

Higiene de Manos. Evaluación de actitudes, conocimientos y conductas en profesionales sanitarios

Martos Cerezuela, Ildefonso^a. Poyato Ramos, Rafael^a. Rodríguez Lago, Juan Alfonso^a. Zafra Luque, Brígida^a Carretero García Adoración^b. Martín Sánchez, Encarnación.

a) Enfermero Centro de Salud Ciudad Jardín, Servicio Andaluz de Salud, Distrito Sanitario Málaga, Málaga, España.

b) Enfermera Hospital Regional Carlos Haya, Servicio de Pediatría, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España. C) Enfermera Hospital Regional Carlos Haya, Servicio Oncología Radioterápica, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España.

Autor para correspondencia: Ildefonso Martos Cerezuela
C/ México Edificio Villa México nº-2 1º-c 29010 Málaga
ilmace001@hotmail.com



1
Humedecer las manos



2
Colocar una dosis de jabón.



3
Jabonar toda la superficie de Mano y muñeca



4-a
Jabonar y frotar espacios interdigitales



RESUMEN

Objetivo: Evaluar la intención de conducta antes y después del contacto con el paciente, así como los conocimientos y las actitudes sobre la higiene de las manos en personal sanitario de un centro de salud urbano

Método: Estudio descriptivo transversal realizado en el Centro de Salud Ciudad Jardín (Málaga) durante el mes de febrero de 2011. Se autoadministró el cuestionario de higiene de manos y desinfección (CUHMD).

El Cuestionario de Higiene de Manos esta

constituido por dos bloques en total 60 variables o ítem. El primer bloque evalúa la intención de conducta antes y después del contacto con el paciente tras la realización de una intervención clínica mientras el segundo bloque se centra en evaluar los conocimientos y las actitudes del profesional sobre la higiene de manos. Cada ítem o variable se mide mediante una escala Likert con una graduación de 0 a 6, donde el 0 siempre será el valor mas bajo, 3 será un valor intermedio y 6 el mayor valor posible.

Resultados: La mayoría de las variables del bloque 1, el cual evalúa la intención de conducta antes y después del contacto con



el paciente tras la realización de una intervención clínica, obtienen la máxima puntuación posible.

En el bloque 2, donde evaluamos los conocimientos, la mitad de los ítem obtienen la máxima puntuación y el resto es muy variable.

Por último en el bloque 3, el cual evalúa las actitudes, hay una gran variabilidad en las respuestas.

Conclusiones: La actividad de higiene de manos se realiza más con fines de autoprotección que de protección del paciente. Presencia de conceptos erróneos y falta de actualización de los conocimientos relacionados con la higiene de manos. La actitud frente a la higiene de manos está en consonancia con lo reflejado en la bibliografía.

PALABRAS CLAVES

Higiene de manos, Conductas, Conocimientos, Actitudes, Sanitarios, Atención Primaria

ABSTRACT

Aim: Assess the behaviour's intention before and after coming into contact with the patient, as well as the knowledge and attitudes about hand hygiene in health of the staff in an urban health centre.

Method: Descriptive cross-sectional study carried out in Ciudad Jardín Health Centre (Málaga) in February 2011. Test CUHMD of hygiene of hands and disinfection (cuestionario de higiene de manos y desinfección) was self-managed.

CUHMD is made up of two blocks, 60 items in total. First block evaluates behaviour's intention before and after coming into contact with the patient, after the completion of a clinical intervention. Second block focuses on evaluating professional's knowledge and attitudes on hand hygiene. Each item is measured using a Likert scale, marked from 0 to 6, where 0 is always the lower value, 3 will be an averaged value and 6 the highest value.

Results: Most of items in block 1, which evaluates behaviour's intention before and after coming into contact with the patient, after the completion of a clinical intervention, get the highest grade. In block 2, half of

items items that assess the knowledge get the highest grade and there is a wide variation on the marks on the others. Items evaluating attitudes show us a wide range of answers.

Concluding remarks: Hand hygiene is carried out in order to be self-protected more than protecting the patient. Mistaken concepts appear and also a lack of updating in hands hygiene's knowledge. Attitude towards hands hygiene is in keeping with the bibliography.

KEYWORD

Hands Hygiene, disinfection, behaviors, knowledge, attitudes, health, primary care

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para los gestores y profesionales, que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura. Dentro de este contexto, como quedó demostrado por Semmelweis en el siglo XIX, la higiene de manos es una de las medidas más importantes para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas en general y de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en particular¹.

En España, la prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales en el año 2008 fue del 8,18%².

Aunque tradicionalmente se ha considerado que el riesgo para las infecciones en Atención Primaria es bajo, en nuestro Distrito Sanitario se está ampliando la cartera de servicios con la realización de procedimientos hasta hace poco realizados exclusivamente en el ámbito hospitalario, lo cual supone tanto para los trabajadores como para los pacientes un aumento en el riesgo de desarrollo y transmisión de infecciones, como ha quedado reflejado en el reciente estudio nacional de eventos adversos en atención primaria (APEAS). En este estudio se señala que los eventos adversos relacionados con la infección asociada a la asistencia sanitaria son un



8,4%³, equiparable a la prevalencia de infecciones nosocomiales hospitalarias.

Estos resultados ponen de manifiesto la existencia en nuestra sociedad de un grave problema de seguridad que afecta a miles de personas, complica los cuidados de los pacientes, contribuye a su muerte o a su discapacidad, favorece la aparición de resistencia a los antibióticos y genera un considerable coste adicional a la enfermedad⁴. Por ello la Organización Mundial de la Salud ha convertido el fomento de la higiene de manos en una estrategia fundamental para lograr alcanzar el primer reto global de la alianza mundial por la seguridad del paciente: *una asistencia limpia es una asistencia segura*^{5,6}.

Desde el compromiso con la calidad, con la mejora continua, con la excelencia en la prestación de los servicios y con la innovación en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Consejería de Salud desarrolla e impulsa la "Estrategia para la seguridad del paciente"⁷, la cual propone un conjunto ordenado de acciones cuyo objetivo es aumentar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando atención y cuidados más seguros, concretamente su objetivo 17 es "Prevenir la infección nosocomial"; para ello una de sus líneas de acción es "Fomentar el lavado de manos y uso correcto de guantes, dotando de infraestructuras y recursos necesarios (puntos de lavado, jabón, soluciones hidroalcohólicas, secamanos, guantes...) y su disponibilidad en Atención Primaria y Atención Hospitalaria".

Todas estas iniciativas están encaminadas a procurar el acceso a una atención sanitaria segura, no ya como un hecho deseable sino como un derecho básico de los ciudadanos y ciudadanas.

Acogiéndose a este marco estratégico de actuación de nuestra empresa, la dirección del centro de salud planteó a los profesionales sanitarios, como uno de los objetivos de la unidad, la obtención del distintivo manos segura, que otorga el Observatorio para la Seguridad del Paciente, órgano dependiente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. La obtención de dicho logo supone un reconocimiento para aquellos centros que han mejorado significativamente sus prácticas en higiene de las manos.

Como paso previo a esta acreditación, y con el objetivo de conocer en qué situación nos

encontrábamos, decidimos administrar a todo el personal sanitario del centro el Cuestionario de Higiene de Manos y Desinfección (CUHMD)⁸ para recoger la intención de conducta, conocimientos y actitudes sobre la higiene de manos en la atención sanitaria por parte de los profesionales que desempeñan su labor asistencial en nuestro centro.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo transversal realizado en el Centro de Salud Ciudad Jardín (Málaga) durante el mes de febrero de 2011. Participaron los 48 profesionales sanitarios del centro los cuales auto cumplimentaron el CUHMD.

El CUHMD (anexo 1) está constituido por dos bloques con un total de 60 variables o ítem. El primer bloque consta de 20 ítem con los cuales se comparan simultáneamente la intención de conducta antes del contacto con el paciente al que se le van a realizar una serie de intervenciones clínicas que pueden implicar riesgo de infección nosocomial al paciente, y la intención de conducta después del contacto con el paciente al que se le han realizado las mismas intervenciones clínicas cuya realización puede suponer la contaminación del personal que las realiza.

En el segundo bloque el cuestionario pretende evaluar los conocimientos y actitudes sobre la higiene de manos. De los 20 ítem que conforman este segundo bloque, los 10 primeros son preguntas relativas a aspectos relevantes sobre la asepsia en la atención sanitaria, mientras que los últimos 10 ítem miden la predisposición al aumento o disminución de la intención de conducta de higiene de manos.

Cada ítem o variable se mide mediante una escala Likert con una graduación de 0 a 6, donde el 0 siempre será el valor más bajo, 3 será un valor intermedio y 6 el mayor valor posible.

La participación fue totalmente voluntaria, desinteresada y anónima. Las variables recogidas fueron el sexo y la edad de los participantes y los 60 ítem del cuestionario. La acción de rellenar el cuestionario y entregarlo se consideró una autorización implícita para la inclusión en el estudio.



Las instrucciones para su realización se explicaron durante una presentación formal a todos los profesionales sanitarios del centro, el cuestionario se distribuyó individualmente a los participantes, los cuales lo auto cumplimentaron en el centro, empleando entre 15 y 25 minutos para responder a todos los ítem.

El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 18.0). Se utilizaron medidas de frecuencia expresadas como mediana y rango intercuartílicos debido a que las variables no seguían una distribución normal.

RESULTADOS

Auto cumplimentaron el cuestionario los 48 profesionales sanitarios que trabajan en el Centro de Salud, de los que 27(56%) eran mujeres. No hubo pérdidas. La edad media fue de 51,2 años sin diferencias entre sexos.

En la tabla 1 se reflejan los valores obtenidos en el primer bloque al comparar simultáneamente la intención de conducta antes del contacto con el paciente al que se le van a realizar una serie de intervenciones clínicas que pueden implicar riesgo de infección nosocomial al paciente y la intención de conducta después del contacto con el paciente al que se le han realizado las mismas intervenciones clínicas cuya realización puede suponer la contaminación del personal que las realiza.

Trece variables obtuvieron la máxima puntuación tanto antes como después de la intervención, dos no son valoradas antes del contacto pero sí después, tres presentaron una mayor valoración en el después en comparación al antes, uno no presentó diferencia de valoración en el antes y el después y por último uno presentó una mayor valoración en el antes en relación al después.

En la tabla 2 se reflejan los valores obtenidos por los 10 primeros ítem del bloque 2, los cuales evalúan los conocimientos sobre higiene de manos. De estos diez ítem cinco obtienen la máxima puntuación por parte de los encuestados, en los otros cuatro ítem la valoración oscila entre uno y cuatro con cinco.

En la tabla 3 se muestran los valores obtenidos por los 10 últimos ítem del bloque 2 los cuales evalúan las actitudes sobre la higiene de manos. Cuatro de los ítem obtienen una puntuación de uno, uno es valorada con cero, uno con dos, uno con tres, dos con cuatro y uno con cinco.

DISCUSIÓN

Participaron todos los profesionales sanitarios que trabajan en el centro, por lo que no hubo pérdidas, aportando consistencia a los resultados obtenidos.

Las respuestas obtenidas en las preguntas del primer bloque del cuestionario reflejan una actitud de autoprotección que podría explicarse porque los profesionales siempre perciben el riesgo potencial de infección una vez que han entrado en contacto con un paciente, pero no siempre se perciben ellos mismos como una posible fuente de infección para el paciente.

Como es sabido el lavado de manos está indicado al iniciar y terminar cualquier procedimiento terapéutico por el riesgo de exposición a fluidos orgánicos. Este concepto queda reflejado en los ítem 1-6-8-9-11-12 16-17-19 y en ellos se alcanza, tanto antes como después del contacto con el paciente, la mayor valoración posible. Estos resultados están en consonancia con los reflejados en el estudio de Martín Madrazo⁴ donde "Al estratificar por tipo de indicación de la OMS, la que presentó mayor grado de cumplimiento fue «después del riesgo de exposición a fluidos orgánicos»".

Los estudios y guías publicadas sobre el lavado de manos hacen hincapié en la necesidad de realizar este hábito higiénico antes y después de tocar al usuario o cualquier equipo o material en contacto con el.

Debemos reseñar que los ítem 13 (Tomar tensión arterial) y 15 (Poner medicación a través de llave tres pasos) no han sido valorados antes del contacto con el paciente pero sí después, alcanzando en ambos casos una puntuación de 6. Así mismo observamos una diferencia en la intención de conductas entre el antes y el después en los ítem 4 (Colocación de cables de monitorización cardiaca) y 20 (Elevar cama de paciente): en ambos casos el antes



obtiene una valoración de 4 y el después una valoración de 5,5.

En estas situaciones las intenciones de conducta observadas reflejan una tendencia que está en consonancia con lo señalado en otros estudios en los que se observa que esta actividad de higiene de manos antes y después de tocar al usuario o cualquier equipo o material en contacto con él, se realiza más con fines de autoprotección que de protección del paciente. Con relación a los datos del bloque 2 en líneas generales podemos decir que hay un conocimiento excelente sobre aspectos básicos como el lavado de manos cada vez que iniciemos un turno de trabajo o el riesgo que representa para la transmisión de infecciones el llevar las uñas largas, anillos o pulseras.

Sin embargo obtenemos respuestas claramente incorrectas para los ítem 45 (Cuando se utilizan guantes puede prescindirse de la higiene de manos) y 49 (La higiene de manos después de quitarse unos guantes íntegros no es necesaria) donde una gran mayoría de los encuestados piensa que se puede prescindir de la higiene de manos si utilizamos guantes o que ésta es innecesaria al retirarlos si los guantes permanecen íntegros.

A este respecto debemos recordar que el uso de guantes no evita el lavado de manos, pues aunque estos ofrecen protección, esta protección en ningún caso llega a ser total, porque el guante presenta riesgo de rotura, además de favorecer la sudoración de las manos con la proliferación de gérmenes que ello conlleva. Por todo lo expuesto debemos concluir que el uso de guantes no excluye el lavado de manos¹⁰.

Igualmente en los resultado de este bloque debemos reseñar como hecho destacable la valoración (4,5) obtenida en el ítem 46 (La higiene de manos antes de explorar a un paciente es importante pero lo realmente importante es hacerlo después), donde para los encuestados la higiene de manos antes de explorar a un paciente es importante pero lo realmente importante es hacerlo después. Nuevamente la encuesta refleja como la higiene de manos en determinadas situaciones se realiza más como una autoprotección del profesional que como un medio de proteger al paciente frente al riesgo de adquirir una infección nosocomial. Según la bibliografía revisada la reducción de la flora bacteriana es mayor cuando se

emplean soluciones de alcohol con respecto a otras formas¹¹. Esta evidencia científica contrasta con la valoración (2) obtenida en el ítem 50 (La solución alcohólica es más eficaz que el lavado de manos). Probablemente esta situación está relacionada con la resistencia, que en general, el personal sanitario manifiesta ante cualquier cambio de comportamientos previamente aprendidos⁸.

Antes de pasar a valorar los resultados del bloque 3, recordemos que con ella pretendíamos medir la actitud de los profesionales. Distintos estudios publicados muestran que el personal sanitario cumple las recomendaciones de higiene de mano en porcentaje muy inferior a lo deseable^{9,12,15}.

Entre las razones expuestas por los sanitarios para lo no realización de las recomendaciones referentes a la higiene de manos están la falta de tiempo o el escepticismo respecto al valor de la higiene de manos¹³.

Si ahora miramos al bloque 3 veremos que las variables más reseñadas por nuestros encuestados coincide plenamente con lo registrado en la bibliografía consultada: la falta de tiempo (ítem 59) y el escepticismo respecto al valor de la higiene de mano (ítem 54-55). Por último es reseñable dentro de este apartado la nula consideración que el ítem 60 (Los pacientes y sus acompañantes deberían preguntar si me he lavado las manos antes de la realización de alguna actividad) ha tenido para todos los participantes, cuando hay estudios que demuestran que los pacientes valoran positivamente que los sanitarios se laven las manos antes de realizar exploraciones y procedimientos clínicos¹⁴.

Nuestro trabajo presenta algunas limitaciones: muestra pequeña, limitada a un solo centro. Futuros estudios deben plantear valoración multicéntrica de la encuesta y explorar si la actividad formativa mejora el hábito de higiene de manos entre los profesionales.

A la vista de los resultados obtenidos concluimos:

- 1- La actividad de higiene de manos se realiza más con fines de autoprotección que de protección del paciente.
- 2- Presencia de conceptos erróneos y falta de actualización de los conocimientos relacionados con la higiene de manos.
- 3- Actitud frente a la higiene de manos esta en consonancia con lo reflejado en la



bibliografía.

AGRADECIMIENTO

A los médicos, pediatras, enfermeras, matrona y auxiliares de enfermería del Centro de Salud "Ciudad Jardín"

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses



REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Jiménez Sesma ML, Vicastillo Pardo V. El impacto actual del lavado de manos. *Medicina Naturista* 2008; 2 (2): 123-9.
2. Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España EPINE 1990-2008:19 años. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (consultado 9/5/2011). Disponible en: <http://www.vhebron.es/ac/preventiva>
3. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Informes, estudios e investigación 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo. (consultado 9/5/2011). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03 doc.htm>.
4. Martín-Madrado C, Salinero-Fort MA, Cañada Dorado A, Carrillo De Santa-Pau E, Soto-Díaz S y Abánades-Herranz JC. Evaluación del cumplimiento de higiene de las manos en un área de atención primaria de Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29(1):32-5.
5. Pittet D, Donaldson L. Clean care is safer care: The first global challenge of the WHO world alliance for patient safety. *Am J Infect Control*. 2005; 33:476-79.
6. Pittet D, Allegranzi B, Boyce J. World Health Organization World Alliance for Patient Safety First Global Patient Safety Challenge Core Group of Experts. The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care and Their Consensus Recommendations. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009; 30:611-622.
7. Consejería de Salud. Estrategia para la Seguridad del paciente. Edita Consejería de Salud 2006 (consultado 3/5/2011). Disponible en: <http://www.csalud.junta-andalucia.es/seguridad/>
8. González-Cabrera Joaquín, Fernández-Prada María, Martínez-Bellón María Dolores, Fernández-Crehuet Milagros, Guillén-Solvas José, Bueno-Cavanillas Aurora. Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas, conocimientos y actitudes sobre la higiene de las manos en personal sanitario en formación. *Rev. Esp. Salud Pública* [revista en la Internet]. 2010 Dic [citado 2011 Feb 10] ; 84(6): 827-841. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000600012&lng=es
9. Novoa AM, Macia F, Caxtell X, Pi-Sunyer MT. ¿La formación sanitaria aumenta el cumplimiento de la higiene de manos?. *Todo Hospital*. 2006; 230: 528-30.
10. Control de infecciones. Lavado de manos: la primera forma de prevenir infecciones (editorial). *Nursing*. 2002; 20 (5): 50.
11. Elola Vicente P. Higiene de las manos en el personal sanitario: como aumentar y evaluar su cumplimiento. *Todo Hospital*. 2005; 214: 80-6.
12. López Malta C. Lavado de manos. Un cambio de paradigma. *Rev Rol Enf*. 2003; 26 (11): 12-6.
13. Carro C, Camilleri L, Traore O, Badrikian L, Legault B, Azarnoush K, et al. An in-use microbiological comparison of two surgical hand disinfection techniques in cardiothoracic surgery: hand rubbing versus hand scrubbing. *Journal of Hospital Infection* 2007; 67(1): 62-6.
14. Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information *Br J Nurs*. 2007; 16 (1): 34-8.
15. Sánchez-Paya 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.

