

Bibliografía

1. Ballangrud R, Husebø SE, Aase K, Aaberg OR, Vifladt A, Berg GV, et al. "Teamwork in hospitals": A quasi-experimental study protocol applying a human factors approach. *BMC Nurs.* 2017;16:34.
2. Desmedt M, Bergs J, Vertriest S, Vlayen A, Schrooten W, Hellings J, et al. Systematic Psychometric Review of Self-Reported Instruments to Assess Patient Safety Culture in Primary Care. *J Adv Nurs.* 2017;27:15–7.
3. Desmedt M, Petrovic M, Bergs J, Vandijck D, Vrijhoef H, Hellings J, et al. Seen through the patients' eyes: Safety of chronic illness care. *Int J Qual Health Care.* 2017;25:1–6.
4. Rosenbaum S, Schmucker S, Rothenberg S, Gunsalus R, Beckerman JZ. Medicaid Payment and Delivery System Reform: Early Insights from 10 Medicaid Expansion States. *Issue Brief (Commonw Fund).* 2017;2017:1–15.
5. Mills PR, Weidmann AE, Stewart D. Hospital staff views of prescribing and discharge communication before and after electronic prescribing system implementation. *Int J Clin Pharm.* 2017;26:18–20.
6. Montie M, Shuman C, Galinato J, Patak L, Anderson CA, Titler MG. Conduits to care: Call lights and patients' perceptions of communication. *J Multidiscip Healthc.* 2017 Sep 18;10:359–66.
7. Szyld D, Uquillas K, Green BR, Yavner SD, Song H, Nick MW, et al. Improving the Clinical Skills Performance of Graduating Medical Students Using "WISE OnCall" a Multimedia Educational Module. *Simul Healthc.* 2017;25:4–7.
8. Barnsteiner J, Disch J. Creating a Fair and Just Culture in Schools of Nursing. *Am J Nurs.* 2017;117(11):42–8.
9. Lin Y, Scott JW, Yi S, Taylor KK, Ntakiyiruta G, Ntirenganya F, et al. Improving Surgical Safety and Nontechnical Skills in Variable-Resource Contexts: A Novel Educational Curriculum. *J Surg Educ.* 2017;23:11–2.
10. Sade RM, Kavarana MN. Surgical ethics: Today and tomorrow. *Future Cardiol.* 2017;20:32–4.

J.D. Sánchez López^{a,*}, J. Cambil Martín^b,
M. Villegas Calvo^c y M.Á. Toledo Páez^d

^a *Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España*

^b *Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, España*

^c *Enfermería, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España*

^d *Bloque del Área Quirúrgica, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

(J.D. Sánchez López).

Disponible en Internet el 8 de junio de 2018

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.01.004>
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Efecto de una formación práctica en la higiene de manos a pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria y sus cuidadores



Effects of hands-on hygiene training for home peritoneal dialysis patients and their caregivers

Sra. Directora:

El adiestramiento del paciente y/o cuidador que se incorpora a un programa de diálisis peritoneal debe capacitarlo para poder realizar el tratamiento en su domicilio con las máximas garantías de seguridad¹. Uno de los aspectos más importantes es la formación en las medidas de higiene y asepsia en la manipulación del catéter. Tengamos en cuenta que los pacientes y cuidadores, según la técnica que utilizan: diálisis peritoneal automatizada o diálisis peritoneal continua ambulatoria, manipulan la conexión del catéter entre 3 y 8 veces al día respectivamente, lo que supone un riesgo, si la higiene de manos no se lleva a cabo de forma correcta.

En la actualidad las soluciones alcohólicas son productos que nos permiten una higiene más rápida y efectiva, inactivan una gran diversidad de microorganismos potencialmente nocivos, presentes en las manos². En nuestro programa de

entrenamiento formativo en la técnica de diálisis peritoneal, está incluida la higiene de manos con la aplicación de una solución alcohólica, se enfatiza en su importancia, sin seguir un protocolo de actuación para la misma.

Nos planteamos valorar si una formación protocolizada y práctica, basada en las directrices de la OMS², mejoraría la técnica de higiene de manos en pacientes y cuidadores que realizan diálisis peritoneal domiciliaria.

El objeto de estudio fueron todos los pacientes que estaban en programa de diálisis peritoneal y los cuidadores que se hacían cargo de la técnica. Para la valoración de la efectividad de la higiene de manos se utilizó una solución alcohólica (Proder Pharma®, Polinyà, España), que contenía un agente fluorescente que aplicado en las manos y bajo una luz ultravioleta^{3–6} permitió diferenciar claramente las zonas donde la solución había impregnado correctamente la piel, correspondientes a las zonas limpias (zonas blancas) de las zonas no impregnadas que se mostraban de color oscuro y correspondían a zonas sucias. Para una mejor concreción, utilizamos la misma técnica que usamos en un estudio previo con personal sanitario⁵, se dividieron las manos en 6 zonas: palma, dorso, espacios interdigitales, dedos, pulgar y muñeca, en relación a los 6 movimientos recomendados por la OMS², dando un valor de uno a cada zona, cuando esta estaba completamente impregnada, por tanto obtener seis puntos en cada mano, significaba haber hecho una higiene correcta.

Tabla 1 Puntuación obtenida para cada zona de la mano, antes y después de la formación

División mano	Mano derecha Preformación	Mano derecha Posformación	Mano izquierda Preformación	Mano izquierda Posformación
Dedos	3 (10,7%)	26 (92,9%)*	2 (7,1%)	26 (92,9%)*
Esp. interdigital	10 (35,7%)	24 (85,7%)*	10 (35,7%)	24 (85,7%)*
Dedo pulgar	2 (7,1%)	24 (85,7%)*	3 (10,7%)	22 (78,6%)*
Dorso mano	6 (21%)	19 (67,9%)**	3 (10,7%)	25 (89,3%)*
Palma mano	24 (85,7%)	28 (100%***)	25 (89,3%)	27 (96,4%)*
Muñeca	0	11 (39,3%)*	0	10 (35,7%)*

* $p < 0,001$.** $p = 0,001$.*** $p < 0,05$.

Se llevaron a cabo dos evaluaciones una antes de la formación, y otra a los 4 meses de la misma, estas evaluaciones se realizaron de forma individualizada y coincidiendo con dos de las visitas programadas del paciente, el evaluador siempre fue el mismo. La formación fue según protocolo OMS² (realizar la técnica antes y después de la manipulación del catéter, seguir los seis movimientos para la higiene y tiempo requerido para la misma: 30'').

La distribución fue 21 pacientes y 7 cuidadores que ayudaban en la técnica dialítica, 16 hombres y 12 mujeres. La edad media de 64,2 años ($DE \pm 13,7$). La media de antigüedad en diálisis peritoneal fue de 21,3 meses ($DE \pm 19,3$). Dieciocho personas participaban en la técnica de diálisis peritoneal automatizada y 10 en la de diálisis peritoneal ambulatoria continua. Los resultados que se obtuvieron en cada zona de las manos, antes y después de la formación se muestran en la [tabla 1](#). Cabe destacar que las zonas menos impregnadas en la primera fase, fueron muñeca, dedos y pulgar. El valor obtenido de la suma total de las manos, sobre un resultado máximo de 12, fue de una media de 3,1 ($DE \pm 2,3$) antes de la formación y una media 9,5 ($DE \pm 1,9$), después de la formación ($p < 0,001$).

Cuatro (14,3%) de los participantes obtuvieron una puntuación de 6 o superior (para la suma de ambas manos) en la primera valoración pasando a ser de 27 (96,4%) después de la formación ($p < 0,001$).

Al comparar hombres y mujeres, a pesar de que las mujeres obtuvieron mejor puntuación en todas las zonas y en ambas manos, estas diferencias no alcanzaron significación estadística, en ninguna de las dos fases. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar pacientes y cuidadores ni al comparar los usuarios de una u otra técnica dialítica. En cuanto al tiempo empleado en la frotación de las manos, pasó de 20,4'' ($DE \pm 11,4$) en la primera fase a 31,3'' ($DE \pm 13,1$) en la segunda ($p < 0,001$).

Los resultados obtenidos muestran una importante mejora en la realización de la técnica de higiene de manos después de la formación protocolizada, tanto en los pacientes como en los cuidadores.

A pesar de que el número de sujetos en estudio no es muy elevado, valoramos positivamente los resultados por la alta significación estadística alcanzada, ya que entre la formación y la evaluación transcurrieron 4 meses.

Existen publicaciones sobre la higiene de manos en los profesionales sanitarios^{1,2,6}, no es así en el ámbito de

los pacientes⁷ y en concreto en diálisis peritoneal, donde es de extrema importancia ya que el que realiza la técnica es el propio paciente y/o cuidador, convirtiéndose así en profesional de su autocuidado.

La mejora experimentada tras la formación recibida, indica un alto grado de implicación en su propia seguridad. Posiblemente el haber utilizado un agente fluorescente, en las dos evaluaciones, que permitió visualizar el resultado de la técnica realizada, fue de gran ayuda para la sensibilización de la población en estudio.

La diálisis peritoneal es una técnica que ha demostrado tener más supervivencia, menos costes y mayor autonomía para el paciente, su práctica va en aumento⁸ por lo que impartir a estos pacientes una formación reglada y práctica según la OMS, es recomendable. Consecuentemente esta formación ha quedado incorporada en los estándares de formación de nuestros pacientes y cuidadores.

Bibliografía

1. Guías SEN. Guías de práctica clínica en diálisis peritoneal de la SEN. Nefrología. 2006;26:1-339.
2. Organización Mundial de la Salud. Guía sobre higiene de manos en la Atención de la Salud: Resumen. Ginebra. Suiza:OMS 2009.
3. Widmer AE, Dangel M. Alcohol-based handrub: evaluation of technique and microbiological efficacy with international infection control professionals. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004;25:207-9.
4. Hautemanière A, Diguio N, Daval MC, Hunter PR, Hartemann P. Short-term assessment of training of medical students in the use of alcohol-based hand rub using fluorescent-labeled hand rub and skin hydration measurements. Am J Infect Control. 2009;37:338-40.
5. Ramón-Cantón C, Boada-Sanmartín N, Pagespetit-Casas L. Evaluación de la técnica de higiene de manos en profesionales asistenciales. Rev Cal Asist. 2011;26:376-9.
6. Škodová M, García Urra F, Gimeno Benítez A, Jiménez Romano MR, Gimeno Ortiz A. Hand hygiene assessment in the workplace using a UV lamp. Am J Infect Control. 2015;43:1360-2.
7. Sunkesula VC, Knighton S, Zabarsky TF, Kundrapu S, Higgins PA, Donskey CJ. Four moments for patient hand hygiene: a patient-centered, provider-facilitated model to improve patient hand hygiene. Infect Control Hosp Epidemiol. 2015;36:986-9.
8. Arrieta J, Rodríguez-Carmona A, Remón C. La diálisis peritoneal es la mejor alternativa coste-efectiva para la sostenibilidad del tratamiento con diálisis. Nefrología. 2011;31:505-13.

A. Montoya-Ariza^a, M. Lavado-Sampere^a,
Y. Molina-Moreno^a y C. Ramón-Cantón^{b,*}

^a Servicio de Nefrología, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

^b Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cramon@cst.cat (C. Ramón-Cantón).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.01.005>
2603-6479/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de FECA.

Calidad asistencial. Importancia del consentimiento informado



Quality of care. Importance of informed consent

Sra. Directora:

Actualmente el consentimiento informado (CI) supone un presupuesto y elemento integrado de la *lex artis* para llevar a cabo la actividad médica¹.

Es un hecho evidente que el CI ha sido ajeno a la tradición médica, que lo ha ignorado a lo largo de su historia, representando actualmente un elemento esencial en la relación médico-paciente (RMP), traduciéndose en una mejora de la calidad asistencial².

El CI ha llegado a la medicina desde el derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que la jurisprudencia ha realizado en el campo de la asistencia sanitaria en los últimos siglos. Hoy día, constituye una exigencia ética y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países desarrollados. El CI tiene por tanto su origen en derechos fundamentales como la vida, la salud, la dignidad humana, la libertad y el libre desarrollo de la personalidad. En el plano asistencial, debe entenderse como la manifestación plena de la voluntad del paciente, sus tutores o familiares. Para ello han de ser convenientemente informados por el facultativo acerca de las consecuencias de dicho tratamiento. La información ha de ser clara, entendible y oportuna. Esto permitirá que tanto el paciente como sus allegados responsables manifiesten la aceptación del procedimiento propuesto³.

En tiempos pretéritos, la RMP era de tipo unidireccional, pues el facultativo desempeñaba un papel predominante sobre un enfermo supuestamente desvalido. El médico decidía de forma aislada el tratamiento a seguir sin consultar con el paciente al considerarlo como una persona débil tanto física como moralmente. Este modelo exigía obediencia y confianza en el facultativo, el cual debía tener la suficiente autoridad para cumplir con el deber de buscar el máximo beneficio objetivo sobre el enfermo. A este deber se le llama actualmente «principio de beneficencia» y constituye la esencia del modelo «paternalista», en el cual el objetivo es la búsqueda del bien de otra persona desde un nivel de preeminencia que permite la omisión del otro⁴.

En el momento actual, el enfermo espera que se respeten sus derechos y su autonomía para decidir, solicitando al facultativo la adecuada competencia técnica para

solucionar sus aspiraciones y deseos. Hoy día, el CI representa el principio de autonomía del paciente, la base moral de la doctrina del mismo. Dicho principio de autonomía implica la consideración del paciente como un sujeto autónomo con derecho a decidir si una determinada intervención le resulta adecuada aun cuando su propia vida corra riesgo, siendo obligación del facultativo no interferir en sus decisiones, limitándose a apoyar al paciente en su elección. Este concepto ha sido englobado en el CI, que actualmente no solo se ha convertido en una figura clave del mundo sanitario, sino que se encuentra positivizado en el ordenamiento jurídico, siendo considerado como un derecho humano, un imperativo ético y una exigencia legal⁵.

Es por ello que el CI representa el elemento más trascendente en la nueva RMP, garante de la autonomía del paciente y por tanto de una mejora de la calidad asistencial. Sin embargo, en la práctica clínica, el principal error con respecto del mismo constituye su identificación con un simple «documento legal» que impide su consideración por parte del facultativo como un elemento clave del proceso asistencial, en el cual la firma para su autorización por parte del paciente constituye el último eslabón de una cadena formada en primera instancia por el proceso informativo y finalmente por la deliberación conjunta con el paciente. De hecho, en el contexto de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, el CI debe entenderse como un proceso gradual dentro de la relación sanitario-usuario, en virtud del cual el sujeto competente y capaz recibe del profesional la información adecuada, en términos comprensibles, que le capacita para participar de forma voluntaria, consistente y activa en la toma de decisiones respecto del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Igualmente, el CI representa una declaración de voluntad efectuada por un paciente, quien tras recibir una adecuada información referida a su dolencia, al procedimiento o intervención que se le propone como médicamente aconsejable decide prestar su conformidad y someterse al mismo⁶.

El respeto de los valores éticos en la práctica asistencial precisa no solamente del cumplimiento de los deberes jurídicos, sino que requiere de una actitud médica en la cual el CI representa un instrumento para que el paciente sea dueño efectivo de su destino, con respeto a su dignidad personal, proporcionándole información completa, veraz y adecuada acerca de su dolencia, los posibles tratamientos a seguir y las consecuencias positivas y negativas de los mismos⁷.

Así pues, el documento del CI representa una garantía de mínimos, pero solo una buena práctica clínica, una actitud adecuada y una buena interacción entre el médico y el paciente pueden finalmente garantizar los derechos de este