favorable el conocimiento de cómo proceder cuando las manos están muy sucias, además que la mayoría del personal conoce perfectamente los 5 momentos del lavado de manos. En conclusión, se determinó que el personal de medicina interna no está adherido a la higiene de manos en su totalidad, lo cual influye negativamente en la seguridad del paciente. En relación al conocimiento del personal de salud fue aceptable en lo inherente a los cinco momentos de higiene de manos, tipos de higiene de manos, partes de las extremidades superiores que deben lavarse, secado de manos, se orientan por el protocolo existente en la unidad hospitalaria y si reciben capacitación en este tópico, lo cual es positivo para lograr la adherencia a la higiene de manos. (11)

**VILLEGAS O, GÓMEZ J, URIEL J. (2017).** “Mejoramiento de la adherencia al lavado de manos, según los cinco momentos de la OMS”. España. Se midió la adherencia al lavado de manos en funcionarios asistenciales según los cinco momentos de la higiene de las manos de la OMS. Estudio transversal y cuantitativo, que evaluó la adherencia al lavado de las manos en personal ambulatorio y de urgencias de Assbasalud ESE y el impacto después de recibir capacitación. Se realizó en tres fases: Precapacitación, capacitación y poscapacitación. Fueron 128 colaboradores en 9 sedes. El Comité de Calidad de la IPS dio el aval. Se tuvieron en cuenta las etapas de la higiene de manos,

el uso de esmaltes, joyas y la pertinencia de las sustancias empleadas para la asepsia. La adherencia obtenida al lavado de manos en la 1ª fase fue 61,8% y para la 2ª del 78,3%; resultados positivos con relación a estudios internacionales. Se concluye que el lavado de las manos, valorada en 78,3% durante el cuarto trimestre de 2013, es una excelente estrategia para prevenir infecciones hospitalarias. (12)

**HIGUITA L. (2015).** “Fortalecimiento de la adherencia a barreras de seguridad a partir del diseño e implementación de rondas de seguridad del paciente en la Clínica Las Vegas, Medellín, Antioquía”. Medellín, Colombia. Estudio descriptivo, la técnica utilizada fue la observación, participando todo el personal de enfermería de la Clínica. En el presente trabajo se evidencian los resultados a partir de la evaluación de adherencia a las barreras de seguridad en los diferentes servicios de una Clínica de alta complejidad mediante la metodología de rondas y la aplicación de un instrumento diseñado con criterios genéricos (barreras aplicables a toda la organización) y específicos (barreras propias de algunos servicios) enfocadas a fortalecer la seguridad del paciente. Posterior a la primera evaluación realizada, se elaboró un plan de mejoramiento que permitió intervenir las desviaciones identificadas con el fin de fortalecer la cultura del personal para la adherencia a la aplicación de las barreras, y se realizó una segunda medición que permitió evidenciar la transformación positiva de la situación y el compromiso cada vez creciente del personal con acciones concretas que promueven la seguridad del paciente. (13)

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

**CONDOR A. (2019).** En su investigación “Conocimiento y adherencia de la técnica del lavado de manos de las enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sergio E. Bernales 2018”. La metodología empleada fue descriptivo correlacional, la muestra de estudio estuvo conformada por la 20 Enfermeras. Los resultados evidenciaron que el 60% de las encuestadas presentan un buen nivel de conocimiento de la técnica de lavado de manos,

así mismo el 30% manifestó un regular manejo de la técnica de lavado de manos y solo el 10% de las enfermeras tienen un mal conocimiento de la técnica de lavados de manos. También Se puede afirmar que el 45% de las encuestadas presentan un buen nivel de adherencia, así mismo el 45% manifestó una regular adherencia y solo el 10% de las enfermeras tienen una mala adherencia de la técnica de lavado de manos. Se concluye que los Enfermeros de la Uci del hospital Sergio E. Bernales tienen un nivel alto de conocimiento de la técnica de lavado de manos mientras que el nivel de adherencia es intermedio. (14)

**CHAMBI V. (2017).** En su estudio “Nivel de conocimientos y adherencia a la higienización de manos del Licenciado en Enfermería, Servicio de Hematología Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2017”. México. Estudio descriptivo correlacional, con una muestra constituida por 32 licenciados en enfermería. Los resultados mostraron que las enfermeras que ingresan al servicio, realizan procedimientos, tratamientos, y la higienización de manos no se cumple en los 5 momentos, antes de tocar al paciente, después de haber cogido o usado la historia clínica, su entorno del paciente, no se higieniza las manos, cuando atiende al paciente inmunosuprimido, así mismo la técnica de la higienización no realizan de la forma correcta, están con las uñas pintadas, con reloj, el tiempo es igual para fricción de manos como para lavado de manos, hay avisos de la técnica y momentos pero no se practica; cabe mencionar que de insumos casi no hay falencia, para lavado y fricción de manos. La vigilancia generalmente es solo en las mañanas, la capacitación se da ocasionalmente sobre el tema y la participación es poca. Concluyendo que se evidenció la eficacia de la estrategia desde la parte teórica, así como en lo práctica cotidiana del personal, concluyendo con ello que se pudo generar un cambio positivo en la ejecución de las técnicas de higiene de manos. (15)

**ASTORAY E, CONDOR D, MENDOZA R, MURILLO S. (2017).** “Nivel de conocimiento sobre el lavado de manos del personal de enfermería de Servicio de Pediatría de la Clínica Ricardo Palma, 2017”. Lima. El estudio fue

de tipo cualitativo de diseño no experimental, de tipo descriptivo de corte transversal, donde participaron 30 personal de salud, entre enfermeras y técnicos de enfermería del servicio de pediatría, cuyas edades comprendidas fueron entre < de 30 a 50 años. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento de autoría de la OMS (2009). Los resultados mostraron que el personal de enfermería obtuvo un nivel de conocimiento alto en un 66,7%, seguido de un 36,7% que tiene conocimiento medio y no se evidencia puntaje en el nivel bajo. Se concluye que la mayoría del personal de enfermería presenta nivel de conocimiento alto sobre lavado de manos y no se evidencia resultados de conocimiento bajo. (16)

**SALDARRIAGA L, BARRETO J, CORDOVA S. (2016).** “Adherencia al lavado de manos en personal de salud del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria II-2 de Tumbes”. El presente estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, no experimental, con una muestra de 88 trabajadores de la salud. Los resultados han permitido determinar que el mayor porcentaje no cumplió el lavado de manos rutinario (70%), siendo más evidente la no adherencia. Los servicios de neonatología y gineco-obstetricia mostraron una mayor adherencia al lavado de manos, entre adecuado y regular. Además, se encontró que los médicos y enfermeros tienen una mayor adherencia al lavado de manos que el resto del personal de salud estudiado. Concluyendo que el personal de salud no tiene la adherencia necesaria, asociada a factores evitables que aseguren una atención de calidad en el hospital. (17)

**BECERRA L, SEPULVEDA M. (2016).** En su investigación “Favoreciendo la adherencia al lavado de manos quirúrgico en el profesional de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II - Essalud Tarapoto. Octubre 2014 - Junio 2015”. La metodología del estudio cualitativo, tuvo como muestra 6 enfermeras que laboran en centro quirúrgico que cumplieron con los criterios de inclusión. Se realizó una entrevista a profundidad y guía de observación. Los resultados fueron analizados generándose dos categorías: “Evidenciando como es la adherencia a lavado de manos quirúrgicos en su marco conceptual”, “Evidenciando favorecer la adherencia al lavado de manos

quirúrgicos luego de un plan de acción”. Los resultados mostraron que en la pre acción: Tienen presenta la seguridad y tener un atuendo adecuado, desean reunirse para realizar unas guías de procedimientos pero que no coinciden en el tiempo. Así como también presente en su. Tienen en su esquema mental la importancia de la técnica de lavado de manos, pero se evidencia que obvian algunos pasos generando la existencia de contradicción entre su ser y hacer. En la post acción: Se adhieren al lavado de manos quirúrgico, pero al ejecutar las acciones omiten conductas que influyen en esta y que resquebraja la garantía de la calidad de los procesos, sin embargo, mantienen conocimientos teóricos debido a que se expresan con claridad, en forma apropiada al contexto y la cultura. (18)

## **2.2 Base Teórica**

Considerar las leyes, principios, y teorías científicas que sirven de base o fundamento para el cuerpo del conocimiento científico del informe final de investigación.

### **2.2.1 Teoría del Entorno de Florence Nightingale**

#### **A. Fundamento**

Durante las observaciones realizadas por Florence Nightingale durante la guerra de Crimea, la llevaron a conducir sobre la necesidad de abandonar el uso de sala comunes y más bien dividirlos en varios ambientes (cubículos); es así mismo que enfatizo la importancia de la asepsia y de mantener los ambientes limpios. Gracias a sus observaciones cambio el concepto popular de la transmisión de infecciones (ambiental) por el de contacto con fluidos corporales.

Florence Nightingale, en su teoría del entorno explica que la enfermera como responsable de la salud de las personas puede manipular el ambiente del entorno, para proteger al paciente y evitar la contaminación, ella es capaz de mejorar la luz que

ingresa al paciente en hospitalización, el agua saludable que debe ingerir y fundamentalmente promover la limpieza e higiene tanto del entorno como de la persona misma, para ello Florence propuso el baño diario del paciente así como el baño de la enfermera y el lavado permanente de manos, aspectos que según los estudios realizados por la misma autora determinaron que en el periodo de 1 año en un hospital militar en Turquía, con el cumplimiento de estas medidas había logrado reducir de 50% a un 2,2% de muerte por infecciones, luego de la aplicación de estas medidas. (19)

## **B. Metaparadigmas**

**B.1 Persona:** ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.

**B.2 Entorno:** condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.

**B.3 Salud:** bienestar mantenida. Para Nightingale la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.

**B.4 Enfermería:** la que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.

### **2.2.2 Teoría General de la Enfermería: Dorotea Orem**

#### **A. Fundamento**

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

## **B. Metaparadigmas**

**B.1 Persona:** Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

**B.2 Entorno:** es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

**B.3 Salud:** es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

**B.4 Enfermería como cuidados.** El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería.

## 2.3 Base Conceptual

### 2.3.1 Cultura de adherencia

#### A. Definición

La cultura es el conjunto de los comportamientos (visibles), pensamientos (ocultos o no), sentimientos (patentes o latentes), y significados (simbólicos) implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano". (20)

La adherencia, es la calidad de pegarse o de permanecer fijado con firmeza. (21) La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia como el cumplimiento del mismo. (22)

Las manos son las herramientas más poderosas de los profesionales de la salud. Con ellas se palpa a los pacientes, se identifican sus dolencias y con ellas se les brinda apoyo y esperanza. Sin embargo, las manos también pueden ser una fuente de peligro para los pacientes y también para el personal de salud, porque son la principal vía de transmisión de infecciones. (23)

De allí que sea importante desarrollar en el personal de salud, y en particular en el profesional de enfermería una cultura de adherencia al proceso de higiene de manos.

#### B. Factores que influyen en la adherencia a la higiene de manos

Antes de diseñar cualquier estrategia para mejorar la adherencia al correcto lavado de manos, debe tenerse una acabada comprensión de las causales del bajo cumplimiento. Si no se pueden remover la mayoría de los obstáculos, los progresos continuarán siendo mínimos.

Según el CDC, los factores que influyen sobre la adherencia a las prácticas de higiene de manos son las siguientes: (6)

## **1. Factores de riesgo observados para una pobre adherencia a las recomendaciones sobre higiene de manos**

- Trabajar en una terapia intensiva.
- Trabajar de lunes a viernes (vs. los fines de semana).
- Utilizar guantes o camisolín.
- Grifería automática.
- Actividades con un alto riesgo de contaminación cruzada.
- Alto número de oportunidades para la higiene de manos por hora de atención al paciente.

## **2. Factores auto-reportados para una pobre adherencia a la higiene de manos**

- Los agentes que se utilizan para higienizarse las manos causan irritación o sequedad de la piel.
- Los lavatorios y dispensadores de alcohol-gel se encuentran inconvenientemente localizados. Carencia de la cantidad de dispensadores necesarios.
- Falta de jabón y toallas de papel.
- Falta de tiempo. Habitualmente muy ocupado.
- Falta de personal/sobrecarga de pacientes.
- Se le da prioridad a las necesidades del paciente.
- La higiene de manos interfiere con la buena relación con los pacientes.
- Algunos pacientes tienen bajo riesgo de adquirir una infección.
- Creencia de que la utilización de guantes elimina la necesidad de lavarse las manos.
- Desconocimiento de los protocolos/guías.
- No pensar en el tema/olvidarse.
- No hay un buen ejemplo por parte de los colegas o de personal superior.
- Escepticismo acerca del valor de la higiene de manos.

- Discrepar con las recomendaciones.
- Falta de información científica sobre el impacto definitivo que tiene la higiene de manos sobre las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

### **3. Otras barreras adicionalmente percibidas para una higiene de manos apropiada**

- Falta de una activa participación en la promoción de lavado de manos, tanto a nivel individual como institucional.
- Falta de adecuados ejemplos de lavado de manos.
- Falta de una política institucional que priorice la higiene de manos.
- Falta de sanciones a quienes no cumplen y de premios o estímulos a quienes sí lo hacen.
- Falta de un clima institucional de seguridad. (1)

## **2.3.2 Higiene de manos**

### **A. Concepto**

La higiene de manos (HM) 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. (24)

El personal de salud se encuentra expuesto al contacto con múltiples gérmenes patógenos, situación que lo convierte en potencial portador y transmisor de dichos patógenos a otros pacientes. De manera que en la atención de pacientes es importante tener las manos limpias. (25)

El lavado de manos del personal sanitario es una práctica higiénica muy importante y obligada, para prevenir la transmisión de agentes infecciosos del personal a los pacientes y de unos pacientes a otros, a través de las manipulaciones realizadas por el personal. Las

manos se consideran en clínica hospitalaria como el principal vehículo en la transmisión de microorganismos. (26)

Se han propuesto una variedad de estrategias para la mejora y promoción de la higiene de manos, el Primer Desafío Global de la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “Una Atención Limpia es una Atención más segura”, cuyo interés principal consiste en mejorar las prácticas y estándares de la atención de la salud junto con la implementación de intervenciones exitosas. (24)

## **B. Pasos de la higiene de manos según la OMS**

De acuerdo a la OMS la higiene de manos es toda medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria (consiste generalmente en frotarse las manos con un antiséptico a base de alcohol o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano). (27)

A continuación, se presentan las indicaciones de la higiene de manos y técnica correcta para llevarla a cabo según la OMS:

### **Momento 1: Antes de tocar al paciente**

¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de la colonización (y, en algunos casos, de la infección exógena) de gérmenes nocivos presentes en sus manos

¿CUÁNDO? Limpie sus manos antes de tocar a un paciente cuando se acerque a él. (28)

### **Momento 2: Antes de realizar una tarea limpia/aséptica**

¿POR QUÉ? Para evitar que gérmenes perjudiciales, incluidos los del paciente, infecten el organismo de éste.

¿CUÁNDO? Lave sus manos inmediatamente antes de tocar algo que pueda generar un riesgo grave de infección del paciente (por ejemplo, una membrana mucosa, piel dañada, un dispositivo médico invasivo). (28)

**Momento 3: Después del riesgo de exposición a líquidos corporales**

¿POR QUÉ? Para protegerse de la colonización o infección de gérmenes nocivos del paciente, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria.

¿CUÁNDO? Lávese las manos en cuanto finalice cualquier actividad que entrañe riesgo de exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes).

**Momento 4: Después de tocar al paciente**

¿POR QUÉ? Para protegerse de la colonización de gérmenes del paciente, y para evitar la propagación de gérmenes en las instalaciones de atención sanitaria.

¿CUÁNDO? Lave sus manos cuando termine la visita al paciente, si lo ha tocado. (28)

**Momento 5: Después del contacto con el entorno del paciente**

¿POR QUÉ? 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.

¿CUÁNDO? Limpie sus manos después de tocar cualquier objeto o mueble cuando finalice la visita a un paciente, sin haberlo tocado. (28)

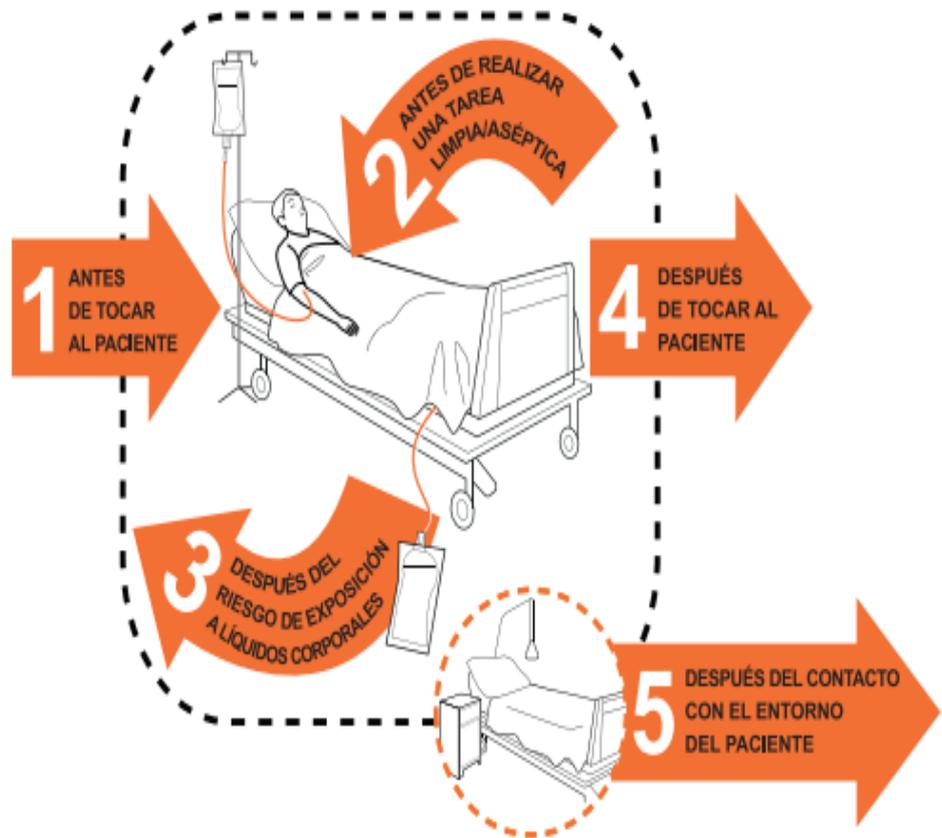


Figura 1. 5 momentos de lavado de manos  
Fuente: OMS (29)

## C. Estrategias de desarrollo de una cultura de adherencia

### C.1 Capacitación del personal

La simple provisión de alcohol gel y otros productos de higiene de manos no será efectiva para reducir las infecciones hospitalarias si no se acompaña de una adecuada capacitación del personal, los pacientes y sus familias. Esta educación comienza enfatizando una y otra vez que la adecuada higiene de manos es la manera más efectiva de proteger a los pacientes, visitantes y personal de las infecciones asociadas al cuidado de la salud. Todo el personal, nuevo y antiguo, debe comprender los elementos claves de la higiene de manos, cuándo, cómo y con qué higienizarse. El material educativo puede incluir talleres, lecturas, videos, posters etc. (1)

## **C2. Promoción de la higiene de manos**

El tono del compromiso institucional para el cumplimiento del lavado de manos comienza cuando los líderes demuestran en la práctica su convicción de que la higiene de manos es la herramienta más efectiva y de menor costo para prevenir infecciones hospitalarias. Las figuras más representativas de los distintos servicios tienen un rol fundamental en la creación de una cultura en la cual la adherencia al lavado de manos no sólo es estimulada, sino que es esperada y controlada. Se debería identificar en todas las áreas a los “campeones” que liderarán con el ejemplo y promoverán el cumplimiento con las prácticas recomendadas. Las instituciones de salud pueden utilizar distintos métodos para promover la higiene de manos, tales como posters educativos, tarjetas, pines, calcomanías que estimulen y recuerden al personal la importancia de la medida.

(1)

## CAPÍTULO III

### DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

#### MODELO DE UN PLAN DE MEJORA

#### I. ANÁLISIS DE LAS CAUSAS QUE PROVOCAN EL PROBLEMA

Identificar el área y procesos a ser mejorados, y para lo cual se debe ser priorizada en función de su importancia, en relación a la misión, visión y objetivos estratégicos de la organización. Mediante las siguientes fases y herramientas:

- **Listado de problemas**

	<b>CAUSAS DE LA FALTA DE CULTURA DE ADHERENCIA AL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS SEGÚN LA OMS</b>
1	Falta de recurso humanos para la demanda establecida en el servicio.
2	Falta de insumos (jabón, papel, toalla)
3	Falta de suministros operativos de agua.
4	Falta de dispensadores de alcohol gel.
5	Falta de tolerancia y aceptación a los desinfectantes de manos con base en alcohol.
6	Falta de cálculo establecido de insumos considerando: Grados de dependencia de pacientes/ Tipos de procedimientos que se realizan en el servicio.
7	Desconocimiento de la técnica para la higiene de manos establecida por la OMS
8	Escasa cultura de seguridad del paciente aplicación de la técnica establecida por la OMS
9	Falta de educación continua
10	Falta de monitoreo y seguimiento
11	Falta de material recordatorio

○ **Priorización de los problemas**

**a) Matriz de priorización de las causas raíz del problema**

	<b>PROBLEMA DE INTERES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>IMPORTANCIA</b>	<b>FACTIBILIDAD</b>	<b>TOTAL</b>
1	Falta de dispensadores de alcohol gel.	5+5+5+5(*)	5+5+5+5	5+5+5+5	60
2	Falta de cálculo establecido de insumos considerando: Grados de dependencia de pacientes y tipos de procedimientos que se realizan en el servicio.	5+5+5+5	5+5+5+5	5+5+5+5	60
3	Desconocimiento de la técnica para la higiene de manos establecida por la OMS	5+5+5+5	5+5+5+5	5+5+5+5	60
4	Escasa cultura de seguridad del paciente aplicación de la técnica establecida por la OMS	5+5+5+5	5+5+5+5	5+5+5+5	60
5	Falta de suministros operativos de agua.	3+5+5+3	5+5+5+5	5+5+5+5	56
6	Falta de insumos (jabón, papel, toalla)	3+5+3+3	5+5+5+5	5+5+5+5	54
7	Falta de monitoreo y seguimiento	3+5+3+3	3+5+3+5	3+1+5+5	44
8	Falta de recurso humanos para la demanda establecida en el servicio	5+5+5+5	5+5+5+5	1+1+1+1	44
9	Falta de educación continúa	3+3+5+3	5+3+1+1	5+5+3+5	42
10	Falta de tolerancia y aceptación a los desinfectantes de manos con base en alcohol.	1+1+3+1	1+3+3+3	5+3+5+3	32
11	Falta de material recordatorio	1+1+3+1	1+3+3+3	5+3+5+3	32

(\*) Este puntaje fue otorgado por cada uno de los miembros el equipo de mejora del servicio designados con Resolución Directoral

### **Criterios para la priorización**

**Frecuencia:** Que tan a menudo ocurren las alternativas evaluadas

**Importancia:** Elegir cuales opciones son de mayor envergadura desde el punto de vista del usuario o equipo.

**Factibilidad:** se refiere a la disponibilidad de los recursos necesario para llevar a cabo los objetivos o metas señalados para cada alternativa.

Los valores a otorgar para la puntuación en cada criterio se definen por consenso de manera convencional antes de realizar el desarrollo.

Alto =5      Medio =3      Bajo=1

Fuente: Guía técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad. Aprobada con RM N°095-2012/MINSA

b) Diagrama de Ishikawa (causa - efecto)

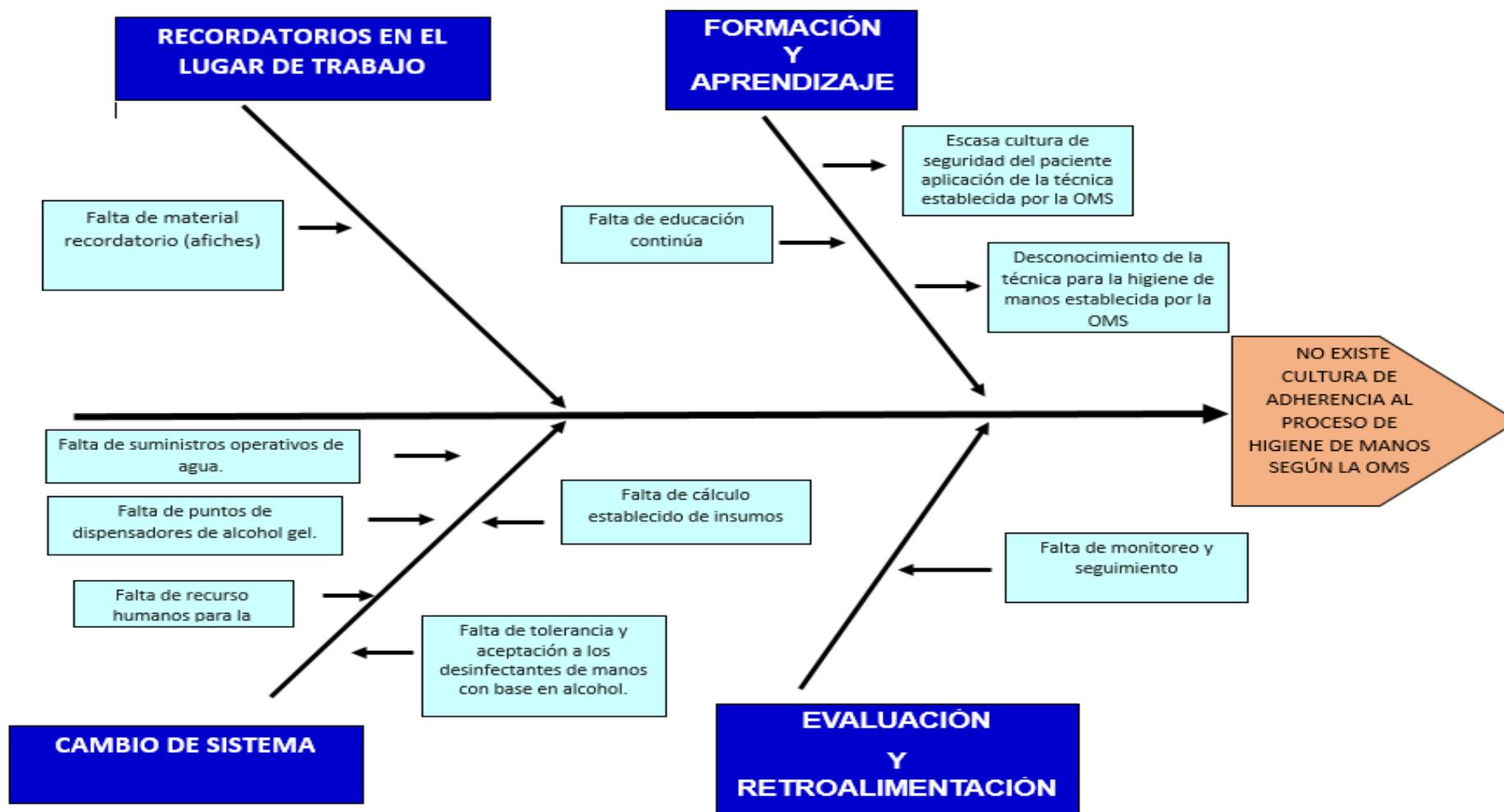


Figura 2. Diagrama de Ishikawa  
Fuente: Elaboración propia

## **II. PROPUESTA Y PLANIFICACIÓN DEL PLAN**

### **2.1 Objetivos**

#### **Objetivo general**

- Proponer un plan de mejora para incrementar la cultura de adherencia de la higiene de manos en el personal de enfermería.

#### **Objetivos específicos**

- Garantizar que se cuenta con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales sanitarios practicar la higiene de las manos.
- Proporcionar formación con regularidad a todo el personal de salud sobre la importancia de la higiene de las manos, basada en el modelo de “Los 5 momentos para la higiene de las manos”, y los procedimientos adecuados para la fricción de manos y el lavado de manos.
- Fortalecer el seguimiento, supervisión y difusión de los resultados del proceso de adherencia a la higiene de manos.

### **2.2 Metas**

- 100% del personal de salud capacitado en la técnica de lavado de manos, las consideraciones y los momentos de la higiene de manos.
- 100% del personal de salud cumpla con la adherencia de la higiene de manos.
- 90% de personal supervisado.

## 1. Planificación estratégica y operativa

Problema	Objetivos	Metas	Actividades	Tareas	Fecha de inicio	Fecha de fin	Responsables
NO EXISTE CULTURA DE ADHERENCIA AL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS SEGÚN LA OMS	Garantizar que se cuenta con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales sanitarios practicar la higiene de las manos.	100%	Gestionar la disponibilidad de lavaderos funcionales los cuales cuenten con agua Clorada y disponible)	Solicitar con memorándum al área de infraestructura y mantenimiento la evaluación de los lavaderos.	Enero-febrero 2021	Enero-Marzo 2021	Jefe del Servicio de emergencias y áreas críticas Jefe de la Oficina de Ingeniería y Mantenimiento. Jefe de la Oficina de administración
				Coordinar con la Oficina de Epidemiología los controles respecto a la salubridad del agua	Enero-febrero 2021	Enero-Marzo 2021	Jefe del Servicio de emergencias y áreas críticas Oficina de Epidemiología y salud Ambiental Jefe de la Oficina de Ingeniería y Mantenimiento. Jefe de la Oficina de administración
		80%	Contar con insumos: Papel toalla, jabón, productos contengan clorhexidina, productos con base alcohólica	Gestionar la compra en el mercado (local), teniendo en cuenta la disponibilidad, eficacia, tolerabilidad y coste	Enero-febrero 2021	Enero-Marzo 2021	Jefe de la oficina de administración Oficina de Logística Comité de Bioseguridad de Infecciones asociadas a la atención de salud Oficina de Gestión y Humanización de los Servicios de Salud
				Estandarizar los productos e insumos a utilizar en concordancia con los dispensadores empotrados en los puntos de higiene de manos	Enero-febrero 2021	Enero-Marzo 2021	Jefe del Servicio de emergencias y áreas críticas Comité de Bioseguridad de Infecciones asociadas a la atención de salud
				Coordinar el retiro de dispensadores de papel toalla en desuso	Enero-febrero 2021	Enero-Marzo 2021	Jefe del Servicio de emergencias y áreas críticas Jefe de la Oficina de Ingeniería y Mantenimiento.
		100%	Establecer puntos para la disposición de base alcohólica (unidad de paciente o coches de atención, ingreso de sala)	Solicitar la implementación de puntos para dispensadores en cada unidad de paciente	Enero-febrero 2021	Enero-Marzo 2021	Jefe del Servicio de emergencias y áreas críticas Jefe de la Oficina de Ingeniería y Mantenimiento.
				Disponer con memorado dirigido al personal de salud la incorporación obligatoria de solución alcohólica para la fricción de manos en cada coche de curación y medicación	Enero-febrero 2021	Enero-Marzo 2021	Jefe del Servicio de emergencias y áreas críticas Jefe y personal de enfermería

Problema	Objetivos	Metas	Actividades	Tareas	Fecha de inicio	Fecha de fin	Responsables	
	Proporcionar formación con regularidad a todos el personal de salud sobre la importancia de la higiene de las manos, basada en el modelo de "Los 5 momentos para la higiene de las manos", y los procedimientos adecuados para la fricción de manos y el lavado de manos.	100% de personal capacitado	Capacitación sobre concepto claves enfocados a un cambio de conducta	La Dirección del Centro Médico Naval "CMST" deberá coordinar a la Dirección de Intereses marítimos la elaboración de video institucional del video de Higiene de manos.	ene-21	ene-21	Dirección del Centro Médico Naval "CMST" Oficina de Gestión de la calidad y humanización de los servicios de salud	
				Verificar y coordinar en el Plan de Higiene de Manos del Centro Médico Naval "CMST" la programación de sesiones de capacitación al personal de la Unidad de cuidados intensivos médicos y quirúrgicos.	ene-21	feb-21	Oficina de Gestión de la calidad y humanización de los servicios de salud Comité de bioseguridad y prevención de IAAS	
				Elaboración de diapositivas para sesiones de formación de formadores, observadores y profesionales sanitarios	ene-21	ene-21	Jefe de seguridad del paciente de la Oficina de Gestión de Calidad y humanización de los servicios de salud	
				Difusión de la guía técnica para el proceso de implementación del proceso de higiene de manos aprobado con R.M N°255-2016/MINSA	ene-21	ene-21	Oficina de Gestión de la calidad y humanización de los servicios de salud	
				Elaborar y aplicar cuestionario(Internet) acerca de los conocimientos sobre la higiene de las manos destinado a los profesionales sanitarios	feb-21	mar-21	Oficina de Gestión de la calidad y humanización de los servicios de salud	
	Fortalecer el seguimiento, supervisión y difusión de los resultados del proceso de adherencia a la higiene de manos	90% de personal supervisado	Observación directa del cumplimiento de la adherencia	Elaboración de Resolución directoral de nombramiento de equipo de mejora denominado "Monitores de Higiene de manos " del servicio.	ene-21		Oficina de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud	
				Capacitar y fortalecer competencias en los monitores de higiene de manos	feb-21		Oficina de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud	
				Personal de calidad evalúa periódicamente la realización del trabajo de los monitores in situ			Oficina de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud	
	Fortalecer continuamente con el uso de recordatorios la práctica de la higiene de manos en el personal de salud, pacientes y visitantes.	100%	Elaborar recordatorios (letreros, afiches)	Informar los resultados de las supervisiones	Elaborar informes mensuales respecto al proceso de implementación del proceso de higiene de manos	mar-21	dic-21	Equipo de mejora (monitores de higiene de manos) Jefe de Seguridad del paciente de la OGCHSS
				Implementar una política institucional con la finalidad de involucrar a pacientes, familiares y visitantes a la práctica de higiene de manos.	Gestionar la aprobación de política institucional para fortalecer la implementación de la higiene de manos	ene-21	mar-21	Oficina de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud

### **III. IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO**

#### **PLAN DE ACCIÓN DEL PROYECTO “IMPLEMENTACION DE LA CULTURA DE ADHERENCIA AL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS SEGÚN LA OMS EN LA UCI MÉDICA Y QUIRÚRGICA”**

La implementación para el desarrollo de dicho plan comprenderá las siguientes actividades:

#### **FASE DE PLANEAMIENTO Y ORGANIZACIÓN**

- **Involucrar a la Alta Dirección en el proceso de implementación del Proyecto:**

Realizar presentación enfocada en:

- ❖ Evidenciar la situación actual.
- ❖ Beneficios en la reducción de reclamos por este rubro e incremento de la satisfacción por empatía.

- **Contar con un grupo multidisciplinario y participativo en el fortalecimiento de la adherencia del proceso de higiene de manos.**

- ❖ Conformar el Equipo Conductor.

- **Contar con un Plan de Acción**

- ❖ Elaborar Plan de acción.

#### **FASE DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO**

- **Contar con personal capacitado**

- ❖ Identificar al personal involucrado en el proceso y capacitarlos.

- **Incrementar el cumplimiento de los estándares de calidad y de la seguridad en la atención de los pacientes.**

- ❖ Revisar y aplicar la Lista de chequeo para evaluar la adherencia de Higiene de Manos.

#### **IV. EVALUACION**

Para garantizar que se logren los objetivos de la implementación de la cultura de adherencia al proceso de higiene de manos según la OMS en la UCI Médica y Quirúrgica, se hace necesario realizar una evaluación periódica.

Para ello se recopilarán datos consolidados de la Supervisión de la Higiene de manos de los servicios de UCI Médica y Quirúrgica.

Se realizarán evaluaciones periódicas en forma trimestral, semestral y anual aplicando los siguientes indicadores:

- ❖ Porcentaje de Informes locales presentados sobre capacitación y supervisión
- ❖ Porcentaje de Profesionales que aplicaron la técnica correcta de lavado de manos clínico y quirúrgico
- ❖ Porcentaje de Profesionales que realizaron el lavado de manos en alguno de los 5 momentos.
- ❖ Porcentaje de Profesionales que cumplieron con las consideraciones para el lavado de manos clínico y/o quirúrgico

## CONCLUSIONES

1. La implementación de la cultura de adherencia al proceso de higiene de manos según la OMS en la UCI Médica y Quirúrgica pretende que se establezca un sólido programa de formación y ofrezcan periódicamente formación a los profesionales sanitarios, incluidos los nuevos empleados, así como actualizaciones y verificaciones de la competencia del personal existente y previamente formado.
2. La mejora de la higiene de manos no es un proceso de duración limitada: la promoción y el seguimiento de la higiene de las manos no se deberán interrumpir nunca una vez que se hayan implantado.
3. Las actividades de aplicación, evaluación y retro-alimentación deben renovarse y repetirse periódicamente e integrarse en el programa de mejora de la calidad para garantizar la sostenibilidad.
4. La principal causa manifestada por el personal de salud del servicio de UCI Médica es la falta de insumos para la higiene de mano, como jabón líquido o alcohol gel y con mayor frecuencia el papel toalla. La segunda causa principal es la falta de concientización del personal de salud, en especial el personal médico, sobre la importancia del lavado de manos.

## RECOMENDACIONES

1. Garantizar que se cuente con la infraestructura necesaria para permitir al personal de salud practicar la higiene de las manos, gestionando la disponibilidad de lavaderos funcionales los cuales cuenten con agua Clorada y disponible.
2. Capacitar al personal de salud sobre concepto claves enfocados a un cambio de conducta sobre la higiene de manos con regularidad sobre la importancia de la higiene de las manos según la OMS.
3. Mejorar la concientización en la práctica del lavado de las manos, para asegurar su continuidad y fortalecimiento a través de la realización de campañas de difusión en el Centro de Salud.
4. Evaluar en forma periódica el cumplimiento de los protocolos del lavado de manos según la OMS, fortaleciendo en forma continua la práctica de la higiene de manos en el personal de salud, pacientes y visitantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VÍTOLO F. Higiene de manos. El desafío de medir y aumentar la adherencia. Biblioteca Virtual Noble. [Internet]; 2014 [citado 2020 Julio 26]. Disponible en: [http://www.noble-arp.com/src/img\\_up/29072014.0.pdf](http://www.noble-arp.com/src/img_up/29072014.0.pdf).
2. Higieneambiental.com. Higiene de las manos para prevenir el Covid 19. [Internet].; 2020 [citado 2020 Julio 14]. Disponible en: <https://higieneambiental.com/aire-agua-y-legionella/higiene-de-las-manos-para-prevenir-el-covid-19>.
3. World Health Organization. Guideline on hand hygiene in health care. Geneva, Switzerland. [Internet].; 2009.
4. CHOU D, ACHAN P, RAMACHANDRAN M. The World Health Organization '5 moments of hand hygiene': the scientific foundation. Bone Joint Surg Br. 2012 Apr; 94(4): p. 441-5.
5. RIVEROS E, ZAMBRANO P, AMADO P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. Medicina UPB. 2012 Julio-Diciembre; 31(2): p. 127-134.
6. RENDÓN J. Factores relacionados con la adherencia a la higiene de manos por parte del personal asistencial en los hospitales de alta complejidad. Colombia: Universidad CES. Disponible en <http://repository.ces.edu.co/handle/10946/4624>; 2020.
7. PEÑA X, VERA C. Cumplimiento de higiene de manos, celulares y estetoscopios en personal médico, internos y externos en las rondas médicas del Servicio de Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Emergencia y Cuidados Intensivos Generales en un hospital. Lima: Universidad Cayetano Heredia ; 2019.
8. Hospital Cayetano Heredia. Informe de adherencia a la higiene de manos en los cinco momentos Hospital Cayetano Heredia. [Internet].; 2016 [citado

2020                    Noviembre                    27].                    Disponible                    en:  
<http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/Documentos/Epidemio/2016/informes/INFORME%20DE%20ADHERENCIA%20HIGIENE%20DE%20MANOS%20I%20SEMESTRE%20%202016.pdf>.

9. LÓPEZ L, HERRERA P. Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería del Hospital General Santo Domingo. Santo Domingo, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo; 2019.
10. VILLANUEVA J. Evaluación de un programa para promover la higiene de manos en la Unidad de Medicina Familiar 70 en Ayotla, Ixtapaluca. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2018.
11. Adherencia a la higiene de manos por parte del personal de salud en el área de medicina interna en un hospital de especialidades de la ciudad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador: Universidad Católica; 2018.
12. VILLEGAS O, GÓMEZ J, URIEL J. Mejoramiento de la adherencia al lavado de manos, según los cinco momentos de la OMS. Revista Internacional de Ciencia de la Salud. 2017; 14(2): p. 169-178. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5985528>.
13. HIGUITA L. Fortalecimiento de la adherencia a barreras de seguridad a partir del diseño e implementación de rondas de seguridad del paciente en la Clínica Las Vegas, Medellín, Antioquia. Medellín: Universidad CES; 2015.
14. CÓNDROR A. Conocimiento y adherencia de la técnica del lavado de manos de las enfermeras en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Sergio E. Bernales 2018. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
15. CHAMBI V. Nivel de conocimientos y adherencia a la higienización de manos del licenciado de enfermería, servicio de Hematología Hospital

Edgardo Rebagliati Martns, 2017. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017.

16. ASTORAY E, CONDOR D, MENDOZA R, MURILLO S. Nivel de conocimiento sobre el lavado de manos del personal de enfermería del Servicio de Pediatría de la Clínica Ricardo Palma, 2017. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión; 2017.
17. SALDARRIAGA L, BARRETO J, CÓRDOVA J. Adherencia al lavado de manos en personal de salud del Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarria II-2 de Tumbes. Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm. 2016; 6(4): p. 42-54.
18. BECERRA L, SEPULVEDA M. "Favoreciendo la adherencia al lavado de manos quirúrgico en el profesional de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II - Essalud Tarapoto. Octubre 2014 - Junio 2015". Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2016.
19. Casanova F. Florence Nightingale, la creadora de la enfermería moderna. Revista Historias de nuestra Historia. 2017.
20. Fernandes G, Souza F, TAKA J. Cultura de los cuidados: Historia de la enfermería iberoamericana: Club Universitario; 2013.
21. Mosby Staff. Diccionario Mosby Pocket de Medicina, Enfermería y Ciencia de la Salud España: Elsevier; 2004.
22. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra. [Internet].; 2004 [citado 2020 Julio 25]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>.
23. OPS. La higiene de manos en el momento adecuado salva vidas y es un indicador de la calidad y bioseguridad de los servicios de salud. [Internet].; 2017 [citado 2020 Julio 26]. Disponible en: [https://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=article&i](https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&i)

d=1261:la-higiene-de-manos-en-el-momento-adecuado-salva-vidas-y-es-un-indicador-de-la-calidad-y-bioseguridad-de-los-servicios-de-salud&Itemid=499.

24. Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Internet].; 2009.
25. LÓPEZ F, EXPÓSITO A. Políticas públicas y acreditación sanitaria Madrid: Asociación Cultural y Científica Iberoamericana; 2016.
26. SILVA L, PÉREZ J, JUNQUERA C. Limpieza del instrumental e higiene del medio hospitalario Sevilla: MAD S.L.; 2006.
27. OMS. Higiene de las manos. Brochure. Ginebra; 2012.
28. OMS. Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? [Internet].; 2012 [citado 2020 Julio 26]. Disponible en: [https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES\\_PSP\\_GPSC1\\_Higiene-de-las-Manos\\_Brochure\\_June-2012.pdf](https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf).
29. OMS. Sus 5 momentos para la higiene de las manos. [Internet].; 2010 [citado 2020 Julio 26]. Disponible en: [https://www.who.int/gpsc/information\\_centre/gpsc\\_5\\_momentos\\_poster\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf?ua=1).
30. Cando M. Modelo de Gestión del área de triaje y sus efectos en la Calidad de atención de los pacientes De La Emergencia del Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón en la ciudad de Guayaquil. Tesis de maestría. Universidad Técnica de Babahoyo. [Internet].; 2015 [citado 2020 Setiembre 10]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/1702>.
31. Bellod J. Desarrollo de un sistema de triaje de urgencias escalable, reproducible y con interoperabilidad semántica. Tesis doctoral. Universidad

- de Alicante. [Internet].; 2017 [citado 2020 Setiembre 25]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/71514/1/tesis\\_jose\\_miguel\\_bello\\_d\\_guillen.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/71514/1/tesis_jose_miguel_bello_d_guillen.pdf).
32. Azuaga R, Vivas J. Triage de enfermería gestión de cuidados Sanatorio Sagrado Corazón. [Internet].; 2016 [citado 2020 Setiembre 21]. Disponible en: [http://intranet.sagrado-corazon.com.ar:1102/intranet/capacitacion/protocolos/protoco\\_triage-descripcionytablas.pdf](http://intranet.sagrado-corazon.com.ar:1102/intranet/capacitacion/protocolos/protoco_triage-descripcionytablas.pdf).
33. Caro M, Díaz J. Efectividad de la aplicación del triaje en la disminución de la mortalidad en pacientes en sala de emergencia. [Internet].; 2018 [citado 2020 Setiembre 20]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1917>.
34. Dorta D. Propuesta de implementación de un sistema de triaje estructurado en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias. [Internet].; 2018 [citado 2020 Setiembre 21]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9110/Propuesta%20de%20implementacion%20de%20un%20sistema%20de%20traje%20estructurado%20en%20el%20Servicio%20de%20Urgencias%20del%20Hospital%20Universitario%20de%20Canarias.pdf?sequence=1>.
35. Pinzón E. Rol de la enfermera en el triaje del servicio de urgencias en el Hospital Padre Carolo un Canto a la vida durante el segundo semestre del 2016. Universidad UDLA. Ecuador. [Internet].; 2018 [citado 2020 Setiembre 21]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6838/1/UDLA-EC-TLE-2017-11.pdf>.
36. Bautista D. Análisis situacional de la atención de enfermería en la implementación de triaje en el servicio de emergencia del Hospital General

- Puyo. [Internet].; 2017 [citado 2020 Setiembre 25]. Disponible en: <http://45.238.216.28/handle/123456789/7052>.
37. Ibáñez M, García A. Enfermería y triaje en el servicio de urgencias. [Internet].; 2016 [citado 2020 Setiembre 25]. Disponible en: <http://congresovirtual.enfermeriadeurgencias.com/wp-content/uploads/2016/11/177.pdf>.
  38. Soler W, Gómez M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra. 2020; 33(1): p. 55-68. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272010000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008).
  39. Vásquez R, Luna C, Ramos C. El triaje hospitalario en los servicios de Emergencia. Rev. Fac. Med. Hum. 2019;19(1). (Enero 2019) Enero; 19(1): p. 90-100. Disponible en <http://inicib.urp.edu.pe/cgi/viewcontent.cgi?article=1092&context=rfmh>.
  40. Organización Mundial de la Salud. La mejora del triaje y la atención de urgencias reduce la mortalidad de los niños ingresados en un entorno con pocos recursos. [Internet].; 2019 [citado 2020 Setiembre 28]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/84/4/molyneux0406abstract/es/>.
  41. Vásquez R, Amado J, Velásquez R, Huari R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario. Anales de la Facultad de Medicina. 2016; 77(4): p. 379. Disponible en DOI: 10.15381/anales.v77i4.12654.
  42. García M. El Proceso de la enfermería y el modelo de Virginia Henderson México: Progreso; 2003.

43. Díaz A, Álvarez J, Pardillos L. Atención sanitaria inicial a múltiples víctimas. Soporte vital y organización ante emergencias colectivas. 2nd ed. Vigo: Ideaspropias; 2014.
44. Newberry L. Sheehy. Manual de Urgencia de Enfermería España: Elsevier; 2006.
45. Iserson K, Moskop J. Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types. *Annals of Emergency Medicine*. 2007 March; 49(3).
46. Ascoy I, Vidales R. Efectividad de los sistemas de triaje de cinco niveles para mejorar el flujo en la atención de emergencia. Lima: Tesis de Especialidad Cuidado Enfermero en Urgencias. Universidad Norbert Wiener; 2019.
47. Caro M. Efectividad de la aplicación del triaje en la disminución de la mortalidad en pacientes en sala de emergencia. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2018.
48. Cárdenas S, Panizo M. Eficacia de la aplicación de un sistema de triaje para reducir la saturación de pacientes en el servicio de emergencia hospitalaria. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019.
49. Pradinett R, Santos B. Efectividad del triaje realizado por enfermeras en la calidad de atención en los servicios de emergencia. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2019.
50. Pardo F, Cárdenas V. Nivel de prioridad del triaje y el tiempo de espera en la atención de emergencia en pacientes de la Clínica Jesús Del Norte. Lima. 2018. Universidad Nacional del Callao; 2018.
51. Pérez N, Nissen L, Petersen P. The predictive validity of RETTS-HEV as an acuity triage tool in the emergency department of a danish Regional Hospital. *Eur J Emerg Med*. 2016; 23(7).

52. Concepción de Vera G. El triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. [Internet].; 2017 [citado 2020 Octubre 5]. Disponible en: [https://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/triaje\\_urgencias.pdf](https://www.areasaludbadajoz.com/images/stories/triaje_urgencias.pdf).
53. Ministerio de Salud. Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud. [Internet].; 2004 [citado 2020 Octubre 5].
54. Organización Panamericana de Salud. Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias. [Internet].; 2011 [citado 2020 Octubre 10]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS IS Manual Sistema Triage CuartosUrgencias2011.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Triaje_CuartosUrgencias2011.pdf).
55. Rivas M. Manual de Urgencias. 2nd ed. Madrid: Médica Panamericana; 2010.

# **ANEXOS**

## Anexo 1. Lista de Chequeo para evaluar la higiene de manos

### LISTA DE HIGIENE DE MANOS

SERVICIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PERSONAL: MÉDICO ( ), ENFERMERA ( ), TÉC. DE ENFERMERÍA ( ) OTRO ( )  
 ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

TIPO DE HIGIENE CON: AGUA Y JABÓN ( ) ALCOHOL GEL ( )

CONSIDERACIONES PARA LA HIGIENE DE MANOS		SI	NO	NO APLICA
Tiene uñas cortas y sin esmalte.				
Manos libres de accesorios (reloj, anillo, pulseras, etc.).				
Mangas arriba de los codos.				
TÉCNICA DEL LAVADO DE MANOS CLINICO				
0.	Moja manos y muñecas			
1.	Se aplica jabón en cantidad suficiente			
2.	Friccionó las palmas de las manos entre sí.			
3.	Friccionó la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.			
4.	Friccionó las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados			
5.	Friccionó el dorso de los dedos de una mano y viceversa.			
6.	Friccionó el pulgar con movimiento de rotación de la mano opuesta y viceversa			
7.	Fricciono la punta de los dedos contra la palma de la mano opuesta y viceversa.			
8.	Enjuagó con abundante agua			
9.	Inicia el secado de manos desde la yema de los dedos, con papel toalla (sin regresar).			
10.	Se sirvió del papel toalla para cerrar el grifo.			
11.	Desecho el papel toalla al tacho en bolsa negra.			
TIEMPO DEL PROCEDIMIENTO DEL LAVADO CLÍNICO (40 – 60 SEGUNDOS)				
LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO CLÍNICO				
Se lavó las manos antes de atender al paciente				
Se lavó las manos después de atender al paciente.				
Se lavó las manos antes de realizar procedimientos con técnicas asépticas.				
Se lavó las manos después de una exposición contacto con fluidos corporales.				
Se lavó las manos después de un contacto con la unidad del paciente o entorno más cercano.				
INSUMOS (Se evaluará en forma independiente del evaluado)				
Hay jabón en el dispensador.				
Hay papel toalla en el dispensador.				
Funcionan correctamente los dispensadores.				
Esta visible el formato de la técnica correcta del lavado de manos.				
Cuenta con tachos con bolsa negra.				
<b>Puntaje total</b>				
<b>Porcentaje obtenido</b>				
<b>Calificación</b>				

## LISTA DE CHEQUEO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE LAS MANOS EN ÁREAS QUIRÚRGICAS

SERVICIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PERSONAL: MÉDICO (    ), ENFERMERA (    ), TÉC. DE ENFERMERÍA (    ) OTRO (    )  
 ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

CONSIDERACIONES PARA LA HIGIENE DE MANOS		SI	NO	NO APLICA
	Tiene uñas cortas y sin esmalte.			
	Manos libres de accesorios (reloj, anillo, pulseras, etc.).			
	Mangas arriba de los codos.			
<b>PRE LAVADO</b>				
	Moja por completo las manos y antebrazo por encima de los codos.			
	Se aplica solución antiséptica en suficiente cantidad de 3 a 5 ml (3 puff) Gluconato de Clorhexidina en espuma al 2% y fricciona palma con palma.			
	Remueve la suciedad debajo de las uñas usando un limpiador de uñas.			
	Se enjuaga con abundante agua.			
<b>HIGIENE DE MANOS QUIRÚRGICA DEFINITIVA</b>				
	Moja por completo las manos y antebrazo por encima de los codos.			
	Se aplica solución antiséptica en suficiente cantidad de 3 a 5ml (3 puff) Gluconato de Clorhexidina en espuma al 4%.			
	Fricciona palma con palma.			
	Fricciona palma derecha con el dorso de la izquierda y viceversa.			
	Fricciona palma con palma intercalando los dedos.			
	Fricciona dorso de los dedos flexionados y entrelazados de ambas manos.			
	Fricciona el pulgar derecho, atrapando con la palma de la mano izquierda y viceversa..			
	Fricciona la yema de los dedos de la mano derecha en rotación, sobre la palma de la mano izquierda y viceversa.			
	Fricciona con movimientos de rotación y desciende de la muñeca y el antebrazo derecho hasta 6 cm por encima del codo y viceversa.			
	El tiempo utilizado es de 5 minutos en el primer lavado y de tres minutos en los lavados siguientes.			
<b>ENJUAGE QUIRÚRGICO</b>				
	Aclarar con abundante agua cada brazo por separado empezando por la punta de los dedos hasta el codo.			
	Mantener las manos levantadas sobre los codos y alejadas del cuerpo.			
	Evitar tocar superficies y elementos.			
<b>SECADO QUIRURGICO</b>				
	Iniciar el secado sin frotar, con gasa estéril en el siguiente orden: dedos, muñeca, antebrazo y bajando hasta el codo en ambos miembros.			
	Desecha la gasa en un recipiente destinado para ello			
	Permanecer con las manos extendidas con el codo flexionado hacia arriba			
<b>INSUMOS (Se evaluará en forma independiente del evaluado)</b>				
	Hay gluconato de clorhexidina en espuma en el dispensador			
	Funciona correctamente el dispensador			
	Cuenta con gasa estéril			
<b>Puntaje total</b>				
<b>Porcentaje obtenido</b>				
<b>Calificación</b>				

## Formulario de observación - Cálculo de cumplimiento básico

Nº sesión	Centro:			Periodo:			Ubicación:			Total por sesión					
	Op (n)	LM (n)	FM (n)	Op (n)	LM (n)	FM (n)	Op (n)	LM (n)	FM (n)	Op (n)	LM (n)	FM (n)			
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
Total															
Cálculo	Acc (n) =			Acc (n) =			Acc (n) =			Acc (n) =			Acc (n) =		
	Op (n) =			Op (n) =			Op (n) =			Op (n) =			Op (n) =		
Cumplimiento															

$$\text{Cumplimiento (\%)} = \frac{\text{Acciones}}{\text{Oportunidades}} \times 100$$

### Instrucciones de uso

- Defina la ubicación limitando el alcance de los datos para análisis e informe en función de la ubicación escogida.
- Compruebe los datos del formulario de observación. Las acciones de higiene de manos que no estén relacionadas con una indicación no deben tenerse en cuenta y viceversa.
- Anote en la misma línea el número de la sesión y los datos de observación correspondientes. Esta anotación del número de la sesión sirve para validar la inclusión de los datos en el cálculo de cumplimiento.
- Resultados de categoría profesional y por sesión (verticales):
  - 4.1 Sume las oportunidades registradas (op) por categoría profesional, anote la cantidad en la casilla correspondiente del formulario de cálculo.
  - 4.2 Sume las acciones de higiene de manos positivas relacionadas con el total de oportunidades anterior, señalando la diferencia entre el lavado de manos (LM) y la fricción de manos (FM); anote la cantidad en la casilla correspondiente del formulario de cálculo.
  - 4.3 Proceda del mismo modo para cada sesión (formulario de observación).
  - 4.4 Sume todas las cantidades por cada categoría profesional y calcule el índice de cumplimiento (dado el porcentaje). La suma de los resultados de cada línea permite obtener el cumplimiento global al final de la última columna a la derecha

**Anexo 2. PLAN DE ACCIÓN DEL PROYECTO “IMPLEMENTACION DE LA CULTURA DE ADHERENCIA AL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS SEGÚN LA OMS EN LA UCI MÉDICA Y QUIRÚRGICA”**

ETAPAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	MESES												RESPONSABLES		
			2019			2020											
			O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S			
PLANEAMIENTO Y ORGANIZACIÓN	Involucrar a la Alta Dirección en el proceso de implementación del Proyecto	Realizar presentación enfocada en: <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Evidenciar la situación actual.</li> <li>♦ Beneficios en la reducción de reclamos por este rubro e incremento de la satisfacción por empatía.</li> </ul>	■	■													DMC, OCAU, Dirección
	Contar con un grupo multidisciplinario y participativo en el fortalecimiento de la adherencia del proceso de higiene de manos.	Conformar el Equipo Conductor		■													DMC, OCAU, Dirección
	Contar con un Plan de Acción	Elaborar Plan de acción			■												DMC, OCAU
IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO	Contar con personal capacitado	Identificar al personal involucrado en el proceso y Capacitarlos				■	■	■									Equipo de Mejora, OCAU
	Incrementar el cumplimiento de los estándares de calidad y de la seguridad en la atención de los pacientes.	Revisar y aplicar la Lista de chequeo para evaluar la adherencia de Higiene de Manos.								■	■	■	■	■	■		DICEMENA -OCSU -Equipo de Mejora

Anexo 3. Formulario de observación - Cálculo de cumplimiento básico

	Centro: Centro Medico Naval "CMST"						Periodo			Ubicación			Total por sesión		
	Categoría Profesional			Categoría Profesional			Categoría Profesional			Categoría Profesional					
	1			2			3			4					
N° Sesión	Op(n)	LM(n)	FM(n)	Op(n)	LM(n)	FM(n)	Op(n)	LM(n)	FM(n)	Op(n)	LM(n)	FM(n)	Op(n)	LM(n)	FM(n)
1	5	0	0	3	3	0	3	2	0	0	0	0	11	5	0
2	4	1	1	2	0	0	3	1	0	1	0	0	10	2	1
3	3	2	0	3	1	0	5	2	0	1	0	0	12	5	0
4	5	5	0	2	2	0	3	2	0	2	2	0	12	11	0
5	3	3	0	2	2	0	3	3	0	0	0	0	8	8	0
6	4	4	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	8	8	0
7	2	2	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	6	6	0
8	2	2	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	6	4	0
9	3	2	0	2	2	0	3	1	0	2	0	0	10	5	0
10	5	5	0	2	1	0	2	2	0	2	2	0	11	10	0
11	3	3	0	1	1	0	4	3	0	0	0	0	8	7	0
12	3	3	0	3	2	0	2	2	0	1	1	0	9	8	0
13	4	3	0	2	2	0	3	2	0	0	0	0	9	7	0
14	3	2	1	3	3	0	2	0	0	2	1	0	10	6	1
15	7	0	0	3	1	0	3	1	0	2	1	0	15	3	0
Total	56	37	0	34	26	0	42	25	0	13	7	0	145	95	2
Cálculo	Acc (n)	37		Acc (n)	26		Acc (n)	25		Acc (n)	7		Acc (n)	95	
	Op (n)	56		Op (n)	34		Op (n)	42		Op (n)	13		Op (n)	145	
Cumplimiento %	66.07			76.47			59.52			53.85			65.52		