

*Ángela María Salazar-Maya¹
Gladys Elena Guarín-Berrio²
Marta Lucía Arroyave-Cadauid³
Jesús Ernesto Ochoa-Acosta⁴
Marta Galeano-Ochoa⁵*

La higiene de las manos en una unidad de cuidado intensivo

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo el equipo de salud valora, jerarquiza y prioriza la higiene de las manos en la unidad de cuidado intensivo de un hospital universitario.

Materiales y métodos: metodología cualitativa con enfoque etnográfico. Los datos se construyeron por medio de la observación participante y entrevistas a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería participantes en el estudio, en la unidad de cuidado intensivo de un hospital universitario.

Resultados: la higiene de las manos es una práctica contextualizada a condiciones tales como el paciente, el procedimiento y el mundo material, y lleva a los participantes a valorarla, ponderarla y priorizarla. Al profesional de enfermería se le ha delegado la tarea de supervisar el cumplimiento de dicha práctica, lo que le genera conflictos con los otros estamentos.

Conclusiones: la higiene de las manos es considerada una práctica episódica, temporal, contextualizada, con restricciones e imperativa. Los participantes la ponderan y jerarquizan según el tipo de paciente, el tipo de procedimiento y el espacio físico donde se encuentre.

PALABRAS CLAVE

Lavado de manos, infecciones nosocomiales, paciente, vigilancia epidemiológica.

1 Enfermera. Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Grupo la Práctica de Enfermería en el Contexto Social. Profesora Asistente. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. amsalazar@tone.udea.edu.co

2 Enfermera. Grupo La Práctica de Enfermería en el Contexto Social. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. glamau@tone.udea.edu.co

3 Enfermera. Magíster en Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. inge@epm.net.co

4 Médico. Magíster en Epidemiología. Grupo de Epidemiología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. jochoa@guajiros.udea.edu.co

5 Enfermera. Especialista en educación y orientación sexual. Universidad San Buenaventura. Medellín, Colombia. diabetologia@elhospital.org.co

Recibido: 28 de noviembre de 2007
Aceptado: 14 de enero de 2008

Hand Hygiene in an Intensive Care Unit

ABSTRACT

Aim: To understand the importance and priority assigned to hand hygiene by the health team of an intensive care unit at a university hospital.

Materials and methods: A qualitative methodology, with an ethnographic approach, was used. The figures were constructed through participatory observation and interviews with the doctors, nurses and auxiliary nurses who took part in the study, which was conducted inside an intensive care unit at a university hospital.

Results: Hand hygiene is a contextualized practice that hinges on the patient, the procedure and the surrounding environment. Those elements determine its value and priority for the hospital staff. Nursing professionals have been given responsibility for ensuring compliance with hand hygiene practices. However, this has sparked conflict with other professionals in the work place.

Conclusions: Hand hygiene is an episodic, temporary and contextualized practice with restrictions and demands. The weight and importance assigned to it by the participants depends on the type of patient, the procedure and physical setting.

KEY WORDS

Hand-washing, nosocomial infections, patient, epidemiological surveillance

A higiene das mãos em uma unidade de cuidado intensivo

RESUMO

Objetivo: compreender como valora, hierarquiza e prioriza a equipe de saúde a higiene das mãos na unidade de cuidado intensivo de um hospital universitário.

Materiais e métodos: metodologia qualitativa com enfoque etnográfico. Os dados foram coletados por observação participante e entrevistas a médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem participantes no estudo em uma unidade de cuidados intensivos de um hospital universitário.

Resultados: a higiene das mãos é uma prática contextualizada a condições como o paciente, o procedimento e o mundo material, que levam a valorá-la, ponderá-la e priorizá-la. O profissional de enfermagem tem que supervisionar o cumprimento desta prática, o que lhes origina conflitos.

Conclusões: a higiene de mão se considera uma prática episódica, transitória, contextualizada, com restrições e imperativos. Os participantes no estudo ponderam-na e hierarquizam dependendo do tipo de paciente, de procedimentos e de espaço físico onde se encontra.

PALAVRAS-CHAVE

lavagem de mãos, infecção hospitalar, paciente, vigilância epidemiológica

Introducción

Las infecciones nosocomiales acarrearán graves repercusiones y sufrimiento para el enfermo, y a los sistemas de salud les generan costos adicionales, por la prolongación de la estancia hospitalaria, los exámenes de laboratorio, los insumos especiales y los antibióticos.

La piel de los pacientes y del personal puede albergar microorganismos y ser el vehículo para transferirlos a personas susceptibles y a las superficies hospitalarias. Uno de los pilares para limitar la diseminación de la infección nosocomial son las prácticas adecuadas de higiene hospitalaria, y la higiene de las manos sustenta en buena parte dichas prácticas. Pero a pesar de las múltiples evidencias sobre las bondades de este procedimiento, la adherencia de los trabajadores de la salud a esta práctica continúa siendo baja en muchas partes del mundo (1, 2).

La mayoría de los estudios disponibles se ha propuesto investigar la relación entre la frecuencia de la infección nosocomial y la adherencia al procedimiento de higiene de las manos. También se han ocupado en describir la flora de las manos (3) y la utilidad de los diferentes antisépticos (4); pero no se encuentran investigaciones donde se explique por qué el personal de salud no se adhiere a dicha práctica. Ante esta carencia, el presente estudio busca comprender, desde los médicos, las enfermeras y las auxiliares de enfermería participantes, la valoración, jerarquización y priorización que le dan. Así pues, se planteó la siguiente pregunta: ¿cómo valora y jerarquiza el equipo de salud la higiene de las manos en la unidad de cuidado intensivo de un hospital universitario?

Antecedentes

La fiebre puerperal fue la entidad mórbida que permitió acercarse a la comprensión de la transmisión cruzada de infecciones en los hospitales, y a la importancia de la higiene de las manos para prevenir dicho fenómeno. Entre los primeros estudios que se ocuparon del tema hacia finales del siglo XVIII y principios del XIX está el realizado por Charles White quien promovió la higiene de las salas de parto como medida para controlar la mortalidad materna (5). Alexander Gordon, por su parte, hizo público el *Tratado de la fiebre epidémica puerperal de Aberdeen*. En él señala que “después de asistir a las pacientes atacadas de fiebre puerperal, procurasen lavarse con esmero e hicieran fumigar debidamente sus instrumentos” (5). Oliver Wendell Holmes (5) consideró como fuentes de infección a las salas de disección, y ordenaba a los médicos que se lavaran sus manos después de asistir a las parturientas. L. J. Boër (6), siguiendo las orientaciones de Charles White, promovió, en las clínicas de maternidad de Viena, normas orientadas a la disminución de la frecuencia de muertes atribuibles a la fiebre puerperal, redujo mediante procedimientos mínimos de higiene la mortalidad hasta el 0,9% (no se dispone de cifras previas). Sin embargo, su reemplazo en el cargo, el profesor Klein, no las aceptó, y la mortalidad llegó a ser del 7,8%, y más tarde del 29,3%. Ignaz Philipp Semmelweis comenzó a trabajar como ayudante del doctor Klein y sospechó que el “material cadavérico infeccioso”, proveniente de las manos de los estudiantes que realizaban autopsias, era el principal factor causal de la mortalidad de las puer-

peras (5, 6). Ordenó en consecuencia que los estudiantes se lavaran y cepillaran sus manos con hipoclorito de calcio después de las autopsias y antes de examinar a las parturientas. Estas elementales medidas tuvieron como consecuencia la disminución de la mortalidad materna a cifras cercanas al 3% (5, 6).

La mortalidad y sus determinantes eran, en ese entonces, el centro del pensamiento epidemiológico. En 1856, Florence Nightingale y William Farr (6) se interesaron en la mortalidad de los pacientes de los hospitales ingleses y definieron la metodología para la elaboración de las tasas de mortalidad, utilizando como denominador el total de admisiones o de egresos hospitalarios, lo que permitió establecer la comparación con otros hospitales. El trabajo conjunto de Nightingale y Farr, consignado en *Notas sobre hospitales*, fue probablemente la primera referencia a la vigilancia epidemiológica en los hospitales por parte de las enfermeras.

Los aportes de William Farr, Ignaz Philipp Semmelweis, Florence Nightingale y J. Simpson fortalecieron el concepto de la medición de la frecuencia de la infección en los hospitales y la reflexión sobre sus causas. El desarrollo de la higiene hospitalaria y de la antisepsia, y el fomento de las medidas preventivas, fueron el comienzo de la aplicación del método epidemiológico dentro del ambiente hospitalario.

Algunos de los estudios revisados se han orientado por un lado en cuantificar el efecto de la higiene de las manos sobre la frecuencia de la infección nosocomial (7); el impacto del programa de la higiene de las manos en las diferentes unidades hospitalarias (8); la persistencia en la carga de bacterias gram negativas en las manos

(9-10); la cuantificación de la disminución del número de unidades formadoras de colonias del *S. aureus* o especies de *Candida* cuando se realiza una correcta desinfección de las manos (11); la relación causal entre la higiene de las manos y la reducción del riesgo de transmisión de gérmenes nosocomiales (12); la comparación en el uso de diferentes productos para la higiene de las manos y sus resultados (9, 13).

Otros estudios, en cambio, han medido y definido la adherencia del personal de salud a la práctica de la higiene de las manos (14). Con una mirada diferente, Elaine Larson y Edna K. Kretzer (15) revisaron la teoría del comportamiento para aumentar las prácticas de la higiene de manos. Sostienen que dicha teoría es insuficiente para lograr un cambio sostenido. Las intervenciones para mejorar la adherencia a la práctica que nos ocupa deben incluir los niveles de interacción, el comportamiento, la interdependencia de factores individuales, restricciones ambientales y el clima institucional. En el mismo sentido otros autores, como Carol O'Boyle, Susan J. Henly, Elaine Larson (7-16), han estimado la adherencia a la higiene de manos, y han descrito la relación entre los factores motivacionales, la adherencia y la identidad de las actividades de enfermería, probando un modelo explicatorio para la adherencia a las guías de higiene basados en la teoría del comportamiento planeado. Sin embargo, concluyen que todos estos aspectos motivacionales o de comportamiento, relacionados con la adherencia del personal, aun hoy continúan siendo un enigma. Según afirman, las razones para esta baja adherencia son desconocidas: "posiblemente la higiene de las manos es concebida como una medida muy simple, sin ningún efecto" (13).

El desarrollo de la higiene hospitalaria y de la antisepsia, y el fomento de las medidas preventivas, fueron el comienzo de la aplicación del método epidemiológico dentro del ambiente hospitalario.

Materiales y métodos

El estudio se desarrolló con metodología cualitativa y enfoque etnográfico que permitió estudiar, desde una perspectiva Emic, la realidad del participante, comprender y describir de manera exacta las situaciones, los comportamientos, y “las experiencias desde el punto de vista de las personas que la viven” (17), y, desde la perspectiva Etic (18), permitió interpretar las abstracciones de los investigadores o las explicaciones científicas de la realidad a medida que se realizó la inmersión en el trabajo de campo. Se buscó algo más que limitarse a describir el comportamiento, pues se trató de comprender por qué ocurrió y bajo qué circunstancias los participantes se involucraron con los otros, o el contexto (18) de interés, es decir, en las situaciones implicadas en la práctica de la higiene de las manos.

Acceso: el acceso a la unidad de cuidado intensivo del hospital donde se realizó el estudio se dio por medio del Grupo Epidemiología, previa presentación y aceptación del proyecto por el Comité de Investigación y de Ética del hospital y del Comité para el Desarrollo de la investigación, de la Universidad de Antioquia (CODI). El grupo de epidemiología fue siempre el enlace entre el personal de la unidad de cuidado intensivo y los investigadores.

Recolección de la información

El trabajo de campo se desarrolló desde octubre de 2003 hasta enero de 2005 —aproximadamente unas 100 horas de observación participante—, con el propósito de obtener datos sobre la conducta humana mediante contactos directos con los

participantes en su vida cotidiana laboral, observando lo que hacen, escuchando lo que dicen, preguntando y recogiendo todo tipo de datos accesibles, para posteriormente transcribirlos y elaborar el diario de campo, los memos analíticos y las anotaciones reflexivas. Antes de iniciar la recolección de la información nos presentamos al personal del servicio de la unidad de cuidado intensivo con el objetivo de dar a conocer el proyecto de investigación.

También se recurrió a entrevistas semiestructuradas, en total veinte, así: dos a médicos intensivistas de la unidad, cinco a médicos interconsultantes, cinco a enfermeras que trabajan o han realizado turnos en la unidad de cuidado intensivo, y seis a auxiliares de enfermería de dicha unidad. Su duración osciló entre treinta minutos y una hora. Antes de cada entrevista se obtuvo oralmente el consentimiento informado, de acuerdo con la legislación colombiana vigente (parágrafo primero, artículo 16, de la Resolución 004830/1993 del Ministerio de Salud): “En el caso de investigaciones con riesgo mínimo, el comité de ética en investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse por escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo” (19). Cada una de las entrevistas fue grabada y se le asignó un código y un seudónimo para dar cumplimiento a la confidencialidad de la información.

Muestra: se definió durante la evolución del estudio a medida que se recogía la información aportada por los participantes, entre ellos médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, dada su mayor permanencia y frecuencia en las visitas, y atención directa a los pacientes de dicha

unidad. Se excluyó otro tipo de personal de salud, como nutricionistas, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas, por ser más esporádica su permanencia en la atención directa.

Se llegó a la finalización de la recolección de los datos cuando las observaciones y las entrevistas con los participantes no produjeron ninguna comprensión nueva, lográndose así la saturación de la información (20).

Análisis de la información: se inició con la transcripción exacta de la información, tal como fue expresada por los participantes, y de las observaciones realizadas en la unidad. Se continuó con la lectura cuidadosa de la información, hasta familiarizarnos con ella. En esta fase se extrajeron segmentos significativos, aspectos destacados de la información que permitieron construir cada una de las categorías que dieron respuesta a la pregunta del estudio, y se procedió a desarrollarlas y saturarlas. Simultáneamente se procedió a relacionar estos aspectos entre sí y con los conocimientos previos, haciendo contrastes o reafirmando lo ya conocido, y fueron confrontadas con la literatura; esto permitió hacer comprensibles los datos aportados por los participantes y por los diarios de campo (21). Paralelamente se elaboraron memos analíticos en donde se registraron las impresiones, comprensiones, sentimientos, inferencias y conclusiones parciales de cada uno de los investigadores (22), y así se finalizó con la descripción densa de cada una de las categorías emergentes.

Para el manejo de la información se organizaron diferentes archivos, como el de los participantes, la guía de la entrevista, la guía de la observación, codificación de cada una de las entrevistas, y archivos

metodológicos en los que están consignados la bibliografía consultada, memos analíticos, diagramas y notas personales.

Para garantizar el rigor del estudio (su auditabilidad y credibilidad), se siguieron los principios de la investigación cualitativa, se procedió minuciosamente en la recolección de la información (23), e inmediatamente se transcribieron las entrevistas y observaciones, se chequearon los datos sistemáticamente, manteniendo el enfoque, monitoreando la interpretación y confirmándola constantemente (24).

El análisis se fundamentó en los datos. En él los participantes podrán ver reflejada su experiencia. Además, se realizó una triangulación de los datos obtenidos en las entrevistas y las observaciones.

Resultados

Los participantes del estudio nos enseñan que la higiene de las manos es una práctica ponderada y contextualizada a situaciones como el paciente, los procedimientos y el espacio físico donde este se encuentre.

El paciente

(...) el paciente que atiende el Hospital es propio de este Hospital. Este tiene una clientela cautiva que no va a ir a ninguna otra parte sino aquí (...) tenemos todo tipo de pacientes... son pacientes de la calle con unas características como la adicción a la marihuana y al sacol; sin familia. Ramiro, Md.

Las condiciones generales del paciente a su llegada permiten catalogarlo, y así diseñar un plan de acción acerca de cómo protegerse o no, y hasta dónde. Al realizar

el cálculo de riesgo, el personal tiene en cuenta factores como la condición del paciente en cuanto a nutrición, sus hábitos, y la enfermedad de base que marca su pronóstico, ya que su futuro o evolución están dados por su propia condición, es decir, por los factores endógenos:

...obvio: estado nutricional, todo un montón de cosas, hábitos, en fin, todo eso, pues yo creo que es lo que verdaderamente marca en él el pronóstico y, además, la enfermedad que tiene de base... ¿cómo no se va a infectar en este hospital un paciente que nosotros con frecuencia evaluamos en el servicio de urgencias?... son una cantidad de hipoalbuminicos, desnutridos... son de estratos uno, dos y cero, no se alimentan, no tienen defensas, esas son cosas que también hay que tener en cuenta ¿cierto?... Camilo, Md interconsultante

Así nos enseñan los parámetros o indicadores que tienen en cuenta para calcular el riesgo de infección de los pacientes. En cambio, las auxiliares perciben a los pacientes como un riesgo puesto que desconocen todo de ellos:

... a todos los pacientes, como yo le había dicho ahorita, es que a todos hay que tratarlos como posibles portadores, porque uno no sabe qué traen, y hay que cuidarse... no, todos no, hay pacientes como que le inspiran más confianza a uno para tocarlos, o para acomodarles digamos un pie, subirles el pie o bajarles la cabecera, no necesariamente necesito guantes.

De acuerdo con los parámetros utilizados por los participantes los pacientes son catalogados como:

Los participantes del estudio nos enseñan que la higiene de las manos es una práctica ponderada y contextualizada a situaciones como el paciente, los procedimientos y el espacio físico donde este se encuentre.

El paciente que no se debe infectar: la primera categoría la constituye el paciente electivo que, por su buen estado de salud, no se debe infectar:

...en la unidad hay tantas infecciones! Esta unidad, por la cantidad de pacientes que maneja, tiene tanta infección!,... uno no puede comparar pacientes posquirúrgicos de otras instituciones, de otros servicios, por ejemplo, un paciente de cardio no se debe infectar, un paciente de cardiovascular electivo no se debe infectar. Mario, Md.

El paciente de alto riesgo o en peligro

... son pacientes que llegan muy complicados, porque casi siempre vienen de un posquirúrgico... casi siempre nos los pasan de aquí de cirugía, que con la craneotomía, que es el paciente con el piecito, la osteosíntesis, el vascular también lo traen mucho acá, son pacientes muy delicados y muy inmunosuprimidos, porque después del trauma pasan por un quirófano, después llegan aquí, son pacientes muy delicados, pero a medida que pasan los días se van recuperando. Ana María, auxiliar.

El paciente "peligroso": a este paciente se le dará una ubicación física determinada, por ejemplo, el paciente infectado se aislará en un cubículo:

...yo digo que en las infecciones intrahospitalarias el médico puede obrar por omisión, en el sentido de que si uno no pide que se aisle un paciente que es potencialmente peligroso tanto para él como para los otros pacientes, él puede estar contribuyendo a diseminar la enfermedad intrahospitalaria. Joaquín, Md.

La vigilancia epidemiológica da pautas de manejo para este tipo de pacientes:

...unas medidas que se practican con estos pacientes quienes son un riesgo para ellos mismos o para el médico, y por eso se utilizan las medidas de protección o barreras, y además hay restricciones para la entrada a ese lugar en cuanto al número de personas, estudiantes, uso de antibiótico. Ramiro, Md.

Dichas medidas buscan visualizar al paciente infectado, y por tanto el riesgo que presenta y que los lleva a tomar, entre muchas precauciones, la del aislamiento y el manejo adecuado de los desechos.

Los procedimientos

En sus labores de cuidado con el paciente (independientemente de que sea médico, enfermera, auxiliar o familiar), se hace ineludible la higiene de las manos con los diferentes jabones según el procedimiento que se vaya a realizar, y éste en ocasiones demanda incluso el uso de indumentaria como lo expresa Nohra, enfermera:

...parte de la parafernalia está en el uso del gorro, mascarilla y gafas para determinados procedimientos, como cuando se le va a colocar una línea central al paciente. [Y lo confirma Joaquín, Md.] ...hay unos casos muy claros, por ejemplo, una punción lumbar, una punción abdominal, ahí es casi obligatorio, o una puesta de catéter... el médico tiene que lavarse las manos, cien por ciento, ahí no es una o muchas veces, o pocas veces, es siempre, y yo creo que son las actividades donde más asepsia se guarda, en la invasión del paciente.

Este es un procedimiento invasivo, por tanto, el paciente corre el riesgo de adquirir una infección porque se penetra la piel directo al torrente sanguíneo, en comparación con otro tipo de procedimientos,

como la palpación de la piel, en donde no se considera fundamental la higiene de las manos como lo expresan: "ciertos pacientes que no los tocas mucho, solamente les tomas el pulso, yo creo que tampoco tiene sentido que tu, por tomarle el pulso a un paciente, te tengas que lavar las manos" Joaquín, Md.

Hay otras situaciones que influyen en el ejercicio de las prácticas:

...la carga es muy alta, muchas veces usted esas cosas, estas cositas, los pequeños detalles los va dejando a un lado... yo creo que la carga para los médicos y las enfermeras ha empeorado... es muy alta, eso influye indudablemente, o sea, si usted tiene premura para atender el paciente va dejando a un lado esas cosas, esas cositas, los pequeños detalles..., y hay situaciones de situaciones... si estoy ante un paciente para reanimación primero está la reanimación. José, Md.

El mundo material

El significado que atribuyamos al mundo material, o sea a los objetos, a los espacios físicos, condicionará nuestras prácticas de asepsia o la higiene de manos.

Victoria, una de las enfermeras, considera la planta física de la unidad como privilegiada, de fácil acceso, e invita a la higiene de las manos, pero a pesar de esto, y de la norma establecida (higiene de manos con el yodóforo al llegar al servicio), afirma que a veces no se cumple, y compara con el quirófano, donde es lo primero que hace el personal al ingresar al servicio. En este sentido, parece que el área física condiciona e influye en la adherencia o no a las prácticas de asepsia o la higiene de las manos. Es decir, a cada

espacio físico del hospital los participantes le atribuyen un valor, y “cirugía” no es ajeno a esto, pues allí se realizan cierto tipo de procedimientos que involucran y ponen en juego el *self* del cirujano, como sujeto responsable del procedimiento y del paciente, quien pasa a ser objeto o posesión del médico; entonces la higiene de las manos allí es altamente valorada no solo al ingreso al servicio sino al realizar el procedimiento, así lo comenta:

...es más, en cirugía yo me les paro a los residentes al pie, a ver cómo se lavan y les cuento el tiempo, y en el quirófano me doy cuenta cómo lavan mi paciente, de qué manera y cuánto tiempo le dedican al lavado, cómo ponen la sonda vesical, porque todo eso redundando en los resultados finales en una operación a la cual yo voy a someter a un paciente cuya responsabilidad es mía. Camilo, Md.

Allí hay una adherencia extrema a la higiene de manos, por el tipo de procedimientos que se realizan. Aunque parezca contradictorio, la higiene de las manos en los servicios de hospitalización se realiza cuando hay una sensación de contaminación: “...pero en las áreas de hospitalización no lo hacemos con tanto rigor... sólo se lava uno porque se contaminó” Ramiro, Md.

Los significados que le atribuyen los participantes a las situaciones ya expuestas hacen que cada uno las interprete y elija adherirse o no a la práctica de higiene de manos, y no necesariamente aceptan los significados y los símbolos que les vienen impuestos desde afuera (25). En todas las situaciones los seres humanos actuamos como agentes racionales, calculando riesgos (26). El individuo no es neutro, ni está libre de su condición cultural. La cognición de los peligros y la elección que hace ante

determinados riesgos tienen que ver más con las ideas sociales de moral y justicia, que con ideas de probabilidad de costos y beneficios (27). Lo que en realidad hace cada participante es sopesar los riesgos a los cuales se está enfrentando en cada una de las situaciones que vive.

Las discusiones en el equipo de salud

Los participantes, de una u otra manera, hacen referencia a dos formas de tratar de lograr la adherencia al lavado de las manos; la primera la constituirían los mecanismos de control y penalización, y la segunda sería una conducta racional producto de la enseñanza, de los acuerdos y de la relevancia de la evidencia:

Hay dos maneras de resolver esto, amenazando o enseñando... el hospital debe tener conductas claras y debe tener explicaciones... pero hay normas coercitivas: usted no se lava las manos, entonces está suspendida un día; el sindicato no deja, pero eso es parte del reglamento; si el reglamento es claro y concreto y con racionalidad, cada cosa de esas tiene que tener una justificación que sea que indique por qué y para qué se necesita. Camilo, Md.

La enfermera se ha convertido en la recordadora o vigilante de la norma, y este papel le genera conflictos: “...pues yo estoy convencida, nosotros aquí lo hacemos porque es política de la institución, es una norma y tratamos de cumplirla, pero es difícil”. Victoria, enfermera.

El malestar de enfermería viene principalmente porque el médico no se adhiere a la práctica. Las enfermeras consideran esta tarea de vigilancia una responsabilidad delegada por las directivas del hospi-

El concepto de riesgo en salud obedece al paradigma positivista vigente, pero los participantes perciben el riesgo desde preceptos culturales y morales, y desde las normas sociales y éticas. Por tanto, es importante comprender que el riesgo es también una construcción social y cultural, y no una entidad objetiva que se mide de manera independiente del contexto.

tal, pero sin autoridad, ya que el médico puede realizar o no el lavado de las manos y contestar lo que quiera: "...no, jefecita, es que el agua para las matas, y siguen, entonces ya uno les dice: doctor, es que es en serio, es que yo le estoy hablando en serio jefe. Y él responde: no me las voy a lavar. Y no se las lava".

Esta responsabilidad es un legado que pone a las enfermeras en una situación difícil, y deteriora el *self* y el clima laboral, teniendo en cuenta que la estrategia propuesta por las directivas, según relatan las enfermeras participantes, es que se reporte al personal que no cumpla la norma. Pero las enfermeras sienten que no deben hacerlo porque son las personas con las que trabajan y eso generaría indisposición entre los compañeros.

Discusión

Este es un estudio preliminar. Aporta datos valiosos que permiten evidenciar la forma como los participantes del estudio aprecian y practican la higiene de las manos, la cual responde más a factores motivacionales o comportamentales que a reales probabilidades de riesgos comprobadas por las ciencias positivistas.

La práctica está relacionada con diferentes situaciones, como el espacio físico, el procedimiento y el paciente. Todas estas situaciones les permiten a los participantes del estudio valorar, ponderar y adherirse o no a dicha práctica.

Es importante tener en cuenta que en las actividades cotidianas se tiende a minimizar la probabilidad de obtener malos resultados, o prácticamente a ignorarla, y se tiende también a restar importancia a

las posibilidades de riesgo más infrecuentes y de poca trascendencia aparente. La familiaridad parece generar confianza. Por eso, el individuo tiende a evitar los riesgos altamente probables, de manera que su mundo inmediato parece más seguro de lo que es en realidad (26).

El concepto de riesgo en salud obedece al paradigma positivista vigente, pero los participantes perciben el riesgo desde preceptos culturales y morales, y desde las normas sociales y éticas. Por tanto, es importante comprender que el riesgo es también una construcción social y cultural, y no una entidad objetiva que se mide de manera independiente del contexto (28).

No obstante, se hace necesario situar la seguridad del paciente como centro de la práctica clínica; por eso se requieren consensos sobre dicha práctica y sobre condiciones del ambiente de trabajo que favorezcan la calidad del cuidado del paciente hospitalizado, y no se debe propiciar un clima desfavorable producto de las discusiones entre los profesionales.

El estudio evidencia cómo, en algunas situaciones, los participantes obvian la higiene de manos; por tanto, lo ideal sería que esta práctica tuviese un sentido moral, y que cada uno actuara correctamente, considerando al otro de manera responsable, de acuerdo con una convicción íntima, y no por normas impuestas.

Este estudio nos invita a continuar investigando sobre el tema en los escenarios hospitalarios de manera que sea posible clarificar cómo se valora, pondera y prioriza la higiene de las manos en estos espacios, y en el personal de salud.

Además, se puede constituir en un insumo para la elaboración de un instrumento que permita validar los hallazgos encontrados.

Conclusión

La literatura evidencia cómo los estudios sobre la higiene de las manos se han enfocado en estudiar la frecuencia de la infección nosocomial, la descripción de la flora, la adherencia al procedimiento, y la utilización y eficacia de los diferentes productos o antisépticos. La motivación de este estudio la constituyeron factores de motivación y comportamiento del personal de salud respecto a la práctica de la higiene de manos que poco se han visibilizado en los estudios referidos al tema.

Este estudio reporta que esta práctica se caracteriza por ser episódica, temporal, contextualizada, con restricciones e imperativos. Los participantes la ponderan y jerarquizan según el tipo de paciente, el tipo de procedimiento y el mundo material. La institución delega en las enfermeras del grupo participante la labor de vigilancia de dicha práctica, lo que genera discusiones entre los estamentos.

Limitaciones del estudio

Los resultados de este estudio participan de su naturaleza pequeña, su ámbito local y la no generalización de los hallazgos.

Agradecimientos

A los participantes del estudio, y a la asesora de investigación Carmen de la Cuesta Benjumea, Ph. D., por su apoyo y orientación durante el desarrollo del estudio.

REFERENCIAS

1. Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21(6): 381-386.
2. Henderson E. Hand Hygiene and the Transmisión of Bacilli in a Neonatal Intensive Care Unit. *Clin Infect Dis* 2004; 38 (15): 1688-1689.
3. Waters V, Larson E, Wu F, San Gabriel P, Haas J, Cimiotti J et al. Molecular Epidemiology of Gram-Negative Bacilli from infected Neonatos and Health Care Workers hands in Neonatal Intensive Care Units. *Clin Infect Dis* 2004; 38 (15): 1682-1687.
4. Ng PC, Wong HL, Lyon DJ, So KW, Liu F, Lam RKY et al. Combined use of alcohol hand rub and gloves reduces the incidence of late onset infection in very low birthweight infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89: 336-340.
5. Guthrie D. *Historia de la Medicina*, 1945. Barcelona: Salvat; 1947. p. 388-391.
6. Usandizaga M. La obstetricia y la ginecología durante el romanticismo. En: Lain Entralgo P. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat; 1973. Tomo V. p. 316-320.
7. Larson E. Skin Hygiene and Infection Prevention: more of the same or different approaches. *Clin Infect Dis* 1999; 29 (12): 87-94.
8. López L, Ortiz G, Sossa MP, Álvarez CA. Impacto del uso de alcohol glicerinado en el comportamiento de la infección hospitalaria en una unidad médico-quirúrgica cuidados intensivos. *Infectio* 2005; 9 (2): 102.
9. Larson E. Persistent carriage of gram-negative bacteria on hands. *Am J Infect Control*. 1981; 9 (4): 112-119.
10. Gould D. Hands descontamination. *Nurs Stand* 2000; 15 (6): 45-50.
11. Trick WE, Vernon MO, Hayes RA, Nathan C, Riece T, Peterson B et al. Impact of Ring Wearing on Hand Contamination and Comparison of Hand Hygiene Agents in a Hospital. *Clin Infect Dis* 2003; 36 (11): 1383-1390.
12. Larson E. Hygiene of the Skin: when is clean too clean. *Emerg Infect Dis*. 2001; 7 (2): 225-230, 1288.
13. Pittet D, Dharan S, Touvenau S, Salvan V, Perneger T. Bacterial Contamination of the Hands of Hospital Staff during Routine Patient Care. *Arch Intern Med* 1999; 159 (8): 821-826.
14. Pittet D, Boyce J. Hand Hygiene and Patient Care: pursuing the Semmelweis Legacy. *Lancet Infect Dis* 2001: 9-20.
15. Kretzer EK, Larson EL. Behavioral interventions to improve infection control practices. *Am J Infect Control*. 1998, 26(3): 245-253.
16. O'Boyle C, Henly SJ, Larson E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behavior. *Am J Infect Control* 2001; 29 (6): 352-360.
17. Schwandt T. Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry. En: Denzin NK, Lincoln S. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks CA: Sage; 1994. p.118.
18. Boyle JS. Estilos de etnografía. En: Morse JM, editora. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p.186-187,193, 199-200.
19. Duque ZJH. *El consentimiento informado en la práctica médica*. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl; 2000. p.108.
20. Taylor SJ, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Madrid: Paidós; 1992. p. 31-46.
21. Hammersley M, Atkinson P. *Etnografía métodos de investigación*. Buenos Aires: Paidós; 2001. p. 15, 20-21, 39, 191-192, 297.
22. Sandoval C. *Programa de especialización en teoría y métodos de la investigación social*. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES; 1996. p. 51-85.
23. Burns N, Grove SK. *Investigación en Enfermería*. 3a ed. Barcelona: Elsevier; 2004. p. 425.
24. Morse JM, Barrer M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods* 2002; 1(2): 10.
25. Ritzer G. *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid: McGrawHill; 1993. p. 242.

26. Picasso F. Percepción, elección y riesgo. The Social Science Paper Publisher 2002; 5 (1): 26.
27. Douglas M. La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales. Buenos Aires: Paidós; 1996. p. 13-14, 27, 58-59.
28. Díaz MP. El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto. Bogotá: Universidad Nacional; 2002. pp. 46.