

LAS MANOS LIMPIAS SON CUIDADOS SEGUROS

THE CLEAN HANDS ARE SAFE CARES

Autores:  Juan Santiago Cortizas-Rey ⁽¹⁾,  José María Rumbo-Prieto^(2,3) (*).

- (1) MSc, RN. Supervisor de Control de Infección y Esterilización. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
(2) PhD, MSc, BSN, RN. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
(3) Grupo de investigación de Integridad y Cuidados de la Piel. Universidad Católica de Valencia.

Contacto (*): jmrumbo@gmail.com

Fecha de recepción: 08/04/2019
Fecha de aceptación: 26/04/2019

Cortizas-Rey JS, Rumbo-Prieto JM. Las manos limpias son cuidados seguros. *Enferm Dermatol.* 2019; 13(36): 7-10. DOI: 10.5281/zenodo.2911656

EDITORIAL:

A lo largo de la historia, el lavado de manos con agua y jabón (higiene epidérmica de la capa externa de la piel) ha sido considerado como una parte del aseo e higiene personal y un acto purificador en ceremonias religiosas. Es un antiguo documento de 1199, es donde se hace por primera vez mención del valor que tiene el lavado y la limpieza de las manos para mantener una buena salud, escrito por el médico judío Maimónides, y donde aparece la frase: *“Nunca olvide lavar sus manos después de tocar a una persona enferma...”* ⁽¹⁾.

El concepto actual de higiene de manos con un agente antiséptico surgió, supuestamente a principios del siglo XIX a raíz de que farmacéutico francés AG Labarraque, demostró en 1822 que las soluciones cloradas de cal o de sosa erradicaban los malos olores asociados a los cadáveres humanos, y que tales soluciones se podían usar como desinfectantes y antisépticos^(2,3).

Sin embargo, los primeros hallazgos sobre la necesidad del lavado de manos se dan en 1846, cuando el ginecólogo húngaro Semmelweis promulgó científicamente su “teoría de la asepsia de manos” para el personal sanitario; al estudiar las causas de porqué en el Hospital

General de Viena existía una alta tasa de complicaciones infecciosas (fiebre puerperal y sepsis por parto) en las mujeres parturientas que eran atendidas por los médicos y residentes, en comparación con aquellas que parían ayudadas por matronas⁽⁴⁾. A pesar de sus hallazgos y evidencias, sus hipótesis fueron rechazadas por la medicina de la época⁽⁵⁾. Siendo, a finales del siglo XIX, a partir de 1870, cuando el cirujano inglés Lister empezó a usar agentes desinfectantes en las heridas quirúrgicas y, además, utilizarlos para la desinfección de los instrumentos quirúrgicos y la asepsia de las manos de todos los miembros del equipo quirúrgico, como medida para la eliminación de la flora microbiana transitoria de la piel^(6,7).

Ya en el siglo XX, en 1975 el Centers for Disease Control (CDC, Atlanta) publicó las primeras pautas sobre la práctica del lavado de manos en hospitales ^(3,8). Estas pautas recomendaban el uso del jabón neutro tras un contacto con el paciente y el lavado con jabón antimicrobiano antes y después de realizar procedimientos invasivos o en el cuidado de pacientes de alto riesgo. Posteriormente, en 1985 el CDC promulgó que el uso de agentes antisépticos sin agua o desinfección alcohólica de las manos sería recomendado cuando los lavabos con jabón no estuvieran disponibles^(3,9) (**Figura 1**).



Figura 1: Fricción de las manos con solución hidroalcohólica (imagen: Sterillium®).

Por otro lado, entre los años 1985-86 el Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC, EE.UU), publicó las recomendaciones del uso de un jabón antimicrobiano o un agente antiséptico en seco para la desinfección de las manos, a la salida de las habitaciones de los pacientes infectados por patógenos multirresistentes^(3,10,11).

Actualmente, las recomendaciones más recientes del CDC sobre lavado de manos, uso de solución hidroalcohólica e higiene de manos son del año 2002⁽³⁾, las cuales han sido consensuadas e implantadas en todos los hospitales, a nivel mundial.

Hoy por hoy, organismos internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud), difunden que la higiene de manos es considerada una acción sanitaria muy simple y fundamental para reducir la incidencia y la propagación de los microorganismos multiresistentes y la prevención de las infecciones nosocomiales o infecciones asociadas con la atención sanitaria (IAAS); por esa razón el lavado de manos con soluciones antisépticas constituye un elemento esencial en el control de las infecciones

hospitalarias⁽¹²⁾. Sin embargo, el cumplimiento de las normas de higiene de manos es muy escaso en todo el mundo (entre el 5% y el 60%)^(3,6,12-14), por lo que las autoridades e instituciones sanitarias deberían velar, observar y controlar por implementar y realizar adecuadamente el procedimiento de lavado de manos por ser una buena práctica clínica (basada en la evidencia) y eficaz para la seguridad del paciente.

Y, desde el punto dermatológico, *¿Por qué es importante el lavado epidérmico de las manos?* Evidentemente, como se describe en el título, porque unas manos limpias garantizan unos cuidados seguros y sin riesgo de IAAS.

El cuerpo humano, desde que nacemos, está colonizado por muchos microorganismos (bacterias, hongos y algunos parásitos) que viven en la superficie de la piel y en todas las membranas mucosas, a la que denominamos “flora microbiana normal”. Esta flora tiene la función de protegernos de la contaminación de otros microorganismos más virulentos y también estimular respuestas protectoras para nuestro desarrollo y crecimiento⁽¹⁵⁾.

En las manos de una persona podemos encontrar dos tipos de flora, “la transitoria”: constituida por microorganismos no habituales que contaminan la piel accidentalmente (se adquiere por contacto con personas y objetos), se suele localizar en capas superficiales de la piel y suele ser la responsable de las IAAS; y la “flora residente”: microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel humana localizada en capas profundas^(16,17).

Según las recomendaciones de la OMS⁽¹²⁾, la Joint Commission⁽¹⁸⁾ y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)^(3,19), una correcta descontaminación de las manos (higiene epidérmica de las manos) es el

método más simple y efectivo para reducir las infecciones cruzadas o IAAS.

Por otro lado, en nuestro ámbito de actuación, para la asepsia de las manos, los principales productos disponibles son ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾: los jabones sin antiséptico (sales potásicas o sódicas), compuestos halogenados (yodo y yodóforos), alcoholes (isopropanol y etanol), biguanidas (gluconato de clorhexidina), fenoles (hexa-clorofeno, triclosán y cloroxilenol), y compuestos de amonio cuaternario (cloruro de benzalconio).

En el medio sanitario, por lo general están instaurados dos tipos de procedimientos para la descontaminación de las manos:

1. Lavado higiénico de manos: mediante frotación vigorosa de las manos utilizando un jabón sin antiséptico.
2. Antiseptia de manos: que incluye, dos procedimientos⁽²⁻⁴⁾:
 - 2.1. **Lavado de manos con jabón antiséptico**: frotación vigorosa de las manos utilizando solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%.
 - 2.2. **Antiseptia de manos con solución hidroalcohólica**: frotación vigorosa de las manos utilizando solución de base alcohólica con isopropanol al 2%.

Además, existen evidencias en la literatura científica que describen que la frecuencia de IAAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios se lavan las manos regularmente^(12,16-18). La realidad es que los profesionales sanitarios nos lavamos las manos menos de la mitad que lo que deberíamos. Observaciones rutinarias y periódicas evidenciaron cierta variabilidad significativa respecto al número de oportunidades, dependiendo del tipo de

servicio hospitalario y una escasa adherencia y cumplimiento del procedimiento. Los índices de referencia a nivel mundial están entre el 5% y el 81%, con una media del 40-49%^(6, 20-33).

En estudios observacionales y epidemiológicos llevados a cabo en distintos hospitales, se cuantificó que los profesionales sanitarios se lavan las manos un promedio de entre 5-30 veces por turno⁽⁶⁾, y que supone una media entre el 3% y 17% del tiempo de trabajo que se puede llegar a invertir ⁽²⁴⁾. También, se ha observado una escasa duración en el tiempo que se dedica al correcto lavado de manos (una media entre 6,6 y 24,0 segundos)⁽⁶⁾. Así como, ver que a menudo no cubre durante el lavado todas las superficies de sus manos y dedos; saltándose alguno de los pasos recomendados por la OMS ^(6,20-30).

Entre las causas de este pobre cumplimiento están: el desconocimiento de este problema, la escasa disponibilidad de puntos de lavado, la no apariencia (o no conciencia) de manos sucias, el tiempo que requiere esta maniobra, sobrecarga de trabajo, insuficiente disponibilidad de espacios cómodos para la higiene de manos, la intolerancia a productos utilizados, escasa voluntad y el mal empleo del guante creyendo muchas veces que este reemplaza el lavado de manos, irritaciones de la piel producidas por los productos de lavado, etc.^(6,20-30).

En definitiva, 20 años después (2009-2019) seguimos afrontando el primer reto mundial por la seguridad de los pacientes de la OMS, cuyo objetivo es reducir las IAAS y que se enmarca bajo el epígrafe *“una atención limpia es una atención segura”*⁽¹²⁾. No podemos bajar la guardia, se hace necesario abordar diversas estrategias de intervención entre las cuales tendrán un papel crucial las que vayan dirigidas a mejorar el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la higiene de manos y a la monitorización continua del proceso.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sabater Bori C. Lavado de Manos. Uso de soluciones hidroalcohólicas. Uso correcto de guantes. En: Merino Plaza MJ, coordinadora. La seguridad del paciente. Un reto para la asistencia sanitaria. Madrid: RC Libros; 2012. p. 46.
2. Labarraque AG. [Editor], Porter J [Traslated]. Instructions and observations concerning the use of the chlorides of soda and lime. New Haven (Connecticut): Baldwin and Treadway; 1829.
3. Boyce JM, Pittet D, et al. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR* [online]. 2002; 51(No. RR-16).
4. López Cerezo JA. Ignaz Semmelweis y los orígenes de la medicina antiséptica. En: López Cerezo JA, editor. El triunfo de la antisepsia: un ensayo en filosofía naturista de la ciencia. [epub]. México: Fondo de Cultura Económica (FCE); 2011. p. 17-39.
5. Nuland SB. El enigma del doctor Ignac Semmelweis: fiebres del parto y gérmenes mortales. Barcelona: Antoni Bosch Editor, S.A.; 2008.
6. Menárguez Palanca MC. Impacto de un programa docente sobre la higiene de manos en un hospital general. [Tesis Doctoral]. Madrid: Facultad de Medicina. Departamento de Microbiología I. Universidad Complutense de Madrid; 2010.
7. López Cerezo JA. Lister y el triunfo de la medicina antiséptica. En: López Cerezo JA, editor. El triunfo de la antisepsia: un ensayo en filosofía naturista de la ciencia. [epub]. México: Fondo de Cultura Económica (FCE); 2011. p. 110-117.
8. Steere AC, Mallison GF. Handwashing practices for the prevention of nosocomial infections. *Ann Intern Med*. 1975; 83:683-90.
9. Garner JS, Favero MS. CDC guideline for handwashing and hospital environmental control, 1985. *Infect Control* 1986; 7:231-43.
10. Various authors. Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance. *Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*. *Am J Infect Control*. 1995; 23(2):87-94.
11. Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. *The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1996; 17(1):53-80.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. [online] Suiza: OMS; 2009.
13. Canales F, Salazar M. Efectividad del lavado de manos prequirúrgico con cepillo y sin cepillo. *Rev Enfermería Actual de Costa Rica*. 2013; 25:1-10.
14. Zamudio-Lugo I, Meza-Chávez A, Martínez-Sánchez Y, Miranda-Novales MG, Espinosa-Vital JG, Rodríguez-Sing R. Estudio multimodal de higiene de manos en un hospital pediátrico de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2012; 69(5):384-90.
15. Rosenthal Pfaller M. Microbiología Médica. 7ª Edición. Barcelona: Elsevier España, SL; 2014. p. 6.
16. Grupo de trabajo de higiene de manos de la comisión INOZ. Guía de Higiene de Manos para Profesionales Sanitarios. [Monografía online] País Vasco: Subdirección de Calidad. Organización Central de Osakidetza; 2009.
17. Toribio Felipe R. Higiene de manos en los centros sanitarios. Documentos para directivos y responsables de la higiene de manos. [monografía online]. Plasencia: Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud; 2010.
18. Consensus Measurement in Hand Hygiene (CMHH) Project. Measuring hand hygiene adherence: overcoming the challenges. [online] USA: The Joint Commission; 2009.
19. Comisión Asesora para la Vigilancia y Control de las Infecciones Hospitalarias del Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios. [online]. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Consejería de Salud; 2005.
20. Anaya-Flores VE, Ortiz-López S, Hernández-Zárate VE, García-Hernández A, Jiménez-Bravo L, Ángeles-Garay U. Prevalencia de lavado de manos y factores asociados al incumplimiento. *Estudio de sombra*. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 15 (3): 141-6.
21. Pidal P, Lillo R. Motivos del pobre cumplimiento de la higiene de manos entre los trabajadores hospitalarios. *Rev Chil Infectol*. 2010; 27(5): 435-6.
22. González Cuenca S. Intervención multimodal para mejorar la adherencia a la higiene de manos y disminuir la incidencia de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. [Trabajo de Grado]. Lleida: Facultad de Enfermería. Universidad de Lleida; 2014.
23. Public Health Agency of Canada. Hand Hygiene Practices in Healthcare Settings. [Online]. Ottawa (Canada): Centre for Communicable Diseases and Infection Control. Public Health Agency of Canada; 2012.
24. Maigua Guallasamin GA. Evaluación de la adhesión de lavado clínico de manos en el personal de salud que laboran en los distintos Servicios del Hospital Provincial General de Latacunga ciudad, Latacunga diciembre 2014 a febrero 2015. [Tesis de Grado]. Latacunga: Escuela Nacional de Enfermería. Universidad Central de Ecuador; 2015.
25. Tenías JM, Mayordomo C, Benavent ML, San Félix Micó M, García Esparza MA, Oriola RA. Impacto de una intervención educativa para promover el lavado de manos y el uso racional de guantes en un hospital comarcal. *Rev Calidad Asistencial*. 2009;24(1):36-41.
26. Dierssen-Sotosa T, Robles-García M, Valbuena-Moyab S. Lavado de manos: experiencias de dos comunidades autónomas. *Med Clin (Barc)*. 2008; 131(supl. 3): 60-3.
27. Peña-Viveros R, Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona JM, Martínez-Hernández MT, Naranjo-Delgado O. Conocimientos y conductas del personal de salud sobre el lavado de manos en un servicio de emergencias. *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*. 2002; 1(2): 43-7.
28. Creedon SA. Healthcare workers' hand decontamination practices: compliance with recommended guidelines. *J Adv Nurs*. 2005; 51(3):208-16.
29. Acuña Zafra E, Marchena Rubiano B, Sarmiento Villa G, Camacho Romero O. Cumplimiento de las Políticas Relacionadas con la Asepsia y Consumo de Antimicrobiano asociado a la Atención en Salud en un Hospital de Barranquilla. *Cienc Innov Salud*. 2014; 2 (2):70-5.
30. Busby SR, Kennedy B, Davis SC, Thompson HA, Jones JW. Valorar la concienciación del paciente acerca de la higiene de las manos. *Nursing*. 2016; 33(1): 63-66.