

**DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA, LAVADO DE MANOS MANEJO DE TOS,  
RESFRIADO EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA.**

**Shyrley Díaz Cárdenas.**

**Ismael Bobadilla Mejía.**

**Álvaro Yepes Rodríguez.**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES**

**PUBLICACIONES CIENTÍFICAS**

**CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.**

**2018**

**DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA, LAVADO DE MANOS MANEJO DE TOS,  
RESFRIADO EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

**SHYRLEY DÍAZCÁRDENAZ**

Odontóloga, Universidad de Cartagena 1998

Especialista en Gerencia en Salud, Universidad Tecnológica de Bolívar, 2001

Especialista en Salud Familiar, Universidad del Norte, 2007

Magister en Salud Pública, Universidad Nacional, 2010.

Docente titular Universidad de Cartagena

**COINVESTIGADORES**

ISMAEL BOBADILLA MEJÍA

ÁLVARO YEPES RODRIGUEZ

Estudiantes X Semestre Odontología Universidad de Cartagena

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES**

**PUBLICACIONES CIENTÍFICAS**

**CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C.**

**2018**

## **DEDICATORIA**

A Dios por habernos permitido llegar hasta este punto, llenándonos de salud y fuerza inquebrantable para lograr nuestros objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres por ser el pilar fundamental en todo lo que somos, en toda nuestra educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos de manera especial y sincera a la Dra. Shirley Díaz Cárdenas por contribuir a la realización de este proyecto de grado como investigador principal y asesor metodológico.

Agradecemos gratamente a todos nuestros compañeros que directa o indirectamente nos ayudaron para que todo esto fuese una realidad.

## CONTENIDO

<u>LISTA DE TABLAS</u> .....	7
<u>LISTA DE ANEXOS</u> .....	7
<u>RESUMEN</u> .....	8
<u>INTRODUCCIÓN</u> .....	9, 10
1. <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u> .....	11
2. <u>JUSTIFICACIÓN</u> .....	12, 13
3. <u>OBJETIVOS</u> .....	14
3.1 <u>OBJETIVO GENERAL</u> .....	14
3.2 <u>OBJETIVOS ESPECIFICOS</u> .....	14
4. <u>MARCO TEORICO</u> .....	15
4.1. <u>POLITICAS DE SALUD</u> .....	15
4.2. <u>BIOSEGURIDAD</u> .....	16
4.3. <u>LAVADO QUIRURGICO</u> .....	16
4.4. <u>USO DE GUANTES</u> .....	16
4.5. <u>LAVADO DE MANOS</u> .....	17, 18, 19, 20, 21
4.6. <u>PROCEDIMIENTO DE HIGIENE DE MANOS</u> .....	21

4.7. MOVIMIENTOS BASICOS.....	22
4.8. INFECCIONES ASOCIADAS CON ATENCION EN SALUD.....	23, 24
4.9. MECANISMO DE TRANSMISION.....	25
5. <u>METODOLOGIA</u> .....	26
5.1. <u>TIPO DE ESTUDIO</u> .....	26
5.2. <u>POBLACION Y MUESTRA</u> .....	26
5.2.1. <u>POBLACION</u> .....	26
5.2.2. <u>MUESTRA</u> .....	26
5.3. <u>CRITERIOS DE SELECCIÓN</u> .....	26
5.4. <u>ANALISIS ESTADISTICO</u> .....	27
5.5. <u>CONSIDERACIONES ETICAS</u> .....	28
6. <u>RESULTADOS</u> .....	29, 30, 31, 32, 33, 34
7. <u>DISCUSION</u> .....	35, 36, 37
8. <u>CONCLUSION</u> .....	38
9. <u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	39, 40, 41, 42, 43, 44, 45
10. <u>ANEXOS</u> .....	46, 47, 48, 49, 50, 51, 52

## LISTA DE TABLAS

TABLA 1. TABLA DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

TABLA 2. PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS Y VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONOCIMIENTO.

TABLA 3. VARIABLES RELACIONADAS CON LA EDUCACIÓN RECIBIDA SOBRE EL LAVADO DE LAS MANOS EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA.

TABLA 4. PRACTICAS UTILIZADAS PARA PREVENIR EL CONTAGIO DE TOS Y RESFRIADO.

TABLA 5. ASOCIACION ENTRE LA PRACTICA DEL LAVADO DE MANOS Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

TABLA 6. ASOCIACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS Y VARIABLES RELACIONADAS CON LA EDUCACIÓN RECIBIDA SOBRE EL LAVADO DE MANOS.

TABLA 7. ASOCIACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS Y PRACTICAS UTILIZADOS PARA PREVENIR EL CONTAGIO DE LA TOS Y EL RESFRIADO.

## RESUMEN

El lavado de manos es una de las maneras más efectivas de prevenir la transmisión de enfermedades respiratorias y otro tipo de gérmenes que pueden ser perjudiciales para la salud, la transmisión de persona a persona debe ser considerada como una de las formas de contagio a la que más expuestas se encuentran los profesionales del área de la salud, al no realizar una práctica del lavado de manos y toser adecuadamente. Dentro de las enfermedades respiratorias más contraídas persona a persona se encuentra el resfriado.

**Objetivo:** Describir la práctica del lavado de manos y manejo de la tos y resfriado en estudiantes de odontología.

**Métodos:** estudio observacional de corte transversal, de tipo descriptivo, en una muestra 270 sujetos, edades entre 19 y 30 años que desde el primer a decimo semestre. Se realizó una encuesta a los estudiantes donde se indaga por los conocimientos y prácticas del lavado de manos y manejo de la tos y resfriado, así como los conocimientos sobre los que desarrollan en las instalaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena. Se realizó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones y estimación de las relaciones entre el manejo adecuado del lavado de manos y el manejo de tos y resfriado.

**Resultados:** la muestra concluyente de la investigación está constituida por 270 sujetos, el mayor porcentaje estuvo representado por adultos jóvenes con un (54,4%) en su gran mayoría de sexo femenino (62, 2 %) de las áreas básicas (53,7 %) y de estrato socioeconómico medio- bajo 37%, además se observa que el 94,8% de los estudiantes lava sus manos más de 10 veces al día.

**Conclusión:** Con base al estudio realizado, se observó que los estudiantes de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, han aplicado estrategias adecuadas en cuanto a la sensibilización sobre la práctica e importancia del lavado de manos y manejo de la tos y el resfriado, lo que permite tener un mejor sistema en la prevención de la diseminación de microorganismos capaces de ser transmitidos, a través del contacto directo o indirectamente mediante superficies.

**Palabras claves:** lavado de manos, higiene de manos, manejo de tos y resfriado.



## INTRODUCCION.

El lavado de manos es una de las maneras más efectivas de prevenir la transmisión de las enfermedades respiratorias y de otro tipo de gérmenes que pueden ser perjudiciales para la salud, la transmisión de persona a persona debe ser considerada como una de las practicas más realizada por los profesionales del área de la salud, pero esta debe ser promovida desde edades tempranas.

El resfriado común es la patología más común, en la raza humana, Consiste en una infección aguda de las vías respiratorias que puede ser provocada por más de 200 virus diferentes, siendo algunos, como el *rinovirus* o el *coronavirus*, entre otros. Puede aparecer durante todos los meses del año. Es normalmente afebril, y cursa acompañado de estornudos, mucosidad, congestión nasal, lagrimeo en los ojos, tos, irritación y picor nasal son. En algunos casos, puede haber fiebre leve, Se estima, como promedio, que un adulto normal padece 1 ó 2 resfriados anuales y un niño entre 5 y 6.

Las manos de los trabajadores del área de la salud son el principal mecanismo de transmisión de infecciones entre pacientes. Por lo tanto, la higiene de manos es un componente esencial en cualquier estrategia de control de infecciones. Basándose en investigaciones sobre los aspectos que influyen en el cumplimiento de la higiene de manos y mejores estrategias de promoción. Se ha demostrado que nuevos enfoques son eficaces, así mismo, 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 en atención de la salud junto con la implementación de intervenciones exitosas. Finalmente la información suministrada por especialistas, universidades, academias dedicados a promover la higiene de manos a todos aquellos organismos que se involucren en la salud servirá para evaluar el cumplimiento a la normatividad del lavado de manos, y sus cinco momentos, manejo de tos y resfriado, establecidos por la OMS en clínicas de la Universidad de Cartagena, de la facultad de odontología con el propósito de identificar los errores que se están presentando para establecer los planes estratégicos que permitan mitigar las fallas evidentes.

Con este estudio se pretende fomentar en los profesionales de la salud, el lavado de manos como método de prevenir la transmisión de gérmenes perjudiciales para la salud que pueden quedar en las manos después de toser o estornudar, ya que las manos están en contacto con innumerable cantidad de objetos y personas.

Es importante apreciar que los estudios realizados en esta temática en su gran mayoría son realizados en los programas de medicina, enfermería, pero muy pocos en odontología, por ello el objetivo de este estudio es identificar la práctica del lavado de manos y manejo de la tos y resfriado estudiantes del área de odontología de la Universidad de Cartagena, Lo cual favorecerá y/o contribuirá con el conocimiento científico, social y educativo, así como con la vigilancia epidemiológica de acuerdo a los resultados obtenidos.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El riesgo de infecciones cruzadas y contaminación en los trabajadores de la salud y todo el personal clínico, se puede considerar un problema alarmante. Los riesgos existentes involucran a toda la comunidad ocupacional que opera en consultorios, clínicas y hospitales. Poder intervenir este evento se vuelve un propósito importante en la actualidad, para el logro de mejores resultados en el área de bioseguridad (3).

La OMS, sugiere prestar “la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente” y a establecer y consolidar “sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud”. Derivado de esta iniciativa en el año 2004 se puso en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, definida como una serie de medidas relevantes orientadas a reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria (4).

Se hace necesario realizar un trabajo de investigación que demuestre el porcentaje de cumplimiento del protocolo de limpieza de manos en los procedimientos odontológicos los cuales están asociados con infecciones; no obstante la buena aplicación de los procedimientos y medidas de prevención serán la única herramienta para el desarrollo de microorganismos, además de contribuir a la toma de conciencia y a la defensa del mejoramiento de las prácticas de atención en salud que garanticen la seguridad de todos las personas que participen en los procedimientos en salud.

Por lo expuesto anteriormente, A este poco conocimiento es muy valedero hacer la siguiente afirmación **¿Cuál es la relación entre la práctica del lavado de manos y manejo de la tos y resfriado en estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena?**

## 2. JUSTIFICACIÓN

La Comisión Europea y el Consejo de Europa acogieron la iniciativa firmando la declaración “Seguridad del Paciente: haz que suceda”. En la que se recomienda entre otras: la creación de un foro de discusión en el que se evalúen las actividades tanto nacionales como internacionales, trabajar conjuntamente con la OMS en la formación de un banco de soluciones con estándares y ejemplos de buenas prácticas, establecimiento de mecanismos que apoyen esta iniciativa y asegurar que las recomendaciones relacionadas con los productos médicos tienen en consideración la seguridad del paciente (5,6).

En América Latina y el Caribe, existe escasa información sobre la situación o la implementación de la estrategia, aunque se estima que en países como el nuestro el riesgo y Lavado de manos en Odontología | 11 el impacto sobre el sistema de estos eventos puede ser de 2 a 20 veces mayores que el de los países desarrollados. Por este motivo Ministros de Salud, y autoridades de salud pública de 14 países de nuestra región firmaron una declaración de apoyo al Reto Mundial por la Seguridad del Paciente en diciembre de 2002, en donde se comprometieron a trabajar para reducir las IACS mediante una serie de intervenciones que incluyen una mejora en las prácticas de higiene de manos por parte de los trabajadores de la salud. Intervenciones en las cuales la academia debe participar en su concepción, gestión y desarrollo (7,8).

Existe evidencia clínica suficiente para probar que la antisepsia de manos reduce la transmisión de microorganismos y la incidencia de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS), el lavado de manos es la medida básica más importante para prevenir las infecciones intrahospitalarias (IIH), no obstante los objetivos están orientados a eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la microbiota de la piel, prevenir la diseminación de microorganismos por vía mano portador; es por esto que los miembros del equipo de salud deben incorporar este procedimiento a su rutina de trabajo. La ausencia de medidas adecuadas con lleva un riesgo importante de contraer enfermedades infectocontagiosas; disminuyendo así la morbilidad, mortalidad, resistencia antimicrobiana y los recursos en salud (4).

Todo proyecto de investigación debe ser un aporte a la comunidad y a la sociedad en general. En este proyecto se pretende lograr que los estudiantes de la facultad

de odontología de la universidad de Cartagena, practiquen un adecuado lavado de manos y manejen correctamente la tos y el resfriado, mitigando el porcentaje de contaminación de flora microbiana en la prestación de los servicios, mediante la evaluación el cumplimiento de la normatividad vigente respecto al lavado de manos y sus cinco momentos establecidos por la OMS y adaptados a las clínicas de la Universidad de Cartagena, con el propósito de obtener una evidencia descriptiva que soporte la ejecución del protocolo del lavado de manos, manejo de tos y resfriado para velar por la seguridad del paciente y de la persona que presta el servicio al momento de ejercer su labor dentro del ámbito odontológico.

El lavado de las manos es el procedimiento más importante para lograr la reducción de microorganismos presentes en la piel y uñas, por lo tanto, se ha convertido en el método de prevención por excelencia.

La importancia de la presente investigación radica en la necesidad de evaluar y corregir inmediatamente los errores frecuentes que realizan los estudiantes con respecto al cumplimiento de las técnicas de higiene de lavado de manos, en el manejo de tos y resfriado y promover el correcto uso de la normatividad, lo cual se reflejará en la disminución de infecciones cruzadas y el mejoramiento en la prestación de los servicios al interior de las clínicas Odontológicas de la UDC.

En conclusión, la ventaja de este tema permite obtener múltiples beneficios en la universidad, los estudiantes y finalmente el paciente, generando una protección conjunta al momento de prestar los diferentes servicios Odontológicos; solo así la prevención de enfermedades podría ser notoria y positiva para continuar con los cuidados necesarios del lavado de manos y manejo de tos y resfriado en Odontología.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL.**

Describir la práctica del lavado de manos y manejo de la tos y resfriado en estudiantes de Odontología de la Universidad de Cartagena

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las variables sociodemográficas de los sujetos de estudio.
- Describir la práctica del lavado de manos y los factores relacionados.
- Describir el manejo de la tos y el resfriado común y los factores relacionados.
- Relacionar a práctica del lavado de manos con el manejo de la tos y el resfriado común y las variables sociodemográficas.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1. Políticas de salud**

El objetivo principal de los profesionales es procurar el mayor bienestar físico y mental de sus pacientes; sin embargo, debido a factores como el desconocimiento de procedimientos adecuados o la poca capacidad para realizar diagnósticos oportunos, se afecta la praxis normal de los mismos, lo cual se refleja en una baja calidad de la atención por innumerables acontecimientos adversos que causan diferentes daños al paciente, desde una leve molestia hasta la muerte, con costos elevados al sector sanitario y a los familiares (9). La política de seguridad al paciente se estableció en América Latina oficialmente en el documento los “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente”, el cual fue desarrollado en Colombia, promulgado por el Ministerio de la Protección Social de ese país, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (10). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud estima que, a escala mundial, cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de las prácticas médicas o de una atención sanitaria insegura (11).

### **4.2 Bioseguridad.**

La bioseguridad se ha constituido en una nueva área de la Odontología como norma de conducta profesional, todo el personal debe seguir las medidas de precaución estandarizadas con el fin de prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes de trabajo, estando o no previsto el contacto con fluidos corporales del paciente (12).

Las normas de seguridad se basan en la aplicación de máximas medidas de desinfección, asepsia, esterilización y protección del profesional y personal auxiliar, con el fin de prevenir. Las enfermedades de riesgo profesional (SIDA, Hepatitis, entre otras), esta actividad constituye una obligación ética y moral para cuidar a quienes acuden a consulta buscando la solución de problemas de salud buco-

dentarias (13). En el marco de la evaluación más adecuada acerca de las prácticas de lavado de manos, manejo de tos y resfriado, la literatura internacional establece que la “observación directa” de las prácticas de higiene es un método válido y realizable para medir el comportamiento higiénico (14)

### **4.3. Lavado quirúrgico**

Es el lavado realizado por los integrantes del equipo quirúrgico antes de su ingreso al quirófano, siempre está indicado un jabón antiséptico. Recordar que el uso del cepillado no es necesario para reducir la carga microbiana cuando se utiliza antiséptico con efectos residuales (16).

Para el tratamiento pre operativo de manos dos opciones están disponibles: 1) el lavado quirúrgico de manos (Europa) que consiste en la limpieza de manos con jabón y agua antimicrobianos; y 2) la desinfección quirúrgica de la mano (Europa), que es el uso de una base de alcohol en las manos secas sin el agua y frotación de la misma (17).

Tradicionalmente, se requiere al personal quirúrgico que se friegue sus manos durante 10 minutos antes de la operación, lo que produce con frecuencia daños en la piel. Varios estudios han demostrado que el fregar durante 5 minutos reduce cuentas bacterianas con tanta eficacia como una friega de 10 minutos. En otros estudios, el fregar durante 2 ó 3 minutos redujo cuentas bacterianas a niveles aceptables (18).

### **4.4 Uso de Guantes**

El Centro de Control y Prevención (CDC) ha recomendado que los trabajadores sanitarios lleven guantes para: 1) reducir el riesgo de que el personal adquiera infecciones de los pacientes, 2) evitar que el trabajador sanitario transmita su flora a los pacientes, y 3) reducir la contaminación transitoria de las manos del personal por flora que se pueda transmitir de un paciente a otro. La Occupational Safety and Health Administration (OSHA) obliga al uso de guantes durante todas las actividades del cuidado de pacientes que puedan implicar la exposición a sangre o a fluidos corporales que puedan contaminarse con sangre. Se debe recordar al personal no quitarse los guantes entre los pacientes puede contribuir a la transmisión de organismos La higiene de manos necesaria es independiente de si se llevan o se cambian los guantes (19).



## 4.5 Lavado de manos

Las manos actúan como vectores que portan organismos patógenos capaces de ser transmitidos, a través del contacto directo o indirectamente mediante superficies. La contaminación bacteriana de las manos de los trabajadores de salud aumenta progresivamente durante la atención de los pacientes y está en estrecha relación con el tipo de actividad efectuada durante la atención, de ahí que el lavado de manos con un máximo nivel de higiene constituye un factor fundamental para reducir la incidencia de la mayoría de las infecciones. Sin embargo, para evitar la transmisión de microorganismos entre pacientes debe utilizarse de manera adecuada un producto que produzca la eliminación de la flora bacteriana la cual contamina las manos de manera transitoria. En la actualidad disponemos de diversos tipos de agentes antisépticos tanto jabonosos como soluciones alcohólicas que no requieren del uso de agua para conseguir este objetivo (20).

Pantoja indica en su artículo “Higiene de manos y riesgo de infecciones” (Hand hygiene and risk of infections) realizado en el hospital del niño; encontró que el lavado de manos con agua y jabón es la medida más importante para prevención de enfermedades infecciosas, logrando que todos los trabajadores de salud cumplan con esta disposición tan sencilla, no obstante velar por el cumplimiento es una tarea compleja y difícil (20).

Se tiene registro que en el siglo XIX se recalcó el concepto de limpiarse las manos con un agente antiséptico. Un trabajo publicado en 1825 por un farmacéutico francés, estableció que los médicos u otras personas que atendían pacientes con enfermedades contagiosas se beneficiaban lavándose las manos con una solución líquida de cloruro. En 1846, Ignaz Semmelweis publicó un trabajo donde demostró que el lavado de manos con un agente antiséptico (soluciones cloradas), antes de atender a cada paciente, reducía la transmisión de enfermedades contagiosas de manera más efectiva que el lavado de manos solamente con agua y jabón. Desde entonces se acepta la práctica del estricto lavado de manos como una medida antiséptica trascendental (20).

Desde 1961, en Estados Unidos de Norte América, distintas organizaciones como el Servicio de Salud Pública, el Centro de control y prevención de enfermedades (CDC), la Asociación de profesionales en el control de infecciones (Association for Professionals in Infection Control - APIC), el Healthcare Infection Control Practices

Advisory Committee (HICPAC) la Society for Healthcare Epidemiology of América (SHEA), la Infectious Diseases Society of America (IDSA) entre otras instituciones; vienen desarrollando guías y talleres para fomentar y promover la técnica del lavado y antisepsia de las manos de los trabajadores de la salud, para que esta se realice de manera sistemática, antes y después de la atención de cada paciente (21)

Por otra parte, a pesar de todas estas recomendaciones que han sido adoptadas por la mayoría de las instituciones sanitarias de todo el mundo, la adhesión por parte de los trabajadores en salud a dichas normas sigue siendo baja. En los últimos años, se ha observado, que el lavado y antisepsia de las manos son realizadas en forma totalmente inadecuada o se omiten por completo y en ocasiones, el agente utilizado es inapropiado. El incumplimiento del lavado de manos se considera la principal causa de infecciones intrahospitalarias, facilitando la propagación de microorganismos multiresistentes contribuyendo notablemente a incrementar las tasas de morbilidad y mortalidad en los diferentes centros de atención (20).

En el año 2008, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha designado al 15 de octubre como el "Día mundial del lavado de manos" y lograr así, rememorar y reforzar el cumplimiento de estas sencillas normas de higiene. Todos los profesionales del área de la salud, tienen la obligación de lograr que el apego a la higiene de manos sea un hábito personal, frecuente, constante y de prioridad en todas las instituciones donde se atienden pacientes de cualquier naturaleza; por ello deben comprometerse a lograr el objetivo postulado por la Organización Mundial de la Salud "Una atención limpia es una atención más segura" (23).

Por todo lo antes expuesto, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos orientados a la salud pública, insisten con continuar educando sobre esta medida básica y esencial para disminuir la transmisión de patógenos; considerándola un derecho elemental de los pacientes para recibir una atención de alta calidad (20).

Sin embargo, el mayor impacto y beneficio de las campañas sobre fomento a la higiene de manos se lograría en países en vías de desarrollo; ya que es ahí, donde se registran la mayoría de los casos de infecciones intrahospitalarias (20).

Como pediatras, imponer el mayor esfuerzo para generalizar la práctica de la higiene de manos en todos los centros hospitalarios donde se atienden niños y con

mayor ahínco en las unidades de neonatología y de cuidados intensivos. Recordemos entonces: "Manos limpias previenen infecciones y salvan vidas" (20).

En el trabajo titulado Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada de la ciudad de Tunja encontró que en la última década ha surgido interés por la práctica de políticas seguras en los pacientes hospitalizados. Evidentemente, la infección cruzada entre pacientes es de importancia crítica, dado que se traduce en aumento de morbimortalidad, de estancia hospitalaria y de costos.

Esta situación es notoria en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI), por la alta tasa de colonización e infección en los pacientes críticamente enfermos. El lavado de manos ha demostrado ser la medida más efectiva en la prevención de las infecciones intrahospitalarias. Existe una relación directa entre la adherencia a las guías de higiene de manos y la tasa de infección nosocomial. Naturalmente, para que la guía sea efectiva es preciso asegurar adherencia por parte del personal de salud (23).

La guía de higiene de manos de la OMS de 2009 hace énfasis en la estandarización de instrumentos para la evaluación de adherencia. 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.

Los cinco momentos de higiene de manos sirven de guía para el diseño de instrumentos. 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 (24,25,26).

El objetivo del estudio fue evaluar la adherencia del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos (UCI) de la Clínica de los Andes de Tunja, a la guía vigente de higiene de manos, así como identificar los factores de riesgo para la no adherencia a las guías, las cuales podrían servir de fundamento para futuras investigaciones dirigidas a la intervención (23).

A pesar de la preocupación dentro del marco de la seguridad de paciente, por el lavado de manos y de la implementación de políticas, la tasa de adherencia a la guía de lavado de manos fue alarmantemente baja (18.9%). En Colombia, de acuerdo con nuestro conocimiento, no se ha evaluado la adherencia al lavado de manos en cuidado intensivo (23).

Sin embargo, Salazar-Maya (27), publicó un análisis cualitativo en relación al tema en medicina crítica concluyendo que el lavado de manos es una actividad con restricciones, sin que se haga una cuantificación al respecto. Aunque la tasa de adherencia reportada por el centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) de Atlanta fue de 48, los hospitales incluidos en el análisis fueron exclusivamente norteamericanos.

En América Latina, Douce reporta adherencia de 49% en una Unidad de Cuidado Intensivo en Ecuador. En otras regiones del mundo, como Europa mediterránea, los reportes son similares al nuestro. Es posible que en la divergencia de resultados exista sesgo de publicación, con tendencia a publicar resultados favorables de adherencia.

Por otra parte, es posible que haya un gran número de instituciones y unidades de Cuidado Intensivo que no cuantifiquen la adherencia a las guías de lavado de manos. Adicionalmente, en los estudios publicados no existe completa uniformidad en la definición de oportunidad ni reporte de la metodología precisa empleada (28,29).

Se ha reportado sistemáticamente una mayor adherencia para enfermeras profesionales en comparación con médicos; sin embargo, en nuestro estudio, no se evidenciaron diferencias, en comparación en médicos, auxiliares de enfermería y terapeutas físicos. Este hallazgo puede indicar que las estrategias de socialización e implementación de la guía en este grupo de funcionarios han sido insuficientes o mal dirigidas (30).

Hernández y col. en su trabajo titulado Higiene de manos antes de la atención del paciente, se realizó un estudio observacional de sombra en los servicios de hospitalización del INP del 3 al 9 de mayo del 2010 en el que los observadores utilizaron un formato de recolección de datos para registrar las oportunidades para la higiene de manos del personal de salud antes de la atención del paciente durante sus actividades regulares diarias. El apego a higiene de manos se definió como el

lavado de manos con agua y jabón o asepsia con soluciones alcoholadas antes de la atención del paciente.

El personal se dividió en cuatro categorías: médicos (residentes de pediatría, residentes de especialidad, médicos adscritos), enfermeras, auxiliares de enfermería y otro personal de salud incluyendo técnicos de radiología, inhaloterapia, trabajadores sociales etc. Las observaciones se realizaron en el turno matutino y vespertino-nocturno sin que el personal fuera informado que se le observaba (31).

Durante la atención de rutina del paciente, los trabajadores de salud se lavaron o realizaron higiene de las manos antes de la atención del paciente en la mitad de las oportunidades que tuvieron. Estos resultados no pueden extrapolarse a la población de trabajadores del Instituto, porque la muestra es muy pequeña; sin embargo, permite observar el apego de higiene de las manos por el personal de salud y la necesidad de realizar estudios más amplios y específicos para observar el apego a higiene de manos e implementar programas para que el personal se adhiera a la medida más simple de control de infecciones lavado higiene de manos. En este estudio la observación se hizo durante la primera etapa de los cinco momentos que la OMS ha recomendado para realizar higiene de manos (1. Antes de la atención del paciente. 2. Después de la atención del paciente. 3. Antes de la instalación o manejo de métodos invasivos. 4. Después del contacto con secreciones o excreciones del paciente. 5. Después del contacto con material contaminado alrededor del paciente). Se deben realizar y ampliar estudios sobre los hábitos de higiene de manos durante estos cinco momentos (31).

#### **4.6. Procedimientos de Higiene de Manos**

Lavado Higiénico de Manos Comparado con no lavarse las manos, el simple hecho del lavado de manos reduce el riesgo de transmisión de patógenos nosocomiales (15).

Lavado social de manos: jabón de arrastre, no antiséptico Es el lavado de manos de rutina, se define como la remoción mecánica de suciedad y la reducción de microorganismos transitorios de la piel. Este lavado de manos requiere de jabón común, de preferencia líquido, el que debe hacerse de forma vigorosa con una duración no menor de 15 segundos. La actividad limpiadora del jabón de arrastre se puede atribuir a sus características detergentes, que dan lugar al retiro de la

suciedad, de los depósitos y de las diferentes sustancias orgánicas de las manos (32).

Los jabones de arrastre tienen, si la llegan a tener, una mínima actividad antimicrobiana y pueden ser contaminados y colonizados por las manos de los trabajadores de salud. Sin embargo, el lavado de manos con jabón de arrastre puede eliminar fácilmente la flora transitoria presente. La mejor forma de utilizar estos jabones es su presentación en forma líquida, colocados en dispensadores apropiados (33).

La frotación con alcohol–base (higiénica y desinfección quirúrgica de manos), consiste en dejar una preparación en las manos y aplicarla sin el uso de agua. Numerosos estudios han documentado la actividad antimicrobiana in vitro de los alcoholes, que se debe a su habilidad para desnaturalizar las proteínas (34).

Los alcoholes reducen con eficacia la flora bacteriana en las manos, son rápidos germicidas cuando son aplicados en la piel, pero no tienen ninguna actividad residual apreciable (efecto remanente). En varios estudios refieren la frotación con alcohol-gel es el método preferido en muchas situaciones para la higiene de mano por la superior eficacia de la reducción del conteo bacteriano, su fácil uso y mayor apego por el personal de salud; y recomiendan usar el lavado de manos cuando las manos estén visiblemente sucias y después de usar 5 - 10 veces el gel debido a la “acumulación” del emoliente que refiere el personal y que causa incomodidad (35).

#### **4.7. Movimientos básicos.**

- 1 y 2. Frotar fuerte las palmas de las manos entrelazando los dedos.
3. Limpiar los dorsos de cada mano entrelazando los dedos.
4. Lavar la parte trasera de los dedos con la palma de la otra mano.
5. Limpiar los pulgares con movimientos rotativos.

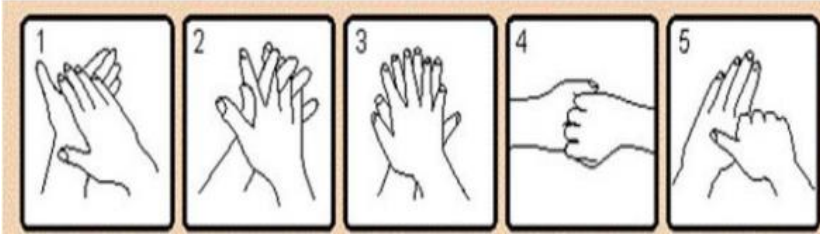


Figura1 Esquema de la técnica de lavado de manos Fuente: OMS (8)

**4.8. Movimientos básicos del lavado de manos en los 5 momentos según La Organización mundial de la Salud para Odontología.**

**Sus 5 momentos para la higiene de las manos  
Atención Odontológica**

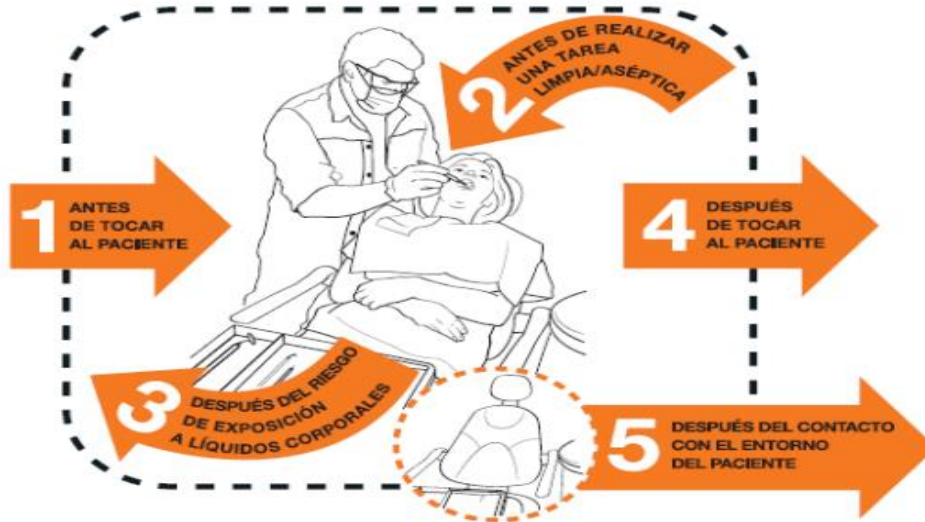


Figura 2. Lavado de Manos en atención Odontológica Fuente: OMS (36)

#### **4.9. Infecciones asociadas con atención de la salud.**

En los países desarrollados la incidencia de infecciones oscila alrededor del 10% en pacientes ingresados a unidades hospitalarias; este porcentaje se incrementa hasta un 25% en países en vía de desarrollo. En el Hospital Aníbal Murillo existe un subregistro de las infecciones según el administrador del Departamento de Epidemiología registra solo 13 casos en el Área de Ginecología y 10 casos en el área de Pediatría. En el año 2010 constituyen una tasa de Prevalencia del 0.5 y 0.81 respectivamente. La promoción del lavado de manos en la comunidad ha sido un esfuerzo en la salud pública durante muchos años, si bien desde el siglo XIX, Semmelweis y Wendell en Estados Unidos reconocieron la importancia de la higiene de manos en la transmisión de infecciones y hoy día sigue siendo un reto en la salud pública sobre todo en países tercermundistas (9, 37).

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria se producen en todo el mundo y afectan tanto a los países desarrollados como a los de escasos recursos.

Estas infecciones contraídas en el entorno sanitario se encuentran entre las principales causas de muerte y de incremento de la morbilidad en pacientes hospitalizados; representan una carga considerable tanto para el paciente y su familia como para la salud pública (38).

Las enfermedades diarreicas y la neumonía, que juntas son responsables de la mayoría de las muertes de niñas y niños, cada año, más de 3,5 millones de niños y niñas no llegan a celebrar su quinto cumpleaños debido a estas enfermedades. La diarrea es un grave problema mundial de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más de 2,2 millones de muertes debidas a las infecciones diarreicas ocurren anualmente, en especial entre los niños menores de cinco años de edad. En Latinoamérica, las enfermedades diarreicas se encuentran entre las cinco causas de muerte en todas las edades en 17 países de la región, constituyendo la primera causa de muerte en cinco países y la segunda en cuatro de ellos (39).

Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países que representaban a cuatro regiones de la OMS (Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental) reveló que, en promedio, el 8,7% de los pacientes hospitalizados contraen infecciones nosocomiales. En cualquier momento, más de 1,4 millones de personas en el mundo padecen complicaciones infecciosas relacionadas con la atención sanitaria (40).



### ***Mecanismos de transmisión***

Los agentes microbianos transmitidos en la práctica profesional son virus y bacterias, quienes tienen la capacidad de sobrevivir en ambientes hostiles, con gran capacidad de adherencia a las superficies, con un grado variable de virulencia, y en muchos casos, de resistencia a los antimicrobianos (4) las cuales pueden transmitirse por (41):

Contacto directo con lesiones, sangre, fluidos orales y secreciones nasorespiratorias contaminadas.

- Contacto indirecto con instrumentos, superficies y equipos dentales contaminados.
- Salpicaduras de sangre, saliva o secreciones nasorespiratorias directamente a la piel o las mucosas.
- Transmisión aérea a través de micro gotas que se generan al hablar, toser o en el acto quirúrgico y que contienen sangre o secreciones contaminadas.

La infección por estos patógenos, independientemente de la ruta de transmisión que sigan, requiere la presencia de una serie de condiciones comúnmente conocidas como «cadena de infección». En primer lugar debe existir un huésped susceptible, quien va a ser infectado. En segundo lugar, el microorganismo patógeno debe estar en cantidad y virulencia suficientes para poder causar infección. Y por último, debe haber una puerta de entrada que permita a este microorganismo ponerse en contacto con el huésped. Cada uno de estos eslabones de la cadena debe ser tenido en cuenta a la hora de evaluar la probabilidad de que estos microorganismos consigan su objetivo y a su vez constituyen las bases sobre las que se asentarán todos aquellos procesos o técnicas tendientes a minimizar este riesgo (41).

## 5. METODOLOGÍA

Se realizó un cálculo de muestra dentro de las características de la población objeto de estudio se contó con los estudiantes del área de odontología de la universidad de Cartagena edades entre 19 y 30 años que cursen desde el primer a decimo semestre, de clínicas y básicas

**5.1. Tipo de estudio:** Teniendo en cuenta los objetivos del estudio, se realizó un estudio observacional de corte transversal, de tipo descriptivo.

### 5.2. POBLACION Y MUESTRA

**5.2.1 Muestra:** se tomó toda la población como tamaño de muestra 270 sujetos, estudiantes de la facultad de odontología de la Universidad de Cartagena.

**5.2.3 Muestreo:** se realizó un muestreo aleatorio simple en Microsoft Excel.

### 5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

**5.3.1. Criterios de inclusión** se tuvieron en cuenta Todos los estudiantes del área de odontología del campus de zaragocilla de la universidad de Cartagena que estén oficialmente matriculados y que den su consentimiento para participar en el estudio.

**5.3.2. Criterios de exclusión** Estudiantes que se nieguen a participar en el estudio, Los estudiantes que al momento de realizar el estudio no se encuentren en la clínica por motivos de rotación extramural o por incapacidad.

#### 5.3.3. Recolección de la información.

Se hizo a partir de las encuestas realizadas los salones de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cartagena, se les explicaba a los estudiantes el objetivo del estudio, se entregaban las encuestas las cuales fueron auto diligenciadas, en el periodo comprendido entre junio de 2016 y diciembre del 2017.

#### **5.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

La información fue almacenada, organizada y depurada en una matriz de Excel versión para Windows® 2010, luego fue trasportada al programa estadístico Stata/se 10.1, Se realizaron las tablas de frecuencia, porcentaje y relaciones a través de la prueba Odds Ratio para la significancia de las relaciones.

## RESULTADOS

El mayor porcentaje de la muestra estuvo representado por pacientes adulto joven con un (54,4 %), en la mayoría de sexo femenino (62,2 %), estado civil soltero (100 %), en su gran mayoría cursando las áreas básicas (53,7%), y pertenecientes al estrato socioeconómico medio-bajo (37 %); las demás variables se pueden observar en las siguientes tablas.

**Tabla 1. Variables sociodemográficas de la muestra (n=270)**

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia (%)</i>	<i>95% IC</i>
<b>Edad</b>		
Adolescente	123 (45,5)	39,4- 51,5
Adulto joven	147 (54,4)	48,4- 60,4
<b>sexo</b>		
Mujer	168 (62,2)	56,4- 68,0
Hombre	102(37,7)	31,9- 43,5
<b>Semestre</b>		
Básicas	145 (53,7)	47,7- 59,6
Clínica	125(46,3)	40,3- 52,2
<b>Estrato</b>		
Bajo-bajo	31 (11,4)	7,65- 15,3
Bajo	73 (27,0)	21,7- 32,3
Medio-bajo	100 (37,0)	31,2- 42,8
Medio	53 (19,6)	14,8- 24,3
Medio-alto	12 (4,44)	19,7- 69,1
Alto	1 (0,37)	-0,35- 10,9

**Tabla 2. práctica de Lavado de Manos y Variables relacionadas con el conocimiento.**

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia (%)</b>	<b>95% IC</b>
<b>cuantas veces mínimo día lava manos</b>		
Menos de 10 veces al día	14 (5,19)	02,5- 07,8
Mas de 10 veces al día	256 (94,8)	92,1- 97,4
<b>Con que frecuencia lava sus manos</b>		
Muy frecuente	226 (83,7)	79,2- 88,1
Poco frecuente	44 (16,3)	11,8- 20,7
<b>Importancia del lavado de manos</b>		
Importante	246 (91,1)	87,6- 94,6
No importante	24 (8,8)	05,4- 12,3
<b>Guantes sustituye lavado de manos</b>		
No	169 (62,5)	56,7- 68,4
Si	101 (37,4)	31,5- 43,2
<b>Tiempo en minuto lava manos</b>		
No atiende pacientes	164 (60,7)	54,8- 66,6
Menos de 10 minutos	104 (38,5)	32,6- 44,3
Más de 10 minutos	2 (0,74)	00,2- 01,7
<b>Grado de importancia del secado de manos</b>		
Muy importante	265 (98,1)	96,52- 99,7
Nada importante	5 (1,85)	00,2- 03,4
<b>Si contara con más tiempo entre paciente y paciente realizaría con más frecuencia el lavado de manos</b>		
No	19 (10,7)	06,1- 15,3
Si	158 (89,2)	84,6- 93,8
<b>Dibujo</b>		
1 y 3 incorrecto	113 (41,8)	35,9- 47,7
2 correcto	157 (58,1)	52,2- 64,0

Tabla 2. Con respecto a la práctica del Lavado de manos se observó que el (94,8 %), de los estudiantes lavaba sus manos más de 10 veces al día, además consideran el lavado de manos importante con el (91.1 %).

**Tabla 3. Variables relacionadas con la Educación recibida sobre el lavado de las manos en estudiantes de odontología.**

<b>Variables</b>	<i>Frecuencia (%)</i>	<i>95% IC</i>
<b>Recibe capacitación para lavado de manos</b>		
Si	173 (64,0)	58,3- 69,8
No	97 (35,9)	30,1- 41,6
<b>Se realizan actividades en su programa para promover el lavado de manos</b>		
Si	209 (77,4)	72,3- 82,4
No	61 (22,5)	17,5- 27,6
<b>Cuenta con imágenes e ilustraciones en la institución que promuevan</b>		
Si	112 (41,4)	35,5- 47,3
No	158 (58,5)	52,6- 64,4

**Tabla 4. practicas utilizadas para prevenir el contagio de tos y resfriado**

<i>Variables</i>	<i>Frecuencia (%)</i>	<i>95% IC</i>
<b>Dispone de gel antibacterial en su bolso</b>		
Si	120 (44,4)	38,4- 50,4
No	150 (55,5)	49,5- 61,2
<b>Dispone papel, pañuelos toallas en su bolso</b>		
Si	121 (44,8)	38,8- 50,7
No	149 (55,1)	49,2- 61,1
<b>Cuando llega a casa lava sus manos</b>		
Si	157 (58,1)	52,2- 64,0
No	113 (41,8)	35,9- 47,7
<b>Tose de manera adecuada según la imagen escogida</b>		
Si	93 (34,4)	28,7- 40,1
No	177 (65,5)	59,8- 71,2

Tabla 4. Con respecto a las practicas realizadas para evitar el contagio de la tos y el resfriado se halló que el (55.5 %) no dispone de gel antibacterial y que de igual forma el (55.1 %) carece de papel, toallas y pañuelos en su bolso.

**Tabla 5. Asociación entre la Práctica de Lavado de Manos y Variables sociodemográficas**

<i>Variables</i>	<i>Lavado de Manos</i>		<i>OR (IC 95 %)</i>	<i>p</i>
	<b>Adecuado Frecuencia (%)</b>	<b>Inadecuado Frecuencia (%)</b>		
<b>Edad</b>				
18 a 19 años	45(36,6)	78(63,4)	0,67(0,41-1,10)	0,120
>19 años	68(46,3)	79(53,7)		
<b>Sexo</b>				
Femenino	58(34,2)	110(65,5)	0,45(0,27-0,74)	0,002
Masculino	55(53,92)	47(46,08)		
<b>Semestre</b>				
Básicos	54(37,2)	91(62,8)	0,66(0,49-1,54)	0,642
Clínicos	59(47,2)	66(52,8)		

Tabla 5. Al asociar la práctica de lavado de las manos con las variables sociodemográficas solo se halló una asociación en sentido de protección con respecto al sexo femenino.



**Tabla 6. Asociación entre la Práctica de Lavado de Manos y Variables relacionadas con la Educación recibida sobre el lavado de manos.**

<b>variables</b>	<b>lavado de manos</b>	<b>lavado de manos</b>	<b>OR (IC 95 %)</b>	<b>P</b>
	<b>Adecuado Frecuencia (%)</b>	<b>Inadecuado Frecuencia (%)</b>		
<b>Recibe capacitación para lavado de manos</b>				
<b>Si</b>	68 (60,1)	45 (39,8)	0.67(1,66-4,54)	0,255
<b>No</b>	105 (66,8)	52 (33,2)		
<b>Se realizan actividades en su programa para promover el lavado de manos</b>				
<b>Si</b>	76 (67,2)	37 (32,7)	0.66(0,75-2,44)	0,120
<b>No</b>	113 (84,7)	24 (15,2)		
<b>cuenta con imágenes e ilustraciones que promueven el lavado de manos</b>				
<b>Si</b>	58(34,2)	110(65,5)	0,45(0,27-0,74)	0,002
<b>No</b>	55(53,92)	47(46,08)		

Tabla 6. Al asociar la Práctica de lavado de manos con las variables relacionadas con la educación recibida sobre el lavado de manos, solo se halló asociación en sentido de protección con la variable cuenta con imágenes o ilustraciones que promuevan el lavado de manos en su institución

**Tabla 7. Asociación entre la Práctica de Lavado de Manos e insumos y practicas utilizados para prevenir el contagio de la tos y el resfriado.**

<i>Variables</i>	<i>Lavado de Manos</i>	<i>Lavado de Manos</i>	<i>OR (IC 95 %)</i>	<i>p</i>
	<b>Adecuado Frecuencia (%)</b>	<b>Inadecuado Frecuencia (%)</b>		
<b><i>Dispone de gel antibacterial en su bolso</i></b>				
<i>Si</i>	54(37,2)	91(62,8)	0,66(0,49-1,54)	0,642
<i>No</i>	59(47,2)	66(52,8)		
<b><i>Dispone papel, pañuelos tollas en su bolso</i></b>				
<i>Si</i>	45(36,6)	78(63,4)	0,67(0,41-1,10)	0,120
<i>No</i>	68(46,3)	79(53,7)		
<b><i>Cuando llega a casa lava sus manos</i></b>				
<i>Si</i>	68 (60,1)	45 (39,8)	(1,66-4,54)	0,255
<i>No</i>	105 (66,8)	52 (33,2)		
<b><i>Tose de manera adecuada según la imagen escogida</i></b>				
<i>Si</i>	45 (39,8)	68 (60,1)	0,67(0,41-1,10)	0,120
<i>No</i>	93 (34,4)	117 (65,5)		

Tabla 7. Al asociar la Práctica de Lavado de Manos y Practicas realizadas para prevenir el contagio de tos y resfriado no se hallaron asociación es con significa

## DISCUSION.

La Organización Mundial de la Salud menciona que el lavado de las manos es la medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria (consiste generalmente en frotar las manos con un antiséptico a base de alcohol o en lavarlas con agua y jabón normal o antimicrobiano (42)

Estudios sobre el lavado de manos sugieren que el entrenamiento formal de esta práctica debe ser inculcado en los estudiantes de pregrado. Es importante que los estudiantes de odontología y profesionales en el área de la salud mantengan una buena higiene de las manos debido que están directamente involucrados en el cuidado primario del paciente, para mejorar esta práctica en los estudiantes, se debe incrementar el énfasis en la educación y comportamientos en la higiene de las manos y la implementación de módulos de entrenamiento de esta práctica (42).

Respecto a la educación sobre lavado de manos, en el presente estudio 64% de los participantes recibieron capacitación sobre lavado de manos, en comparación con otros autores, tales como, Pérez P y cols. (2015) (43), quienes realizaron un estudio sobre las prácticas de lavado de mano, reportando que 81,5% de los individuos estudiados recibieron formación sobre esta práctica. Thakker y cols. (2015) evaluaron 201 estudiantes de pregrado de medicina, enfermería y odontología en un instituto de enseñanza en India; concerniente a los estudiantes de odontología, 14,8% recibieron entrenamiento formal en lavado de manos (44).

En el presente estudio se obtuvo que la mayor frecuencia del lavado de manos fue en relación a los individuos que manifestaron lavarse las manos más de 10 veces al día, constituyendo un 94,8% de la muestra estudiada, siendo contrario a lo reportado por Lee y cols. (2015) (45), quienes estudiaron los conocimientos, actitudes y prácticas en estudiantes de odontología en una universidad de Corea del sur, reportando que la mayor prevalencia fue para una práctica de lavado de manos de menos de siete veces por día en 75,7% de la muestra estudiada.

En relación a la duración del lavado de manos, en el presente estudio se observó que 38,5% de los individuos estudiados lavaban sus manos en menos de 10 minutos, siendo diferente a lo reportado por Naik S y cols (2014) en su estudio realizado en 204 sujetos en una entidad de prestación de servicios odontológicos en la ciudad de Bangalore, India, quienes obtuvieron que 65% de los individuos realizaban el procedimiento de lavado de manos con una duración inferior a 10 minutos. (46).

El lavado de manos en la práctica odontológica es una de las partes más importantes para el control de infecciones y reducción del riesgo de transmisión de microorganismos desde el clínico hacia el paciente.

Es importante conocer que existen dos tipos de flora microbiana en las manos, una transitoria y otra residente. La transitoria coloniza las primeras capas de la piel, es la que se encuentra directamente relacionada con la transmisión de infecciones entre clínico y paciente y es la más fácil de remover a través del lavado de manos rutinario.

Los guantes se constituyen una buena barrera contra los microorganismos, reduce el riesgo de contaminación en 70% a 80%; sin embargo, crea un ambiente propicio para la proliferación de microorganismos. A pesar de ello, en el presente estudio el 62,5% de los sujetos estudiados manifestaron que los guantes sustituyen el lavado de manos, evidenciando el escaso nivel de conocimientos sobre esta temática (47).

Al determinar la asociación entre la práctica de lavado de manos y las variables sociodemográficas como el sexo, se observó una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), obteniendo el sexo femenino una mayor frecuencia de prácticas inadecuadas (65,5%) (48).

En comparación con estos hallazgos, Mohammad y cols. Reportaron que no existe una relación estadísticamente significativa ( $p = 0,12$ ) entre las prácticas de lavado de manos y el sexo de los estudiantes de odontología. Esta diferencia puede ser atribuida a la discrepancia entre el número de sujetos para cada sexo, siendo en el estudio de Mohammad y cols. una relación 1:1 (igual número de sujetos de cada sexo), a diferencia del presente estudio, en donde se incluyó un mayor número de participantes del sexo femenino en comparación al sexo masculino (62,2%)(49).

Las prácticas de lavado de manos fueron comparadas entre los semestres básicos y clínicos, sin observarse una asociación estadísticamente significativa. Yeambut y cols. Reportaron que las prácticas de higiene de las manos de los estudiantes de odontología disminuyen al adquirir mayor experiencia clínica, siendo los puntajes de prácticas de lavado de manos significativamente menores para los estudiantes de último año. Esto puede deberse a que, a pesar que los estudiantes de semestres básicos tengan conocimientos similares sobre bioseguridad, estos pueden tener mejores actitudes y comportamientos que superan a los estudiantes con mayor experiencia clínica, (50).

La relación entre el conocimiento acerca de cómo prevenir el resfriado mediante el manejo de la tos a través de buenas prácticas, ha sido estudiada por Jin y cols, quienes reportaron bajos niveles de conocimientos y prácticas entre los estudiantes universitarios. En el presente estudio, las prácticas de los estudiantes de odontología en relación a la tos fueron incorrectas en su mayoría (65,5%). Esto demuestra la necesidad de desarrollar programas de educación y mercadeo social para promover mejores prácticas en relación al control del resfriado y la promoción de la salud.(51).

Esta investigación debe ser interpretada a la luz de algunas limitaciones, entre ellas, la falta de estudios previos en nuestro medio relacionados a la temática del lavado de manos y manejo de la tos en los estudiantes del área de ciencias de la salud, lo cual impide generalizar nuestros resultados, teniendo en cuenta las diferencias socio-culturales que pueden existir entre los estudios realizados en el exterior. Otro tipo de limitación, puede ser la introducción del sesgo de memoria al indagar sobre las capacitaciones previas que recibieron o no los estudiantes de odontología. Mayores estudios deben ser conducidos teniendo en cuenta el control de estos factores.

## **CONCLUSION.**

Con base al estudio realizado, se observó que los estudiantes de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena, han aplicado estrategias adecuadas en cuanto a la sensibilización sobre la práctica e importancia del lavado de manos y manejo de la tos y el resfriado, lo que permite tener un mejor sistema en la prevención de la diseminación de microorganismos capaces de ser transmitidos, a través del contacto directo o indirectamente mediante superficies.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cuitiño M. Nuevas técnicas en el lavado de manos. Artículo de revisión. Medicina preventiva. El Caduceo. 2012; 27:27-34.
2. Organización mundial de la salud. Guía de la OMS sobre higiene de manos en la atención de la salud, Resumen. Primer desafío global de la seguridad del paciente, una atención limpia es una atención segura 2009: 1-80. Disponible en [http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia\\_lavado\\_de\\_manos.pdf](http://www.med.unlp.edu.ar/archivos/noticias/guia_lavado_de_manos.pdf)
3. Hernández AA, Montoya JL, Simancas MA. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre bioseguridad en estudiantes de Odontología. Revista Colombiana de investigación en Odontología. 2012; 3(9):148 -157.
4. Asociación Colombiana de infectología, Capítulo Central. Estrategias manos limpias, atención segura para instituciones prestadoras de salud de primer nivel de atención. 2011: 1-108. Disponible en [http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/TODO\\_Estrategia\\_Distrital\\_Manos\\_Limpias\\_Atencion\\_Segura.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/TODO_Estrategia_Distrital_Manos_Limpias_Atencion_Segura.pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud. Documento técnico. Convocatoria para: "brindar asesoría y asistencia técnica en el proceso de implementación de la política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias y resistencia bacteriana en el distrito capital. [En línea] 2009: Disponible en: <http://www.col.opsoms.org/docs/CONVOCATORIA%20OPS%20INFECCIONES%20INTRAHOSPITALARIAS.pdf>
6. Costa C, Etxeberria A. Fisterra.com, Atención Primaria en la red. Diseminación e implementación de una GPC. [En línea] 2009. Disponible en: [http://www.fisterra.com/guias2/no\\_explor/capituloGPC.pdf](http://www.fisterra.com/guias2/no_explor/capituloGPC.pdf)
7. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Seguridad del Paciente. En línea 2009 disponible [http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg\\_paciente/Default.aspx](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/public/seg_paciente/Default.aspx) 29 8

8. International Nosocomial Infection Control Consortium. La importancia de la higiene de manos. [En línea] 2009 Disponible en: <http://www.inicc.org/esp/glosario3.php?id=21>

9. Daza JM, Jimbo JC, Cobeña GM. Acontecimientos adversos en la práctica odontológica. Medisan. 2015; 19(9):2055.

10. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Bogotá D.C.: Ministerio

11. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guía Técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2008. Disponible:<http://www.visitaodontologica.com.co/ARCHIVOS/ARCHIVOSNORMAS/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/E%202010Guia%20Tecnica%20de%20Buenas%20Practicas%20%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

12. Leotsakos A. La OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños. Ginebra: OMS 2007 Disponible en:<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/>

13. Facultad de Odontología, Sistema de calidad en salud. Protocolo de Bioseguridad. Universidad Nacional de Colombia. Versión 0. 2012:1-48.

14. Tejada CA. Practica de lavado de manos en la escuela “Manuel Bonilla” del municipio de Lepaera, Lempira, septiembre a noviembre 2010, Honduras, C.A. [Tesis]. Tegucigalpa M.D.C: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2011.

15. Ministerio de Salud. Guía para lavado de manos. Dirección Regional de salud del Cusco. Dirección de epidemiología. 2006. 1 – 18. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/inteligencia/epidemiologia/guias/GUIA%20DE%20LAVADO%20DE%20MANOS.pdf>



16. Comité de infecciones hospitalarias. Higiene de manos. Guía para el personal de salud. Colegio de enfermeras del Uruguay. 2004: 1- 10. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd30/manos.pdf>

17. Kampf G, Kramer A. Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clinical Microbiology Reviews* 2004; 17: 863–93.

18. Ramos SM. Práctica de lavado de manos en los servicios de ginecología y pediatría del hospital Anibal Murillo Escobar, Olanchito, Yoro, en el período Enero 2010 a Enero 2011. [Tesis]. Honduras: Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2011.

19. Institute for Healthcare Improvement. Improving hand hygiene: a guide for improving practices among health care workers. 2006. Pág 3-26. Available from: [www.ihl.org](http://www.ihl.org). <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/FAB62443-4AB9-4466-88E9-9D21C935CE9F/3266/HandHygieneHowtoGuide2.pdf>

20. Pantoja M. Higiene de manos y riesgo de infecciones. *Revista de la sociedad Boliviana de pediatría*. 2010;49(2):1-78.

21. Vega ME. Salve vidas: limpie las manos. *Rev Nac (Itauguá)* 2015; 7(1): 6-7.

22. Ministerio de Salud de Perú. Día mundial del lavado de manos. Dirección general de promoción de la salud. 2010. 2da. ed. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/lavadodemanos/archivos/AYUDAMEMORIA.pdf>

23. 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; 31(2): 127 – 134.

24. Larson EL, Early E, Cloonan P, Sugrue S, Parides M. An organizational climate intervention associated with Increased Handwashing and Decreased Nosocomial Infections. *Behav Med.* 2000; 26(1):14-22. 25. Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Ann Intern Med.* 2004; 141(14):1-8.

26. Dubbert PM, Dolce J, Richter W, Miller M, Chapman SW. Increasing ICU staff hand washing: effects of education and group feedback. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1990;11:191-3

27. Salazar-Maya AM, Guarín GE, Arroyave ML, Ochoa JR, Galeano M. La higiene de manos en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2008; 8:8-18

28. Amazian K, Abdelmoumène T, Sekkat S, Terzaki S, Njah M, Dhidah L, et al. Multicentre study on hand hygiene facilities and practice in the Mediterranean area: results from the NosoMed Network. *J Hosp Infect.* 2006; 62(3):311-8. 18.

29. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Compliance with hand washing in a teaching hospital. *Infection Control Program. Ann Intern Med.* 1999;130: 126-30

30. 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; 31(2): 127 – 134.

31. Hernández HG, Castañeda JL, González N, Ascarrunz L. Higiene de manos antes de la atención del paciente. *Acta Pediatr Mex* 2010; 31(6):290-292.

32. Aparicio N. Higiene de las manos del personal médico y de enfermería del departamento de pediatría y puericultura del hospital universitario Dr. “Ángel Larralde”. [Tesis]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2014

33. Toribio R. Higiene de mano en los centros sanitarios. Documento para directivos y responsables de la higiene de manos. Gerencia del área de salud de Plasencia. Junta de Extremadura. Consejería de sanidad y dependencia. Disponible en: [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/Extremadura/hm\\_centrossanitarios\\_doc\\_directivos.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/Extremadura/hm_centrossanitarios_doc_directivos.pdf)

34. Secretaria Distrital de Salud. Capitulo Central. Estrategia multimodal para el mejoramiento de la higiene de manos para Bogotá. Manual técnico de referencial para higiene de manos. Asociación Colombiana de infectología. 2013. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Infecciones%20Asociadas%20a%20Atencion%20en%20Salud/Higiene%20de%20manos/Gu%C3%ADa%20de%20aplicaci%C3%B3n/Manual%20T%C3%A9cnico.pdf>

35. Boyce JM. Guía para la Higiene de manos en Centros Sanitarios. Recomendaciones del comité de normalización para los procedimientos de control de infecciones sanitarias y el equipo de trabajo HICPAC/SHEA/APIC/IDSA para la higiene de mano. National Center for Infectious Diseases. 2002; 51(16): 1 – 66.

36. Organización Mundial de la salud. Sus 5 momentos para la higiene de las manos. 2012. Disponible en: [http://www.who.int/gpsc/5may/Poster\\_dental\\_care\\_Sp.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/Poster_dental_care_Sp.pdf)

37. International Nosocomial Infection Control Consortium. La importancia de la higiene de manos. [En línea] 2009 Disponible en: <http://www.inicc.org/esp/glosario3.php?id=21>

38. Romero KA, Soto LE. Primer paso en el control de las infecciones relacionadas a la atención médica: Lavado de manos. Artículo de Revisión. Medigraphic. 2008;15(3): 214-218.

39. Oficina Regional para las Américas de la Organización mundial de la salud. [Página de internet]. Buenos Aires: © Pan American Health Organization. [Actualizado 17 Oct 2011; citado 13 Nov 2015]. [Aprox. 4 pantallas]. Disponible en: [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=811:dia-mundial-lavado-manos&Itemid=295](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=811:dia-mundial-lavado-manos&Itemid=295)

40. OMS. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): Resumen. Alianza mundial para la seguridad del paciente. 2005.

Disponible, [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/Spanish\\_HH\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guidelines.pdf)

41. Pareja G. Riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en la clínica dental. RCOE. 2004; 9(3).

42. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). "Higiene de las manos: ¿Por qué, cómo, cuándo?". {En línea}. disponible en: ([http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES\\_PSP\\_GPSC1\\_Higiene-de-las-Manos\\_Brochure\\_June-2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf?ua=1)).

43. THAKKER, Vaishnavi S y Pradeep R JADHAV. Knowledge of hand hygiene in undergraduate medical, dental, and nursing students: A cross-sectional survey. En: Journal of family medicine and primary care. 2015. vol. 4, no. 4

44. PÉREZ-PÉREZ, Pastora, et al. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. En: Cadernos de Saúde Pública. 2015. vol. 31

45. THAKKER y JADHAV. Op. cit.

46. LEE, Bo-Ram y Ok-Sung HAN. Knowledge, Attitude, Performance on the Hand Washing by Dental Hygiene Students. En: Journal of dental hygiene science. 2015. vol. 15, no. 2.

47. NAIK, Sachin, et al. Knowledge, attitude, and practice of hand hygiene among dentists practicing in Bangalore city—A cross-sectional survey. En: Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry. 2014. vol. 4, no. 3.

48. EL-ADAWI, NOHA MOHAMMAD, et al. Hand hygiene knowledge and practice among dentists in Mansoura Faculty of Dentistry, Egypt. En: Annals of Medical and Biomedical Sciences. 2016. vol. 2, no. 1

49. YAEMBUT, Nanmanas, et al. Dental student hand hygiene decreased with increased clinical experience. En: Journal of surgical education. 2016. vol. 73, no. 3.

50. JIN, Bo Young y Shinmi KIM. University students' cough etiquette knowledge and practice to protect droplet infection. En: Journal of Korean Biological Nursing Science. 2015. vol. 17, no. 4.

51. PRICE, James H y Judy MURNAN. Research limitations and the necessity of reporting them. Taylor & Francis Group (2004).

## ANEXOS

### DESCRIPCION DE LA PRÁCTICA DEL LAVADO DE MANOS Y MANEJO DEL RESFRIADO COMÚN EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGIA.

1. Edad: \_\_\_\_ 2. Sexo: (F) (M) 3. Estado civil: Soltero ( ) Casado ( ) Separado ( ) Viudo ( ) Unión libre ( ) 4. Semestre: \_\_\_\_ 5. Estrato socioeconómico: 1, 2, 3, 4, 5, 6

1). ¿Cuántas veces mínimo debemos lavarnos las manos al día? (ANOTE NÚMERO DE VECES)

\_\_\_\_\_

Elige tu respuesta.

2) ¿Con que frecuencia lavas tus manos después de tocar piel intacta? 1). Nunca 2). Algunas veces 3). A menudo 4). Casi Siempre 5). siempre

3) ¿De 1 a 5 con qué grado de importancia califica usted las medidas de prevención y control de infecciones, en el lavado de manos? siendo 1 nada importante y 5 muy importante

1). nada importante 2). Poco importante 3). Algo importante 4). Importante 5). Muy importante

4) Cuando principalmente debemos lavarnos las manos? (Marque con una X) todas las que considere correctas.

Actividad	Antes	Después
De preparar o manipular alimentos o bebidas		
De comer o beber.		
Tras estornudar o toser.		
De ir al baño.		

5). ¿La higiene de las manos se debe realizar? (Marque con una X) todas las que considere correctas

1). Antes de la atención del paciente. 2). Después de la atención del paciente 3). Antes y después de la atención del paciente 4). Nunca.

**SI USTED YA ATIENDE PACIENTE CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SINO SIGA A LA PREGUNTA 15**

**6) ¿El uso de guantes puede sustituir a la higiene de lavado de manos?** 1) Nunca 2) Algunas veces. 3) Casi siempre 4) Siempre.

**7). Cuál de los siguientes elementos es el recomendado para el lavado de las manos dentro de la clínica:**

1. Jabón líquido neutro 2. Alcohol con Clorhexidina 3. Jabón líquido con antiséptico 4. Agua

**8) ¿Cuál sería la estrategia adecuada para promocionar y promover el lavado de manos en el personal de la salud? (Marque con una X) todas las que considere correcta**

- 1) Insistir con todo el personal de salud sobre la importancia de esta conducta por todos los medios.
- 2). Verbal por medio de charlas
- 3) Colocar carteles sobre la cama del paciente y en sitios donde el médico acuda frecuentemente, como el baño. Consultorios etc.
- 4) Publicación de artículos sobre el tema
- 5) todas las anteriores.

**9) Cuál es el tiempo EN MINUTOS mínimo necesario para que la fricción de manos con preparados de base alcohólica elimine los gérmenes de las manos? \_\_\_\_\_**

**10) ¿Qué condiciones tiene usted en cuenta al momento de realizar el lavado de manos?**

- 1). Durante las labores asistenciales, no se deben usar anillos, pulseras y relojes sin importar el material del que estén hechos.
- 2). No se debe usar esmalte, incluso el transparente.
- 3). Las uñas deben estar siempre limpias y cortas, aproximadamente 3mm o que no superen la punta del dedo.
- 4). No usar uñas artificiales.
- 5). todas las anteriores.

**11) En que situaciones realiza usted el lavado de manos en su práctica clínica ? (Marque con una X) todas las que considere correctas.**

- 1). Al llegar o salir del hospital o la clínica.
- 2). Curación de heridas.
- 3). Después de hacer uso del sanitario, toser, estornudar o limpiarse la nariz.
- 4). Administrar y/o manipular sangre y sus derivados.
- 5). Todas las anteriores

**12) ¿Si contara más tiempo entre paciente y paciente realizaría con más frecuencia el lavado de manos?**

- 1). Nunca
- 2). Algunas veces.
- 3). Casi Siempre.
- 4). siempre.

### **VIENE DE LA PREGUNTA 5**

**13) ¿Recibe usted capacitación acerca del lavado de manos? Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_**

**14). En que asignatura recibe usted y le hacen énfasis en el lavado de las manos ?**

\_\_\_\_\_

**15) ¿Se realizan actividades en su programa para promover la práctica del lavado? 1). Nunca 2). Algunas veces 3).casi Siempre 4). Siempre**

**16) ¿Cuenta con Imágenes o ilustraciones en su institución que explique y promuevan la correcta forma de lavarse las manos con agua y jabón? 1).Si 2).No**

**17) ¿Si cuenta con información publicada sobre el lavado de las manos, donde se encuentra ubicada?**

- 1) En los Pasillos.
- 2) En la clínica
- 3) Colocados en todas las áreas junto a los lavabos
- 4) No cuento con información

**18) ¿Cuándo usted presenta tos y resfriado como tose? 1). Dentro de sus manos 2). Al aire libre 3). Pañuelo 4). Sobre las mangas de su camisa o suéter 5). Otras cual\_\_\_\_\_**



**19) ¿Cuál es el mecanismo que más utiliza para prevenir o evitar la diseminación el resfriado?**

- 1). Cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo desechable cuando se tose o se estornuda.
- 2). Lavarse las manos con agua y jabón con frecuencia, limpiando bien entre los dedos y debajo de las uñas, para eliminar los microbios.
- 3). Evitar toser o estornudar frente a otras personas.
- 4). todas las anteriores

**20) ¿Cuándo tiene resfriado lo que hace en su casa y rutina diaria es?**

- 1) No compartir alimentos, vasos, cubiertos, pañuelos, etc.
- 2). Ventilar con frecuencia las habitaciones y otros lugares cerrados para evitar que los virus se concentren en una estancia
3. no sale de su casa hasta que se mejora.

**21) ¿Cuál considera usted una de las principales fallas en el lavado de manos? (Marque con una X) todas las que considere correctas**

- 1) Falta de motivación
- 2) falta de conocimientos
- 3) Falta de elementos
- 4) Poco tiempo de atención.
5. Olvido

**22) ¿con que grado de importancia califica usted el secado de las manos? siendo 1 nada importante y 5 muy importante**

- 1). nada importante
- 2). Poco importante
- 3). Algo importante
- 4). Importante
- 5). Muy importante

**23) ¿Quién debe realizar la higiene de lavado de manos? 1). Los profesionales del área de la salud 2). Los pacientes 3). Visitantes 4). Solo personas enfermas de gripa. 5). Todos**

**24)¿Se lavarían las manos después de?: (Marque con una X) todas las que considere correctas**

- 1) Tras haber tocado sangre, fluidos biológicos
- 2) Después de quitarse los guantes,

- 3) entre un paciente y otro
- 4) Excreciones y objetos contaminados
- 5) después de manipular basura o desperdicios.
6. Todas las anteriores

**25) ¿Como percibe usted el lavado de las manos de sus docentes y el de sus compañeros?**

- 1). Adecuado.
- 2). Inadecuado.

**26) ¿Qué utiliza para secarse las manos cuando las lava?** 1. Toallas de papel 2. Toallas de telas 3. Servilletas 4. Secado al aire libre 5. Secador automático 6 ropa/ uniforme

**27). Cuando se lava las manos ? (Marque con una X) todas las que considere correctas**

- 1). Antes de la atención al paciente
- 2). Después de la atención al paciente
- 3). Antes y después la atención paciente
- 4). Después de comer
- 5). Después de ir al baño
- 6). Nunca 7).

Otra razón cuál \_\_\_\_\_

**28) ¿Cómo acostumbra a saludar usted?** 1). De beso 2). De abrazo 3). De manos 4). sin contacto físico

**29). ¿Como acostumbra a estornudar?** 1). Con las manos 2). Al aire libre 3). Lo retiene 4). En el brazo 5). Con lo que tenga a la mano 6). Con un pañuelo 7). Uniforme/ropa

**30). ¿Como acostumbra a toser?** 1). Con las manos 2). Al aire libre 3). En el brazo 4). Con lo que tenga a la mano 5). Con un pañuelo 6). Uniforme/ropa

**31. Marque la(s) razones por las que usted no se lava las manos antes y después de tratar un paciente o anote si considera que su razón no se encuentra escrita: (solo si atiende paciente).**

1. Los agentes utilizados para el lavado de manos me causan irritación y resequedad

2. Las unidades de lavado de manos están localizadas en sitios inadecuados ó no hay
3. Falta jabón
4. Falta papel toalla
5. El tiempo es insuficiente
6. Poco personal/ sobrecarga de trabajo
7. El paciente debe priorizarse
8. No siento la necesidad cuando tengo mis manos visiblemente limpias
9. No creo que sea necesario cuando solo toco la piel intacta del paciente
10. No creo necesario lavarme cuando vengo de mi casa
11. Otra razón \_\_\_\_\_

**32). ¿Cuenta con fácil acceso a los productos de limpieza de las manos?**

- 1). Nunca 2). Algunas veces 3). Casi siempre 4). Siempre

**33) ¿Determine el “Nivel de higiene de sus manos”?** 1). Inadecuado. 2). Regular 3). Bueno 4). Muy bueno

**34) Indique cual es la técnica que usted utiliza al momento de lavar sus manos en la clínica o en cualquier**

**¿Momento? (marque sobre el dibujo)**



Restregar las palmas con agua y jabón

**35). ¿Dispone usted en su bolso de gel antibacterial? 1). Si 2). No**

**36). Si dispone de gel antibacterial lo usa:**

- 1). Algunas veces
- 2). Siempre
- 3). Casi siempre
- 4). Nunca
- 5). No tengo

**37). ¿Dispone de papel, toallas o pañuelos en su bolso?**

- 1). Si
- 2). No

**38). Si dispone de papel, toallas o pañuelos los usa:**

- 1). Algunas veces
- 2). Siempre
- 3). Casi siempre
- 4). Nunca
- 5). No tengo

**39). ¿Cuándo llega de la calle a su casa acostumbra a lavarse las manos?**

- 1). Si
- 2). No