

ADHERENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. 2008

Cielo Martínez Reyes*
Karin Betín Buelvas**
Katia Caldera Puente**
Jaidith Guerra Mercado**
Moraima Hernández Rojas**
Mayleth Villalba Martínez**

Resumen

Introducción: las infecciones intrahospitalarias son una problemática que resulta cada vez más significativa por su elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de tratamiento. Esta publicación se realizó con el fin de describir los factores que influyen en la adherencia del personal de enfermería a las medidas de prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias en tres Unidades de Cuidados Intensivos de Sincelejo (Colombia).

Método: estudio descriptivo, cuya muestra estuvo constituida por 33 personas del equipo de enfermería. La información se recolectó a través de una encuesta semiestructurada y un formato de valoración de prácticas realizadas por el personal.

Resultados: se encontraron conocimientos insuficientes acerca de las infecciones intrahospitalarias y medidas para su prevención y control.

Conclusión: el lavado de manos médico se hizo de manera incorrecta en dos unidades y el quirúrgico en las tres; los elementos de barrera se utilizaron inadecuadamente, aunque por lo general las Unidades disponían de los insumos necesarios para ello.

Palabras clave: Adherencia Bacteriana; Control de Infecciones; Prevención y Control.

* Docente Adscrita programa de Enfermería, Universidad de Sucre. cielorebe26@hotmail.com
** Enfermeras egresadas Universidad de Sucre.

ADHERENCE OF THE NURSING STAFF TO THE PREVENTIVE AND CONTROL MEASURES OF INFECTIONS WITHIN A HOSPITAL IN THREE AREAS INTENSIVE CARE UNIT. 2008

Abstract

Introduction: *hospital-acquired infections are a problem that is becoming increasingly significant for its high frequency, lethal consequences and elevated treatment costs.*

Objective: *to describe the factors that influence the adherence of the nursing staff to the preventive and control measures of infections within a hospital in three areas of Sincelejo's Intensive Care Unit (Colombia 2008)*

Methods: *descriptive, quantitative cross-section sample which consisted of 33 members of the nursing staff. The information was collected through a semi-structured survey and an evaluation form of practices performed by personnel.*

Results: *the results show insufficient knowledge of infections within the hospital and measures for its prevention and control.*

The procedure for medical wash of hands was done incorrectly in two of the units and the procedure for surgical wash of hands was incorrectly done in all three units. The barrier elements are used improperly, although the necessary supplies for this were readily available.

Keywords: Bacterial Adhesion; Infection Control; Prevention and Control.

ADESÃO À PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES INTRA-HOSPITALARES EM TRÊS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS. 2008

Resumo

Introdução: as infecções intra-hospitalares são cada vez mais significativas, pela alta frequência, consequências fatais e alto custo de tratamento. Uma publicação descreve os fatores que influenciam na adesão da enfermagem às medidas de prevenção e controle de infecções intra-hospitalares em três Unidades de Cuidados Intensivos de Sincelejo (Colômbia).

Métodos: estudo descritivo, com amostragem de 33 pessoas da equipe de enfermagem. A informação provem de pesquisa semi-estruturada e um formato de valorização das práticas do pessoal.

Resultados: foram lançadas informações sobre as infecções intra-hospitalares e medidas de prevenção e controle.

Conclusão: a lavagem das mãos dos médicos se faz de forma incorreta em duas unidades e o cirúrgico, nas três unidades; utilizam-se elementos de barreira em forma inadequada, embora, tais Unidades disponham dos insumos necessários para isso.

Palavras chave: Aderência Bacteriana; Controle de Infecções; Prevenção e Controle.

Introducción

De un 5 a 10% de los pacientes ingresados a un hospital, adquieren infecciones intrahospitalarias (IIH). Esta eventualidad resulta cada vez más significativa por su elevada frecuencia, consecuencias y alto costo de tratamiento (1). Una Infección Intrahospitalaria es toda aquella adquirida durante la internación, está presente o incubándose en el momento de admisión del paciente, o bien en el caso de un recién nacido cuando esta fuese adquirida durante su pasaje a través del canal del parto, manifestada 48 – 72 horas post-ingreso; y en el caso de las heridas quirúrgicas, la infección puede presentarse luego del alta del paciente, hasta 30 días o un año dependiendo de la colocación o no de prótesis (2).

Su estudio científico tiene origen en la primera mitad del siglo XVIII, cuando en 1740 Sir John Pringle fue el primero en defender la teoría del contagio animado y precursor del concepto de antiséptico. En 1856 Florence Nightingale demostró que la seguridad de los alimentos, el agua y un ambiente limpio podrían producir un descenso de las tasas de mortalidad en un hospital militar. También sugirió que existía una relación directa entre condiciones sanitarias de un hospital y las complicaciones perioperatorias tales como gangrena y erisipela (3).

Hasta hoy, las infecciones siguen siendo un problema de grandes magnitudes. Los estimados, basados en datos de prevalencia, indican que aproximadamente el 5% de los pacientes ingresados en los hospitales contraen una infección, y cualquiera que sea su naturaleza multiplica por dos la carga de cuidados de enfermería, por tres el costo de los medicamentos y por siete los exámenes a realizar. (4) Los servicios

más afectados son en primer lugar cirugía y en segundo lugar la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), dado que en ellos se realizan procedimientos invasivos (5).

De esta forma, las IIH no solo traen incrementos en la morbimortalidad de una institución de salud, sino grandes costos de tipo económico; situación que se agrava si se tienen en cuenta los gastos y sufrimientos para el paciente y su familia, además de los egresos que para el Estado significan las incapacidades derivadas de las secuelas temporales o permanentes de quienes padecen las infecciones.

Por lo anterior, las IIH se han constituido en un indicador de la calidad de los servicios de salud, que obliga a las instituciones a promover y aplicar estrategias efectivas encaminadas a su disminución.

A fin de contribuir con esta problemática, en el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó una iniciativa para mejorar la seguridad del paciente y publicó directrices sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria, bajo el lema: *‘una atención limpia es una atención más segura’* (6).

No obstante, el estudio realizado por Ambota y Caldera (2004), en donde se identificaron conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en el control de IIH, encontró que existe una evidente falta de conocimiento acerca de las IIH en el personal, y aunque la actitud demostrada para su control y prevención es favorable, las prácticas realizadas en la atención de pacientes no son las adecuadas (7).

Apolinario (2002) evidencia en su estudio, que la omisión del uso de las medidas de prevención de las IIH, como el adecuado

lavado de manos y la utilización de medidas de barrera, desencadenan una gran problemática dentro de los servicios hospitalarios, y más aún en las UCI, donde los pacientes por su inmunosupresión, sometimiento a diversos procedimientos invasivos, ayunos prolongados y poca movilidad, tienen un riesgo mayor de adquirir infecciones, que pacientes de otros servicios (8).

Márquez y Merjildo (2006), en su investigación reportan que aunque las guías de precauciones estándar para prevenir infecciones entre los pacientes y trabajadores de la salud enfatizan el uso apropiado de medidas de barrera y la disposición correcta de jeringas y agujas contaminadas en contenedores, así como del equipo médico, las reglas no se cumplen. Este estudio reporta el uso de guantes en 85%; de protección ocular en 47%; utilización de bata 18% y mascarilla 4%. Identificaron como principales motivos para no recurrir a las precauciones estándar, a factores como el tiempo en el 61% y el hecho de que las barreras de protección son molestas o estorban al personal en 29% (9).

Respecto al uso de la bata, Lubo (2004) encontró que prevalece la categoría nunca con 38.33% y a veces con 35%. La observación directa de cómo son utilizadas las técnicas de barrera permite determinar que el uso de la bata estéril tiene un escaso cumplimiento en el personal de enfermería. También reporta que la utilización adecuada del gorro alcanzó en la categoría a veces el mayor porcentaje con un 50%, seguido de la categoría nunca con 31.66%. La observación directa del personal de enfermería evidenció el poco uso de esta técnica de protección, y además constantemente quien lo utiliza

no cubre su cabello, convirtiéndolo en foco de contaminación (10).

Desde el contexto anterior, el presente estudio tiene como objetivo describir los factores que influyen en la adherencia del personal de enfermería a las medidas de prevención y control de Infecciones Intrahospitalarias en tres Unidades de Cuidados Intensivos de Sincelejo, durante el segundo trimestre de 2008.

Para ello se utiliza un diseño descriptivo con una muestra conformada por 33 personas que representan la población total del equipo de enfermería que labora en las UCI seleccionadas. Se toman como variables los conocimientos del equipo de enfermería respecto a las IIH y las medidas para su prevención y control; las prácticas de estas y la disponibilidad de los insumos necesarios para su adecuada aplicación.

Materiales y métodos

El estudio se enmarcó en un diseño descriptivo y se tomó como muestra la población de enfermeros y auxiliares de enfermería que laboraban en las tres UCI, constituida por 33 personas: 10 profesionales y 23 auxiliares de enfermería, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: título que lo acreditara como profesional o auxiliar de enfermería y laborar mediante vínculo contractual en las unidades estudiadas. Se obtuvo el consentimiento de los participantes previa explicación de la investigación.

La información fue recopilada mediante dos instrumentos: el primero, una encuesta semiestructurada constituida por dos partes: datos de identificación

y 18 preguntas (una abierta y 17 de escogencia múltiple con única respuesta) que valoraron los conocimientos del personal sobre las infecciones intrahospitalarias y las medidas para prevenirlas y controlarlas. El segundo, correspondió a un formato de valoración de prácticas para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias, en el que se evaluó cómo se aplicaban dichas medidas, el cual se estructuró en dos partes: datos de identificación y 50 ítems que determinaron la aplicación del lavado de manos y utilización de técnicas de barrera, contemplando los criterios de adecuado (AD) e inadecuado (ID). Se definió como adecuada aquella práctica en la que se cumplían a cabalidad todos los pasos de cada procedimiento, e inadecuada la práctica en la que se omitió o realizó de manera incorrecta cualquiera de los pasos de dichos procedimientos. La segunda parte del formato contempló la disponibilidad de insumos, valorando como disponible (D) los elementos que se encontraban en cantidad y características adecuadas, acorde a las necesidades del servicio; y no disponible (ND) cuando las anteriores condiciones no se cumplían. El procesamiento de la información se realizó en el programa Epi – Info 6.0.

Resultados

Es importante resaltar que el personal participante en el estudio, tenía un tiempo de experiencia variable en las Unidades de Cuidados Intensivos. Así por ejemplo, en la UCI A, 84,6% reportó entre uno y tres años laborando en este servicio,

igualmente un 36,8% de la UCI B, en la que además 30,8% tenía más de 10 años de servicio. En la UCI C, el mayor porcentaje (42,9%), también reportó más de 10 años de experiencia.

En cuanto a los conocimientos que se tienen sobre las infecciones intrahospitalarias, el cuadro 1 muestra que se observó que solo 30,8% del personal de enfermería de la UCI A y 7,7% de la UCI B, tiene un concepto claro y completo, definiéndolas como las contraídas en un hospital y causadas por un microorganismos que no estaban presentes ni en incubación al momento del ingreso y se manifiestan 48 a 72 horas después de este o después del alta en el caso de intervenciones quirúrgicas y colocación de implantes.

Con relación al tiempo que se requiere para el lavado de manos quirúrgico, solo en una de las UCI la mayoría del personal respondió que lo adecuado era entre tres y cinco minutos. Además, hubo confusión en las zonas que deben lavarse, puesto que un porcentaje importante identificó que este lavado de manos solo cubría las manos y tercio medio de los antebrazos, lo que indica que este procedimiento no se estaría realizando en el tiempo ni en las áreas de las extremidades superiores establecidos.

En lo que respecta al uso de la bata, un alto porcentaje identificó la importancia de utilizarla, y expresaron que no debe usarse fuera del área del servicio de UCI; igualmente reportaron conocimientos adecuados en lo referente al uso del gorro.

Cuadro 1. Conocimientos del personal de enfermería sobre medidas de prevención y control de infecciones intrahospitalarias. Unidades de Cuidados Intensivos. Sincelejo, Colombia. 2008.

Conocimiento Evaluado	UCIA		UCIB		UCIC	
	Adecuado %	Inadecuado %	Adecuado %	Inadecuado %	Adecuado %	Inadecuado %
Tiempo adecuado para el lavado de manos quirúrgico	23,1	76,9	93,3	6,7	42,9	57,1
Partes de los miembros superiores que deben abarcarse en el lavado de manos quirúrgico	53,8	46,2	100	0	71,4	28,6
Indicaciones del lavado de manos médico	23,1	76,9	7,7	92,3	0	100
Importancia del uso de la bata	76,9	23,1	100	0	57,1	42,9
Sitios donde se debe evitar el uso de bata	92,3	7,7	100	0	100	0
Sitios donde debe evitarse el uso del gorro.	100	0	84,6	15,4	100	0

El cuadro 2, muestra los resultados obtenidos respecto a la valoración de las prácticas del personal en la prevención y control de IIH; se resaltan los siguientes aspectos: En la UCI A, los participantes no realizaron el lavado de manos médico y quirúrgico con la rigurosidad exigida, dado que no se hallaban los insumos indispensables como toallas desechables y jabón antiséptico; en la UCI C no disponían de un lavamanos con pedal o sensor para realizar el procedimiento.

No obstante, en la UCI B, donde había la infraestructura e insumos necesarios para hacer el lavado de manos quirúrgico, se observó que los enfermeros evaluados invirtieron menos del tiempo exigido en el procedimiento.

En cuanto a la técnica empleada para la postura de guantes estériles, se encontró que un número importante de los evaluados (UCI A 61,5%UCI C 28,6%) no realizó el lavado de manos antes y después de su uso. Además, permanecieron con ellos puestos luego de

manipular al paciente, realizando acciones como anotaciones en la historia clínica, aumentando así la diseminación de microorganismos en objetos inanimados, que posteriormente eran puestos en contacto con otros pacientes y el mismo personal asistencial.

Respecto a la mascarilla, se encontró que aunque el personal la usaba, la técnica empleada era inadecuada en el 84,6% del personal de la UCI A y el 100% de la UCI C, porque la humedecían constantemente al hablar y no la cambiaban, además la mantenían por debajo de la nariz o en el mentón, eliminado de esta manera su utilidad como mecanismo de barrera y convirtiéndola en un elemento más de diseminación de microorganismos.

En lo que concierne al uso de la bata estéril, se observaron errores frecuentes, tales como la omisión del lavado de manos antes de su postura y sujeción inadecuada. Mientras que en la utilización de gorros, se encontraron prácticas inadecuadas en el personal de las UCI A y B con un 100%

Cuadro 2. Prácticas del personal de enfermería para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias.

Conocimiento Evaluado	Respuestas Obtenidas Por Uci		UCIA		UCIB		UCIC	
	Adecuado %	Inadecuado %	Adecuado %	Inadecuado %	Adecuado %	Inadecuado %	Adecuado %	Inadecuado %
Lavado de manos médico	0	100	100	0	0	100		
Lavado de manos quirúrgico	0	100	7,7	92,3	0	100		
Postura de guantes estériles	38,5	61,5	100	0	71,4	28,6		
Uso de mascarilla	14,4	84,6	61,5	38,5	0	100		
Colocación de bata estéril	7,7	92,3	7,7	92,3	57,1	42,9		
Colocación del gorro	0	100	46,2	53,8	85,7	14,3		
Colocación de protectores oculares	0	100	0	100	14,3	85,7		

Fuente: Aplicación del Formato de Valoración de prácticas para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias. UCIA, B, C. 2008.

y 53,8% respectivamente, tales como no cubrir por completo el cabello, omisión de lavado de manos luego de retirárselo y llevarlo puesto fuera del servicio de UCI.

También se encontró que un porcentaje considerable de enfermeros, restó importancia a los protectores oculares y aunque los tienen a disposición no los utilizan,

exponiendo sus ojos al contacto con secreciones en procedimientos como la aspiración de la vía aérea.

En cuanto a la disponibilidad de insumos indispensables para la aplicación de las medidas de prevención y control de infecciones, algunos elementos no se encontraron disponibles en dos de las unidades (Cuadro 3).

Cuadro 3. Insumos necesarios para la adecuada aplicación de las medidas para prevenir y controlar las IIH.

Disponibilidad de Insumos	UCIA		UCIB		UCIC	
	No	No	No	No	No	No
Lavamanos hondo, con pedal y dispositivo para dispensar agua	X		X			X
Toallas desechables		X	X		X	
Jabón antiséptico		X	X		X	
Guantes limpios y estériles	X		X		X	
Mascarilla	X		X		X	
Protectores oculares	X	X		X		
Gorro	X		X			

Discusión

Las Unidades de Cuidados Intensivos se han convertido en el lugar ideal para la aparición de IIH. De hecho, su incidencia en este servicio es dos a cinco veces mayor que la de los enfermos internados en otras áreas de los hospitales, lo que condiciona un incremento notable en la mortalidad y los costos (11).

Por ello su prevención y control representan en la práctica una tarea amplia y compleja, para la cual resulta indispensable la existencia de una eficiente administración institucional y la participación del equipo de salud, asumiendo cada grupo la responsabilidad que le compete.

Gran parte de esta responsabilidad recae sobre el personal de enfermería, que por su rol clínico tiene contacto directo y continuo con el paciente críticamente enfermo. De allí la importancia de su adherencia a las medidas de prevención y control de IIH.

Pese a ello, la omisión de las medidas de prevención de las IIH como el adecuado lavado de manos y el uso de medidas de barrera, desencadena una gran problemática dentro de los servicios de hospitalización, y aún más en las UCI (8).

Esta preocupante situación se debe gran parte a los conocimientos que tiene el personal de enfermería sobre las IIH y las medidas para su prevención y control. En el estudio se observó cómo 69,2% de los enfermeros de la UCI A, 92,3% de la UCI B y 100% de la UCI C, expresaron un concepto errado sobre las IIH. Esto es un factor crítico, dado que puede influir

negativamente en la identificación de los cambios que se producen en los pacientes y que son indicativos de la presencia de infección.

Estos resultados no se alejan de los reportados por Céspedes y Arana (2004), quienes observan que la mayoría de los trabajadores de la salud (87%), no importando su nivel de formación, no definieron adecuadamente un caso de IIH (12).

Así mismo, en otra institución, 43% del personal de salud, presenta un conocimiento regular, 36% es clasificado como bueno y 21% es malo; esta categoría es encabezada por personal que labora en servicios de alto riesgo con un 35%, de tal manera que existe una evidente falta de conocimiento acerca de las IIH (7).

En cuanto al conocimiento sobre el lavado de manos quirúrgico, más de la mitad del personal de enfermería de dos de las UCI desconocían que este debía realizarse durante tres a cinco minutos y no identificaron adecuadamente hasta qué parte de los antebrazos se lavaba. Esto se vio reflejado durante la valoración de este procedimiento, que fue realizado en menor tiempo del exigido y con una técnica incorrecta, excluyendo espacios interdigitales y antebrazos, con lo que se muestra que hay confusión entre el lavado de manos médico y quirúrgico. Esto además aumenta la posibilidad de permanencia de la flora bacteriana transitoria en las manos y con ello el riesgo de IIH al realizar procedimientos invasivos.

Lo anterior indica que desafortunadamente el lavado de manos sigue siendo una de las prácticas más desestimadas por el personal de enfermería, pese a las

estrategias desarrolladas por la OMS y a su reconocimiento como uno de los más importantes mecanismos para prevenir y controlar la diseminación de infecciones asociadas con el cuidado directo. De hecho la adherencia a los protocolos de lavado de manos reportada en la mayoría de los hospitales es baja; en promedio 40% (13).

Chamorro y Plaza (2005) describen en su estudio que el lavado de manos quirúrgico fue la principal deficiencia del personal médico de enfermería al ejecutar los distintos procedimientos, con un porcentaje de incumplimiento de 47% entre las enfermeras y un 56% entre los médicos, lo cual es inaceptablemente pobre (14).

Sin embargo, es importante aclarar que en dos de las UCI evaluadas no habían los elementos necesarios para el lavado de manos médico y quirúrgico. En una de ellas las manos debían ser secadas con una toalla de tela de uso común, luego de ser lavadas con jabón cosmético; y en la otra no había lavamanos con pedal.

Al respecto Barahona y colaboradores (2004) expresan que las instituciones prestadoras de servicios de salud no tienen una planta física adecuada en cuanto a instalación de lavamanos y dispensadores. El personal sanitario no cuenta con los elementos mínimos necesarios para realizar un cuidadoso lavado de manos, lo mismo que la indumentaria necesaria como mascarillas, guantes, etc., que puedan evitar el transporte de microorganismos potencialmente patógenos responsables de las infecciones nosocomiales (15).

Se puede decir entonces que el tiempo, la técnica y los insumos son determinantes

al momento de efectuar un buen lavado de manos, como lo afirma Benítez (2005): el lavado de manos usando agua y jabón neutro, es menos efectivo que la antisepsia de manos. De allí la importancia de mantener una buena dotación en los servicios. De hecho, la efectividad del lavado de manos está en la capacidad de arrastre del agua y la presencia de sustancias tensoactivas (antiséptico) que facilitan la emulsión de las grasas, promoviendo la eliminación de la materia orgánica y la suciedad de las manos. Su eficacia depende del tiempo de lavado, la técnica empleada y los insumos disponibles para su realización (16).

La práctica del lavado de manos se hace aún menor cuando se usan guantes. Esto se pudo corroborar al observar que un 61,5% de la muestra de la UCI A, y un 28,6% de la UCI C, no se lavó las manos antes y después de la colocación de guantes estériles, dada la creencia errónea que el uso de guantes reemplaza el lavado de manos. A esto se suma que siguieron con los guantes puestos para realizar actividades como anotaciones de enfermería y manipulación de tarjetas de medicamentos, aumentando así la diseminación de microorganismos causantes de IHH en objetos que podrían entrar posteriormente en contacto directo con los pacientes y el resto del personal.

Lo anterior concuerda con el estudio de Barra y García (2007) quienes afirman que se falla sistemáticamente en la higiene de las manos y uso correcto de guantes, pudiendo llegar a comprometer la propia seguridad del personal y la calidad asistencial. Solo 18,4% de la población analizada lava sus manos al retirarse los guantes, mientras que el restante 81,6% no lo hace. (17).

Igualmente Soto y Olano (2004) encuentran errores comunes en la aplicación de

normas de bioseguridad en casi todos los servicios, entre ellos se destaca el mal uso de guantes, dado que después de manipular fluidos orgánicos o realizar procedimientos, el personal permanece con ellos más tiempo de lo debido, sin el cambio oportuno después de la atención de cada paciente, lo que se suma a una menor frecuencia de lavado de manos (18).

Por otra parte en cuanto a la mascarilla, se pudo determinar que en las tres UCI el equipo de enfermería la lleva todo el tiempo pero con errores en la técnica de uso, como humedecerla con la saliva al hablar con ella puesta, cubrir solo la boca o mantenerla en el cuello, con lo que dejaba de ser una técnica de barrera para convertirse en un vehículo apropiado para la diseminación y proliferación de microorganismos causantes de IHH.

Esta investigación muestra resultados más alentadores en cuanto a la frecuencia de uso de esta barrera, que los encontrados por De la Torre (2001), quien observa en su estudio que el uso de mascarilla es bajo (4%) (18); mientras que Lubo (2007) encuentra que se usa con frecuencia en un 50%, casi siempre en un 20% y nunca un 30% (10).

En lo concerniente a de la bata estéril, aunque es reconocida como importante, 92,3% del personal de la UCI **A** y UCI **B**, incurrir en errores como no lavarse las manos antes y después de su uso, lo que disminuyó su efectividad como barrera protectora. A propósito, Lubo (2007) indica que el personal nunca se la coloca, en un 38.33% de los casos y a veces en el 35%. La observación directa de cómo son utilizadas las técnicas de barrera, permitió determinar que el uso de la bata estéril tiene un escaso cumplimiento en el personal de enfermería (10).

Con relación al uso del gorro, 100% de la muestra de la UCI **A** y 53.8% de la UCI **B**, incurrieron en fallas como no cubrir la totalidad del cabello, no lavarse las manos después de su uso y utilizarlo por fuera del servicio, pese a que en la prueba de conocimientos habían expresado que debía evitarse su uso fuera de la UCI. Resultado similar encuentra Lubo (2007), quien expone que la observación directa del personal de enfermería evidencia el poco uso de esta técnica de protección (nunca se usa 31,66% y a veces 50%), y además constantemente quien lo utiliza no cubre el cabello, convirtiéndolo en foco de contaminación (10).

En lo referente al cumplimiento en la colocación de protectores oculares, en la UCI que estaban disponibles 85,73% del personal no los utilizó, restando importancia al uso de esta técnica de barrera esencial para la protección de sus ojos, los cuales estuvieron expuestos al contacto con secreciones en procedimientos como aspiración de las vías aéreas. Benítez y Ricart (2005) describen que 90% de los auxiliares y 50% de los profesionales de enfermería no los emplean en procedimientos así lo ameritaban. Esto puede acarrear en el personal de salud accidentes que atenten contra su integridad y generen gastos agregados a la institución (20).

Otro aspecto de suma importancia que influye de manera directa en la adherencia del personal de enfermería a las medidas de prevención y control de IHH, es la dotación de insumos e infraestructura disponible, y en este sentido se encontró que el incumplimiento de procedimientos como el lavado de manos y utilización de protectores oculares estuvo condicionado en dos de las UCI evaluadas, por la ausencia de los elementos necesarios

para su realización. En este sentido Ambota y Caldera (2004) observan que la disponibilidad del antiséptico para el lavado de manos fue de 82% para jabón líquido en botella, seguido de jabón en barra y detergente. Para el secado de las manos después del lavado se utilizan toallas de tela de uso colectivo en el 100% de los casos. Respecto al tipo de operación del lavamanos, el 90% son de perilla manual (7).

Igualmente Barahona (2004) concluye en su estudio, que las Instalaciones Prestadoras de Salud no cuentan con una planta física adecuada en cuanto a instalación de lavamanos y dispensadores, entre otros (15).

Para concluir puede decirse, pese a la responsabilidad que implica el cuidado de pacientes en estado crítico, se

evidenció inadecuada adherencia del personal de enfermería hacia las medidas de prevención y control de IIH, dada en algunos casos a la falta de conocimientos y la carencia de insumos necesarios para la realización de las mismas, lo cual incrementa en gran medida el riesgo de transmisión de gérmenes habituales de estos servicios a pacientes susceptibles de padecer IIH. Esto demuestra la necesidad de un compromiso institucional para educar, motivar y evaluar continuamente al equipo de salud en su aplicación.

Agradecimientos

A la Universidad de Sucre, directivas de las tres Instituciones de Servicios de Salud y los integrantes del equipo de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos, quienes participaron activamente en el desarrollo de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Malagón L. Gustavo; Hernández E, Libardo. Infecciones Hospitalarias. 2 ed. Bogotá: Interamericana, 1999.
2. Grupo Asesor Control de Infecciones y Epidemiología. Definiciones Epidemiológicas de Infección. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.codeinep.org/control/ppcdeivigildelasihdefinicionesepiinfecion1.htm>. Consultado: 30 de julio de 2008.
3. López Fernández J. Guía de Higiene y Prevención de las infecciones Intrahospitalarias. 2ª. ed. Madrid: Días de Santos, 2003.
4. Nordase Hernández R. Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias. Rev. Cub Med Mil [en línea] 2002. [fecha de acceso 11 de septiembre de 2011]; 31 (3). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572002000300008&script=sci_arttext&tlng=en.
5. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/541/1/vigilancia%20infecciones%20intrahospitalarias.pdf>. Consultado: 11 de septiembre de 2011.
6. Organización Mundial de la Salud. Una Atención Limpia es una Atención más Segura. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/es/>. Consultado: 8 de septiembre de 2011.
7. Ambota López E y Caldera Santos M. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Personal de Salud en el Control de las Infecciones Intrahospitalarias. Hospital García Gaspar Laviana Rivas. 2004. [Sitio en internet]. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=543328&indexSearch=ID>. Consultado 30 de mayo de 2008.
8. Apolinario M, Roxana. Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en Unidades de Cuidados Intermedios del Hospital Hipólito Unanue, 2002. [Sitio en internet]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/apolinario_m_r/t_completo.pdf. Consultado enero 25 de 2007.
9. Márquez M, Merjildo D y Palacios B. Nivel de Conocimiento y Aplicación de las Medidas de Bioseguridad en las Acciones de Enfermería. 2006. Rev. de Ciencias de la Salud [en línea] 2006. [fecha de acceso 30 de mayo de 2008]; 1(1). URL disponible en <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/file/80-83.pdf>.
10. Lubo Palma A, Jiménez Flores M, Quevedo A, Montiel M, Sirit Y y Petit M. Conocimiento y aplicación de las normas de bioseguridad por el personal de enfermería de una unidad de cuidados intensivos. Kasmera [en línea] 2004. [afecha de acceso 25 de enero de 2007]; 32 (2) RL disponible en: <http://www.revistas.luz.edu.ve/index.php/km/article/viewFile/478/448>.
11. Wilson J, Braunwald E, Isselbacher K, Petersdorf R, Martin J, Fauci A. et al. Harrison: Principios de Medicina Interna. 12 ed. México: Interamericana-McGraw-Hill, 1991.
12. Céspedes Meza E y Arana B. Situación Actual de la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Intrahospitalarias en el Hospital Santiago Jinopote, 2004. [Sitio en internet]. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=543343&indexSearch=ID>. Consultado 30 de mayo de 2008.
13. Ajenjo Henríquez M. Infecciones Intrahospitalarias: Conceptos actuales de Prevención y Control. Revista Chilena de Urología [en línea] 2006. [fecha de acceso 11 de septiembre de 2011]; 71(2). URL disponible en: <http://www.urologosdechile.cl/pdf.php?id=287>.