

Estudio Prospectivo de Lavado de Manos del Personal en Unidad de Cuidados Intensivos

Ortega Emilce*, Aquino Norma, Benítez Mabel

Resumen

La transmisión de microorganismos de las manos del personal de la salud a pacientes a su cuidado es la principal causa de infección cruzada en el medio hospitalario, la medida más efectiva para prevenir esta situación es el lavado de manos.

Se realizó estudio prospectivo dividido en 2 etapas durante un brote de *Staphylococcus aureus* meticilinoresistente en la Unidad de Cuidados Intensivos en Marzo de 1999; para evaluar el conocimiento y cumplimiento del lavado de manos. En la primer etapa se indagó sobre el conocimiento de la técnica correcta del lavado de mano al personal médico y no médico, luego se realizó educación a todo el personal de la unidad, con posterior evaluación del aporte de la educación. En la segunda etapa se observó 124 procedimientos, 30 de ellos fueron invasivos; el lavado de mano se cumplió solo en un 50% de los procedimientos.

Introducción

El lavado de manos es la medida más efectiva para prevenir la transferencia de microorganismos entre el personal y pacientes en el medio hospitalario, reduciendo en forma significativa la morbilidad y mortalidad inherentes a las infecciones intrahospitalarias además de disminuir sustancialmente los gastos hospitalarios. A fin de evaluar conocimiento y adherencia de esta sencilla medida por parte del personal de salud en la Unidad de Cuidados Intensivo (UCI) de nuestro hospital hemos realizado el siguiente trabajo prospectivo.

Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo observacional para evaluar el cumplimiento del (LM) durante un brote de *Staphylococcus aureus* meticilinoresistentes (SAMR) en marzo de 1999 en la UCI del Hospital Escuela Gral. José F. de San Martín; servicio que cuenta con 9 camas, separadas en 7 boxes, cada uno de ellos posee un lavatorio dotado de agua corriente y dosificador de jabón antiséptico y toallas de papel descartables.

El estudio se dividió en 2 etapas: la primera evaluativa y educativa y la segunda observacional donde participaron 8 médicos, 13 enfermeros, 5 kinesiologos y 8 técnicos.

Unidad de Infectología Hospital Escuela Gral. José F. de San Martín Corrientes

En la primer etapa se realizó una encuesta escrita de 10 preguntas destinadas a evaluar el conocimiento de los tipos de LM, técnicas: duración, uso de soluciones antisépticas, jabón común y secado, luego se realizó educación a través de charlas utilizando material audiovisual dirigidas por médicos infectólogos y enfermera de control de infecciones donde se enfatizó el tipo, duración, ocasión, soluciones a utilizar y uso de guantes; al personal de enfermería, técnicos y personal médico de la UCI, al finalizar la educación se evaluaron la adquisición de nuevos conocimiento por encuestas escrita.

En la segunda etapa, se hizo un seguimiento por observación pasiva y sin conocimiento del personal.

Las observaciones las realizaron integrantes de control de infecciones (enfermeras y médicos del servicio de infectología) en el turno mañana y de tarde en la unidad de UCI por 10 minutos o hasta la finalización de cada procedimiento por 5 días consecutivos.

Cada observación se asentaba luego en una planilla de seguimiento donde se lo clasificó como invasivos: colocación de catéteres centrales, punciones de cavidades estériles, extracción de sangre y no invasivos, y las variantes tomadas fueron: duración, antisépticos o jabones empleados, secado y uso de guantes; luego cada planilla fue evaluada y clasificada como técnica correcta o incorrecta.

Resultados

En la primer etapa se realizó un total de 57 encuestas en la que participaron médicos, enfermeros, kinesiologos, técnicos de laboratorio y de hemoterapia.

Respondieron en forma correcta el 75% de los médicos, igual porcentaje se obtuvo entre los enfermeros y kinesiologos. Entre los técnicos encuestados el 60% respondieron en forma correcta.

Con la introducción de la educación se logró aumentar un 10 % más de respuestas correctas entre los (M) 18% más entre los (E) y (K) y 17,5 % más en los (T).

En la segunda etapa se observó 124 procedimientos en total de ellos un 24% (30) fueron invasivos. Los médicos realizaron 33 procedimientos, el 66% (20) de ellos con técnicas invasivas; el cumplimiento de un correcto (LM) se observó en el 50% del total de los procedimientos. Los enfermeros realizaron 30 procedimientos, el 30% (10) fueron invasivos, el cumplimiento del (LM) fue de un 65 % del total de los

procedimientos. Entre los (k) se evaluaron 42 procedimientos; el cumplimiento del (LM) se observó en el 57% de los mismos. Los (T) llevaron a cabo 16 procedimientos, el lavado de mano ideal lo realizaron en el 57% (9) del total de los procedimientos.

Discusión

La emergencia de gérmenes resistentes y su posterior diseminación entre el personal de salud y pacientes es pasible de ser disminuida en forma importante con un correcto lavado de manos (1) y este beneficio ha sido largamente demostrado desde hace 150 años oportunidad en que Semmelweis notó menor morbilidad y mortalidad de los pacientes, cuando el personal de salud se lavaba las manos (2).

Este estudio al igual que muchos otros demuestran (3) que la práctica de lavarse las manos no es fácil de lograr y que el porcentaje del personal de salud que se lavan sus manos durante el cuidado diario de los pacientes es inaceptablemente bajo.

El conocimiento sobre la técnica correcta del lavado de manos y las situaciones que la requieren es relativamente bueno, el 75% del personal encuestado contestó en forma correcta, a través de charlas educativas se obtuvo aumentar el porcentaje del conocimiento de la técnica como lo demuestra la encuesta post educación lo que evidencia que la incorporación del hábito del lavado de manos es mucho más complejo y que no se basa simplemente en la educación del personal de salud como queda demostrado en este trabajo al igual que otros publicados (4-5) por discordancia existente de un 40% entre el conocimiento y el cumplimiento de la práctica sencilla de lavarse las manos.

Durante el período de seguimiento se observó que el personal de salud cumplía con el lavado de manos en la mitad de las situaciones que lo requerían; probablemente haya un sesgo en el porcentaje de cumplimiento de esta práctica por la presencia de integrantes del área de control de infecciones, en situaciones de no-vigilancia seguramente que el porcentaje real de adhesión de esta práctica será menor.

Diversos son los factores que impiden la adherencia al hábito de lavarse las manos entre los que se consideran la accesibilidad del lugar y los elementos necesario para un lavado efectivo

El tiempo es otro factor a considerar, 20" es tiempo mínimo requerido por cada lavado de manos (6), lo que impide el cumplimiento cuando hay una demanda alta de trabajo ya sea por el número de paciente que se deba asistir o por la gravedad de los pacientes que requieran múltiples procedimientos invasivos para lograr un soporte vital adecuado.

El lavado de manos frecuente ocasiona sequedad y enrojecimiento de la piel situaciones que predisponen a lesiones todo estos elementos dificultan la aceptación de los lavados

frecuentes, actualmente existen fórmulas de antisépticos que contienen emolientes que disminuyen estos efectos adversos, probablemente se logre mayor adhesión con la incorporación de los antisépticos menos abrasivos (7).

Extrapolar nuestros resultados a la de otros trabajo seguramente no es correcto por las diferencias de infraestructura, por el número y tiempo limitado del seguimiento, lo que sí podemos afirmar que el cumplimiento de lavado de manos es una situación no enteramente resuelta y es independiente de las características del lugar del trabajo.

Conclusión

El no-cumplimiento del lavado de manos entre el personal de salud es un problema importante en los hospitales y está asociado a varios factores inherentes a la característica de infraestructura y complejidad del lugar de trabajo y a los hábitos individuales de los trabajadores. Observamos que la incorporación de educación es importante pero que este simple hecho no garantiza el cumplimiento del lavado de manos.

Las medidas dirigidas para optimizar el cumplimiento de un correcto (LM) se deben centralizar en proveer sustancias antisépticas de rápida aplicación y de alta efectividad y con pocos efectos adversos sobre las manos y de este modo lograr la disminución de la diseminación de gérmenes intrahospitalarios desde las manos del personal de salud hacia los pacientes internados.

Bibliografía

- 1- APIC Guidelines for infection control. Guidelines for hand washing and hand anti sepsis in health care settings. AJIC 1995; 23: 251,269
- 2- Goldman E, Rotter M.L. Estrategias para prevenir y controlar la emergencia y dispersión de microorganismos resistentes en el hospital. JAMA 1996; 275 3: 234-40.
- 3- Lavados de manos. Vision (Publicación de la sociedad Argentina de enfermeros en control de infecciones) 1998; 24: 4 -18.
- 4- Wade I. Higiene hand desinfection por the removal of epidemic vancomycin resistant Enterococcus faecium an gentamicin resistant Enterobacter cloacae. J Hosp Infec 1991;18: 211-218.
- 5- Mayhall C. Hand Washing and hand disinfection. Hospital Epidemiology and Infection, Williams Q., Wilkins. Baltimore. 1996; pag 1052-68.
- 6- Didier Pittet, Philippe Mourouga, Thomas V.Perneger. Compliance with Handwashing in a Teaching Hospital. Ann Intern Med. 1999; 130 2:126. -29.
- 7- Jhon M. Boyce Editorial It is time for action: improving hand hygiene in hospitals. Ann Intern Med 1999; 130 2:153-54.