

CAMPAÑA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

DESCRIPCIÓN DEL TEMA

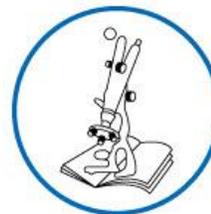
Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) afectan cada año a cientos de miles de pacientes en todo el mundo transformándose en uno de los eventos adversos más serios respecto a la seguridad del paciente. Ocasionan aumento de la morbilidad, de la estancia hospitalaria y de los costos tanto para el sistema de salud como para el paciente y su familia. Siendo un evento grave y evitable las IACS representan un gran desafío para los sistemas de salud y la disminución de su impacto en nuestro país y en el mundo.

El 85% de las IACS se asocian a Infecciones del Sitio Quirúrgico (ISQ) e Infecciones asociadas a dispositivos (IAD): Neumonía asociada a la ventilación mecánica, infección urinaria asociada a catéter urinario e infección de la sangre asociada a los accesos vasculares centrales. Por este motivo entre el 25 y el 50% de las IACS ocurren en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) con datos de aproximadamente un 70% de resistencia antimicrobianos^{1, 2}.

El impacto sobre la morbilidad, el exceso de estancia hospitalaria y los costos varían según el tipo de infección estudiada. Estudios basados en datos de Estados Unidos en 1995 reportaron un promedio de entre 4 y 23 días extras atribuibles a infecciones asociadas a cuidados de la salud, con una mortalidad atribuible de 7.4% y costos extras atribuibles en U\$S entre \$ 1800-\$2000⁴⁻⁶

En el año 2004 como parte de las investigaciones operativas del Programa VIGIA del Banco Mundial y con la participación del Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica del Ministerio de Salud de la Nación, de la Subsecretaría de Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de la Fundación Avedis Donabedian, de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y de la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI), se llevó a cabo un estudio multicéntrico "Proyecto VALIDAR" para validar un set de indicadores de infección hospitalaria en 107 centros de internación de agudos de todo el país, con representación de 21 provincias. La comparación de las tasas de infecciones nosocomiales asociadas a dispositivos entre los centros que tenían un programa básico, en base a los criterios establecidos por el proyecto SENIC, frente a los centros sin programas activos era del 21% menos a favor de los primeros, y el consumo de antimicrobianos era de un 19% menos para las instituciones con un programa activo para el control del uso racional de los antimicrobianos⁷.

En la década del 80 el proyecto SENIC, documentó que los hospitales redujeron sus tasas de infección en aproximadamente un 32% con programas de control de infecciones que incluyeron cuatro componentes: apropiada vigilancia y control, al menos una enfermera en control de infecciones (ECI) full time cada 250 camas, un epidemiólogo entrenado y, para vigilancia de ISQ, devolución de los datos a los cirujanos³.



Sin embargo, en los últimos años se ha documentado que la mayoría de las IACS pueden prevenirse. A tal efecto se han diseñado herramientas específicas que se suman a las ya conocidas^{8,9,10,11}.

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud son multifactoriales, se relacionan con los sistemas, los procesos de prestación, las limitaciones políticas y económicas de los países, así como el comportamiento variado de las personas.

Históricamente, por su efectividad probada para prevenir la transmisión de los microorganismos, el lavado de manos se ha transformado en la medida más eficaz para la reducción de las infecciones asociadas al cuidado de la salud¹².

No obstante, planteado un concepto que no presenta controversias en ninguno de sus aspectos, y aunque se trata de una acción sencilla, su incumplimiento a nivel mundial ha sido ampliamente documentado, a la vez que se ha transformado en un gran desafío para muchos profesionales del control de infecciones.

ANTECEDENTES PREVIOS

Años atrás varios equipos de trabajo en distintos lugares del mundo han medido la adherencia al lavado de manos en las instituciones de salud con un resultado promedio de 40%^{13,14,15,16,17,18}. Campañas posteriores a estas mediciones para aumentar la adherencia han logrado elevar esta frecuencia al 67% de las indicaciones que existían para realizar un lavado de manos. Se han descrito razones reportadas por el equipo de salud que influyen en el incumplimiento del lavado de manos: productos para el lavado de manos que causan irritación y sequedad, piletas escasas o mal ubicadas, falta de jabón, papel o toallas, personal muy ocupado o con poco tiempo para el lavado de manos, la atención del paciente es prioritaria, la higiene de las manos interfiere en la relación profesional-paciente, el riesgo de contraer infecciones es bajo, el uso de guantes hace innecesario el lavado de manos, desconocimiento de las guías, olvido, ausencia de modelos por parte de colegas o superiores, desacuerdo con las recomendaciones, falta de información científica acerca del impacto real de la higiene de las manos. Se observaron factores de riesgo de incumplimiento que afectaron la adherencia al lavado de manos: trabajar en las unidades de cuidados intensivos, trabajar durante la semana versus el fin de semana, usar camisolín y guantes, piletas automáticas, actividades con alto riesgo de transmisión cruzada, falta de personal o inadecuada relación enfermera-paciente, alta demanda de lavado de manos por actividad realizada, ser auxiliar de enfermería, ser médico. Otras barreras percibidas fueron: ausencia de participación activa en el fomento de la higiene de las manos a nivel individual o institucional, ausencia de modelos de actuación para la higiene de las manos, ausencia de prioridad de la higiene de las manos en el centro, ausencia de sanciones administrativas a los incumplidores y de recompensas a los cumplidores, ausencia de clima de seguridad institucional^{19,20,21}.

La OMS en la World Alliance for Patient Safety diseña y lanza el Primer Desafío Mundial por la Seguridad del Paciente Global Patient Safety Challenge con el slogan "Clean Care is Safer Care". Numerosos países del mundo se han adherido a esta campaña para mejorar la adherencia al lavado de manos en los centros de salud, así como los pacientes y sus familias. Los países denominados "sitios piloto" han reportado resultados positivos en su totalidad. Esta campaña cuenta con una metodología completamente desarrollada desde la medición basal de la adherencia, la capacitación del personal de salud acerca de las indicaciones del lavado de manos en la atención del paciente, herramientas pedagógicas, campaña de difusión, y la posibilidad de sumarse a este esfuerzo para mejorar la seguridad del paciente. En sus directrices han puntualizado responsabilidades de los centros asistenciales y de los gobiernos. Es responsabilidad de los administradores de los hospitales:

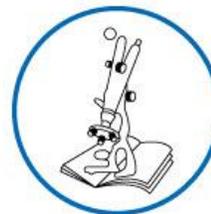
- a. Proporcionar a los profesionales sanitarios acceso a un abastecimiento continuo de agua en todos los puntos de salida de agua, y acceso a las instalaciones necesarias para lavarse las manos.
- b. Proporcionar a los profesionales sanitarios un acceso fácil a preparaciones alcohólicas para fricción de las manos en los lugares de atención al paciente.
- c. Hacer de la observación de una mejor higiene de las manos una prioridad del centro y proporcionar el liderazgo, el apoyo administrativo y los recursos económicos adecuados.
- d. Asignar a los profesionales de la salud la formación y el tiempo necesarios para realizar actividades de control de infecciones en el centro de salud, inclusive para la aplicación de un programa de promoción de la higiene de las manos.
- e. Poner en práctica un programa multidisciplinario, multifacético y multimodal, ideado para mejorar el cumplimiento de las prácticas recomendadas de higiene de las manos por parte de los profesionales sanitarios.
- f. Con respecto a la higiene de las manos, asegurarse que la fuente de suministro de agua del centro de salud esté físicamente separada de las redes de desagüe y alcantarillado, y establecer un sistema regular de vigilancia y gestión.

3

Es responsabilidad de los Gobiernos nacionales:

- a. Hacer de la observación de una mejor higiene de las manos una prioridad nacional y estudiar la posibilidad de financiar, coordinar y aplicar un programa para mejorarla.
- b. Respaldar el fortalecimiento de la capacidad de control de infecciones en los centros de asistencia sanitaria.
- c. Fomentar la higiene de las manos a nivel comunitario para mejorar tanto la protección propia como la de las demás personas.

En la República Oriental del Uruguay, en noviembre de 2007, el Dr. Ginés González García, Ministro de Salud y Ambiente de la Nación de la República Argentina firma la Declaración de Compromiso en la Lucha contra las Infecciones de Origen Hospitalario (IH). El Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias y del Programa de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA) dependiente del Instituto Nacional de



Epidemiología “Dr. Juan H Jara” (INE-ANLIS) diseña el denominado “Proyecto Alas”; estudio Multicéntrico que evalúa el impacto de la Higiene de las Manos en la prevención y control de infecciones hospitalarias en áreas críticas y no críticas de 9 hospitales de Alta Complejidad de la Argentina.

En el mes de abril de 2009 ADECI realiza la Primer Jornada Nacional de Lavado de Manos en adhesión al Primer Desafío Mundial por la Seguridad del Paciente: Un Cuidado Limpio es un Cuidado Seguro. La conferencia de Seguridad y campañas de lavado de manos estuvo a cargo del Dr. José María Perez-Gallego, Consultor del Área de Tecnología, Servicios de Salud e Investigación de la Oficina Regional OPS/OMS Washington.

En abril del 2010 en la Segunda Jornada Nacional de Lavado de Manos ocho instituciones públicas y privadas de la República Argentina expusieron sus experiencias en la implementación de la Estrategia Multimodal de la OMS. En el contexto de dicha jornada se estimuló a las instituciones participantes a adherir a la campaña propuesta por la OMS y se facilitaron los formularios de inscripción que luego se enviaron al manager del proyecto en Ginebra.

En Septiembre del 2010 se realizó en la Ciudad de Córdoba el X Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Epidemiología, Control de Infecciones y Seguridad del Paciente. En tal oportunidad participó como orador el Lider Mundial para la Campaña Clean Care is Safer Care Prof. Didier Pittet en una conferencia plenaria y work shop acerca de la implementación de la estrategia multimodal.

En el contexto de estas dos últimas actividades ADECI participó como facilitador para que 70 instituciones se suscribieran a la iniciativa de la OMS con el compromiso de desarrollar las herramientas propuestas para la mejora de la adherencia al lavado de manos.

JUSTIFICACIÓN

En el contexto de trabajar por la seguridad del paciente y tras conocerse la epidemiología de la observación del lavado de manos, se ha comprobado la eficacia de nuevos enfoques. El reto mundial por la Seguridad del Paciente: “Una atención limpia es una atención más segura” está centrando parte de su atención en mejorar las normas y prácticas del lavado de manos en la atención de los pacientes y en ayudar a aplicar las intervenciones eficaces.

La Organización Mundial de la Salud ha tomado la iniciativa denominada First Global Patient Safety Challenge “Clean Care is Safer Care”¹⁸, con el concepto que hoy no hay hospital, consultorio, sistema sanitario, dispensario o puesto de salud que pueda negar la importancia del cumplimiento de las recomendaciones sobre la higiene de las manos.

En la Argentina un Estudio Multicéntrico para Validar en Hospitales de Argentina los Indicadores del NNIS System (National Nosocomial Infection Surveillance System) denominado

“Proyecto VALIDAR”, y realizado en hospitales y centros de salud públicos y privados, permitió calcular que, si se contara con un programa activo de control de infecciones, por cada 100 hospitales podrían evitarse 530 muertes por año y 3000 episodios infecciosos. Se ahorrarían unos 7 millones de pesos, sólo teniendo en cuenta las unidades de cuidados intensivos. Si se considera la totalidad de los hospitales públicos y privados que hay en el país, que son 3196, aquellas cifras ascienden a casi 17.000 muertes y 96.000 episodios infecciosos anuales, y representan un ahorro de 224 millones de pesos.

A la hora de evaluar el impacto económico de los programas de fomento de la higiene de las manos debe tenerse en cuenta el ahorro derivado de la menor incidencia de infecciones relacionadas con los cuidados de salud. Los recursos hospitalarios adicionales que consumen tan sólo cuatro o cinco infecciones asociadas al cuidado de la salud, de las clasificadas como de gravedad (neumonía asociada a la ventilación mecánica, mediastinitis, bacteriemia) pueden ser equivalentes al presupuesto de todo un año para productos de higiene de las manos utilizados en la atención de los pacientes. Un estudio realizado en un hospital privado de Buenos Aires comparó por un lado el ahorro del lavado de manos realizado con solución hidroalcohólica fabricado en la institución versus soluciones antisépticas jabonosas; y por otro lado el ahorro en los tiempos de enfermería al utilizar estas mismas soluciones comparadas con las tradicionales de agua, jabón y toallas descartables. Para una unidad de cuidados intensivos de 8 camas, para el personal de enfermería el ahorro anualizado era de \$163746.80²⁴. En una unidad de cuidados intensivos neonatales de la Federación Rusa, el costo de una bacteriemia primaria, calculada en U\$S 1100 cubriría 3265 días paciente de uso de antiséptico para las manos (U\$S 0.34 por día paciente). El ahorro obtenido al reducir la incidencia de las infecciones supera ampliamente el costo adicional de promover el uso de los productos de higiene de las manos con soluciones alcohólicas²⁵. Si las infecciones asociadas al cuidado de la salud conllevan como consecuencia la elevada morbimortalidad, el exceso de estadía hospitalaria y los costos; si las infecciones se pueden disminuir, y si el lavado de manos es la estrategia más importante para que estas no ocurran, debemos trabajar e invertir esfuerzos y recursos en mejorar la adherencia al lavado de manos.

La metodología propuesta por la OMS en la campaña “Clean Care is Safer Care” para medir la adherencia es simple y permite potenciar los beneficios de esta práctica a nivel no solo local sino global.

Una institución de la Ciudad de Buenos Aires ha documentado con un programa de control de infecciones activo y la implementación de la estrategia multimodal de la OMS (año 2009 y 2010) una mejora del 68% en la adherencia al lavado de manos en Unidades de Cuidados Intensivos con disminución de las tasas de infecciones asociadas a dispositivos de 73% en la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NEU/ARM), 19 % en la infección de la sangre

asociada a los accesos vasculares centrales (BACT/VCV) y 91.3% en las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario (ITU/CUR). En febrero de 2010 se comenzó a implementar una serie de medidas para prevenir la NEU/ARM y en julio 2010 para BACT/VCV.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Difundir e implementar con intervenciones escalonadas la Estrategia Multimodal de la OMS “Un Cuidado Limpio es un Cuidado Seguro” para mejorar la adherencia a la higiene de las manos en la República Argentina con el propósito de disminuir la incidencia de infecciones asociadas a los cuidados de la salud y mejorar la seguridad de los pacientes y los trabajadores de la salud.

Objetivos específicos:

1. Organizar una red de trabajo nacional, con líderes regionales y referentes provinciales, para la adecuada coordinación y articulación de la campaña.
2. Coordinar en todas las instituciones adheridas, la implementación de la “Guía para la aplicación de la estrategia multimodal de mejora de la higiene de las manos” de la OMS.
3. Lograr la adhesión de las instituciones participantes al Primer Desafío Mundial por la Seguridad del Paciente: “Un Cuidado Limpio es un Cuidado Seguro” mediante la implementación del lavado de manos en modo efectivo.
4. Jerarquizar el rol de las soluciones alcohólicas para el lavado de manos en las instituciones de salud mediante la obtención de evidencia objetiva local de las ventajas costo-efectivas del uso generalizado de las mismas.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Unidades de Cuidados Críticos y otras unidades que deseen sumarse al proyecto, perteneciente a Hospitales Públicos y Privados de la República Argentina

Criterios de inclusión:

1. Unidades que cuenten con disponibilidad asegurada de insumos necesarios para la implementación de la desinfección de las manos (agua corriente, jabón, toallas y/o soluciones alcohólicas para manos).
2. Funcionamiento de un programa de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a los Cuidados de la Salud.
3. Aval de la Dirección de la organización y del Jefe del Servicio participante.
4. Aval del Comité de Ética para la implementación del proyecto.
5. Firma del Acuerdo de participación.

NIVELES DE PARTICIPACIÓN

La Institución podrá registrarse en alguno de los tres niveles de participación siguientes:

1. Institución con Comité de Control de Infecciones Hospitalarias, con un programa activo implementado y vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a Dispositivos en las Unidades de Cuidados Críticos.
2. Institución con Comité de Control de Infecciones sin vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a Dispositivos en las Unidades de Cuidados Críticos.
3. Institución sin Comité de Control de Infecciones en la actualidad.

7

PARTICIPANTES

ADECI designará un líder regional cuya función central consistirá en ser el nexo entre las provincias de la región y ADECI en todo lo concerniente al desarrollo del proyecto. Se designará para tal función un ECI socio activo de ADECI que cumpla funciones en una institución que pueda acreditarse en el primer nivel de participación.

ADECI designará un referente provincial cuya función consistirá en ser el nexo entre el líder regional y los referentes institucionales de los hospitales y centros asistenciales de su provincia adheridas a la iniciativa. Se designará para tal función un ECI socio activo de ADECI cuya institución pueda acreditarse en el primer nivel de participación.

Las Direcciones de las instituciones participantes, en cualquiera de los tres niveles antes mencionados, designarán un Referente Institucional, que cumpla con los lineamientos del perfil según nivel de participación institucional (Anexo 1).

A los efectos de este programa, también son considerados participantes activos todos los médicos, enfermeras, terapeutas y técnicos (estables o no de la unidad) que desarrollen sus actividades en las Unidades participantes, y que serán debidamente notificados por la institución respecto del programa, objetivos, metodología y alcance, y en particular respecto del rol del referente institucional.

A través de los líderes regionales, los referentes provinciales y los referentes institucionales, ADECI será responsable de la comunicación, difusión, capacitación, mentoreo y seguimiento de las instituciones adheridas a la iniciativa.

VARIABLES

Se medirán como oportunidades para el lavado de manos las siguientes variables:

1. Antes del contacto con el paciente.
Ejemplos: Antes de saludar al paciente, antes de asistir con contacto al paciente.
2. Después del contacto con el paciente.
Ejemplos: Después de saludar al paciente, después de asistir con contacto al paciente.
3. Antes de realizar un procedimiento con técnica aséptica.
Ejemplos: Antes de colocar un acceso vascular, antes de realizar una curación de una herida quirúrgica, antes de colocar un catéter urinario, etc.
4. Después del contacto con fluidos corporales.
Ejemplos: Después de retirar un drenaje, después de una higiene perineal, después de realizar una curación.
5. Después de tener contacto con las superficies de la unidad del paciente.
Ejemplos: Después de tocar el monitor del paciente, después de tocar el respirador, las bombas de infusión, la baranda de la cama del paciente, etc.²⁰

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizará la observación directa del cumplimiento de las oportunidades de realizar un lavado de manos según "My five moments". Cada momento de observación, denominado sesión debe durar 20 minutos y su duración se calcula determinando la hora de inicio y de conclusión.

Para el registro de los datos se utilizará el formulario diseñado por la OMS y descrito en su Anexo 34 Observation Form. Se completará siguiendo las instrucciones del mencionado protocolo (Anexo 2).

El referente institucional estará a cargo de la observación en cada unidad/institución. ADECI entrenará a los referentes institucionales en las guías brindadas por la OMS para realizar las observaciones según sus instrucciones.

REPAROS ÉTICOS

ADECI asume el compromiso de conducir la campaña estableciendo las condiciones necesarias para garantizar el cumplimiento de las leyes vigentes sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

La recolección de datos será anónima y los registros se cargarán en un software con ingreso de usuario y contraseña, que ADECI determinará y brindará sin cargo a las instituciones participantes.

CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACION

El proyecto abarca las siguientes etapas:

1. Propuesta a la Comisión Nacional Asesora para la Seguridad de los Pacientes del Ministerio de Salud de la Nación, y a la Organización Panamericana de la Salud con su sede en la República Argentina, solicitando el auspicio de ambos organismos a esta Campaña.
2. Desarrollo de contenido de la página web (2 meses y continuo)
3. Conformación del equipo de trabajo con los referentes regionales y provinciales.
4. Presentación de la campaña en la Jornada de Lanzamiento el día 28 de abril del 2011 en la Fundación OSDE (Buenos Aires) con salida por teleconferencia a todas las provincias del país. De obtenerse el auspicio de los organismos antes citados, se invitará a integrar el panel a un disertante en representación de cada uno de ellos. A su vez, se transmitirá un



mensaje en diferido, a cargo del Prof. Didier Pittet. Se presentará el plan de campaña, los recursos de la web y las herramientas adoptadas para tal fin. Se enfatizarán las ventajas del uso de soluciones alcohólicas para la higiene de las manos. Se dará difusión y se manifestará la adhesión de ADECI a las actividades propuestas por la OMS para el 5 de mayo de 2011

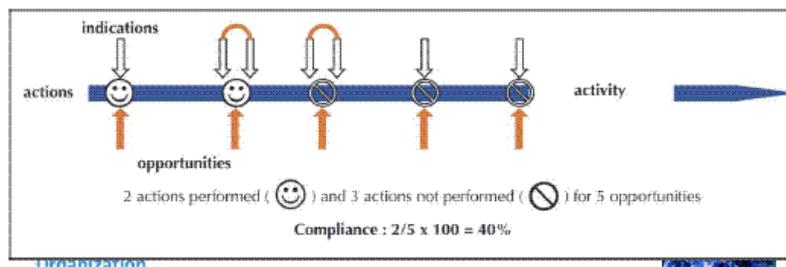
5. Recepción de solicitudes de adhesión (continuo)
6. Validación de la documentación requerida y asignación de la unidad/institución al nivel de participación correspondiente (continuo)
7. Entrenamiento del referente institucional (continuo por cupos según cronograma)
8. Implementación de la campaña en las instituciones adheridas (continuo)
9. Encuesta basal, conforme a lineamientos generales de OMS (momento cero en cada institución)
10. Mediciones locales (6 meses de campaña)
11. Análisis y devolución de los datos (3 meses post cierre de campaña por cupos de incorporación, según cronograma)
12. Evaluación y re diseño de nuevas estrategias (inicio marzo 2012)

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Indicación, oportunidad y acción

10

Cumplimiento = $\frac{\text{Acciones de higiene de las manos realizadas}}{\text{Acciones necesarias de higiene de las manos (oportunidades de realizar la higiene de las manos)}}$



En la etapa inicial, denominada período de medición, se observarán al menos 200 oportunidades en cada Servicio involucrado en la campaña.

Se calculará la tasa de cumplimiento utilizando como numerador las higienes de las manos realizadas y como denominador las indicaciones u oportunidades de realizar la higiene de las manos.

Se podrá calcular como adherencia global o estratificado por servicio, categoría profesional, momento o turno.

Ej:

Lavados realizados por enfermeros de UCI

_____ X 100

Oportunidades de lavados para los enfermeros de UCI

Lavados realizados en el momento 1 en la UCI

_____ X 100

Oportunidades de lavado en el momento 1 en la UCI

Lavados realizados por personal de UCI en el turno noche

_____ X 100

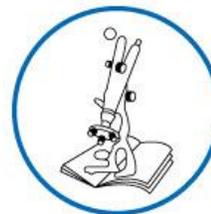
Oportunidades de lavado del personal de UCI en el turno noche

No se reportarán tasas de infección. Cada centro evaluará la variación de la adherencia al lavado de manos entre el período pre y post intervención y su correlación con tasas de infección en porcentajes. Ej: *Entre el período pre y post intervención la adherencia al lavado de manos aumentó un x% y se documentó un descenso del x% en la tasa de neumonía asociada a la ventilación mecánica.*

RECURSOS NECESARIOS

Tiempo de las ECIs destinado para el desarrollo del plan (3 hs/ECI/semana)

Computadora con conexión a internet e impresora para la obtención de los formularios de registro o fotocopiadora.



Manuales de observadores para los ECIs u observadores de las instituciones de salud. Manuales de adiestramiento.

Horas de telefonía

Carpeta o cuaderno, lapiceras, lápices, gomas de borrar, hojas para imprimir o para fotocopiar, cartucho de impresora, relojes.

BASE PARA EL RELATO FINAL

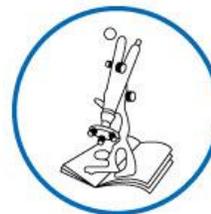
Los propios usuarios podrán conocer los resultados de las mediciones en cada unidad de observación.

CRONOGRAMA

Se adjunta gráfico de Gantt (Anexo 3).

Referencias bibliográficas

1. HALEY RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG. The nationwide nosocomial infection rate: a new need for vital statistics. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 159- 67.
2. Eggimann CA, Pittet D. Infection Control in the ICU. *Chest* 2001; 120:2059-93.
3. HALEY et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in U.S. hospitals. *Am. J. Epidemiol.* 1985; 121: 182-205
4. Weinstein RA. Nosocomial infection update. *Emerg Infect Dis* 1998; 4: 416-420.
5. Burke JP. Infection Control: A problem for patient safety. *N Engl J Med* 2003; 348:651-6
6. Jarvis WR. Selects aspects of the socio-economic impact of nosocomial infections: morbidity, mortality, costs, and prevention. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17 (8):552-557
7. Quirós RE, Del Castillo M, Maimone S, Efrón E, Durlach R, Williams G, MD. Multicenter Study to implement a National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) System in Argentinean hospitals: Analysis of Adult and Pediatric ICU and the Antimicrobial Use and Resistance Components. 15th Annual Meeting of the Society for Healthcare Epidemiology of America. 2005. Los Angeles, California, USA.
8. Wenzel R, Edmond M, Team-based prevention of catheter-related infections. *N Engl J Med* 2006: 355; 26.



9. Eliminating catheter-related bloodstream infections in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2004; 32: 2014-2020
10. Jarvis W. The United States approach to strategies in the battle against healthcare-associated infections, 2006: transitioning from benchmarking to zero tolerance and clinician accountability. *Journal of Hospital Infection* 2007, 65 (S 2) 3-9.
11. Resar R, Pronovost P, Haradme C, Simmonds T, Rayner T, Nolan T. Using a Bundle Approach to Improve Ventilator Care Processes and Reduce Ventilator-Associated Pneumonia. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Journal on Quality and Patient Safety*. May 2005. Vol 31 N°5.
12. http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/en/index.html Ingresado 1 de marzo de 2011.
13. Hand washing compliance- Is It a Reality? Gould D, *J Hosp Infect*1994;28:15-30; Larson E, *J Hosp Infect*1995;30:88-106; Slaughter S, *Ann Intern Med* 1996;3:360-365; Watanakunakorn C, *Infect Control Hosp Epidemiol*1998;19:858-860; Pittet D, *Lancet* 2000:356;1307-1312.
14. Pittet D et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices *The Lancet Infectious Diseases* 2006; Vol. 6 No. 10 pp 641-652
15. Gould D, Nurses' hand decontamination practice: results of a local study. *J Hosp Infect* 1994;28:15-30
16. Larson E, Compliance with handwashing and barrier precautions. *J Hosp Infect* 1995;30:88-106
17. Slaughter S, A comparison of the effect of universal use of gloves and gowns with that of glove use alone on acquisition of vancomycin-resistant enterococci in a medical intensive care unit.. *Ann Intern Med* 1996;3: 360-365 Sep 15;125(6):448-56
18. Watanakunakorn C, An observational study of hand washing and infection control practices by health care workers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998;19:858-860
19. Pittet D, Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet* 2000:356; 1307-1312
20. Pittet D, Improving Compliance With Hand Hygiene in Hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21: 381-386
21. Pittet D, Improving adherence to Hand Hygiene practice: A multidisciplinary approach. *Emerg Infect Diseases* 2001; 7 N° 2: 234-240.
22. Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria (borrador avanzado): Resumen. <http://www.who.int/gpsc/en/>
23. <http://www.who.int/gpsc/en>
24. Centro de costos del Hospital Británico de Buenos Aires
25. Los cinco momentos para la Higiene de las Manos. Una Atención Limpia es una Atención más Segura. Reto Global para la Seguridad del Paciente. OMS. <http://www.who.int/gpsc/en>



ANEXO 1 Referente Institucional Perfil

- Licenciado en Enfermería, preferentemente con formación en Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias (ECI)
- Capacidad de comprometerse con la misión y los objetivos de la campaña y de comunicarla a todos los miembros del equipo de salud que directa o indirectamente participarán de la misma
- Capacidad de liderar (poder de referencia)
- Buen comunicador, actitud proactiva y de educación

RESPONSABILIDADES

Actuar como coordinador y responsable de la campaña en su institución y frente al equipo de salud local.

TAREAS

- En conjunto con el referente provincial, diseñará la estrategia de comunicación local permanente de la campaña
- Pondrá en marcha los circuitos de información intrahospitalarios que faciliten el desarrollo de la campaña
- Se ocupará de las observaciones, registros, evaluaciones y análisis de datos indicados en los procedimientos operativos



Anexo 2

Formulario de observación para la recolección de datos

APÉNDICE

1. Formulario de observación

**WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY**



**Organización
Mundial de la Salud**

ANEXO 34
FORMULARIO DE OBSERVACIÓN

Pais		Ciudad		Hospital		ID del centro	
Observador (iniciales)				N.º de periodo		Departamento	
Fecha (dd.mm.aaaa)				N.º de sesión		Nombre del servicio	
Hora inicio/fin (hh:mm)				N.º de formular		Nombre de la sala	
Duración de la sesión (mm)							

Cat. prof Código Número	Cat. prof Código Número	Cat. prof Código Número	Cat. prof Código Número
Op.	Indicación	Acción	Op.
1	<input type="checkbox"/> pre-pte <input type="checkbox"/> pre-asept. <input type="checkbox"/> post-liquorp <input type="checkbox"/> post-pte. <input type="checkbox"/> post-entomo	<input type="checkbox"/> limp <input type="checkbox"/> lav <input type="radio"/> no realiz	1
2	<input type="checkbox"/> pre-pte <input type="checkbox"/> pre-asept. <input type="checkbox"/> post-liquorp <input type="checkbox"/> post-pte. <input type="checkbox"/> post-entomo	<input type="checkbox"/> limp <input type="checkbox"/> lav <input type="radio"/> no realiz	2
3	<input type="checkbox"/> pre-pte <input type="checkbox"/> pre-asept. <input type="checkbox"/> post-liquorp <input type="checkbox"/> post-pte. <input type="checkbox"/> post-entomo	<input type="checkbox"/> limp <input type="checkbox"/> lav <input type="radio"/> no realiz	3
4	<input type="checkbox"/> pre-pte <input type="checkbox"/> pre-asept. <input type="checkbox"/> post-liquorp <input type="checkbox"/> post-pte. <input type="checkbox"/> post-entomo	<input type="checkbox"/> limp <input type="checkbox"/> lav <input type="radio"/> no realiz	4
5	<input type="checkbox"/> pre-pte <input type="checkbox"/> pre-asept. <input type="checkbox"/> post-liquorp <input type="checkbox"/> post-pte. <input type="checkbox"/> post-entomo	<input type="checkbox"/> limp <input type="checkbox"/> lav <input type="radio"/> no realiz	5
6	<input type="checkbox"/> pre-pte <input type="checkbox"/> pre-asept. <input type="checkbox"/> post-liquorp <input type="checkbox"/> post-pte. <input type="checkbox"/> post-entomo	<input type="checkbox"/> limp <input type="checkbox"/> lav <input type="radio"/> no realiz	6
7	<input type="checkbox"/> pre-pte <input type="checkbox"/> pre-asept. <input type="checkbox"/> post-liquorp <input type="checkbox"/> post-pte. <input type="checkbox"/> post-entomo	<input type="checkbox"/> limp <input type="checkbox"/> lav <input type="radio"/> no realiz	7
8	<input type="checkbox"/> pre-pte <input type="checkbox"/> pre-asept. <input type="checkbox"/> post-liquorp <input type="checkbox"/> post-pte. <input type="checkbox"/> post-entomo	<input type="checkbox"/> limp <input type="checkbox"/> lav <input type="radio"/> no realiz	8

La OMS aprueba a los Hospitales Universitarios de Córdoba (HUC) en participar a los miembros del Programa de Control de Infecciones, en proporcionar estos en la realización de cada instancia.

FORMULARIO DE OBSERVACIÓN

MANUAL PARA OBSERVADORES
43



ANEXO 3

Formulario de cálculo básico

2. Formulario de calculo basico

**WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY**



**Organización
Mundial de la Salud**

FORMULARIO DE CÁLCULO BÁSICO

País	Ciudad	Hospital	ID del centro
Fecha (dd.mm.aaaa)		N.º periodo	Departamento Servicio Sala

N.º de sesión	Categorías profesionales <small>(pueden añadirse columnas según el número de categorías profesionales observadas)</small>								Total de sesiones	
	Cat.prof Código		Cat.prof Código		Cat.prof Código		Cat.prof Código		Oportunidad	Acción
	Oportunidad	Acción	Oportunidad	Acción	Oportunidad	Acción	Oportunidad	Acción		
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										
Total por categorías	/		/		/		/		/	
Cumplimiento										

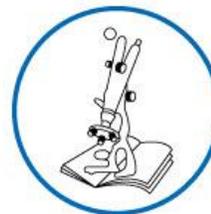
Cumplimiento (%) = $\frac{\text{Acciones}}{\text{Oportunidades}} \times 100$

Instrucciones de uso

1. Compruebe los datos obtenidos en el formulario de observación. Sume las oportunidades y las acciones conforme a la categoría profesional de cada sesión de observación y copie los resultados en las líneas correspondientes al número de sesión.
2. Calcule la suma de las oportunidades y la suma de las acciones en cada línea para obtener la suma total de cada sesión.
3. Calcule la suma de las oportunidades y las acciones de todas las sesiones y el cumplimiento general aplicando la anterior ecuación.
4. Calcule las sumas de las oportunidades y las acciones en todas las categorías profesionales y calcule el cumplimiento por categorías aplicando la ecuación. Incluya el resultado en la línea correspondiente al "Cumplimiento" y en cada columna "Total por categorías".

La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la redacción de este material.

FORMULARIO DE CÁLCULO BÁSICO



ANEXO 4

Datos del Centro

Nombre del Centro o Institución:						
Tipo de afiliación:	Nacional []	Provincial []	Municipal []	Universitario []	Colectividad []	Privado []
Número de camas:		Egresos anuales:		Días-paciente anuales:		

Datos de quien responde la encuesta:

Apellido y Nombre:			
Cargo que ocupa en la institución:	Infectólogo: []	Enf. en Control de Infecciones: []	Otro: []

Tipo de Documento: DNI:[] CI:[] LE:[] LC:[] N°:

17

Domicilio: C.P.:

Localidad: Provincia:

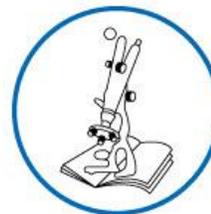
Teléfono: Fax:

E-mail:

Tiene sistema de residencias medicas (si responde "SI" contestar la próxima pregunta):
SI:[] NO:[]

Tipo de residencias:

Clínica medica	SI:[] NO:[]	Obstetricia	SI:[] NO:[]
Pediatría	SI:[] NO:[]	Toco-ginecología	SI:[] NO:[]



Cardiología SI:[] NO:[] Traumatología SI:[] NO:[]

Cirugía general SI:[] NO:[] Enfermería SI:[] NO:[]

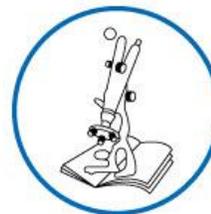
Ginecología SI:[] NO:[]

Otras (especificar):

Unidades de cuidados intensivos

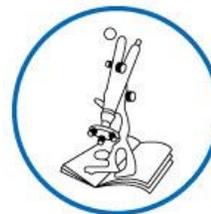
Tildar la unidad o unidades que la institución posee independientemente de que las mismas se incluyan o no en el proceso de vigilancia. En todos los casos debe marcarse S (sí) o N (no) según corresponda.

Tipo de unidad	Si	No	Nº camas
MÉDICO/QUIRÚRGICA			
MÉDICA			
QUIRÚRGICA			
CORONARIA			
CARDIOTORÁCICA			
NEUROQUIRÚRGICA			
QUEMADOS			
RESPIRATORIA			
POLITRAUMA			
PEDIÁTRICA			
NEONATAL			

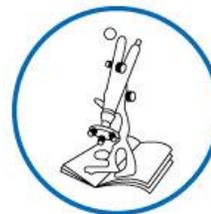


VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES

Recursos humanos En todos los casos debe marcarse SI o NO según corresponda.	Si	No
1. Su institución cuenta con un Infectólogo/a rentado/a (si responde NO ir a la pregunta 2)		
1.a. Nombre y Apellido: 1.b. E-mail: 1.c. Tiempo de permanencia en la institución Parcial:[] Completo:[]		
2. Su institución cuenta con un Enfermera/o en Control de Infecciones rentado/a (si responde NO ir a la pregunta 3)		
2.a. Nombre y Apellido: 2.b. E-mail: 2.c. Tiempo de permanencia en la institución Parcial:[] Completo:[]		
3. Su institución cuenta con un Comité de Control de Infecciones en actividad al momento de la encuesta		
4. Su institución cuenta con un Programa Activo de Control de Infecciones en actividad al momento de la encuesta		
5. En su institución realizan vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a dispositivos al momento de la encuesta		
6. En su institución realizan vigilancia epidemiológica de infecciones del sitio quirúrgico asociadas a cirugía al momento de la encuesta		
7. En su institución realizan vigilancia epidemiológica de infecciones asociadas a dispositivos al momento de la encuesta		
8. En su institución cuenta con una norma escrita de higiene de manos al momento de la encuesta		
9. Para la higiene de manos (al momento de la encuesta) tiene acceso a:		
a. Una pileta cada 10 camas		
b. Toallas descartables		
c. Agua corriente		
d. Soluciones jabonosas líquidas		
e. Soluciones alcohólicas para manos		
10. Método/s que utiliza para la higiene de las manos en el punto de atención del paciente al momento de la encuesta		
a. Soluciones jabonosas líquidas		
b. Soluciones jabonosas antisépticas		



c. Soluciones alcohólicas para manos		
11. Ha adoptado la metodología propuesta por la OMS (Primer Desafío Mundial por la Seguridad del Paciente: "Un Cuidado Limpio es un Cuidado Seguro") para mejorar la adherencia a la higiene de las manos		
12. Al momento de la encuesta realiza educación programada al personal de los siguientes servicios		
a. Unidades de Cuidados Intensivos		
b. Salas de Internación General		
c. Consultorios Externos y/o servicios de complementarios (personal técnico, de limpieza, maestranza, laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc)		
13. Al momento de la encuesta los siguientes grupos disciplinarios son alcanzados por la actividad docente		
a. Médicos		
b. Enfermeros		
c. Terapeutas (kinesiólogos, fonoaudiólogos, etc.)		
d. Técnicos		
e. Personal de limpieza/maestranza		
f. Nutricionistas		
g. Gerentes, Jefes y/o Supervisores de servicios		
g. Otros (detallar) _____ _____		
14. Al momento de la encuesta ha realizado campañas con una estrategia multimodal para mejorar la adherencia a la higiene de las manos		
15. Al momento de la encuesta ha utilizado alguna de las siguientes estrategias para mejorar la adherencia a la higiene de las manos		
a. Cambios en el sistema: Uso de soluciones alcohólicas para manos		
b. Acceso a agua corriente, jabón y toallas		
c. Capacitación al personal		
d. Observación: medición de adherencia a la higiene de manos		
e. Difusión: uso de recordatorios		
f. Mejora del clima de seguridad laboral: apoyo del personal directivo		
g. Observación post intervención: medición y retroalimentación de los datos		
h. Otras medidas (detallar) _____ _____		



16. Al momento de la encuesta realizó alguna vez mediciones de adherencia a la higiene de las manos según "Mis 5 Momentos" de la OMS		
a. UCI Adultos		
b. UCI Pediátrica		
c. UCI Neonatal		
d. Sala de Internación general		
e. Consultorios externos		
f. Servicios complementarios		
g. Hospitalario global		
h. Otros (detallar) _____ _____		



ANEXO 5

Modelo carta para Direcciones de Hospitales y Centros de Salud

Señor Director

Presente

De nuestra mayor consideración:

La Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones con el Auspicio del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dentro de las iniciativas que responden a atenuar la incidencia de Infecciones Asociadas a los Cuidados de la Salud y su vez mejorar el nivel de seguridad en la atención que reciben los pacientes, liderará la Campaña Nacional de Higiene de Manos en la República Argentina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Primer Desafío Mundial por la Seguridad de los Pacientes "Un Cuidado Limpio es un Cuidado Seguro" está convocando a las instituciones de salud a sumarse a esta iniciativa con la certeza absoluta de salvar vidas mejorando el cumplimiento de la higiene de las manos en el sitio de atención del paciente.

Sabiendo que sin el compromiso conjunto de las instituciones, sus directivos y el personal de salud y el establecimiento de redes de trabajo esta iniciativa no es factible y, conociendo el interés común de mejorar la Calidad de Atención y Seguridad de los Pacientes, lo invitamos y por su intermedio a la Institución que Usted dirige a sumarse a esta campaña.

Adjuntamos a esta carta el proyecto con la propuesta junto con la garantía de confidencialidad de los datos, ficha del centro, formulario de acuerdo de participación y formulario de aprobación por el Comité de Ética.

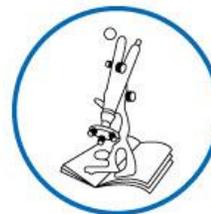
Le pedimos por favor, pueda remitirnos estos formularios firmados a través de su referente institucional.

Desde ya agradecemos su consideración y estamos a su disposición para cualquier aclaración o sugerencia que crea oportuna.

Atentamente.

Lic Carolina Giuffré

Presidente ADECI



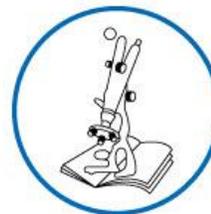
ANEXO 6

Acuerdo de participación (en hoja membretada de la Institución)

El _____ (nombre de la institución de Salud) notifica por la presente a la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI) la firma del **ACUERDO DE PARTICIPACION** en la Campaña Nacional de Higiene de Manos: "Manos Limpias Salvan Vidas" en adhesión al Primer Desafío Mundial por la Seguridad del Paciente: "Un Cuidado Limpio es un Cuidado Seguro" de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Hecho en _____ el _____.
(lugar) (fecha)

Firma del Director Médico de la Institución de Salud



Equipo de trabajo:

Dirección: LIC. ECI Carolina GIUFFRÉ RECI

Dirección Ejecutiva: MBA Silvia Enrique

Plataforma de Diseño y Conducción: LIC. ECI Mariela González

LIC. ECI Myriam Scherer CCI

LIC. ECI Silvia Villa CCI

Coordinación Fundación CEDECEN: LIC. ECI Elena Andión RECI

Referentes provinciales:

CABA	LIC. Mariela González
CATAMARCA	LIC. Marta Velez
CHACO	LIC. Sanchez Gladys
CHUBUT	LIC. Reyes Miriam
CORDOBA	LIC. Laura Viviana Furlán
CORRIENTES	LIC. Emilce Ortega Maidana
FORMOSA	LIC. Mirta Cuenca
JUJUY	LIC. Centeno Victoria Rosana
LA PAMPA	LIC. Rosa Rosas de Guidi
MENDOZA	LIC. María Laura Vernazzi
MISIONES	LIC. Lic. Norma Cabral
NEUQUEN	LIC. Elvia Tilleria
RIO NEGRO	LIC. Leonor Rottemberg y Lucrecia Díaz
SALTA	LIC. Guerrero Nelly
SAN JUAN	LIC. María Elena Garepia
SAN LUIS	LIC. WOHNING GISELA
SANTA CRUZ	LIC. Betancoud María Ester
SANTA FE	LIC. Truscello Marta
SANTIAGO DEL ESTERO	LIC. Marcela Sauli
TUCUMAN	LIC. Corti Adriana