

**Diagnóstico del grado de adherencia del personal de salud del Hospital de
Baranoa a las directrices de control y prevención de IAAS emitidas por el
Ministerio de Salud**

Andry Milena Acosta Padilla

Astrid Carolina Diz De La Hoz

Ninozca Carolina Manjarres Algarín

Asesor

Nayibe Tatiana Sánchez Álvarez

Universidad Nacional Abierta y a Distancia

Escuela Ciencias de la Salud ECISA

Administración en Salud

2025

Resumen

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son una de las alertas de gravedad de la salud pública colombiana, debido a la frecuencia y facilidad de adquirirlas y las infecciones de diferente tipo que producen. El Ministerio de Salud ha puesto su atención sobre este problema creando y difundiendo un protocolo de control y prevención de IAAS, que debe ser aplicado en todas las instituciones hospitalarias del país. En el Hospital de Baranoa no es claro el seguimiento y adopción de este protocolo por parte de su personal de salud y sus pacientes, por eso el presente proyecto propone indagar al respecto de su cumplimiento y construir un protocolo propio de la mano de la comunidad.

Palabras claves: control, infecciones hospitalarias, salud laboral, salud intrahospitalaria

Abstract

Health care-associated infections (HAIs) represent one of the major public health concerns in Colombia due to their high incidence and the ease with which they can be acquired in hospital environments. In response, the Ministry of Health has established a national protocol for the control and prevention of HAIs, which must be implemented in all health institutions across the country. However, at the Hospital of Baranoa, there are evident limitations in the monitoring and application of this protocol by healthcare personnel and patients. In this context, the present project aims to analyze the level of compliance with the established measures and to develop, in collaboration with the hospital community, a customized protocol that strengthens the prevention and control of hospital-acquired infections.

Keywords: control, hospital infections, occupational health, hospital health

Tabla de Contenido

Introducción	9
Planteamiento del Problema de Investigación	10
Justificación.....	12
Objetivos	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Marco Referencial.....	14
Estado del Arte	14
Marco Teórico	15
Marco Conceptual	16
Marco Legal	19
Diseño Metodológico.....	21
Enfoque	21
Muestra Sujeto Participante.....	21
Instrumentos	22
Viabilidad Ética.....	23
Consentimiento Informado.....	23
Resultados	24
Discusión y Conclusión	49

Referencias Bibliográficas	57
Apéndices	61

Lista de Figuras

Figura 1 <i>Edad del personal de la salud</i>	25
Figura 2 <i>Genero del personal de la salud</i>	25
Figura 3 <i>Cargo en el área de urgencias</i>	26
Figura 4 <i>Turno laboral</i>	27
Figura 5 <i>Capacitación en higiene de manos</i>	27
Figura 6 <i>Cinco momentos para la higiene de manos definidos por la OMS</i>	28
Figura 7 <i>Disponibilidad de insumos</i>	28
Figura 8 <i>Frecuencia de higiene de manos</i>	29
Figura 9 <i>Barreras para Realizar Correctamente la Higiene de Manos</i>	29
Figura 10 <i>Barreras para realizar correctamente la higiene de manos</i>	30
Figura 11 <i>Considera necesario realizar el lavado de manos al examinar a un paciente y pasar a otro cubículo</i>	31
Figura 12 <i>Una buena higiene de manos reduce las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)</i>	31
Figura 13 <i>Edad</i>	33
Figura 14 <i>Genero</i>	34
Figura 15 <i>Lavado de manos antes de</i>	35
Figura 16 <i>Importancia de la higiene</i>	35
Figura 17 <i>Acceso a alcohol o jabón de manos en su habitación</i>	36
Figura 18 <i>Buena higiene de manos del personal puede prevenir infecciones</i>	37
Figura 19 <i>Limpieza e higiene personal</i>	38
Figura 20 <i>Manipulación de objetos sin consentimiento del personal de salud</i>	38

Figura 21 <i>Información</i>	39
Figura 22 <i>Observadores</i>	40
Figura 23 <i>Cargo en área de urgencias</i>	41
Figura 24 <i>Turno</i>	42
Figura 25 <i>1er momento- antes del contacto con el paciente</i>	43
Figura 26 <i>2do. momentos, limpieza antes de una tarea</i>	44
Figura 27 <i>3er momento, exposición a líquidos corporales</i>	45
Figura 28 <i>4to momento, después del contacto con el paciente</i>	45
Figura 29 <i>Talleres participativos</i>	46
Figura 30 <i>Señalética</i>	47

Listado de Apéndices

Apéndice A <i>Consentimiento informado</i>	61
Apéndice B <i>Reunión Personal de Salud y Pacientes del Hospital de Baranoa</i>	63
Apéndice C <i>Señalética</i>	66
Apéndice D <i>Lista de asistencia</i>	67

Introducción

Las Infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) representan uno de los principales retos de la salud pública en Colombia, debido a su alta frecuencia, facilidad de transmisión y las complicaciones que generan en los pacientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; World Health Organization, 2009).

El Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido lineamientos técnicos y protocolos obligatorios para prevenir y controlar las IAAS, destacando especialmente la higiene de manos como medida fundamental (MinSalud, 2018; WHO, 2009). Estos protocolos incluyen el cumplimiento de los “Cinco momentos” para la higiene de manos: antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia o aséptica, después de la exposición a fluidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto con su entorno (WHO, 2009). Asimismo, se establecen procedimientos para el uso adecuado de elementos de protección personal, la limpieza y desinfección de superficies y equipos médicos, el manejo seguro de residuos hospitalarios y la prevención de infecciones asociadas a dispositivos invasivos (MinSalud, 2020; INS, 2024). A pesar de estos esfuerzos institucionales, en el Hospital de Baranoa no es evidente el nivel de cumplimiento de estos protocolos por parte del personal sanitario, ni la percepción y participación activa de los pacientes en las medidas de prevención.

En este contexto, el presente proyecto tiene como objetivo diagnosticar el grado de adherencia del personal de salud del Hospital de Baranoa a las directrices oficiales sobre la prevención y control de IAAS, e impulsar la construcción participativa de un protocolo adaptado a su realidad institucional y comunitaria

Planteamiento del Problema de Investigación

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) Las IAAS son uno de los problemas de salud pública de mayor gravedad Ponen en riesgo la vida de los pacientes, alargan su estancia hospitalaria, obligan a hacer reintervenciones y pueden causar discapacidades. Estas infecciones afectan gravemente la seguridad del paciente y del personal en salud, por ello desde hace años se viene trabajando en planes de mejoramiento de la atención en salud para prevenir que ocurran estos eventos (p.15).

El Ministerio de salud y Protección social ha venido trabajando de la mano de varias instituciones hospitalarias para construir planes de prevención de IAAS. Estos documentos tienen un formato de manual y buscan establecer y difundir los lineamientos básicos de prevención y control de Brotes de IAAS. El Instituto Nacional de Salud ha detectado un aumento progresivo en los brotes de este tipo de infecciones en los últimos años. Según sus datos (2024) en el 2017 se registraron 50 brotes, al año siguiente 55, durante el 2019, 64, 70 en el 2020, y 157 en el 2021. Los datos del 2021 son particularmente altos debido a la pandemia del COVID-19, la cual fue un reto para el sistema de salud y la atención hospitalaria. (Instituto Nacional de Salud, 2024, p.6)

El Ministerio de Salud ha priorizado este tipo de infecciones como un asunto a resolver, pues son consecuencia de prácticas y omisiones evitables que ponen en riesgo la vida de los pacientes al mismo tiempo que sobrecargan el sistema de salud. El Ministerio se ha planteado como meta eliminar el número de brotes de IAAS en el 2031 (INS, 2024).

Las IAAS se transmiten a causa de interacciones y movimientos no controlados. Uno de los medios de transmisión más comunes son las manos de los profesionales de la salud, pues las

manos son uno de los ambientes con más microorganismos. A través de ellas, por ejemplo, se transmiten bacterias como los bacilos gramnegativos, causantes de infecciones urinarias, diarreas, peritonitis entre otras afecciones; el *Staphylococcus aureus*, causante de infecciones en la piel y neumonía, principalmente; las *Serratia* de la familia *Enterobacteriaceae*, causantes de infecciones respiratorias y urinarias como cistitis o pielonefritis (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

Así pues, las IAAS son un asunto importante y perjudicial para la atención en salud y la seguridad del paciente, de ahí nuestro interés en saber cuál es la situación concreta del Hospital de Baranoa y qué se está haciendo para mejorar su atención y prevenir este tipo de eventos.

Justificación

Según la OMS (2009) citada por el Ministerio de Salud y Protección social (2018) cada año uno de cada veinte pacientes hospitalizados es afectado por alguna IAAS. Las cifras son alarmantes, pues hablan de pérdidas humanas que se podrían evitar si se mejoran las prácticas de atención en salud y la prevención de IAAS. El hospital de Baranoa, como toda institución hospitalaria, debe adoptar los protocolos oficiales y crear algún protocolo propio para evitar la incidencia de casos de IAAS. Sin embargo, actualmente no es claro el nivel de adherencia del hospital a las directrices dadas por el Ministerio de salud ni tampoco es posible acceder fácilmente a esa información. Por ejemplo, a pesar de la importancia del asunto no hay ninguna publicación pública en internet donde el Hospital hable de ello. Esta situación es preocupante, en especial pensando en hacer evaluaciones de las prácticas de prevención del hospital y la participación de los pacientes en estos procesos.

Aquí aparece nuestra propuesta, la cual busca establecer el nivel de adherencia del personal del Hospital a las prácticas y lineamientos de prevención de brotes de IAAS. El proyecto buscará hacer un diagnóstico de la situación actual del hospital a través de una búsqueda y recolección de información y la socialización de los resultados. Planeamos aplicar una corta encuesta al personal de salud y los pacientes del hospital. En ella les preguntaremos por su conocimiento acerca de los protocolos de atención y prevención de IAAS emitidos por el Ministerio de salud y su opinión al respecto del cumplimiento de estos en el Hospital. Esta información será socializada con el personal de salud y los pacientes del hospital para construir y publicar de manera colectiva un protocolo de atención y prevención de IAAS.

Objetivos

Objetivo General

Diagnosticar el grado de adherencia del personal de salud a los lineamientos generales de prevención y control de IAAS en el área de urgencias del Hospital de Baranoa, Atlántico.

Objetivos Específicos

Evaluar el conocimiento del personal de salud sobre la higiene de manos y sus cinco momentos de aplicación.

Incentivar la participación de la comunidad en la creación y establecimiento de protocolos de trabajo en el Hospital.

Definir un plan de mejoramiento participativo de las prácticas y lineamientos de prevención y control de IAAS.

Marco Referencial

Estado del Arte

Las infecciones asociadas a la atención en salud representan uno de los principales desafíos en la seguridad del paciente a nivel mundial. La organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) ha estimado que al menos un 10% de los pacientes hospitalizados en países en desarrollo adquiere una infección durante su estancia. Esto ha impulsado el desarrollo de protocolos estandarizados para su prevención, siendo la higiene de manos la estrategia más costo-efectiva y ampliamente promovida a nivel internacional.

A nivel global, estudios como el de Allegranzi y Pittet (2009) destacan que la adherencia del personal sanitario a los "5 momentos de higiene de manos" propuestos por la OMS sigue siendo baja, oscilando entre el 20% y el 50% en países de ingresos medios y bajos. Este hallazgo evidencia la necesidad de estrategias de formación continua, reforzamiento institucional y monitoreo participativo para mejorar el cumplimiento.

En América Latina, investigaciones realizadas en hospitales de México, Argentina y Brasil han demostrado que las IAAS están asociadas a brechas en la infraestructura hospitalaria (Vargas, 2022). Estos estudios resaltan que la percepción del paciente también es clave, pues la visibilidad de las acciones del personal de salud influye en la confianza y la corresponsabilidad en la prevención de infecciones.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha diseñado desde 2018 el Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS, con énfasis en la capacitación del personal, disponibilidad de insumos y monitoreo epidemiológico. Sin embargo, informes del Instituto Nacional de Salud (2024) muestran que el número de brotes siguen en aumento,

pasando de 50 en 2017 a 157 en 2021, reflejando desafíos persistentes en la implementación real de los lineamientos ministeriales.

En el contexto del Atlántico, existen pocos estudios publicados sobre la adherencia en hospitales de mediana complejidad, como es el caso del Hospital de Baranoa. Investigaciones similares en otros municipios han evidenciado que el lavado de manos no siempre es percibido por los pacientes, y que el acceso limitado a insumos como el alcohol glicerinado y jabón compromete tanto la prevención como la confianza del usuario (Méndez Rodríguez et al., 2012).

Por otro lado, la literatura sugiere que la participación activa de los pacientes y la socialización colectiva de protocolos puede mejorar la adherencia del personal sanitario. Estrategias como la colocación de señalética educativa, campañas de sensibilización y la vigilancia comunitaria se han mostrado efectivas para reforzar las prácticas seguras en hospitales de otras regiones.

Marco Teórico

Los manuales del Ministerio de Salud resaltan la importancia de prevenir los brotes de IAAS y plantean la necesidad de mejorar las prácticas de atención en todas las instituciones hospitalarias del país. Para ello, recogen datos cuantitativos y mundiales sobre la incidencia de IAAS en el país y su aumento progresivo en los últimos años. Como ejemplo, se puede citar un informe del Instituto Nacional de Salud donde es evidente un aumento de brotes de IAAS en los últimos años. Según sus datos, en el 2017 se registraron 50 brotes, al año siguiente 55, durante el 2019, 64, 70 en el 2020, y 157 en el 2021. Los datos del 2021 son particularmente altos debido a la pandemia del COVID-19, la cual fue un reto para el sistema de salud y la atención hospitalaria (Instituto Nacional de Salud, 2024).

Las manos son uno de los principales canales de transmisión de IAAS según los manuales del Ministerio de salud. En ella conviven un gran número de bacterias y microorganismos que pueden ser perjudiciales para la salud y seguridad de los pacientes. Por ello gran parte de las recomendaciones se concentran en ellas y su debida higiene. El Ministerio recomienda el lavado juicioso de manos en cinco pasos, así como el uso de guantes, tapabocas, bata, gorros quirúrgicos e instrumentos asépticos. Esta evidencia nos sugiere que es importante indagar por el debido lavado de manos del personal de la salud y su percepción por parte de los pacientes. Ahora, como en el Hospital de Baranoa no existen datos al respecto, es muy difícil establecer una línea base y saber cómo está la situación actualmente. (MinSalud, 2018).

En dos estudios consultados se evidenció la importancia del lavado de manos en la prevención de IAAS. Un autor encontró una alta frecuencia de bacterias patógenas en una muestra de hisopo de manos, nariz y boca después de 24 horas. Se presentaron bacterias como la *Staphylococcus aureus* en un 41,7% y gram negativos. Según señalaron, esto era consecuencia de prácticas de higiene y lavado de manos insuficientes (Méndez Rodríguez et al., 2012).

En las fuentes de aislamiento, siendo relevante la presencia del y la resistencia a antibióticos tanto por gram positivos como por gram negativos. Lo mismo halló en un estudio y cultivo similar. Vargas propone vigilar la presencia de esos agentes a través del cultivo, algo que no podemos hacer pero que a largo plazo puede ser una propuesta interesante (Vargas, 2022)

Marco Conceptual

Para comprender el diagnóstico del grado de adherencia del personal de salud del Hospital de Baranoa a las directrices de control y prevención de IAAS, es necesario delimitar algunos conceptos clave que orientan la investigación:

Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)

Son aquellas infecciones que el paciente adquiere durante su estancia en un centro hospitalario y que no estaban presentes ni en periodo de incubación al momento del ingreso. Se relacionan con prácticas asistenciales inadecuadas, deficiencias en la bioseguridad, falta de higiene o contaminación del entorno hospitalario. Estas infecciones afectan la seguridad del paciente, prolongan las estancias hospitalarias, incrementan los costos y, en casos graves, pueden generar discapacidad o muerte (OMS, 2009).

Adherencia del personal de salud

Se entiende como el grado en que los profesionales sanitarios cumplen con las normas, protocolos y lineamientos establecidos para garantizar la seguridad del paciente y prevenir infecciones. La adherencia implica no solo conocimiento técnico, sino también compromiso ético, hábitos consistentes y vigilancia continua para evitar omisiones (Allegranzi & Pittet, 2009).

Higiene de manos

Es la práctica fundamental para prevenir la transmisión de microorganismos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “los cinco momentos para la higiene de manos”: antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo de exposición a fluidos corporales, después de tocar al paciente y después de tocar su entorno. La falta de higiene de manos es una de las principales causas de las IAAS.

Protocolos de bioseguridad

Son documentos oficiales que establecen lineamientos y buenas prácticas para reducir el riesgo de infecciones. En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) ha

diseñado manuales y programas para la prevención, vigilancia y control de IAAS, que deben ser adoptados por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS).

Seguridad del paciente

Concepto que abarca el conjunto de acciones orientadas a minimizar los riesgos, errores y daños innecesarios durante la atención sanitaria. La prevención de IAAS es uno de los pilares fundamentales de la seguridad del paciente, ya que asegura una atención de calidad y evita eventos adversos prevenibles.

Participación comunitaria en salud

Implica el involucramiento activo de los pacientes y sus familias en la vigilancia y mejora de las prácticas hospitalarias. Diversos estudios señalan que la participación del usuario puede fortalecer la adherencia del personal sanitario, ya que genera una cultura compartida de corresponsabilidad (Vargas et al., 2022).

Entorno hospitalario seguro

Hace referencia a las condiciones físicas, ambientales y organizativas que garantizan la prevención de infecciones. Incluye la disponibilidad de insumos como jabón, alcohol glicerinado, guantes, mascarillas, así como la correcta limpieza y desinfección de superficies, equipos médicos y áreas asistenciales.

En conjunto, estos conceptos permiten entender que la adherencia del personal de salud a los lineamientos de prevención y control de IAAS no depende únicamente de la capacitación, sino también de la cultura institucional, la percepción de riesgo, la disponibilidad de recursos y la participación activa tanto del personal como de los pacientes.

Marco Legal

La prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en Colombia está respaldada por un conjunto de normas nacionales e internacionales que establecen los lineamientos para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

El fundamento constitucional de estas disposiciones se encuentra en la Constitución Política de Colombia de 1991, que en su artículo 49 reconoce la salud como un derecho fundamental y establece que es responsabilidad del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, garantizando principios de calidad y protección contra riesgos sanitarios.

En el ámbito legislativo, la Ley 9 de 1979, conocida como Código Sanitario Nacional, regula la promoción, preservación y recuperación de la salud, estableciendo normas para el saneamiento ambiental y la prevención de enfermedades transmisibles en instituciones de salud. Posteriormente, la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece la organización del sistema de salud en Colombia, enfatizando la obligación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de garantizar la calidad en la atención y la seguridad del paciente.

En cuanto a la normatividad reglamentaria específica, el Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud, compila las normas sanitarias que rigen la prestación de servicios de salud, asegurando la implementación de protocolos de calidad, bioseguridad y control de infecciones. La Resolución 0444 de 2008 del Ministerio de la Protección Social adopta la política de seguridad del paciente en Colombia, incluyendo la prevención de IAAS como prioridad en las instituciones de salud. Adicionalmente, la Resolución 3100 de 2019 define los requisitos esenciales para la prestación segura de servicios de salud, incluyendo la

obligatoriedad de programas de bioseguridad, limpieza y desinfección en todos los hospitales y clínicas.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2018) desarrolló el Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS, el cual establece los protocolos específicos de higiene de manos, uso de elementos de protección personal, limpieza de equipos médicos y manejo de residuos hospitalarios para reducir la transmisión de microorganismos.

Finalmente, en el contexto internacional, Colombia ha adoptado las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), particularmente la Guía para la higiene de manos en la atención sanitaria (OMS, 2009), que constituye el estándar internacional para definir los cinco momentos para la higiene de manos, considerados la estrategia más efectiva para prevenir IAAS.

Diseño Metodológico

Enfoque

La presente investigación adopta un enfoque cuantitativo con alcance descriptivo, ya que busca recopilar, sistematizar y analizar datos relacionados con el grado de adherencia del personal de salud a los lineamientos de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), emitidos por el Ministerio de Salud. El enfoque cuantitativo permite establecer patrones de comportamiento, medir el nivel de conocimiento, identificar brechas en la aplicación de protocolos, y describir la percepción tanto del personal sanitario como de los pacientes del Hospital de Baranoa

El estudio empleó técnicas de recolección estructuradas como encuestas con preguntas cerradas y escalas de frecuencia que permiten cuantificar el nivel de cumplimiento, observancia y percepción de las buenas prácticas de bioseguridad en el área de urgencias del hospital. Los resultados fueron analizados con herramientas estadísticas básicas (porcentajes, gráficos) que facilitaron una interpretación clara y orientada a la toma de decisiones institucionales.

Muestra Sujeto Participante

El presente estudio utiliza un muestreo no probabilístico por conveniencia, tanto para la selección del personal de salud como de los pacientes. Esta técnica consiste en seleccionar a los participantes disponibles y accesibles en el momento de la recolección de los datos, que cumplan con ciertos criterios mínimos de inclusión, como el estar de turno y / o hospitalizado durante el período de aplicación de las encuestas y aceptar voluntariamente participar en el estudio.

Este tipo de muestreo es adecuado cuando el propósito es obtener información rápida y directa sobre una situación específica, como lo es el diagnóstico del grado de adherencia a los

protocolos de prevención de IAAS en un contexto determinado. Aunque el muestreo por conveniencia no permite generalizar los resultados a toda la población hospitalaria, sí proporciona una aproximación válida y útil para establecer una línea base diagnóstica, especialmente en estudios exploratorios o participativos, como el presente.

Instrumentos

La investigación cuenta con una metodología integrada y abierta. Primero, se propone el diseño de una encuesta para saber el grado de adhesión del personal de salud a los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud acerca de la prevención y el control de IAAS. Esta encuesta se aplicó a una muestra significativa de pacientes y del personal de salud del Hospital.

Con sus resultados se procedió a hacer una sistematización y exposición de sus datos. Para ello se organizó una reunión con el personal de salud y otra con un grupo de pacientes y sus familias. Las reuniones tuvieron por objetivo mostrarles qué tanto se siguen los lineamientos de prevención de IAAS en el Hospital y se les propuso un momento de trabajo y reflexión colectiva para crear un plan o protocolo de prevención propio para el Hospital.

Para el análisis de los datos recogidos en las encuestas se tabularon y se recopilaron en la herramienta de Excel. Para las reuniones se usó un modelo pedagógico simple, con el cual se les presentó la información de las encuestas, se les habló de la importancia de prevenir las IAAS y se les propuso una actividad didáctica y colectiva para crear un protocolo común.

Con los resultados de ambas reuniones, el equipo de trabajo ideó y creó una propuesta de protocolo unificada, que luego repartió entre el personal del hospital, los pacientes y se publicará en el sitio oficial del Hospital. De esta forma se logrará conocer la situación actual de prevención

de IAAS en el Hospital de Baranoa y se podrá involucrar a la comunidad en sus procesos de mejora y sus prácticas de atención.

Viabilidad Ética

La presente investigación cumple con los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (1964) y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, la cual regula las investigaciones en salud con seres humanos. De acuerdo con esta normatividad, el estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, ya que se limita a la aplicación de encuestas y cuestionarios de carácter anónimo, sin intervención médica o manipulación de variables clínicas.

Todos los participantes, tanto personal de salud como pacientes, fueron informados previamente sobre los objetivos del estudio, su carácter académico, la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de la información suministrada.

La participación fue completamente libre y voluntaria, y en ningún caso afectó la atención médica o las condiciones laborales de los involucrados. Además, los resultados fueron socializados con la comunidad del Hospital como parte de un ejercicio de retroalimentación y construcción colectiva de propuestas de mejora.

Consentimiento Informado

La presente investigación se desarrolla en el marco de un proyecto académico, y este documento tiene como objetivo informarle sobre el alcance, propósitos, beneficios y condiciones éticas de su participación en el estudio, para que pueda tomar una decisión libre, consciente y voluntaria (ver Apéndice A)

Resultados

Con los resultados de las dos reuniones realizadas, el equipo de trabajo ideó y creó una propuesta de protocolo unificada, que luego repartió entre el personal del hospital, los pacientes y se publicará en el sitio oficial del Hospital. De esta forma se logró conocer la situación actual de prevención de IAAS en el Hospital de Baranoa y se pudo involucrar a la comunidad en sus procesos de mejora y sus prácticas de atención.

Objetivo 1. Evaluar el conocimiento del personal de salud sobre la higiene de manos y sus 5 momentos de aplicación.

Se aplicaron encuestas a un total de 27 profesionales de la salud y 85 pacientes del área de urgencias del Hospital de Baranoa. Los resultados se sistematizaron con ayuda de herramientas de Microsoft Excel y se analizaron con enfoque descriptivo. A continuación, el análisis a las encuestas:

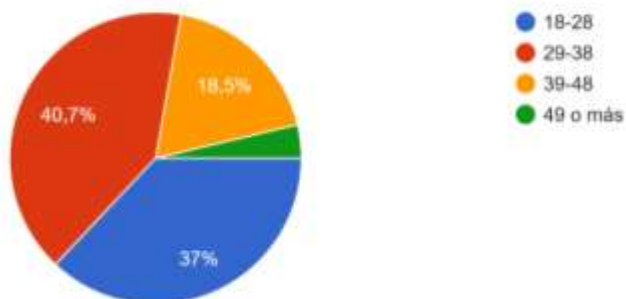
Análisis: Personal de la Salud del Hospital de Baranoa

La distribución por rangos de edad muestra que el grupo más representativo se encuentra entre los 39 y 48 años (40%), seguido por el grupo de 18 a 28 años (37). Los profesionales de 29 a 38 años constituyen el 18%, mientras que los mayores de 49 años representan solo un 3.7%.

Este patrón indica una población mayoritariamente entre joven-adulta, con predominancia de personal en edad laboral media. La presencia de personal joven puede facilitar la incorporación de nuevas prácticas de bioseguridad, mientras que los grupos de mayor edad pueden aportar experiencia clínica, pero también podrían requerir mayor refuerzo en la actualización de protocolos (Grafico1).

Figura 1

Edad del personal de la salud

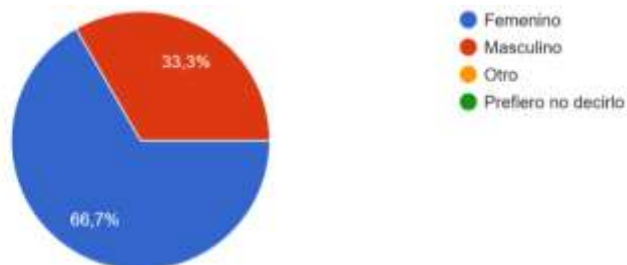


Fuente: Elaboración propia

El 66% del personal encuestado se identifica como femenino, mientras que el 33% corresponde al género masculino. No se reportaron respuestas en las categorías “Otro” o “Prefiero no decirlo”. Este dato también puede incidir en la forma como se perciben y aplican los protocolos de higiene, ya que estudios han mostrado una mayor tendencia femenina a la adherencia a prácticas preventivas (Gráfico 2)

Figura 2

Genero del personal de la salud



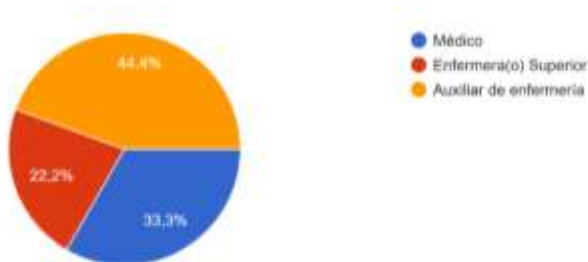
Fuente: Elaboración propia

En cuanto al rol dentro del área de urgencias, el 44% del personal se desempeña como auxiliar de enfermería, seguido por médicos (33%) y enfermeros(as) profesionales (22%)

Esto indica que el mayor contacto directo con el paciente está en manos del personal auxiliar, lo que subraya la necesidad de reforzar la capacitación y supervisión en medidas de bioseguridad a este grupo en particular. Su rol operativo es clave en la prevención de IAAS (Grafico 3).

Figura 3

Cargo en el área de urgencias

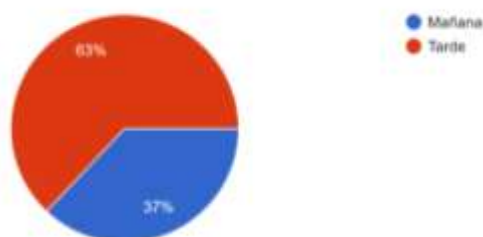


Fuente: Elaboración propia

Aquí se muestra que el 63% del personal encuestado labora en el turno de la tarde, mientras que el 37% lo hace en la mañana. Esta distribución sugiere que el contacto directo con los pacientes ocurre predominantemente en el turno de la tarde, lo cual plantea la necesidad de focalizar los esfuerzos de supervisión, acompañamiento y refuerzo en medidas de bioseguridad durante ese horario (Grafico 4).

Figura 4

Turno laboral



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la capacitación en higiene de manos, un 96% de los participantes manifestó haber recibido formación en los últimos 12 meses, lo que constituye un dato alentador en términos de cumplimiento de protocolos institucionales y normativas sanitarias. Esta alta cobertura de capacitación indica un compromiso por parte de la institución en la formación continua del personal en prácticas seguras (Gráfico 5).

Figura 5

Capacitación en higiene de manos



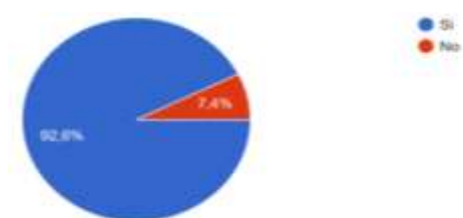
Fuente: Elaboración propia

El 92% manifestó conocer los 5 momentos de la higiene de manos. Este nivel de conocimiento es fundamental, ya que dichos momentos constituyen una guía esencial para la

prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). No obstante, este resultado debe ser complementado con observaciones que permitan verificar si dicho conocimiento se traduce efectivamente en prácticas cotidianas (Grafico 6).

Figura 6

Cinco momentos para la higiene de manos definidos por la OMS



Fuente: Elaboración propia

El 100% de los encuestados confirmo que cuenta con disponibilidad permanente de insumos esenciales como jabón, toallas y alcohol glicerinado. Este hallazgo garantiza que no existen limitaciones materiales que puedan afectar la ejecución de prácticas de higiene adecuada (Grafico 7).

Figura 7

Disponibilidad de insumos



Fuente: Elaboración propia

Esta muestra que el 100% del personal afirma realizar con frecuencia la higiene de manos en los momentos indicados durante su turno. Esto refleja una alta adherencia a los protocolos institucionales y sugiere una cultura organizacional comprometida con la seguridad del paciente y la prevención de infecciones (Grafico 8).

Figura 8

Frecuencia de higiene de manos



Fuente: Elaboración propia

Esté es un dato igualmente relevante, dado que, el 100% de los encuestados considera que el hospital promueve activamente la higiene de manos entre el personal. Este respaldo institucional es clave para mantener y reforzar las buenas prácticas, ya que una cultura organizacional proactiva actúa como un facilitador del comportamiento seguro (Grafico 9).

Figura 9

Barreras para Realizar Correctamente la Higiene de Manos

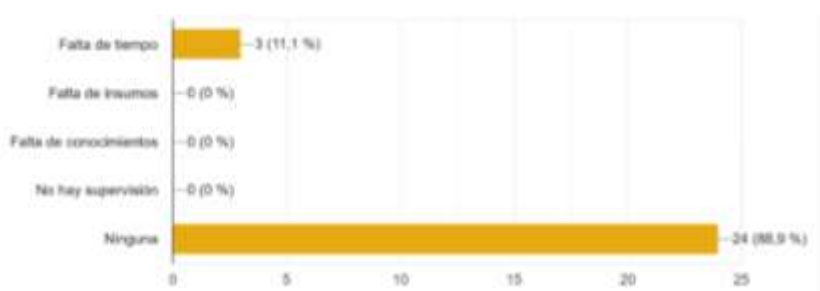


Fuente: Elaboración propia

Aquí se presenta las percepciones sobre las barreras para realizar correctamente la higiene de las manos. Donde el 88% de los encuestados indico que no encuentra barreras, lo cual coincide con los resultados previos sobre insumos disponibles y buena capacitación. No obstante, un 11.1% señalo la falta de tiempo como una limitación, lo que evidencia que, aunque las condiciones estructurales son favorables, existen factores operativos o de carga laboral que podrían influir en el cumplimiento continuo de la práctica (Grafico 10).

Figura 10

Barreras para realizar correctamente la higiene de manos

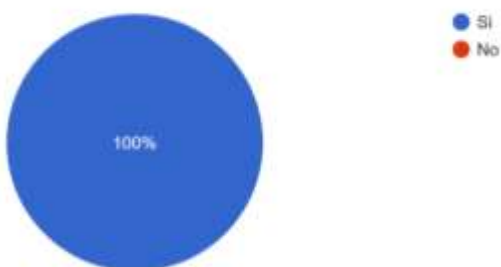


Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, el 100% de los participantes considera necesario realizar el lavado de manos al examinar a un paciente y pasar a otro cubículo, lo cual demuestra una comprensión clara del riesgo de contaminación cruzada en el entorno cinco. Esta conciencia es fundamental para minimizar la transmisión de microorganismos patógenos entre pacientes una de las principales causas de infecciones nosocomiales (Grafico 11).

Figura 11

Considera necesario realizar el lavado de manos al examinar a un paciente y pasar a otro cubículo

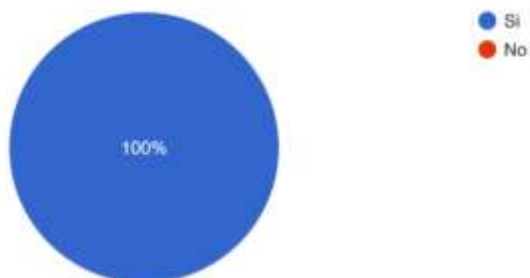


Fuente: Elaboración propia

Este Gráfico nos muestra que el personal encuestado reconoce que una buena higiene de manos reduce las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). Este reconocimiento generalizado es coherente con los lineamientos de la OMS y con la evidencia científica actual, que destaca el lavado de manos como una estrategia efectiva en la prevención de IAAS (Gráfico 12).

Figura 12

Una buena higiene de manos reduce las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)

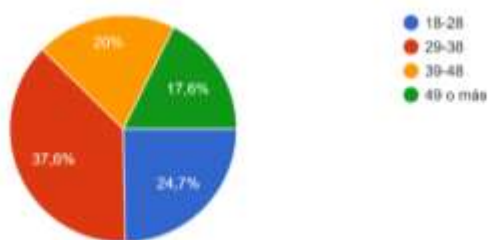


Fuente: Elaboración propia

Análisis: Pacientes del Hospital de Baranoa

En las encuestas a los pacientes se pudo observar que la distribución por edades de los 85 pacientes encuestados revela una concentración significativa en el grupo de 29 a 38 años, que representa el 37% de la muestra. Este grupo se posiciona como el más numeroso, seguido por el de 18 a 28 años (24%), 39 a 48 años (20%), y finalmente el grupo de 49 años o más (17%)

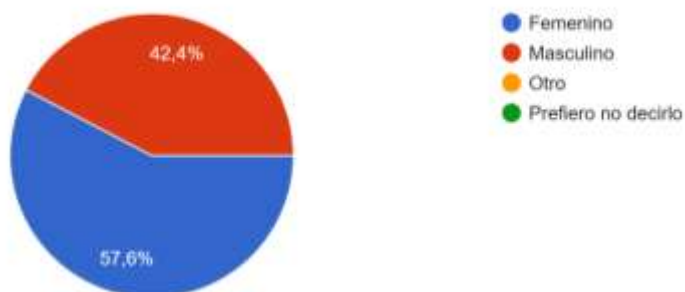
Este patrón sugiere que la mayoría de los encuestados son adultos jóvenes, lo cual puede tener implicaciones importantes para la comprensión, acceso y recepción de información relacionada con los protocolos de prevención de IAAS. Los adultos entre 29 y 38 años se encuentran usualmente en una etapa laboral activa y podrían tener un mayor nivel de conciencia sobre prácticas de higiene si se han expuesto previamente a entornos formales o institucionales (Grafico 13).

Figura 13*Edad*

Fuente: Elaboración propia

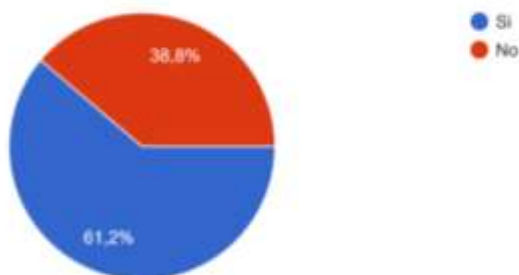
La distribución por género muestra una ligera mayoría femenina entre los 85 pacientes encuestados. El 57% se identificó como femenino, mientras que el 42% como masculino. No se registraron respuestas en las categorías "Otro" o "Prefiero no decirlo".

Esta tendencia es relevante desde una perspectiva de percepción y participación en los procesos hospitalarios. Estudios en salud pública han evidenciado que las mujeres tienden a mostrar mayor interés por temas relacionados con la higiene, el autocuidado y la prevención de enfermedades, lo cual puede influir en cómo valoran el cumplimiento de protocolos por parte del personal sanitario (Gráfico 14).

Figura 14*Genero*

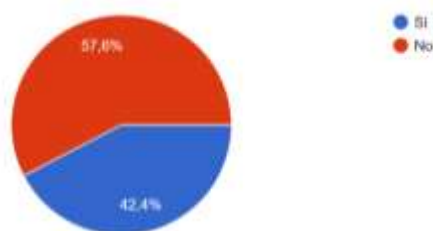
Fuente: Elaboración propia

El hecho de que solo el 61% de los pacientes afirme haber observado prácticas de higiene de manos por parte del personal antes de ser atendidos plantea una alerta importante en la adherencia a protocolos. El lavado o desinfección de manos es la principal barrera contra las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), por lo tanto, este resultado muestra una brecha entre lo que debería ser una práctica sistemática y lo que realmente perciben los pacientes. de visibilidad de la acción (por ejemplo, si el lavado se hace fuera del campo visual del paciente). En cualquier caso, pone en evidencia la necesidad de reforzar las buenas prácticas y su visibilidad, no solo para garantizar la bioseguridad, sino también para generar confianza en los usuarios del servicio (Grafico 15).

Figura 15*Lavado de manos antes de*

Fuente: elaboración propia

Este resultado refleja una preocupante deficiencia en la comunicación educativa del personal de salud hacia los pacientes. Más de la mitad de los encuestados (57%) afirmó no haber recibido información sobre la importancia de la higiene de manos durante su atención médica. Esto es grave, ya que se trata de una práctica reconocida a nivel internacional como una de las medidas más efectivas para la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) (Gráfico 16).

Figura 16*Importancia de la higiene*

Fuente: elaboración propia

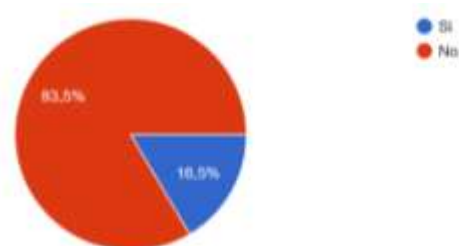
Este resultado revela una grave deficiencia en la disponibilidad de recursos básicos de higiene para los pacientes. Solo el 16% de los encuestados manifestó haber tenido acceso a jabón

o alcohol para higiene de manos en su entorno inmediato (habitación o sala de espera), mientras que una amplia mayoría (83%) respondió negativamente.

La disponibilidad de insumos como el alcohol glicerinado o el jabón es fundamental para el cumplimiento de los lineamientos del Ministerio de Salud y la OMS, que promueven la higiene de manos como una medida prioritaria para prevenir las IAAS. La ausencia de estos recursos no solo pone en riesgo la salud del paciente, sino que también limita su capacidad de participar activamente en la prevención de infecciones (Grafico 17).

Figura 17

Acceso a alcohol o jabón de manos en su habitación



Fuente: elaboración propia

Este resultado refleja un alto nivel de conciencia entre los pacientes sobre el impacto preventivo del lavado de manos, ya que 9 de cada 10 encuestados reconocen que esta práctica es clave para evitar infecciones. Esto representa una oportunidad estratégica para fomentar una cultura institucional de corresponsabilidad, donde el paciente no solo sea un receptor pasivo, sino también un observador crítico y colaborador en la implementación de buenas prácticas.

Este conocimiento podría aprovecharse para implementar campañas de vigilancia participativa (por ejemplo, con carteles que inviten a los pacientes a recordar al personal la

higiene de manos), además de reforzar el compromiso institucional con la bioseguridad (Grafico 18).

Figura 18

Buena higiene de manos del personal puede prevenir infecciones



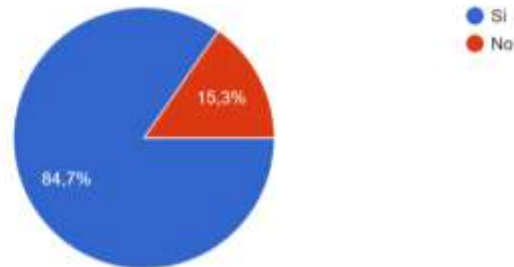
Fuente: Elaboración propia

La gran mayoría de los encuestados (84%) manifestó sentirse seguro respecto a la limpieza y las condiciones higiénicas del hospital. Este dato es positivo y da cuenta de una percepción favorable por parte de los usuarios. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que un 15% aún expresa inseguridad, lo cual no es despreciable.

Es probable que esta inseguridad esté vinculada con los resultados de otras gráficas, como la baja disponibilidad de insumos de higiene (alcohol o jabón en zonas de espera), o la falta de observación del lavado de manos por parte del personal, lo que puede mermar la confianza en el ambiente hospitalario, aunque este esté limpio desde el punto de vista técnico (Gráfico 19).

Figura 19

Limpieza e higiene personal

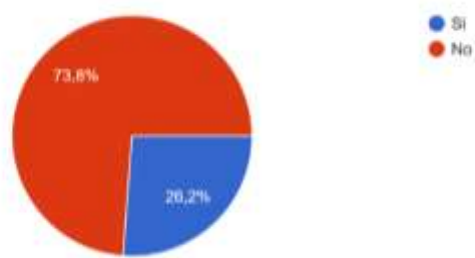


Fuente: Elaboración propia

La mayoría (73%) indica que no manipula equipos médicos sin autorización, lo cual es un dato positivo desde el punto de vista de la bioseguridad y respeto por los protocolos sanitarios. Sin embargo, un 26% sí lo hace, lo cual es preocupante, ya que representa un riesgo de contaminación cruzada e infecciones asociadas a la atención en salud. Esto sugiere la necesidad de reforzar la educación y la vigilancia en este aspecto (Gráfico 20).

Figura 20

Manipulación de objetos sin consentimiento del personal de salud



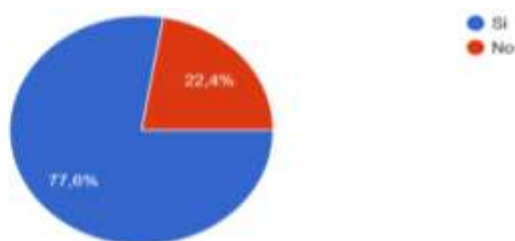
Fuente: elaboración propia

El 77% de los encuestados está interesado en recibir más información sobre higiene de manos, lo cual es un indicio de conciencia y apertura al aprendizaje en temas de prevención y autocuidado. Este resultado es muy favorable para implementar programas de capacitación o

campañas educativas. El 22% que no desea más información puede deberse a varios factores: percepción de conocimiento suficiente, desinterés, o falta de motivación (Grafico 21).

Figura 21

Información



Fuente: elaboración propia

Análisis: Evaluadores

Por último, en las encuestas de los evaluadores, la distribución de las observaciones realizadas por tres personas, correspondiente al ítem “Nombre del observador”. De las 18 respuestas registradas, el 38% de las observaciones fueron realizadas por Andry Acosta, el 33% por Ninozca Manjarrez y el 27% por Astrid Diz. Esta distribución relativamente equitativa permite inferir una participación balanceada del equipo observador, lo cual aporta mayor confiabilidad a los datos recolectados, siempre y cuando se haya seguido un mismo protocolo de observación entre los tres (Grafico 22).

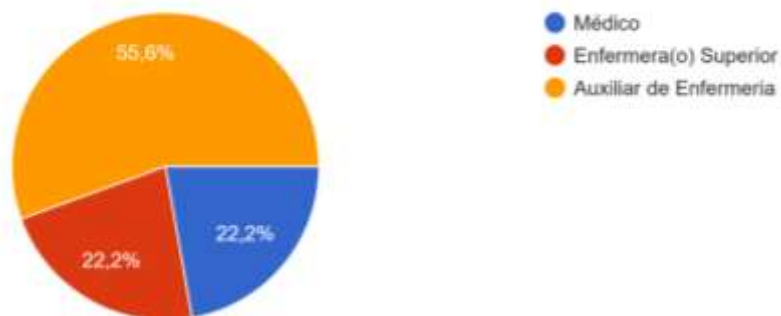
Figura 22*Observadores*

Fuente: elaboración propia

Este gráfico presenta la composición del personal observado según su rol. La mayoría corresponde a auxiliares de enfermería (55%), seguidos por médicos (22%) y enfermeros profesionales (22%). Este dato es relevante, ya que refleja que más de la mitad del personal que ejecuta procedimientos en el área de urgencias corresponde a personal auxiliar. Esto implica una necesidad especial de capacitación constante, refuerzo en los protocolos de bioseguridad y acompañamiento permanente en sus prácticas, dado su rol es operativo y de contacto directo con el paciente (Gráfico 23).

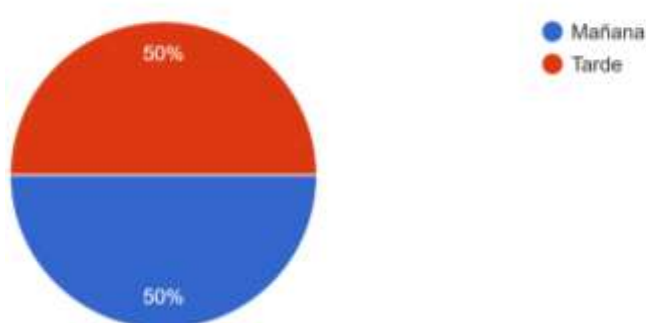
Figura 23

Cargo en área de urgencias



Fuente: elaboración propia

Se observa una distribución equitativa entre los turnos de los profesionales observados: un 50% trabaja en el turno de la mañana y el otro 50% en el turno de la tarde. Esta equidad en la distribución permite una comparación objetiva de las prácticas observadas durante ambos turnos, eliminando posibles sesgos por predominancia horaria. Además, sugiere que las observaciones fueron bien balanceadas en cuanto al contexto temporal del servicio de urgencias (Gráfico 24).

Figura 24*Turno*

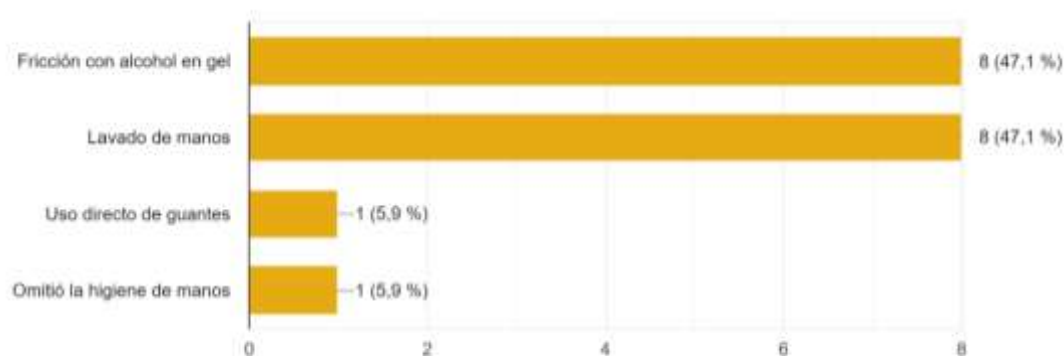
Fuente: elaboración propia

El gráfico presenta datos relevantes sobre el cumplimiento de uno de los cinco momentos críticos para la higiene de manos, según la Organización Mundial de la Salud. Del total de 17 observaciones, el 47% del personal utilizó fricción con alcohol en gel, y otro 47% realizó el lavado de manos con agua y jabón antes de tener contacto directo con el paciente. Este resultado es altamente positivo, ya que el 94.% cumplió con una forma adecuada de higiene previa al contacto, lo cual es fundamental para evitar la transmisión de agentes infecciosos.

No obstante, un 5.9% utilizó únicamente guantes sin realizar higiene previa, y otro 5.9% omitió completamente la higiene de manos. Aunque estas cifras representan un bajo porcentaje, son indicativas de brechas en el cumplimiento total del protocolo. Esto sugiere que aún existen oportunidades de mejora, particularmente en la concienciación del personal respecto al hecho de que el uso de guantes no sustituye el lavado de manos, y que la omisión de la higiene representa un riesgo significativo para la seguridad del paciente (Gráfico 25).

Figura 25

1er momento- antes del contacto con el paciente



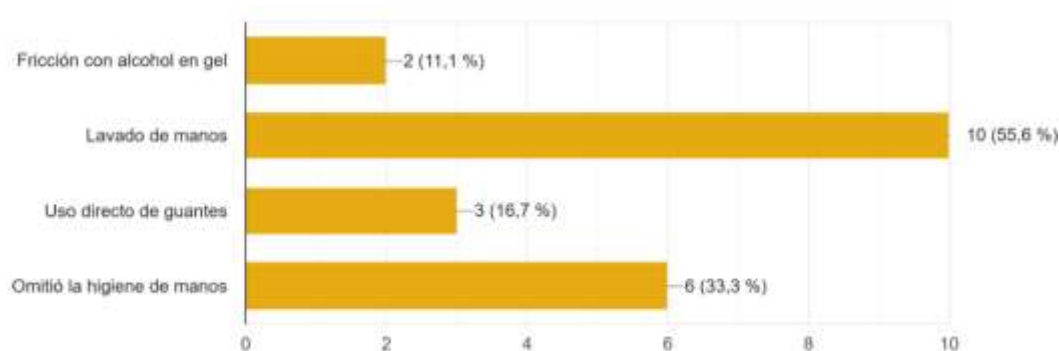
Fuente: elaboración propia

Antes de realizar una tarea limpia o aséptica” evidencia importantes hallazgos sobre el cumplimiento del protocolo de higiene de manos antes de procedimientos críticos. En un total de 18 observaciones, el 56% del personal realizó el lavado de manos, lo cual representa un cumplimiento favorable de la práctica recomendada por la Organización Mundial de la Salud para prevenir infecciones asociadas a procedimientos clínicos.

No obstante, el cumplimiento no fue universal. Apenas 11.1% del personal utilizó fricción con alcohol en gel, mientras que un 16% optó por el uso directo de guantes sin realizar higiene previa, y un preocupante 16% omitió completamente la higiene de manos. Esta última cifra es especialmente relevante, ya que las tareas limpias o asépticas requieren una estricta aplicación de medidas de higiene para garantizar la seguridad del paciente y prevenir contaminaciones cruzadas (Gráfico 26).

Figura 26

2do. momentos, limpieza antes de una tarea



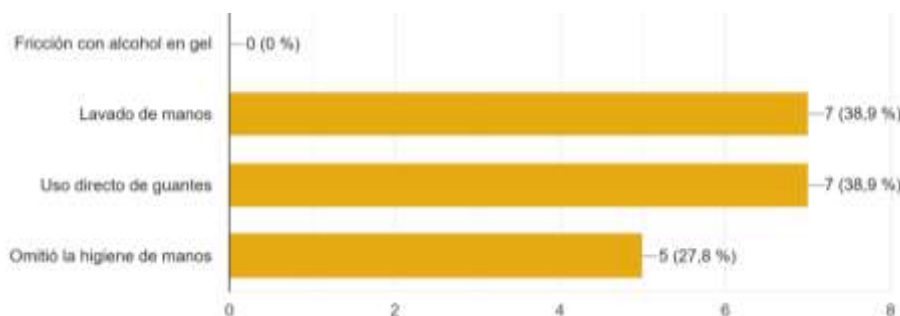
Fuente: Elaboración propia

Después del riesgo de exposición a líquidos corporales proporciona información clave sobre la adherencia a las prácticas de higiene de manos tras situaciones de potencial contaminación biológica. Según los datos obtenidos a partir de 18 observaciones, el 38% del personal realizó el lavado de manos y otro 38% utilizó guantes directamente tras el riesgo de contacto con fluidos corporales. Sin embargo, se evidenció que un 27.8% omitió por completo la higiene de manos en este momento crítico.

Estos resultados plantean una alerta importante, ya que omitir la higiene de manos después del contacto con líquidos biológicos representa una violación directa a las normas de bioseguridad y aumenta significativamente el riesgo de transmisión cruzada de infecciones, tanto al personal de salud como a otros pacientes. Aunque cerca del 78% cumplió con algún tipo de medida, la ausencia de fricción con alcohol en gel (0%) y la presencia de casi un tercio de omisiones indican la necesidad de reforzar la concienciación y supervisión específicamente en este momento del protocolo (Grafico 27).

Figura 27

3er momento, exposición a líquidos corporales

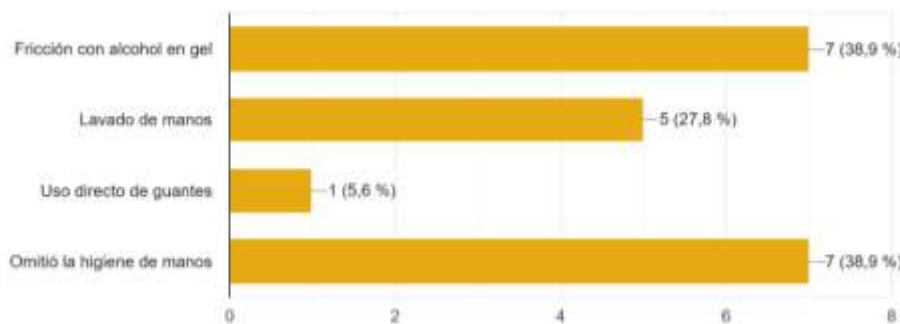


Fuente: Elaboración propia

Este refleja el comportamiento del personal sanitario frente a uno de los momentos críticos para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. Según los datos recolectados en un total de 18 observaciones, el 38% del personal realizó fricción con alcohol en gel mientras que otro 38% optó por el lavado de manos con agua y jabón, lo que indica que el 77% sí efectuó algún tipo de higiene posterior al contacto con el paciente (Gráfico 28).

Figura 28

4to momento, después del contacto con el paciente



Fuente: Elaboración propia

Objetivo 2. Incentivar la participación de la comunidad en la creación y establecimiento de protocolos de trabajo en el Hospital.

Los resultados muestran que existe una disposición significativa por parte de la comunidad hospitalaria, pacientes, familiares y cuidadores, para participar en la construcción de protocolos de prevención y control de IAAS. Según las encuestas aplicadas, el 77% de los pacientes manifestaron interés en recibir información sobre higiene de manos y medidas preventivas, y el 81% afirmó que estaría dispuesto a colaborar en actividades educativas o de seguimiento. Sin embargo, el 57% indicó que no ha recibido información directa del personal de salud sobre prevención de IAAS, lo que refleja una oportunidad de mejora en la comunicación y en la inclusión activa de los usuarios en la estrategia institucional.

Durante los talleres participativos realizados, se identificaron propuestas concretas de la comunidad, como la instalación de dispensadores de alcohol glicerinado en zonas de alto tránsito, la implementación de señalética clara sobre la higiene de manos y la creación de un manual.

Figura 29

Talleres participativos



Fuente: elaboración propia

Objetivo 3. Definir un plan de mejoramiento participativo de las prácticas y lineamientos de prevención y control de IAAS.

A partir del diagnóstico y de las propuestas recogidas en las actividades participativas, se diseñó un plan de mejoramiento con enfoque colaborativo para fortalecer las prácticas de prevención y control de IAAS en el Hospital de Baranoa. Este plan incluye:

Campañas educativas permanentes, dirigidas tanto al personal de salud como a los pacientes y cuidadores, con el fin de reforzar la importancia de la higiene de manos, el uso correcto de elementos de protección personal y la prevención de infecciones asociadas a dispositivos médicos.

Señalética visual estratégica, ubicada en el área de urgencias para la prevención y educación, recordando los 5 momentos de higiene de manos y las principales recomendaciones del Manual de las IAAS (ESE Hospital de Baranoa, 2024). (ver figura 2)

Figura 30

Señalética



Fuente: elaboración propia

Elaboración de un manual institucional, construido de forma participativa con el personal de salud y representantes de la comunidad hospitalaria, que consolida los lineamientos, protocolos y responsabilidades en la prevención y control de IAAS, adaptados a las necesidades y contexto del Hospital de Baranoa. (Ver en el siguiente link:

<https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:b1ca348b-946f-4d7e-b028-ce182bb41b0c>

Este plan busca cerrar las brechas detectadas en el diagnóstico inicial y promover una cultura institucional de prevención, integrando de manera activa a la comunidad hospitalaria en el cumplimiento de los lineamientos establecidos.

Discusión y Conclusión

En el Hospital de Baranoa, el 92,6 % del personal de salud manifestó conocer los cinco momentos de la higiene de manos definidos por la OMS. Esta cifra es positiva y refleja una base teórica sólida. Sin embargo, conocer no garantiza aplicar, y esta brecha entre conocimiento y práctica ha sido documentada en diversos estudios internacionales.

Por ejemplo, un estudio multicéntrico realizado por Allegranzi y Pittet (2017) encontró que, en países de ingresos bajos y medios, la adherencia real a los cinco momentos de higiene de manos oscilaba entre el 20 % y el 50 %, a pesar de que los profesionales conocían bien las recomendaciones. Esta diferencia revela que los factores institucionales, como la supervisión, la cultura organizacional y la carga laboral, influyen directamente en la aplicación efectiva de estos lineamientos.

Así mismo, Sax et al. (2007) resaltaron que una barrera frecuente para la correcta ejecución del lavado de manos es la “percepción de bajo riesgo” en procedimientos rutinarios. Este hallazgo sugiere que incluso cuando el personal conoce los protocolos, tiende a omitirlos si no percibe el procedimiento como crítico o contaminante, lo cual podría explicar los casos de omisión observados en nuestro estudio.

Por otra parte, en una revisión sistemática de Luangsanatip et al. (2015), se concluyó que las intervenciones educativas por sí solas no mejoran significativamente la adherencia a la higiene de manos. Lo más efectivo es combinar la formación con recordatorios visuales, observación directa, retroalimentación inmediata y liderazgo institucional comprometido. En este sentido, aunque el personal del Hospital de Baranoa afirma conocer los cinco momentos, es clave complementar ese conocimiento con prácticas visibles y sostenidas de refuerzo.

Aunque el nivel de conocimiento encontrado en nuestro estudio es elevado, la literatura internacional demuestra que este conocimiento no siempre se traduce en acción. Las políticas institucionales, los recursos disponibles y la percepción del riesgo son factores críticos para cerrar la brecha entre saber y hacer.

Así mismo, los resultados obtenidos en el Hospital de Baranoa evidencian que el 92,6 % del personal encuestado manifestó conocer los “Cinco momentos para la higiene de manos” establecidos por la OMS. Este dato sugiere una apropiación teórica significativa de los lineamientos internacionales. Además, el 96,3 % afirmó haber recibido capacitación en el último año, lo cual fortalece las bases técnicas para el cumplimiento del protocolo.

Sin embargo, los datos de observación práctica revelan un contraste importante: en el segundo momento (antes de realizar una tarea limpia), un 16,6 % omitió la higiene de manos, y en el tercero (tras exposición a líquidos corporales), esta cifra se eleva al 27,8 %. Este desfase entre conocimiento y ejecución ha sido documentado en diversos estudios tanto en Colombia como en el ámbito global.

Por ejemplo, Morales et al. (2021), en una investigación en hospitales públicos del Valle del Cauca, hallaron que, aunque el 89,4 % del personal afirmaba conocer los cinco momentos, solo el 62,1 % los aplicaba correctamente, siendo las tareas rutinarias el escenario con mayor omisión. Esto coincide con nuestro hallazgo de que algunos profesionales confían erróneamente en el uso de guantes como sustituto de la higiene.

A nivel internacional, Ahmed et al. (2022) observaron en hospitales de Egipto que el conocimiento era alto, pero la adherencia efectiva estaba limitada por factores como la escasa percepción de riesgo, la fatiga laboral y la ausencia de vigilancia activa. Este patrón también

aparece en Baranoa, donde el cumplimiento observado varía pese a la disponibilidad permanente de insumos (100 %).

De hecho, Tartari et al. (2020) sostienen que la mera formación técnica no garantiza el cumplimiento del protocolo. Es necesario fomentar una cultura institucional de higiene reforzada con retroalimentación constante, supervisión visible y mecanismos de motivación. En el contexto colombiano, esta necesidad ha sido reconocida por el Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS (MinSalud, 2018), que promueve estrategias multimodales para garantizar la sostenibilidad del conocimiento técnico.

Por otro lado, el hecho de que el 100 % del personal encuestado reconociera que una buena higiene de manos previene las IAAS, indica que el conocimiento conceptual está interiorizado. La brecha no radica en el desconocimiento, sino en la rutina, la presión asistencial y la falta de reforzamiento. Estos hallazgos justifican la inclusión de sesiones de retroalimentación continua, observación sistemática y cultura organizacional como ejes del protocolo de mejora propuesto.

En el presente estudio, se encuestó a 85 pacientes del área de urgencias. Se encontró que el 77,6 % manifestó interés en recibir más información sobre higiene de manos, mientras que el 57,6 % expresó no haber recibido información educativa por parte del personal de salud. Este resultado revela una brecha significativa en los procesos de comunicación y educación en salud, a pesar de la alta disposición de los pacientes a involucrarse.

Estos hallazgos coinciden con lo planteado por McGuckin et al. (1999), quienes demostraron que la participación activa de los pacientes mejora la adherencia del personal al lavado de manos, especialmente cuando los pacientes están empoderados con información clara.

Asimismo, Davis et al. (2007) encontraron que los pacientes que se sienten informados son más propensos a exigir prácticas seguras por parte del equipo clínico, generando una cultura de vigilancia compartida.

Sin embargo, Coulter et al. (2015) señalan que para que la participación sea efectiva debe haber un proceso estructurado que incluya formación, materiales de apoyo y espacios de diálogo. En nuestro estudio, aunque se evidenció voluntad de participación por parte de los usuarios, la baja disponibilidad de insumos para su autocuidado (solo 16,5 % de los pacientes tenía acceso a alcohol o jabón) representa una barrera significativa para el empoderamiento.

Además, el hecho de que solo 61,2 % de los pacientes observaron prácticas de higiene de manos antes de ser atendidos sugiere que la participación del usuario podría servir como mecanismo de presión positiva para mejorar la visibilidad y consistencia del cumplimiento del protocolo. Esto se alinea con los hallazgos de Hrisos et al. (2009), quienes insisten en la necesidad de incorporar la percepción del paciente como indicador de vigilancia institucional.

Por otro lado, los resultados de la encuesta aplicada a 85 pacientes del Hospital de Baranoa evidencian que, aunque el 84,7% se siente seguro respecto a la limpieza del hospital, solo el 61,2% observó prácticas de higiene de manos antes de ser atendido, y el 57,6% manifestó no haber recibido información sobre su importancia. Estos datos reflejan una desconexión entre las prácticas institucionales y la percepción o involucramiento del paciente.

Desde el ámbito internacional, Yeung et al. (2011) comprobaron en Hong Kong que el simple acto de permitir a los pacientes observar y preguntar activamente sobre higiene mejoró el cumplimiento del personal. No obstante, como indican Le et al. (2019) en su estudio en

hospitales de Vietnam, esto requiere entornos favorables y culturalmente seguros para no generar fricciones entre usuarios y profesionales.

Por ello, los resultados del Hospital de Baranoa muestran la necesidad urgente de estrategias de participación que superen lo simbólico. El hecho de que el 73,8 % de los pacientes no manipule equipos sin consentimiento muestra respeto institucional, pero también indica que, con orientación adecuada, pueden asumir roles activos en vigilancia comunitaria, como lo promueven los lineamientos de la Resolución 2184 de 2020.

Los resultados obtenidos muestran que, aunque el 92,6 % del personal de salud reportó conocer los cinco momentos de higiene de manos y el 100 % afirmó tener disponibilidad de insumos, persisten brechas prácticas: en la observación directa, un 5,9 % no realizó higiene de manos antes de tocar al paciente, y un preocupante 16,6 % la omitió antes de una tarea aséptica, mientras que un 27,8 % la omitió tras exposición a fluidos corporales.

Este desfase entre conocimiento y acción ya ha sido ampliamente descrito por Erasmus et al. (2010), quienes identificaron que los obstáculos más comunes a la adherencia incluyen el ritmo de trabajo acelerado, la falta de supervisión y la percepción de que ciertas prácticas no son críticas. Este comportamiento fue corroborado por nuestro equipo de observadores, quienes notaron que el uso de guantes a veces sustituía indebidamente el lavado de manos.

Con base en estos hallazgos, se propuso un plan participativo que incluye señalética visible con los cinco momentos de higiene, talleres con pacientes y personal, y la construcción colectiva de un protocolo adaptado. Esta estrategia responde a lo recomendado por Fuller et al. (2011), quienes demostraron que el compromiso organizacional y la participación activa del personal aumentan la adherencia a los protocolos.

Aunque el 100 % del personal del Hospital afirmó realizar higiene de manos con frecuencia, los datos de observación directa revelaron brechas importantes: por ejemplo, en el tercer momento (después de exposición a fluidos corporales), un 27,8 % omitió completamente la higiene, y en el segundo momento (antes de una tarea limpia o aséptica), el 16,6 % también incumplió el protocolo. Esto evidencia la necesidad de pasar del conocimiento teórico a la práctica sostenida.

Además, el hecho de que el 55,6% del personal observado en urgencias correspondiera a auxiliares de enfermería —el grupo con mayor contacto directo con los pacientes— refuerza la importancia de incluirlos prioritariamente en el diseño de los planes de mejora, como lo sugieren WHO (2022) y la Red Internacional INICC.

Por ello, la propuesta de construir colectivamente un protocolo adaptado, acompañado de señalética visual, socialización de datos y formación conjunta, responde a las recomendaciones actuales en control de IAAS. El diseño participativo no solo fomenta la apropiación del protocolo, sino que también crea una cultura compartida entre personal y pacientes.

Finalmente, el diseño del plan se inspira en el enfoque multimodal propuesto por Pittet et al. (2008) y por la OMS, que señala que la formación aislada no es suficiente. Se requiere una combinación de herramientas visuales, retroalimentación frecuente, acceso continuo a insumos y liderazgo comprometido para lograr cambios sostenibles.

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) continúan siendo un desafío significativo para los sistemas hospitalarios, particularmente en instituciones de mediana complejidad como el Hospital de Baranoa. Este estudio permitió evidenciar, desde un enfoque diagnóstico y participativo, que, aunque el personal de salud presenta un alto nivel de

conocimiento sobre los cinco momentos de higiene de manos con una cobertura formativa del 96,3 % y autodeclaración de cumplimiento del 100 %, las observaciones directas revelan omisiones en momentos críticos, especialmente antes de procedimientos asépticos y tras exposición a fluidos corporales.

El desajuste entre el saber y el hacer señala la necesidad de fortalecer una cultura institucional de bioseguridad, más allá de la capacitación técnica. Si bien existe disponibilidad permanente de insumos y el personal reconoce la importancia de la higiene, factores como la presión asistencial, la falta de retroalimentación continua y la naturalización de ciertas omisiones operativas siguen afectando el cumplimiento riguroso de los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y la OMS.

En cuanto a la participación del paciente, se identificó una alta disposición a involucrarse en prácticas seguras, con el 77,6 % de los encuestados interesados en recibir información. Sin embargo, la baja tasa de entrega educativa (57,6 % no recibió ninguna información) y la limitada disponibilidad de insumos para uso del paciente (solo el 16,5 % accedió a jabón o alcohol) limitan el desarrollo de un entorno participativo y corresponsable. Esta brecha impide consolidar una vigilancia social efectiva, clave para fortalecer la seguridad del paciente y el cumplimiento del personal clínico.

Por estas razones, el plan de mejora diseñado propone acciones concretas y sostenibles: socialización de resultados, diseño participativo de protocolos con personal y comunidad, instalación de señalética educativa y campañas de formación dirigidas a pacientes y cuidadores. Esta estrategia responde al enfoque multimodal recomendado por la OMS y a los lineamientos

nacionales como el Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de IAAS (MinSalud, 2018) y la Resolución 2184 de 2020.

Referencias Bibliográficas

Allegranzi, B., & Pittet, D. (2009). Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 73(4), 305-315.

<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.04.019>

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Healthcare-associated infections*.

<https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/index.html>

Coulter, A., Entwistle, V. A., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S., & Perera, R. (2015).

Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions.

Cochrane Database of Systematic Reviews, (3), CD010523.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub2>

Davis, R. E., Jacklin, R., Sevdalis, N., & Vincent, C. A. (2007). Patient involvement in patient safety: What factors influence patient participation and engagement? *Health*

Expectations, 10(3), 259-267. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x>

Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., Richardus, J. H., Behrendt, M. D., Vos, M. C., & van

Beeck, E. F. (2010). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene

guidelines in hospital care. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 31(3), 283–294.

<https://doi.org/10.1086/650451>

Fuller, C., Savage, J., Besser, S., Hayward, A., Cookson, B., Cooper, B., & Stone, S. (2011).

"The dirty hand in the latex glove": A study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 32(12), 1194-1199.

<https://doi.org/10.1086/662619>

Hrisos, S., Eccles, M. P., Francis, J. J., Dickinson, H. O., Kaner, E. F., Beyer, F., & Johnston, M. (2009). Are there valid proxy measures of clinical behaviour? A systematic review. *Implementation Science*, 4(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-37>

Instituto Nacional de Salud. (2024). *Protocolo de vigilancia en salud pública: Brotes de infecciones asociadas a la atención en salud* (Versión 2). https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_IAAS%202024.pdf

Le, C. D., Lehman, E. B., Nguyen, T. H., & Craig, T. J. (2019). Hand hygiene compliance study at a large central hospital in Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4), 607. <https://doi.org/10.3390/ijerph16040607>

Luangasanatip, N., Hongsuwan, M., Limmathurotsakul, D., Lubell, Y., Lee, A. S., Harbarth, S., & Day, N. P. (2015). Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, 351, h3728. <https://doi.org/10.1136/bmj.h3728>

McGuckin, M., Waterman, R., Porten, L., Bello, S., Caruso, M., Juzaitis, B., Krug, E., Mazer, S., & Ostrawski, S. (1999). Patient education model for increasing handwashing compliance. *American Journal of Infection Control*, 27(4), 309-314. [https://doi.org/10.1016/s0196-6553\(99\)70049-0](https://doi.org/10.1016/s0196-6553(99)70049-0)

Méndez Rodríguez, I. A. A., Calixto, O. J., Becerra Cuervo, W. A., Vásquez, J. F., Bravo Ojeda, J. S., & Pachón Barinas, D. P. (2012). Microorganismos presentes en fonendoscopios, manos, cavidad oral y nasal de estudiantes de una facultad de medicina. *Revista Med*, 20(1), 90–100. <https://doi.org/10.18359/rmed.1227>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Manual de medidas básicas para el control de infecciones en IPS.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/manual-prevencion-iaas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud. (2018). Manual de Medidas Básicas para el Control de Infecciones en IPS.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/manual-prevencion-iaas.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). Programa de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud – IAAS y la Resistencia Antimicrobiana.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/programa-iaas-ram.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Guía de la OMS sobre higiene de manos en la atención de la salud*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

Pittet, D., Allegranzi, B., Storr, J., Bagheri Nejad, S., Dziekan, G., Leotsakos, A., &

Donaldson, L. (2008). Infection control as a major World Health Organization priority

for developing countries. *Journal of Hospital Infection*, 68(4), 285-292.

<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2007.12.013>

Sax, H., Allegranzi, B., Uçkay, I., Larson, E., Boyce, J., & Pittet, D. (2007). “My five moments for hand hygiene”: a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 67(1), 9–21.

<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2007.06.004>

Vargas, J. M., Moreno Mochi, M. P., Nuñez, J. M., Tirado Villagra, M., Iriarte, A., & Aranegui, P. (2022). Impacto de un programa de vigilancia activa y medidas de control de infecciones sobre la incidencia de bacilos gram negativos resistentes a carbapenems en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Argentina de Microbiología*, 54(2), 134-142. <https://doi.org/10.1016/j.ram.2021.06.004>

World Health Organization. (2022). *Global report on infection prevention and control*. WHO.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>

Yeung, W. K., Tam, W. S., & Wong, T. W. (2011). Clustered randomized controlled trial of a hand hygiene intervention involving pocket-sized containers of alcohol-based hand rub for the control of infections in long-term care facilities. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 32(1), 67-76. <https://doi.org/10.1086/657636>

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIÓN ACADÉMICA

Título del estudio:

Diagnóstico del grado de adherencia del personal de salud del Hospital de Baranoa a las directrices de control y prevención de IAAS emitidas por el Ministerio de Salud

Investigadoras:

Andry Milena Acosta Padilla
Astrid Carolina Diz De La Hoz
Ninozca Carolina Manjarres|Algarín

Institución:

Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD)

Estimado/a participante:

Por medio del presente documento, le informamos que está siendo invitado(a) a participar de manera voluntaria en un estudio académico que tiene como propósito diagnosticar el grado de adherencia del personal de salud del Hospital de Baranoa a los lineamientos del Ministerio de Salud para la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).

La participación consiste en diligenciar una encuesta breve, que no implica ningún riesgo físico, psicológico o social. La información recolectada será utilizada únicamente con fines investigativos y académicos, garantizando el **anonimato**, la **confidencialidad** y la **protección de sus datos personales** conforme a la Ley 1581 de 2012 sobre protección de datos.

Es importante aclarar que su participación es completamente **voluntaria**, y puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto genere ningún tipo de consecuencia negativa para usted.

Si tiene alguna pregunta o desea mayor información, puede comunicarse con las investigadoras a través del correo institucional o dirigirse al tutor responsable del proyecto.

Declaración del participante:

He leído y comprendido la información contenida en este consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar libremente en este estudio.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Apéndice B

Reunión Personal de Salud y Pacientes del Hospital de Baranoa







Fuente: elaboración propia


Apéndice C

Señalética



Apéndice D

Lista de asistencia



 MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL, PROTECCIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

N° IDENTIFICATIVO DE REGISTRO	NOMBRE Y APELLIDO	INSTITUCIÓN	ESTADISTICO				N° CASO / DOCUMENTO	N° OFICIO ELECTRONICO	N° TELEFONO PARA CONTACTO
			DOCENTE	ADMINISTRATIVO	ESTUDIANTE	EGRESADO			
3211222	Hercos Gutierrez	Hospital general					Paciente	30124949	
7201509	Fernanda Samant Robello	Hospital de la UPR					Paciente	300215002	
3201025	Alexis Delgado	H. Barataria					Paciente	3215916935	
3248896	Florencia Durán Delacruz	H. Barataria					Paciente	316352513	
3203317	Shelby Couso	H. Barataria					Paciente	300330221	
3284935	Berg Guzmán	H. Barataria					Paciente	301335352	
3283194	Rosalia Gonzalez	H. Barataria					Paciente	314111515	
2210594	Yolanda Vargas	H. Barataria					Paciente	30455339	
4018241	Ysis Rein Orta	H. Barataria					Paciente	310258339	
3210026	Diana Castellanos	H. Barataria					Paciente	3239424106	
4007114	Yolanda	H. Barataria					Paciente	300519080	
3044244	Rosario Garcia	H. Barataria					Paciente	324125000	
4018241	Ysis Rein Orta	H. Barataria					Paciente	300683026	
4018241	Ysis Rein Orta	H. Barataria					Paciente	3001332259	
2203222	Nelson Gonzalez	H. Barataria					Paciente	3216323706	
4018241	Ysis Rein Orta	H. Barataria					Paciente	3240181509	
4018241	Ysis Rein Orta	H. Barataria					Paciente	300215002	
4018241	Ysis Rein Orta	H. Barataria					Paciente	300215002	