



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Editorial

Podemos y debemos mejorar la higiene de manos. Tú decides.
“Clean care is safer care”

We can and must improve hand hygiene. You decide. “Clean care is safer care”

José Sánchez^a y Paz Rodríguez^{b,*}

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Medicina Preventiva y G. Calidad, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

Han transcurrido más de 160 años desde las observaciones del Dr. Ignaz Semmelweis¹ (Viena, 1847) que demostraron el papel clave que jugaban las manos de los profesionales sanitarios en la aparición de la sepsis puerperal. El paso del tiempo ha corroborado el protagonismo de las manos como mecanismo de transmisión de la infección relacionada con la atención sanitaria (IRAS). Hoy nadie pone en duda que realizar adecuadamente la higiene de manos (HM) es la medida más sencilla, barata y eficaz de todas las disponibles para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Aunque existen numerosas evidencias científicas que muestran cómo puede mejorarse la adherencia de los profesionales sanitarios a la HM (HM)²⁻⁵ e incluso encontrando una asociación con la reducción en la tasa de incidencia de las IRAS⁶⁻⁸, todavía es bajo el porcentaje de profesionales que durante su práctica clínica la realiza adecuadamente.

Un excelente editorial publicado hace tres años en esta revista⁹ hacía un llamamiento a los responsables de los Programas de Prevención y Control de las Infecciones para que entre sus intervenciones dieran prioridad a los programas de HM. Sin embargo, en la práctica clínica diaria, la HM sigue realizándose con menos frecuencia de lo que fuera deseable. Los estudios de observación del cumplimiento de la HM muestran que los profesionales sanitarios somos involuntariamente poco cumplidores y fallamos al no realizar HM en muchas de las ocasiones en las que sería necesario²⁻⁵. Durante los últimos años se ha incrementado el número de estudios dirigidos a monitorizar el cumplimiento de la HM en diferentes centros asistenciales en ocasiones con metodologías y diseños diferentes, que han limitado la posibilidad de comprar los resultados. Fuera de nuestro país, cabe destacar el conocido estudio del Dr. Pittet et al⁶ en el que mostraban cómo, en los hospitales de Ginebra, partiendo de tasas de cumplimiento del 48% en 1994, a través de diferentes intervenciones educativas y de sensibilización de los profesionales, mejoraban las tasas de cumplimiento hasta a un 66% en el año 1997. Esta y otras evidencias demuestran que se puede mejorar la HM y que este cambio puede ser sostenible en

el tiempo¹⁰. Sin embargo, llama la atención las diferencias entre las elevadas tasas de cumplimiento, en algunos trabajos realizados fuera de nuestro país^{10,11} superiores al 80%, y las referencias más recientes presentadas por centros hospitalarios españoles donde el cumplimiento normalmente no supera el 40%¹²⁻¹⁴. Únicamente, cuando las observaciones se centran en actividades o unidades que atienden pacientes con alto riesgo de infección, estas cifras se superan ligeramente el 40%¹⁵. Estos porcentajes no solo varían en función de la unidad o servicio asistencial en el que se realice la observación, si no que también varían en función del momento u oportunidad y del tipo de profesional que observemos. Así, coinciden casi todos los estudios en que son mayores los porcentajes de cumplimiento de la HM en los momentos 3, 4 y 5 de la OMS¹⁶, es decir tras realizar determinadas tareas, que en los momentos 1 y 2, que corresponden a las oportunidades de hacer HM antes de atender al paciente. Este hallazgo es en gran medida atribuible a la creencia de los profesionales de que la HM va dirigida fundamentalmente a proteger su salud y no tanto a la de los pacientes.

Si resulta preocupante el bajo cumplimiento de la HM en el medio hospitalario de nuestro país, puede calificarse de alarmante que en los servicios de Atención Primaria (APS) esta cifra alcance sólo el 8,1%, como se presenta en el trabajo publicado en este número de la revista¹⁷. Aún cuando muchas de las infecciones diagnosticadas en APS pueden haber sido adquiridas en ingresos hospitalarios previos, no es en absoluto despreciable el riesgo de infección en APS¹⁸, especialmente si tenemos en cuenta el elevado número de pacientes que atienden diariamente en este nivel asistencial y el incremento de las enfermedades crónicas que se acompaña de un mayor número de prácticas intervencionistas y del uso más frecuente de dispositivos tales como sondaje urinario, nutriciones enterales, etc.

La estrategia de la OMS de los 5 momentos de la HM¹⁶ ha servido para recordar a los profesionales cuándo deben realizar la HM así como para homogeneizar la metodología empleada en los estudios de observación. No debemos olvidar que el modelo de los 5 momentos para la HM de la OMS está fundamentalmente pensado para los hospitales, y su utilización para los estudios de observación en atención primaria infravaloraría los resultados de cumplimiento de la HM como puede estar ocurriendo en el trabajo de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: prodriguezpe.hugum@salud.madrid.org (P. Rodríguez).

Martín-Madrado et al.¹⁷ que se presenta en esta revista. Esta, y otras razones pueden haber justificado que recientemente el Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria haya realizado una adaptación¹⁹ para atención primaria (APS) de las recomendaciones para la higiene de las manos de la OMS.

Resulta paradójico que, disponiendo de guías excelentes^{16,20} que nos permiten saber cuándo debemos hacer HM, cómo y con qué productos hacerla, los profesionales sanitarios, y especialmente los médicos, seamos tan poco “cumplidores”. Se barajan diferentes factores como determinantes de ese bajo cumplimiento²¹. Entre ellos, cabe destacar: el desconocimiento, la falta de motivación y de concienciación de los profesionales sobre la eficacia, la técnica y los momentos en los que es necesario realizar la HM para prevenir las IRAS. Superar esta barrera, pasa por un cambio de hábitos y requiere incorporar teorías conductuales y del comportamiento para conseguirlo. Otro de los factores determinantes de la adherencia a la HM es la escasez e inadecuación de las infraestructuras (lavabos, dispensadores de soluciones hidroalcohólicas, etc.) en los servicios asistenciales necesarios para realizarla adecuadamente. El bajo coste económico de las soluciones de base alcohólica (SHA), cuya mayor eficacia antimicrobiana ha sido demostrada respecto a la HM tradicional con agua y jabón²², hace que las deficiencias estructurales no sea hoy una barrera justificable desde ningún punto de vista. El uso de las SHA permite disminuir el tiempo necesario para realizar correctamente la HM (15-30 segundos) por lo que favorece el que sea más fácil realizarla en las unidades con excesivas cargas de trabajo y presión asistencial. Además, las SHA, frente al lavado tradicional con agua y jabón, han demostrado una menor deshidratación e irritación de la piel de los profesionales sanitarios²³.

Para superar las barreras que acabamos de mencionar, la OMS proponen un enfoque multidisciplinar y multimodal²⁴ de los programas de mejora, compartiendo todos ellos tres líneas de actuación: conseguir un compromiso institucional, educar y motivar a pacientes y profesionales. La OMS²⁴ recomienda organizar las campañas o estrategias de intervención en 5 fases. Una primera *Fase de preparación* de la campaña que incluye: buscar el compromiso de los líderes, nombrar al coordinador de la campaña, formar un grupo de mejora y planificar todas las actividades a realizar en las siguientes fases. En segundo lugar se realizará la llamada *Fase de análisis inicial* que consiste en realizar encuestas de percepción, estudios de observación de cumplimiento, informe sobre infraestructuras disponibles, y generar indicadores sobre el estado de partida que permitan hacer un seguimiento del programa. A continuación, la cuarta fase será la llamada *Fase de intervención* donde se procederá a adecuar las infraestructuras facilitando la disponibilidad de SHA, difundir del material de divulgación y sensibilización de los profesionales, formar a los profesionales e implicar a los pacientes y familiares. En cuarto lugar y al mismo tiempo que se realiza la intervención se comenzará la *Fase de evaluación* que irá dirigida tanto a evaluar proceso como resultados. Por último, siguiendo la metodología *Plan-Do-Check-Act*²⁵, clásica de los ciclos de mejora continua, la quinta y última fase consistirá en planificar una nueva *Fase de Mejora* y volver a actuar.

Aunque aparentemente estas recomendaciones de la OMS y otras organizaciones²⁶ sobre el diseño de los programas de mejora de la HM no aportan ninguna innovación frente las campañas de HM que tradicionalmente han venido realizando los Servicios de Medicina Preventiva, en nuestra opinión aportan dos aspectos importantes. Por un lado, la incorporación del paciente y su familia como autocuidadores. Sobre esta intervención, que debe ser orientada teniendo en consideración los factores culturales y sociales de cada centro²⁷, empezamos a contar con evidencias sobre su impacto y eficacia²⁸ y es probable que en pocos años la implicación de los pacientes en la HM sea una de las intervenciones

mas fuertemente recomendadas. En segundo lugar, otras de las innovaciones que aportan las estrategias propuestas por estas agencias, es que tienen muy presente los principios de la gestión para la excelencia²⁹, como puntos clave para la mejora continua y la seguridad de los pacientes y especialmente aquellos referidos a la necesidad del trabajo en equipo, orientación a resultados, liderazgo, aprendizaje, innovación y mejora continua.

En resumen, sabemos que es importante mejorar el cumplimiento de la HM, sabemos que es posible, sabemos cómo y sabemos cuándo debemos realizar la HM pero en más de la mitad de las oportunidades no lo hacemos bien. Es posible que, muchas de las estrategias y programas para potenciar el cumplimiento de la HM en nuestro país, se beneficien de un giro en su orientación, integrando las perspectivas del paciente y e integrando todos los recursos disponibles. Es necesario coordinar e integrar el esfuerzo y los recursos que las administraciones sanitarias²⁹ están destinando en los últimos años a las estrategias de mejora de HM con los conocimientos sobre seguridad de pacientes y el excelente bagaje, experiencia y base científica con que cuentan los responsables de los Programas de Prevención y Control de las Infecciones en nuestros centros sanitarios. Trabajando juntos rentabilizaremos los esfuerzos.

Bibliografía

1. Newsom SWB. Pioneers in infection control—Ignaz Phillip Semmelweis. *J Hosp Infect.* 1993;23:175–87.
2. Pittet D, Mourouga P, Perneger TV. Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Infection Control Program. Ann Intern Med.* 1999;130:126–30, 19.
3. Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2000;21:381–6.
4. Erasmus V, Dahan TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, et al. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2010;31:283–94.
5. Ranji SR, Shetty K, Posley KA, Lewis R, Sundaram V, Galvin CM, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 6: Prevention of Healthcare-Associated Infections). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007. Report No.: 04(07)-0051-6.
6. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet.* 2000;356:1307–12. Erratum in: *Lancet* 2000;356(9248):2196.
7. Pessoa-Silva CL, Hugonnet S, Pfister R, Touveneau S, Dharan S, Posfay-Barbe K, et al. Reduction of Health Care-Associated Infection Risk in Neonates by Successful Hand Hygiene Promotion. *Pediatrics.* 2007;120:e382–90.
8. Backman C, Zoutman DE, Marck PB. An integrative review of the current evidence on the relationship between hand hygiene interventions and the incidence of health care-associated infections. *Am J Infect Control.* 2008;36:333–48.
9. Ferrer C, Almirante B. Higiene de manos: Una prioridad para la seguridad de los pacientes hospitalizados. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25:365–8.
10. Pittet D, Allegranzi B, Storr J. The WHO Clean Care is Safer Care programme: field-testing to enhance sustainability and spread of hand hygiene improvements. *J Infect Public Health.* 2008;1:4–10.
11. Helms B, Dorval S, Laurent PS, Winter M. Improving hand hygiene compliance: a multidisciplinary approach. *Am J Infect Control.* 2010;38:572–4.
12. Sánchez-Payá J, Fuster-Pérez M, García-González C, García-Rodríguez RM, García-Shimizu P, San Juan-Quiles A, et al. Evaluation of a program for updating recommendations about hand hygiene. *En Síst Sanit Navar.* 2007;30:343–52.
13. Sánchez-Payá J, Galicia-García MD, Gracia-Rodríguez RM, García-González C, Fuster-Pérez M, López-Fresneña N, et al. Grado de cumplimiento y determinantes de las recomendaciones sobre higiene de manos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2007;25:369–75.
14. Molina-Cabrillana J, Álvarez-León EE, Quori A, García-de Carlos P, López-Carrión I, Bolaños-Rivero M. Impacto de un programa de higiene de manos en las infecciones asociadas a la atención sanitaria. *Rev Calid Asist.* 2010;25:215–22.
15. Dierksen-Sotos T, Robles-García M, Rodríguez-Cundín P, Llorca J. Hand hygiene adherence among Cantabrian health service workers. *Med Clin (Barc).* 2010;134:82–3.
16. WHO Guidelines on hand hygiene in health care. WHO editor. Geneva: World Health Organization; 2009.
17. Martín-Madrado C, Salinero-Fort MA, Cañada-Dorado A, Carrillo-de Santa-Pau E, Soto-Díaz S, Abanades-Herranz JC. Evaluación del cumplimiento de higiene de manos en un área de atención primaria de Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:32–5.

18. National Institut for Clinical Excellence. Infection control. Prevention of healthcare-associated infections in primary and community care. En: [Non-US]. NCCNASC-NGA, editor. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2003. p. 257.
19. Palacio J, Aibar C, Mareca R. SemFYC adapts the WHO recommendations on hand hygiene for Primary Care. *Aten Primaria*. 2010;42:401–2.
20. Boyce JM, Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in health-care Settings. Recommendations of the healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002;51:RR 16. Disponible en: <http://www.cdc.gov/handhygiene/>.
21. Sax H, Uçkay I, Richet H, Allegranzi B, Pittet D. Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007;28:1267–74.
22. Kampf G, Kramer A. Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clin Microbiol Rev*. 2004;17:863–93.
23. Chamorey E, Marcy PY, Dandine M, Veyres P, Negrin N, Vandenbos F, et al. A prospective multicenter study evaluating skin tolerance to standard hand hygiene techniques. *Am J Infect Control*. 2010;20.
24. Allegranzi B, Storr J, Dziekan G, Leotsakos A, Donaldson L, Pittet D. The First Global Patient Safety Challenge "Clean Care is Safer Care": from launch to current progress and achievements. *J Hosp Infect*. 2007;65 Suppl 2:115–23.
25. How-to Guide: Improving Hand Hygiene. A Guide for Improving Practices among Health Care Workers. Disponible en: <http://www.ihl.org/NR/rdonlyres/FAB62443-4AB9-4466-88E9-9D21C935CE9F/3266/HandHygieneHowtoGuide2.pdf>.
26. Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:53–62.
27. McGuckin M, Storr J, Longtin Y, Allegranzi B, Pittet D. Patient Empowerment and Multimodal Hand Hygiene Promotion: A Win-Win Strategy. *Am J Med Qual*. 2010;24.
28. Dean Jr JW, Bowen DE. Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice through Theory Development. Special Issue: "Total Quality". *The Academy of Management Review*. 1994;19:392–418.
29. Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. Edición: Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. 2009. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/informe0610/InformePlanCalidad_ESP.pdf.