BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php

Cómo citar este documento

Ríos García, Rosario; Carrasco Muriel, Celia; Sánchez Franco, Mª Ángeles; Jiménez Betancor, Josefina; Acosta Romero, María; Aragón Rodríguez, Esther y cols. Cumplimiento de las indicaciones para la higiene de manos en una Unidad de Cuidados Críticos. Influencia del feed-back. Resultados preliminares. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(2). Disponible en http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0585.php

CUMPLIMIENTO DE LAS INDICACIONES PARA LA HIGIENE DE MANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS. INFLUENCIA DEL FEED-BACK. RESULTADOS PRELIMINARES

Autoras:
Rosario Ríos García, Celia Carrasco Muriel, Mª Ángeles Sánchez Franco, Josefina Jiménez Betancor, María Acosta Romero, Esther Aragón Rodríguez, Mª Ángeles García Moya y Matilde Vallejo Serrano.

Enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario San Cecilio. Granada (España)

RESUMEN:
La higiene de manos es la principal medida para la prevención de Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria. En Cuidados Intensivos es importante por la vulnerabilidad de los pacientes y la mayor agresividad de los procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos empleados.
Objetivo**:** Evaluar el cumplimiento de los cinco momentos para la higiene de manos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Metodología: Estudio observacional descriptivo. Durante los meses de junio-julio y Noviembre-Diciembre de 2010 se realizaron observaciones directas de la actividad asistencial del personal propio y ajeno a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario San Cecilio. Los observadores fueron profesionales de enfermería adscritos a dicha unidad. Se empleó una adaptación del formato elaborado por la OMS para la recogida de observaciones. La información recogida se introdujo en una base de datos Excel, y se analizó con el paquete estadísitico Stata 10.0.

Palabras clave:
Higiene de Manos, Seguridad del Paciente, Observación

Antecedentes y estado actual del tema de estudio:

La higiene de manos es uno de los elementos clave para la seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud lo reconoce así en el contexto de la Alianza global para la Seguridad el paciente e igualmente lo hace la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) en el informe técnico en el que analiza las prácticas de seguridad del paciente, en el que dedica un capítulo a la promoción de la higiene de manos.[1,2]
Se considera la medida más efectiva para reducir la incidencia de las infecciones nosocomiales.[1,3] La evidencia científica que avala esta afirmación tiene sus raíces en la segunda mitad del siglo XIX, sin embargo, en todo tipo de hospitales y a través de todos los estamentos profesionales, el grado de cumplimiento con las recomendaciones del lavado de manos continúa siendo bajo,[4,5] menor del 20% en el único estudio realizado en España que se refiere a todo el hospital,[6] aunque susceptible de mejoras significativas cuando se interviene específicamente combinado actividades de información, motivación y entrenamiento.[7,10] La disponibilidad de solución alcohólica, los programas educativos y el feed-back del cumplimiento se consideran medidas eficaces y coste-efectivas, si bien su eficacia a largo plazo es limitada[2,3,8] lo que sugiere la necesidad de una intervención continuada en el tiempo que permita reforzar las conductas.

Tras la introducción generalizada de preparados de base alcohólica, la accesibilidad para la realización de higiene de manos ha mejorado considerablemente, aún así las unidades de cuidados intensivos se asocian en general a bajo cumplimiento, como lo hace la mayor carga asistencial y el estamento médico. Los factores asociados al cumplimiento de carácter individual incluyen la formación y entrenamiento específico, la actitud al respecto en el entorno laboral, particularmente entre los superiores, y la disponibilidad de un feed-back sobre el cumplimiento.[11,12]
Con frecuencia los profesionales sanitarios tienen una elevada tasa de intención de cumplimiento, sin embargo, por diferentes razones, la correlación observada entre intención y grado de cumplimiento real es inferior al 25%. Igualmente la percepción subjetiva de cumplimiento personal con las recomendaciones estándares suele ser muy superior a la percepción de cumplimiento referida a los compañeros de trabajo.[11] La realización de un feed-back efectivo está limitada por la capacidad para medir de forma fiable el grado de cumplimiento. El porcentaje de ocasiones en las que se cumplen las recomendaciones de higiene de manos se puede medir de diferentes formas. La observación directa es el estándar de oro, proporciona información detallada sobre la indicación específica para la higiene de manos, su realización o no, y opcionalmente las circunstancias que concurren, como uso de guantes, situación de emergencia, etc.[13] Hasta el momento es la mejor alternativa para evaluar el grado de cumplimiento y las variables asociadas con él, e igualmente es esta evaluación la mejor alternativa para incrementar el porcentaje de cumplimiento.[13,14] El inconveniente fundamental es que la observación directa es compleja y costosa si es realizada por un observador externo ajeno a la unidad y solo puede realizarse durante períodos de tiempo limitado, en una muestra del personal sanitario. Una alternativa es la realización de observación

por los profesionales de la propia unidad, en tiempo real, lo que permitirá disminuir los sesgos en la recogida de información y eliminará el coste de un observador externo.

La información generada de este modo permitiría informar periódicamente al personal sanitario implicado sobre el grado de cumplimiento de cada uno de los cinco momentos para la Higiene de Manos global y estratificado por categorías profesionales. La disponibilidad de esta información pondrá de manifiesto sistemáticamente las diferencias existentes entre el cumplimiento deseado y el real, y permitirá la toma de conciencia del personal sanitario sobre la necesidad de cumplir con los cinco momentos para la higiene de manos. De esta manera se podrá aumentar de forma significativa el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos y con ello reducir las tasas de infección hospitalaria.

Objetivos:

Objetivo General:
Poner en marcha y evaluar un programa de observación del cumplimiento de las recomendaciones de higiene de manos entre iguales.

Objetivos específicos:
1. Registrar el cumplimiento de HM mediante observación directa.
2. Estudiar las diferencias en el cumplimiento en relación a la categoría profesional, el turno de trabajo y el porcentaje de ocupación de la sala.
3. Analizar las diferencias en el cumplimiento de cada una de las cinco ocasiones para la HM.
4. Evaluar la eficacia del feed-back en el cumplimiento de las 5 indicaciones para la Higiene de Manos.

Material y métodos:

Diseño: Seguimiento prospectivo con feed-back de resultados periódico de la serie de casos constituida por el personal sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario San Cecilio.

Ámbito de estudio**:** Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario San Cecilio. Consta de dos salas iguales independientes, cada una de ellas con 5 camas en un espacio común y una sexta cama en una habitación individual. La tercera sala, dedicada a los pacientes coronarios dispone de seis boxes abiertos a un espacio común.

Sujetos de estudio: Todo el personal sanitario de la Unidad de Cuidados Intensivos, en total 51 enfermeras/os; 27 auxiliares de enfermería, 17 médicos/as adjuntos y 4 residentes.

Variable de efecto: Porcentaje de cumplimiento de las 5 ocasiones para la Higiene de Manos recomendadas por la OMS.
Variables recogidas:

- Categoría profesional de la persona observada (P. médico intensivista,

MIR de intensivos, P. de enfermería, P. Auxiliar, P. Técnico de radiología, P. fisioterapia, P. Cirugía, P. Celador, Otro personal).

- Tipo de indicación para la HM (antes del contacto con el paciente, antes de procedimiento invasivo, después de contacto con secreciones, después de contacto con el paciente, después de contacto con el entorno del paciente)
- Acción realizada (lavado con agua y jabón, enjuague con solución alcohólica, nada)
- Uso de guantes (Si o No)

Recogida de información**:** La información fue recogida por enfermeras de la propia unidad, previamente entrenadas al respecto, durante su turno de trabajo. Se utilizó el formato de observación del cumplimiento de la Higiene de Manos de la OMS.[15] Los resultados obtenidos tras el primer período de observación se comunicaron a todo el personal de la unidad en los meses de septiembre-octubre.

Análisis de la información**.** Los datos se introdujeron en una base de datos diseñada al efecto en el programa Excel 2007. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico Stata 10.0.
Se calculó el porcentaje de cumplimiento para cada ocasión, global y estratificado por categoría profesional.

Resultados:

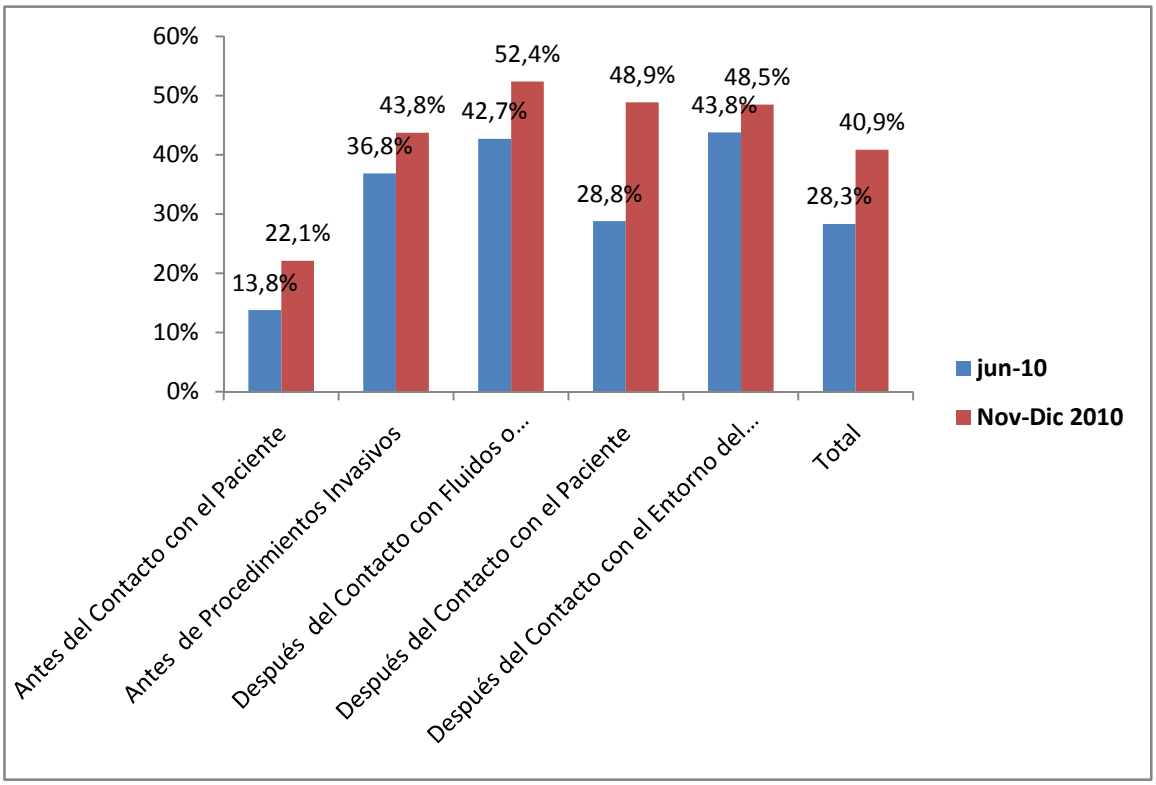
En el primer periodo el cumplimiento global fue del 28,33%. El análisis por momentos mostró que el máximo cumplimiento fue para después de contacto con fluidos y secreciones, en el que se alcanza el 43%. La indicación respetada con menor frecuencia es la que corresponde a “antes de contacto con el paciente” con un 13,8% de cumplimiento. Cuando se estratifica por estamentos profesionales se comprueba que los mejores porcentajes de cumplimiento corresponden al personal de enfermería (38,8%) seguido por el personal auxiliar (27,5%). El personal médico se queda en un 22,2%, con un porcentaje antes del contacto con el paciente de tan solo el 5,4%.

El cumplimiento global fue del 34,14% cuando no se utilizan guantes y del 8,41% cuando el profesional utilizaba guantes. Las variaciones en el porcentaje de cumplimiento se comprobaron para cada una de las indicaciones, siendo particularmente importantes en las indicaciones asociadas a después de contacto con secreciones (52,38% versus 3,85%), después de contacto con el paciente (32,70 versus 3,77%) t después de contacto con el entorno (46,80% frente a 0%).

Los resultados correspondientes al segundo periodo se reflejan en la tabla 1

OPORTUNIDAD	Cumple HM	%	No Cumple	%	TOTAL Observaciones
Antes del Contacto con el Paciente	79	22,13%	278	77,87%	357
Antes de Procedimientos Invasivos	35	43,75%	45	56,25%	80
Después del Contacto con Fluidos o Secreciones	66	52,38%	60	47,62%	126
Después del Contacto con el Paciente	151	48,87%	158	51,13%	309
Después del Contacto con el Entorno del Paciente	162	48,50%	172	51,50%	334
Total	493	40,88%	713	59,12%	1206

Como puede apreciarse el cumplimiento global es del 40,88%, con porcentajes que oscilan entre un mínimo del 22% antes del contacto con el paciente hasta un valor máximo de 52%. En el 63,3% de las oportunidades para la Higiene de Manos cumplidas se utiliza la Solución Alcohólica.



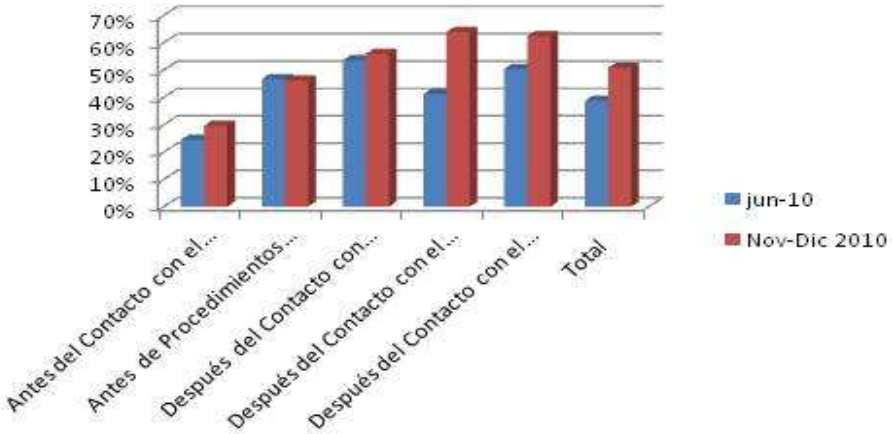
La figura muestra las diferencias existentes entre las dos series de observaciones, comprobándose un incremento global del 44%.
Cuando los datos se estratifican por Categoría Profesional (tabla 2) se puede observar como el cumplimiento global continua siendo superior entre el personal de enfermería (51%) que en el resto de los estamentos profesionales. Pero también como el aumento del cumplimiento se observa en todos ellos.

La estratificación por uso de guantes indica mayor cumplimiento de las recomendaciones cuando no se utilizan guantes (44% sin guantes, 27% con ellos), pero una mejora importante del cumplimiento, más acentuada en las ocasiones en las que se utilizan guantes (tabla 3).

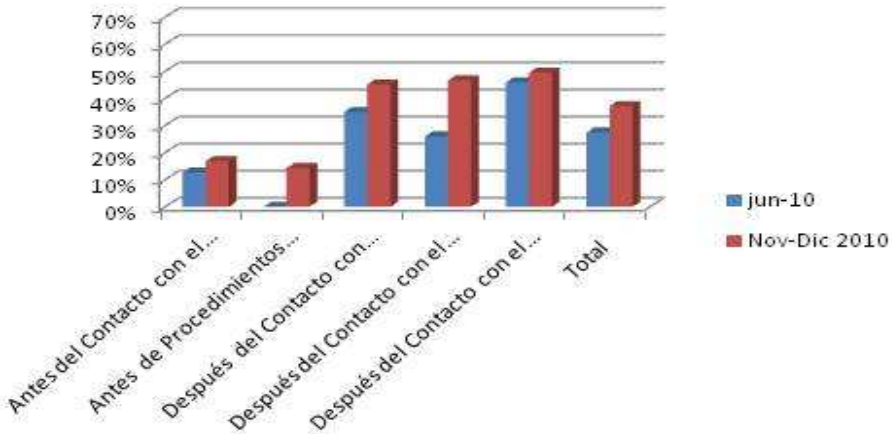
DATOS DE CUMPLIMIENTO ESTRATIFICADOS POR CATEGORÍA PROFESIONAL, Noviembre-Diciembre 2010
TABLA 2

	PERSONAL DE ENFERMERÍA		PERSONAL AUXILIAR		PERSONAL MÉDICO		CELADORES		PERSONAL AJENO A LA UNIDAD (INCLUYE ALUMNOS)	
OPORTUNIDAD	Nº Observaciones	% Cumplimiento	Nº Observaciones	% Cumplimiento	Nº Observaciones	% Cumplimiento	Nº Observaciones	% Cumplimiento	Nº Observaciones	% Cumplimiento
Antes del Contacto con el Paciente	138	29,71%	107	16,82%	69	17,39%	15	26,67%	28	14,29%
Antes de Procedimientos Invasivos	52	46,15%	7	14,29%	15	60,00%		-	6	16,67%
Después del Contacto con Fluidos o Secreciones	59	55,93%	51	45,10%	12	75,00%	1	0,00%	3	33,33%
Después del Contacto con el Paciente	111	63,96%	88	46,59%	64	28,13%	20	55,00%	26	38,46%
Después del Contacto con el Entorno del Paciente	120	62,50%	89	49,44%	83	30,12%	18	50,00%	24	37,50%
Total	480	50,83%	342	37,13%	243	30,04%	54	44,44%	87	28,74%

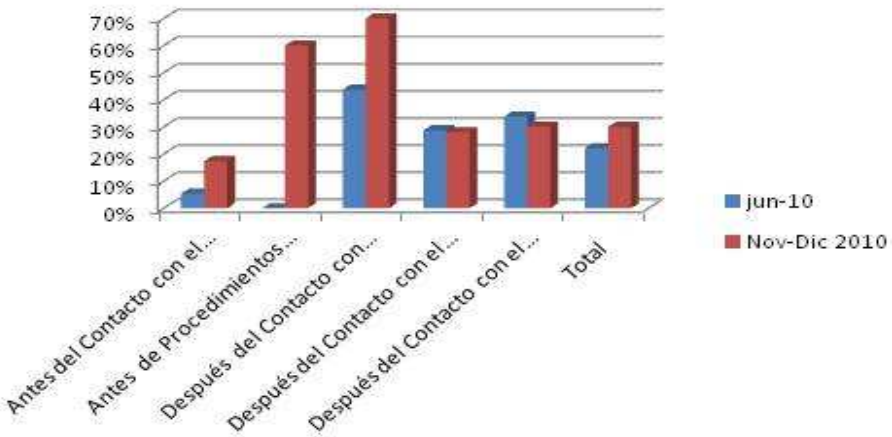
P. Enfermería



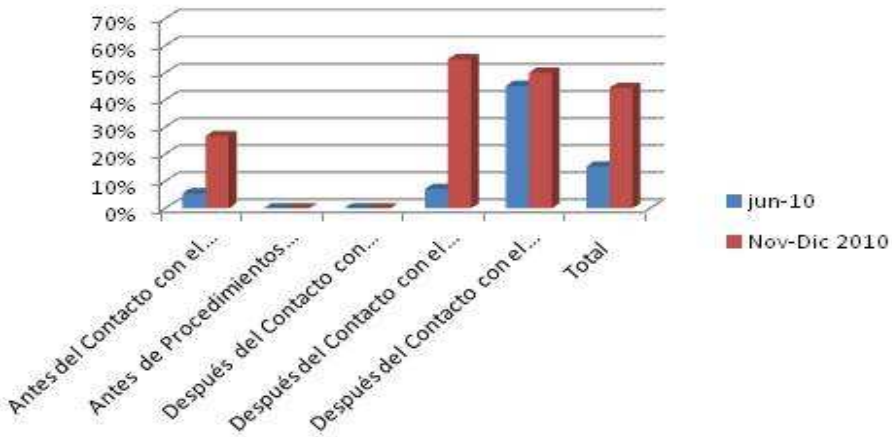
P. Auxiliar



P. Médico

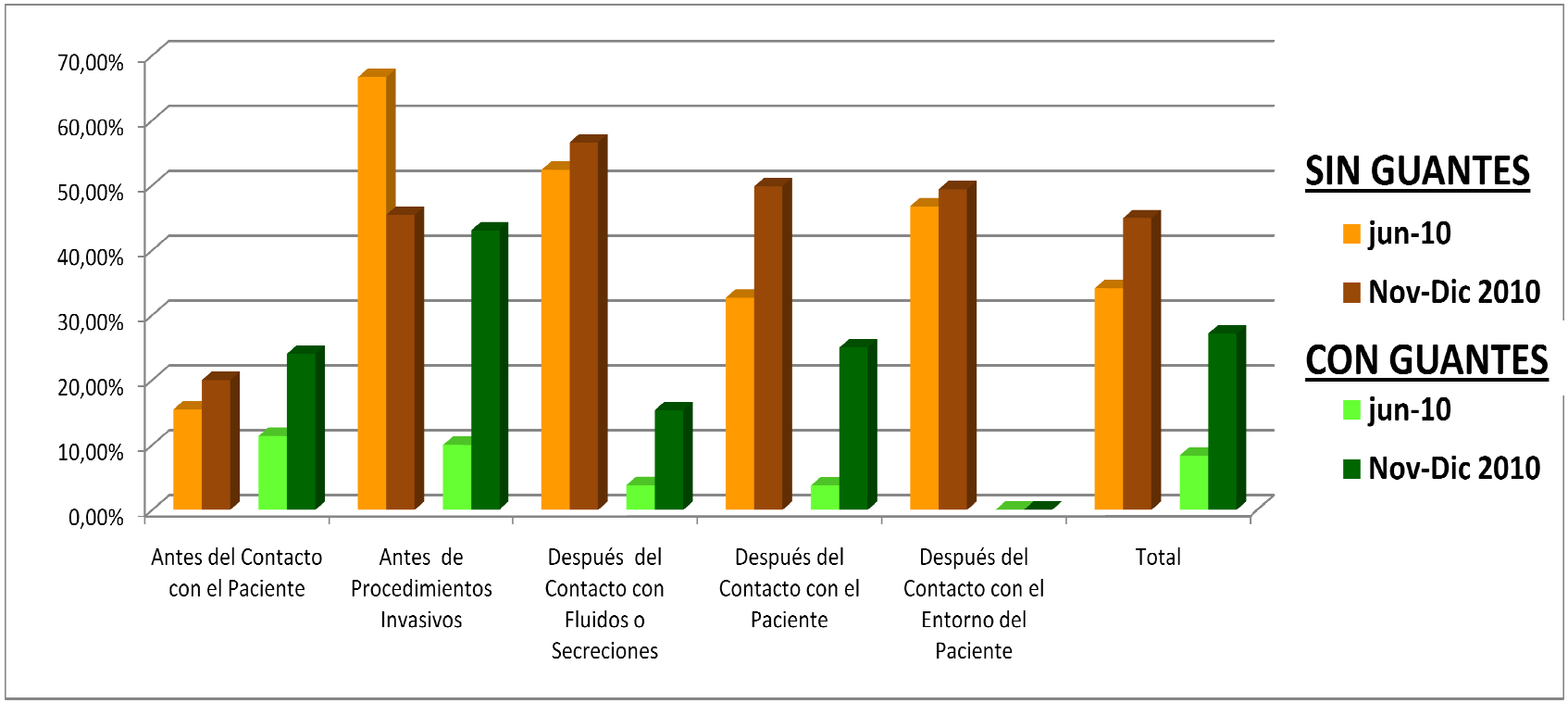


Celadores



DATOS DE CUMPLIMIENTO ESTRATIFICADOS POR USO DE GUANTES, Noviembre-Diciembre 2010 TABLA 3

	Sin Guantes		**Con Guantes**	
OPORTUNIDAD	Nº Observaciones	% Cumplimiento	Nº Observaciones	% Cumplimiento
Antes del Contacto con el Paciente	170	20,00%	187	24,06%
Antes de Procedimientos Invasivos	22	45,45%	58	43,10%
Después del Contacto con Fluidos o Secreciones	113	56,64%	13	15,38%
Después del Contacto con el Paciente	297	49,83%	12	25,00%
Después del Contacto con el Entorno del Paciente	328	49,39%	6	0,00%
Total	930	44,95%	276	27,17%


70,00%
60,00%
50,00%
40,00%
30,00%
20,00%
10,00%
0,00%
Antes del Contacto con el Paciente
Antes de Procedimientos Invasivos
Después del Contacto con Fluidos o Secreciones
Después del Contacto con el Paciente
Después del Contacto con el Entorno del Paciente
Total
SIN GUANTES
jun-10
Nov-Dic 2010
CON GUANTES
jun-10
Nov-Dic 2010

Discusión:

El número de observaciones disponible en ocasiones es muy limitado para sacar conclusiones firmes, pero en general sugieren una mejora global, que permite alcanzar un porcentaje de cumplimiento del 40%. Es una cifra muy superior a la original, pero aún muy lejos del cumplimiento ideal, próximo al 100%.

La realización de la observación por el personal de la unidad, a su vez objeto de observación, supone sin duda un sesgo de observación importante, presumiblemente más intenso al inicio del estudio, lo que dificultaría la obtención de resultados significativos. Sin embargo, también podría estar actuando en sentido contrario, siendo más intenso después de que se hayan comunicado los primeros resultados, no obstante, dada la distancia temporal existente entre los dos períodos de observación no parece probable.

No puede concluirse que toda la mejora observada sea debida al feed-back de las observaciones realizadas, el personal de la Unidad está expuesto al programa de mejora del cumplimiento de la Higiene de Manos del Hospital, este programa viene desarrollándose con gran intensidad en los últimos años y ha supuesto la obtención del distintivo de manos seguras. Sin embargo el incremento observado del 40% en un periodo de varios meses sin duda responde a un estimulo adicional que consideramos que han sido los resultados de las observaciones.

Si se desglosa la información disponible puede comprobarse como las oportunidades con mayor margen de mejora son las que responden a la indicación de “Antes de Contacto con el Paciente”, así como las de “Después del Contacto con el Paciente”. Se trata de dos indicaciones básicas para evitar la contaminación cruzada entre pacientes, a las que se debe prestar mayor atención. Igualmente debemos insistir en la necesidad de cumplir las recomendaciones para la Higiene de Manos también cuando se utilizan guantes.

Bibliografía:

1. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J. The world health organization guidelines on hand hygiene in health care and their consensus recommendations. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2009; 30(7):611-22.

2. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. 30 Safe Practices for Better Health Care: Fact Sheet. AHRQ Publication No. 05-P007, March 2005.

3. Akyol A, Ulusoy H, Ozen I. Handwashing: a simple, economical and effective method for preventing nosocomial infections in intensive care units. J Hosp Infect 2006;62:395-405.

4. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa da Silva C, Donaldson L, Boyce J. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. Lancet Infect Dis 2006;6:641-52.

5. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. Infection Control and Hospital Epidemiology. 2010;31(3):283-94.

6. Novoa AM, Pi-Sunyer T, Sala M, Molins E, Castells, X. Evaluation of hand

hygiene adherence in a tertiary hospital. Am J Infect Control 2007; 35:676-83.
7. Dierssen-Sotos T, Brugos-Llamazares V, Robles-García M, Rebollo-Rodrigo H, Fariñas-Álvarez C, Antolín-Juarez FM, et al. Evaluating the impact of a hand hygiene campaign on improving adherence. Am J Infect Control. 2010;38(3):240-3.
8. Hugonnet S, Perneger TV, Pittet D. Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. Arch Intern Med 2002;162:1037-43.
9. Gould DJ, Drey NS, Moralejo D, Grimshaw J, Chudleigh J. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. Journal of Hospital Infection. 2008; 68: 193-202.
10. Molina-Cabrillana J, Álvarez-León EE, García-de Carlos P, López-Carrió I. Greater hand hygiene adherence in hospitals is possible. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008; 26(2):119-20.
11. Whitby M, McLaws ML, W Ross M. Why healthcare workers don't wash their hands: a behavioral explanation. Infect Control Hosp Epidemiol 2006;27:484-92.
12. O'Boyle CA, Henly SJ, Larson E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behavior. Am J Infect Control 2001;29:352-60.
13. Haas JP and Larson EL. Measurement of compliance with hand hygiene. J Hosp Infect;2007; 66:6-14.
14. Eveillard M, Hitoto H, Raymond F, Kouatchet A, Dubé L, Guilloteau V, et al. Measurement and interpretation of hand hygiene compliance rates: Importance of monitoring entire care episodes. J Hosp Infect. 2009;72(3):211-7.
15. H Sax, B Allegranzi, M-N Chraïti, J Boyce, E Larson, D Pittet. The World Health Organization hand hygiene observation method. American Journal of Infection Control 2009; 37: 827-34.