



## Motivos del pobre cumplimiento de la higiene de manos entre los trabajadores hospitalarios.

A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of a positive role model and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infections.

Erasmus V, Brouwer W, van Beeck EF, Oenema A, Daha TJ, Richardus JH, et al. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30: 415-19.

**Introducción:** Las infecciones nosocomiales son una importante amenaza para los pacientes y generan una gran carga para la asistencia sanitaria. La higiene de manos es crucial en la prevención de infecciones cruzadas y ha sido identificada como una prioridad en las políticas de salud. Sin embargo, el nivel de cumplimiento en todo el mundo, sigue siendo “inaceptablemente pobre”. Diversas intervenciones dirigidas a mejorar el cumplimiento de la higiene de manos se han puesto en práctica, pero los efectos de estas intervenciones siguen siendo modestos y/o de corta duración. Para desarrollar intervenciones con mayor impacto y resultados sostenibles en el tiempo, se necesita información sobre los determinantes del comportamiento en el cumplimiento de la higiene de manos. La investigación cualitativa puede proporcionar información valiosa sobre posibles determinantes en el comportamiento y es a menudo el primer paso para desarrollar una intervención. Los métodos cualitativos, sin embargo, rara vez se han utilizado para evaluar por el cumplimiento de la higiene entre los trabajadores de la salud, principalmente en médicos y estudiantes de medicina, aunque en estos últimos, la investigación en su comportamiento podría proporcionar un conocimiento esencial sobre cómo los médicos del mañana pueden ser estimulados para cumplir con un guía de higiene de manos y así romper el ciclo del pobre cumplimiento de la higiene de manos en el estamento médico.

**Objetivo:** Estudiar los posibles determinantes en el incumplimiento de la higiene de manos entre los trabajadores de la salud, en el ámbito hospitalario. **Diseño:** Estudio cualitativo basado en entrevistas estructuradas, que consta de 9 entrevistas de grupos focales en los que participaron 58 personas y 7 entrevistas individuales. **Método:** **Participantes:** Los hospitales incluidos fueron un hospital general (< 400 camas), un hospital general (> 400 camas), un hospital de enseñanza clínica (> 400 camas) y dos hospitales de enseñanza universitaria (> 400 camas cada uno). Todos ubicados en Países Bajos. Los participantes pertenecían a unidades de cuidados intensivos (UCI) o unidades quirúrgicas. Para garantizar un nivel máximo de participación, los grupos focales y entrevistas individuales se llevaron a cabo en el lugar. Las entrevistas individuales se realizaron con médicos, debido a que sus horarios no permitían su participación de grupos focales. **Entrevistas grupales:** Las nueve entrevistas grupales tuvieron una duración entre 30 y 60 minutos e incluyeron 4 a 10 participantes, fueron conducidas por un moderador y el apoyo de un asistente. Al comienzo de la entrevista se hizo hincapié en que el ejercicio no es un test (es decir, no existen respuestas buenas o malas) y fueron estimulados a discutir sus opiniones abiertamente para incrementar la diversidad de perspectivas. Todas las entrevistas grupales fueron grabadas y transcritas en su totalidad. **Entrevistas individuales:** Las siete entrevistas

individuales se extendieron entre 20 y 50 minutos y fueron dirigidos por un entrevistador. **Guía de entrevista estructurada:** Todas las entrevistas se realizaron de acuerdo a una guía de entrevista estructurada, para garantizar que todos los temas de interés fueran cubiertos. La guía se desarrolló *a priori*, sobre la base de constructos incluidos en un modelo establecido de los factores determinantes del comportamiento, conocido como la Teoría de la Planificación Conductual. Para analizar los resultados, las transcripciones de las entrevistas se sometieron a análisis de contenido para datos cualitativos, mediante el programa Nvivo. Posteriormente los datos fueron analizados en forma independiente por dos investigadores y los desacuerdos entre ellos, fueron resueltos por un tercer investigador.

**Resultados:** Todos los participantes admitieron en primera instancia, la baja frecuencia de cumplimiento de la higiene de manos en sus respectivas instituciones. Mencionaron la prevención de infecciones cruzadas y la auto-protección como las principales ventajas. Declaran que la higiene de las manos que se realiza con mayor frecuencia es después de las tareas que ellos perciben como sucias, y que en la práctica, la protección personal parece ser más importante para el cumplimiento, que la seguridad del paciente. **Control social:** Todos los participantes mencionaron la falta de control social en el cumplimiento a la higiene de las manos y comentaron sobre las dificultades para hacer frente a los demás respecto de su comportamiento relacionado a esta práctica. **Los modelos de conducta:** Las enfermeras y los estudiantes de medicina mencionan la presencia de modelos de conducta negativos, es decir, enfermeras o médicos que no cumplen con la higiene de manos. Como razones de su propio incumplimiento además, mencionan explícitamente que no pueden cumplir si el resto del grupo no cumple, de lo contrario quedarían retrasados durante las rondas. Los médicos también mencionan la necesidad de modelos positivos. En todos los grupos, surgió un debate sobre “la cultura” en el hospital, en el que se acepta que los médicos, en particular a los “seniors staff”, desviarse de una serie de normas y directrices, y su importancia como la razón para la falta de cumplimiento. Todos los participantes acordaron que la creación de una norma social más sólida y más explícita y el establecimiento de un control social sería importante para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos. En las barreras para el cumplimiento de esta práctica, los participantes mencionan principalmente la falta de disponibilidad y fácil acceso a insumos para la higiene de manos, la falta de tiempo y el olvido. Los médicos informaron que la escasez de investigación basada en la evidencia que apoya el papel de la higiene de las manos en la prevención de las infecciones nosocomiales es un barrera para el cumplimiento de esta práctica.

**Conclusión:** Los resultados de este estudio cualitativo indican que las creencias acerca de la importancia de



la auto-protección es el principal motivo para realizar la higiene de manos. La falta de modelos positivos y normas sociales pueden obstaculizar su cumplimiento. Los resultados de este estudio entregan información para generar estrategias que estimulen la adherencia a la higiene en los centros asistenciales. Si la higiene de manos está influenciada principalmente por el deseo de limpieza de si mismo y por el comportamiento de otros profesionales sanitarios, talleres y cursos que se centran en la protección del paciente pueden tener poco efecto. Los mejores métodos para mejorar el cumplimiento de higiene de las manos pueden incluir la motivación de los trabajadores “seniors” para el compromiso, y la creación de un entorno que facilite el acceso a instalaciones para la higiene de las manos.

**Discusión:** Trabajo de investigación de carácter cualitativo, que a pesar de presentar limitaciones como el pequeño número de médicos participantes, su metodología y resultados son de interés para los programas de control de las IHH. Es probable que estos resultados pudieran ser extrapolables a nuestra realidad; sin embargo, no existen datos nacionales que nos permitan conocer los motivos del pobre cumplimiento de la higiene de manos, que observa-

mos en la práctica diaria. Esta información constituye un valioso insumo para dirigir en forma más eficiente y con mayor posibilidad de éxito, las intervenciones dirigidas a mejorar su cumplimiento.

Los resultados presentados destacan la importancia de las normas sociales y de la cultura organizacional en el cumplimiento de la higiene de las manos, destacando el rol de los grupos docentes, de influencia y liderazgo en las conductas de sus pares o subordinados. En este contexto, las estrategias desarrolladas para incrementar el cumplimiento de la higiene de manos, debiera considerar en grado importante las intervenciones dirigidas a esos grupos, con el fin integrar al esfuerzo de campañas de la higiene de manos locales, el poderoso rol de modelamiento y control social que ellos poseen.

**Paola Pidal M.**

*Programa de Control de IHH,  
Hospital Padre Hurtado.*

**Ricardo Lillo G.**

*Coordinador Académico,  
Hospital Padre Hurtado.*