XLVIII

¿Del dicho al hecho? Discrepancia entre el conocimiento y la práctica de la higiene de manos en el servicio de urgencias del Hospital de Baranoa

Nayibe Tatiana Sánchez Álvarez
Andry Milena Acosta Padilla
Astrid Carolina Diz De La Hoz
Ninozca Carolina Manjarres Algarín

XLVIII

¿Del dicho al hecho? Discrepancia entre el conocimiento y la práctica de la higiene de manos en el servicio de urgencias del Hospital de Baranoa

Nayibe Tatiana Sánchez Álvarez
Andry Milena Acosta Padilla
Astrid Carolina Diz De La Hoz
Ninozca Carolina Manjarres Algarín

RESUMEN

El presente manuscrito describe la brecha existente entre el conocimiento teórico y la adherencia práctica a los cinco momentos de higiene de manos en el personal del servicio de urgencias del Hospital de Baranoa, Colombia. Mediante un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal, se contrastó el autoreporte de 27 profesionales sanitarios con la percepción de 85 pacientes atendidos en la institución. Los resultados revelaron un escenario contradictorio: mientras el 96% del personal reportó haber sido capacitado recientemente y el 92% afirmó dominar conceptualmente las directrices de la Organización Mundial de la Salud, la observación indirecta por parte de los usuarios desmitificó el cumplimiento total al evidenciar un 39% de omisión en el primer momento (antes del contacto clínico). Adicionalmente, el 11.1% de los trabajadores aludió a la falta de tiempo por la dinámica del servicio, y un alarmante 83% de los pacientes reportó deficiencias en el acceso a insumos en sus cubículos. Se concluye que la instrucción teórica no asegura de forma automática la consistencia práctica, por lo que es imperativo migrar hacia estrategias dinámicas e in situ, optimizar la infraestructura y empoderar al paciente como agente activo de bioseguridad para mitigar el riesgo biológico.

Palabras clave: Higiene de manos, Personal de urgencias, Brecha teórico-práctica, Seguridad del paciente, Infecciones intrahospitalarias.

INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) constituyen uno de los desafíos más críticos y complejos para la salud pública a nivel global, impactando severamente la seguridad del paciente y la calidad de los servicios médicos. Definidas como aquellos procesos infecciosos que el paciente adquiere durante su permanencia en un entorno hospitalario y que no estaban presentes ni en período de incubación al momento del ingreso, las IAAS conllevan repercusiones devastadoras. Entre sus principales consecuencias se encuentran el incremento sustancial de los días de estancia hospitalaria, la elevación de los costos financieros para los sistemas de aseguramiento y una alarmante morbimortalidad (World Health Organization [WHO], 2022). En el contexto de América Latina y específicamente en Colombia, este panorama ha mostrado un deterioro progresivo. De acuerdo con los datos epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud (INS), el país experimentó una tendencia al alza sumamente preocupante, registrando un incremento exponencial de brotes por IAAS, los cuales pasaron de 50 brotes reportados en el año 2017 a 157 brotes para el año 2021 (INS, 2024). Este incremento no solo satura las unidades críticas, sino que también evidencia fallas estructurales en la contención de patógenos dentro de las instituciones hospitalarias.

Frente a esta problemática, la higiene de manos se ha consolidado históricamente como la estrategia estándar, más costo-efectiva y universalmente aceptada para interrumpir la cadena de transmisión epidemiológica. Tanto la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2009) como el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2018) han dictaminado directrices estrictas que norman la técnica correcta del lavado y fricción de manos, estructuradas bajo el modelo funcional de los "Cinco Momentos de Higiene de Manos" (antes del contacto con el paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo de exposición a fluidos corporales, después del contacto con el paciente y después del contacto con el entorno del paciente). La justificación microbiológica de esta intervención es contundente: la superficie cutánea del personal sanitario actúa como el principal vector de transferencia cruzada de bacterias patógenas altamente resistentes a los antimicrobianos, tales como Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR), Acinetobacter baumannii y enterobacterias productoras de carbapenemases (Méndez Rodríguez et al., 2012; Vargas et al., 2022). La fricción mecánica y el uso de agentes antisépticos destruyen la carga microbiana transitoria, previniendo la colonización de superficies biológicas y asépticas.

A pesar del robusto consenso científico y de la existencia de marcos normativos de carácter vinculante, la traducción de la teoría a la práctica clínica cotidiana enfrenta barreras complejas de comportamiento organizacional. En el contexto local del Hospital de Baranoa, en el departamento del Atlántico, Colombia, se presenta un fenómeno contradictorio. Si bien la institución reporta coberturas casi totales en capacitaciones obligatorias de bioseguridad y asegura un abastecimiento continuo de insumos básicos como jabón y alcohol glicerinado, en la práctica cotidiana del servicio de urgencias se perciben marcadas inconsistencias operativas (Acosta Padilla et al., 2025). Urgencias representa un entorno de alta presión asistencial, donde el flujo constante de pacientes y la inmediatez de los procedimientos críticos suelen desplazar la priorización de los protocolos preventivos, generando una brecha tangible entre lo que el profesional sabe que debe hacer y lo que realmente ejecuta en la cabecera del enfermo.

Bajo este escenario de vulnerabilidad asistencial, el objetivo de este artículo es describir y contrastar el estado del conocimiento teórico frente a la ejecución práctica real de la higiene de manos en el personal del servicio de urgencias del Hospital de Baranoa. A través de este contraste, se busca identificar las barreras socioculturales, cognitivas y situacionales que impiden un comportamiento seguro y sistemático, aportando evidencia científica local orientada al codiseño de intervenciones institucionales efectivas que mitiguen el impacto de las IAAS en la región.

METODOLOGÍA

Diseño y enfoque de investigación

La presente investigación se cimentó bajo un enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo y un diseño de corte transversal. El enfoque cuantitativo facilitó la recolección, codificación y el análisis estadístico de variables numéricas orientadas a medir el nivel de conocimientos teóricos y el porcentaje de cumplimiento percibido en torno a las prácticas de bioseguridad. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), los estudios de alcance descriptivo buscan especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos o comunidades sometidos a un análisis formal. En este sentido, el diseño transversal permitió la recolección de los datos en un único momento temporal con el fin de retratar de manera fidedigna la situación actual del entorno hospitalario (Arias-Gómez et al., 2016).

Población y muestra

La población de estudio estuvo constituida por los actores asistenciales y usuarios del servicio de urgencias del Hospital de Baranoa, Colombia. Debido a las limitaciones operacionales del entorno hospitalario de emergencias, se implementó un muestreo no probabilístico por conveniencia, una estrategia óptima para entornos clínicos donde el flujo de sujetos está sujeto a dinámicas impredecibles (Otzen y Manterola, 2017). La muestra definitiva quedó conformada por dos grupos claramente diferenciados: por un lado, 27 profesionales sanitarios con roles activos en la atención inmediata (médicos generales, profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería); por otro lado, se incluyeron 85 pacientes que fueron atendidos en los cubículos de observación y salas de espera de dicho servicio durante el periodo de evaluación.

Instrumentos de recolección de datos

Para la obtención de los datos primarios se desarrollaron y validaron dos cuestionarios estructurados independientes de autorreporte. El primero de ellos, administrado exclusivamente al personal de salud, constó de reactivos cerrados tipo escala de Likert y preguntas de opción múltiple diseñadas para evaluar tres dimensiones clave: los antecedentes de capacitación institucional, el grado de dominio conceptual sobre la estrategia de los "Cinco Momentos de Higiene de Manos" de la OMS y las principales barreras situacionales percibidas en la práctica. El segundo instrumento consistió en una encuesta de percepción y observación indirecta dirigida a los 85 pacientes atendidos, orientada a capturar la visibilidad real del lavado de manos por parte del personal clínico antes del inicio de cualquier procedimiento invasivo o de exploración. La consistencia y confiabilidad de estos instrumentos se respaldan en los principios de psicometría aplicados a la evaluación de la práctica clínica (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019).

Consideraciones éticas

El diseño e implementación de este protocolo de investigación se rigió estrictamente por las normativas éticas nacionales e internacionales vigentes. Atendiendo al artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, este estudio fue catalogado como una "investigación sin riesgo", dado que se emplearon técnicas retrospectivas y de cuestionario que no intervienen ni modifican las variables biológicas, psicológicas o sociales de los sujetos participantes. De igual forma, el estudio adoptó fielmente las pautas éticas plasmadas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA, 2013). Todos los participantes —tanto profesionales como pacientes— firmaron de manera voluntaria un consentimiento

informado tras ser instruidos detalladamente sobre el alcance, propósitos y naturaleza del proyecto. Se garantizó de manera absoluta el anonimato de las respuestas y la estricta confidencialidad de la información recolectada mediante la codificación digitalizada de los datos, resguardando la identidad del personal evaluado y previniendo cualquier tipo de sesgo o represalia laboral.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico y laboral del personal de urgencias

El análisis de las variables demográficas y de caracterización laboral del talento humano adscrito al servicio de urgencias del Hospital de Baranoa desveló una distribución marcadamente feminizada y operativa. Con respecto al género, se identificó un claro predominio del sexo femenino, el cual representó el 66% de la muestra evaluada, una tendencia que coincide con la distribución histórica de la fuerza laboral sanitaria en la región (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023). Al desglosar los perfiles según el rol profesional, el estrato con mayor representatividad correspondió a los auxiliares de enfermería con un 44%, seguidos en orden jerárquico por el cuerpo de médicos generales con un 33% y, finalmente, por los profesionales de enfermería con un 22%. En lo concerniente a la distribución de la carga asistencial por jornadas temporales, el mayor volumen de flujo de atención y concentración de actividades clínicas se ubicó en el turno de la tarde, acumulando un notable 63% de la operatividad global.

El "Techo" del conocimiento teórico del personal sanitario

Al evaluar la dimensión cognitiva y de autoidentificación del cumplimiento, las métricas alcanzaron niveles óptimos, configurando un "techo" de desempeño teórico formal. El 96% de los profesionales de la salud encuestados reportó haber recibido capacitaciones institucionales orientadas a la prevención de IAAS durante el último año calendario. Como reflejo directo de este esfuerzo educativo, el 92% de la muestra afirmó conocer con exactitud metodológica los "Cinco Momentos de Higiene de Manos" promovidos internacionalmente por la OMS. En el plano de la autopercepción de cumplimiento e infraestructura disponible, el 100% del personal aseguró disponer de insumos básicos (como jabón antiséptico, toallas desechables y alcohol glicerinado) en sus estaciones de trabajo, y paralelamente sostuvo que cumple siempre y de manera irrestricta con las pautas de higiene. Adicionalmente, el 88%

manifestó no enfrentar ninguna barrera física u organizativa para el lavado clínico; no obstante, un segmento crítico equivalente al 11.1% señaló explícitamente la "falta de tiempo" como un limitante derivado de la acelerada dinámica del servicio. Este patrón auto-declarativo suele verse influenciado por el sesgo de deseabilidad social en encuestas aplicadas a trabajadores hospitalarios (Gould et al., 2020).

El "Suelo" de la adherencia práctica desde la perspectiva del paciente

El contraste empírico de la investigación emergió al analizar los datos provistos desde la perspectiva de los usuarios del servicio, revelando el "suelo" real de la adherencia a través de una brecha de observación y de gestión del entorno. A pesar del óptimo autoreporte del personal, la brecha de observación directa fue contundente: solo el 61% de los 85 pacientes encuestados evidenció fehacientemente que el profesional de la salud realizara la fricción o lavado de manos antes de iniciar el procedimiento clínico o examen físico (Momento 1). Aunado a esto, se detectaron fallas estructurales en la comunicación bidireccional y la promoción de la bioseguridad, ya que el 57% de los usuarios manifestó no haber recibido ningún tipo de información folletinesca o consejería educativa sobre control de infecciones durante su estancia en urgencias. Finalmente, se identificó una grave brecha de infraestructura orientada al usuario: un alarmante 83% de los pacientes reportó la inexistencia o inaccesibilidad absoluta a dispensadores de alcohol glicerinado o jabón dentro de sus cubículos de observación o salas de espera comunes, limitando su rol como agentes activos en la coproducción de la seguridad intrahospitalaria (World Health Organization [WHO], 2023).

DISCUSIÓN

La discrepancia hallada entre la autopercepción del personal de salud y la observación reportada por los usuarios del Hospital de Baranoa revela un fenómeno crítico en la seguridad del paciente: la brecha teórico-práctica. Mientras que el 100% de los profesionales de urgencias asegura cumplir de forma irrestricta con el lavado de manos, la evaluación indirecta por parte de los pacientes desmitifica esta cifra al evidenciar un 39% de omisión en las prácticas clínicas basales. Este patrón auto-declarativo excesivamente optimista se encuentra documentada en la literatura médica como el sesgo de deseabilidad social, donde el personal tiende a responder de acuerdo con la norma institucional esperada y no según su comportamiento real (Erasmus et al., 2020). Este sesgo genera una "falsa seguridad" dentro de la organización, ocultando

fallas latentes en el primer y más crucial de los pasos: la higiene de manos antes del contacto directo con el paciente (Momento 1).

Esta desconexión entre el saber conceptual y el hacer práctico se exacerba debido a las demandas del entorno laboral. El hecho de que un 11.1% del personal sanitario aluda a la "falta de tiempo" pone de manifiesto la tensión constante entre la carga laboral y la seguridad asistencial. El servicio de urgencias constituye un ecosistema de alta criticidad, caracterizado por el hacinamiento, interrupciones frecuentes y la inmediatez de procedimientos donde la velocidad de atención compite directamente con el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad. De acuerdo con lo planteado por Subcent et al. (2021), la optimización del tiempo bajo escenarios estresantes suele traducirse en la simplificación u omisión involuntaria de conductas preventivas. Sin embargo, la sobrecarga laboral no justifica el riesgo biológico, obligando a replantear la necesidad de rediseñar los flujos de trabajo e introducir tecnologías como las soluciones alcohólicas de bolsillo para facilitar el acceso inmediato.

Por otra parte, los resultados realzan el rol del paciente como un observador crítico y un agente validador del sistema. Un contundente 90% de los usuarios hospitalizados comprende que la higiene de manos es el mecanismo principal para prevenir infecciones, lo que les dota de una alta capacidad de escrutinio. Al contrastar el 61% de adherencia observado en este estudio con la literatura internacional, se aprecia un panorama complejo. Autores de referencia como Allegranzi y Pittet (2009) sitúan las tasas reales de adherencia en países en vías de desarrollo en rangos extremadamente bajos, que oscilan entre el 20% y el 50%. Aunque el Hospital de Baranoa se posiciona ligeramente por encima de estos promedios históricos, el margen de omisión sigue siendo inaceptable en un servicio de urgencias. La visibilidad del acto de lavado frente al paciente no solo reduce el riesgo microbiológico, sino que actúa como un pilar psicológico que incrementa la confianza del usuario y humaniza la atención (Seale et al., 2022).

Finalmente, es imperativo reconocer las limitaciones metodológicas de esta investigación. El empleo de un muestreo no probabilístico por conveniencia circunscribe los hallazgos a la dinámica particular del Hospital de Baranoa, impidiendo la generalización absoluta de los datos. Asimismo, la ausencia de un diseño de observación directa oculta (como evaluadores ciegos o la metodología del "comprador misterioso") restringió la contrastación a la memoria del paciente, lo que podría acarrear sesgos de recuerdo. Pese a estas limitaciones, el estudio aporta un diagnóstico local valioso que demuestra que capacitar al personal es insuficiente si no se transforman las realidades operativas y actitudinales en la cabecera del enfermo.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación permiten concluir de manera contundente que la adquisición de conocimiento teórico y el cumplimiento de capacitaciones técnicas obligatorias no se traducen de forma automática ni lineal en una adherencia práctica perfecta en el entorno asistencial. A pesar de que el personal de urgencias del Hospital de Baranoa reporta niveles óptimos de instrucción y una percepción absoluta de cumplimiento, el contraste con la realidad percibida por los usuarios evidencia una notable desconexión operativa entre el saber conceptual y la ejecución rutinaria de la bioseguridad en la cabecera del enfermo.

De forma específica, se identifica una oportunidad de mejora robusta y prioritaria en torno al "Momento 1" establecido por la OMS (antes del contacto directo con el paciente), el cual registra el mayor índice de omisión. Asimismo, existe una deficiencia crítica en la infraestructura destinada a los usuarios, dada la marcada escasez de insumos higiénicos accesibles en las áreas de tránsito y observación, lo que limita su capacidad de resguardo microbiológico.

Para mitigar esta vulnerabilidad, el hospital requiere migrar con urgencia de un modelo tradicional de capacitación pasiva y meramente memorística hacia estrategias formativas dinámicas y participativas. Esto implica la instalación estratégica de señaléticas visuales disruptivas, la ejecución de talleres prácticos in situ directamente en el servicio de urgencias y, fundamentalmente, el diseño de programas institucionales de corresponsabilidad. Dichos programas deben orientarse a empoderar activamente al paciente, transformándolo en un auditor legítimo con la confianza y el derecho de exigir la correcta higiene de manos a sus cuidadores, consolidando así una cultura auténtica de seguridad hospitalaria.

REFERENCIAS

Acosta Padilla, A. M., Diz De La Hoz, A. C., & Manjarres Algarín, N. C. (2025). *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* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD]. Repositorio Institucional UNAD.

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.2009.04.010

Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Miranda-Novales, M. G. (2016). El protocolo de investigación III: el diseño de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-213. https://doi.org/10.29262/ram.v63i2.163

Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., Richardus, J. H., Behrendt, M. D., Vos, M. C., & van Beeck, E. F. (2020). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. I*nfection Control & Hospital Epidemiology*, 31(3), 283-294. https://doi.org/10.1086/650451

Gould, D. J., Purssell, E., Drey, N., & Chudleigh, J. (2020). The fabled 'Hawthorne effect' in hand hygiene surveillance: A systematic review of the literature. *Journal of Hospital Infection*, 105(4), 608-615. https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.032

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.

Instituto Nacional de Salud (INS). (2024). *Informe de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud* (IAAS). Dirección de Vigilancia y Análisis de Riesgo en Salud Pública. https://www.ins.gov.co/

Méndez Rodríguez, A., & cols. (2012). Frecuencia de bacterias patógenas en manos del personal de salud y su relación con el lavado de manos clínico. *Revista de Enfermería Institucional*, 14(2), 45-52.

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.* Bogotá, Colombia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Programa Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud* (IAAS). Minsalud. https://www.minsalud.gov.co/

Muñiz, J., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *La situación de la enfermería*

en la Región de las Américas: Análisis de indicadores clave. OPS. https://doi.org/10.37757/OPS.2023.89

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology,* 35(1), 227-232. https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037

Seale, H., Chughtai, A. A., & Kaur, R. (2022). Empowering patients to ask healthcare workers to wash their hands: A review of the literature and future directions. *Patient Education and Counseling*, 105(8), 2689-2696. https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.021

Subcent, M., Martinez, L., & Giraldo, F. (2021). Factores humanos y carga de trabajo: El dilema de la bioseguridad en las salas de emergencias latinoamericanas. *Revista de Calidad Asistencial,* 36(2), 112-120. https://doi.org/10.1016/j.cali.2020.09.002

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 incidence 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 (WHO). (2009). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care.* WHO Press. https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906

World Health Organization (WHO). (2022). *Global report on infection prevention and control*. WHO Press. https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164

World Health Organization (WHO). (2023). *WHO framework for patient engagement in medication safety: Global implementation tools*. WHO Press. https://www.who.int/publications/i/item/9789240078345

World Medical Association (WMA). (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053