

ADHERENCIA A LA GUÍA DE LAVADO DE MANOS EN UCI*

Vigilancia Epidemiológica en el Hospital de San José de Bogotá

María del Carmen Calvo**, Fabiola Jiménez **, Carolina Lancheros**, John Martínez**, Constanza Reyes**

Resumen

El objetivo de esta investigación es determinar la adherencia a la guía de manejo clínico de lavado de manos por parte del personal de salud, después de la aplicación del sistema de vigilancia epidemiológica (SVE) en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital de San José de Bogotá. Para conseguirlo se contó con un grupo de 33 individuos que conformaron la muestra. A este personal de salud se les aplicó una lista de chequeo e insumos obteniendo un diagnóstico inicial. Después se explicó el funcionamiento del SVE y se asignaron tareas. Luego se realizó un acompañamiento para solucionar inquietudes que surgieron en el diligenciamiento de las listas de verificación. A cada funcionario que labora en la UCI del Hospital de San José de Bogotá y que fue observado en el diagnóstico inicial, se le asignó un código que lo identificó de manera anónima y que lo ubicó en el semáforo epidemiológico, dependiendo del grado de adherencia de cada uno a la guía de lavado clínico de manos.

Posterior a la implementación del SVE se aplicaron las mismas listas de verificación utilizadas en el diagnóstico inicial para determinar el comportamiento de la adherencia a la guía de lavado de manos, con los siguientes resultados: se observó un mejoramiento en la adherencia por parte de todo el personal de salud, donde las que menos fallaron fueron las enfermeras y las terapeutas y el número de ítems acertados llegó hasta 20, con lo cual se concluyó que el personal que labora en la UCI aunque se lava las manos, presenta deficiencias en la adherencia a la guía, las cuales son susceptibles de superarse con la aplicación continua del SVE. Aunque la práctica de lavado de manos es diaria, se deben realizar talleres de capacitación y evaluación periódica como lo estipula la guía de la Secretaría de Salud para garantizar la adherencia al 100%, pues el éxito del SVE depende de la motivación y aplicación continua por parte del personal. El control de la disponibilidad permanente de insumos, permite la exigencia del cumplimiento de la guía de manejo de lavado de manos.

Palabras clave: sistema de vigilancia epidemiológica, guía de lavado de manos, unidad de cuidados intensivos, personal de salud.

Introducción

En el ejercicio profesional se observa que el lavado clínico de manos se ha convertido en un procedimiento mecánico que se realiza sin darle la relevancia que merece, olvidando que las manos son reservorio de microorganismos patógenos y no patógenos, siendo el principal vehículo de infección cruzada en las instituciones de salud.

Para la transmisión de patógenos al paciente se requiere una cadena secuencial que comprende: microorganismos presentes en la piel del paciente o en objetos inanimados que se transmitan a las manos de los trabajadores y que sobrevivan en las manos del personal de salud.

La complejidad del cuidado del paciente de la UCI requiere mayor número de contactos del personal de salud, aumentando los factores de riesgo extrínsecos para adquirir una infección nosocomial, en consideración a su inmunosupresión, a los múltiples procesos invasivos y en muchas ocasiones a la necesidad

Fecha recibido: 20 de enero 2006 - Fecha aceptado: 30 de enero 2006

* Unidad de cuidados intensivos

** Estudiantes de postgrado UCI adulto crítico, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
Tutoría de la Sra. Lucy Muñoz de Rodríguez, asesora metodológica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

de administrar antibióticos de amplio espectro que aumentan la posibilidad de gérmenes emergentes con gran capacidad patogénica infecciosa. Por consiguiente, el lavado de manos es un factor esencial en la prevención de las infecciones nosocomiales y debe ser parte de la cultura de autocontrol generada a través de sistemas de vigilancia continua.

Partiendo de la motivación y compromiso de la mayoría del personal que labora en la UCI del Hospital de San José de Bogotá sobre la adherencia al lavado clínico de manos, y el uso de alcohol glicerinado, comportamiento que no es igual en el personal externo a la unidad, el grupo investigador presentó como estrategia de mejoramiento hacia la vigilancia continua, el SVE del lavado de manos que se implementó en la unidad quirúrgica de la misma institución.

El trabajo partió de un diagnóstico situacional sobre la adherencia al lavado de manos del personal que labora en la unidad, continuando con la aplicación del SVE, adaptado a las necesidades de la UCI y por último el diagnóstico para determinar la adherencia antes y después de la aplicación del mismo.

Métodos

Se hizo una investigación cuasi-experimental con una muestra de 33 personas conformada por intensivistas, residentes en cuidado crítico, enfermeras, auxiliares de enfermería y terapeutas respiratorias de la UCI del Hospital de San José de Bogotá de todos los turnos.

La muestra es no probabilística a conveniencia, conformada por el total de la población y que cumple con los siguientes criterios de inclusión: personal del equipo de salud que labora en la UCI del Hospital de San José de Bogotá, a quienes se aplicó la lista de chequeo sobre la adherencia a la guía de lavado clínico de manos con un diagnóstico inicial y final.

La lista de chequeo de adherencia a la guía de lavado clínico de manos se hizo teniendo en cuenta la que existe en la UCI del Hospital de San José

de Bogotá, la cual cumple con el 100% de la normatividad vigente. Está compuesta por 20 ítems que desglosan el procedimiento en forma correcta, secuencial y completa.

Los datos del diagnóstico inicial fueron recolectados en los diferentes turnos de la UCI por cinco observadores durante las prácticas de dos semestres de la especialización en cuidado crítico y los del diagnóstico final se recolectaron un mes después de implementado el SVE.

Previa autorización del jefe médico y la enfermera coordinadora de la UCI se inicia la sensibilización sobre la importancia de adherencia a la guía de lavado clínico de manos y el apoyo para el establecimiento del SVE en la UCI. Se programaron tres talleres de sensibilización, donde se presentaron los resultados del diagnóstico inicial, se explicó el funcionamiento del SVE y se asignaron tareas para los enfermeros y auxiliares de enfermería de acuerdo con el subsistema correspondiente.

Como actividad de reforzamiento se colocaron notas motivadoras hacia la adherencia al lavado de manos y el inicio de la aplicación del SVE en las carteleras de la UCI. El siguiente paso fue el acompañamiento a los auxiliares de enfermería y enfermeros para solucionar inquietudes que surgieron en el diligenciamiento de las listas de verificación de cada subsistema.

El análisis estadístico utilizado para la revisión de los resultados obtenidos de la investigación fue descriptivo y su presentación se realizó en tablas comparativas de los diagnósticos inicial y final, las cuales identifican los ítems incumplidos con mayor frecuencia durante el lavado de manos y las fallas en los insumos que deben solucionarse con prioridad para llegar a niveles máximos de calidad en la adherencia a la guía de lavado clínico de manos.

Resultados

La **Tabla 1** muestra el comportamiento del personal de salud en cuanto a la adherencia a la guía

Tabla 1. Comparativo de ítems acertados en la adherencia a la guía del lavado de manos

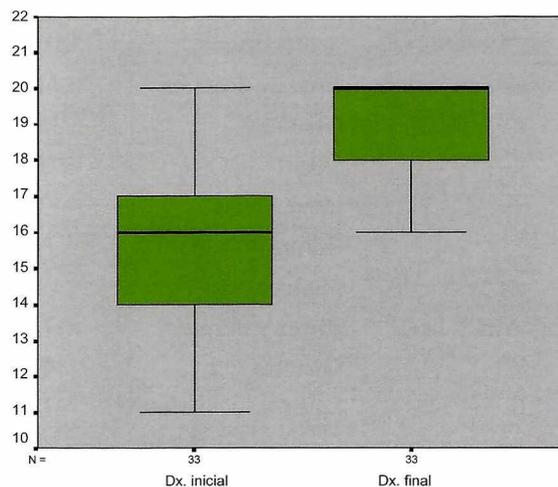
		DX. INICIAL	DX. FINAL
Auxiliar	N	15	15
	Mediana	14	19
	Mínimo	11	16
	Máximo	17	20
Enfermera	N	8	8
	Mediana	18,5	20
	Mínimo	14	17
	Máximo	20	20
Médico	N	5	5
	Mediana	16	19
	Mínimo	11	16
	Máximo	20	20
Terapista	N	5	5
	Mediana	17	20
	Mínimo	14	17
	Máximo	20	20
Total	N	33	33
	Mediana	16	20
	Mínimo	11	16
	Máximo	20	20

de manejo de lavado clínico de manos. Se utilizó la mediana por el tamaño de la muestra. En los 15 auxiliares de enfermería observados en el diagnóstico inicial, el mínimo de ítems acertados fueron 11 con un máximo de 17; mientras que en el diagnóstico final hubo un mínimo de 16 y máximo 20, siendo este último el total de la lista de chequeo. En ocho enfermeros el mínimo de ítems acertados en el diagnóstico inicial fue 14 y máximo 20, y en el diagnóstico final el mínimo fue 17 y máximo 20. En 5 médicos observados, el mínimo de ítems acertados en el diagnóstico inicial fue 11 y máximo de 20, mientras que en el final el mínimo fue 16 y máximo de 20. En las 5 terapistas el mínimo de ítems acertados en el diagnóstico inicial fue 14 y máximo 20 mientras que en el final fue de 17 y 20.

Se concluye que los auxiliares de enfermería fueron quienes más fallaron en el diagnóstico inicial

y los que menos los enfermeros y terapeutas; mientras que en el diagnóstico final se nota una mayor adherencia a la guía de lavado de manos por parte de todo el personal de salud.

El **Gráfico 1** muestra en total los 33 trabajadores de la salud de la UCI cuyo mínimo de ítems acertados en el diagnóstico inicial fue 11 y máximo 20 mientras en el final fueron 16 y 20, lo que indica una mayor adherencia a la guía de lavado de manos.

**Gráfico 1.** Comparativo total de ítems no acertados en los diagnósticos inicial y final.

En la **Tabla 2** se observa que 13 personas no se adherían en el diagnóstico inicial y en el final si lo hicieron, 14 individuos no se adhirieron ni en el inicial ni en el final.

También se aprecia que cuatro personas se adhirieron en el diagnóstico inicial y en el final, mientras que dos en el inicial y no en el final.

La **Tabla 3** indica que en el diagnóstico inicial se detectaron los seis ítems que más fallaron en la UCI y al compararlos luego de la aplicación del SVE se observa el mejoramiento. En el ítem antes y después los auxiliares de enfermería pasaron de 11 a 1 en guantes de 12 a 4, en sitios de 12 a 7, en limpia uñas de 11 a 1, en palma de 7 a 0 y en muñeca de 11 a 1. Los

Tabla 2. Adherencia vs. no adherencia en los diagnósticos inicial y final

Diagnóstico final				
Diagnóstico inicial		Adherencia	No adherencia	Total
	No adherencia	13	14	27
		39,3 %	42,4 %	-
	Adherencia	4	2	6
		12,1%	6%	-
Total	-	17	16	33

Tabla 3. Mejoramiento de ítems no adheridos con la aplicación del SVE

		Auxiliares	Enfermeros	Médicos	Terapeutas	Total general
Diagnóstico inicial	Antes y después	11	1	3	2	17
	Guantes	12	1	2	4	19
	Sitios	12	3	4	1	20
	Limpia uñas	11	2	1	1	15
	Palma	7	2	3	2	14
	Muñeca	11	3	1	1	16
Diagnóstico final	Antes y después	1	0	2	1	4
	Guantes	4	1	0	1	6
	Sitios	7	1	0	1	9
	Limpia uñas	1	0	1	0	2
	Palma		1	1	0	2
	Muñeca	1	0	0	1	2

enfermeros en el ítem antes y después pasaron de 1 a 0, en guantes siguen en 1, en sitios de 3 a 1, en limpia uñas de 2 a 0, en palma de 2 a 1 y en muñeca de 3 a 0.

Los médicos en el diagnóstico inicial en el ítem antes y después pasaron de 3 a 2, en guantes de 2 a 0, en sitios de 4 a 0, en limpia uñas de 1 a 0, en palma de 3 a 1, y en muñeca de 1 a 0. Las terapeutas pasaron en el ítem antes y después de 2 a 1, en guantes de 4 a 1, en sitios siguen en 1, en limpia uñas de 1 a 0, en palma de 2 a 0, y en muñeca siguen en 1.

En cuanto a ítems no acertados, disminuyeron así: antes y después de 17 a 4, en guantes de 19 a 6, en sitios de 20 a 9, en limpia uñas de 15 a 2, en palma de 14 a 2 y en muñeca de 16 a 2.

El **Gráfico 2** muestra en las columnas verdes la no adherencia a los seis ítems que más fallaron en el diagnóstico inicial, en comparación con las columnas rojas que indican que fallaron en el diagnóstico final los 33 trabajadores. Se observa un mejoramiento en todos los ítems.

La **Tabla 4** muestra que en el diagnóstico inicial hay 5 ítems que demuestran deficiencias en los insumos para el lavado clínico de manos.

La **Tabla 5** muestra que en la lista aplicada en el diagnóstico final no falla ningún ítem.

Discusión

Al evaluar el primer mes de aplicación del SVE se concluye que se debe contar con este sistema siempre,

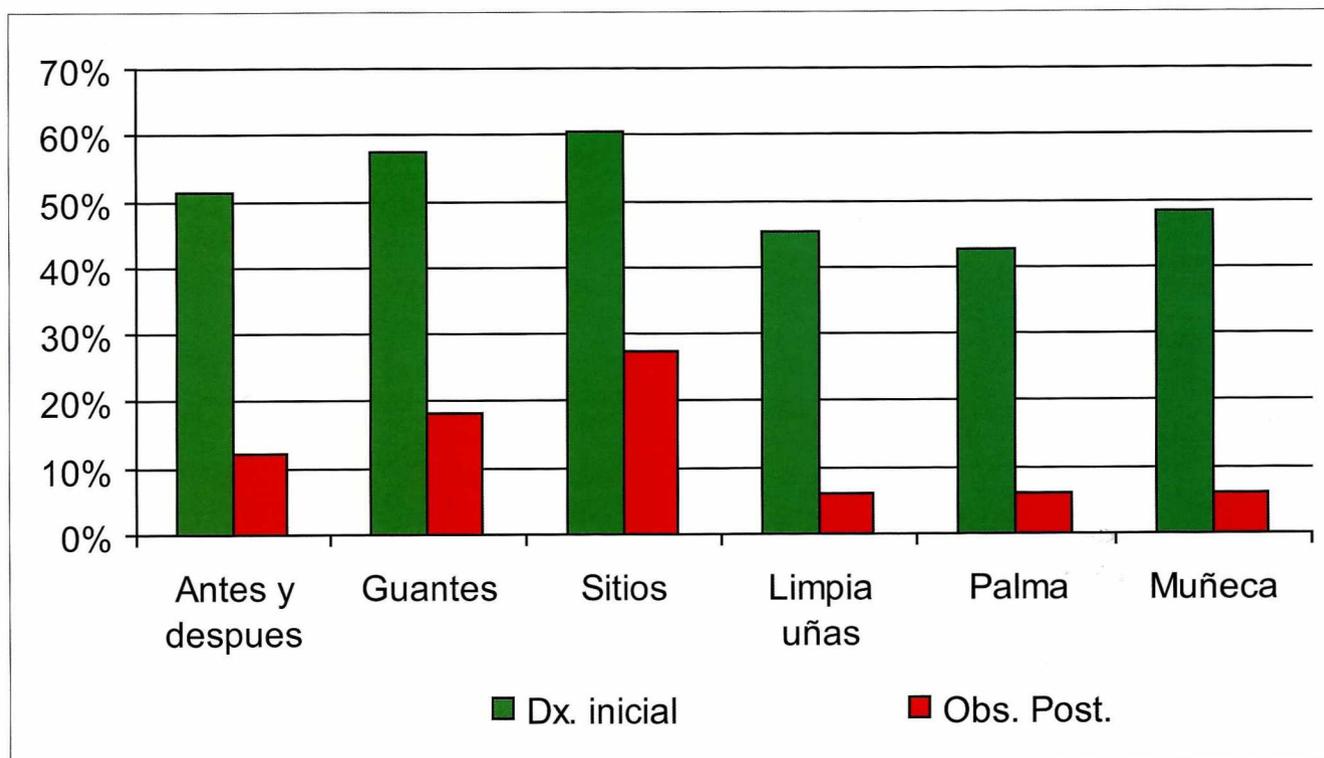


Gráfico 2. Mejoramamiento de los ítems no adheridos con la aplicación del SVE.

Tabla 4. Insumos diagnóstico inicial

LISTA DE INSUMOS DIAGNÓSTICO INICIAL

Pasos de la guía de manejo	Mañana	Tarde	Noche	Total
Protocolo de lavado de manos				3
Lavamanos				3
Agua fría				3
Jabón antiséptico				3
Reloj				3
Toallas desechables				3
Alcohol glicerinado	0	0	0	0
Caneca				3
Compresas				3
Ayudas visuales				3
Control biológico del agua				3
Medidas conservación del agua				3
Protocolo de llenado dispensadores	0	0	0	0
Protocolo almacenamiento antisépticos	0	0	0	0
Control biológico antisépticos	0	0	0	0
Entrenamiento al personal				3
Medidas correctivas	0	0	0	0

Tabla 5. Insumos diagnóstico final

LISTA DE INSUMOS DIAGNÓSTICO FINAL				
	Mañana	Tarde	Noche	Total
Protocolo de lavado de manos				3
Lavamanos				3
Agua fría				3
Jabón antiséptico				3
Reloj				3
Toallas desechables				3
Alcohol glicerinado				3
Caneca				3
Compresas				3
Ayudas visuales				3
Control biológico del agua				3
Medidas conservación del agua				3
Protocolo de llenado dispensadores				3
Protocolo almacenamiento antisépticos				3
Control biológico antisépticos				3
Entrenamiento al personal				3
Medidas correctivas				3

de manera que cada persona realice sus funciones específicas, permitiendo así aumentar el grado de adherencia a la guía de manejo establecida, mediante el reforzamiento continuo de los evaluadores en la buena práctica o el cumplimiento del 100% de la guía, a través de evaluaciones individualizadas.

De acuerdo con el marco normativo establecido por el CDC de Atlanta y la Secretaría de Salud de Bogotá, se demuestra que la técnica del lavado clínico de manos es de fácil aprendizaje por su aplicación constante en el cuidado de los pacientes. La meta es el 100% de adherencia de todo el personal mediante capacitación, entrenamiento y evaluación continua, aspectos que contempla también el SVE.

El hecho de que en el diagnóstico final hayan permanecido 14 personas sin adherirse al 100% de ítems planteados en la guía y que dos que inicialmente cumplían el 100% y en el diagnóstico final no lo hacen, está de acuerdo con lo revisado en la literatura. El lavado de manos a pesar de ser una

norma estricta en el manejo de los pacientes, por ser una práctica rutinaria y mecánica no se cumple a cabalidad por todo el personal de la salud.

El logro obtenido en el mejoramiento de los insumos, refleja que la participación activa que ofrece el sistema aumenta la motivación del personal para el cumplimiento de los requisitos establecidos. El mejoramiento de las falencias más frecuentes identificadas en el diagnóstico inicial, como fueron no lavarse las manos cuando se manejan dos sitios diferentes del paciente o quitarse los guantes, así como incluir en el lavado los espacios interdigitales, se logró con reforzamientos específicos y comprobando los beneficios que ofrece la aplicación del sistema de vigilancia propuesto.

Se considera que este SVE para el mejoramiento en la adherencia puede aplicarse a las diferentes UCI del país, validando además los instrumentos de verificación de la guía de manejo establecida por la Secretaría de Salud de Bogotá, ya que estos

mecanismos se utilizan como herramienta de verificación del sistema

Lecturas recomendadas

- Benumog G. Infecciones nosocomiales. enero 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Cardozo A. Infecciones nosocomiales. abril 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Conde S. Escalas de valoración de pacientes en cuidado crítico. diciembre 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Estadísticas epidemiológicas de infección nosocomial en UCI. Tomado Comité de Infecciones Hospital de San José, Bogotá 2003-2004.
- Guías Intrahospitalarias: Lavado y antisepsia de manos. Secretaria Distrital de Salud de Bogota.
- Herder A. La prevención de infecciones nosocomiales en UCI. España enero 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Moreno R. Diseño e implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica en la unidad quirúrgica del Hospital San José de Bogota. 2004.
- Programa de Microbiología y Micología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, universidad de Chile y Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile.2003.
- Robert R. Memorias norteamericanas. Estados Unidos enero 2004. Disponible en <http://www.google.com>.
- Romero M. Avances en infección intrahospitalaria. Revisión de las medidas para evitar las infecciones de los pacientes hospitalizados, enero 2005.
- Simmon R Bevan A. Bacterias e infección nosocomial. diciembre 2003. Disponible en <http://www.google.com>.
- Zea M F. La prevención de infecciones nosocomiales en UCI. Disponible en <http://www.nejm.org.com>.

