HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

Programa para la Mejora de la adherencia a la Higiene de Manos de los miembros del equipo de salud

Introducción

La higiene de manos es una de las principales medidas para la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS). Es una medida eficaz, sencilla y de bajo costo. Las IACS son consideradas un riesgo mayor para la seguridad de los pacientes y una prioridad para toda institución comprometida con una atención segura de los pacientes como el Hospital Italiano de Buenos Aires.
El termino **Higiene de manos** se refiere al lavado de manos con agua y jabon durante 60 segundos cuando estan visiblemente sucias o la higiene con soluciones con base alcoholica (gel alcohol al 70%), que es el metodo de eleccion, durante 30 segundos cuando las manos no estan visiblemente sucias, en cada uno de los 5 momentos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ver Figura 1 y 2.

En este programa definimos nuestra política hospitalaria acorde a las guías de la Organización Mundial de la Salud (1), promoviendo la higiene de manos marcando 5 momentos que son (ver figura 3):

1) Antes del contacto con el paciente
2) Antes de realizar un procedimiento invasivo
3)Después del contacto con fluidos corporales
4)Luego del contacto con el paciente
5) Al retirarse de la habitación.

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

Figura 1

¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBLEMENTE SUCIAS!

DE LO CONTRARIO, USE UN PRODUCTO DESINFECTANTE DE LAS MANOS

Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos

Organización Mundial de la Salud

Seguridad del paciente
Alianza mundial en pro de una atención de salud más segura

SALVE VIDAS
Límpiese las manos

Todo tipo de precauciones posibles han sido tomadas por la Organización Mundial de la Salud para verificar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado es distribuido sin ninguna responsabilidad ya sea literal o implícita. La responsabilidad por la interpretación y el uso de este material es del lector. En ningún caso, la Organización Mundial de la Salud es responsable por daños relacionados a su uso.

La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra, en especial a los miembros del Programa de Control de Infecciones, por su activa participación en el desarrollo de este material.

Mayo 2009

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

Figura 2.

Figura 3.

A fin de cumplir con este objetivo nuestra institución a través del Comité de Control de Infecciones junto a la Dirección médica, cumplirá con estas 6 fases del programa:

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

1. **Recursos para la Higiene de manos**: Facilitar los recursos para la higiene de manos, como el gel alcohol en frascos y dispensers (evaluando su aceptación en los usuarios) piletas para lavado de manos accesibles, jabón líquido y jabones líquidos antisépticos. Estas acciones se realizan en forma conjunta con miembros de la Dirección Medica, Equipo de Hotelería, Mantenimiento, Compras, Departamento de Obras y Proyectos.
2. **Capacitaciones**: Realiza Capacitaciones en los distintos grupos del personal de personal de salud en el ingreso a la institución y posteriormente.
3. **Evaluaciones**: Evalúa la adherencia a esta práctica, basal y posterior a las intervenciones.
4. **Recordatorios:** Promueve la presencia de recordatorios en la Institución sobre la Higiene de Manos y la Campaña anual del DIA de la Higiene de Manos junto con Comunicación Institucional.
5. **Feedback:** Realiza devoluciones a los distintos grupos.
6. **Reevaluar estrategias**: Diseña estrategias para mejorar la adherencia y acompañar su implementación.

Objetivo específico
Promover la Higiene de Manos y lograr una adherencia a la Higiene de Manos del 100% en toda la institución.

A continuación describimos como se ha trabajado en cada uno de los aspectos descriptos anteriormente:

1. Asegurar los **recursos disponibles** en todo el hospital
   a. Se realizaron reuniones en gestionadas por la Dirección Medica, Dr. Tejerizo, convocando a un grupo multidisciplinario (Equipo de Hotelería, Mantenimiento, Compras, Farmacia) para disponer de gel alcohol en todo el hospital. Aumentando la cantidad de dispensers de gel alcohol en todas las áreas, disponiendo de un gel alcohol sin dificultades en su abastecimiento, aceptado por el personal de salud (gel alcohol al 70% BiAlcohol y Pervicol) y alcohol en spray (Kimberley Clarke)...
   b. Se reevaluó el sitio de colocación de los dispensers para facilitar la higiene de manos, ejemplo en el edificio Testa.
   c. Se realizo una comparación de los costos del gel alcohol vs. el alcohol en spray sin observar diferencias significativas en el costo.
   d. Se decidió comenzar a retirar el jabón líquido neutro de las unidades críticas y reemplazarlo por clorhexidina al 2% para mejorar la higiene de manos y por la emergencia de gérmenes multiresitentes.
   e. Se realizara nueva evaluación de cómo se está respecto al recurso en todo el hospital.

2. **Capacitaciones e**n los distintos grupos del personal de personal de salud en el ingreso a la institución y posteriormente. Estas capacitaciones se enfocan en los puntos de resistencia del personal de salud

    a. Capacitaciones en Higiene de manos en los estudiantes del Instituto Universitario del Hospital italiano.
    b. Capacitaciones en Higiene de manos al ingreso de los residentes del Hospital Italiano.
    c. Se presentaron los datos obtenidos a través de los ateneos médicos, donde se discutió, además, la importancia de aumentar la adherencia de higiene de manos, se citaron trabajos que aportaron evidencia científica (la mayoría tomados del programa propuesto por la WHO) sobre los beneficios del cumplimiento de esta práctica. Los grupos médicos incluidos fueron: Clínica Médica, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología. En todos ellos se incluyeron médicos de staff y residentes, clínicos y cirujanos.
    d. Se presentaron los datos obtenidos a cada uno de los sectores incluidos en el programa de valoración mediante las siguientes actividades:
        a. **UTIM**: Se realizaron reuniones con Médicos y Enfermeros, donde se presentaron los datos y discutieron estrategias para mejorar la adherencia, que serían implementadas por el Servicio. Entre las estrategias se propuso exponer los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería
        b. **UTIA**: En Ateneo del Servicio se presentaron los datos a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos. Como estrategia para la difusión de los resultados y aumento de adherencia se propuso: Publicación de los resultados en carteleras ubicadas en sala de médicos, en estar de descanso de Enfermería, en pizarra de sala de ateneos. También se ubicaron dichos datos en el Foro Virtual del Servicio, donde se invitó a aumentar la adherencia a la higiene de manos.
        c. **UCIC**: Se presentaron los datos en ateneos Médicos, en ateneos de Enfermería. Se trabajó con jefes Médicos y Supervisores de Enfermería, estrategias a implementar por el Servicio para aumentar la adherencia a la higiene de manos. Entre las estrategias se propuso exponer los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería
        d. **UTIP**: Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los

gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.

e. **NEO**: Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
f. **Sector 8 y 9**: Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
g. **Sectores 15, 20 y 36**: Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
h. **Se utilizó la placa de logueo**: A través de esta placa se informó a todos los profesionales médicos y no médicos, que accedían a la intranet del Hospital, que la adherencia a la Higiene de Manos es una de las políticas de la Institución

e. Se les entrego material a representantes líderes del hospital para que divulguen el mensaje de higiene de manos (Dr. Wahrren, Dra. Claudia Kesckes, Dr. Anibal Arias, Dr. Michelangelo, Dr. Waisman, Dr. Bruno Ferreyro).

En base a los resultados obtenidos de la segunda valoración, entre los meses de julio y agosto se realizaron las siguientes actividades:

- Se mantuvieron reuniones con la Dirección Médica y con Gerencia de Abastecimiento y Farmacia para asegurar la provisión de insumos necesarios en la higiene de manos como lo son alcohol gel para manos y la necesidad de cambiar la calidad del gel ya que los usuarios manifestaban episodios de dermatitis por el uso de dicho producto.
- Se presentaron los datos obtenidos a través de los ateneos médicos, donde se discutió, además, la importancia de aumentar la adherencia de higiene de manos y posibles barreras en el cumplimiento de esta práctica. Los grupos médicos incluidos fueron: Clínica Médica, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología. En todos ellos se incluyeron médicos de staff y residentes, clínicos y cirujanos.
- Se presentaron los datos obtenidos a cada uno de los sectores incluidos en el programa de valoración mediante las siguientes actividades:

- **UTIM**: Se realizaron reuniones con Médicos y Enfermeros, donde se presentaron los datos y discutieron estrategias para mejorar la adherencia, que serían implementadas por el Servicio. Se mantuvo la exposición de los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se re capacitó a Médicos y Enfermeros, de todos los turnos, en la técnica de higiene de manos utilizando campana de luz y visión de fluorescencia.
- **UTIA**: En Ateneo del Servicio se presentaron los datos a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos. Como estrategia para la difusión de los resultados y aumento de adherencia se mantuvo: Publicación de los resultados en carteleras ubicadas en sala de médicos, en estar de descanso de Enfermería, en pizarra de sala de ateneos. También se ubicaron dichos datos en el Foro Virtual del Servicio, donde se invitó a aumentar la adherencia a la higiene de manos. Se agregó re capacitación a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos a través del uso de campana de luz y visión de fluorescencia en todos los turnos. Se comenzó con la identificación de profesionales del Servicio y externos, que no adhirieran a la higiene de manos. Se les realizó en principio un llamado de atención, donde además se les indicaba que quedaban registrados y en caso de re incidencia se comunicó el nombre a los jefes del Servicio.
- **UCIC**: Se presentaron los datos en ateneos Médicos, en ateneos de Enfermería. Se trabajó con jefes Médicos y Supervisores de Enfermería, estrategias a implementar por el Servicio para aumentar la adherencia a la higiene de manos. Entre las estrategias se propuso exponer los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se agregó re capacitación a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos a través del uso de campana de luz y visión de fluorescencia en todos los turnos. Se implementó un sistema anónimo de identificación de profesionales que no adherían a la higiene de manos, con quienes luego se mantuvieron reuniones para que adoptaran dicha medida.
- **UTIP**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
- **NEO**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con

supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se agregó la publicación de los datos en el Foro Virtual del Servicio.

- **Sector 8 y 9**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
- **Sectores 15, 20 y 36**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Miembros del Comité de Control de Infecciones acompañaban a los distintos grupos Médicos durante su recorrida (Patrullas), donde indicaban las oportunidades presentadas para la higiene de manos y las aprovechadas.
- **Áreas de internación general**: Miembros del Comité de Control de Infecciones acompañaban a los distintos grupos Médicos durante su recorrida (Patrullas), donde indicaban las oportunidades presentadas para la higiene de manos y las aprovechadas.
- **Se utilizó la placa de logueo**: A través de esta placa se informó a todos los profesionales médicos y no médicos, que accedían a la intranet del Hospital, la tasa de adherencia, invitando a aumentarla.
- **Recorridas de los miembros del Comité de Infecciones**: Los miembros del Comité de Control de Infecciones, aprovechaban las recorridas diarias para la observación incidental (no sistemática) de la adherencia a la Higiene de Manos. En caso de necesidad, intervenía invitando al cumplimiento de la medida.

En base a los resultados obtenidos de la tercera valoración, entre los meses de octubre y noviembre se realizaron las siguientes actividades:

- Se mantuvieron reuniones con Gerencia de Abastecimiento para asegurar la provisión de alcohol gel para manos y ajustar la provisión a las áreas de internación de productos que no afecten la piel, ya que en algunos sectores se mantenían calidades anteriores.
- Se presentaron los datos obtenidos a través de los ateneos médicos, donde se discutió, además, la importancia de aumentar la adherencia de higiene de manos y posibles barreras en el

cumplimiento de esta práctica. Los grupos médicos incluidos fueron: Clínica Médica, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología. En todos ellos se incluyeron médicos de staff y residentes, clínicos y cirujanos.

- Se distribuyó cartelería alusiva a la higiene en todos los Sectores del Hospital, incluyendo áreas ambulatorias.
- El Servicio de Oftalmología incluye el mensaje recomendando la Higiene de Manos, al comienzo de sus ateneos.
- Se presentaron los datos obtenidos a cada uno de los sectores incluidos en el programa de valoración mediante las siguientes actividades:
    - **UTIM**: Se realizaron reuniones con Médicos y Enfermeros, donde se presentaron los datos y discutieron estrategias para mejorar la adherencia, que serían implementadas por el Servicio. Se mantuvo la exposición de los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
    - **UTIA**: En Ateneo del Servicio se presentaron los datos a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos. Como estrategia para la difusión de los resultados y aumento de adherencia se mantuvo: Publicación de los resultados en carteleras ubicadas en sala de médicos, en estar de descanso de Enfermería, en pizarra de sala de ateneos. También se ubicaron dichos datos en el Foro Virtual del Servicio, donde se invitó a aumentar la adherencia a la higiene de manos. Se mantuvo la identificación de profesionales del Servicio y externos, que no adhirieran a la higiene de manos. Se les realizó en principio un llamado de atención, donde además se les indicaba que quedaban registrados y en caso de re incidencia se comunicó el nombre a los jefes del Servicio.
    - **UCIC**: Se presentaron los datos en ateneos Médicos, en ateneos de Enfermería. Se trabajó con jefes Médicos y Supervisores de Enfermería, estrategias a implementar por el Servicio para aumentar la adherencia a la higiene de manos. Se mantuvo la exposición de los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se agregó envío de listado de profesionales que no adhirieron a la higiene de manos, al jefe de la Unidad, quien se reunía para comunicarles la importancia de su cumplimiento.
    - **UTIP**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en

sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se re capacitó en todos los turnos a través del uso de campana de luz y visión de fluorescencia

- **NEO**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se mantuvo la publicación de los datos en el Foro Virtual del Servicio. Se re capacitó a través del uso de campana de luz y visión de fluorescencia a médicos y enfermeros de todos los turnos.
- **Sector 8 y 9**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. La información fue extendida a interconsultores.
- **Sectores 15, 20 y 36**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Recorridas de Miembros del Comité de Control de Infecciones observando oportunidades e invitando al cumplimiento en casos que se observaba su falta.
- **Áreas de internación general**: Recorridas de Miembros del Comité de Control de Infecciones observando oportunidades e invitando al cumplimiento en casos que se observaba su falta.
- **Se utilizó la placa de logueo**: A través de esta placa se informó a todos los profesionales médicos y no médicos, que accedían a la intranet del Hospital, la tasa de adherencia y el Servicio que logró la mayor tasa, invitando a todos a sumarse y aumentar la tasa global.
- **Recorridas de los miembros del Comité de Infecciones**: Los miembros del Comité de Control de Infecciones, aprovechaban las recorridas diarias para la observación incidental (no sistemática) de la adherencia a la Higiene de Manos. En caso de necesidad, intervenía invitando al cumplimiento de la medida.

- En el mes de diciembre de 2013 se realizó la última medición, si bien los resultados fueron informados a cada Sector, debido a que es

período de vacaciones, se realizan intervenciones incidentales más específicamente, a cargo de los Miembros del Comité de Control de Infecciones durante las recorridas que se realizan por los distintos sectores.

- Se ha programado la próxima medición de la adherencia para la semana del 17 de marzo de 2014, posterior a la cual se realizará la primera intervención de dicho año.
-

3. **Evalúaciones** de la adherencia a esta práctica.

Mediciones de adherencia

Para el año 2013 se propuso el siguiente calendario de mediciones de adherencia: marzo, junio, septiembre y diciembre.

Las mediciones de la adherencia se realizaron a través de la observación directa. Dichas observaciones estuvieron cargo de observadores pasivos, distribuidos de la siguiente forma:

- **Unidades Intensivas**: Observadores ciegos que estaban rotando por el Comité de Control de Infecciones. Estos observadores fueron entrenados sobre la metodología de observación.
- **Áreas de Internación General**: Las observaciones las realizaron los familiares de pacientes internados o el mismo paciente, si su estado lo permitía. Los familiares y/o pacientes fueron invitados a participar, una vez que aceptaban se los entrenaba en la metodología de la observación y forma de registro, previa explicación de la importancia de la higiene de manos. Se les entregó una ficha de registro de las observaciones y del cumplimiento.
- **Elección de familiares y/o pacientes**: Para la elección de los familiares y/o pacientes que pudieran participar en el programa de valoración de la adherencia, se tomó en cuenta que pudieran acceder visualmente a los dispensadores de alcohol gel para manos y/o pileta de lavado de manos.
- **Definición de oportunidades de higiene de manos**: Las dos primeras mediciones la oportunidad evaluada estuvo definida de la siguiente forma: “el profesional de la salud debe higienizar sus manos inmediatamente antes del contacto con el paciente”. Esta definición fue modificada para las dos siguientes mediciones por sugerencia de Joint Commission, a “todo profesional de la salud debe higienizar sus manos al ingreso a la unidad paciente y al salir de la misma”. **Para el análisis de los datos** obtenidos, se consideraron tanto las oportunidades pre contacto con el paciente, como las post contacto, como oportunidades

de higiene de manos observadas y oportunidades aprovechadas (o cumplidas).

- **Sectores seleccionados**: Unidad de Terapia Intermedia de Adultos (UTIM); Unidad de Terapia Intensiva de Adultos (UTIA); Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC); Unidad de Terapia Intensiva de Pediatría (UTIP); Neonatología (NEO); Sectores de internación general para adultos 15; 20 y 36; Sectores de internación pediátrica 8 y 9.

4. Recordatorios en la Institución sobre la Higiene de Manos y la Campaña anual del DIA de la Higiene de Manos junto con Comunicación Institucional.

    a. Se colocaran recordatorios en las puertas de las habitaciones del pacientes que refuercen el concepto de la higiene de manos antes y después del contacto con el paciente.
    b. Se colocaran carteles o autoadhesivos en los dispensers de gel alcohol para reforzar la Higiene de Manos.
    c. Se continuaran con los mensajes en la intranet sobre la Higiene de Manos.

5. Devoluciones a los distintos grupos: Se les entregara en cada una de las evaluaciones un informe a Departamento de Cirugía, Departamento de Clínica medica, Departamento de Diagnostico, departamento de Enfermería y Dirección Medica. Se realizan ateneos con cada una de estas áreas para comunicar situación a todo el personal.

    - Devolución de datos de mayo (realizadas UTIA, UTIM, Clínica Medica, Pediatría, UCO enfermería pendientes UCO médicos y Traumatología)
    - Devolución con gráficos de adherencia en cada sector
    - Presentación e implementación de estrategias junto con datos

Anexo I

Se realizaron mediciones de la adherencia a través de estudios transversales de una semana, con una frecuencia mensual (ver esquema propuesto en Anexo II y V), a cargo de observadores pasivos.
Se establecio como **periodo de observación** el comprendido entre los meses de marzo de 2013 y diciembre de 2013.

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

Frecuencia de observación:trimestrales para cada sector incluido en el estudio.
Número de observaciones: número igual o mayor de 30 observaciones por semana y por sector. Para establecer este número de observaciones se tomó como base de adherencia global, datos históricos de adherencia a la Higiene de Manos en el Hospital Italiano de Buenos Aires. También se tomarán como línea de base los datos de los sectores donde se hayan realizado mediciones.

Fases del programa: Se prevén dos fases para este estudio. Ver cronograma de actividades propuestas anexo I. Estas fases desarrollarán en forma alternada en cada sector incluido en el estudio.

- **Fase de Medición**: Es el periodo donde los observadores pasivos realizan y registran las observaciones.
- **Fase de Intervención**: En este periodo, se le devolverá los resultados a cada servicio evaluado y se discutirán con ellos estrategias a implementar hasta la medición siguiente.

Los **sectores incluidos** en el programa son: Unidad de Terapia Intensiva de Adultos. Unidad de Cuidados Coronarios, Unidad de Terapia Intermedia de Adultos, Unidad de Terapia Intensiva de Pediatría, Neonatología, Sector 8, Sector 9, Sector 15, Sector 20, Sector 36.
Poblaciones que se incluyen en el estudio: Las observaciones están orientadas a evaluar la adherencia de Médicos y de Enfermeros en los **sectores de internación general** y un apartado donde se incluyan otros profesionales.
En las **unidades intensivas** se agrega a Kinesiólogos, técnicos de Laboratorio y Técnicos de Rayos.
Se tomará como indicadores de higiene de manos a las oportunidades cumplidas o aprovechadas de las oportunidades para higiene de manos totales observadas (medición compuesta).
Para establecer la adherencia a la higiene de manos se programan tiempos de mediciones trimestrales siguiendo el protocolo presentado a continuación:

Oportunidades de higiene de manos: Se denominan a todos aquellos momentos en los que está indicado higienizar las manos. Para las mediciones en el Hospital Italiano de Buenos Aires, se tomará como referencia “Los 5 Momentos” propuestos por la Organización Mundial de Salud, los que serán agrupados en “Antes y Después” para los registros de las observaciones a fin de facilitar la participación de los pacientes y/o familiares, a la vez de unificarlo con las observaciones realizadas por miembros del equipo de salud en las unidades críticas. En la tabla a continuación se especifican los momentos incluidos en cada grupo:

Antes	Después
Momento 1: Antes del contacto con el paciente **Momento 2**: Antes de realizar una tarea limpia o aséptica	**Momento 3**: Después de la exposición a sangre y/o fluidos corporales **Momento 4**: Después del contacto con el paciente

	Momento 5: Después del contacto con el entorno del paciente

Oportunidad a provechada o cumplida: Se registrará como oportunidad aprovechada o cumplida, cuando se observe que el integrante del equipo de salud higieniza sus manos en el "Antes" y/o el "Después", lavando sus manos con agua y jabón, con agua y jabón antiséptico (indicado para el 2° momento) o aplicando solución con base alcohólica para manos.

Tiempos de Medición: definimos como tiempos de medición cada periodo destinado a la observación y registro de las oportunidades de higiene de manos, tanto cumplidas como perdidas. Este tiempo de medición puede extenderse una semana adicional en aquellos casos donde no se alcance el N mínimo propuesto. Los tiempos de medición no son anunciados.

Tiempos de medición programados: las fechas establecidas para la medición de 2014 son:

- Primera Medición: Semana del 12 de marzo al 19 de marzo de 2014
- Segunda Medición: Semana del 9 de junio al 16 de junio de 2014
- Tercera Medición: Semana del 22 de septiembre al 29 de septiembre de 2014
- Cuarta Medición: Semana del 15 de diciembre al 22 de diciembre de 2014.

Se continuara con este cronograma durante el año 2015.

Tiempos de observación: Definimos como tiempos de observación al período que cada observador debe permanecer en un punto de observación para obtener los denominadores y numeradores. Para las áreas intensivas, los observadores deberán permanecer entre 10 y 15 minutos en los puntos de observación, a fin de recolectar y registrar oportunidades de higiene de mano. En las áreas de internación general, cada observador podrá registrar las oportunidades durante las 24 horas que disponga de la ficha de registro.

Polos de observación: Se define como Polo de Observación, a cada uno de los Sectores de Internación seleccionados para realizar las observaciones de oportunidades y adherencia a la Higiene de manos.

Polos / Sectores del Hospital donde se realizarán las observaciones: Para el año 2014 se programan observaciones en los siguientes sectores:

Primer semestre:

- Unidad de Terapia Intensiva de Adultos
- Unidad de Terapia Intermedia de Adultos
- Unidad de Cuidados Coronarios de Adultos
- Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica
- Unidad de Neonatología
- Sector 15
- Sector 20
- Sector 36
- Sector 8

- Sector 9

Segundo semestre:

- Unidad de Terapia Intensiva de Adultos
- Unidad de Terapia Intermedia de Adultos
- Unidad de Cuidados Coronarios de Adultos
- Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica
- Unidad de Neonatología
- Sector 15
- Sector 8
- Sector 9
- Sector 4
- Sector 3

Criterios para la selección de los Polos / Sectores donde se realizarán las observaciones de higiene de manos: Se seleccionan todas las Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos y de Pediatría debido a la alta frecuencia de prácticas invasivas que se realizan y que, por su parte, son pacientes de alta complejidad (con catéteres venosos centrales, asistencia ventilatoria mecánica, traqueostomia, drenajes) lo que implica un riesgo aumentado frente los procesos infecciosos. Los Sectores 8 y 9 completarían las áreas de internación pediátrica, por lo tanto se mantendrían en todos los Tiempos de Medición. El Sector 15, también quedaría seleccionado para todos los Tiempos de Medición ya que es donde se internan la mayoría de los pacientes trasplantados, en el pre alta hospitalaria. Los Sectores que se considerarán en la rotación de puntos de observación para el próximo semestre son los Sectores 20/36 y Sectores 4/3.

Puntos de observación: Son las habitaciones o Sectores dentro de una unidad de internación desde donde se realizará la observación de las oportunidades y adherencia a la Higiene de Manos. En las Unidades Críticas, los puntos de observación varían de acuerdo a la Unidad y se modificarán en caso que exista una modificación en la estructura física.

UTIM: El observador deberá establecer varios puntos de observación, que le permitan obtener los datos buscados manteniendo su condición de ciego y pasivo.

UTIA: Las estaciones de Enfermería servirán como referencia para establecer los puntos de observación

UCO: Las estaciones de Enfermería servirán como referencia para establecer los puntos de observación.

UTIP: Los puntos de observación se establecerán buscando una visión panorámica de las distintas unidades pacientes

NEO: Los puntos de observación se establecerán buscando una visión panorámica de las distintas unidades pacientes

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

Criterios para la selección de los puntos de observación: En las habitaciones de internación general, donde los observadores son los pacientes y/o familiares, se seleccionarán aquellas habitaciones donde los insumos necesarios para la higiene de manos estén ubicados de tal forma que permitan al observador establecer su cumplimiento o no, sin que ello signifique movilizarse de su cama.

Tipos de observadores y características: Todos los observadores involucrados en la medición de adherencia a la higiene de manos, tienen como característica ser ciegos y pasivos. Es decir, la población observada no tendrá identificado al observador, y el observador por su parte, no realizará intervenciones para modificar la observación durante el **Tiempo de Medición.**

Se contará con **dos tipos de observadores**: Observadores surgidos desde el equipo de salud y observadores surgidos desde los pacientes y/o familiares. Todos ellos son entrenados, para la observación, por miembros del Comité de Control de Infecciones

Observadores surgidos desde el equipo de salud: Son profesionales, médicos y no médicos, que integran los equipos de Epidemiología, Comité de Control de Infecciones y rotantes o visitantes del Comité de Control de Infecciones o estudiantes de grado del Instituto Universitario de las Carreras de Enfermeria y Medicina.

Observadores surgidos desde los pacientes y/o familiares: Son pacientes y/o familiares que se encuentran internados en Sectores de Internación General del Hospital Italiano, que son invitados a participar de la observación pasiva par la medición de la adherencia a la Higiene de manos. La invitación se les realiza luego de una selección donde se tiene en cuenta si es posible que este observador pueda realizar la observación propuesta acorde a su situación médica.

Criterios para la selección de pacientes/familiares como observadores: Una vez acordados los Sectores de internación general que van a ser incluidos en cada Tiempo de Medición, y se hayan determinado los puntos de observación, se identificarán aquellos pacientes en los que se prevea un tiempo de internación igual o mayor a 24 horas a partir del momento en que se les entregue la planilla de registro de observaciones. Se los invitará a participar de la observación de la adherencia a la higiene de manos. Se excluirán como observadores aquellos pacientes que estén en condición crítica y/o se encuentren con alteraciones neuropsíquicas, como así también a los familiares de pacientes en condición crítica y/o terminal, o aquellos que se nieguen a participar.

Medición: la medición se realizará a través de observadores ciegos, pasivos, entrenados. Estos observadores surgirán del equipo de salud y desde los pacientes / familiares, quienes se ubicarán en distintos puntos de las unidades seleccionadas, que le permitan la observación del cumplimiento de la higiene de manos. Deberá ir rotando el punto de observación, de tal forma que cubra

todas las áreas de la Unidad donde está realizando la observación. Para la rotación deberá tener en cuenta lo definido en Tiempos de observación.

Validación de las observaciones: Se realizo una validación de las observaciones de las oportunidades de higiene de manos, durante el primer tiempo de medición del año 2014 centralizada en las Unidades Intensivas, con observadores ciegos y pasivos. Para esta validación se considero las definiciones aplicadas para cada uno de los tiempos de medición. El Departamento de epidemiología realizo dicha validación.

- **Observaciones y validaciones en el Primer Tiempo de Medición**: Las Unidades Intensivas incluidas en esta metodología son: Terapia Intensiva de Adultos, Cuidados Intensivos Coronarios, Terapia Intermedia de Adultos, Terapia Intensiva Pediátrica, Neonatología.
    - En cada una de estas Unidades existe un observador ciego y pasivo para el equipo de salud, más un observador ciego y pasivo con el rol de validador.
    - Cada observador registra las observaciones en una planilla diseñada para tal fin, identificando como Planilla 1 la completada por el observador del sector, y como Planilla 2, la completada por el observador validador.
    - El Comité de Control de Infecciones recibe todas las planillas que son remitidas a Epidemiología para su tabulación y validación.

Población incluida en la observación: La población de observación fue definida considerando frecuencia de contacto con el paciente y tipo de contacto – riesgo que establece.
En las observaciones de higiene de manos se incluirá a las siguientes poblaciones: médicos, residentes, enfermeros, residentes de enfermería, kinesiólogos, residentes de kinesiología, técnicos de laboratorio, técnicos de rayos. Esta población, a fin de facilitar el análisis, se la clasifica en las siguientes categorías: médica, enfermería, kinesiólogos, técnico de rayos, técnico de laboratorio. En las áreas de internación general, donde los observadores son los pacientes y/o familiares, las poblaciones a observar se dividen en Médico, Enfermera y otros, a fin de facilitar el registro de los observadores.

Método de registro: Cada observador utilizará una ficha diseñada para el registro de las observaciones. Este registro deberá hacerlo considerando la disciplina del miembro del equipo de salud observado. Cada disciplina cuenta con dos columnas de registro, una identificada con la letra “A” y otra con la letra “D”, correspondientes a observaciones de adherencia a la higiene de manos en el antes y después respectivamente. En cada celda, se consignará “S”, si la oportunidad es aprovechada y “N”, si la oportunidad es perdida.

Cantidad de observaciones a realizar: en cada Tiempo de Medición, se buscará obtener un mínimo de 200 oportunidades de higiene de manos, en cada uno de los grupos descriptos según cuidados: Áreas de cuidados críticos de adultos (UTIA, UCO y UTIM), áreas de cuidados no críticos de adultos

(Sector, 15, y rotación de sectores 20/36 y sectores 4/3) y Departamento de pediatría (UTIP, Neonatología, Sector 8 y 9). Este dato se toma de la Guía de la Organización Mundial de la Salud para la Higiene de Manos.

Cálculo de la adherencia a la higiene de manos: Para el cálculo de la adherencia a la Higiene de manos se establecerá un porcentaje entre las oportunidades observadas (denominador) y las oportunidades aprovechadas (numerador).

$$\text{Tasa de adherencia a la higiene de manos} = \frac{\text{Oportunidades aprovechadas}}{} \times$$

Informe de los resultados: Los resultados serán informados a cada uno de los sectores a través de espacios en Ateneos y/o reuniones de los distintos Servicios. Se realizará un informe general, donde se incluyan los datos de todos los Polos de Observación y la tasa de adherencia global de todo el Hospital Italiano, que será elevado a la Dirección Médica.
A cada uno de los Sectores, se les informará la tasa local y global.

Diseño y re diseño de estrategias de mejora de la adherencia: Con cada uno de los Sectores se trabajará en el diseño de las distintas estrategias para mejorar la adherencia a la higiene de manos. Entre otras, dichas estrategias comprenderán la difusión de la tasa de adherencia, de la importancia del cumplimiento con la higiene de manos, tanto para el paciente como para los miembros del equipo de salud, elaboración de material gráfico para lo que se pedirá soporte al área de Comunicación Institucional, elaboración de material visual que será trabajado junto al área de HIBA TV e identificación del personal de salud no adherente en las Unidades de Cuidados Críticos de Adultos de UTIA y UCO con discusión personal sobre la importancia de la Higiene de Manos con el jefe de la Unidad y con el Comité de Control de Infecciones. Por otra parte, se propone que el Hospital participe de la celebración del Día Global de la Higiene de Manos en el Ámbito de la Salud.

Distribución de observadores (Ver Anexo VI)

- En la **Unidad de Terapia Intensiva de Adultos** (UTIA), la observación estará a cargo de los **residentes de enfermería** de UTIA, que estén rotando por el Comité de Control de Infecciones
- En la **Unidad de Terapia Pediátrica** (UTIP), la observación estará a cargo de familiares en la parte de afuera, y en la hiperterapia por Residente ECI
- En la **Unidad de Cuidados Coronarios** (UCIC), la observación estará a cargo de miembros de Epidemiología
- En los **sectores de internación general**, la observación estará a cargo del **paciente y/o de sus familiares**, que acepten participar en este

estudio. A ellos se los instruirá para la observación y el registro. Se les dejará una planilla de registro y una birome.

Registro de los datos.
Se utilizarán dos tipos de fichas diseñadas para tal fin.
Una es para registrar las observaciones en las áreas intensivas (Anexo II) y la otra es la que se entregará a los pacientes o familiares que acepten participar del estudio (Anexo III)

- **Planilla para áreas intensivas**: Registrar
  - Fecha
  - Sector / unidad en la que se realiza la observación: ej: UTIA
  - Observador: Indicar el nombre de quien realiza los registros
  - Utilizar una fila para cada observación (Ver ejemplo)
  - Se utilizará una ficha o más por día
  - Siglas utilizadas en la ficha para identificar categorías: **M**: médico; **E**: enfermero/a; **K**: kinesiólogo; **TR**: Técnico de Rayos; **TL**: Técnico de Laboratorio.

Ejemplo de registro de datos en ficha de áreas intensivas
Fecha: 19/03/13 Sector: UTIA

Observador Silvana

N° Observación	Categoría M		Categoría E		Categoría K		Categoría TR		Categoría TL		Turno observación	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	Mañana	Tarde
1	X										X	
2		X									X	
3			X								X	
4			X									X
5	X											X
6						X					X	
7					X							X

- Planillas para áreas de internación: registrar
  - Fecha
  - Sector
  - Habitación

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

- Utilizar una fila para cada observación (Ver ejemplo)

Ejemplo de registro de datos en ficha de internación general

Fecha 19/03/13	Sector 8		Habitación 810			
Higiene de manos	Médicos		Enfermeros		Otros profesionales	
	si	no	si	no	si	no
1	X					
2				X		
3						X
4		X				
5			X			
6					X	

Criterios de inclusión:

- Se incluirán a aquellos pacientes que tengan punto de observación directa sobre la pileta y/o dispensador de solución alcohólica para manos y que acepten participar del estudio o cuyos familiares acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión:

- En las áreas de internación general, se excluirán como observadores, a aquellos pacientes que se encuentren en aislamiento de contacto.
- Se excluyen las observaciones durante el turno noche, ya que se prevé un menor contacto de los miembros del equipo de salud para favorecer el descanso de los pacientes.
- Pacientes que presenten una condición grave y/o que los familiares se nieguen a participar.
- Pacientes que no tengan acceso a observación directa al sitio de higiene de manos (pileta y/o dispensador de alcohol)
- Pacientes que tengan previsto un tiempo de internación igual o menor a 24 horas.

Encargados de realizar las observaciones
Las observaciones estarán a cargo de observadores pasivos.
Observadores pasivos: Se denomina a quienes realizarán las observaciones sin que exista ninguna intervención por su parte, para modificar la situación observada.

Discurso que se utilizará con los pacientes y/o familiares

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

- Se invitará a los pacientes y/o familiares a participar del estudio de la siguiente manera: Mi nombre es ….., soy integrante del Comité de Control de Infecciones. Estamos realizando un estudio para evaluar si los profesionales se higienizan las manos. Necesitamos la colaboración de los pacientes y/o familiares que quieran participar. Es un estudio que dura 24 horas. Lo que tendría que hacer es registrar en una ficha que le dejamos, si cuando viene algún profesional, se higieniza las manos antes de tocar al paciente. Ya sea que usen agua y jabón o que se coloquen gel alcohólico.
- Por día se les entregará una ficha que será recogida al día siguiente
- En el momento del retiro de la ficha, se le preguntará al paciente y/o familiar, si desean continuar con las observaciones. En caso que acepten, se le dejará una nueva ficha.

Coordinación del programa: El presente programa será coordinado por el Comité de Control de Infecciones, quien tendrá a su cargo:

- La centralización de todos los datos una vez tabulados.
- Evaluar y coordinar las intervenciones en cada sector junto con los referentes de los mismos.
- Evaluar y concluir sobre los resultados obtenidos.
- Elaborar informe final

Distribución de los sectores incluidos en el programa: Los distintos sectores serán distribuidos entre los Enfermeros en Control de Infecciones (ECI) del Comité de Control de Infecciones del Hospital Italiano de Buenos Aires, quienes tendrán a su cargo:

- La instrucción sobre la observación a los observadores pasivos
- Distribuir, en las semanas de medición, las planillas de recolección de observaciones (Anexo III y IV) vacías y recoger las completas.
- Tabular los datos obtenidos al final de la semana de evaluación.
- Entregar los datos tabulados al coordinador del programa.
- Elaborar, discutir e implementar las intervenciones orientadas a la mejora de la adherencia de la higiene de manos.
- Si bien, la medición es mensual, en cada mes se tomarán 7 sectores

- **Unidades Intensivas**: Observadores ciegos que estaban rotando por el Comité de Control de Infecciones. Estos observadores fueron entrenados sobre la metodología de observación.
- **Áreas de Internación General**: Las observaciones las realizaron los familiares de pacientes internados o el mismo paciente, si su estado lo permitía. Los familiares y/o pacientes fueron invitados a participar, una

vez que aceptaban se los entrenaba en la metodología de la observación y forma de registro, previa explicación de la importancia de la higiene de manos. Se les entregó una ficha de registro de las observaciones y del cumplimiento.

- **Elección de familiares y/o pacientes**: Para la elección de los familiares y/o pacientes que pudieran participar en el programa de valoración de la adherencia, se tomó en cuenta que pudieran acceder visualmente a los dispensadores de alcohol gel para manos y/o pileta de lavado de manos.
- **Sectores seleccionados**: Unidad de Terapia Intermedia de Adultos (UTIM); Unidad de Terapia Intensiva de Adultos (UTIA); Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC); Unidad de Terapia Intensiva de Pediatría (UTIP); Neonatología (NEO); Sectores de internación general para adultos 15; 20 y 36; Sectores de internación pediátrica 8 y 9.

Intervenciones: Se elaborarán intervenciones a través de actividades orientadas a motivar la adherencia a la higiene de manos. Estas intervenciones también serán trabajadas con cada sector incluido en el estudio.

Actividades propuestas
El presente programa está compuesto por dos aspectos

- Recolección de datos sobre adherencia a la higiene de manos durante el cuidado de la salud y el análisis de los mismos.
- Devolución de los datos y actividades de intervención para la mejora de la adherencia.

Mediciones de adherencia
Se propuso el siguiente calendario de mediciones de adherencia: marzo, junio, septiembre y diciembre desde el año 2013.
Las mediciones de la adherencia se realizaron a través de la observación directa. Dichas observaciones estuvieron cargo de observadores pasivos, distribuidos de la siguiente forma:

Actividades realizadas

- Previo al comienzo del calendario de mediciones, se comunicaron estas actividades a la Dirección del Hospital y a los distintos sectores de internación a través de los jefes médicos y de enfermería.

En base a los resultados obtenidos de la primera valoración, entre los meses de abril y mayo 2013 se realizaron las siguientes actividades:

- Se mantuvieron reuniones con la Dirección Médica y con Gerencia de Abastecimiento para asegurar la provisión de insumos necesarios

en la higiene de manos como lo son alcohol gel para manos y por otra parte, jabón líquido y toallas descartables.

- Se presentaron los datos obtenidos a través de los ateneos médicos, donde se discutió, además, la importancia de aumentar la adherencia de higiene de manos, se citaron trabajos que aportaron evidencia científica (la mayoría tomados del programa propuesto por la WHO) sobre los beneficios del cumplimiento de esta práctica. Los grupos médicos incluidos fueron: Clínica Médica, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología. En todos ellos se incluyeron médicos de staff y residentes, clínicos y cirujanos.
- Se presentaron los datos obtenidos a cada uno de los sectores incluidos en el programa de valoración mediante las siguientes actividades:
    - **UTIM**: Se realizaron reuniones con Médicos y Enfermeros, donde se presentaron los datos y discutieron estrategias para mejorar la adherencia, que serían implementadas por el Servicio. Entre las estrategias se propuso exponer los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería
    - **UTIA**: En Ateneo del Servicio se presentaron los datos a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos. Como estrategia para la difusión de los resultados y aumento de adherencia se propuso: Publicación de los resultados en carteleras ubicadas en sala de médicos, en estar de descanso de Enfermería, en pizarra de sala de ateneos. También se ubicaron dichos datos en el Foro Virtual del Servicio, donde se invitó a aumentar la adherencia a la higiene de manos.
    - **UCIC**: Se presentaron los datos en ateneos Médicos, en ateneos de Enfermería. Se trabajó con jefes Médicos y Supervisores de Enfermería, estrategias a implementar por el Servicio para aumentar la adherencia a la higiene de manos. Entre las estrategias se propuso exponer los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería
    - **UTIP**: Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
    - **NEO**: Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.

- **Sector 8 y 9**: Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
- **Sectores 15, 20 y 36**: Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
- **Se utilizó la placa de logueo**: A través de esta placa se informó a todos los profesionales médicos y no médicos, que accedían a la intranet del Hospital, que la adherencia a la Higiene de Manos es una de las políticas de la Institución

En base a los resultados obtenidos de la segunda valoración, entre los meses de julio y agosto 2013 se realizaron las siguientes actividades:

- Se mantuvieron reuniones con la Dirección Médica y con Gerencia de Abastecimiento y Farmacia para asegurar la provisión de insumos necesarios en la higiene de manos como lo son alcohol gel para manos y la necesidad de cambiar la calidad del gel ya que los usuarios manifestaban episodios de dermatitis por el uso de dicho producto.
- Se presentaron los datos obtenidos a través de los ateneos médicos, donde se discutió, además, la importancia de aumentar la adherencia de higiene de manos y posibles barreras en el cumplimiento de esta práctica. Los grupos médicos incluidos fueron: Clínica Médica, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología. En todos ellos se incluyeron médicos de staff y residentes, clínicos y cirujanos.
- Se presentaron los datos obtenidos a cada uno de los sectores incluidos en el programa de valoración mediante las siguientes actividades:
  - **UTIM**: Se realizaron reuniones con Médicos y Enfermeros, donde se presentaron los datos y discutieron estrategias para mejorar la adherencia, que serían implementadas por el Servicio. Se mantuvo la exposición de los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se re capacitó a Médicos y Enfermeros, de todos los turnos, en la técnica de higiene de manos utilizando campana de luz y visión de fluorescencia.

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

- **UTIA**: En Ateneo del Servicio se presentaron los datos a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos. Como estrategia para la difusión de los resultados y aumento de adherencia se mantuvo: Publicación de los resultados en carteleras ubicadas en sala de médicos, en estar de descanso de Enfermería, en pizarra de sala de ateneos. También se ubicaron dichos datos en el Foro Virtual del Servicio, donde se invitó a aumentar la adherencia a la higiene de manos. Se agregó re capacitación a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos a través del uso de campana de luz y visión de fluorescencia en todos los turnos. Se comenzó con la identificación de profesionales del Servicio y externos, que no adhirieran a la higiene de manos. Se les realizó en principio un llamado de atención, donde además se les indicaba que quedaban registrados y en caso de re incidencia se comunicó el nombre a los jefes del Servicio.
- **UCIC**: Se presentaron los datos en ateneos Médicos, en ateneos de Enfermería. Se trabajó con jefes Médicos y Supervisores de Enfermería, estrategias a implementar por el Servicio para aumentar la adherencia a la higiene de manos. Entre las estrategias se propuso exponer los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se agregó re capacitación a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos a través del uso de campana de luz y visión de fluorescencia en todos los turnos. Se implementó un sistema anónimo de identificación de profesionales que no adherían a la higiene de manos, con quienes luego se mantuvieron reuniones para que adoptaran dicha medida.
- **UTIP**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
- **NEO**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se agregó la publicación de los datos en el Foro Virtual del Servicio.
- **Sector 8 y 9**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.

- **Sectores 15, 20 y 36**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Miembros del Comité de Control de Infecciones acompañaban a los distintos grupos Médicos durante su recorrida (Patrullas), donde indicaban las oportunidades presentadas para la higiene de manos y las aprovechadas.
- **Áreas de internación general**: Miembros del Comité de Control de Infecciones acompañaban a los distintos grupos Médicos durante su recorrida (Patrullas), donde indicaban las oportunidades presentadas para la higiene de manos y las aprovechadas.
- **Se utilizó la placa de logueo**: A través de esta placa se informó a todos los profesionales médicos y no médicos, que accedían a la intranet del Hospital, la tasa de adherencia, invitando a aumentarla.
- **Recorridas de los miembros del Comité de Infecciones**: Los miembros del Comité de Control de Infecciones, aprovechaban las recorridas diarias para la observación incidental (no sistemática) de la adherencia a la Higiene de Manos. En caso de necesidad, intervenía invitando al cumplimiento de la medida.

En base a los resultados obtenidos de la tercera valoración, entre los meses de octubre y noviembre 2013 se realizaron las siguientes actividades:

- Se mantuvieron reuniones con Gerencia de Abastecimiento para asegurar la provisión de alcohol gel para manos y ajustar la provisión a las áreas de internación de productos que no afecten la piel, ya que en algunos sectores se mantenían calidades anteriores.
- Se presentaron los datos obtenidos a través de los ateneos médicos, donde se discutió, además, la importancia de aumentar la adherencia de higiene de manos y posibles barreras en el cumplimiento de esta práctica. Los grupos médicos incluidos fueron: Clínica Médica, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología. En todos ellos se incluyeron médicos de staff y residentes, clínicos y cirujanos.
- Se distribuyó cartelería alusiva a la higiene en todos los Sectores del Hospital, incluyendo áreas ambulatorias.

- El Servicio de Oftalmología incluye el mensaje recomendando la Higiene de Manos, al comienzo de sus ateneos.
- Se presentaron los datos obtenidos a cada uno de los sectores incluidos en el programa de valoración mediante las siguientes actividades:
    - **UTIM**: Se realizaron reuniones con Médicos y Enfermeros, donde se presentaron los datos y discutieron estrategias para mejorar la adherencia, que serían implementadas por el Servicio. Se mantuvo la exposición de los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería.
    - **UTIA**: En Ateneo del Servicio se presentaron los datos a Médicos, Enfermeros y Kinesiólogos. Como estrategia para la difusión de los resultados y aumento de adherencia se mantuvo: Publicación de los resultados en carteleras ubicadas en sala de médicos, en estar de descanso de Enfermería, en pizarra de sala de ateneos. También se ubicaron dichos datos en el Foro Virtual del Servicio, donde se invitó a aumentar la adherencia a la higiene de manos. Se mantuvo la identificación de profesionales del Servicio y externos, que no adhirieran a la higiene de manos. Se les realizó en principio un llamado de atención, donde además se les indicaba que quedaban registrados y en caso de re incidencia se comunicó el nombre a los jefes del Servicio.
    - **UCIC**: Se presentaron los datos en ateneos Médicos, en ateneos de Enfermería. Se trabajó con jefes Médicos y Supervisores de Enfermería, estrategias a implementar por el Servicio para aumentar la adherencia a la higiene de manos. Se mantuvo la exposición de los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se agregó envío de listado de profesionales que no adhirieron a la higiene de manos, al jefe de la Unidad, quien se reunía para comunicarles la importancia de su cumplimiento.
    - **UTIP**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se re capacitó en todos los turnos a través del uso de campana de luz y visión de fluorescencia
    - **NEO**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en

sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Se mantuvo la publicación de los datos en el Foro Virtual del Servicio. Se re capacitó a través del uso de campana de luz y visión de fluorescencia a médicos y enfermeros de todos los turnos.

- **Sector 8 y 9**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. La información fue extendida a interconsultores.
- **Sectores 15, 20 y 36**: Se mantuvo la dinámica la primera intervención. Se presentaron los datos en reuniones con jefes Médicos y con supervisores de Enfermería. Se expusieron los gráficos en sala de médicos y áreas de reunión de Enfermería. Recorridas de Miembros del Comité de Control de Infecciones observando oportunidades e invitando al cumplimiento en casos que se observaba su falta.
- **Áreas de internación general**: Recorridas de Miembros del Comité de Control de Infecciones observando oportunidades e invitando al cumplimiento en casos que se observaba su falta.
- **Se utilizó la placa de logueo**: A través de esta placa se informó a todos los profesionales médicos y no médicos, que accedían a la intranet del Hospital, la tasa de adherencia y el Servicio que logró la mayor tasa, invitando a todos a sumarse y aumentar la tasa global.
- **Recorridas de los miembros del Comité de Infecciones**: Los miembros del Comité de Control de Infecciones, aprovechaban las recorridas diarias para la observación incidental (no sistemática) de la adherencia a la Higiene de Manos. En caso de necesidad, intervenía invitando al cumplimiento de la medida.

En el mes de diciembre de 2013 se realizó la última medición, si bien los resultados fueron informados a cada Sector, debido a que es período de vacaciones, se realizan intervenciones incidentales más específicamente, a cargo de los Miembros del Comité de Control de Infecciones durante las recorridas que se realizan por los distintos sectores.
Se iniciaron en marzo del 2014, las evaluaciones del año 2014.

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

Tabulación de datos: Será realizada por cada referente a cargo del sector donde se realizaron las observaciones a tabular. Luego serán enviados al Coordinador del estudio para la centralización de los datos obtenidos.

Informe general de los datos: Se elaborarán informes por sector evaluado. Se obtendrán datos generales.
A cada sector se le informará los datos globales y los propios

Consentimiento informado: Para el presente estudio no se prevé la obtención de consentimiento informado por parte de quienes van a ser observados, ya que dicha observación no implica riesgos para su vida y/o profesión.

Anexo II

Esquema propuesto para la medición de la adherencia a la higiene de manos

enero 2013 1

S	M	T	W	Th	F	Sa
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

febrero 2013 2

S	M	T	W	Th	F	Sa
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

marzo 2013 3

S	M	T	W	Th	F	Sa
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

abril 2013 4

S	M	T	W	Th	F	Sa
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

mayo 2013 5

S	M	T	W	Th	F	Sa
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

junio 2013 6

S	M	T	W	Th	F	Sa
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

julio 2013 7

S	M	T	W	Th	F	Sa
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

agosto 2013 8

S	M	T	W	Th	F	Sa
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

septiembre 2013 9

S	M	T	W	Th	F	Sa
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

octubre 2013 10

S	M	T	W	Th	F	Sa
		1	2	3	4	5

noviembre 2013 11

S	M	T	W	Th	F	Sa
					1	2

diciembre 2013 12

S	M	T	W	Th	F	Sa
1	2	3	4	5	6	7

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Valoración
Intervención

Anexo III
Planilla para el registro de las observaciones para áreas intensivas

Fecha: Sector:

Observador

N° Observación	Categoría M		Categoría E		Categoría K		Categoría TR		Categoría TL		Turno observación	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N	Mañana	Tarde
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												

23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												

Anexo IV

Planilla para el registro de las observaciones para áreas de internación general

Fecha	Sector		Habitación			
Higiene de manos	Médicos		Enfermeros		Otros profesionales	
	si	no	si	no	si	no
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Anexo V

Distribución de mediciones en los sectores incluidos
Todos los sectores serán valorados en la misma semana

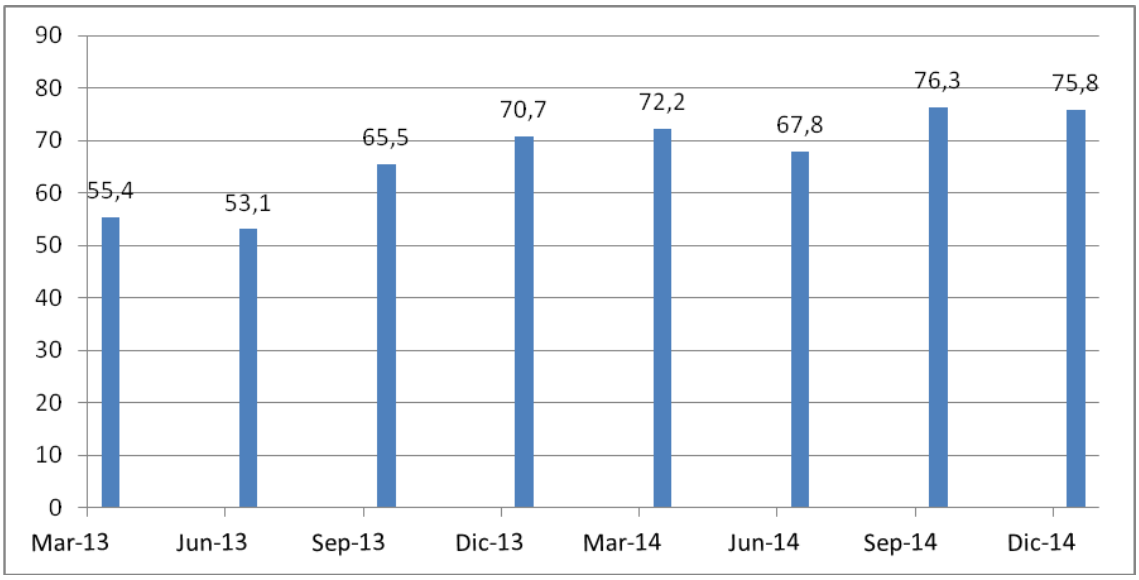
Anexo VI. Tabla con distribución de referentes y observadores según sector incluido

Sector	**Referente/s del Comité**	**Observador/es**
UTIA	Griselda Almada	Externos al Comité
UTIM	Silvia Ilari	Externos al Comité
Neonatología	Analía De Cristófano	Externos al Comité
UCIC	Alicia Lizzi	Externos al Comité
UTIP Hiper terapia	Analía De Cristófano Laura Alonso	Internos del Comité
UTIP Terapia	Analía De Cristófano Laura Alonso	Familiares
Sector 8	Laura Alonso	Familiares
Sector 9	Laura Alonso	Familiares
Sector 15	Alicia Lizzi / Juan Acosta	Familiares
Sector 20	Alicia Lizzi	Familiares
Sector 36	Silvia Ilari	Familiares

HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

Resultados de Evaluaciones de Adherencia a la Higiene de Manos en el HIBA (Tasa cruda %).



Referencia año 2012: 51% (30% en areas de internación de adultos)

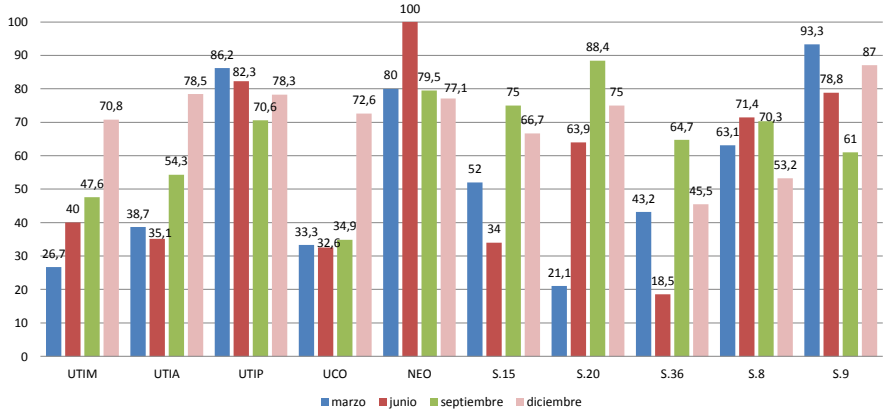
HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

Higiene de manos en el HIBA
Mediciones 2013 (n total = 3598)

Unidades incluidas	Número de observaciones
• Terapia Intermedia	• 240
• UTIA	• 702
• UTIP	• 431
• UCIC	• 354
• Neo	• 164
• S. 15	• 340
• S. 20	• 294
• S. 36	• 442
• S. 8	• 353
• S. 9	• 278

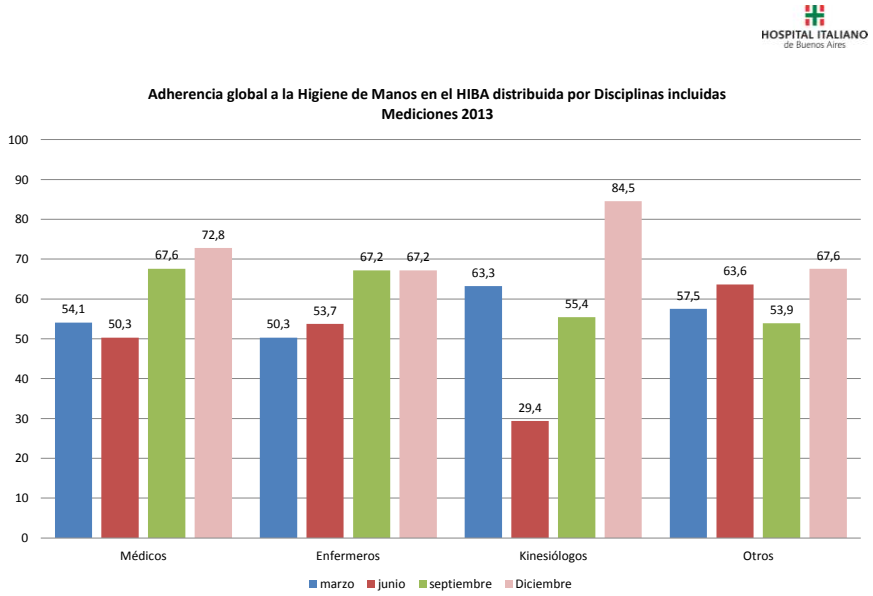
Adherencia global a la Higiene de Manos en el HIBA distribuida por sector
Mediciones 2013

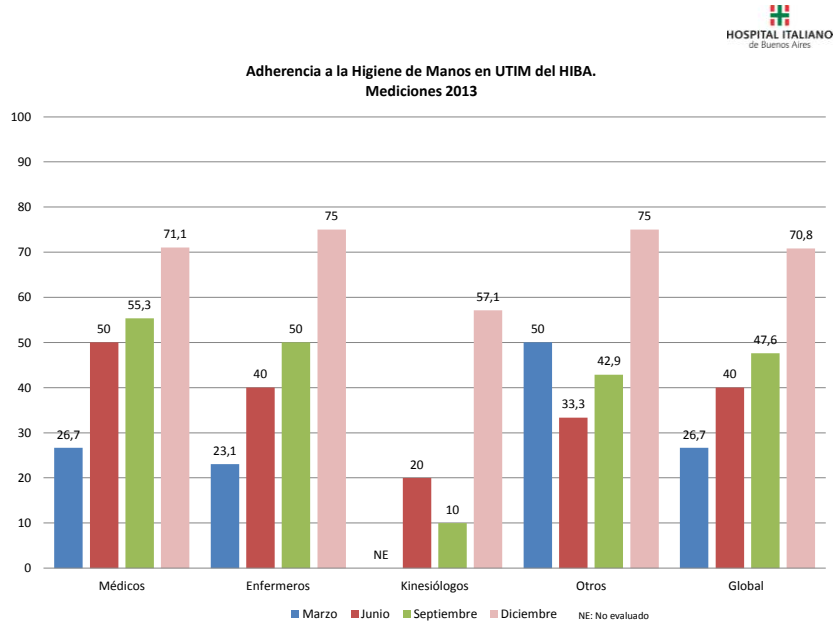


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015

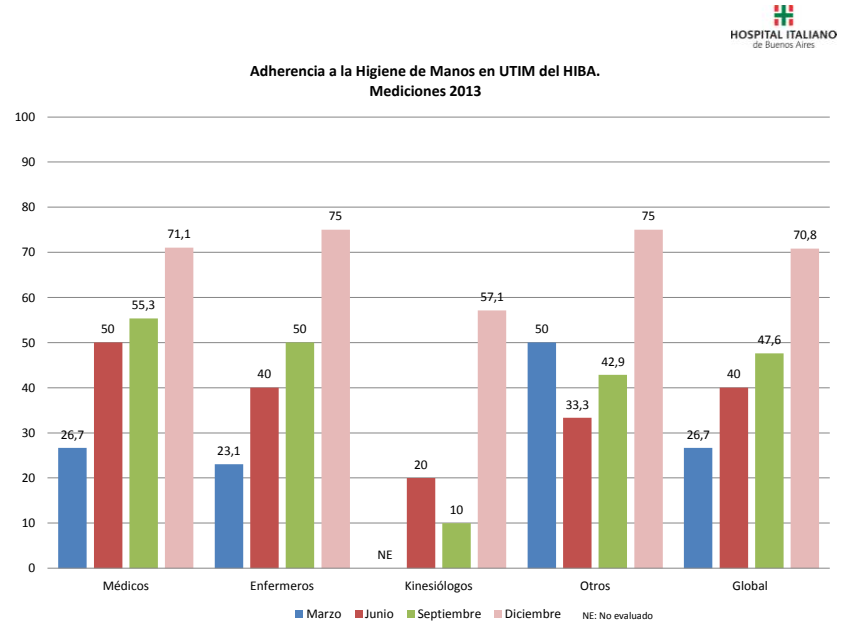


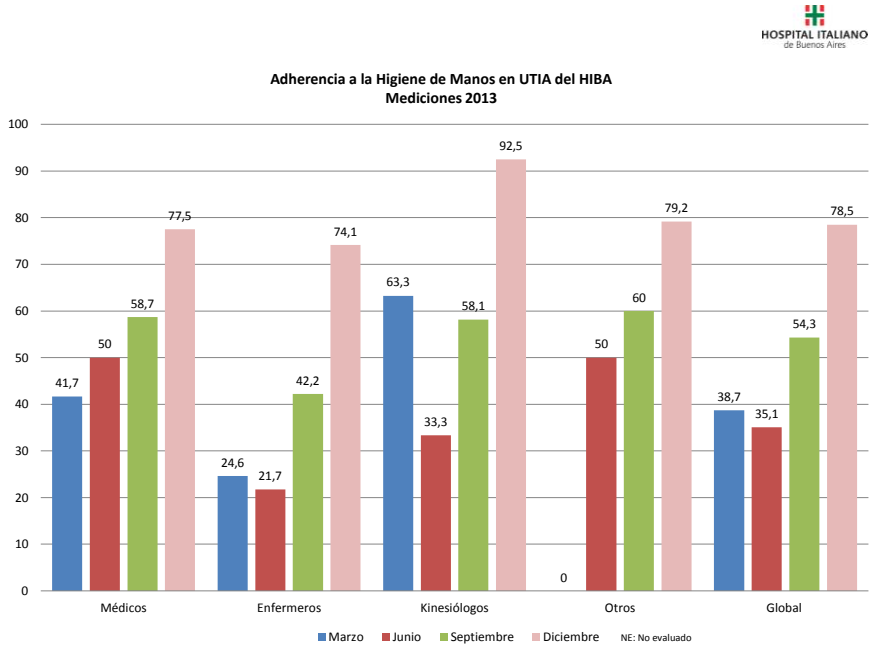


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015

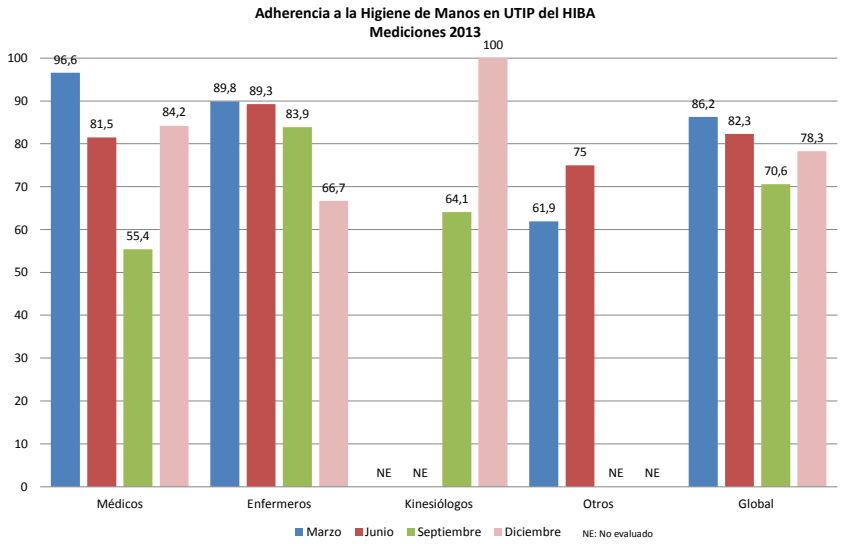


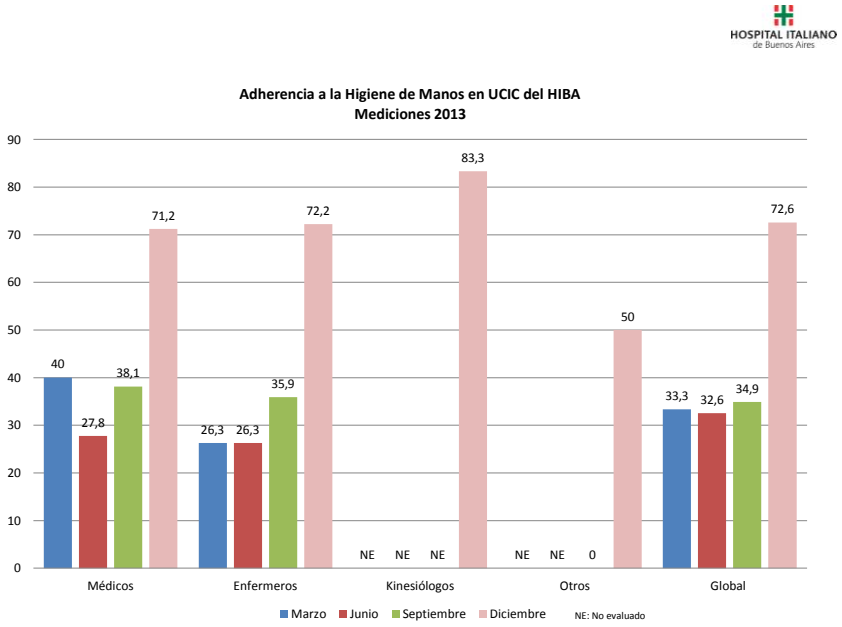


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015

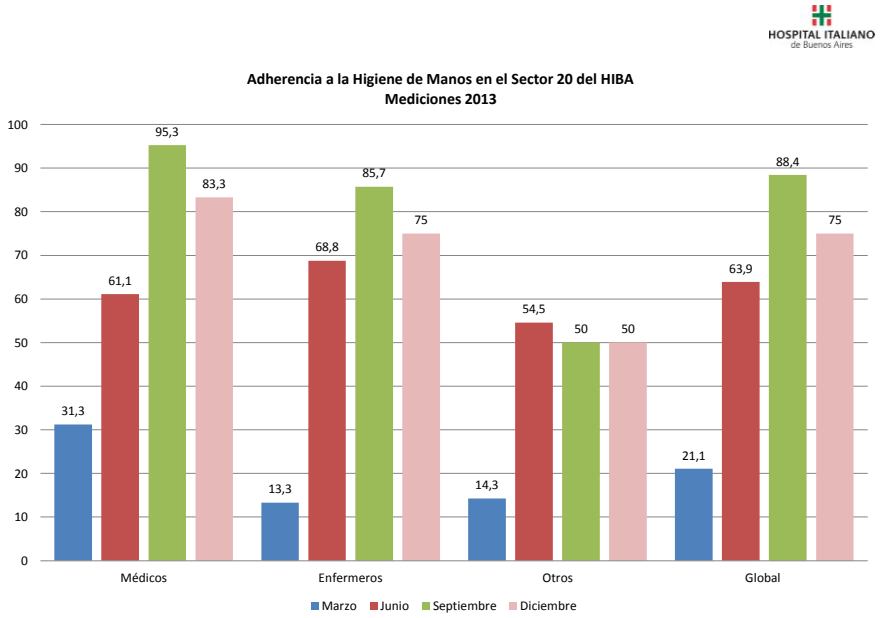


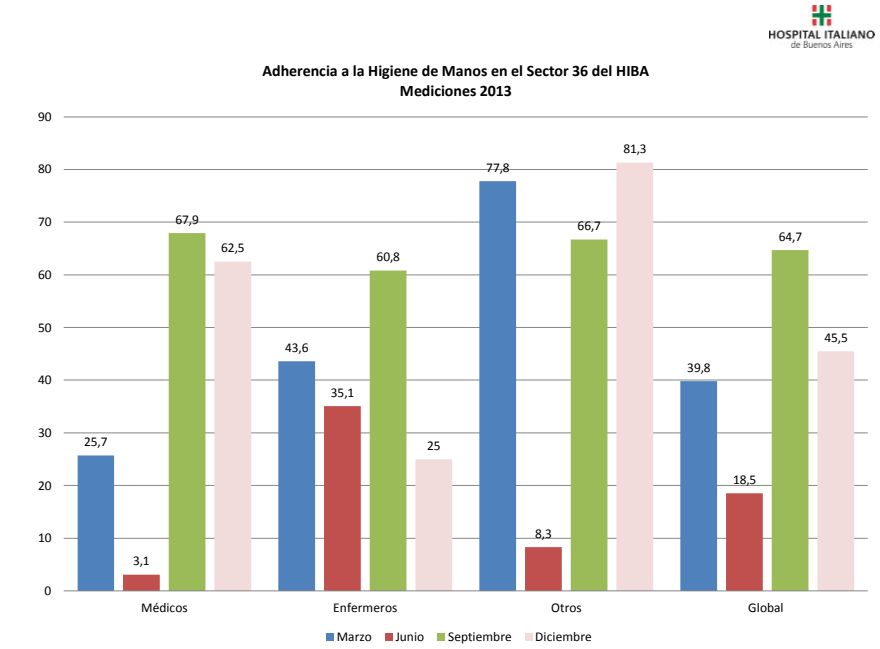


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015

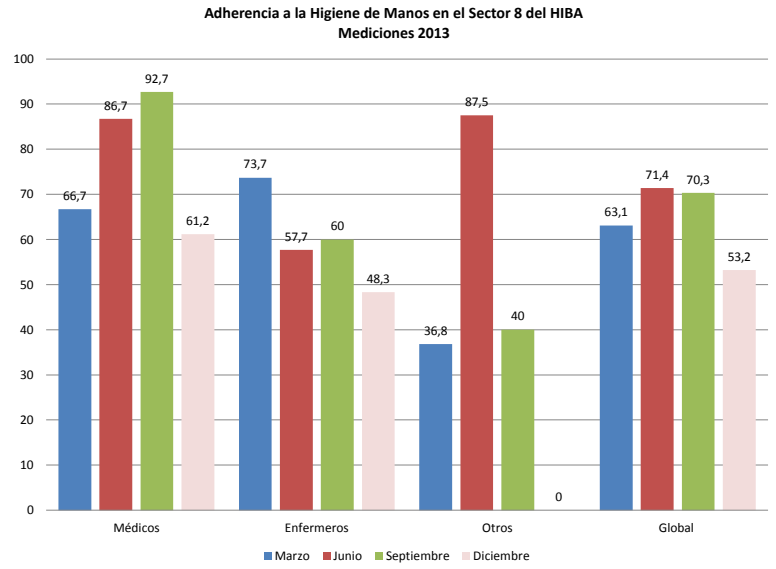


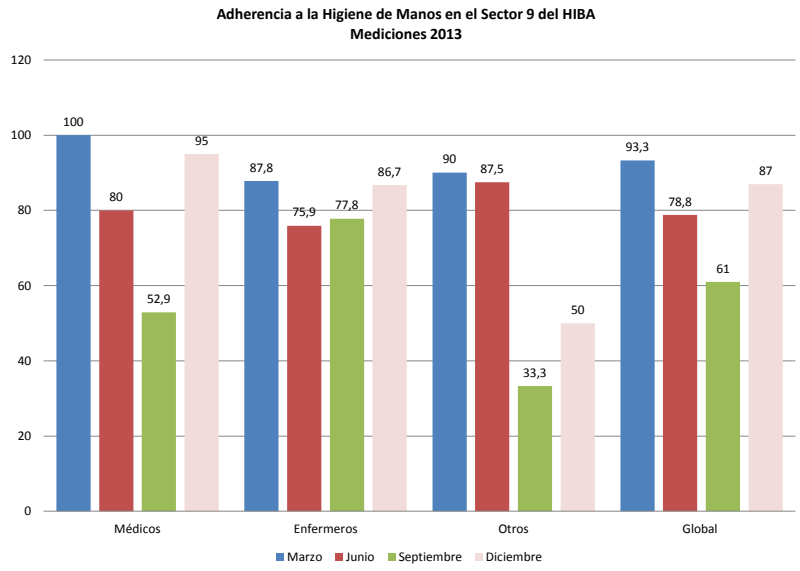


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015



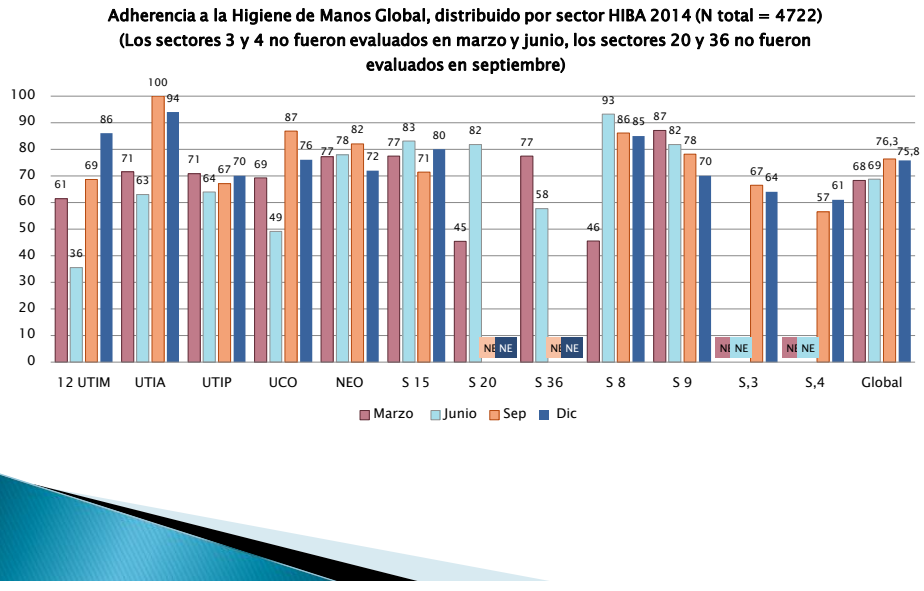


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

Higiene de manos en el Hospital Italiano de Buenos Aires

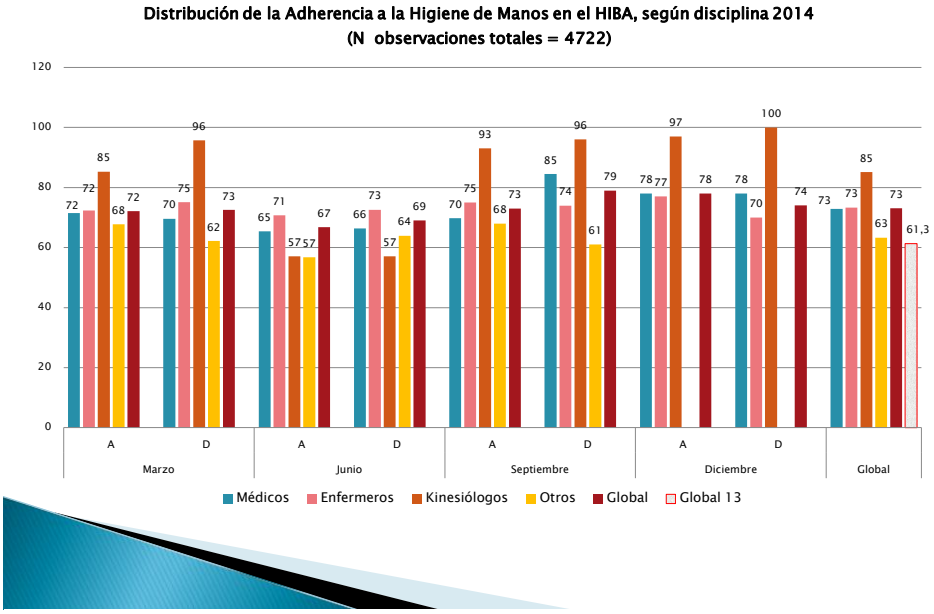
Cortes:
marzo, junio, septiembre y diciembre 2014

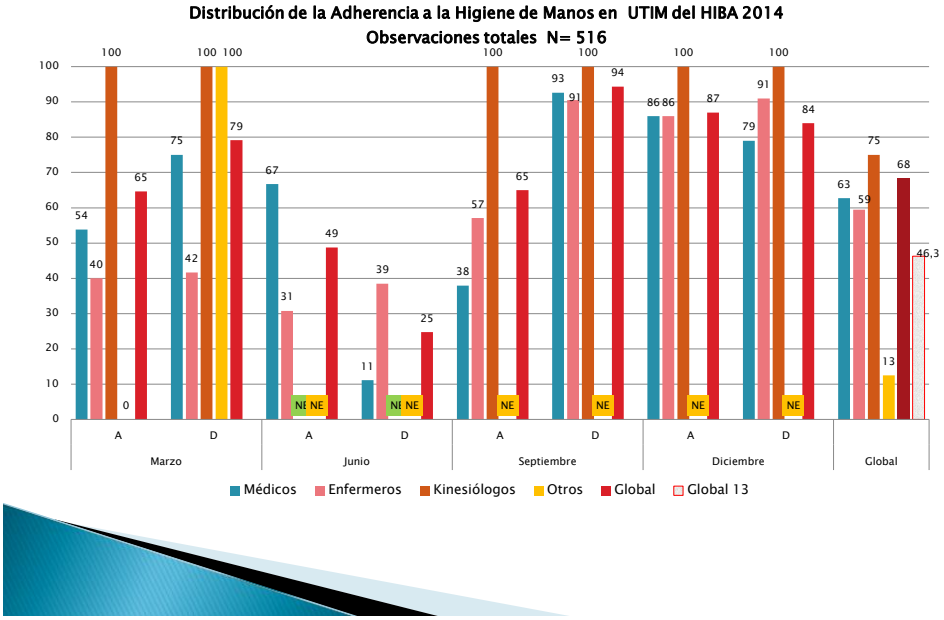


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015

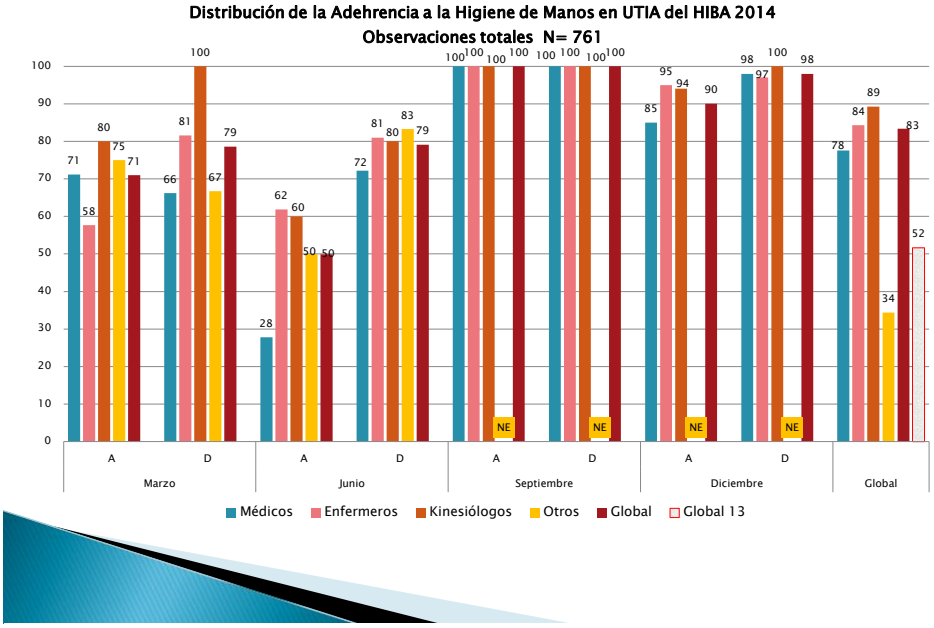


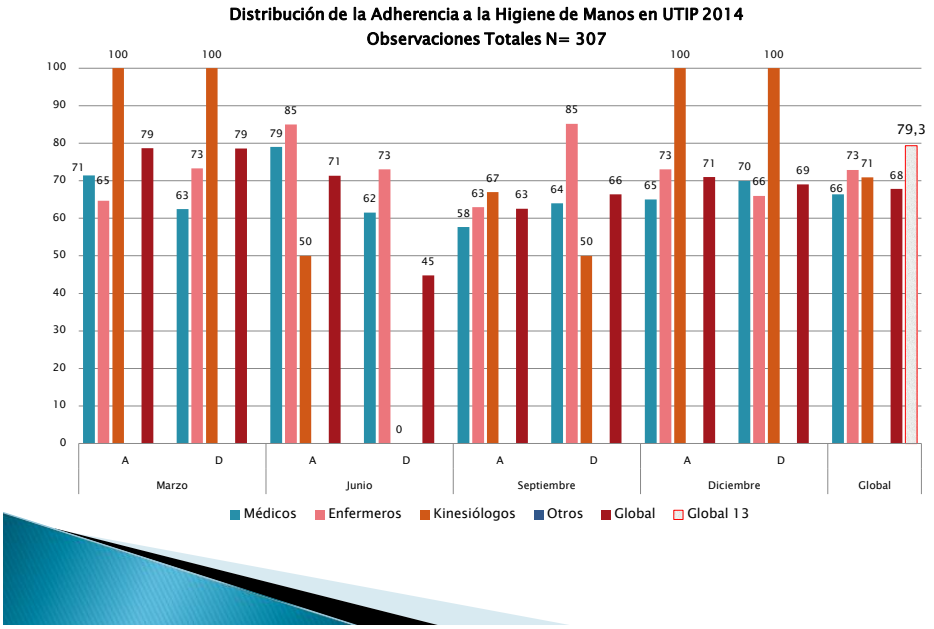


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015

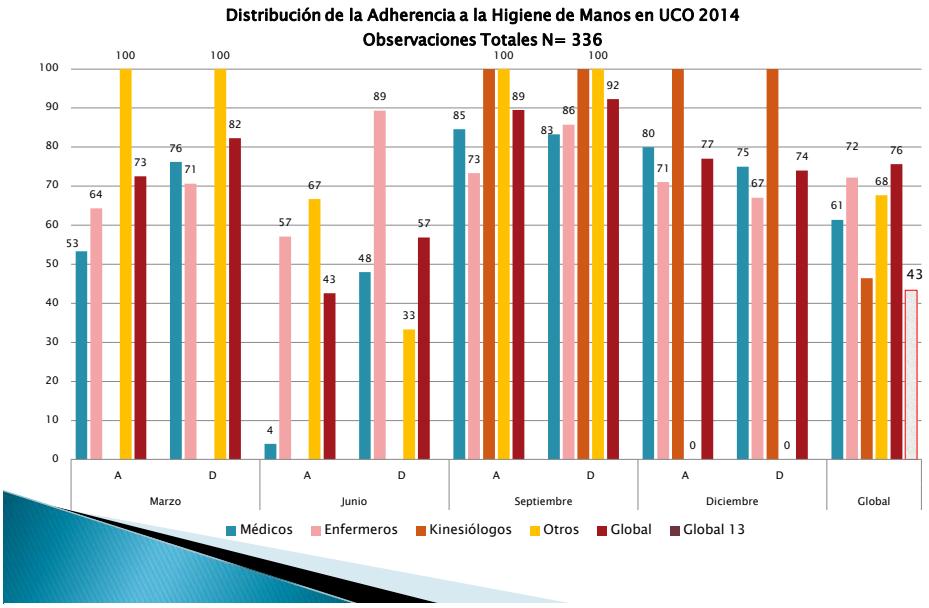


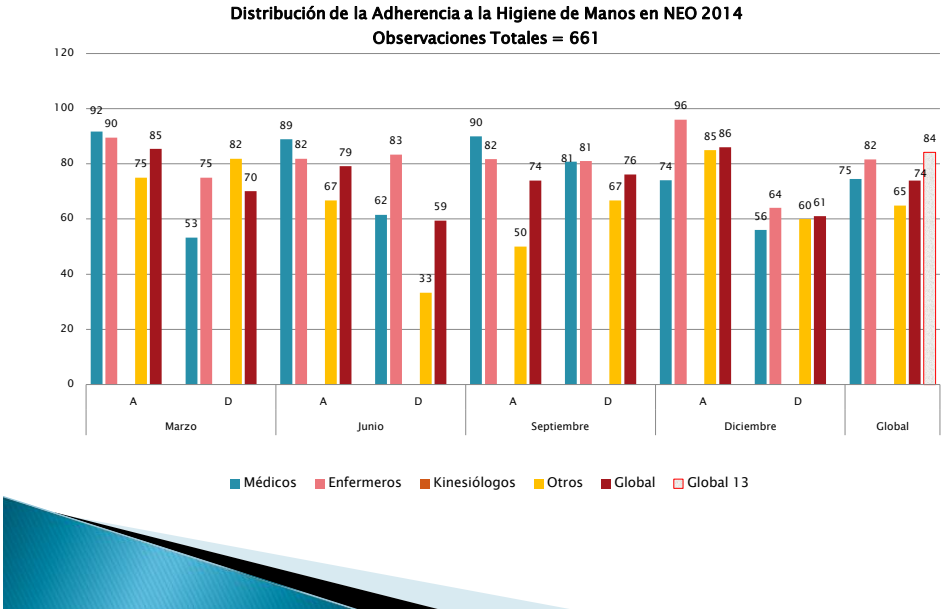


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015



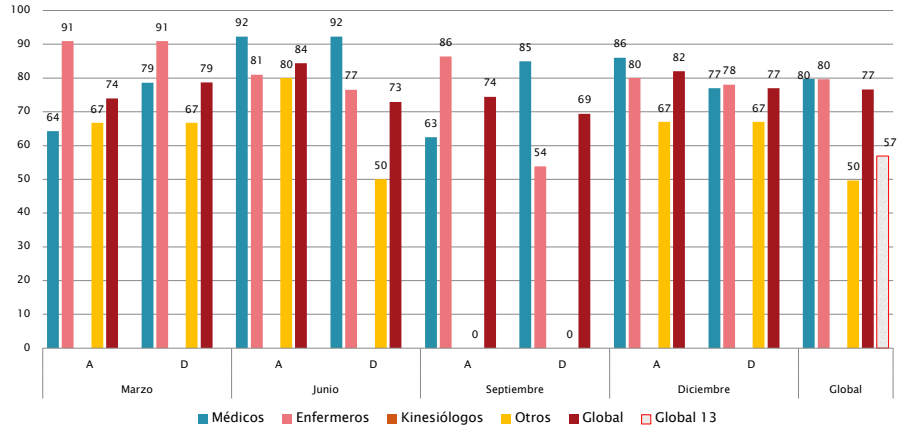


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

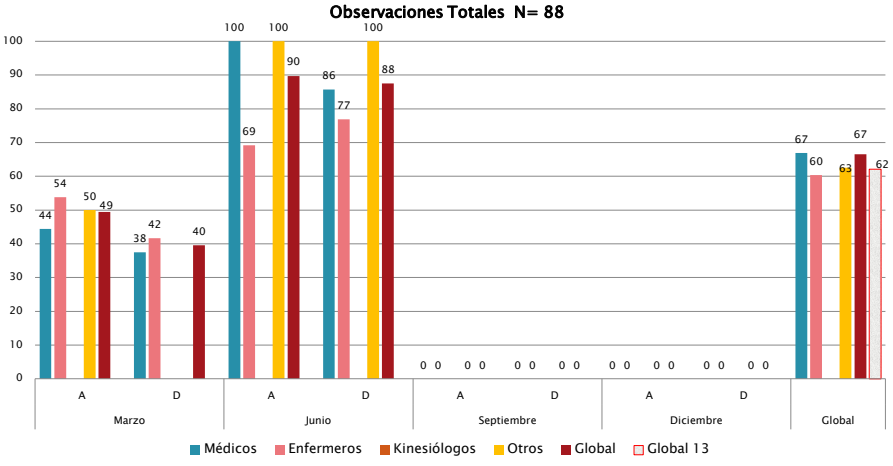
Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015

Distribución de la Adherencia a la Higiene de Manos en Sector 15 del HIBA 2014
Observaciones Totales N= 339



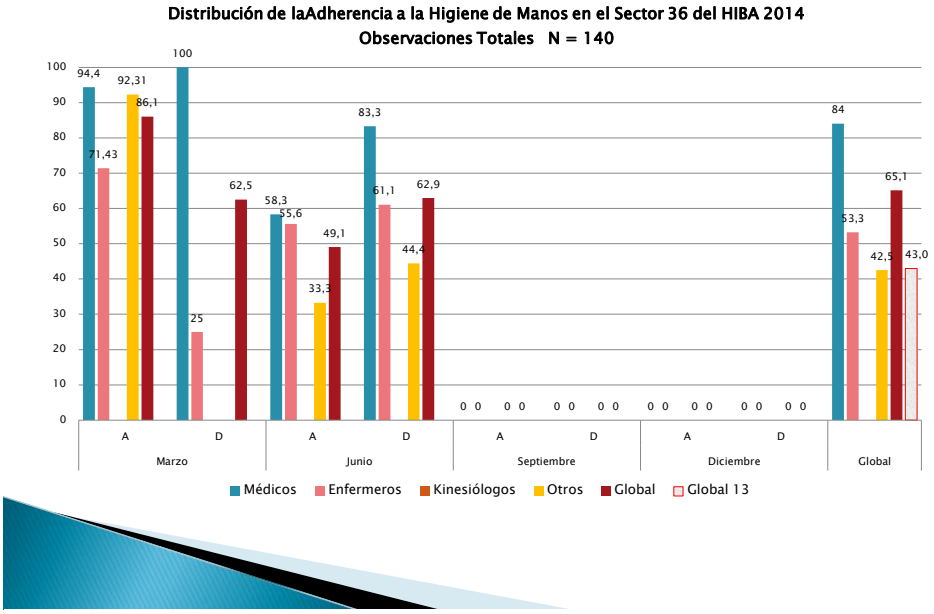
Distribución de la Adherencia a la Higiene de Manos en Sector 20 del HIBA 2014
Observaciones Totales N= 88

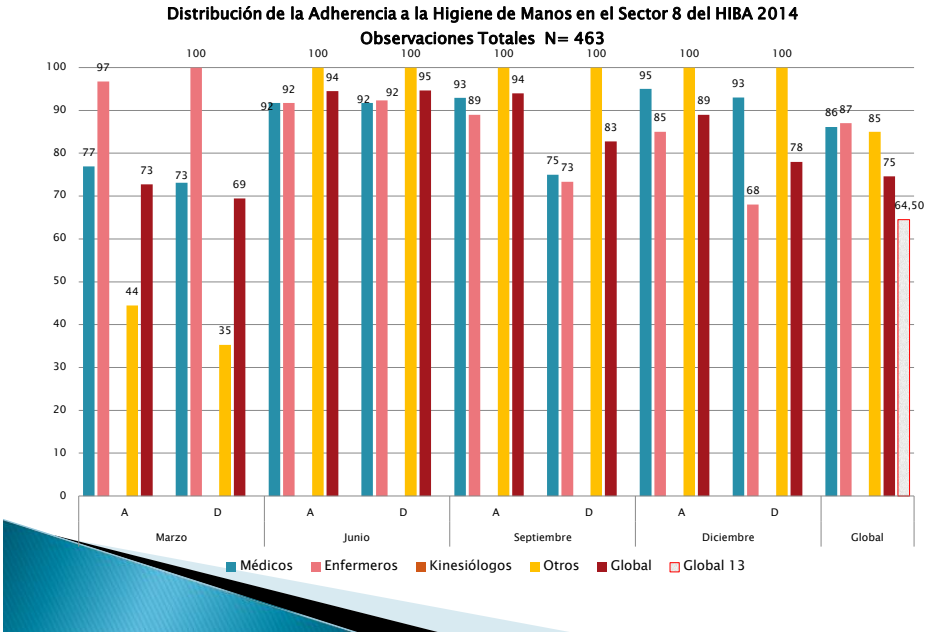


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015

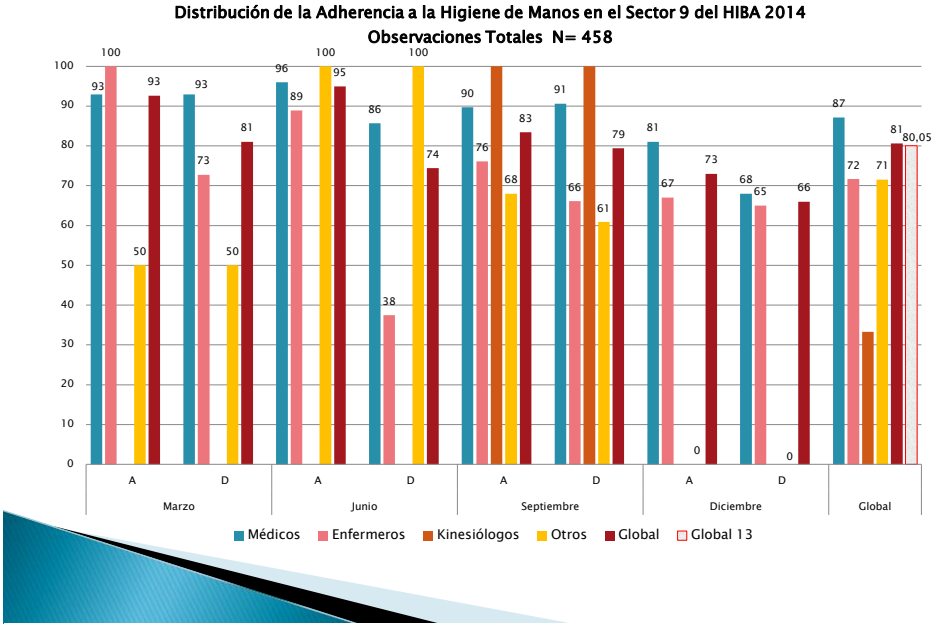


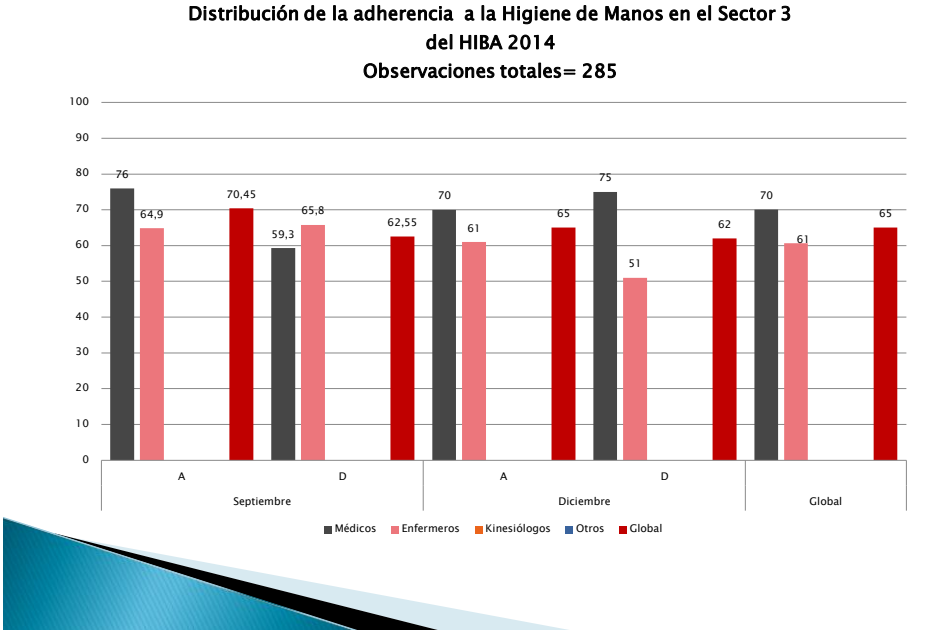


HOSPITAL ITALIANO
de Buenos Aires

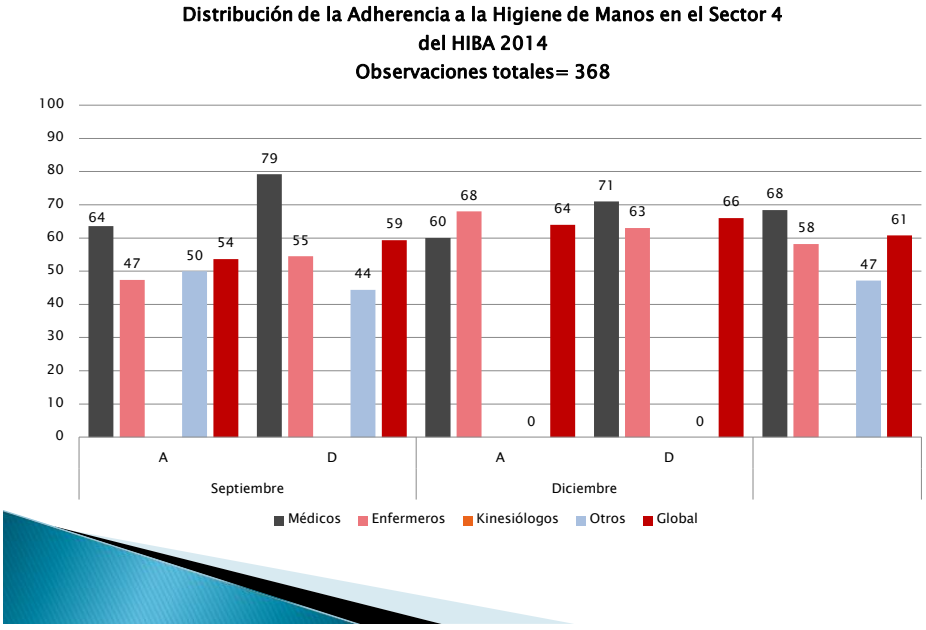
Comité de Control de Infecciones

Actualización 21 de nero 2015





Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015



Anexo VII

Recursos necesarios para la higiene de manos

El agua utilizada para la higiene de manos debe respetar las normativas locales para agua potable.
Toallas descartables: son preferibles a los secadores, deben utilizarse sin producir escoriaciones.
Jabón liquido común: tienen actividad detergente que remueve la suciedad de las manos, poca actividad anticrobiana, por lo tanto remueve con poca exactitud, aumentaría con un mayor tiempo del lavado de manos. Los frascos de jabón líquido común pueden inducir a errores en el personal de salud, confundirlos con jabón antiséptico. Es por estos motivos que se ha decidido reemplazar el jabón líquido en frascos en las áreas de internación.
Gel alcohol: desnaturalizan proteínas, los más efectivos son del 60-80%, tiene una actividad germicida excelente para gram positivos y gram negativos, micobacterias y hongos. No tiene actividad frente a las esporas o parásitos ooquistes y muy poca sobre los virus no envueltos. El virus de hepatitis A y enterovirus son inactivados con alcohol al 70%.

Comité de Control de Infecciones
Actualización 21 de nero 2015

No tiene efecto residual. La combinación sinergistica de humectantes (octoglicerina) y conservantes le confieren un efecto mas prolongado frente a la flora transitoria. No se recomiendan cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con material proteico. La eficacia del gel alcohol esta limitada por el tipo de alcohol que se utiliza, la concentración, el tiempo de contacto, el volumen de gel alcohol y si las manos están húmedas cuando se coloca el gel alcohol. Se recomienda al menos 3 ml. No se recomiendan las toallas descartables impregnadas con alcohol por este motivo. El efecto de "sequedad de piel" puede reducirse agregándose 1-3% glicerol. Las dermatitis alérgicas por contacto con el gel alcohol son raras. Existe la posibilidad de contaminaciones gel alcohol con *Bacillus spp.*
La OMS recomienda la higiene de manos con gel alcohol como método de elección por los siguientes motivos:

1. evidencia de acción rápida, amplio espectro antimicrobiano con mínimo riesgo de resistencia
2. fácil implementación (no necesidad de piletas o estructura mayor).
3. capacidad de mejorar la adherencia a la higiene de manos por ser un proceso más rápido y fácil.
4. beneficio en costos
5. minimiza el riesgo de efectos adversos y es mejor aceptada.

Para una higiene de manos óptima el gel alcohol debe estar disponible en cada sitio de atención del paciente, al lado del paciente a través de dispensers o botellas de gel alcohol. El gel alcohol debe cumplir con los requisitos para eficacia antimicrobiana y requisitos del ANMAT y ser bien tolerado/aceptado por el personal de salud.

Clorhexidina: produce una disrupción de las membranas citoplasmáticas. Su actividad antimicrobiana es más lenta que el alcohol, pero tiene efecto residual. Es activa frente a las bacterias gram positivas, un poco menos activa frente a las bacterias gram negativas y hongos, y mínima actividad frente a las micobacterias, no es además esporicida. Tiene menos actividad para los virus no envueltos (rotavirus, adenovirus y enterovirus). Las preparaciones con clorhexidina al 2% son levemente menos eficaces que la clorhexidina al 4%. En el HIBA se recomienda clorhexidina al 4% en toda el área quirúrgica. Existe una escasa absorción a través de la piel. Se debe ser cuidadoso con el contacto con los ojos, puede causar conjuntivitis o daño en corneas. Los productos con mayor concentración de clorhexidina pueden causar mayor daño a la piel. La resistencia a clorhexidina ha sido reportada.

Lavado de manos prequirurgico

La utilización de guantes estériles no elimina la necesidad de una higiene de manos adecuada previa a la cirugía. El 18 % de los guantes tienen pequeños orificios posterior a la cirugía y más del 805 no son percibidas por el cirujano. Después de 2 horas de cirugía aumenta hasta un 35%. Esto aumenta el riesgo

de infección de sitio quirúrgico. Con el uso de doble par de guantes persiste aun un 4%. Están descriptos los brotes de endocarditis por SCN con la misma cepa de las manos del cirujano.
El objetivo del lavado de manos prequirurgico es reducir las bacterias de las manos del equipo quirúrgico durante todo el procedimiento en caso de que se produzcan estos orificios no percibidos. Se debe eliminar la flora transitoria y reducir la residente. Existe una replicación rápida de bacterias en las manos no lavadas con jabón antiséptico. El espectro del jabón antiséptico debe ser lo más amplio posible para bacterias y hongos.
Recomendaciones para el lavado de manos prequirurgico:

- Uñas cortas, no postizas, sin esmalte
- No pulseras o relojes o anillos
- Lavado pre quirúrgico de manos y de antebrazo hasta los codos
  (5 minutos con clorhexidina jabonosa o iodopovidona jabonosa
  + cepillado de uñas inicial + secarse con toalla estéril)

Los dos antisépticos más utilizados son clorhexidina y iodopovidona. , tiene eficacia similar en reducciones de UFC de bacterias pero existe un recrecimiento más rápido con iodopovidona que con clorhexidina. Según la OMS el tiempo recomendado es de 3 a 5 minutos. En el HIBA recomendamos 5 minutos.
Lavado de manos quirúrgico con soluciones alcohólicas
En cirugías consecutivas, luego del lavado inicial solo si permanece en el área quirúrgica, los subsiguientes lavados pueden realizarse con solución a base de alcohol (clorhexidina alcohólica al 1%/61%, *"Avagard").*
Paso 1:
-Aplique 5 ml de solución en la palma de una mano, con la bomba de pie.
-Coloque la punta de los dedos de la mano contraria en la solución para preparar las uñas.
-Disperse el resto de la solución en el antebrazo hasta arriba del codo cubriendo toda la superficie.
Paso 2: Aplique otros 5 ml de solución y repita la operación con la mano contraria
Paso 3:
Aplique 5 ml más de solución en manos y muñecas únicamente. Deje secar antes de calzar los guantes.
Para facilitar el secado continúe friccionando las manos hasta que la solución se seque.

Bibliografía:
Guías para la Higiene de Manos de la Organización Mundial de la Salud 2009
www.who.int/gpsc/5may/en/