

TÍTULO:

¿QUÉ ESTRATEGIAS SON EFECTIVAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL HOSPITAL?

Autores:

Ana M^a Delgado Andrés, ^(I) Ana Celia Fernández Marcos, ^(II) Ana Belén Fontaneda Alonso, ^(III) M^a José de la Fuente Fombellida, ^(IV) Julia García Iglesias, ^(V) M^a José Redondo Arranz

- (I) Enfermera responsable de Gacela en el CAUPA (Complejo Asistencial Universitario de Palencia)
- (II) Enfermera de UCI del CAUPA
- (III) Supervisora de Urgencias del CAUPA
- (IV) Subdirectora de Enfermería del CAUPA
- (V) Supervisora de Área del CAUPA
- (VI) Enfermera de Formación y Calidad del CAUPA

Mails de contacto:

Ana Delgado adelgadoan@saludcastillayleon.es

M^a José Redondo jredondoar@saludcastillayleon.es

ÍNDICE:

RESUMEN:.....	3
INTRODUCCION:.....	4
OBJETIVOS:	5
METODO:	5
RESULTADOS:	7
DISCUSION:	8
CONCLUSIONES:	10
IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA:	11
IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACION:	11
BIBLIOGRAFIA:	12
ANEXOS:	15

RESUMEN

Introducción: La higiene de manos (HM) es una práctica sencilla, efectiva y barata para la prevención de las infecciones hospitalarias, sin embargo el cumplimiento se mantiene bajo. El personal de enfermería, junto al resto de profesionales sanitarios, es responsable de realizar esta práctica con la técnica correcta y la frecuencia precisa.

Objetivo: Identificar la existencia de evidencia científica sobre estrategias añadidas o complementarias a la de la OMS que mejoren la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras de ámbito hospitalario.

Método: Se realizó una revisión sistemática de la literatura con un protocolo estandarizado basada en el formato PICO y DeCs y MeSH, de julio a septiembre de 2014. Con búsqueda online en las principales bases de datos y obtención y extracción de los mismos mediante criterios explícitos y consenso grupal.

Resultados: El análisis definitivo se realiza sobre un total de 25 estudios que aseguran un nivel de calidad para elaborar recomendaciones. La formación e implicación de los directivos, la implicación de pacientes y familias y la combinación de todos los componentes de la estrategia multimodal de la OMS producen mejoras en adherencia a la higiene de manos.

Conclusión: Si bien la aplicación de todos los elementos de la estrategia multimodal de la OMS produce resultados positivos en adherencia a la higiene de manos, hay que considerar la influencia de otros factores que modifican esta conducta. Es necesario mantener una estrategia transversal y normalizada que mantenga niveles altos de adherencia a la HM, mejorar el conocimiento sobre la estrecha relación entre IRA y HM, indicación del uso de guantes e incorporar a los alumnos de enfermería en la estrategia.

Palabras clave: Hand hygiene, cost effectiveness, nursing care in the hospital, evidence-based nursing, evidence-based practice, effective strategy

ABSTRACT

Introduction: Hand hygiene (HH) is a simple, effective and inexpensive for the prevention of hospital infections practice, however compliance remains low. The nurses, along with other health professionals, are responsible for this practice proper technique and precise frequency.

Aim: To identify the existence of scientific evidence on added or complementary to the WHO to improve adherence to hand hygiene in hospital settings nurses strategies.

Methodology: Nurses will lead a systematic review of the literature with a standardized protocol based on the PICO format and DeCs and MeSH, from July to September 2014. Then, through a proper online databases search, explicit criteria and group consensus.

Results: The final analysis is performed on a total of 25 studies that ensure a level of quality to develop recommendations. The formation and involvement of managers, the involvement of patients and families and the combination of all components of the WHO strategy multimodal produce improvements in adherence to hand hygiene.

Conclusion: While the implementation of all elements of the WHO multimodal strategy produces positive results in adherence to hand hygiene, consider the influence of other factors that modify this behavior. You need to keep a cross and standardized strategy to maintain high levels of adherence to the HM, improve knowledge about the close relationship between IRA and HM, indicating the use of gloves and incorporate nursing students in the strategy.

INTRODUCCIÓN

La higiene de manos es una práctica sencilla, efectiva y barata para la prevención de las infecciones hospitalarias. El personal de enfermería, junto al resto de profesionales sanitarios, es responsable de realizar esta práctica con la técnica correcta y la frecuencia precisa.

Las infecciones hospitalarias afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo, alargan la hospitalización, aumentan el gasto y lo que es peor, elevan la mortalidad, sin embargo la mayoría de ellas pueden prevenirse.

Existen suficientes recomendaciones basadas en la evidencia para realizar una correcta higiene de las manos ⁽²⁴⁾, sin embargo el cumplimiento entre los trabajadores sanitarios sigue siendo bajo.

El Complejo Asistencial Universitario de Palencia, establece como objetivo para 2014 el diseño e implantación de una estrategia para mejorar la higiene de manos entre el personal sanitario.

En esta Estrategia, liderada por la Dirección, participa el Servicio de Medicina Preventiva, mandos intermedios y personal médico y de enfermería de las unidades de hospitalización designado como apoyo a los mandos intermedios. Se realiza auditoría sobre la situación de partida, investigando consumo de SHA y adherencia en UCI por su trayectoria en higiene de manos en el CAUPA, se lleva a cabo un plan de formación sobre los 5 momentos de la higiene de manos, para sensibilizar sobre la importancia del asunto y capacitar como observadores a los participantes.

En un esquema organizativo de búsqueda de sinergias, la Comisión de Cuidados se suma a la estrategia y para ello, entre otras acciones se plantea la búsqueda de evidencia científica sobre la existencia y evaluación de estrategias que mejoren la adherencia a la higiene de manos entre el personal de enfermería del ámbito hospitalario, con el fin de incorporar esta evidencia a la práctica y conseguir mayores tasas de adherencia.

OBJETIVO

Conocer si existe evidencia científica sobre estrategias añadidas o complementarias a la de la OMS que mejoren la adherencia a la higiene de manos en las enfermeras de ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA

Se configura un grupo de trabajo de entre los miembros de la Comisión de Cuidados para la búsqueda de evidencia que realiza una revisión sistemática de la literatura, durante los meses de julio a septiembre de 2014.

El grupo define la **pregunta de investigación**:

¿Qué estrategias son efectivas para mejorar la higiene de manos en los cuidados enfermeros en el hospital?

Se utiliza el formato PICO

PICO	DECS	MEHS
Paciente-P Pacientes atendidos en el hospital por enfermeros	Cuidados enfermeros en el hospital	nursing care in the hospital
Intervención-I Estrategias X	Enfermería Basada en la Evidencia Estrategia efectiva	Evidence-based nursing Evidence-based practice Effective strategy
Comparación-C	No intervención	
Resultado-O Mejorar la adherencia al lavado de manos	Higiene de manos Coste-efectividad	Hand hygiene Cost effectiveness

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA		
Tipo de estudio Publicados en el periodo 2010 – 2014 Idioma: Inglés, portugués y español	Metaanálisis Ensayo controlado aleatorizado Revisión sistemática Estudios descriptivos	Meta-analysis Clinical Controlled Trial Systematic Review Observational study

Se realiza una traducción de las palabras naturales a palabras claves, a través de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH) para hacer la búsqueda bibliográfica.

Se introducen las palabras claves, combinándolas, en diferentes Bases de Datos, con el siguiente resultado:

1. Se busca en MEDLINE, “nursing care in the hospital”, se encuentran 8.772 artículos, se añade “hand hygiene”, 54. Se ponen límites (humanos y últimos 5 años) hay 17 resultados, leídos los resúmenes se desechan 13 y quedan 4.
2. Se busca en MEDLINE, “hand hygiene”, se encuentran 7.486 artículos, se añade “Cost effectiveness”, 93. Se ponen límites (humanos y últimos 5 años) hay 26 resultados, leídos los resúmenes se desechan 21 y quedan 5.
3. Se busca en MEDLINE, “hand hygiene”, se encuentran 7.486 artículos, se añade “Effective strategy” 67. Se ponen límites (humanos y últimos 5 años) hay 27 resultados, leídos los resúmenes se desechan 25 y quedan 2.
4. Se busca en MEDLINE con OVIDSP y se encuentra y selecciona 1
5. Se busca en CUIDEN, “higiene de manos” aparecen 73. Se limita a últimos 5 años, hay 50 resultados, leídos los resúmenes se desechan 48 y quedan 2
6. Se busca en CUIDEN, “lavado de manos”, y se añade “estrategia”, se encuentran 7 artículos. Se limita a últimos 5 años, hay 4 resultados, leídos los resúmenes se desechan 3 y queda 1
7. Se busca en CINHALL, “hand hygiene”, se encuentran 1701 artículos, se añade “Effective strategy”, 5. Se ponen límite de últimos 5 años, hay 4 resultados, leídos los resúmenes se desechan 2 y quedan 2 (nº 7 en PubMed).
8. Se busca en CINHALL, “hand hygiene”, se encuentran 1701 artículos, se añade “Cost effectiveness”, 5. Se ponen límite de últimos 5 años, hay 4 resultados, leídos los resúmenes se desechan 3 y queda 1.

9. Se busca en La Cochrane, “hand hygiene”, se encuentran 199 artículos, se limita a 5 años y quedan 85, se añade “Effective strategy”, 71, leídos los resúmenes se desechan 66 y quedan 5, (nº 7, nº 6, nº 9, nº8)
10. Se busca en JBI “higiene de manos”, encontrándose 1 artículo que se selecciona
11. Se busca en Elsevier “higiene de manos”, encontrándose 1.222 artículos. Se añade “cuidados enfermeros” y quedan en 74. Leídos los resúmenes se desechan 70 y quedan 4.

Se seleccionan 28 artículos, se realiza lectura crítica de los mismos y se pone en común los resultados obtenidos.

RESULTADOS

Se toman en consideración un total de 25 artículos, desechando 3 por no circunscribirse a la pregunta de investigación.

Una vez analizado su contenido, se obtienen los siguientes datos:

1. La mayoría de los estudios, analizan, entre otras, la estrategia multimodal de la OMS. (1, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 22)
2. La aplicación parcial de la estrategia multimodal produce peores resultados en adherencia (15)
3. Una estrategia de formación de líderes, que formen a sus equipos, optimiza el cumplimiento de la higiene de manos. (5, 8, 22)
4. Es necesario complementar la estrategia multimodal con elementos cognitivo – conductuales tendentes a reforzar los elementos facilitadores y disminuir las barreras relacionadas con el cumplimiento de la higiene de manos (13, 17, 18, 20)
5. La participación de los alumnos de enfermería en las estrategias de higiene de manos, en su diseño y como observadores, es positiva porque mejora su capacitación sobre la técnica, induce pensamiento crítico sobre el comportamiento de los profesionales en las unidades de trabajo y proporciona retroalimentación sobre la adherencia. (3, 5, 16)
6. Existe una baja adherencia a la higiene de manos, que aumenta cuando se interviene con una estrategia de mejora, pero vuelve a bajar si no se mantiene en el tiempo. Las mejores tasas de adherencia se han mantenido en aquellos estudios donde existe una observación directa del momento "higiene de manos" (1, 7, 23, 24, 25)
7. La participación de los líderes y el apoyo institucional se consideran factores indispensables en el éxito de la estrategia de mejora de adherencia a la higiene de manos (19, 20, 22, 23)

DISCUSION

Aunque existen muchos estudios sobre estrategias e intervenciones para mejorar la adherencia a la higiene de manos, no hay una evidencia clara sobre su efecto para favorecer el cumplimiento. No obstante los estudios observacionales asocian a la estrategia multimodal de la OMS los mejores resultados para el aumento de la adherencia.

Existe gran dificultad para establecer qué tipo de intervención es la más efectiva y no se ha demostrado que una determinada intervención, aislada o en conjunto, sea eficaz en todos los profesionales de salud. Ello podría deberse a la ausencia de denominadores comunes en las intervenciones probadas, así como a las importantes limitaciones que presentan los estudios publicados. Por tanto la literatura revisada no hace referencia a intervenciones específicas para mejorar la higiene de manos en el personal de enfermería.

De forma general, las estrategias que aparecen más frecuentemente descritas en la literatura científica tienen como origen los componentes de la estrategia multimodal.

Son los descritos a continuación:

1. *CAMBIO DEL SISTEMA*. Garantiza que se cuenta con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales sanitarios practicar la HM. Incluye: el suministro de agua, jabón y toallas y el fácil acceso al preparado de base alcohólica en el punto de atención.
2. *FORMACIÓN*. Proporciona formación a todos los profesionales sanitarios sobre la importancia de la HM, basada en el modelo de “Los 5 momentos para la higiene de las manos” y en los procedimientos adecuados para la fricción de manos y el lavado de manos.
3. *EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN*. Hace un seguimiento de las infraestructuras y prácticas de HM, de las visiones y conocimientos de los profesionales sanitarios y proporciona al personal información de retorno sobre los resultados.
4. *RECORDATORIOS EN EL LUGAR DE TRABAJO*. Señala y recuerda a los profesionales sanitarios la importancia de la HM y las indicaciones y procedimientos adecuados para llevarla a cabo.
5. *CLIMA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD*. Crea un entorno y unas percepciones que propicien la sensibilización hacia los temas de seguridad del paciente y garanticen, que la mejora de la HM, se considere una prioridad a todos los niveles. Supone:

- La participación activa a escala institucional e individual.

- La toma de conciencia de la capacidad individual e institucional de cambiar y mejorar (autoeficacia).
- La asociación con pacientes y organizaciones de pacientes.

Tomando como base estos componentes, se han encontrado varios tipos de estudios con Intervenciones que desarrollando todos los componentes de la estrategia, inciden más en resultados solo de adherencia (medida por observaciones y/o consumos de SHA) o de adherencia asociada a disminución de la infección relacionada con la asistencia (IRA)

Algunos estudios que se centran en **Intervenciones con resultados en adherencia**, añaden elementos a la estrategia de la OMS, analizando factores cognitivo – conceptuales denominados barreras o facilitadores ^(17, 18, 20)

Se perciben como **barreras** la excesiva carga de trabajo, la creencia del bajo riesgo de la “no realización de la acción de HM”, el temor a que el uso continuado de preparados de base alcohólica irrite la piel y la falta de formación específica en HM de los profesionales.

Se ha detectado que el factor que más interfiere con la HM es el uso abusivo de guantes, debido a que el profesional se siente protegido cuando los usa, aunque no realice una correcta HM.

Se detecta un incumplimiento de HM en estudiantes que imitan el modelo del profesional que los tutoriza en la práctica.

Como **elementos reforzadores** de la HM se encuentran las tareas protocolizadas, la observación de una HM correcta en compañeros y superiores, la formación, la existencia de profesionales que coordinen la estrategia en el ámbito local, con recordatorios en el momento en que es necesaria la HM, y que la promoción de la higiene de manos sea continua y no consista en una intervención puntual, quizá hasta que el mensaje impregne suficientemente la cultura de los profesionales sanitarios y se pueda mantener el efecto. ^(13, 17, 18, 20, 21)

Otro mecanismo reforzador puede estar en manos del paciente y su entorno. Sin embargo, es dudoso utilizarlo como un elemento activo (preguntando, observando o agradeciendo), ya que es una estrategia mal valorada por los profesionales, ya que puede afectar a la relación personal sanitario-paciente, además de crear demasiado miedo y la existencia de pacientes incapaces de colaborar ^(2, 22)

Los estudios publicados sobre **Intervenciones con resultados en IRA** (efectividad tanto de la promoción de la higiene de manos como del efecto del incremento de la adherencia sobre las tasas de infecciones) han sido de calidad metodológica deficiente, tal como quedó reflejado en una revisión sistemática del año 2007 ⁽⁶⁾.

La última revisión sistemática encontrada es de 2011, habiendo localizado artículos posteriores.

CONCLUSIONES

Los hallazgos proceden de estudios observacionales en su mayor parte, **lo que sitúa la mayoría de las recomendaciones en entornos de evidencia de nivel III.**

Podría destacarse en el nivel I la formación a directivos, la implicación de pacientes y familia y la combinación de todos los componentes de la estrategia multimodal de la OMS.

Sin embargo, no son despreciables el resto de hallazgos ante la ausencia de estudios científicamente más sólidos, ya que orientan el camino a seguir en futuras investigaciones.

1. Los mejores resultados para el aumento de la adherencia en los estudios Observacionales se asocian a la estrategia multimodal de la OMS complementada con intervenciones sobre aspectos cognitivo – conductuales que actúan como barreras o facilitadores. La aplicación parcial de la estrategia multimodal produce peores resultados en adherencia
2. Hace falta Investigación para conocer las causas subyacentes de las conductas de HM de los profesionales sanitarios, de esta manera sería posible intervenir en las barreras que dificultan la adherencia-
3. Están identificadas algunas barreras que pueden considerarse generalizables a todo el personal, como el uso innecesario de guantes en algunas tareas. Es necesario mejorar la formación para disminuir consumo guantes, ajustándolo a la indicación y no a mitos sobre la protección de los profesionales y pacientes.
4. Los profesionales sanitarios tienen escasa percepción de la relación higiene de manos – IRA (18), aspecto que funciona como una barrera en las estrategias de mejora de HM
5. Hace falta mejorar el cumplimiento de la técnica de higiene de manos. Formación y observación sobre el desarrollo de la técnica, así como eliminar elementos personales que la dificultan: Anillos, pulseras, etc.
6. Es necesaria una estrategia transversal incluida en el funcionamiento normal de los hospitales para mejorar y mantener la adherencia a la HM ^(1,7,24,25)
7. Es preciso incluir a los alumnos de enfermería en la estrategia de HM, con formación específica desde los primeros años de estudios, y participación como observadores en la monitorización de la HM, a pesar de su ausencia en periodos no lectivos.
8. Hay que insistir en la monitorización para mantener la motivación y retroalimentación. Son efectivas estrategias de difusión de resultados mantenidas en el tiempo, con reconocimiento al logro por parte de los Directivos.

9. Es necesario mejorar la calidad de los estudios que asocian higiene de manos con tasas de infección.
10. Aunque las campañas con el marketing social o la participación del personal parecen tener un efecto en la adherencia, no hay pruebas suficientes para establecer una conclusión firme.
La evidencia no es fuerte, ya que no puede atribuirse en exclusiva la mejora encontrada a la intervención descrita.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El diseño e implantación de estrategias de mejora de la higiene de manos en el ámbito hospitalario debe contar con el apoyo explícito y visible de los directivos, e incluir una exploración previa de percepciones, prejuicios y conocimiento sobre la materia, y del papel del personal sanitario en la transmisión de infecciones, con un enfoque transversal que abarque todos los protocolos generales del hospital y dispositivos asistenciales.

Es necesaria la formación sobre la técnica correcta de la higiene de manos, que incluye mantener las manos libres de anillos, pulseras y otros adornos que la pueden dificultar o minimizar su efecto.

Es muy importante la formación en los estudios de pregrado, unificando criterios con el hospital y por tanto el mensaje sobre la importancia de la higiene de manos; favoreciendo la participación activa de los alumnos de prácticas en la implantación, monitorización y mantenimiento de estrategias de mejora de adherencia.

IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACION

Las implicaciones de este trabajo para la investigación futura se derivan de la necesidad de generar investigación primaria. Son necesarios estudios primarios metodológicamente diseñados con rigor científico que aporten evidencia de elevado nivel. Tanto de la relación higiene de manos – transmisión de enfermedades infecciosas como de modelos de mejora en adherencia a la higiene de manos.

Así mismo, es necesaria la recopilación de evidencias ya disponibles para avanzar en la aplicación práctica de los hallazgos científicos y por tanto la realización de revisiones sistemáticas que mantengan actualizado el conocimiento disponible, destacando que en esta materia la última revisión data de 2011.

BIBLIOGRAFÍA

1. Armellino, D., Trivedi, M., Law, I., Singh, N., Schilling, M. E., Hussain, E., & Farber, B. (2013). **Replicating changes in hand hygiene in a surgical intensive care unit with remote video auditing and feedback.** *American journal of infection control*, 41(10), 925-927.
2. Landers, T., Abusalem, S., Coty, M. B., & Bingham, J. (2012). **Patient-centered hand hygiene: The next step in infection prevention.** *American journal of infection control*, 40(4), S11-S17.
3. Rosenthal, T., Erbezniq, M., Padilla, T., Zaroda, T., Nguyen, D. H., & Rodriguez, M. (2009). **Observation and measurement of hand hygiene and patient identification improve compliance with patient safety practices.** *Academic Medicine*, 84(12), 1705-1712.
4. Pincock, T., Bernstein, P., Warthman, S., & Holst, E. (2012). **Bundling hand hygiene interventions and measurement to decrease health care-associated infections.** *American journal of infection control*, 40(4), S18-S27.
5. Brink-Huis, A. M., Hulscher, M. E. J. L., Adang, E. M., Grol, R. P., Achterberg, T. V., & Schoonhoven, L. (2013). **Cost-effectiveness of a team and leaders-directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines: A cluster randomised trial.**
6. Gould, D. J., Moralejo, D., Drey, N., & Chudleigh, J. H. (2010). **Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care.** *Cochrane Database Syst Rev*, 9.
7. Manterola Conlledo, Ana; Pereira Álvarez, Begoña; García del Busto, Ángeles; Parada Sánchez-Migallón, María; González Rodríguez, Francisco. **Educación y profilaxis del lavado de manos.** *Rev. Paraninfo Digital*, 2008; 5. Disponible en: [</para/n5/p027.php>](#)
8. de Oliveira, A. C., & de Paula, A. O. (2013). **Intervenções para elevar a adesão dos profissionais de saúde à higiene de mãos: revisão integrativa.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(4), 1052-60.
9. Cruces Roldán, Susana; Rita Acosta, M.J.; Arias Herrera, Alberto; Ruiz Sierra, Margarita; Tacón Reina, Francisco; Torres Gómez, Amelia; Rubio Gutiérrez, Guillermo. **Manos limpias = manos seguras.** *Rev Paraninfo Digital*, 2010; 8. Disponible en: [</para/n8/050.php>](#) (Nº 14)

10. **Back to basics: hand hygiene and surgical hand antisepsis.** (PubMed)
11. **New non-alcoholic formulation for hand disinfection.** (PubMed)
12. **Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study.** (PubMed)
13. **Hand hygiene promotion and the participation of infection control link nurses: an effective innovation to overcome campaign fatigue** (PubMed)
14. **Effectiveness of multifaceted hand hygiene interventions in long-term care facilities in Hong Kong: a cluster-randomized controlled trial.** (PubMed)
15. **Impact on hand hygiene compliance following migration to a new hospital with improved resources and the sequential introduction of World Health Organization recommendations.** (PubMed)
16. **Evaluación de un taller práctico sobre higiene de manos impartido por estudiantes entrenados / Evaluation of a workshop on hand hygiene taught by instructed students.** [Fernández-Prada, María](#); [González-Cabrera, Joaquín](#); [Ortega-López, Yolanda](#); [Martínez-Bellón, María](#); [Fernández-Crehuet, Milagros](#); [Bueno-Cavanillas, Aurora](#). *Educ. med*; 15(3): 149-154, sept. 2012. Tab. Artículo en Español | IBECS (España) | ID: ibc-106422. (Nº 26)
17. **Higiene de manos básica**
Catalin Tufanaru MD, MPH. Copyright (c) 2014 The Joanna Briggs Institute licenced for use by the corporate member during the term of membership
18. **Factores predisponentes, facilitadores y reforzadores de la higiene de manos en un ámbito hospitalario**
V. Fuentes-Gómez, E. Crespillo-García, M. Enríquez de Luna-Rodríguez, F. Fontalba-Díaz, P. Gavira-Albiach, F. Rivas-Ruiz y S. Soler-Méndez. *Rev Calid Asist.* 2012;**27(4)**:197-203
19. **Impacto de la mejora de la higiene de las manos sobre las infecciones hospitalarias**
J. Molina-Cabrillana, E.E. Álvarez-León, A. Quori, P. García-de Carlos, I. López-Carrió, M. Bolaños-Rivero, J.R. Hernández-Vera, I. Ojeda-García, E. Córdoba-Tasia, A. Ramírez-Rodríguez y A. Henríquez-Ojeda. *Rev Calid Asist.*2010;25(4):215–222
20. **Estrategia para mejorar la práctica de higiene de manos en Catalunya**
Jordi Sobrequés, Jordi Espuñes y Joaquim Bañeres. *Med Clin (Barc)*. 2014;**143(Supl 1)**:36-42

21. **Efectividad de una intervención para la mejora del cumplimiento en la higiene de manos en un hospital de tercer nivel**
M.E. Fuentes-Ferrer, B. Peláez-Ros, R. Andrade-Lobato, N. del Prado-González, S. Cano-Escudero y J. Fereres-Castie. *Rev Calid Asist.* 2012;**27(4)**:197-203
22. **Diseño de una estrategia multimodal incluyendo marketing sanitario para la mejora del cumplimiento de la higiene de manos Design of a multimodal strategy including health marketing for the improvement of hand hygiene fulfillment.**
Ramón Limón-Ramírez , María Teresa Gea-Velázquez de Castro y Jesús María Aranz-Andrés . *Med Clin (Barc).* 2014;142(11):505–511
23. **Improving hand hygiene in a paediatric hospital: a multimodal quality improvement approach** Ahmed Jamal, G O’Grady, E Harnett, D Dalton, D Andresen. *BMJ Qual Saf* 2012;21:171e176. doi:10.1136/bmjqs-2011-000056
24. Huis, A., Schoonhoven, L., Grol, R., Donders, R., Hulscher, M., & van Achterberg, T. (2013). **Impact of a team and leaders-directed strategy to improve nurses’ adherence to hand hygiene guidelines: a cluster randomised trial.** *International journal of nursing studies*, 50(4), 464-474.
25. Huis, A., Holleman, G., van Achterberg, T., Grol, R., Schoonhoven, L., & Hulscher, M. (2013). **Explaining the effects of two different strategies for promoting hand hygiene in hospital nurses: a process evaluation alongside a cluster randomised controlled trial.** *Implementation Science*, 8(1), 41.

ANEXO 1

Niveles de evidencia utilizados por GPC, RNAO. Adaptado de SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook 2008

Ia	Evidencia obtenida de la revisión sistemática y meta-análisis de ensayos controlados aleatorizados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado
IIb	Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasi experimental, no aleatorizado
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos
IV	Evidencia obtenida de la opinión o los informes elaborados por un comité de expertos, y / o las experiencias clínicas de autoridades en la materia

ANEXO 2



Higiene de manos básica

15/07/2013

Material

- Solución para el lavado de manos y esponja (según las directrices locales) 1 (Nivel III)
- Lavabo o instalaciones para el lavado de manos 2 (Nivel III)
- Toalla de papel para el secado de manos (si se lavan las manos) 1,2 (Nivel III)
- Loción o crema de manos (Nivel II)

Nota: Los dispensadores de jabón y esponja deben situarse lo más cerca posible del punto de cuidados. 2 (Nivel III)

Nota: hay que aspirar a realizar los procedimientos perfectamente, no muy bien. Adaptar la política de higiene de manos a las circunstancias locales, pero mantener la esencia del concepto y de la comprensión de unas buenas prácticas en cuanto a higiene de manos.

Procedimiento recomendado

- Quitar toda la joyería de la muñeca (y de la mano) antes de comenzar con el turno de trabajo clínico.1 (Nivel III)
- Cubrir cortes y abrasiones con apósitos impermeables.1 (Nivel III)
- Las uñas deben permanecer cortas y limpias, y sin esmalte.1 (Nivel III)
- El personal clínico no debe utilizar uñas postizas ni extensiones de uñas.2 (Nivel II)
- Se deben descontaminar las manos antes y después de cada episodio de cuidados o contacto directo con el paciente, cuando se atienda a varios pacientes, antes de cada uno, y cuando se realizan varias actividades de cuidados con el mismo paciente, antes de cada una 1 (Nivel I), y después de cualquier actividad o contacto que potencialmente resulte en la contaminación de las manos.1 (Nivel III)

- Las directrices locales determinarán las soluciones para el lavado de manos y los compuestos basados en alcohol.1 (Nivel III)

Por favor, téngase en cuenta: Se deben descontaminar las manos antes de cada episodio de cuidados que implique contacto directo con la piel del paciente, su comida, dispositivos o apósitos invasivos, después de cada episodio de cuidados al paciente y después de quitarse los guantes.1,2 (Nivel III)

LAVADO DE MANOS CON JABÓN LÍQUIDO

NOTA: se deben lavar las manos con jabón líquido si están visiblemente sucias o muy contaminadas con suciedad o material orgánico, o después de quitarse los guantes.1 (Nivel I)

- Humedecerse las manos con agua tibia corriente.1 (Nivel III)
- Aplicar la cantidad recomendada de jabón líquido o solución antimicrobial (véanse las indicaciones del fabricante).1 (Nivel III)
- La solución para el lavado de manos debe entrar en contacto con toda la superficie de la mano.1 (Nivel III)
- Frotar con vigor una mano contra la otra durante un mínimo de 10-15 segundos.1 (Nivel III-IV)
- Prestar particular atención a las puntas de los dedos, los pulgares y las zonas entre los dedos.1,2 (Nivel III)
- Enjuagarse las manos para eliminar minuciosamente el jabón.1 (Nivel III)
- Utilizar agua corriente del grifo limpia si es posible.2 (Nivel III)
- Secar con papel de buena calidad o con una toallita de uso individual.1,2 (Nivel III)

DESCONTAMINAR LAS MANOS CON SOLUCIONES A BASE DE ALCOHOL

NOTA: Las manos deben estar limpias de suciedad y materiales orgánicos para que la solución sea efectiva, y se recomienda utilizar un producto alternativo para el control local de infecciones al comienzo de algunas situaciones de brotes.

- La solución para el lavado de manos debe entrar en contacto con toda la superficie de la mano.1 (Nivel III)
- Frotar una mano contra la otra de forma vigorosa.1 (Nivel III)
- Prestar particular atención a las puntas de los dedos, los pulgares y las zonas entre los dedos.1 (Nivel III)

- Continuar lavando hasta que la solución se haya evaporado y las manos estén secas.¹ (Nivel III)
- Se deben lavar las manos con jabón líquido y agua después de varias aplicaciones consecutivas de soluciones basadas en el alcohol.¹ (Nivel IV)

Importante: Se recomiendan el uso habitual de una crema de manos efectiva y el secado minucioso de las manos después del lavado para ayudar a mantener la integridad de la piel.¹ (Nivel IV)

Referencias bibliográficas

1. Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SRLJ, McDougall C, Wilcox MH. epic2: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *J Hosp Infection*. 2007;65S:S1-64. (Level III-IV)
2. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. WHO guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft). Global patient safety challenge 2005-2006: clean care is safer care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006 Apr. 216 pgs. (Cited 2007, Dec 14). Disponible en:
<http://www.uofaweb.ualberta.ca/vpfinance/pdf/WHOHandHygieneGuidelines.pdf>