



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CURSO DE ESPECIALIDAD EN INFECTOLOGÍA

**EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA
MEJORA SIGNIFICATIVAMENTE EL APEGO A LA HIGIENE
DE MANOS POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD.**

T E S I S

QUE OPTA PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

SUBESPECIALISTA EN INFECTOLOGÍA

PRESENTA:

DR. AARÓN MOLINA JAIMES

DRA. DIANA VILAR COMPTE

DIRECTOR DE TESIS



CIUDAD DE MÉXICO.

2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE Y SU FAMILIA MEJORA
SIGNIFICATIVAMENTE EL APEGO A LA HIGIENE DE MANOS POR PARTE
DEL PERSONAL DE SALUD.**

Dra. Diana Vilar Compte
Presidente de Tesis
Instituto Nacional de Cancerología

Dra. Sylvia Verónica Villavicencio Valencia
Subdirectora de Educación Médica
Instituto Nacional de Cancerología

Dr. Aarón Molina Jaimes
Médico Residente del Segundo Año de Infectología
Autor
Instituto Nacional de Cancerología

ÍNDICE

1. Resumen	4
2. Introducción	6
3. Marco teórico	6
4. Justificación	9
5. Hipótesis	9
6. Objetivos	9
6.1 Objetivo primario	9
6.2 Objetivos secundarios	10
7. Material y método	11
7.1 Diseño del estudio	11
7.2 Universo de trabajo	12
7.3 Descripción de variables	12
7.4 Selección de la muestra	13
7.4.1 Criterios de selección	13
7.4.2 Criterios de inclusión	13
7.4.3 Criterios de exclusión	13
7.4.4 Criterios de eliminación	13
7.5 Recursos para el estudio	15
7.6 Análisis estadístico	15
7.7 Aspectos éticos	15
8. Resultados	16
9. Discusión	20
10. Conclusiones	21
11. Limitaciones del estudio	22
12. Bibliografía	23

1.- Resumen

Objetivo: Evaluar en el personal de salud el cambio en el apego al programa de higiene de antes y posteriormente al empoderamiento del paciente y su familia en el periodo comprendido entre septiembre 2016 a febrero del 2017 en el piso de hematología del Instituto Nacional de Cancerología.

Material y método: diseñamos un estudio prospectivo, comparativo, de intervención y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en un piso de hospitalización del Instituto Nacional de Cancerología a los cuales se les pidió que contestaran cuestionario sobre percepción general de la importancia de la higiene de manos en un hospital, antes y después del empoderamiento. Se obtuvieron datos demográficos. El “empoderamiento” consistió en que se les ofreció plática estandarizada sobre la importancia del apego al programa de higiene de manos por parte del personal de salud en contacto con los pacientes. Se les pidió posteriormente que llenaran hojas de observaciones donde registraban las veces en que se realizaba la higiene de manos en dos grandes grupos; ANTES DE (tocar al paciente, realizar tarea limpia/aséptica) y DESPUES DE (Riesgo de exposición a líquidos corporales, tocar al paciente, contacto con el entorno del paciente). Cada mes se realizaban observaciones “sombra” por parte del equipo de investigación, los resultados de esas observaciones se utilizaron como control. Se realizó la comparación entre los resultados del grupo control vs empoderados. Los resultados se expresaron en números totales, medias, porcentajes. Se realizó para variables continuas la prueba de T de Student, con un IC del 95% considerando un resultado significativo si la $P = <0.05$.

Resultados: De los 38 empoderamientos, el 36% recayó en la madre, 84% de los empoderados fueron del sexo femenino, la escolaridad promedio fueron secundaria y preparatoria, la edad media fue de 38 años (17 – 65 años). Se realizaron 159 observaciones sombra mostrando el siguiente porcentaje de apego a las medidas de higiene de manos (MHM); apego global 22.4%, 31% antes de tocar al paciente, 33% antes de una tarea limpia/aséptica, 16.7% después del contacto con líquidos orgánicos, 30% después de tocar al paciente y 11.4% después de estar en contacto con el entorno. En la encuesta pre- empoderamiento se observó que el único momento reconocido por los empoderados para realizar higiene de manos fue, antes de tocar a paciente. Los resultados de la encuesta post- empoderamiento mostraron que se reconocieron

mayormente dos momentos más en la higiene de manos. El porcentaje mayor de apego fue por el grupo de enfermería (25.82%), seguido del grupo médico (10.36%). El análisis demostró que la diferencia entre el apego en la higiene de manos, antes y después del empoderamiento fue estadísticamente significativo en todos los momentos de la HDM ($p < 0.05$).

Conclusiones: El empoderamiento del familiar o el paciente, como medida de vigilancia del cumplimiento del programa de higiene de manos, demostró mejorar de manera significativa el apego al este programa.

2.- Introducción

Las infecciones nosocomiales son una causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes hospitalizados. Se han diseñado diversas estrategias para disminuir su incidencia, una aceptada universalmente es el lavado o higiene de manos del personal de salud (PS) que atiende a pacientes, sin embargo esta estrategia se ha enfrentado con niveles bajos de cumplimiento por parte del PS por lo que se han buscado estrategias para incrementar la higiene de manos entre ellas el empoderamiento de los pacientes en la promoción de la higiene de manos para aumentar el apego a esta medida y eventualmente, demostrar su utilidad en la disminución de la incidencia de infecciones nosocomiales.

3.- Marco teórico.

Las infecciones nosocomiales afectan al entre el 9 y 15% de los pacientes hospitalizados, en un alto porcentaje estas infecciones se consideran potencialmente prevenibles (18,19).

Las manos de los trabajadores de la salud han sido consideradas la principal ruta de transmisión de patógenos nosocomiales. Estas se encuentran colonizadas permanentemente por la flora fisiológica y por la flora transitoria que dependerá de las actividades en el area laboral, la exposición durante el desempeño en su trabajo y la higiene que el propio trabajador tenga (14).

El lavado e higiene de manos han demostrado claramente prevenir una gran variedad de enfermedades en la comunidad y es probablemente la forma más importante de protegernos de las infecciones (1).

El lavado e higiene de manos son unas de las actividades primordiales en el control de las enfermedades infecciosas hospitalarias. La falta de su cumplimiento se ha demostrado en numerosos estudios en las últimas dos décadas, todos concluyen que los trabajadores de la salud realizan el lavado de manos con mucho menos frecuencia y por menos tiempo en

función a lo que se ha recomendado por expertos internacionales (2,3).

La mejora en el lavado de manos, con el objetivo de disminuir las infecciones nosocomiales es tema prioritario de la Organización Mundial de la Salud, siendo objetivo clave en la iniciativa mundial para la seguridad de los pacientes.

Existen múltiples publicaciones que demuestran el rol tan importante que tiene el lavado de manos en la reducción de la transmisión de patógenos potenciales en las manos (4,5), con una disminución subsecuente en la morbilidad y mortalidad que normalmente acarrearán las infecciones nosocomiales (6-7).

La higiene de manos está indicada en casi todas las interacciones entre el personal de salud con los pacientes. Su apego ha demostrado una disminución significativa en la incidencia de infecciones nosocomiales: 42% en infección del tracto urinario, 21% en neumonía asociada a ventilación, 16% en infección de sitio quirúrgico y 8% en bacteriemias asociadas a catéter (15).

Un estudio en Ginebra mostró que el aumentar el apego a la higiene de manos del 48% al 66% durante un periodo de 5 años disminuyó la frecuencia de infecciones nosocomiales en más del 40%. Durante el periodo de estudio se disminuyó la tasa de nuevas infecciones por MRSA en más del 50% (16).

La educación en la higiene de manos a través de intervenciones dirigidas a los trabajadores de la salud, lamentablemente ha mostrado tener poco impacto a largo plazo. (8) Una encuesta realizada por McGucking et al, aplicada a gente relacionada con el control de infecciones mostró una falta de apego de las políticas educacionales en la higiene de mano en el 90% de las ocasiones (9).

Los factores estudiados asociados con la pobre adherencia a la higiene de manos son la falta de experiencia o entrenamiento, ser parte del personal médico (en comparación con enfermeras), ser hombre (en comparación con mujeres), reiterar la no adherencia, trabajar en unidades de cuidados intensivos (por exceso de trabajo), falta de modelos a seguir, así como desconocimiento de la importancia de la higiene de manos (17).

En 1997, McGuking et al, desarrollaron un modelo de educación centrado en el paciente con el propósito de aumentar el cumplimiento en la higiene de manos empoderando a los pacientes en la responsabilidad de su cuidado. EL programa en los Estados Unidos de Norteamérica mostró que hubo un incremento del 34% en la higiene de manos y se ahorró el aproximado a 50,000 USD al año en un hospital con 300 camas y 10,000 ingresos anuales (10).

Una revisión sistemática sobre el papel del empoderamiento de los padres en la higiene de manos en un hospital pediátrico, mostró que la mayoría de los padres reconocieron la higiene de manos como una herramienta importante en la prevención de infecciones nosocomiales, sin embargo la tasa de apego al empoderamiento fue baja, pocas veces los padres pedían al personal de salud que se apegara a el programa de higiene de manos (11).

En Europa se realizó un estudio entre personal dedicado al control de infecciones nosocomiales, participaron en este 309 hospitales. Encontraron que existen diferencias importantes entre los objetivos de los programas del control de infecciones, sin embargo el que mayor porcentaje de vigilancia tiene es el de la higiene manos en comparación con los demás ($p < 0.0001$) (12).

Se realizó una revisión sistemática sobre la efectividad de las distintas estrategias para el empoderamiento de los pacientes en el lavado de manos de los trabajadores de la salud. Se utilizó como estrategia de empoderamiento material visual en forma de videos, pláticas estandarizadas, panfletos, etc. Se demostró en este análisis que la estrategia más útil en el apego al programa de higiene de manos fue el que el paciente o su familiar lo invitase a que lo realizara (13).

Un estudio realizado en los hospitales universitarios de Ginebra en donde utilizaron como estrategia para mejorar el lavado de manos la retroacción positiva y la participación de los pacientes desmostró un incremento aproximado al 10% en el apego a la higiene de manos. Sin embargo la diferencia absoluta fue sólo del 3% en el grupo de sólo retroacción y del 4% en el grupo de retroacción + participación de los pacientes (20).

México participó en un estudio donde se evauó el impacto del consorcio internacional para

el control de infecciones nosocomiales (INICC) en las Unidades de cuidados intensivos. En este estudio participaron otros países en vías de desarrollo. Se realizaron 149,727 observaciones de oportunidades para higiene de manos. En general se observó que el apego a la higiene de manos aumentó de un 48.1 % a 71.4%. El análisis univariado demostró que los factores asociados a un pobre apego a la higiene de manos es ser hombre (63% vs 70% mujeres), pertenecer al personal médico (62% vs 72% en enfermeras) y pertenecer a una UCI de adultos (67 vs 81% en neonatólogos) (21).

4.- Justificación.

Desconocemos la utilidad de utilizar como herramienta para la mejora en el apego a la higiene de manos en el personal de salud el empoderamiento del paciente y su familia.

Evaluar el impacto en el apego a la higiene de manos en el personal de salud con un programa de empoderamiento del paciente y su familia para vigilar la higiene de manos del personal de salud a su cargo.

5.- Hipótesis.

El empoderamiento de los familiares en la vigilancia de la higiene de manos, mejora el cumplimiento de ésta práctica en 30% o más en el personal de salud.

6.- Objetivos.

6.1 Objetivo primarios:

- Evaluar en el personal de salud el porcentaje de mejora en el apego al programa de higiene de manos posterior al empoderamiento del paciente y su familia en el periodo comprendido entre septiembre del 2016 a marzo del 2017.

6.2 Objetivos secundarios:

- Evaluar a través de un instrumento estructurado el conocimiento sobre la higiene de manos como una medida de prevención básica para las infecciones asociadas a los cuidados de la salud en dos momentos diferentes; previo a la capacitación y 24-48 horas después.
- Evaluar a través de un instrumento estructurado el conocimiento de los empoderados sobre la importancia y gravedad de las infecciones nosocomiales en comparación con las adquiridas en la comunidad, como medida de concientización, antes y después del empoderamiento.
- Establecer un Programa de Capacitación y empoderamiento del paciente hospitalizado sobre la higiene de manos en el entorno hospitalario, para que conozcan la importancia como medida de prevención básica y sean jueces para que se cumpla con el apego por parte del personal de salud.
- Evaluar el apego a la higiene de manos por parte del personal de salud antes del establecimiento del programa, mensualmente y 2 meses posteriores al último empoderamiento.
- Mostrar las reacciones del personal de salud durante el empoderamiento del paciente y su familia en el apego a la higiene de manos.

7.- Material y métodos.

7.1 Diseño del estudio: Se realizó un estudio de intervención de antes y después en el piso de hospitalización de los pacientes hematológicos del hospital.

Se obtuvieron datos demográficos.

Se diseñó un cuestionario para valorar la percepción de los pacientes y cuidador(es) principal(es) sobre la importancia de la higiene de manos en el hospital, antes y después del empoderamiento.

Instrumento 1.- Encuesta por aplicar a familiares y/o pacientes del INCAN previo a la plática estructurada sobre la importancia del lavado de manos en la prevención de infecciones nosocomiales.

1. Parentesco con el paciente _____
Edad _____ Escolaridad _____
 2. ¿Considera que las infecciones son más graves cuando se adquieren dentro del hospital o fuera del mismo?
 - a) Dentro del hospital
 - b) Fuera del hospital
 - c) Son iguales
 3. ¿En qué momentos deben realizar higiene de manos las personas que atienden a un paciente?
 4. Del 0 al 10, qué tan seguido realizan higiene de manos con agua y jabón o alcohol-gel las siguientes personas:
 - a. Enfermeras/os
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - b. Médicos
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 - c. Otros (técnicos de laboratorio, rayos X, cocina, etc.)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
-
-

El proceso de “empoderamiento” consistió en una plática estandarizada sobre la importancia del apego al programa de higiene de manos por parte del personal de salud en contacto con los pacientes, solicitando al paciente y su cuidador que en caso de

omisión por parte del personal de salud (PS) en la higiene de manos (HM) lo invitara a su realización.

Se diseñó un tríptico “tipo historieta” para que los pacientes y sus familiares conozcan los momentos en los que el PS debe realizar HM. En cada empoderamiento se entregó este tríptico.

Como medida basal al apego a la HM se utilizaron la proporción de apego evaluada en los últimos 6 meses evaluada mediante estudios “sombra”.

A partir del inicio del empoderamiento se realizaron observaciones “sombra” mensuales, última medición realizada un mes posterior al término del estudio.

7.2 Universo de trabajo: todos los pacientes hospitalizados en el séptimo piso del Instituto Nacional de Cancerología entre el periodo comprendido entre septiembre del 2016 y marzo del 2017.

7.3 Descripción de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	VALOR
Edad	Años cumplidos del empoderado	Cuantitativa	Números
Sexo	Características fenotípicas que diferencian a la mujer del hombre.	Cualitativa	Mujer u hombre
Escolaridad	Grado máximo de estudio.	Cualitativa.	Analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado.
Porcentaje de apego	El número de veces que se llevó a cabo la higiene de manos por 100, entre el número total de oportunidades para cada momento.	Cuantitativa	Números
Momento 1 del programa de higiene de manos de la OMS	Antes de tocar al paciente	Dicotómica	Si ó No.
Momento 2 del programa de higiene de manos de la	Antes de una tarea limpia.	Dicotómica	Si ó No.

OMS			
Momento 3 del programa de higiene de manos de la OMS	Después de tocar al paciente.	Dicotómica	Si ó No.
Momento 4 del programa de higiene de manos de la OMS	Después del contacto con líquidos orgánicos.	Dicotómica	Si ó No.
Momento 5 del programa de higiene de manos de la OMS	Después del contacto con el entorno del paciente.	Dicotómica	Si ó No.

7.4 Selección de la muestra.

7.4.1 Criterios de inclusión: Pacientes y/o familiares del paciente del Instituto Nacional de Cancerología hospitalizados en el séptimo que aceptaron paticipar y recibían capacitación de empoderamiento en higiene de manos, quienes estuvieran al menos 24 horas hospitalizados y que se ingresaran entre los días domingos y jueves de cada semana.

7.4.2 Criterios de exclusión: Pacientes hospitalizados en el séptimo piso que ingresaran los días viernes o sábado. Pacientes que se negaran a participar en el estudio.

7.4.3 Criterios de eliminación: pacientes que no llenaran las observaciones completas, pacientes que no permanecían al menos 24 horas en hospitalización por cualquier razón, pacientes que estuviesen en estado de realizar observaciones y no tuviesen familiar presente.

Instrumento 2. Hoja de registro para las evaluaciones tipo “sombra”.

HOJA DE EVALUACIÓN DE LA HIGIENE DE MANOS			Fecha:		# observación
Médico:	Enfermera:	Piso:	SI	NO	
Antes de tocar al paciente					
Antes de una tarea limpia/aséptica (canalización, administración de medicamentos)					
Después del riesgo de exposición de líquidos corporales (sonda urinaria)					
Después de tocar al paciente (cualquier parte).					
Después del contacto con el entorno del paciente (cama, silla, tablas)					

Instrumento 3.- Hoja de evaluación en el apego a la higiene de manos en el personal de salud del INCan.

Fecha:

¿A quién observó?

- Doctor/a
- Enfermera/o
- Técnico

¿Realizó higiene de manos ANTES de tocar al paciente o de una tarea limpia?

- Sí
- No



Si no se las lavó, ¿cómo reaccionó al preguntarle si se lavó las manos?

Agradecido	Indiferente	Molesto

¿Realizó higiene de manos DESPUÉS de exponerse a líquidos o de tocar al paciente?

- Sí
- No



El instrumento número 1 se utilizó a las 48 horas, para evaluar el grado de capacitación logrado, asimismo para denotar cambios en el apego en la higiene de manos en el personal de salud.

7.5 Recursos para el estudio.

**

7.6 Análisis e interpretación de resultados.

Se expresaron los resultados en números enteros, promedios, medias y porcentajes.

Se analizarán los datos con el programa STATA 13.1 y se utilizaron las pruebas estadísticas de diferencia de medias y análisis descriptivo gráfico.

7.7 Aspectos éticos.

Investigación sin riesgo: artículo 17 de ley general de salud. Investigación para la salud.

8.- Resultados.

Se realizaron 82 sesiones informativas de empoderamientos, de los cuales 61 (74.39%) correspondieron a mujeres y 21 (25.61%) a hombres. La media de edad de los empoderados fue de 44 años (17-73 a). El cuidador principal del paciente a quien se realizaba el empoderamiento fue su cónyuge en el 36.5%, seguido de madre 28.04% y hermano 13.14%. La escolaridad del grupo de empoderados se distribuyó de la siguiente manera: primaria 24.39% (n 20), secundaria 36.5% (n 30), preparatoria 23.17% (n 19), licenciatura o posgrado 13.13% (n 11) y 2.4 eran analfabetas (n 2). Tabla 1.

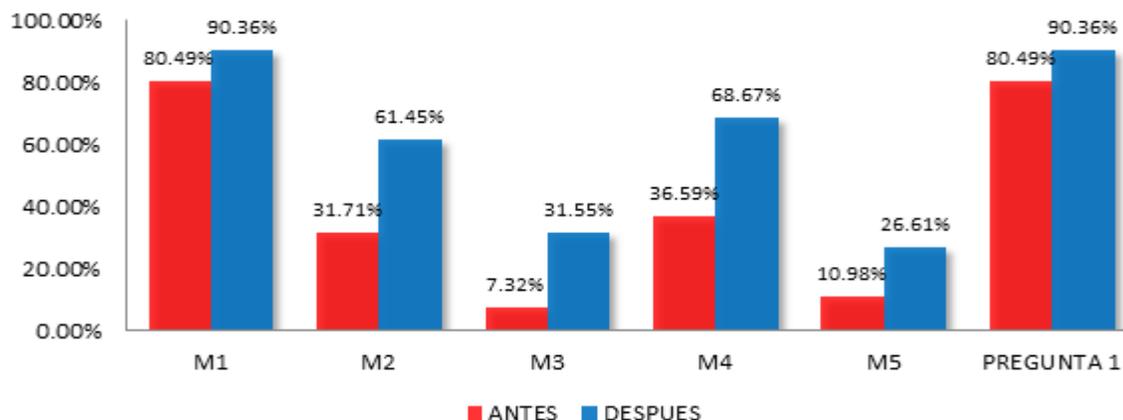
Tabla 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS FAMILIARES EMPODERADOS (n=82)	
Hombres	25.61% (n=21)
Mujeres	74.39% (n=61)
Edad (años)	44 (17-73)
PARENTESCO CON EL PACIENTE	
Madre	28.04% (n=23)
Cónyuge	36.58% (n=30)
Herman@	13.14% (n=11)
Otro	21.95% (n=18)
ESCOLARIDAD DE LOS EMPODERADOS	
Primaria	24.39 (n=20)
Secundaria	36.5(n=30)
Preparatoria	23.17(n=19)
Licenciatura o posgrado	13.14(n=11)
Analfabeta	2.4(n=2)

El 32.9% de los empoderados reconoció previo a la plática estandarizada que las infecciones nosocomiales son más graves y se asocian a mayor morbilidad, ese porcentaje cambió al 84.15 % cuando se aplicó la misma encuesta posterior al empoderamiento.

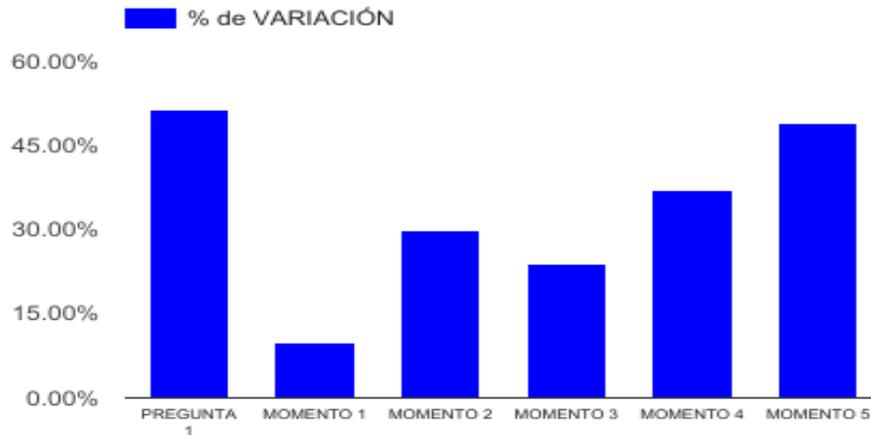
El porcentaje de reconocimiento de los empoderados a cerca de los momentos para realizar higiene de manos antes de la plática estandarizada fueron: momento 1 - 80.49%, momento 2 - 31.71%, momento 3 - 7.32%, momento 4- 36.59%, momento 5 -10.98%.

El porcentaje de reconocimiento de los empoderados a cerca de los momentos para realizar higiene de manos después de la plática estandarizada fueron: momento 1 - 90.36% (cambio 9.87%), momento 2 - 61.45% (cambio 29.745), momento 3 - 31.55% (cambio 24.23%), momento 4 - 68.67% (cambio 32.98%), momento 5 - 26.61% (cambio 15.63%).

Gráfica 1. Comparación en los porcentajes de reconocimiento de los momentos para realizar higiene de manos en los empoderados, antes y después de la intervención
Pregunta 1* infecciones nosocomiales ¿más graves?.

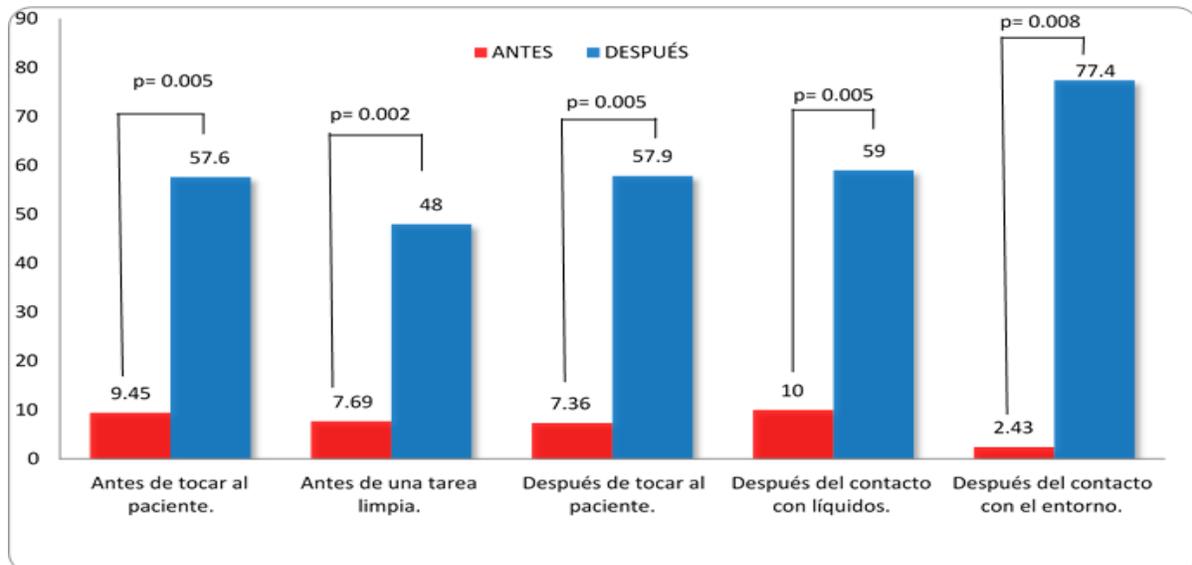


Gráfica 2. Porcentaje de variación en el reconocimiento de los cinco momentos del apegó en la higiene de manos y en conocer que las infecciones nosocomiales son más graves que las adquiridas en la comunidad (pregunta 1).



El cambio en el apegó a la higiene de manos por parte del personal de salud antes y después del empoderamiento (n= 786 observaciones) fue: momento 1 9.45% vs 57.6% (p =0.005), momento 2 7.69% vs 48% (p= 0.002), momento 3 7.36% vs 57.9% (p=0.005), momento 4 10% vs 59% (p=0.005) y momento 5 2.43% vs 77.4% (p=0.008).

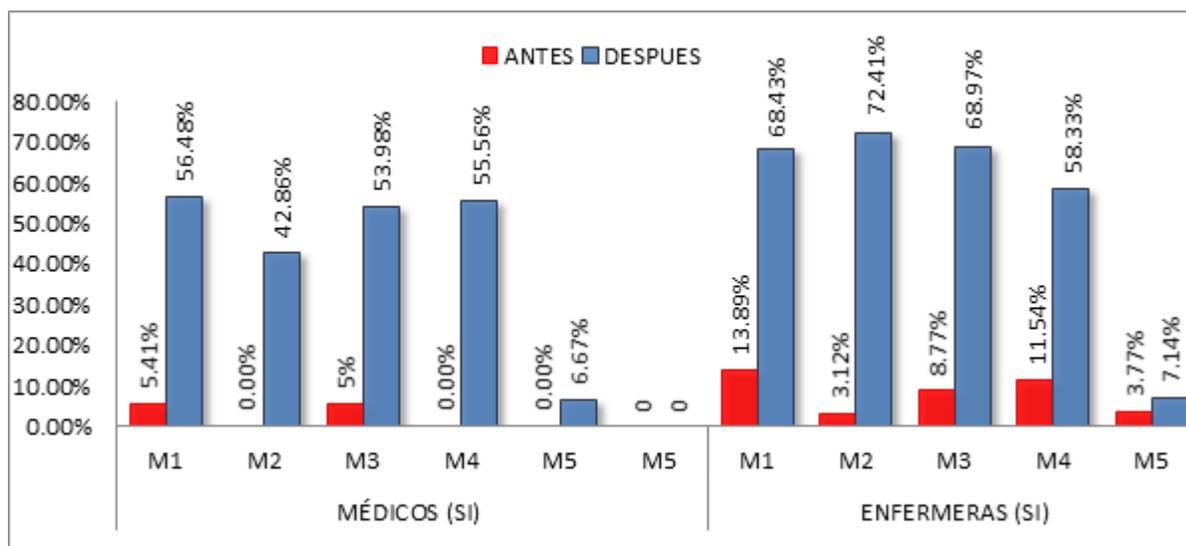
Gráfica 3. Comparación en la proporción de apego a la higiene de manos en el personal de salud, antes y después de la intervención (empoderamiento), (n= 786)



empoderamiento entre el grupo de médicos y el de enfermeras fue el siguiente: enfermeras momento 1 13.89% vs 68.43% (cambio 54.5%), momento 2 3.12% vs 77.41% (cambio 74.2%), momento 3 8.77% vs 68.97% (cambio 60.13%), momento 4 11.54% vs 58.33% (cambio 46.79%), momento 5 3.77% vs 7.14% (cambio 3.37%).

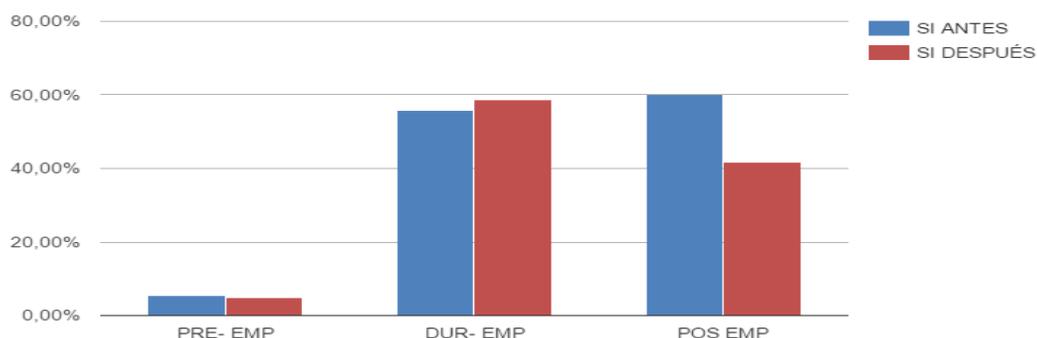
Médicos momento 1 5.41% vs 56.48% (cambio 51.07%), momento 2 0 vs 42.86% (cambio 42.86%), momento 3 5 % vs 53.98% (48.98%), momento 4 0% vs 55.56% (cambio 55.56%) y momento 5 0% vs 6.67% (cambio 6.67%).

Gráfica 4. Comparación en los porcentajes de apego a la higiene de manos en total del personal de salud, antes y después de la intervención entre MÉDICOS Y ENFERMERAS. (n=786)



El porcentaje de apego global en las etapas pre empoderamiento, durante el empoderamiento y posterior al empoderamiento fue de: SI antes (tocar al paciente, tarea limpia) 5.6% vs 55.85% vs 60.04%, SI después (tocar al paciente, contacto con líquidos orgánicos, tocar el entorno del paciente) 4.84%, 58.77% y 41.7% respectivamente.

Gráfico 5. Porcentaje de apego a la higiene de manos antes, durante y después del empoderamiento.



9.- Discusión.

La HM es una medida básica en la prevención de las infecciones, y se considera una herramienta fundamental para garantizar una atención médica segura.

A pesar de su sencillez y de los múltiples estudios que señalan su efectividad para la disminución de las infecciones asociadas a la atención de la salud, la proporción de apego a esta medida por parte del PS continúa siendo baja en la mayor parte de las instituciones médicas. Inclusive, la instauración del Programa Multimodal de HM de la OMS, continúa enfrentando obstáculos, por causas diversas la cultura de seguridad, los recursos disponibles y la idiosincrasia de cada hospital. El INCAN no es la excepción.

En el presente trabajo, se presentan los resultados de un programa de empoderamiento a través de la educación a pacientes y familiares, con un éxito inmediato y mediano significativo, lo que refuerza la importancia de que los propios pacientes y sus cuidadores interactúen activamente en el proceso de atención.

En otros estudios la eficacia del empoderamiento ha sido variable; sin embargo, en esta serie, en el marco de un programa de HM consolidado, y en este grupo particular de

enfermos hematológicos con alto riesgo de infección, esta estrategia resultó exitosa. Es importante señalar que el incremento alto y rápido en el apego a la HM puede estar también influenciado por el efecto Hawthorne, y que entre los retos futuros es garantizar la sustentabilidad de esta estrategia.

Aunado a esta estrategia, se está implementando un programa *ad hoc* bajo la estrategia multimodal de HM en esta área de hospitalización con observación directa y retroalimentación inmediata; de ser exitosa, se pretende extender el modelo dentro del INCan.

10.- Conclusiones.

El empoderamiento del paciente y su familia, mejora de manera significativa, el apego a la higiene de manos en el Instituto Nacional de Cancerología.

11.- Limitaciones del estudio.

Potencial sesgo del observador. Un solo centro hospitalario. Sólo se realizó en un piso de hospitalización.

12.- Bibliografía.

1. Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR, Painter J, Billhimer W, Altaf A, Hoekstra RM. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2005 Jul 16-22;366(9481):225-33.
2. Handwashing Liaison Group. Handwashing (editorial) *BMJ* 1999; 318–386.
3. Pittet D, Mourouga P, Pernege TV. Compliance with handwashing in a teaching hospital. *The members of the Infection Control*
4. Steere AC, Mallison GF. Handwashing practices for the prevention of nosocomial infections. *Ann Intern Med* 1975; 83: 683–690.
5. Garner JS, Favero MS. CDC guideline for handwashing and hospital environmental control, 1985. *Infect Control* 1986; 7: 231–235.
6. Khan MU, Interruption of shigellosis by handwashing. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1982; 76: 164–168.
7. SA, Springthorpe VS, Sattar SA et al. Potential role of hands in the spread of respiratory viral infections: studies with human parainfluenza virus 3 an
8. Larson E, Bryan JL, Adler LM et al. A multifaceted approach to changing handwashing behavior. *Am J Infect Control* 1997; 25: 3–10.
9. McGuckin M, Porten L. Handwashing Education Practices. A Descriptive Survey. *Clinical Performance and Quality Health Care* 1999; 7: 94–96
10. McGuckin M, Waterman R, Porten L, et al. Patient Education Model for Increasing Handwashing Compliance. *Am J Infect Control* 1999; 27: 309–314.
11. F. Bellissimo-Rodrigues et al. Role of parents in the promotion of hand hygiene in the paediatric setting: a systematic literature review *Journal of Hospital Infection* 93 (2016) 159e163
12. S. Hansen et al. Organization of infection control in European hospitals *Journal of Hospital Infection* 91 (2015) 338e345
13. R. Davis et al. Systematic review of the effectiveness of strategies to encourage patients to remind healthcare professionals about their hand hygiene *Journal of Hospital Infection* 89 (2015) 141e162
14. . Kampf G, Kramer A: Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clinical Microbiology Reviews* 2004; 17: 863–93
15. Gastmeier P, Kampf G, Wischnewski N et al.: Prevalence of nosocomial infections in

- representative German hospitals. *Journal of Hospital Infection* 1998; 38: 37–49.
16. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S et al.: Effectiveness of a hospitalwide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet* 2000; 356: 1307–12.
 17. Bahri Teker et al. Factors Affecting Hand Hygiene Adherence at a Private Hospital in Turkey. *Eurasian J Med* 2015; 47: 208-12
 18. Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, et al. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *N Engl J Med* 2014; 370: 1198–208.
 19. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, Agarwal R, Williams K, Brennan PJ. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011; 32: 101–14.
 20. Enhanced performance feedback and patient participation to improve hand hygiene compliance of health-care workers in the setting of established multimodal promotion: a single-centre, cluster randomised controlled trial.
 21. Victor D. Rosenthal et al. Impact of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) Multidimensional Hand Hygiene Approach over 13 Years in 51 Cities of 19 Limited-Resource Countries from Latin America, Asia, the Middle East, and Europe. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Vol. 34, No. 4 (April 2013), pp. 415-423