

	GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS		CÓDIGO	FO-GS-15
			VERSIÓN	02
	ESQUEMA HOJA DE RESUMEN		FECHA	03/04/2017
			PÁGINA	1 de 1
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ		
Jefe División de Biblioteca	Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad		

## RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES): NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS

NOMBRE(S) MARYLYN ANDREA APELLIDOS: JIMÉNEZ ARISTA

FACULTAD: CIENCIAS DE LA SALUD

PLAN DE ESTUDIOS: ENFERMERÍA

DIRECTOR:

NOMBRE(S): MÓNICA APELLIDOS: PEÑALOZA GARCÍA

TÍTULO DEL TRABAJO (PASANTÍAS): ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2023.

La medición de la adherencia a la higiene de las manos es elemental para demostrar mejoras, tanto en el ámbito institucional como nacional. A pesar de los innumerables esfuerzos para mejorar y difundir esta práctica, la importancia de este sencillo procedimiento no ha sido suficientemente reconocida por los trabajadores de la salud; De ahí que, se ve reflejado en la baja adherencia a la higiene de las manos. Así mismo, el estudio se basa en medir la adherencia a la higiene de manos en el personal de salud de 14 servicios críticos y semicríticos de la Clínica Medical Duarte según los cinco momentos de la OMS, mediante observación encubierta y diligenciamiento del formulario de observación de la OMS, el cual se adaptó como herramienta digital. También se describirán los factores asociados a no adherencia a la higiene de las manos, identificados durante la observación, posteriormente se plantearán tres acciones de mejora de acuerdo con los resultados obtenidos en la medición, dando pie a futuras investigaciones.

PALABRAS CLAVES: (ESCRIBIR MÁXIMO 5)

-Higiene de manos. -Adherencia. -Cinco momentos. -Categoría profesional. -Observación encubierta.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 140

PLANOS: NO

ILUSTRACIONES: 57.

CD ROOM: NO

**ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL PERSONAL DE  
SALUD DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE  
DE 2023**

**MARYLYN ANDREA JIMÉNEZ ARISTA**

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
SAN JOSE DE CUCUTA  
AÑO 2023**

**ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL PERSONAL DE  
SALUD DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE  
DE 2023**

**MARYLYN ANDREA JIMÉNEZ ARISTA**

**PROYECTO DE EXTENSIÓN MODALIDAD PASANTÍA PARA  
OPTAR AL TÍTULO DE ENFERMERA PROFESIONAL**

**DIRECTORA**

**MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA**

**ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**SAN JOSE DE CUCUTA**

**AÑO 2023**



**ACTA DE SUSTENTACION N° 05**

**PROYECTO DE GRADO MODALIDAD PASANTÍA**

**FECHA:** SAN JOSE DE CUCUTA, 23 DE JUNIO DE 2023 **HORA:** 5:00 P.M.

**LUGAR:** FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD-SALÓN 204- BLOQUE C

**PROGRAMA DE:** ENFERMERÍA

**TITULO DEL PROYECTO DE PASANTÍA:** "ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA CLINICA MEDICAL DUARTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2023."

**JURADOS:** MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA  
LUZ ANGÉLICA GAITAN  
GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL

**DIRECTOR:** MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA

<b>NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES:</b>	<b>CODIGO</b>	<b>NOTA</b>	<b>CALIFICACION (A) (M) (L)</b>
<u>MARYLYN ANDREA JIMÉNEZ</u>	<u>1801078</u>	<u>4.8</u>	<u>X</u>

**FIRMA**  
  
MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA  
Jurado 1

LUZ ANGÉLICA GAITAN  
Jurado 2

GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL  
Jurado 3

Vo. Bo. GLORIA OMAIRA BAUTISTA ESPINEL  
Directora Programa Enfermería

## **Dedicatoria**

A mi Señor Jesús quien fue, es y seguirá siendo mi luz en el camino.

A mis padres por la valentía de luchar cada día por ver sus sueños realizados en mí.

A mi amigo y psicólogo quien creyó desde el inicio hasta el final en mí y me alentaba cada madrugada con su oración.

A mi pastor por su fe y convicción inamovible de verme como una enfermera profesional al servicio de Dios.

## **Agradecimientos**

En primer lugar, le agradezco a Dios por su inmensa gracia y amor, pues por su sabiduría y poder fue posible realizar este trabajo, ¡esa gracia inmerecida que me ha ayudado y confortado en este largo viaje donde finalmente puedo decir; lo logramos mi Señor!

Agradezco a mis padres por el apoyo, la confianza y la fuerza que me han brindado para continuar y no desmallar.

A mi directora, infinitas gracias por ser ese motor de esperanza y una excelente guía, definitivamente la mentora que todo estudiante anhelaría tener.

A mi jefe supervisora, un enorme sentido de gratitud por su entrega y dedicación en este proceso, por su paciencia y espíritu para enseñar y transmitir de su conocimiento y experiencia.

Por último, extiendo mi agradecimiento a cada uno de los docentes que hicieron parte importante en mi carrera profesional, a mi alma mater por cada espacio y oportunidad otorgada en pro de forjar más que profesionales, personas de calidad.

## Tabla de Contenido

1. TÍTULO	14
2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	14
3. JUSTIFICACIÓN	27
4. RESULTADOS ESPERADOS Y POTENCIALES A DESARROLLAR	29
5. OBJETIVOS	37
5.1 OBJETIVO GENERAL	37
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
6. REFERENTES TEÓRICOS	38
6.1 ANTECEDENTES	38
6.2 MARCO CONCEPTUAL	44
6.3 MARCO CONTEXTUAL	53
6.3.1 UBICACIÓN	53
6.3.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	53
6.4 MARCO LEGAL	57
7. PRESENTACIÓN RESULTADOS DEL PROYECTO DESARROLLADO	67
8. PLAN OPERATIVO CON RESULTADOS	123
8.1 CRONOGRAMA DESARROLLADO	130
8.2 PRESUPUESTO EJECUTADO	132

## **Lista de tablas**

Tabla 1. Generación de nuevo conocimiento

Tabla 2. Fortalecimiento de la comunidad científica

Tabla 3. Apropiación social del conocimiento

Tabla 4. Impactos esperados

Tabla 5. Resultados del proyecto por objetivo

Tabla 6. Resultados del proyecto por objetivo

Tabla 7. Distribución porcentual de profesionales sanitarios según adherencia a la higiene de las manos por servicios observados

Tabla 8. Distribución porcentual de profesionales sanitarios según categoría profesional

Tabla 9. Distribución porcentual de profesionales sanitarios según momento de indicación para la higiene de las manos

Tabla 10. Resultados del proyecto por objetivo

Tabla 11. Lista de factores asociados a no adherencia a la higiene de las manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte

Tabla 12. Resultados del proyecto por objetivo

Tabla 13. Plan operativo con resultados

Tabla 14. Presupuesto ejecutado en la pasantía

## **Lista de figuras**

Figura 1. Logo Clínica Medical Duarte

Figura 2. Fuente propia

Figura 3. Fuente propia

Figura 4. Fuente propia

Figura 5. Fuente propia

Figura 6. Fuente propia

Figura 7. Fuente propia

Figura 8. Fuente propia

Figura 9. Fuente propia

Figura 10. Fuente propia

Figura 11. Fuente propia

Figura 12. Fuente propia

Figura 13. Fuente propia

Figura 14. Fuente propia

Figura 15. Fuente propia

Figura 16. Fuente propia

Figura 17. Fuente propia

Figura 18. Fuente propia

Figura 19. Fuente propia

Figura 20. Fuente propia

Figura 21. Fuente propia

Figura 22. Fuente propia

Figura 23. Fuente propia

Figura 24. Fuente propia

Figura 25. Fuente propia

Figura 26. Fuente propia

Figura 27. Fuente propia

Figura 28. Fuente propia

Figura 29. Fuente propia

Figura 30. Fuente propia

Figura 31. Fuente propia

Figura 32. Fuente propia

Figura 33. Fuente propia

Figura 34. Fuente propia

Figura 35. Fuente propia

Figura 36. Fuente propia

Figura 37. Fuente propia

Figura 38. Fuente propia

Figura 39. Fuente propia

Figura 40. Fuente propia

Figura 41. Fuente propia

Figura 42. Fuente propia

Figura 43. Fuente propia

Figura 44. Fuente propia

Figura 45. Fuente propia

Figura 46. Fuente propia

Figura 47. Fuente propia

Figura 48. Fuente propia

Figura 49. Fuente propia

Figura 50. Fuente propia

Figura 51. Fuente propia

Figura 52. Fuente propia

Figura 53. Fuente propia

Figura 54. Fuente propia

Figura 55. Fuente propia

Figura 56. Fuente propia

Figura 57. Fuente propia

## **Lista de anexos**

Anexo 1. Acta de sustentación

Anexo 2. Acta de entregables

## **1. TÍTULO**

Adherencia a la higiene de manos en el personal de salud de la Clínica Medical Duarte durante el primer semestre de 2023.

## **2. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

En los inicios de la práctica de la medicina, el lavado de manos no siempre estuvo relacionado con el cuidado de los enfermos. El desconocimiento de las formas de transmisión de las enfermedades, microorganismos y la importancia de la higiene como una medida profiláctica en la prevención de las enfermedades infecciosas convertía a la atención médica en una práctica insalubre en sí misma. (Sánchez, Mora, Gónzales, Torres, Marrero, Cambil, 2021, págs. 845-851)

Los registros publicados sobre los enfermos y fallecidos en los hospitales de la Europa medieval, constatan que debido a las precarias condiciones higiénicas reinantes y al hacinamiento, las tasas de mortalidad presentes eran alarmantes, es por eso que los hospitales se ganaron el sobrenombre de casas de la peste, al hacer referencia a la epidemia de peste que asoló diversos países de Europa y Asia, de la cual pocos enfermos escaparon con vida. (Sánchez, et al, págs. 845-851)

En tal sentido, una de los primeros vínculos entre la higiene de las manos y la salud data a partir del siglo XIX, cuando Oliver Holmes analizó que las manos de los médicos eran la fuente de transmisión de gérmenes lo que ocasiona la fiebre puerperal. Años después, Philip Semmelweis, demostró que las "partículas cadavéricas" transmitidas por las manos de los trabajadores sanitarios causaban la propagación de enfermedades en el hospital. Su intervención promovió la higiene de las manos mediante la aplicación de una solución de cal clorada antes del parto, y su implementación condujo a una reducción drástica de la mortalidad materna. (Barbosa & Vanegas, 2022)

Paralelo a esto, en el contexto de la Enfermería, "Florence Nightingale se caracteriza como impulsora de este proceso" (Coelho, Silva, & Faria, 2011), pues a inicios de noviembre de 1854, durante la Guerra de Crimea, "Nightingale, fue reformando el sistema hospitalario. Bajo condiciones indignas con soldados depositados sobre el suelo y con operaciones poco higiénicas, con una probabilidad siete veces mayor de morir en el centro de salud que en el frente de batalla" (Young, Hortis, Chambi, & Finn, 2011, págs. 807-813), "Florence implementó el lavado de manos y otras prácticas de higiene en los hospitales del ejército británico" (Bates, s.f.), reduciendo la tasa infecciones en los heridos por el conflicto armado.

Mientras estuvo en Turquía, recolectó datos y organizó un sistema para llevar registro; esta información fue usada después como herramienta para mejorar los hospitales militares y de las ciudades. Sus conocimientos matemáticos se volvieron evidentes cuando usó los datos que había recolectado para calcular la tasa de mortalidad en el hospital. Estos cálculos demostraron que una mejora en los métodos sanitarios empleados, produciría una disminución en el número de muertes. Para febrero de 1855 la tasa de mortalidad había caído de 60% al 42,7%. Mediante el establecimiento de una

fuentes de agua potable, así como usando su propio dinero para comprar fruta, vegetales y equipamiento hospitalario, para la primavera siguiente la tasa había decrecido otro 2,2% (Bates, s.f.)

El interés de Florence Nightingale por la higiene durante la guerra de Crimea, así como la importancia que dio al papel de la enfermera en la organización del entorno, se debe en gran medida a su forma de entender las causas de la enfermedad. Para Florence, Dios había creado la enfermedad de los miasmas (que sostenía que la enfermedad surgía espontáneamente en los espacios sucios y cerrados), para que el hombre pudiera conocer sus causas a través de la observación y prevenir así su reaparición mediante la organización del entorno. Creía, por consiguiente, que las enfermeras, al encargarse de la higiene, tenían una oportunidad única para progresar espiritualmente, para descubrir la naturaleza de Dios mediante el aprendizaje de sus “leyes de la salud”. (Atewell, 2010)

De esta manera, la higiene se conoce como un elemento fundamental de la teoría del entorno de Nightingale. Refiriéndose específicamente al paciente, la enfermera y al entorno físico, ella observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropa de cama) era una fuente de infección por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuada de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno (Sánchez, et al, 2021, págs. 845-851). Por lo que, en su libro de notas sobre enfermería sostiene la importancia del lavado de manos, la limpieza de los hospitales y la instrucción de enfermeros profesionales. También abogaba a favor de la limpieza de los hogares como un factor importante para prevenir contagios. (Burgos, 2020)

Dentro de esta perspectiva, “Nightingale defendía que cuando se instalan las enfermedades causaban la rotura de la dermis y consecuentemente se hacía puerta de entrada para microorganismos” (Naranjo, Echemendía, Rodríguez, & Perez, 2020).

Hoy en día, las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) continúan siendo “uno de los mayores problemas para la seguridad del paciente” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), “son las adquiridas durante la estancia hospitalaria que no estaban presentes en el periodo de incubación al momento del ingreso del paciente. Las IAAS han sido considerados un evento de alto impacto en salud pública, debido a la frecuencia con que se generan” (Ocampo & Lemus, 2020, pág. 95), pues,

afectan directamente la calidad en la prestación de servicios y causan una gran carga económica a las instituciones prestadoras de servicios de salud por el aumento de la estancia hospitalaria, re-intervenciones, consumo de antimicrobianos y para los pacientes discapacidad a largo plazo, mortalidad evitable, entre otros. (Ministerio de Salud y Protección Social)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de infecciones asociadas a la atención en salud en países desarrollados o de ingreso alto se sitúa en 7,6 infecciones por cada 100 pacientes, cifra que asciende a 15,5 por cada 100 pacientes en los países subdesarrollados o de ingreso medio- bajo. (Herrera, 2020, pág. 3) “En promedio, 1 de cada 10 pacientes afectados fallecerá en los próximos años por una infección asociada a la atención en salud” (Organización Mundial de la Salud, 2022).

En Europa, según datos del European Centre for Disease Prevention and Control, la prevalencia tiene un promedio de 7,1% con un rango entre 3,5-10,5%. Esto se traduce en

4 millones de pacientes infectados y 40.000 muertes directas atribuibles a las infecciones asociadas a la atención en salud. (Herrera, 2020, pág. 3)

En el 2008, la Asociación de Clínicas y Hospitales de Colombia hizo una encuesta para estimar la prevalencia de las infecciones hospitalarias y su manejo por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuyos resultados evidenciaron que el comportamiento de dichas infecciones en los hospitales de tercer nivel es similar al reportado en la literatura especializada. Se sabe también que su frecuencia aumenta con el nivel de complejidad, principalmente por la exposición a una hospitalización prolongada y al mayor número de procedimientos invasivos, entre otros aspectos. En cuanto al costo, solo dos instituciones aportaron datos relacionados con esa variable e informaron que el promedio de los costos generados por el manejo de dichas infecciones en ese año fue de COP \$6'000.000 a COP \$10'000.000, y que los costos adicionales derivados de medicamentos e insumos eran de COP \$2'300.000 en promedio. Estos resultados dejan ver las dificultades existentes para calcular los costos del manejo de las infecciones, entre ellas, la falta de información y de sistemas adecuados para manejarla y el déficit de personal debidamente entrenado para la aplicación de los protocolos ideados para hacer estas mediciones. (Ortiz, Pineda, Dennis, & Porras, 2019, pág. 103)

En un estudio realizado en un hospital de Colombia entre enero de 2011 y diciembre de 2015, acerca de los costos de atención de las infecciones asociadas a la atención en salud, la mediana del costo del tratamiento y manejo de las infecciones asociadas con la atención en salud fue de COP \$1'190.879. El tratamiento antibiótico representó el 41 % del valor total, seguido de los exámenes de laboratorio, con el 13,5 %. En general, los costos del manejo de todas las infecciones tienen un comportamiento similar: los

antibióticos tienen el mayor peso del costo total, seguido de los exámenes de laboratorio. (Ortiz, et al, 2019, pág. 106)

“En el Estudio de Prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica – IBEAS – “La Infección nosocomial” fue el evento más frecuente con el 37,14%. En concordancia, el resultado para Colombia ubicó la Infección en primer lugar” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018); según el boletín epidemiológico semanal emitido por el Instituto nacional de salud, en el 2021,

el cual, fue el año con mayor notificación de brotes de IAAS, en el país se notificaron 157 brotes de IAAS, con 1042 casos de pacientes afectados, de estos el 83,8% se clasificaron como infectados y 16,2% como colonizados, registrando una tasa de mortalidad del 38,6%. (Instituto Nacional de Salud, 2022, pág. 2)

Según el análisis de hipótesis de contagio en los brotes, realizado por el boletín epidemiológico, el 60,6% de los brotes de IAAS se relacionan con contaminación cruzada por fallas en higiene de manos, en procesos de limpieza y desinfección de áreas o superficies y en procesos de aislamiento y cohortización de pacientes. (Instituto Nacional de Salud, pág. 3)

En varias investigaciones se ha demostrado que “las IAAS son prevenibles mediante la generación de programas de prevención, vigilancia y control, y de implementación de acciones básicas tales como la higiene de manos, aislamiento hospitalario, entre otras” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

“Entre las acciones para luchar contra las IAAS, la higiene de las manos, es decir, cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos mediante fricción con un preparado de

base alcohólica o lavado con agua y jabón” (Arriba Fernández, Molina, & Serra, 2021, pág. 214-219) , es considerada por la OMS como la piedra angular y una de las “estrategias más costo-efectiva para disminuir las infecciones asociadas a la atención sanitaria en el entorno hospitalario” (Rendón Alvarez, 2020), ya que, la mayor parte de estas “son transmitidas por contacto directo, especialmente por las manos de los trabajadores de la salud” (Arriba Fernández, et al, págs. 214-219).

Es lógico afirmar “la formación técnica y base teórica sobre la importancia de la higiene de las manos durante las atenciones” (Saldarriaga, Barreto, & Córdova, 2016, págs. 42-54) que el talento humano en salud tiene, también, “el conocimiento de la transmisión de microorganismos por las manos, las cuales causan diversas infecciones, así como, que la higiene de las manos es una técnica básica en la atención al paciente” (Saldarriaga, et al, págs. 42-54); no obstante, “todavía esta práctica no es realizada por la mayoría de los trabajadores de la salud en sus actividades asistenciales cotidianas” (Saldarriaga, et al, págs. 42-54).

Es por esto que numerosos organismos de salud han trabajado en pro de la higiene de las manos.

Una de las principales contribuciones ha sido la de la OMS quien lanzó en el 2005 el primer desafío mundial para la seguridad del paciente uno de sus principales objetivos fue la promoción de prácticas de higiene de manos en el entorno de atención de la salud “Una atención limpia es una atención más segura”. Para el 2009 amplía la temática y la denomina “Salva Vidas, lávate las manos” con indicaciones para la higiene de manos entre lo que se destaca “Tus cinco momentos para la higiene de las manos” esto con el propósito de promover la higiene de manos en las instituciones que prestan servicios de

salud (Barbosa & Vanegas, 2022), por otro lado La Joint Commission, promueve campañas de higiene de las manos que defienden una atención sanitaria segura y de alta calidad, “como parte de una de las campañas Speak Up (“¡Habla!”), estimulan a los pacientes a recordarles a los trabajadores de la salud que se higienicen las manos antes de atenderlos”. (Molina Águila & Oquendo de la Cruz, 2020)

“La higiene de las manos, a pesar de ser un importante procedimiento a realizar, es una práctica con deficiente adherencia entre los trabajadores de la salud y su incumplimiento se ha puesto de manifiesto en diversos estudios”. (Herrera Travieso, 2020)

Para la Joint Commission, la adherencia es el punto en el cual las conductas se relacionan con las guías o recomendaciones establecidas por consenso. Este término ha sido adoptado por muchas instituciones como una alternativa a la palabra “cumplimiento”, buscando enfatizar que las personas son libres para decidir si adoptan o no la conducta recomendada. (Saldarriaga, et al, 2016, págs. 42-54)

La medición de la adherencia a la higiene de las manos es elemental para demostrar mejoras, tanto en el ámbito institucional como nacional. A pesar de los innumerables esfuerzos para mejorar y difundir esta práctica, la importancia de este sencillo procedimiento no ha sido suficientemente reconocida por los trabajadores de la salud. (Saldarriaga, et al, 2016, págs. 42-54)

De ahí que, se ve reflejado en la baja adherencia a la higiene de las manos, siendo varias las barreras identificadas: irritación producida por los productos y/o la técnica de higiene, inaccesibilidad a los productos, prioridad en atender al paciente antes que, en la antisepsia, uso de guantes en vez de antisepsia, olvido, desconocimiento de las

recomendaciones, falta de tiempo, alta carga asistencial o falta de información respecto al impacto de la higiene en el control de las IAAS. (Rendón Alvarez, 2020)

“El criterio para categorizar la adherencia según la OMS es de la siguiente forma: 0% a 50% como no adherencia y del 51% al 100% adherencia” (Ocampo Gómez & Lemus Narváez , 2020, págs. 93-106), a partir de esto, el programa de prevención y control de las IAAS de cada institución de salud de acuerdo a su

enfoque específico, establece, con respecto a su criterio, una meta o tasa estándar de adherencia a la higiene de las manos, de modo que, hay variabilidad en la evaluación del “cumplimiento”, por lo tanto, dificulta la comparación de las tasas de cumplimiento entre instituciones. (Murthy & Grein, 2018) “Para autores como Llapa-Rodríguez, la adherencia a la higiene de manos en el mundo está alrededor de 55-89%” (Rendón Alvarez, 2020).

Según datos obtenidos en un hospital de alta complejidad en la ciudad de Medellín, las infecciones asociadas al cuidado de la salud son el evento adverso más reportado, ocupando casi el 40% de estos. La proporción de adherencia a la higiene de manos llega tan solo al 66.7%. (Rendón Alvarez, 2020)

En un acercamiento con la coordinadora de prevención y control de infecciones de la Clínica Medical Duarte, quien es la persona encargada y la referente en el proceso de la higiene de las manos en la institución, se hace alusión sobre la meta de adherencia a alcanzar en la institución, la cual corresponde al 85%, así mismo se menciona que la tasa de adherencia a la higiene de las manos en el personal de salud de la Clínica, en relación con la fricción de manos, después de los años de la pandemia por Covid 19 disminuyó a un 51%, y con respecto al lavado

de manos, la tasa de cumplimiento no supera el 60%, “siendo un resultado bastante preocupante si se tiene en cuenta que las manos son el principal medio para transportar los microorganismos de una superficie a otra, de un paciente a otro, de un paciente a una superficie o viceversa” (Rendón Alvarez, 2020).

“La medición de la adherencia a la higiene de las manos por parte de los profesionales es una práctica recomendada por la Organización Mundial de la Salud” (Arriba Fernández, et al, 2021, págs. 214-219), “la guía de higiene de manos de 2009 hace énfasis en la estandarización de instrumentos para la evaluación de adherencia” (Riveros Pérez , Zambrano, & Amado, 2012, págs. 127-134). Así pues,

la importancia de la higiene de las manos se enfatiza desde los enfoques más actuales de mejora de la calidad de tipo multimodal o de «paquetes» de medidas de intervención para la prevención de infecciones específicas como las bacteriemias o las infecciones urinarias relacionadas con dispositivos, la infección del sitio quirúrgico y la neumonía asociada a la ventilación mecánica. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

El interés de “incorporar una higiene de manos eficaz y efectiva en todos los elementos de la prestación asistencial debe mantener su prominencia en la atención sanitaria” (Organización Mundial de la Salud, 2009), “reduciendo el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección” (Saldarriaga, et al, 2016, págs. 42-54). Dentro de este marco, la Organización Mundial de la Salud ha estipulado el manual técnico de referencia para la higiene de las manos, el cual ha sido desarrollado para “ayudar a los profesionales sanitarios a implementar mejoras en los centros en los que trabajan, basado en la estrategia multimodal” (Organización Mundial de la Salud), denominada “Safes

Lives: Clean your hands.” (Salva Vidas, lávate las manos), “dado a que el 61% de trabajadores sanitarios no se realizan una higiene de manos cuando es necesario” (Ocampo Gómez & Lemus Narváez , 2020, págs. 93-106) .

“La OMS propone el monitoreo de «Mis cinco momentos» para la higiene de las manos mediante la observación directa durante la atención rutinaria del paciente” (Saludbydiaz, 2022), la cual “consiste en prestar atención directamente y registrar las conductas de higiene de manos de los trabajadores de la salud y el entorno físico” (Molina Águila & Oquendo de la Cruz, 2020);

la adherencia debe enfatizar en la identificación de oportunidades en las que está indicada una adecuada higiene de manos, de acuerdo a los cinco momentos o situaciones de riesgo: antes del contacto o atención al paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto o atención al paciente y después del contacto con el entorno del paciente (Riveros Pérez , et al, 2012, págs. 127-134) ( (Rodríguez Villar, et al, 2019, págs. 231-237).

De este modo, la “observación directa permite evaluar las tasas de cumplimiento para todos los momentos de higiene de manos de la OMS, y esto se ha considerado como el estándar de referencia para monitorear el cumplimiento de la higiene de manos” (Saludbydiaz, 2022).

A pesar de que la adherencia al lavado de manos es difícil de evaluar debido al cambio del comportamiento por parte del profesional sanitario que está siendo observado (efecto Hawthorne), la OMS sostiene que esta, es la mejor estrategia para evaluar la adherencia a la higiene de manos de forma fiable. Otras investigaciones proponen, la utilización de observadores encubiertos entrenados, ya que esto, proporciona mejores resultados que

cuando se usan observadores abiertos o conocidos; estudios realizados sustentan que los mejores observadores son los profesionales sanitarios, pues éstos se involucran en las tareas habituales de los profesionales observados promoviendo la adherencia al lavado de manos y hay evidencia de que la participación de estudiantes entrenados como observadores encubiertos puede aportar una visión más objetiva y real de la misma.

(Rodríguez Villar, et al, 2019, págs. 231-237)

La pandemia de COVID-19 y otros importantes brotes epidémicos recientes han puesto de relieve la medida en que los establecimientos de atención de salud pueden contribuir a la propagación de las infecciones, causando daño a los pacientes, los trabajadores de la salud y los visitantes, si se presta una atención insuficiente a la prevención y control de infecciones (PCI). Ahora bien, de un nuevo informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se desprende que, cuando se siguen prácticas adecuadas en materia de higiene de las manos y otras prácticas eficaces en función de costos, el 70% de esas infecciones pueden prevenirse. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

Según lo publicado en el primer informe mundial sobre prevención y control de infecciones, en el año 2022, la OMS a fin de evaluar la situación con respecto a la aplicación de los programas nacionales de prevención y control de infecciones (PCI) realizó y comparó los datos obtenidos de las encuestas mundiales y de las evaluaciones conjuntas con los países realizadas en 2017-2018 y en 2021-2022, encontrando que el porcentaje de países que cuentan con un programa nacional de PCI no ha mejorado y que además en 2021-2022 solo cuatro de los 106 países evaluados (el 3,8%) respetaban todos los requisitos mínimos instaurados a nivel nacional en materia de PCI, de este modo se refleja la inadecuada aplicación de las prácticas de PCI en el lugar de consulta y, según

una encuesta realizada en 2019, tan solo el 15,2% de los establecimientos de salud cumplían todos los requisitos mínimos en materia de PCI. (Organización Mundial de la Salud, 2022)

Sin embargo, según este mismo informe, se han realizado progresos alentadores en algunas esferas, y se observa un aumento significativo del porcentaje de países que cuentan con un coordinador designado en materia de PCI, un presupuesto específicamente destinado a esta cuestión y un programa de formación para los trabajadores de salud de primera línea; que elaboran directrices nacionales en materia de PCI y un programa o plan nacional para la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud; que emplean estrategias multimodales para las intervenciones en materia de PCI, y que establecen el cumplimiento de las normas de higiene de las manos como un indicador nacional clave (Organización Mundial de la Salud, 2022), aunado a la situación, la coordinación del programa de prevención y control de infecciones, continua empleando la estrategia que ha aplicado a lo largo de los últimos cinco años, y desde la Universidad Francisco de Paula Santander y su Facultad de Ciencias de la Salud con su Programa de Enfermería se busca con este estudio, cumplir con la evaluación de seguimiento y determinar la adherencia a la higiene de las manos mediante la observación directa del talento humano en salud de los diferentes servicios de la Clínica Medical Duarte mientras prestan una atención al paciente.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) comprometen a muchas personas, aumentan los costos de la atención, causan nuevas lesiones, convalecencias prolongadas e incluso la muerte. La higiene de las manos es una acción sencilla que aporta de manera positiva a la reducción de riesgos prevenibles, convirtiéndose en indicador de calidad de la atención. (Villegas Arenas, et al, 2017)

La higiene de las manos constituye en gran medida el núcleo de las precauciones estándar y es indiscutiblemente la medida más eficaz para el control de las infecciones, la aplicación de la estrategia es fundamental para conseguir un efecto en la seguridad del paciente, por consiguiente, las acciones definidas a aplicar en este estudio están orientadas a incorporar una higiene de manos eficaz y efectiva en todos los elementos de la prestación asistencial. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)

La necesidad de efectuar la higiene de las manos está estrechamente ligada a las actividades del talento humano en salud en el espacio físico que rodea a cada paciente, de acuerdo a el modelo "Los cinco momentos para la higiene de las manos", el cual, se centra específicamente en los contactos que se producen en la zona del paciente durante la prestación asistencial, insta a realizar higiene de manos en momentos esenciales en la atención del paciente (i) antes del contacto con el paciente, (ii) antes de realizar una tarea aséptica, (iii) después del riesgo de exposición a fluidos corporales, (iv) después del

contacto con el paciente y (y) después del contacto con el entorno del paciente.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2022)

Según lo planteado, surge la necesidad de realizar un estudio para determinar la adherencia a la higiene de las manos mediante la observación directa del talento humano en salud de la Clínica Medical Duarte mientras prestan una atención al paciente.

Desde el ámbito científico, este proyecto aporta nueva información, buscando demostrar el “grado de cumplimiento de la higiene de las manos entre los profesionales sanitarios” (Organización Mundial de la Salud, 2009), proporcionando datos concretos que permitan comparar la adherencia a la higiene de las manos con otras instituciones a nivel local y nacional, ampliando la literatura y el campo de actuación científico acerca de este tema, dando pie a nuevas investigaciones y estudios sobre la importancia de determinar la tasa de adherencia a la higiene de manos en la institución.

Así mismo, trae grandes aportes en el avance de la profesión de enfermería y al personal de salud en general, debido a que los resultados de este estudio permitirán trabajar en las falencias específicas encontradas, de acuerdo con cada uno de los momentos de la higiene de las manos y las categorías profesionales en que se dividen, “ayudando a determinar cuáles son las intervenciones más apropiadas para fomentar, educar y formar en la higiene de las manos” (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Dentro de las responsabilidades del comité nacional de prevención, vigilancia y control de IAAS y RAM se encuentra el “apoyo a la gestión para el desarrollo de proyectos de investigación a través de alianzas estratégicas, relacionadas con la prevención, vigilancia y control de las IAAS y uso racional de los antimicrobianos” (Ministerio de Salud y Protección

Social, 2022), en este mismo sentido, el programa de prevención y control de infecciones de la Clínica Medical Duarte en conjunto con la Universidad Francisco de Paula Santander busca a través de este estudio, evaluar el impacto de la higiene de las manos mediante la observación directa, dando cumplimiento con lo dispuesto en la Resolución 2241 de 2022 y la fase cuatro de la estrategia multimodal de la OMS, llevando a cabo la evaluación de seguimiento, teniendo como objetivo fortalecer la adherencia a la higiene de las manos, puesto que la baja adherencia, representa un riesgo para la seguridad del paciente, “ocasionando fallas en la atención, además, un aumento en las estancias hospitalarias lo que genera un aumento en los costos de hospitalización” (Rendón Alvarez, 2020).

#### **4. RESULTADOS ESPERADOS Y POTENCIALES A DESARROLLAR**

En este proyecto se obtendrán resultados relevantes en cuanto al cumplimiento del proceso de higiene de manos que se realiza en la Clínica Medical Duarte, principalmente en los servicios de cirugía, uci adultos 1, uci adultos 2, uci coronaria, uci pediátrica, uci neonatal, hospitalización piso 5, hospitalización piso 7, hospitalización piso 8, hospitalización piso 9, hospitalización piso 10, urgencias piso 1, urgencias piso 3 y quimioterapia, lo cual permitirá fortalecer la adherencia a la higiene de las manos, llevando a cabo la evaluación del seguimiento y realizar la respectiva retroalimentación de acuerdo a los resultados obtenidos en cada servicio observado.

Se espera determinar la adherencia a la higiene de las manos, mediante el cálculo

básico de cumplimiento propuesto por la OMS, generando y aplicando un formulario de observación digital correspondiente a la categoría a observar por cada servicio asignado, permitiendo verificar, digitalizar y tabular las acciones de higiene de manos en relación a las oportunidades observadas. Asimismo, se espera listar los factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos. Otro resultado esperado es diseñar un plan de mejoramiento con base en los resultados obtenidos y, finalmente, alcanzar la implementación de estos formularios de observación digital por los coordinadores de cada uno de los servicios de la Clínica Medical Duarte, logrando hacer la evaluación del seguimiento de manera periódica.

Tabla 1. Generación de nuevo conocimiento

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Formularios de observación digital por categoría profesional correspondiente a los servicios a observar en el estudio.	<p><b>N° de formularios de observación digitales generados</b> por categoría profesional correspondiente a los servicios a observar</p> <hr/> <p><b>N° total de formularios a generar</b> por categoría profesional correspondiente a todos los servicios de la Clínica Medical Duarte</p>	<p>Coordinadora del programa de prevención y control de infecciones.</p> <p>Coordinadores de los servicios de la Clínica Medical Duarte.</p> <p>Clínica Medical Duarte.</p>

	<b>x 100%</b>	
60% del total de servicios de la Clínica Medical Duarte observados para el estudio.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de servicios observados en el estudio}}{\text{N}^\circ \text{ total de servicios de la Clínica Medical Duarte}} \times 100\%$	<p>Personal de salud de la Clínica Medical Duarte observados en el estudio.</p> <p>Coordinadores de los servicios de la Clínica Medical Duarte observados en el estudio.</p> <p>Coordinador del programa de prevención y control de infecciones.</p> <p>Clínica Medical Duarte</p>
100% de Oportunidades verificadas por servicio a observar.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de oportunidades verificadas por servicio a observar}}{\text{N}^\circ \text{ de oportunidades a verificar por servicio a observar}} \times 100\%$	<p>Personal de salud de la Clínica Medical Duarte observados en el estudio.</p> <p>Coordinadores de los servicios de la Clínica Medical Duarte observados en el estudio.</p> <p>Coordinador del programa de prevención y control de infecciones.</p>

		Clínica Medical Duarte.
--	--	-------------------------

Tabla 2. Fortalecimiento de la comunidad científica

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Cálculo básico de cumplimiento de higiene de manos por parte del personal de salud evaluado.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones positivas de higiene de manos}}{\text{N}^\circ \text{ oportunidades registradas}} \times 100\%.$	<p>Personal de salud de la Clínica Medical Duarte observados en el estudio.</p> <p>Coordinadores de los servicios de la Clínica Medical Duarte observados en el estudio.</p> <p>Coordinador del programa de prevención y control de infecciones.</p> <p>Clínica Medical Duarte.</p>
Distribución porcentual de profesionales sanitarios por servicios observados, por categoría profesional y según	Nº de indicadores por cada momento para la higiene de las manos correspondiente a cada categoría profesional, por cada servicio observado.	<p>Coordinador del programa de prevención y control de infecciones.</p> <p>Clínica Medical Duarte.</p>

momentos de indicación de higiene de manos.		
---	--	--

Tabla 3. Apropiación social del conocimiento

<b>Resultado/Producto esperado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Beneficiario</b>
Lista de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	N° de listas de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	Personal de salud de la Clínica Medical Duarte observados en el estudio.  Coordinador del programa de prevención y control de infecciones.  Clínica Medical Duarte.
Planteamiento de plan de mejoramiento, con base en los resultados obtenidos de la observación realizada a los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	N° de acciones de mejora aprobadas <hr/> N° de acciones de mejora planteadas  <b>x 100%.</b>	Personal de salud de la Clínica Medical Duarte observados en el estudio.  Coordinadores de los servicios de la Clínica Medical Duarte observados en el estudio.

		Coordinador del programa de prevención y control de infecciones.  Clínica Medical Duarte.
--	--	---

### **Impactos esperados a partir del uso de los resultados:**

Con los resultados obtenidos en el estudio se espera la continuidad en la aplicación del formulario de observación digital generado por categoría profesional correspondiente a cada servicio a observar, ya que este demostró ser útil desde el diligenciamiento de datos hasta la tabulación de los mismos, y se pudo evidenciar que es una herramienta eficaz y perdurable en el tiempo en cuanto a la observación de oportunidades para la higiene de las manos en los profesionales sanitarios; por lo que, se planea que el formulario siga aplicándose mensualmente bajo el mismo método de observación encubierto, esta vez a cargo de los coordinadores de cada uno de los servicios de la Clínica Medical Duarte, quienes compartirán los datos recogidos con la coordinadora del programa de prevención y control de infecciones, quien es la encargada de alimentar la base de datos de higiene de manos de la Clínica, la cual como aporte del proyecto se complementó, anexando variables significativas para el estudio, de esta manera facilitando la cuantificación de datos y presentación de resultados, permitiendo retroalimentar y así cumplir con la evaluación del seguimiento sugerida por la OMS, alcanzando las 200 oportunidades por la totalidad de servicios en los que se presta una atención sanitaria, midiendo la adherencia a la

higiene de manos de manera periódica, ejecutando las acciones de mejora planteadas a lo largo del tiempo, logrando fortalecer el proceso de higiene de manos en la institución.

Los resultados obtenidos en el estudio tienen un alto impacto, pues alientan a la institución a tomar medidas sobre un proceso de suma importancia como lo es la higiene de manos, de igual manera instan a sensibilizar al personal acerca sus acciones de higiene de manos, por otro lado, también otorga un aporte científico, sirviendo de base literaria para futuras investigaciones, permitiendo comparar local y nacionalmente la adherencia a la higiene de las manos entre instituciones de salud, además es una medición precisa que no requiere inversiones de sistemas inteligentes de monitorización del cumplimiento, pues es una herramienta digital que permite dividir el trabajo, arrojando una estadística de medición independiente.

Tabla 4. Impactos esperados

<b>Impacto esperado</b>	<b>Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)</b>	<b>Indicador verificable</b>	<b>Supuestos</b>
Continuidad en la aplicación del formulario de observación digital.	El impacto es a largo plazo pues es una herramienta digital perdurable en el tiempo, costo- efectiva y	Nº de mediciones de adherencia anuales	Es necesario el compromiso de los coordinadores de cada servicio en el que se presta una atención sanitaria en la

	útil en la medición de adherencia.		institución, pues son ellos los encargados de la aplicación del formulario.
Alcanzar la meta de adherencia a la higiene de las manos propuesta por el programa de Prevención y Control de Infecciones de la institución.	A largo plazo, pues con base en los resultados obtenidos en cada medición se espera trabajar para mejorar la adherencia, fortaleciendo el proceso de higiene de manos en el personal de salud de la institución.	Nº de acciones de higiene de manos positivas <hr/> Nº oportunidades registradas <b>x 100%.</b>  Cumplimiento de adherencia a la higiene de manos <b>&gt;=85%.</b>	Es necesario el compromiso de los coordinadores de cada servicio en el que se presta una atención sanitaria en la institución, pues ellos lideran la medición de adherencia.  Retroalimentación y sensibilización del personal de salud en el proceso de higiene de manos.  Ejecución de las acciones de mejora planteadas con base en los resultados

			obtenidos en cada medición.
--	--	--	-----------------------------

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la adherencia a la higiene de las manos en el personal de salud de la Clínica Medical Duarte por medio del desarrollo de un proyecto de extensión en modalidad pasantía durante el primer semestre de 2023.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Evaluar la adherencia a la higiene de las manos en el personal de salud de la Clínica Medical Duarte mediante el método observación de oportunidades para la higiene de las manos propuesto por la OMS.
2. Identificar los factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte durante las oportunidades observadas.
3. Proponer acciones de mejora para la adherencia a la higiene de las manos en relación con los resultados obtenidos en la observación realizada.

## 6. REFERENTES TEÓRICOS

### 6.1 ANTECEDENTES

A nivel internacional, se encontraron varios estudios sobre la adherencia a la higiene de las manos en trabajadores de salud, de las cuales se resaltan los siguientes:

En la Habana, Cuba, en el año 2021, Herrera Travieso, publicó un estudio acerca de la adherencia a la higiene de las manos en trabajadores de la salud del complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País, en el cual se realizaron 200 observaciones, donde el 33,0 % fueron médicos, el 34,5 % licenciadas en enfermería y el 33,0 % técnicos de la salud, la tasa de adherencia a la higiene de las manos fue de 60,0 %. Las licenciadas en enfermería realizaron el lavado de manos en 69,6 %; los médicos 66,7 % y los técnicos de la salud, 20,5 %. Estos últimos fueron los que más omitieron el lavado de manos. Las tres categorías de personal omitieron el lavado de manos con mayor frecuencia en tres momentos importantes: antes de realizar una tarea aséptica, después de riesgo de exposición a fluidos orgánicos y después del contacto con el paciente. (Herrera Travieso, 2020)

En Ecuador, en el año 2019, López Cudco et Al, realizó un estudio transversal con enfoque cuantitativo al personal de enfermería del Hospital General Santo Domingo en la

provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas acerca de la adherencia a la higiene de las manos durante los meses de junio y julio del año 2018, se evaluaron 65 miembros del personal de enfermería de los cuales 34 fueron licenciados y 31 auxiliares. De los resultados del análisis se pudo encontrar, que dentro de los tipos de higiene de manos en los que el personal de enfermería tuvo que realizar antes y después de algunos procedimientos, sobresalió los que contienen bases alcohólicas, al cumplir con todos los pasos de la técnica, también se demostró que el momento para la higiene de manos que más se realizó fue el cuatro, que corresponde a después del contacto con el paciente. Por último, se evidenció que el factor que desfavorece a la higiene de manos es la falta de toallas, y que los licenciados/as fueron quienes más se adhirieron a la técnica. Para terminar, del estudio se concluye que, así como existe un incumplimiento sistemático de los pasos de la técnica de la higiene de manos, también se evidencia una adecuada adherencia por parte del personal de enfermería al mismo, lo que trae consigo que la atención de salud se propicie con la calidad y calidez que se requiere con la finalidad de garantizar la seguridad a los pacientes (López Cudco, Herrera Sánchez, Rodríguez Díaz, & Parcon Bitanga, 2019).

Por otra parte, en España, en el año 2020, de Arriba Fernández et Al, publicó un estudio descriptivo transversal de observación directa sobre el cumplimiento de los cinco momentos de higiene de manos por parte de los profesionales de la salud del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria en el periodo 2018-2020 en relación con la pandemia de SARS- CoV 2, en el cual se observaron un total de 4.560 oportunidades, de las cuales 741 (16,25%) corresponden al año 2020 (246 en áreas abiertas y 495 en plantas

de hospitalización), dentro de los resultados del análisis, se destacan los siguientes hallazgos: en cuanto a la valoración de las tasas de adherencia en el año 2020 fue de 59,2%, muy superior a la de 2019 (47,6%) y 2018 (42,5%), sobre todo destacando la baja adherencia en los momentos antes del contacto con el paciente (48,1%) frente a después (67,3%), también se evidencia que el uso de preparado de base alcohólica aumentó en los tres colectivos profesionales durante el periodo estudiado, pasando a nivel global del 32,1% en 2018 y 42,9% en 2019, al 54,6% en el año 2020. En este estudio se destaca el aumento en el uso de preparado de base alcohólica observado en el área de diálisis que superó el 30% con respecto a años previos. Así pues, el estudio también describe los resultados por categoría profesional, estratificados según los momentos antes o después de contactar con el paciente, los cuales tienen una adecuada adherencia en el colectivo de facultativos (72,0%), mejor que los datos de 2019 (62,1%) y 2018 (32,2%). Por otro lado, se evidencia que en el colectivo de enfermería se alcanzó una adecuada adherencia hasta en un 74% tras el contacto con el paciente y que las cifras más bajas de adherencia se observaron en el colectivo de auxiliares de enfermería, solo un 32% realizaron higiene de manos antes del contacto con el paciente (Arriba Fernández, et al, 2021, págs. 214-219).

En el país anterior, en el año 2021, Rodríguez Villar et Al, realizó un estudio en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, acerca de la adherencia a la higiene de manos por parte de estudiantes de quinto curso de medicina durante el periodo de rotación de las prácticas clínicas, en donde se evaluaron 456 oportunidades o indicaciones del lavado de manos, el 21,1% en hombres y el 78,9% en mujeres. Dentro de los resultados del análisis, se destacan los siguientes hallazgos: El 23% de las

oportunidades de lavado se registraron en el servicio de Pediatría y Neonatología, el 59,6% en el servicio de Traumatología y el 17,3% en el servicio de Neurología, también se evidenció que del total de oportunidades de lavado, los momentos más observados fueron: después del contacto con el paciente (40,8%), antes del contacto con el paciente (31,8%), después del contacto con el entorno del paciente (10,5%), antes de una tarea aséptica (8,8%) y después de la exposición a fluidos corporales (8,1%), así mismo se calculó la adherencia global a la higiene de manos en los estudiantes de medicina, la cual fue del 44,3% (44,9% en mujeres y 43,7% en hombres), en el estudio también se documenta que el antiséptico más empleado fue la solución hidroalcohólica (37,7%), seguido del agua y jabón (6,6%) (4). Por último, se describe la adherencia global a la higiene de manos según los diferentes momentos, la cual, fue mayor después del contacto con el paciente (60,2%) y menor después de la exposición a fluidos corporales (24,3%). Finalmente se concluye, evidenciando, que los servicios en los que hubo mayor adherencia a la higiene de manos fueron los de Neonatología y Pediatría con el 60% y el 50%, respectivamente, y que la adherencia a la higiene de manos fue mayor en los diferentes servicios de hospitalización (50%) que en las consultas externas (33%) (Rodríguez Villar, et al, 2019, págs. 232-237).

Por su parte, Colombia no es ajena a este tema, en Medellín Rendón Álvarez en su trabajo de grado acerca de los factores relacionados con la adherencia a la higiene de manos por parte del personal asistencial en los hospitales de alta complejidad, describió en la formulación del problema, que según datos obtenidos en un hospital de alta complejidad en la ciudad de Medellín, las infecciones asociadas al cuidado de la salud

son el evento adverso más reportado, ocupando casi el 40% de estos y que la proporción de adherencia a la higiene de manos llega tan solo al 66.7% (Rendón Alvarez, 2020).

En la misma ciudad, en el año 2022, Barbosa Montejo y Vanegas Bustamante, realizaron un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal acerca de la adherencia al protocolo de higienización de manos de los estudiantes de sexto semestre de medicina de la Universidad de Antioquia en sus lugares de prácticas durante el segundo semestre del 2022, en el estudio se auditó la adherencia al protocolo de higienización de manos propuesto por la OMS a 50 estudiantes, dentro de los resultados del análisis se demostró que la adherencia a la técnica de lavado de manos fue del 24% y a la técnica de desinfección de manos del 36%, por otro lado se evidenció que el momento para la higiene de manos menos nombrado fue después de haber estado en contacto con el entorno del paciente con un 34%, además que sólo el 30% de los estudiantes realiza el lavado de manos en el tiempo indicado por la OMS, encontrando que la principal causa de no adherencia al protocolo de higiene de manos fue olvido con un 32% (Barbosa Montejo & Vanegas Bustamante, 2022).

En Cali, en el año 2020, Salcedo Cifuentes et Al, realizó un estudio descriptivo de corte transversal en cinco instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ubicadas en las ciudades de Cali, Caicedonia, Buga, Buenaventura y Popayán, en el estudio se llevó a cabo el proceso de observación en total a 93 trabajadores asistenciales por las cinco instituciones. Dentro de los resultados del análisis se encontraron los siguientes hallazgos: la representatividad estuvo en las instituciones hospitalarias de primer nivel en

las cuales el personal de enfermería, seguido por los médicos, tuvo un mejor cumplimiento del protocolo de lavado de manos, en el estudio se resalta que este porcentaje se vio impactado por el menor cumplimiento de suministro de insumos e infraestructura, también, se evidencia que hay una perfecta diferenciación entre los resultados del municipio de Cali con relación al de Caicedonia, en contraste con los de Popayán, Buga y Buenaventura. Finalmente se concluye, demostrando el incumplimiento del protocolo de higiene de las manos, con una calificación inaceptable para los factores de insumos/infraestructura y técnica de higiene de las manos, respectivamente (Salcedo Cifuentes, Ordóñez Hernández, & Calvo Soto, 2020).

A nivel territorial no se tienen estudios realizados.

## **6.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **Infecciones asociadas a la atención en salud:**

Las IAAS anteriormente llamadas nosocomiales o intrahospitalarias son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución. Son consideradas como un evento adverso producto de una atención en salud que de manera no intencional produce algún daño al paciente y son uno de los mayores problemas para la seguridad del paciente, afectando directamente la calidad en la prestación de servicios, igualmente generan una gran carga económica a las IPS debido al aumento de la estancia hospitalaria, reintervenciones, consumo de antimicrobianos y para los pacientes discapacidad a largo plazo (Barbosa Montejó & Vanegas Bustamante, 2022).

Los microorganismos responsables de las IAAS pueden ser virus, hongos, parásitos y, con mayor frecuencia, bacterias. Las IAAS pueden estar provocadas por microorganismos que ya estaban presentes en la mucosa y la piel del paciente conocida como flora permanente o residente esta flora puede sobrevivir y multiplicarse en las capas superficiales de la piel; hacen parte de la flora normal *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Micrococcus*, difteroides, especies no patógenas de *Neisseria*, *Streptococcus* del grupo A hemolíticos y no hemolíticos, especies de *Propionibacterium* y *Peptostreptococcus*; también algunos *Enterococcus* y bacilos gram negativos coliformes;

las IAAS también pueden ser causadas por microorganismos procedentes de otro paciente, de un profesional sanitario o del entorno llamada flora transitoria entre los que se mencionan a los Gram Negativos como Escherichia Coli, Pseudomonas, Serratia y Gram positivos como Staphylococcus aureus. Estos organismos sobreviven en la piel por varios períodos. No toda infección diagnosticada en un paciente hospitalizado es una IAAS; por ejemplo, si el paciente manifiesta una infección que venía en periodo de incubación o una infección adquirida por vía transplacentaria; estas infecciones son extrahospitalarias (Barbosa Montejó & Vanegas Bustamante, 2022).

Las medidas de prevención de las IAAS, inician con el talento humano y el lugar donde se genere la atención al paciente, el no ejecutar estas medidas, puede afectar la seguridad del paciente y a su vez afectar al talento humano (Barbosa Montejó & Vanegas Bustamante, 2022).

### **Adherencia a la higiene de manos:**

Las manos de los profesionales de la salud son el principal mecanismo de transmisión de infecciones entre pacientes, y los trabajadores de la salud contaminan sus manos con microorganismos nosocomiales al entrar en contacto con el paciente o su medio ambiente. (Henaó González, Sierra, & Roldán Jaramillo, 2014)

La higiene de las manos es la medida más importante sencilla y eficaz de prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, es un componente esencial en cualquier estrategia de control de infecciones y todos los profesionales de la salud deben incorporar este procedimiento a su rutina de trabajo diario y debe conocer

cómo realizar la higiene de sus manos en el momento adecuado. (Henaó Gonzáles, et al, 2014)

Para la Joint Commission, la adherencia es el punto en el cual las conductas se corresponden con las guías o recomendaciones establecidas por consenso. Este término ha sido adoptado por muchas instituciones como una alternativa a la palabra “cumplimiento”, buscando enfatizar que las personas son libres para decidir si adoptan o no la conducta recomendada. La medición de la adherencia a la higiene de manos es fundamental para demostrar mejoras, tanto en el ámbito institucional como nacional. (Saldarriaga Saldoval, et al, 2016, págs. 42-54)

El desempeño relacionado con la adherencia a la higiene de manos varía según factores de riesgo, tales como: los servicios (trabajar en sala de cuidados intensivos), categorías profesionales (ser médico), las condiciones de trabajo (trabajar días de semana) y las actitudes del personal de salud (falta de tiempo para el lavado), por lo que se considera que la adherencia es un proceso de cambio de conductas modificadas mediante un proceso de aprendizaje basado en tres etapas: a) Etapa de motivación, b) Etapa de aplicación y c) Etapa de incorporación. (Henaó Gonzáles, et al, 2014)

“Se entiende, así como Higiene de manos al lavado con agua y jabón o al uso de desinfectantes a base de alcohol, con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos” (Barbosa & Vanegas, 2022), quedando seguras para la atención al paciente, siempre y cuando se use “la técnica y el producto adecuado” (Organización Mundial

de la Salud, 2009).

Teniendo en cuenta que la higienización de manos consiste en el lavado de manos con agua y jabón o al uso de desinfectantes a base de alcohol, mencionaremos las directrices marcadas por la OMS para la técnica adecuada de estos:

- **Desinfección de manos:** es la aplicación de un antiséptico para manos para reducir o inhibir la propagación de los microorganismos sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjuague o secado con toallas u otros instrumentos. Tiene una duración de 20 a 30 segundos, es una forma muy efectiva de asegurar una higiene de manos óptima según las directrices de la OMS. (Barbosa & Vanegas, 2022)

Existen varias razones por las que se tiene poco apego a realizar lavado de manos con agua y jabón antiséptico como cargas pesadas de trabajo, escasez de insumos, número insuficiente de lavamanos, irritación y resequedad de la piel que causan los productos usados o tiempo prolongado para su realización por lo que ha introducido el uso de soluciones alcoholadas o alcohol gel, que reducen la carga bacteriana, actúan más rápidamente e irritan menos la piel con lo que se incrementa el cumplimiento por parte del personal de salud. (Barbosa & Vanegas, 2022)

La mayoría de los desinfectantes para manos a base de alcohol son efectivos para inactivar los virus envueltos. A continuación, se realiza mención de la técnica avalada por la OMS:

1a y 1b. Deposite en la palma de la mano una dosis del producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.

2. Frótese las palmas de las manos entre sí.

3. Frótese el dorso de una mano con la palma de la otra, entrelazando los dedos y viceversa.

4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.

5. Frótese el dorso de los dedos con la palma de la mano opuesta, con los dedos juntos.

6. Frote con un movimiento de rotación el pulgar de una mano atrapándolo con la palma opuesta y viceversa.

7. Frote con un movimiento de rotación, hacia atrás y hacia adelante, los dedos juntos contra la palma opuesta.

8. Una vez secas las manos ya son seguras. (Barbosa & Vanegas, 2022)

- **Lavado de manos con agua y jabón antiséptico:** Tiene una duración de 40 a 60 segundos. El secado de manos es parte integral de una higiene de manos eficaz y es 34 importante para controlar la propagación de microorganismos y mantener la integridad saludable de la piel. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan lavarse las manos con agua y jabón siempre que sea posible sobre los desinfectantes para manos debido a que la superioridad del lavado de manos se deriva de varios factores, como la eliminación de un espectro más amplio de patógenos y productos químicos, y la eliminación de la carga biológica en las manos sucias.

**Técnica de Lavado de manos con agua y jabón antiséptico:**

0. Mojarse las manos con agua
1. Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos
2. Frotarse las palmas de las manos entre sí
3. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa
4. Frotarse las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados
5. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos
6. Frotarse con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa
7. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Enjuagarse las manos con abundante agua
9. Secarse con una toalla desechable
10. Sírvese de la toalla para cerrar el grifo
11. Una vez secas sus manos son seguras. (Barbosa & Vanegas, 2022)

Además en la iniciativa “SALVE VIDAS: Límpiense las manos”, la OMS estandarizó las prácticas de higiene de manos a nivel mundial, por lo cual publicó las directrices sobre higiene de manos en el cuidado de la salud e introdujo el concepto 'Mis cinco momentos para la higiene de manos', en donde se dan a conocer 5 ítems que esclarecen el momento exacto y más adecuado para la higienización de manos, aspectos que han dado como

resultado una significativa mejora en el cumplimiento de las precauciones estándar de higiene; asociado al refuerzo educativo regular y la retroalimentación que son esenciales para mantener un nivel alto y uniforme de cumplimiento, proponiendo así una visión unificada con el objeto de minimizar la variación entre individuos y conducir a un aumento global del cumplimiento de las prácticas efectivas de higiene de las manos, el cual tiene la intención de facilitar la comprensión de los momentos en los que existe un alto riesgo de transmisión de gérmenes por medio de las manos de modo que éstos se memoricen y se integren en las actividades asistenciales. (Barbosa & Vanegas, 2022)

### **Cinco momentos para la higiene de manos:**

Dos de los cinco momentos para la higiene de las manos se producen antes del contacto o del procedimiento asistencial; los tres restantes se producen después del contacto o exposición a fluidos corporales. Las indicaciones que corresponden a los momentos "antes" señalan la necesidad de prevenir el riesgo de transmisión microbiana al paciente, por su parte las indicaciones "después" pretenden prevenir el riesgo de transmisión microbiana al profesional sanitario y al área de asistencia. El trabajador de la salud debe estar en capacidad de identificar la oportunidad de efectuar la higiene de manos en cualquiera de los momentos en que se requiera. La higiene de manos se lleva a cabo en cinco momentos: Antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto con el entorno del paciente. (Barbosa & Vanegas, 2022)

- Antes del contacto con el paciente: Este momento se produce antes del contacto con la ropa y la piel intacta del paciente; la acción de higiene de manos puede realizarse

al entrar en la zona del paciente, al acercarse al paciente o inmediatamente antes de tocarlo.

- Antes de un procedimiento limpio/aséptico: Se realiza previo a cualquier procedimiento que implique contacto directo o indirecto con las membranas mucosas, la piel no intacta o un dispositivo médico invasivo. Si se emplean guantes para realizar el procedimiento debe efectuarse una higiene de manos antes de ponerlos.
- Después del riesgo de exposición a fluidos corporales: Se lleva a cabo después del contacto con la sangre u otros fluidos corporales (aunque éste sea mínimo y no se vea con claridad) y previa al siguiente contacto con cualquier superficie, incluyendo al paciente, su entorno o el área de asistencia sanitaria. Si el trabajador de la salud está usando guantes en el momento de la exposición a un líquido 31 corporal, deben ser retirados inmediatamente y la higiene de las manos debe ser realizada. Esta acción puede ser aplazada hasta que el trabajador de la salud haya dejado el entorno del paciente.
- Después del contacto con el paciente: Este acto se realiza posterior al último contacto con la piel intacta, la ropa del paciente o una superficie de su entorno.
- Después del contacto con el entorno del paciente: Este momento se ejecuta posterior al último contacto con las superficies y los objetos inertes en el entorno del paciente (sin haber tocado a éste) y previa al siguiente contacto con una superficie en el área de asistencia. (Barbosa & Vanegas, 2022)

### **Observación directa a los profesionales:**

“La observación directa es una técnica de investigación, cuyo propósito es observar la adherencia de los profesionales a las recomendaciones dadas en el procedimiento de higiene de

manos en la asistencia sanitaria” (Subdirección de calidad, investigación y gestión de conocimiento, 2010)

Según la OMS, uno de los métodos para evaluar las prácticas de higiene de las manos es la observación directa de los profesionales sanitarios mientras prestan la asistencia ordinaria, es por este motivo que han escogido este método de observación directa, porque genera los datos más precisos sobre el cumplimiento de las recomendaciones de higiene de las manos por parte de los profesionales sanitarios, aunque aluden que los resultados no deben considerarse como una representación perfecta de la situación real. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

Así mismo, se menciona las ventajas del método, las cuales son las siguientes: a) el denominador en tiempo real permite comparar resultados referidos simultáneamente al momento, el lugar y las circunstancias; y b) la consistencia entre las herramientas, las definiciones y los conceptos de referencia que emplean tanto los profesionales sanitarios como los observadores. (Organización Mundial de la Salud, 2009)

También, menciona las dos principales desventajas del método, que son la influencia potencial que el observador puede ejercer sobre el comportamiento de los profesionales sanitarios, puesto que este método implica que el profesional es consciente de ser observado, lo que se denomina sesgo de atención o efecto Hawthorne, y causa un impacto sobre la fiabilidad de los datos de la interpretación que hace el observador de las definiciones y de la situación. (Organización Mundial de la Salud, 2009) (Rodríguez Villar, et al, 2019)

## 6.3 MARCO CONTEXTUAL

### 6.3.1 UBICACIÓN

La Clínica Medical Duarte se encuentra ubicada en la Av. Libertadores #0 - 71, Cúcuta, Norte de Santander.



Figura 1. Logo Clínica Medical Duarte

### 6.3.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

**Misión:** La Clínica Medical Duarte trabaja por el cuidado de la vida y la recuperación de la salud a través de los servicios integrales de mediana y alta complejidad, con tecnología de vanguardia, basados en estándares de calidad, seguridad y humanización. Se apoyan en un modelo organizacional eficiente, un recurso humano.

**Visión:** Para el año 2024, serán reconocidos como el centro de referencia en servicios de salud de alta complejidad en la región, por su liderazgo en la integralidad, la atención segura y humanizada y los estándares de calidad superiores.

**Propuesta de valor:** Medical Duarte trabaja por una atención integral, humanizada, segura, oportuna y de calidad para todos sus usuarios, mediante la prestación de servicios de salud que le permitan una pronta recuperación y satisfacción por los servicios recibidos.

#### **Valores del servidor público:**

- Liderazgo
- Servicio al cliente
- Seguridad
- Atención humanizada
- Responsabilidad
- Solidaridad
- Respeto

#### **Objetivos estratégicos**

- Rentabilidad Y Estabilidad Financiera.
- Reconocimiento como Centro De Referencia De Alta Complejidad.
- Liderazgo En Atención Integral Segura y Humanizada.
- Alcanzar Estándares De Calidad Superior.
- Recurso Humano Competente

### **Política de Calidad**

La Clínica Medical Duarte ZF S.A.S., se compromete a brindar una atención eficaz y oportuna, buscando eliminar barreras de acceso, garantizando un servicio humanizado y cuidados médicos de excelencia, logrando disminuir el riesgo asociado en la atención en salud, soportada en una infraestructura física y tecnológica, que proporciona las condiciones adecuadas para la recuperación de los pacientes, a través de un enfoque sistémico de la atención médica y así, alcanzar el mejoramiento continuo en sus procesos y el desarrollo integral del recurso humano.

### **Política de seguridad del paciente**

La Clínica Medical Duarte define la política de seguridad del paciente C.R.E.A.R. como el método eficaz para la prevención de eventos adversos.

Su compromiso es fomentar la cultura de seguridad como parte fundamental de la gestión gerencial y como objetivo de calidad e incentivar la implementación y ejecución de procesos incluida la política de uso racional de antibiótico, para minimizar los riesgos relacionado con la prestación de servicios de salud sobre los pacientes, sus familias y sobre los trabajadores que integran la institución.

### **Política de humanización**

La Gerencia y colaboradores de la Clínica Medical Duarte, estamos comprometidos con brindar una atención integral, segura y humanizada, centrada en el paciente y su familia, la cual se fundamenta bajo los principios de rectitud, integridad, transparencia, ética,

responsabilidad social, vocación por el servicio, respeto a la dignidad humana y el trabajo en equipo que aportan para la restauración de la salud física, mental, emocional y espiritual de nuestros pacientes y colaboradores; favoreciendo el desarrollo humano que garantiza la construcción de una Cultura Humanizada.

### **Observaciones sobre las acciones de prevención y control de infecciones**

La Clínica Medical Duarte cuenta con un programa de prevención y control de infecciones bien constituido, según la normativa correspondiente, la coordinadora del programa, quien es una enfermera epidemióloga, es la persona encargada y la referente en el proceso de la higiene de las manos en la institución, así mismo es la jefe supervisora del presente estudio, y la que realiza un acompañamiento durante todo el desarrollo de la dinámica expuesta, por lo que se mantiene comunicación directa; dicho esto, en uno de los acercamientos hace alusión al trabajo que lleva realizando durante los últimos cinco años, acerca de la aplicación de la estrategia multimodal de la higiene de manos propuesta por la OMS, en el personal de salud de la institución, y menciona sobre la meta de adherencia a alcanzar, la cual corresponde al 85%, así mismo afirma que la tasa de adherencia a la higiene de las manos en el personal de salud de la Clínica, en relación con la fricción de manos, después de los años de la pandemia por Covid 19 disminuyó a un 51%, y con respecto al lavado de manos, la tasa de cumplimiento no supera el 60%.

## 6.4 MARCO LEGAL

En la revisión bibliográfica de la ley 266 de 1996, en su artículo N° 20 establece que los deberes del personal de enfermería radican en:

1. “Brindar atención integral de enfermería de acuerdo a los principios generales y específicos de su práctica establecidos en esta Ley, y para fin deberá coordinar su labor con otros profesionales idóneos del equipo de salud.
2. Velar porque se brinde atención profesional de enfermería de calidad, a todas las personas y comunidades sin distinción de clase social o económica etnia, edad, sexo, religión, área geográfica u otra condición.
3. Velar porque las instituciones cuya función sea prestar servicios de salud, conformen la planta de personal de enfermería de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley y sus reglamentaciones respectivas, y cuenten con los recursos necesarios para una atención de calidad.” (Congreso de Colombia, 1996)

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, en el artículo 5, literal c), señala que el Estado deberá "Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales" (Congreso de Colombia, 2015)

El Decreto 780 del 2016 del Ministerio de salud y protección social define el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, por lo cual resume todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, entre ellas el proceso de afiliación de los pacientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el recurso financiero de la salud y aclara sobre el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del SGSSS (Barbosa & Vanegas, 2022).

En el mismo sentido, la Resolución número 3100 del 2019 del Ministerio de salud y protección social define los procedimientos y condiciones necesarias para habilitar los servicios de salud, en el cual se estandariza que para la realización de consulta externa se debe contar como mínimo con un Lavamanos, definiendo a este como un “Aparato exclusivo para el lavado de manos, dotado con griferías para suministro de agua y sifón con rejilla”. Además, en esta resolución se establecen unos estándares de procesos prioritarios en donde se busca que el prestador de servicios de salud establezca una política de seguridad del paciente basado en los lineamientos que da el ministerio de salud del país, buscando además crear un comité que promueva dicha seguridad del paciente para 37 mejorar el control de infecciones y mejorar el uso de antibióticos dentro de la institución (Barbosa & Vanegas, 2022).

Por otra parte, la resolución 3100 manifiesta que el prestador de salud debe contar con información básica para generar e incluir guías o protocolos de higiene de manos para que el talento humano conozca y cumpla, buscando como objetivo final la adherencia a prácticas seguras para prevenir y reducir la presentación de las IAAS. Por lo tanto,

manifiesta que las IPS se regían bajo las guías de prácticas clínicas y protocolos que dicte el ministerio de salud, si esta no se encuentra disponible podrán basarse y adoptar las guías o protocolos nacionales o internacionales, con el único fin de mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente (Barbosa Montejó & Vanegas Bustamante, 2022).

Luego, la Resolución 0350 del 2022 del Ministerio de salud y protección social (2022) adopta el protocolo general de bioseguridad para el desarrollo de las actividades económicas, sociales, culturales y del Estado, se recalca la importancia del lavado e higiene de manos por mínimo 20 a 30 segundos siempre que: las manos sean visiblemente sucias, antes y después del baño, antes y después de comer, posterior a estornudar o toser, antes y después de tocarse la cara y finalmente en toda ocasión donde se presente contacto con superficies que pudieron ser contaminadas por otra persona como manijas, pasamanos, transporte, entre otras (Barbosa & Vanegas, 2022).

En el año 2007, Colombia firmó la declaración de apoyo al primer reto de la alianza mundial por la seguridad del paciente, y se comprometió a trabajar en la estrategia de higiene de manos por parte de los trabajadores de la salud, bajo el lema "Una atención limpia es una atención segura" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Un poco después, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), interesado en dar respuesta a la problemática de las IAAS y la resistencia a los antimicrobianos, desarrolló junto con la Universidad Nacional de Colombia un Plan estratégico 2010- 2014 que tuvo como objetivo de consolidar la "Red Nacional para la Contención de la Resistencia

Bacteriana y el Control de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud” que contó con la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales (Ocampo Gómez & Lemus Narváez , 2020, págs. 93-106).

Así mismo, en 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social había instado a la movilización de recursos humanos y financieros con el fin de reducir al mínimo la aparición y la propagación de la resistencia a los antimicrobianos, y en particular en el numeral 1 de la Circular 045 definió que "La Vigilancia en Salud Pública de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, resistencia y consumo a los antimicrobianos se incorpora al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública —Sivigila-" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Dentro de ese marco, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, adoptado mediante Resolución 1035 de 2022, definió como parte de las metas "A 2031, el 100% de IPS de mediana y alta complejidad, incrementan la cobertura en la implementación del programa de IAAS y RAM, en todos sus componentes" y "a 2031, el 100% de IPS de mediana y alta complejidad, logran incrementar la cobertura de la estrategia multimodal de higiene de manos" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Finalmente, la Resolución 2241 de 2022 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos para los Programas de Prevención, Vigilancia y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud- IAAS y de Optimización del Uso de Antimicrobianos — PROA, con el propósito de fortalecer las acciones de prevención y control de las

IAAS y las RAM, con el fin de afectar positivamente la calidad de la atención en salud de la población, los cuales se complementarán y articulará con acciones de promoción y prevención (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

## **6.5 MARCO TEÓRICO**

### **PRIMERA TEORÍA DE ENFERMERÍA, FLORENCE NIGHTINGALE.**

La importancia de la teoría en la práctica profesional de la enfermería ha motivado el tratamiento del tema. La primera teórica en enfermería, Florence Nightingale, quien supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas. (Amaro Cano, 2004)

La teoría de Florence Nightingale se centró en el medio ambiente, creía que un entorno saludable era necesario para aplicar unos adecuados cuidados de enfermería, Nightingale afirmó: "Que hay cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad de las viviendas: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz". (Velázquez & Dandicourt, 2010, págs. 166-169)

La higiene es un elemento fundamental de la teoría del entorno de Nightingale.

Refiriéndose específicamente al paciente, la enfermera y al entorno físico, ella observó

que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropa de cama) era una fuente de infección por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuada de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno. (Sánchez García, et al, 2021, págs. 845-851)

En tal sentido, Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días, en un momento en que esta práctica no era habitual. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia, para lograr la no transmisión de microorganismos de una persona a otra. (Sánchez García, et al, 2021, págs. 845-851)

Nightingale creía que un entorno saludable era necesario para los cuidados adecuados de enfermería. Por eso es importante la desinfección concurrente de la unidad del paciente y velar por la limpieza y la higiene. La insalubridad de los hospitales y el desconocimiento de los médicos de qué era lo que causaba la infección en los pacientes operados eran los ingredientes perfectos para que la mayoría de las cirugías terminaran con la muerte del paciente. (Sánchez García, et al 2021, págs. 845-851)

La atención de Nightingale a la investigación y desarrollos médicos internacionales fue solo un factor detrás de su capacidad para realizar intervenciones efectivas en salud pública. Al igual que muchos expertos en salud pública de su época, Nightingale

consideraba que el hogar era un sitio crucial para el combate y prevención de enfermedades. Este fue el lugar donde la mayoría de las personas contrajeron y sufrieron enfermedades infecciosas. (Bates, s.f.)

Ella fue una innovadora en la recolección, tabulación, interpretación y presentación gráfica de las estadísticas descriptivas; mostró cómo la estadística contribuye a un marco de organización para controlar y aprender, y como se puede llevar a mejoramientos en las prácticas quirúrgicas y médicas. (Naranjo, Álvarez, Mirabal, & Alvarez Escobar , 2020)

A Nightingale, durante la Guerra de Crimea, le fue pedido desempeñarse como enfermera administradora para supervisar la introducción de enfermeras en los hospitales militares. Su título oficial era Superintendente del Sistema de Enfermeras de los Hospitales Generales Ingleses en Turquía. Nightingale llegó a Escutari, un suburbio asiático de Constantinopla (hoy Estambul) con 38 enfermeras, el 4 de noviembre de 1854. Firme e infatigable se ocupaba de su trabajo con tal criterio, sacrificio, valor, ternura y todo ello con una actitud tranquila y sin ostentación, que se ganaba los corazones de todos aquellos a de 800 hombres; una lavandería en quienes sus prejuicios de oficiales no les impedían apreciar la nobleza de su trabajo y de su carácter". En la organización de los servicios hospitalarios, en dos semanas logró montar una cocina para preparar la comida donde se desinfectaba la ropa de los pacientes, además dotó a los heridos y enfermos de 10 mil camisas compradas con los donativos que conseguía y de su propio dinero. "La dama de la lámpara", fue la denominación que le dieron a Florence los hospitalizados, debido a que por las noches recorría las salas con una lámpara. (Young, et al, 2011).

Su brillante labor consiguió bajar la mortalidad en los hospitales militares y contribuyó a corregir los problemas del saneamiento (condiciones higiénicas en general). El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actúe sobre él. (Velázquez & Dandicourt, 2010, págs. 166-169)

La palabra enfermería significa el uso adecuado del aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad. Y la oportuna selección y administración de dietas, todo ello con el menor gasto posible de la energía vital del paciente para evitar la enfermedad. En resumen, unas buenas condiciones higiénicas para evitar la enfermedad. (Amaro Cano, 2004)

## 6.6 MARCO ÉTICO

Este proyecto cumple con los requerimientos de la Resolución 8430 del Ministerio de Salud (octubre 4 de 1993) la cual estipula el mantener un comité de ética en investigación los cuales se encarga de mantener la dignidad, protección de los derechos, consentimiento informado y protección a los seres humanos los cuales no corren ningún tipo de riesgo en esta investigación.

De igual forma, se cuenta con el asesoramiento ético y el comité universitario de ética profesional el cual determina la integración, funciones, organización y financiación de la investigación respaldándose e implementando las políticas en cuanto a los referentes de la bioética según la Ley 1374 (enero 8 de 2010).

El Código de Belmont de 1979 establece los principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en las investigaciones. El principio de beneficencia es fundamental, ya que este proyecto no solo se enfocara en el bienestar fisiológico sino en el psicológico, es decir, la percepción de la adherencia a protocolos y la realización de buenas prácticas, para a partir de los resultados obtenidos y lo encontrado en la investigación, sirva de inspiración para la creación de estrategias con el fin de mejorar las falencias por parte de otros investigadores o entidades; de igual forma, se implementará el principio de justicia dándole a cada quien lo que le pertenece y tratando a todos los participantes por igual. También se acoge la Declaración de Helsinki (1964) ya que en este proyecto se tiene como objetivo principal el

bienestar de los participantes y de la población estudiada, incluso por encima de la ciencia y de la sociedad, teniendo como principal propósito mejorar los procedimientos terapéuticos de la institución.

## 7. PRESENTACIÓN RESULTADOS DEL PROYECTO DESARROLLADO

Tabla 5. Resultados del proyecto por objetivo

NOMBRE DEL PROYECTO	N° HOJA	NOMBRE IPS	
ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2023.	1	CLÍNICA MEDICAL DUARTE	
TEMÁTICA QUE ORIENTA EL DESARROLLO DEL PROYECTO		N° DE BENEFICIARIOS	340
Nombre de la temática ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS EN RELACIÓN A LOS CINCO MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS RECOMENDADOS POR LA OMS.		Fecha inicio:	10/04/2023
Objetivos desarrollados y Formulados del Proyecto en el presente informe  1. Evaluar la adherencia a la higiene de las manos en el		Fecha Final:	07/06/2023
		Municipio:	Cúcuta

<p>personal de salud de la Clínica Medical Duarte mediante el método observación de oportunidades para la higiene de las manos propuesto por la OMS.</p> <p>2. Identificar los factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte durante las oportunidades observadas.</p> <p>3. Plantear acciones de mejora derivadas de los resultados obtenidos en la observación realizada para la adherencia a la higiene de las manos.</p>	<p><b>Período</b></p> <p><b>Académico:</b></p>	<p>I Semestre</p>		
<p><b>OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PROYECTO TRABAJADO</b></p> <p>1. Evaluar la adherencia a la higiene de las manos en el personal de salud de la Clínica Medical Duarte mediante el método observación de oportunidades para la higiene de las manos propuesto por la OMS.</p>				
<p><b>ACTIVIDAD N° 1 DEL OBJETIVO</b></p>	<p><b>Generar formularios de observación, por categoría profesional, según corresponda, por cada uno de los servicios a observar, siguiendo el modelo propuesto por la OMS y utilizando las tecnologías de la información.</b></p>			
<p><b>RELACIÓN INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</b></p>				
<p><b>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</b></p>	<p><b>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO</b></p>	<p><b>META PLANTEADA</b></p>	<p><b>META EJECUTADA</b></p>	<p><b>FECHA DE DESARROLLO</b></p>

<p><b>N° de formularios de observación digitales generados por categoría profesional correspondiente a los servicios a observar (14).</b></p>	<p>56 formularios de observación digitales generados por categoría profesional correspondiente</p>	<p>&gt;=85% DE FORMULARIO S DE OBSERVACIÓN DIGITALES</p>	<p>61% DE FORMULARIO S DE OBSERVACIÓN DIGITALES GENERADOS</p>	
<p><b>N° total de formularios a generar por categoría profesional</b></p>	<p>a los 14 servicios a observar</p>	<p>GENERADOS, POR CATEGORÍA</p>	<p>PROFESIONAL,</p>	<p>10 ABRIL DE 2023/</p>
<p>correspondiente al número total de los servicios de la Clínica Medical Duarte (23).</p>	<p>92 formularios por categoría profesional correspondiente</p>	<p>PROFESIONAL, CORRESPONDI ENTE AL TOTAL DE</p>	<p>CORRESPONDI ENTE A 14 SERVICIOS OBSERVADOS</p>	<p>17 ABRIL DE 2023</p>
<p><b>x 100%</b></p>	<p>a los 23 servicios de la Clínica Medical Duarte</p> <p>x 100%</p> <p><b>=61%</b></p>	<p>SERVICIOS DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE.</p>	<p>DE LOS 23 SERVICIOS DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE.</p>	

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS OBJETIVO N°1

### Formulario de observación del cumplimiento a indicaciones en la higiene de manos.

OPORTUNIDADES PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL PERSONAL DE SALUD DE LA CLINICA MEDICAL QUARTE.

SERVICIO \*

HORA DE INICIO/FIN/DURACIÓN \*

FECHA \*

CATEGORIA PROFESIONAL \*

1. ENFERMERA/ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA  
 2. AUXILIAR DE ENFERMERÍA  
 3. MÉDICOS/ESTUDIANTES DE MEDICINA  
 4. OTROS PROFESIONALES

OPORTUNIDAD 1

FILA: INDICACIÓN / COLUMNA: ACCIÓN

	LM	FM	OMSIÓN	QUANTES
ANT. PAC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANT. ASEPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DESR. FC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DESR. PT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DESPENT.PC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OPORTUNIDAD 2

FILA: INDICACIÓN / COLUMNA: ACCIÓN

### Formulario de observación del cumplimiento a indicaciones en la higiene de manos. ENFERMERÍA

OPORTUNIDADES PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA (JEFES Y ESTUDIANTES) DE LA CLINICA MEDICAL QUARTE.

SERVICIO \*

PABELLÓN (ALA) \*

FECHA \*

HORA DE INICIO/FIN: \*

DURACIÓN SESIÓN: \*

CATEGORIA PROFESIONAL \*

1. ENFERMERA/ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA

OPORTUNIDAD 1

FILA: INDICACIÓN / COLUMNA: ACCIÓN

	LM	FM	OMIS	QUANT
ANT. PAC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ANT. ASEPT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DESR. FC.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DESR. PT.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DESPENT.PC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OPORTUNIDAD 2

FILA: INDICACIÓN / COLUMNA: ACCIÓN

Figura 2. Fuente propia

Durante la primera semana de pasantía se generaron varios formularios google de observación digital, adaptando el formulario de observación contemplado en el Manual Técnico de Referencia para la higiene de las manos de la OMS. Se realizaron formularios modelo o piloto con el fin de probar la efectividad de estos, el primero que se llevó a cabo contenía todos los ítems del documento de la OMS, tanto los datos del servicio, categoría profesional a observar, como la opción de ocho oportunidades por

profesional, luego de aplicarlo en el servicio de urgencias en una sesión de observación, se comprobó que no era factible, pues demandaba tiempo diligenciar cada ítem, además de esto, no documentaba por categoría profesional y escenario los datos recogidos, ni compilaba las oportunidades verificadas, sino que, las calificaba como preguntas separadas, lo que no permitía cuantificar los resultados en tiempo real y de manera detallada.

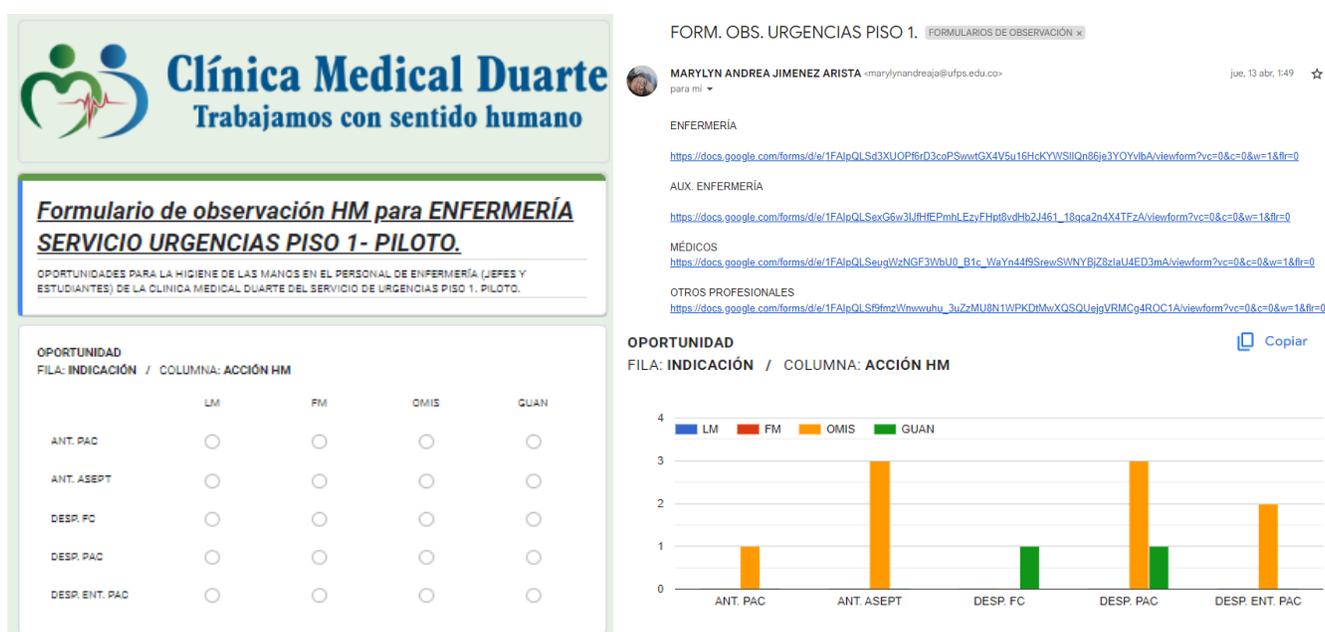


Figura 3. Fuente propia

Luego de varios intentos, se logró generar un formulario que contempla una única oportunidad, de tal manera que permitiese diligenciar y enviar lo observado al instante; para ello, se precisó el servicio y la categoría profesional, por lo que se crearon 4 formularios por servicio, cabe resaltar, que fue necesario modificar la forma de redacción de la actividad n°1, pues la manera en la que se había pensado digitalizar el formulario cambió, siendo ahora un formulario por cada categoría

profesional, de modo que se pueda acceder a cada uno de los 4 links del servicio a observar en el tiempo que corresponda, permitiendo observar hasta 3 personas a la vez, tal y como lo considera el Manual Técnico para la HM de la OMS, compilando los resultados de los cinco momentos en una sola gráfica, mostrando 4 indicadores por momento, por cada categoría profesional y de cada uno de los escenarios observados.

## PRESENTACIÓN EVIDENCIA DOCUMENTAL ELABORADA DE LA ACTIVIDAD

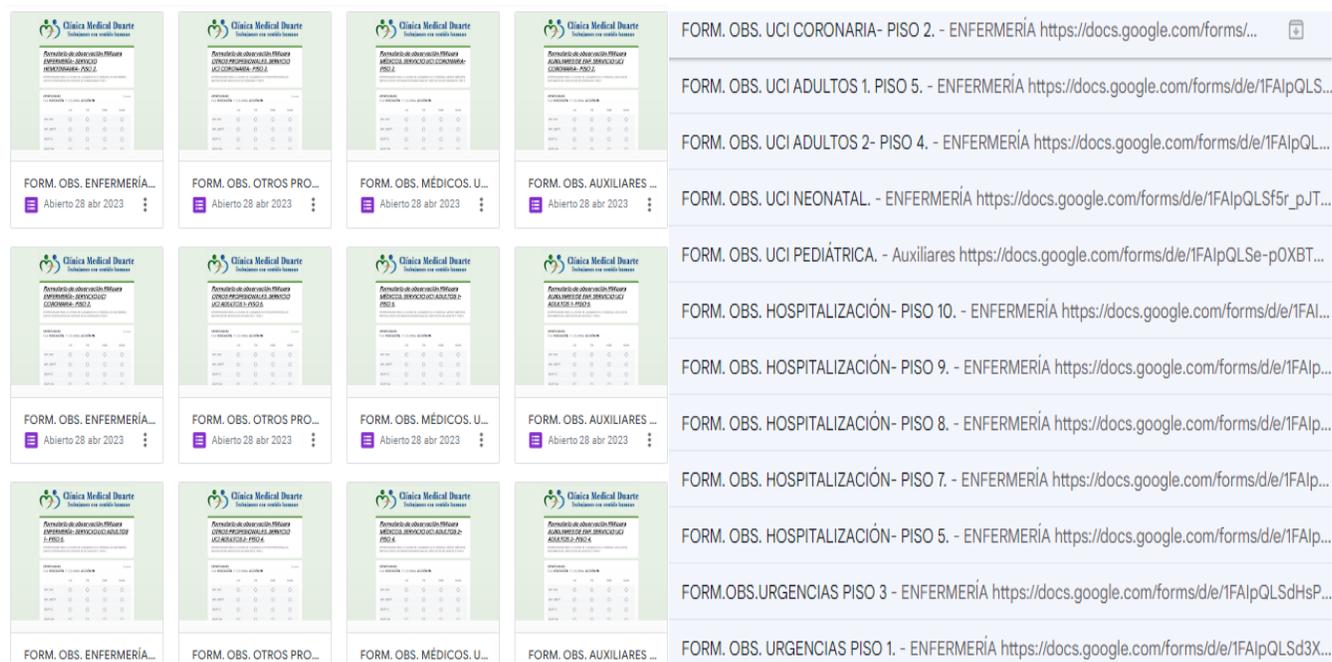


Figura 4. Fuente propia

De esta manera se generaron 4 formularios por categoría profesional por cada servicio a observar; el número total de servicios de la Clínica Medical Duarte es 23, de los cuales, en 19 servicios es posible observar la higiene de las manos para las cuatro categorías profesionales, mientras que en los 4 servicios restantes solo se observa una categoría profesional, por lo que solamente se debe crear un formulario de observación para estos escenarios, dicho de esta manera, se generaron 56 formularios de observación digitales correspondiente a 14 servicios a observar en el estudio, con el fin de compartir los links correspondientes a los coordinadores de cada servicio y de este modo se continúe evaluando la adherencia a la higiene de las manos periódicamente, tal y como lo sugiere la OMS.

Tabla 6. Resultados del proyecto por objetivo

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PROYECTO TRABAJADO</b>				
<b>Evaluar la adherencia a la higiene de las manos en el personal de salud de la Clínica Medical Duarte mediante el método observación de oportunidades para la higiene de las manos propuesto por la OMS.</b>				
<b>ACTIVIDAD N° 2 DEL OBJETIVO</b>		Verificar las oportunidades para la higiene de las manos en el personal de salud de las diferentes áreas asignadas, a través de observaciones encubiertas.		
<b>RELACIÓN INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</b>				
<b>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</b>	<b>META PLANTEADA</b>	<b>META EJECUTADA</b>	<b>FECHA DE DESARROLLO</b>

<p><b>N° de servicios observados en el estudio</b></p> <hr/> <p><b>N° total de servicios de la Clínica Medical Duarte</b></p> <p><b>x 100%</b></p>	<p>14 servicios observados en el estudio</p> <hr/> <p>23 servicios de la Clínica Medical Duarte</p> <p><b>x 100%</b></p> <p><b>=61%</b></p>	<p>60% de servicios observados para el estudio.</p>	<p>61% de servicios observados en el estudio.</p>	<p>17 ABRIL DE 2023/ 02 JUNIO DE 2023</p>
<p><b>N° de oportunidades verificadas por servicio a observar</b></p> <hr/> <p><b>N° de oportunidades a verificar por servicio a observar</b></p> <p><b>x 100%</b></p>	<p>200 oportunidades verificadas por servicio observado</p> <hr/> <p>200 oportunidades verificadas por servicio a observar</p> <p><b>x 100%</b></p> <p><b>=100%</b></p>	<p>100% de oportunidades verificadas por servicio a observar</p>	<p>100% de oportunidades verificadas por servicio observado</p>	<p>17 ABRIL DE 2023/ 26 MAYO DE 2023</p>

ACTIVIDAD N° 3 DEL OBJETIVO		Determinar el cumplimiento básico mediante el procesamiento de los datos obtenidos de acuerdo con las recomendaciones del Manual Técnico de Referencia para la higiene de manos de la OMS.		
N° de acciones positivas de higiene de manos	927 acciones positivas de higiene de manos			
N° oportunidades registradas	3.432 oportunidades registradas	Cumplimiento de adherencia a la higiene de manos	27% de adherencia a la higiene de manos	29 MAYO DE 2023/ 3 JUNIO DE 2023
<b>x100%</b>	$\frac{927}{3.432} \times 100\%$ =27% de adherencia a la higiene de manos	$\geq 85\%$		

ACTIVIDAD N° 4 DEL OBJETIVO		Realizar un informe detallado acerca de los resultados encontrados en cada una de las categorías profesionales de cada servicio observado, con base en los cinco momentos para la higiene de las manos.		
N° de indicadores por cada momento para la higiene de las manos por cada servicio observado.	4 indicadores por cada momento para la higiene de las manos por cada servicio observado.	Cuatro indicadores por cada momento para la higiene de las manos por cada servicio observado.	Cuatro indicadores por cada momento para la higiene de las manos por cada servicio observado.	29 MAYO DE 2023/ 3 JUNIO DE 2023
N° de indicadores por cada momento para la higiene de las manos correspondiente a cada categoría profesional, por cada servicio observado.	4 indicadores por cada momento para la higiene de las manos correspondiente a cada categoría profesional, por cada servicio observado.	Cuatro indicadores por cada momento para la higiene de las manos correspondiente a cada categoría profesional, por cada servicio observado.	Cuatro indicadores por cada momento para la higiene de las manos correspondiente a cada categoría profesional, por cada servicio observado.	29 MAYO DE 2023/ 3 JUNIO DE 2023

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS OBJETIVO N°1

### Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de UCI Adultos 1



Figura 5. Fuente propia

En el servicio de UCI Adultos 1 se verificaron 226 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (54%), un 36% de omisión y un 10% de uso de guantes, el momento antes del contacto con el paciente tuvo la menor tasa de adherencia a HM (13%), un 81% de omisión y un 6% de personal observado hace uso de guantes sin previamente higienizarse las manos.

#### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

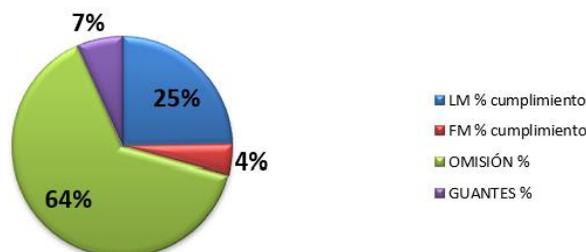


Figura 6. Fuente propia

El servicio de UCI Adultos 1 presenta una adherencia a la HM del 29%, del cual el 25% corresponde a lavado de manos y el 4% a fricción de manos, el 64% del personal omite el proceso, y el 7% usa guantes.



Figura 7. Fuente propia

En el servicio de UCI Adultos 1 la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de otros profesionales con un 48%, seguida de los auxiliares de enfermería con un 30%, por otro lado, enfermería y los médicos tienen las menores tasas de adherencia con 29% y 14% respectivamente.

## Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de UCI Adultos 2



Figura 8. Fuente propia

En el servicio de UCI Adultos 2 se verificaron 203 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (57%), un 32% de omisión y un 11% de uso de guantes, el momento antes de un procedimiento limpio/aseptico tuvo la menor tasa de adherencia a HM (14%), un 79% de omisión y un 7% de personal observado hace uso de guantes sin previamente higienizarse las manos.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

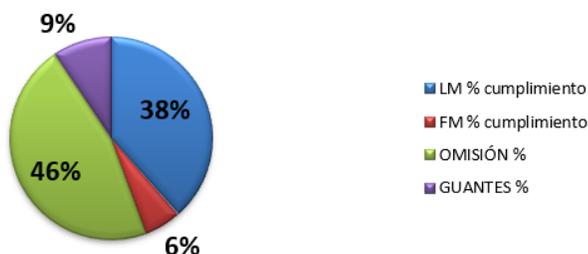


Figura 9. Fuente propia

El servicio de UCI Adultos 2 presenta una adherencia a la HM del 44%, del cual el 38% corresponde a lavado de manos y el 6% a fricción de manos, el 46% del personal omite el proceso, y el 9% usa guantes.



Figura 10. Fuente propia

En el servicio de UCI Adultos 2 la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de enfermería con un 56%, seguida de los médicos con un 52%, por otro lado, enfermería y otros profesionales tienen las menores tasas de adherencia, ambas con un 42%.

### Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de UCI Coronaria



Figura 11. Fuente propia

En el servicio de UCI coronaria se verificaron 225 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (67%), y un 33% de omisión, el momento después del contacto con el entorno del paciente tuvo la menor tasa de adherencia a HM (24%), un 68% de omisión y un 7% de personal observado continuó su labor usando guantes sin higienizarse las manos.

ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

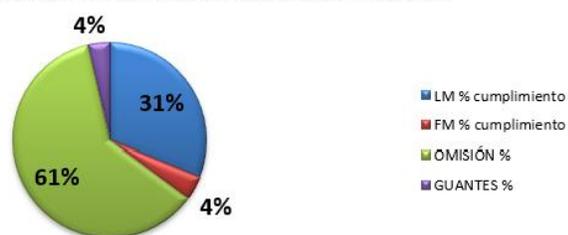


Figura 12. Fuente propia

El servicio de UCI coronaria presenta una adherencia a la HM del 35%, del cual el 31% corresponde a lavado de manos y el 4% a fricción de manos, el 61% del personal omite el proceso, y el 4% usa guantes.



Figura 13. Fuente propia

En el servicio de UCI Coronaria la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de otros profesionales con un 43%, seguida de los auxiliares de enfermería con un 39%, por otro lado, enfermería y médicos tienen las menores tasas de adherencia con 29% y 24% respectivamente.

### Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de UCI Pediátrica



Figura 14. Fuente propia

En el servicio de UCI pediátrica se verificaron 226 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (52%), un 43% de omisión y un 5% de uso de guantes, el momento antes del contacto con el paciente tuvo la menor tasa de adherencia a HM (34%), un 58% de omisión y un 8% de personal observado hace uso de guantes sin previamente higienizarse las manos.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

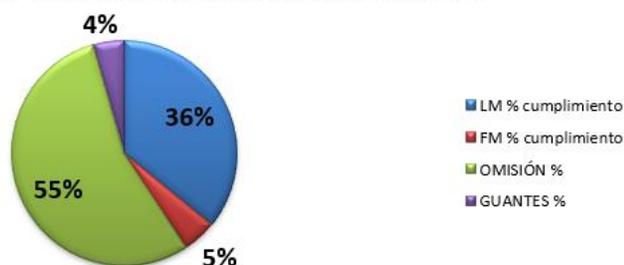


Figura 15. Fuente propia

El servicio de UCI pediátrica presenta una adherencia a la HM del 41%, del cual el 36% corresponde a lavado de manos y el 5% a fricción de manos, el 55% del personal omite el proceso, y el 4% usa guantes.



Figura 16. Fuente propia

En el servicio de UCI Pediátrica la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de enfermería con un 73%, seguida de otros profesionales con un 61%, por otro lado, los médicos y los auxiliares de enfermería tienen las menores tasas de adherencia con 56% y 28% respectivamente.

### Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de UCI Neonatal



Figura 17. Fuente propia

En el servicio de UCI neonatal se verificaron 222 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (50%), y un 50% de omisión, el momento después del contacto con el entorno del paciente tuvo la menor tasa de adherencia a HM (7%), y un 93% de omisión.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

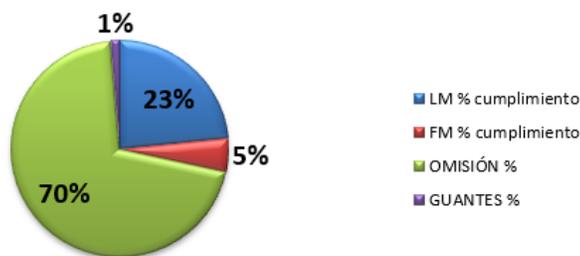


Figura 18. Fuente propia

El servicio de UCI neonatal presenta una adherencia a la HM del 28%, del cual el 23% corresponde a lavado de manos y el 5% a fricción de manos, el 70% del personal omite el proceso, y el 1% usa guantes.



Figura 19. Fuente propia

En el servicio de UCI Neonatal la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de enfermería con un 57%, seguida de otros profesionales con un 32%, por otro lado, los médicos y los auxiliares de enfermería tienen las menores tasas de adherencia con 30% y 21% respectivamente.

## Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de Hospitalización Piso 5



Figura 20. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 5 se verificaron 200 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (27%), un 65% de omisión, y un 8% de uso de guantes, el momento antes del contacto con el paciente tuvo la menor tasa de adherencia a HM (3%), un 80% de omisión y un 17% hace uso de guantes sin previamente higienizarse las manos.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

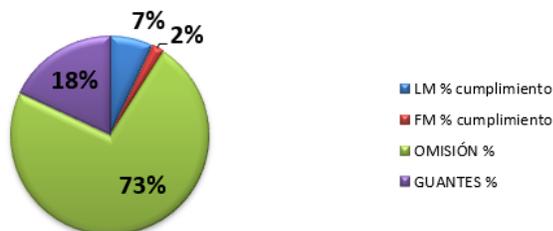


Figura 21. Fuente propia

El servicio de hospitalización piso 5 presenta una adherencia a la HM del 9%, del cual el 7% corresponde a lavado de manos y el 2% a fricción de manos, el 73% del personal omite el proceso, y el 18% usa guantes.



Figura 22. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 5 la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de otros profesionales con un 32%, seguida de enfermería con un 10%, por otro lado, los auxiliares de enfermería y médicos tienen las menores tasas de adherencia con 6% y 5% respectivamente.

## Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de Hospitalización Piso 7



Figura 23. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 7 se verificaron 212 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (24%), un 65% de omisión, y un 12% de uso de guantes, el momento antes del contacto con el paciente tuvo la menor tasa de adherencia a HM (0%), un 98% de omisión y un 2% hace uso de guantes sin previamente higienizarse las manos.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

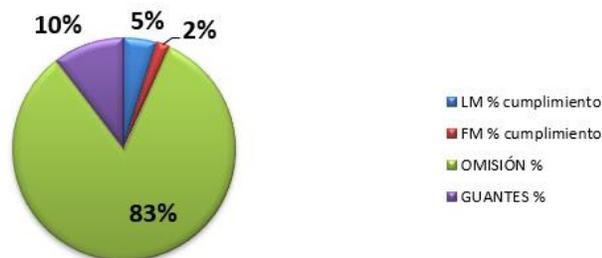


Figura 24. Fuente propia

El servicio de hospitalización piso 7 presenta una adherencia a la HM del 7%, del cual el 5% corresponde a lavado de manos y el 2% a fricción de manos, el 83% del personal omite el proceso, y el 10% usa guantes.



Figura 25. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 7 la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de otros profesionales con un 27%, seguida de médicos con un 8%, por otro lado, los auxiliares de enfermería y enfermería tienen las menores tasas de adherencia con 3% y 0% respectivamente.

## Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de Hospitalización Piso 8

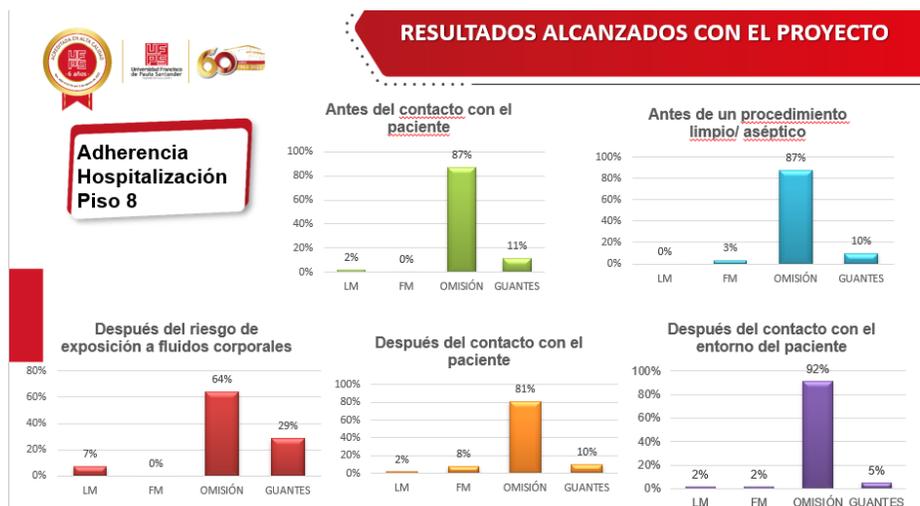


Figura 26. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 8 se verificaron 209 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (7%), un 64% de omisión, y un 29% de uso de guantes, el momento antes del contacto con el paciente tuvo la menor tasa de adherencia a HM (2%), un 87% de omisión y un 11% hace uso de guantes sin previamente higienizarse las manos.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

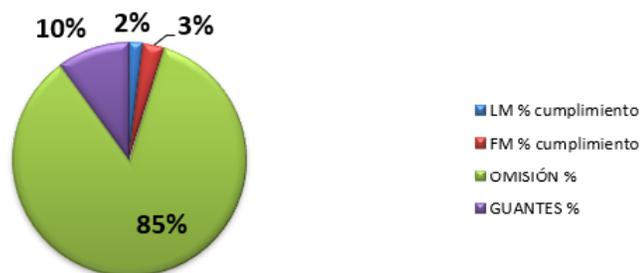


Figura 27. Fuente propia

El servicio de hospitalización piso 8 presenta una adherencia a la HM del 5%, del cual el 2% corresponde a lavado de manos y el 3% a fricción de manos, el 85% del personal omite el proceso, y el 10% usa guantes.



Figura 28. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 8 la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de enfermería con un 17%, seguida de médicos con un 7%, por otro lado, los auxiliares de enfermería y otros profesionales tienen las menores tasas de adherencia con 2% y 0% respectivamente.

## Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de Hospitalización Piso 9



Figura 29. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 9 se verificaron 207 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (19%), un 62% de omisión, y un 19% de uso de guantes, el momento antes de un procedimiento limpio/ aséptico tuvo la menor tasa de adherencia a HM (0%), un 94% de omisión y un 6% hace uso de guantes sin previamente higienizarse las manos.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

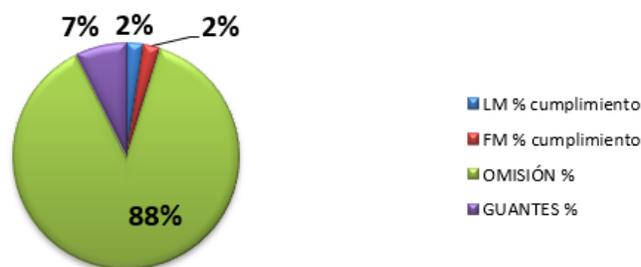


Figura 30. Fuente propia

El servicio de hospitalización piso 9 presenta una adherencia a la HM del 4%, del cual el 2% corresponde a lavado de manos y el 2% a fricción de manos, el 88% del personal omite el proceso, y el 7% usa guantes.



Figura 31. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 9 la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de otros profesionales con un 45%, seguida de médicos con un 4%, por otro lado, enfermería y los auxiliares de enfermería tienen las menores tasas de adherencia con 3% y 2% respectivamente.

### Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de Hospitalización Piso 10



Figura 32. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 10 se verificaron 201 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (34%), un 52% de omisión, y un 14% de uso de guantes, el momento antes del contacto con el paciente tuvo la menor tasa de adherencia a HM (7%), un 78% de omisión y un 15% hace uso de guantes sin previamente higienizarse las manos.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

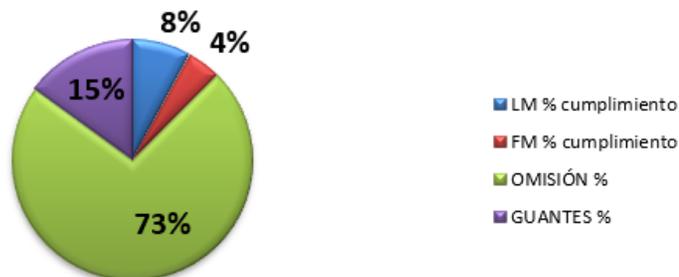


Figura 33. Fuente propia

El servicio de hospitalización piso 10 presenta una adherencia a la HM del 12%, del cual el 8% corresponde a lavado de manos y el 4% a fricción de manos, el 73% del personal omite el proceso, y el 15% usa guantes.



Figura 34. Fuente propia

En el servicio de hospitalización piso 10 la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de enfermería con un 33%, seguida de médicos con un 14%, por otro lado, los auxiliares de enfermería y otros profesionales tienen las menores tasas de adherencia, ambas con un 10%.

### Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de urgencias piso 1



Figura 35. Fuente propia

En el servicio de urgencias piso 1 se verificaron 202 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (14%), un 63% de omisión, y un 23% de uso de guantes; el momento antes del contacto con el paciente y antes de realizar una tarea aséptica tuvieron la misma tasa de adherencia a HM de 3%, diferenciada por el uso de guantes, el cual es más propenso en el momento 2 (33%) y la omisión, la cual es mayor en el momento 1 (90%).

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

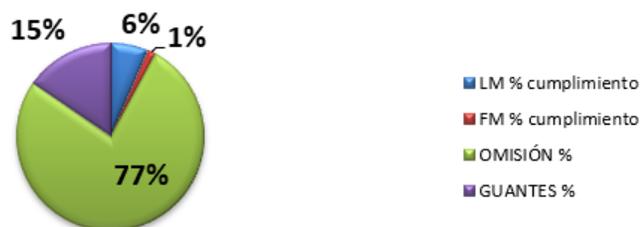


Figura 36. Fuente propia

El servicio de urgencias piso 1 presenta una adherencia a la HM del 7%, del cual el 6% corresponde a lavado de manos y el 1% a fricción de manos, el 77% del personal omite el proceso, y el 15% usa guantes.



Figura 37. Fuente propia

En el servicio de urgencias piso 1 la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de enfermería con un 12%, seguida de los auxiliares de enfermería con un 8%, por otro lado, los médicos y otros profesionales tienen las menores tasas de adherencia con un 5% y un 4% respectivamente.

## Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de urgencias piso 3



Figura 38. Fuente propia

En el servicio de urgencias piso 3 se verificaron 276 oportunidades para la higiene de las manos. Los cinco momentos para la HM tienen tasas de adherencia a HM similares entre el 16% y 19%, y omisiones entre el 69% y 79%, siendo el momento 5 el de mayor omisión.

El uso de guantes, está entre el 3% y 14%, siendo el momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales el de mayor porcentaje.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS

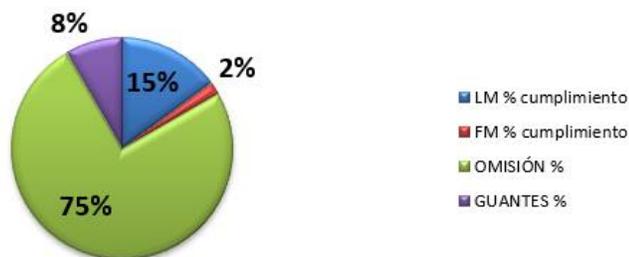


Figura 39. Fuente propia

El servicio de urgencias piso 3 presenta una adherencia a la HM del 17%, del cual el 15% corresponde a lavado de manos y el 2% a fricción de manos, el 75% del personal omite el proceso, y el 8% usa guantes.



Figura 40. Fuente propia

En el servicio de urgencias piso 3 la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de otros profesionales con un 31%, seguida de los médicos con un 26%, por otro lado, los auxiliares de enfermería y enfermería tienen las menores tasas de adherencia con un 12% y un 10% respectivamente.

### Adherencia a la higiene de las manos en el servicio de quimioterapia.



Figura 41. Fuente propia

En el servicio de quimioterapia se verificaron 205 oportunidades para la higiene de las manos. El momento después del riesgo de exposición a fluidos corporales tuvo la mayor tasa de adherencia a HM (67%), un 25% de omisión, y un 8% de uso de guantes; el momento antes del contacto con el paciente tuvo la menor tasa de adherencia a HM de 7%, un 79% de omisión y un 14% de uso de guantes.

### ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS



Figura 42. Fuente propia

El servicio de quimioterapia presenta una adherencia a la HM del 42%, del cual el 34% corresponde a lavado de manos y el 8% a fricción de manos, el 44% del personal omite el proceso, y el 13% usa guantes.



Figura 43. Fuente propia

En el servicio de quimioterapia la mayor tasa de adherencia a la higiene de las manos la tiene la categoría de médicos con un 80%, seguida de enfermería con un 60%, resaltando que enfermería tuvo un mayor número de oportunidades verificadas (98), por otro lado, los auxiliares de enfermería y otros profesionales tienen las menores tasas de adherencia con un 25% y un 23% respectivamente, destacando un mayor número de oportunidades verificadas en los auxiliares de enfermería (98).

### Tasa global de adherencia a la higiene de las manos en la Clínica Medical Duarte

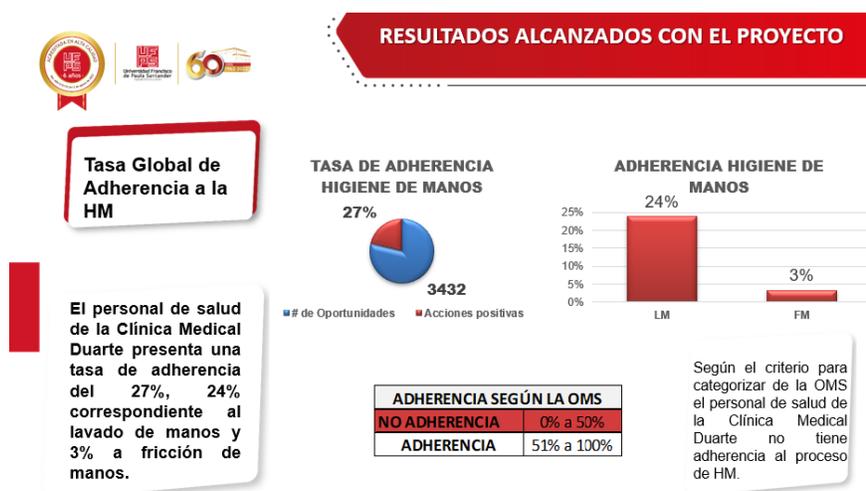


Figura 44. Fuente propia

La tasa global de adherencia a la higiene de manos en la Clínica Medical Duarte es del 27%, 24% correspondiente al lavado de manos y 3% a fricción, según el criterio de la OMS para categorizar la adherencia a la higiene de manos, el personal de salud de la Clínica Medical Duarte no tiene adherencia al proceso de higiene de manos.

### Adherencia a la higiene de manos por servicios observados

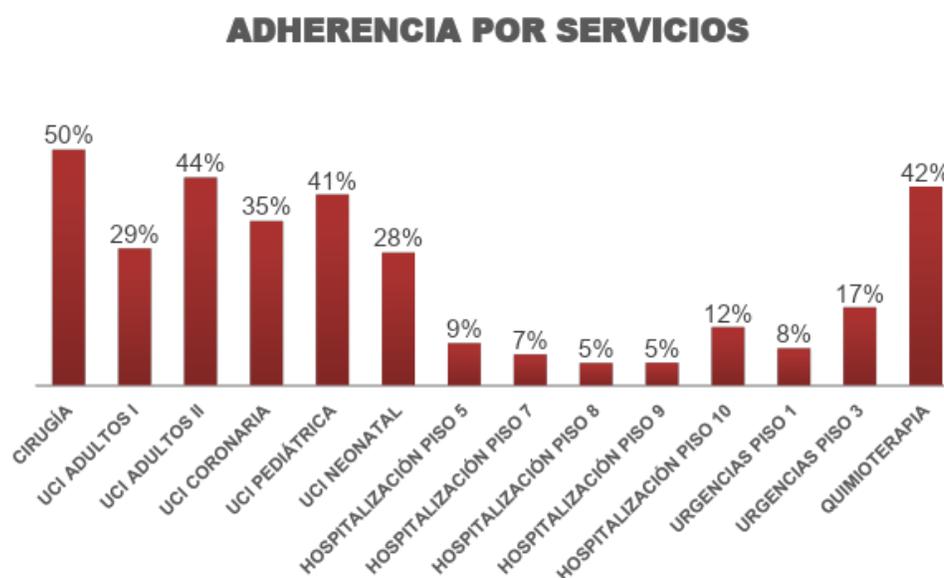


Figura 45. Fuente propia

El personal de salud del servicio de cirugía tiene la mayor tasa de adherencia (50%), seguido del servicio de UCI Adultos 2 (44%), quimioterapia con 42%, y UCI pediátrica (41%). Los servicios de hospitalización y urgencias tienen las menores tasas de adherencia a HM <18%.



Figura 46. Fuente propia

La categoría de otros profesionales tiene la mayor tasa de adherencia (42%), seguida de la categoría de enfermería (36%) y médicos (32%). Los auxiliares de enfermería siendo la categoría con el mayor número de oportunidades observadas (n = 1.718) tuvo la menor tasa de adherencia (18%).



Figura 47. Fuente propia

La mayor adherencia de los profesionales fue "después del riesgo de exposición a fluidos corporales" (41 %). La menor adherencia se dio en el momento "Después del contacto con el entorno del paciente" (23 %).

## PRESENTACIÓN EVIDENCIA DOCUMENTAL ELABORADA DE LA ACTIVIDAD

Tabla 7. Distribución porcentual de profesionales sanitarios según adherencia a la higiene de las manos por servicios observados

<b>Servicios observados</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Acciones HM</b>	<b>LM</b>	<b>%</b>	<b>FM</b>	<b>%</b>	<b>Índice de Adherencia de HM</b>
<b>Cirugía</b>	618	31	305	49%	6	1%	50%
<b>Uci adultos 1</b>	226	66	56	25%	10	4%	29%
<b>Uci adultos 2</b>	203	90	78	38%	12	6%	44%
<b>Uci coronaria</b>	225	79	70	31%	9	4%	35%
<b>Uci pediátrica</b>	226	92	81	36%	11	5%	41%
<b>Uci neonatal</b>	222	63	52	23%	11	5%	28%
<b>Hospitalización</b>	200	18	14	7%	4	2%	9%
<b> piso 5</b>							
<b>Hospitalización</b>	212	14	10	5%	4	2%	7%
<b> piso 7</b>							
<b>Hospitalización</b>	209	10	4	2%	6	3%	5%
<b> piso 8</b>							
<b>Hospitalización</b>	207	10	5	2%	5	2%	5%
<b> piso 9</b>							

<b>Hospitalización</b>	201	25	16	8%	9	4%	12%
<b>piso 10</b>							
<b>Urgencias piso 1</b>	202	16	13	6%	3	1%	8%
<b>Urgencias piso 3</b>	276	46	41	15%	5	2%	17%
<b>Quimioterapia</b>	205	87	70	34%	17	8%	42%
<b>Total</b>	3432	927	815	24%	112	3%	27%

La tabla 7 clasifica las oportunidades y las acciones positivas de higiene de manos según el índice de adherencia a la higiene de las manos por servicios observados, el personal de salud del servicio de cirugía tiene la mayor tasa de adherencia (50%), seguido del servicio de UCI Adultos 2 (44%), quimioterapia con 42% y UCI pediátrica (41%). Los servicios de hospitalización y urgencias tienen las menores tasas de adherencia a HM <18%.

Tabla 8. Distribución porcentual de profesionales sanitarios según categoría profesional

<b>Categoría</b>	<b>Oportunidades</b>	<b>Acciones</b>	<b>Índice de Adherencia de HM</b>
Enfermería	514	186	36%
Auxiliar de Enfermería	1718	311	18%
Médicos	776	252	32%
Otros profesionales *	424	178	42%

Total	3432	927	27%
-------	------	-----	-----

\*Instrumentador quirúrgico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, técnico de radiología, camillero, estudiante.

La tabla 8 clasifica las oportunidades y las acciones de HM realizadas según la categoría profesional descrita. La categoría de otros profesionales que incluye a instrumentadores quirúrgicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, técnicos de radiología, camilleros, y otros estudiantes tuvo la mayor tasa de adherencia (42%), seguido de la categoría de enfermería con un 36% de adherencia. Por otro lado, los médicos obtuvieron 32 % de índice de adherencia a la HM y los auxiliares de enfermería siendo la categoría con el mayor número de oportunidades observadas (n = 1.718) tuvo la menor tasa de adherencia (18%).

Tabla 9. Distribución porcentual de profesionales sanitarios según momento de indicación para la higiene de las manos

Momento	Oportunidades	Acciones	Índice de Adherencia de HM
Antes del contacto con el paciente	869	234	27%
Antes de un procedimiento limpio/ aséptico	570	147	26%
Después del riesgo de exposición a fluidos corporales	446	183	41%

Después del contacto con el paciente	747	180	24%
Después del contacto con el entorno del paciente	800	183	23%
Total	3472	927	27%

La tabla 9 clasifica las oportunidades y las acciones positivas de higiene de manos según momentos de indicación para la higiene de las manos, la mayor adherencia de los profesionales fue "después del riesgo de exposición a fluidos corporales" (41 %). La menor adherencia se dio en el momento "Después del contacto con el entorno del paciente" (23 %).

## RESULTADOS DEL ESTUDIO

Se observaron un total de 3.432 oportunidades, donde el 49,8 % fueron auxiliares de enfermería, el 14,9 % enfermeros profesionales, el 22,6% médicos y el 12,3 % otros profesionales, dentro de los resultados del análisis, se destacan los siguientes hallazgos, la tasa de adherencia a la higiene de manos fue de 27%, 24% lavado de manos y 3% fricción de manos, la categoría de otros profesionales realizó higiene de manos en 42%, enfermería en 36%, médicos en 32% y auxiliares de enfermería en 18%, también se evidenció que del total de oportunidades de lavado, los momentos más observados fueron: antes del contacto con el paciente (25%), después del contacto con el entorno del paciente (23%), después del contacto con el paciente (22%), antes de una tarea aséptica (17%) y después de la exposición a fluidos corporales (13%), se destaca la no adherencia a la higiene de manos en todos los momentos, después del contacto

con el entorno del paciente (24%), después del contacto con el paciente (24%), antes de un procedimiento limpio/ aséptico (26%) y antes del contacto con el paciente (27%), siendo el momento 3 el de mayor adherencia (41%). Finalmente se concluye, evidenciando, que los servicios en los que hubo mayor adherencia a la higiene de manos fueron los de Cirugía, UCI Adultos 2, Quimioterapia y UCI Pediátrica con el 50%, el 44%, el 42% y el 41% respectivamente, y que la adherencia a la higiene de manos fue menor en los diferentes servicios de hospitalización (<12%) y urgencias (<17%).



Figura 49. Fuente propia

ente

las acciones positivas de higiene de manos (lavado de manos y fricción de manos), por lo que se aportó complementando con las acciones negativas (omisión y guantes), insertando fórmulas que permitieran calcular el número total de oportunidades y acciones por servicio observado, obteniendo de esta manera cuatro indicadores por cada momento para la higiene de manos.

Base de datos modificada por la estudiante de pasantía

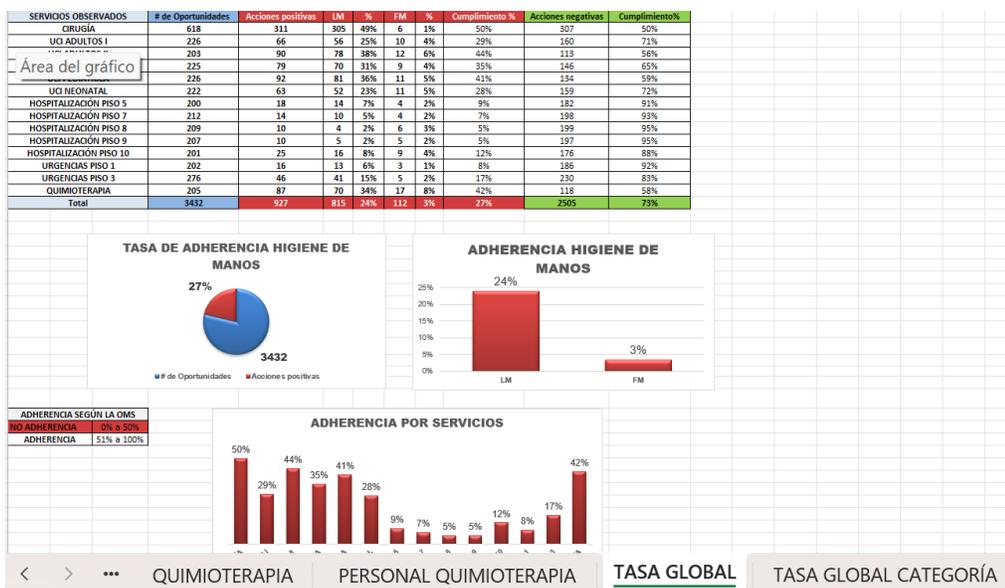


Figura 50. Fuente propia

Adicionalmente se incluyó una hoja para el cálculo de la tasa global de adherencia a la higiene de manos en el personal de salud, insertando gráficos que permitan visualizar la tasa de adherencia de cada servicio evaluado.

Base de datos modificada por la estudiante de pasantía

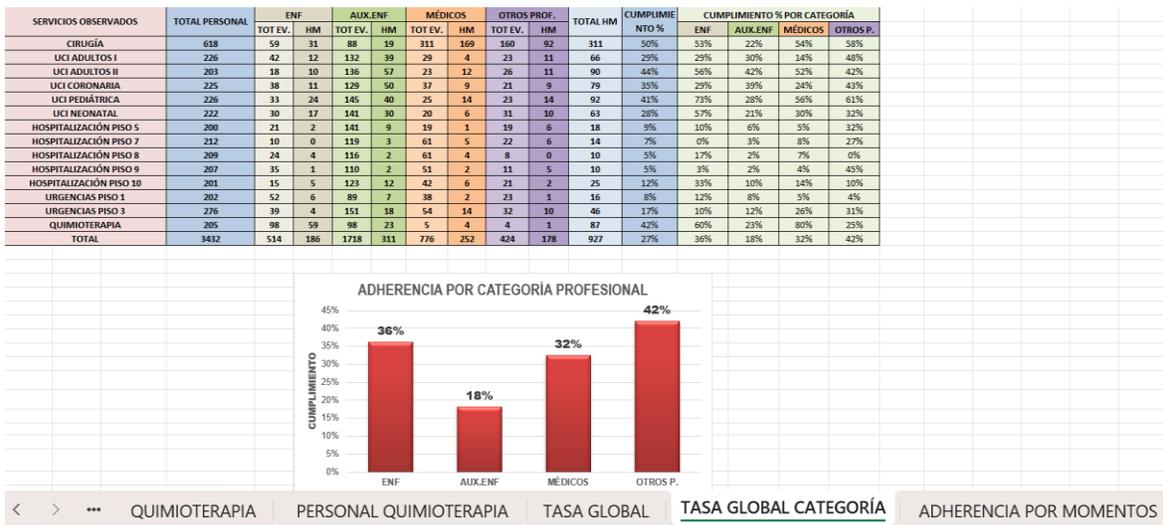


Figura 51. Fuente propia

También se anexó una hoja para el cálculo de tasa global por categoría profesional, y de esta manera conocer cuál es la categoría con mayor y menor tasa de adherencia a la higiene de manos.

## Base de datos modificada por la estudiante de pasantía

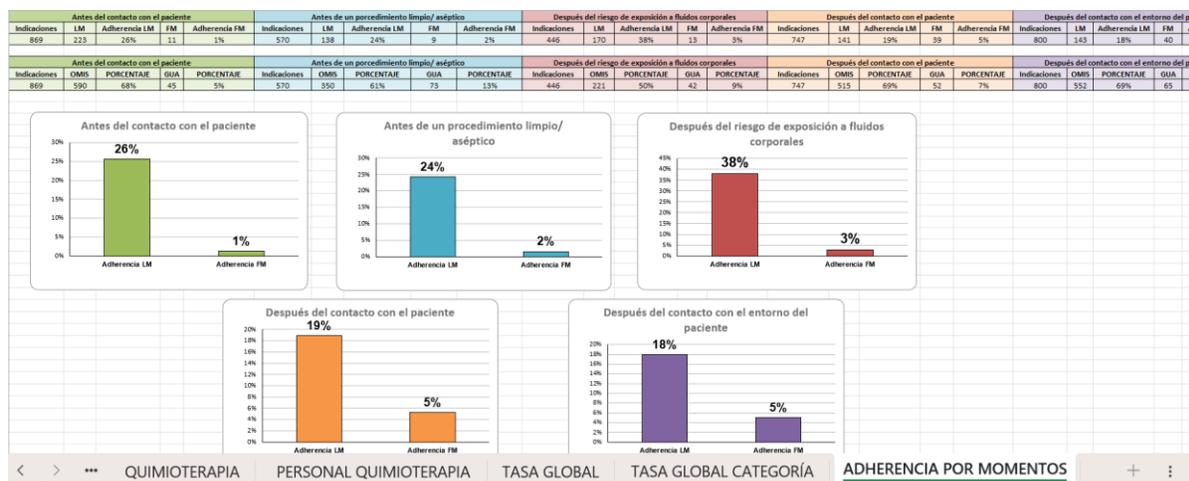


Figura 52. Fuente propia

Por último, se creó una hoja consolidando las oportunidades y acciones positivas de higiene de manos de cada momento por cada servicio evaluado, permitiendo calcular la adherencia por momento de indicación y así conocer cuáles son los momentos con mayor y menor tasa de adherencia a la higiene de manos.

Tabla 10. Resultados del proyecto por objetivo

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PROYECTO, TRABAJADO</b>				
Identificar los factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte durante las oportunidades observadas.				
<b>ACTIVIDAD N° 1 DEL OBJETIVO</b>	Registrar los factores asociados a no higienizar las manos en el momento indicado durante las oportunidades observadas.			
<b>RELACIÓN INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</b>				
<b>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</b>	<b>META PLANTEADA</b>	<b>META EJECUTADA</b>	<b>FECHA DE DESARROLLO</b>
N° de listas de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	1 lista de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	1 lista de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	1 lista de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	04 JUNIO DE 2023/ 07 JUNIO DE 2023

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS OBJETIVO N°2

Tabla 11. Lista de factores asociados a no adherencia a la higiene de las manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte

<b>Factores asociados a no adherencia a la higiene de las manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte</b>	
<b>Recursos</b>	1. Resequedad e irritación de la piel.
	2. No cumplimiento de la pirámide de los guantes.
<b>Personal asistencial</b>	3. Desconocimiento de los cinco momentos para la higiene de las manos- No reconocimiento de la indicación.
	4. Desconocimiento de la importancia del proceso de higiene de manos.
	5. Planificación de la atención sin tener en cuenta el tiempo necesario para la higiene de las manos.
	6. Percepción inadecuada del uso de guantes- “el uso de guantes reemplaza la HM”
	7. Olvido.

	8. El proceso de recarga del producto lleva mucho tiempo.
	9. Falta de prioridad del proceso de higiene de manos.
<b>Institución</b>	10. Alta carga laboral.
	11. Falta de entrenamiento y retroalimentación para el manejo de la herramienta OMS (formulario de observación).
	12. Falta de incentivos o recompensas por aumento de adherencia en los servicios.
	13. Falta de estrategias de educación al paciente y familia.
	14. Falta de más puntos de lavado de manos en áreas semicríticas.

Se diseñó una lista de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en el personal de salud evaluado, estos factores se lograron identificar simultáneamente durante la observación de oportunidades para la higiene de las manos verificadas en el personal mientras prestaban una atención sanitaria.

Tabla 12. Resultados del proyecto por objetivo

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PROYECTO, TRABAJADO</b>				
Plantear acciones de mejora derivadas de los resultados obtenidos en la observación realizada para la adherencia a la higiene de las manos.				
<b>ACTIVIDAD N° 1 DEL OBJETIVO</b>		Diseñar un plan de mejoramiento derivado de los resultados obtenidos en la observación realizada a los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.		
<b>RELACIÓN INDICADORES Y METAS – POR ACTIVIDAD</b>				
<b>FORMULA DEL INDICADOR PLANTEADO</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN DEL RESULTADO DEL INDICADOR DESARROLLADO-</b>	<b>META PLANTEADA</b>	<b>META EJECUTADA</b>	<b>FECHA DE DESARROLLO</b>
N° de acciones de mejora aprobadas	3 acciones de mejora aprobadas	90% de aprobación sobre el planteamiento	100% de aprobación sobre el planteamiento	04 JUNIO DE 2023/ 07 JUNIO DE 2023
N° de acciones de mejora planteadas	3 acciones de mejora planteadas	de acciones de mejora para la adherencia a la higiene de las manos.	de acciones de mejora para la adherencia a la higiene de las manos.	
<b>x100%.</b>	<b>=100%</b>			

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS OBJETIVO N°3

DEPARTAMENTO, ÁREA, O PROCESO AUDITADO		N° HOJA		CLINICA MEDICAL DUARTE		
ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS EN RELACIÓN A LOS CINCO MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS RECOMENDADOS POR LA OMS.		1				
ANEXO PLAN DE MEJORAMIENTO PLANTEADO A LA ENTIDAD						
AREA RESPONSABLE:						
Acciones de mejora	Actividad	Fechas		Recursos	Indicador seguimiento	Responsable seguimiento
		Inicio	Fin			
1. Medir la adherencia a la higiene de las manos de manera periódica, aplicando los formularios de observación digital dispuestos para cada servicio de la Clínica Medical Duarte.	Investigación	08/07/2023	08/12/2023	Formularios de observación digitales. Base de datos higiene de manos.	N° de mediciones de adherencia la higiene de manos anuales.	Coordinadora del programa de Prevención y Control de Infecciones de la Clínica Medical Duarte.  Coordinadora del programa de Prevención y Control de Infecciones de la Clínica

Figura 53. Fuente propia

<p>2.1 Capacitar al personal sobre los cinco momentos para la higiene de las manos y el reconocimiento oportuno de las indicaciones durante la atención sanitaria.</p> <p>2.2 Sensibilizar al personal de la Clínica Medical Duarte acerca de la importancia de la adherencia a la higiene de las manos como medida universal más sencilla, efectiva y económica para prevenir la transmisión de enfermedades.</p> <p>2.3 Capacitar al personal acerca del uso adecuado de los guantes y su indicación según la pirámide de la OMS.</p>	Educativa	08/07/2023	08/12/2023	<p>Diapositivas instructivas sobre los cinco momentos para la higiene de las manos y el adecuado uso de los guantes.</p> <p>Dinámicas educativas acerca del reconocimiento oportuno de las indicaciones para la HM y para el uso de guantes.</p>	N° de personal de salud capacitado.	<p>Medical Duarte.</p> <p>Coordinadora del programa de Prevención y Control de Infecciones de la Clínica Medical Duarte.</p> <p>Gerencia.</p>
---	-----------	------------	------------	--	-------------------------------------	---

Figura 54. Fuente propia

3. Incentivar al personal de salud recompensando o sancionando por el desempeño en la adherencia a la higiene de las manos por servicio y categoría profesional. “servicio más adherente”, “profesional más adherente”, “servicio menos adherente”, “profesional menos adherente”	Gestión	08/07/2023	08/12/2023	Incentivos económicos. Descansos. Etiquetas o insignias de adherencia. Cuadro de honor.	% de adherencia a la higiene de las manos por servicio y categoría profesional.	
---	---------	------------	------------	--	---	--

Figura 55. Fuente propia

Se plantearon tres acciones de mejora, una actividad de investigación, una de educación y una de gestión con el fin de fortalecer el proceso de higiene de manos en el personal de salud logrando evaluar la totalidad de servicios de la Clínica Medical Duarte en los que se presta una atención sanitaria , al cabo de cada medición de adherencia se espera que la tasa de cumplimiento aumente al adoptar estas estrategias, las cuales fueron previamente revisadas y aprobadas por la coordinadora de Prevención y control de infecciones de la institución.

## CONCLUSIONES

1. En conclusión, se identificó no adherencia a la HM en los profesionales observados (técnicos de enfermería, enfermeras, estudiantes de enfermería, médicos, residentes e internos de medicina, instrumentadores quirúrgicos, fisioterapeutas, camilleros y otros). De ellos, los auxiliares de enfermería fueron los que menos se adhirieron a este procedimiento y en los que más se verificaron oportunidades, mientras que la categoría de otros profesionales y enfermería mostraron el mayor porcentaje de adhesión a la HM.
2. Se puede concluir que el personal de salud desconoce la fricción de manos como higiene de manos, pues del 27% de tasa de adherencia a la higiene de manos, el 3% corresponde a fricción de manos, también es preocupante la alta omisión de higiene de manos, incluso en pacientes con aislamiento.
3. Los resultados de este estudio entregan información acerca de la adherencia por momento de indicación para la higiene de las manos, el momento "después del riesgo de exposición a fluidos corporales" tuvo la mayor tasa de adherencia (41 %), mientras que el momento "Después del contacto con el entorno del paciente" tuvo la menor tasa de adherencia (23 %).
4. Los resultados de este estudio cuantitativo indican que los servicios de urgencias y hospitalización, tienen las tasas de adherencia más bajas, seguidos de servicios

críticos como la UCI neonatal, UCI adultos 1 y UCI coronaria.

5. La práctica de la HM entre los profesionales del equipo multidisciplinar debe mejorar en todos los servicios observados, pues ninguno clasifica como adherente según la OMS, en servicios como hospitalización, urgencias y las UCI se debe trabajar más arduamente en pro de fortalecer el proceso de higiene de manos.

6. Los formularios de observación digital, son una herramienta clave en la medición de adherencia a la higiene de las manos, pues facilita el trabajo y brinda confiabilidad sobre los datos diligenciados, pues permite guardar en tiempo real y visualizar prematuramente los datos recogidos, teniendo una percepción temprana del comportamiento en cuanto a la higiene de las manos por categoría profesional en cada servicio observado.

7. El inadecuado uso de guantes es más propenso en servicios como urgencias, hospitalización, UCI adultos 1 y quimioterapia, en los que se evidencia un porcentaje de uso de guantes más alto.

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA  
SANTANDER**

NOMBRE DEL ENTREGABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIÓN	FIRMA PASANTE	FIRMA COORDINADOR DEL PROYECTO	SUPERVISOR DE PASANTIA
RELACION DE ARCHIVOS INICIALES DEL PROYECTO EN MEDIO MAGNETICO (ENTREGADOS AL GRUPO PROFESORA GLORIA)	✓			<i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i> Luz Angélica Gaitán Durán C.C. 60.204.193 UDAS
ENTREGA DE DIAPOSITIVAS DE SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO	✓			<i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i> Luz Angélica Gaitán Durán C.C. 60.204.193 UDAS
ENTREGA SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DOCUMENTOS Y DEMAS ELEMENTOS DESARROLLADOS EN ARCHIVOS POR SEPARADO EN MEDIO MAGNETICO	✓			<i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i> Luz Angélica Gaitán Durán C.C. 60.204.193 UDAS
ENTREGA DE ASISTENCIAS EN MEDIO MAGNETICO	✓			<i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i> Luz Angélica Gaitán Durán C.C. 60.204.193 UDAS
ENTREGA DE SOPORTES FISICOS CUANDO AMERITE	✓			<i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i> Luz Angélica Gaitán Durán C.C. 60.204.193 UDAS
ENTREGA DE LISTADOS DE PACIENTES - BASES DE DATOS U OTROS ELEMENTOS ADICIONALES	✓			<i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i> Luz Angélica Gaitán Durán C.C. 60.204.193 UDAS
ENTREGA DEL PRESUPUESTO DILIGENCIADO POR RUBROS	✓			<i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i> Luz Angélica Gaitán Durán C.C. 60.204.193 UDAS
ENTREGA DE VIDEOS FOTOGRAFIAS CON FECHAS	✓			<i>[Firma]</i>		<i>[Firma]</i> Luz Angélica Gaitán Durán C.C. 60.204.193 UDAS

Anexo 2. Acta de entregables

## 8. PLAN OPERATIVO CON RESULTADOS

Tabla 13. Plan operativo con resultados

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO N 1:</b> Evaluar la adherencia a la higiene de las manos en el personal de salud de la Clínica Medical Duarte mediante el método observación de oportunidades para la higiene de las manos propuesto por la OMS.				
<b>ACTIVIDAD DESARROLLADA</b>	<b>META LOGRADA CON FECHA DE EJECUCIÓN</b>	<b>INDICADOR OPERACIONALIZADO</b>	<b>PRODUCTOS ENTREGADOS Y EVIDENCIAS DEL OBJETIVO</b>	<b>N° DE BENEFICIARIOS</b>
Generación de formularios de observación, por categoría profesional, correspondiente a cada	61% de formularios de observación digitales generados, por categoría profesional,	56 formularios de observación digitales generados por categoría profesionales correspondiente a los 14 servicios a observar	Ejemplo de Links de formularios de observación digitales: <b>ENFERMERÍA</b>	324 trabajadores de salud de 14 servicios de la Clínica Medical Duarte.

servicio a observar, siguiendo el modelo propuesto por la OMS y utilizando las tecnologías de la información.	correspondiente a cada servicio a observar.  10 abril de 2023/ 17 abril de 2023	92 formularios por categoría profesional correspondiente a los 23 servicios de la Clínica Medical Duarte  x 100%  <b>=61%</b>	<a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd3XUOPf6rD3coPSwwtGX4V5u16HcKYWSIIQn86je3YOYvlbA/viewform?vc=0&amp;c=0&amp;w=1&amp;flr=0">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd3XUOPf6rD3coPSwwtGX4V5u16HcKYWSIIQn86je3YOYvlbA/viewform?vc=0&amp;c=0&amp;w=1&amp;flr=0</a>	14 coordinadores de la Clínica Medical Duarte correspondiente a los 14 servicios evaluados.  1 coordinador de prevención y control de infecciones.
Aplicación de formularios de observación digitales en el personal de salud de 14 servicios de la Clínica Medical Duarte.	60% de servicios observados para el estudio.  17 abril de 2023/ 26 mayo de 2023	14 servicios observados en el estudio  23 servicios de la Clínica Medical Duarte  <b>x 100%</b>	<b>AUX.</b> <b>ENFERMERÍA</b>  <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSexG6w3IJfHfEPmhLEzyFHpt8vdHb2J461_18qca2n4X4TFzA/viewf">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSexG6w3IJfHfEPmhLEzyFHpt8vdHb2J461_18qca2n4X4TFzA/viewf</a>	Total 339 beneficiarios.

		<b>=61%</b>	orm?vc=0&c=0&w =1&flr=0 <b>MÉDICOS</b> <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeugWzNGF3WbU0_B1c_WaYn44f9SrewSWNYBjZ8zIaU4ED3mA/viewform?vc=0&amp;c=0&amp;w=1&amp;flr=0">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeugWzNGF3WbU0_B1c_WaYn44f9SrewSWNYBjZ8zIaU4ED3mA/viewform?vc=0&amp;c=0&amp;w=1&amp;flr=0</a> <b>OTROS</b> <b>PROFESIONALE</b>
Verificación de las oportunidades para la higiene de las manos en el personal de salud de las diferentes áreas asignadas, a través de observaciones encubiertas.	100% de oportunidades verificadas por servicio observado  17 abril de 2023/ 26 mayo de 2023	200 oportunidades verificadas por servicio observado <hr/> 200 oportunidades verificadas por servicio a observar  <b>x 100%</b>  <b>=100%</b>	

<p>Determinar el cálculo básico de cumplimiento mediante el procesamiento de los datos obtenidos de acuerdo con las recomendaciones del Manual Técnico de Referencia para la higiene de manos de la OMS.</p>	<p>27% de adherencia a la higiene de las manos en el personal de salud de 14 servicios de la Clínica Medical Duarte.  29 mayo de 2023/ 02 junio de 2023</p>	<p>927 acciones positivas de higiene de manos</p> <hr/> <p>3.432 oportunidades registradas</p> <p style="text-align: center;">x 100%</p> <p><b>=27% de adherencia a la higiene de manos</b></p>	<p><b>S</b></p> <p><a href="https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf9fmzWnw wuhu_3uZzMU8N1WPKDtMwXQSQUejgVRMCg4ROC1A/viewform?v c=0&amp;c=0&amp;w=1&amp;fl r=0">https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf9fmzWnw wuhu_3uZzMU8N1WPKDtMwXQSQUejgVRMCg4ROC1A/viewform?v c=0&amp;c=0&amp;w=1&amp;fl r=0</a></p>	
<p>Realizar un informe detallado acerca de los resultados encontrados en cada servicio observado, con base en</p>	<p>Cuatro indicadores por cada momento para la higiene de las manos por cada servicio observado.</p>	<p>4 indicadores por cada momento para la higiene de las manos por cada servicio observado.</p>	<p>Anexo 1</p> <p>Documento de Word que contiene todos los links de los formularios de</p>	

<p>los cinco momentos para la higiene de las manos.</p>	<p>29 mayo de 2023/ 02 junio de 2023</p>		<p>observación digital generados.</p> <p>Anexo 2</p>	
<p>Realizar un informe detallado acerca de los resultados encontrados en cada una de las categorías profesionales de cada servicio observado, con base en los cinco momentos para la higiene de las manos.</p>	<p>Cuatro indicadores por cada momento para la higiene de las manos correspondiente a cada categoría profesional, por cada servicio observado.</p> <p>29 mayo de 2023/ 02 junio de 2023</p>	<p>4 indicadores por cada momento para la higiene de las manos correspondiente a cada categoría profesional, por cada servicio observado</p>	<p>Documento de Excel- Base de datos cinco momentos para la higiene de manos.</p>	

<b>OBJETIVO ESPECÍFICO N 2:</b> Identificar los factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte durante las oportunidades observadas.				
Documentar los factores asociados a no higienizar las manos en el momento indicado durante las oportunidades observadas.	Documento de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	1 documento de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos en los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	Anexo 3  Documento de PDF que contiene lista de factores asociados a la no adherencia a la higiene de manos identificados en el estudio.	Clínica Medical Duarte
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO N 3:</b> Plantear acciones de mejora derivadas de los resultados obtenidos en la observación realizada para la adherencia a la higiene de las manos.				
Diseñar un plan de mejoramiento derivado	100% de aprobación sobre el	3 acciones de mejora aprobadas _____	Anexo 4 Plan de mejoramiento	Clínica Medical Duarte

de los resultados obtenidos en la observación realizada a los profesionales de salud de la Clínica Medical Duarte.	planteamiento de acciones de mejora para la adherencia a la higiene de las manos.	3 acciones de mejora planteadas  <b>x100%</b>  <b>=100%</b>	planteado a la entidad.	
--	---	---	-------------------------	--

### 8.1 CRONOGRAMA DESARROLLADO

ACTIVIDADES	FECHAS									
	SEMANA 01 (10-14 ABRIL)	SEMANA 02 (17-21 ABRIL)	SEMANA 03 (24-28 ABRIL)	SEMANA 04 (2-5 MAYO)	SEMANA 05 (8-12 MAYO)	SEMANA 06 (15-19 MAYO)	SEMANA 07 (23-26 MAYO)	SEMANA 08 (29-02 JUNIO)	SEMANA 09 (05-09 JUNIO)	SEMANA 10 (13-16 JUNIO)
Generación de formularios de observación digitales y aplicación-prueba piloto.										
Generación de formularios de observación digitales por categoría profesional correspondiente a cada servicio de la Clínica Medical Duarte, propuestos en el estudio.										
Presentación de avances del proyecto a la coordinadora del Programa de Prevención y Control de Infecciones.										
Aplicación de formularios de observación digitales en cada uno de los servicios Clínica Medical Duarte propuestos en el estudio.										
Identificación de factores asociados a la no adherencia a la higiene de las manos durante cada sesión de observación.										
Revisión y complementación de fórmulas en cuadro de Excel acerca de la cuantificación de los resultados obtenidos en el estudio.										
Diligenciamiento y alimentación del cuadro de Excel basándose en los datos obtenidos en los formularios de observación.										

Figura 56. Fuente propia



## 8.2 PRESUPUESTO EJECUTADO

Tabla 14. Presupuesto ejecutado en la pasantía

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER									
PROGRAMA DE ENFERMERÍA - FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD									
PRESUPUESTO - PROYECTOS SOCIALES Y EVENTOS EDUCATIVOS -PASANTÍAS									
NOMBRE DE LA IPS O COMUNIDAD :	CLÍNICA MEDICAL DUARTE	NOMBRE DE LA COMUNIDAD POBLACIÓN:		CANTIDAD DE BENEFICIARIOS:	340	FECHA DE INICIO:	10/04/2023	FECHA DE TERMINACIÓN:	07/06/2023
<b>NOMBRE DEL PROYECTO O EVENTO EDUCATIVO</b>	ADHERENCIA A LA HIGIENE DE LAS MANOS EN EL PERSONAL DE SALUD	<b>PASANTE:</b>	MARYLYN ANDREA JIMÉNEZ ARISTA			<b>CÓDIGO:</b>	1801078	<b>SEMESTRE ACADÉMICO:</b>	<b>PASANTÍAS</b>

	DE LA CLÍNICA MEDICAL DUARTE DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DE 2023.								I SEM	
<b>DOCENTE SUPERVISOR</b>	MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA		PASANTÍAS CLÍNICA MEDICAL DUARTE		<b>Financiado por:</b>					
<b>Descripción del Recurso</b>	<b>UNIDAD DE MEDIDA</b>	<b>Cantidad</b>		<b>Valor Unitario</b>	<b>Costo Total (\$)</b>		<b>Universidad</b>		<b>Contrapartida:</b>	
		<b>Plan eado</b>	<b>Ejecu tado</b>		<b>Planeado</b>	<b>Ejecutado</b>	<b>Plane ado</b>	<b>Ejecu tado</b>	<b>Entidad (VER LISTA DESPLEGABLE)</b>	
<b>RECURSO HUMANO</b>									APORTE DIRECTO OTRAS ENTIDADES DE SALUD EN ESPECIE	

DIRECTORA DE PROYECTO	HORAS	<b>50</b>	50	<b>\$ 15.000</b>	\$ 750.000	\$ 750.000				
PASANTE	HORAS	<b>300</b>	300	<b>\$ 10.000</b>	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000				
<b>RECURSOS MATERIALES</b>										
IMPRESOS-FOTOCOPIAS	UNIDAD	<b>25</b>	25	<b>\$ 300</b>	\$ 7.500	\$ 7.500				
LAPICEROS	UNIDAD	<b>2</b>	2	<b>\$ 2.000</b>	\$ 4.000	\$ 4.000				
<b>EQUIPOS Y HERRAMIENTAS</b>										
COMPUTADOR	UNIDAD			<b>\$ 1.800.000</b>	\$ 1.800.000	\$ 1.800.000				
INTERNET	HORAS	<b>300</b>	300	<b>\$ 1.200</b>	\$ 360.000	\$ 360.000				
<b>OTROS RECURSOS</b>										
TRANSPORTE	UNIDAD	<b>44</b>	44	<b>\$ 5.200</b>	\$ 228.800	\$ 228.800				
<b>TOTAL</b>					<b>\$ 6.150.300</b>	<b>\$ 6.150.300</b>	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
<b>Observaciones del Presupuesto:</b>										

## REFERENCIAS

### BIBLIOGRAFIA

Amaro Cano, M. (2004). Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 20(4). Recuperado el 13 de 02 de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es).

Arriba Fernández, A., Molina Cabrillana, M. J., & Serra Majem, L. (2021). Evaluación de la adherencia a la higiene de manos en profesionales sanitarios en un hospital de tercer nivel en relación con la pandemia de SARS-CoV-2. *Revista Española de Quimioterapia*, 34(3), 214-219. Obtenido de <https://seq.es/wp-content/uploads/2021/04/arriba07apr2021.pdf>

Atewell, A. (2010). Florence Nightingale (1820-1910). *Revista Salud, Historia y Sanidad*, 4(1). Recuperado el 03 de 03 de 2023, de <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/131>

Barbosa Montejo, M. C., & Vanegas Bustamante, M. A. (25 de Octubre de 2022). Adherencia al protocolo de higienización de manos de los estudiantes de sexto semestre de medicina de la universidad de Antioquia en sus lugares de prácticas durante el segundo semestre del 2022. Medellín, Colombia. Recuperado el 12 de 02 de 2023, de Sistemas de bibliotecas de la Universidad de Antioquia: <https://hdl.handle.net/10495/32837>

Bates, R. (s.f.). *Scrubs Magazine*. Recuperado el 03 de 03 de 2023, de <https://scrubsmag.com/espanol/florence-nightingale-pionera-del-lavado-de-manos-y-la-higiene-por-la-salud/>

## REFERENCIAS

- Burgos, C. (12 de 05 de 2020). *Facultad de medicina Universidad Austral de Chile*. Obtenido de Noticias FAME: <https://medicina.uach.cl/2020/05/el-legado-vigente-de-florence-nightingale-y-el-dia-internacional-de-la-enfermeria/>
- Coelho, M. S., Silva Arruda, C., & Faria Simoes, S. M. (2011). Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. *Enfermería global*, 10(21). Recuperado el 03 de 03 de 2023, de [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000100003&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100003&lng=es).
- Congreso de Colombia. (1996). Ley 266 de 1996. Colombia. Obtenido de [https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf)
- Congreso de Colombia. (2015). Ley Estatutaria de Salud. Colombia. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Cristancho Villada, J., Franco Arana, C., & Ríos Vásquez, Y. (2019). *Repositorio Universidad Cooperativa de Colombia*. (F. d. Universidad Cooperativa de Colombia, Ed.) Obtenido de <https://repository.ucc.edu.co/bitstreams/e88ca296-2d8d-40e1-ac8c-9a5e443788db/download>
- Henao Gonzáles , S., Sierra, P., & Roldán Jaramillo, P. (2014). Asociación entre higiene de manos y características sociodemográficas laborales y locus de control en los profesionales de la salud de la IPS Universitaria, Sede León XIII. (R. U. CES, Ed.) Medellín, Colombia. Obtenido de [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/699/Asociacion\\_adherencia\\_higiene.pdf?sequence=1](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/699/Asociacion_adherencia_higiene.pdf?sequence=1)
- Herrera Travieso, D. M. (2020). Adherencia a la higiene de las manos en trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 57(e306). Recuperado el 09 de 02 de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032020000100006&lng=es.%20%20Epub%2001-Sep-2021](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032020000100006&lng=es.%20%20Epub%2001-Sep-2021).

## REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Salud. (2022). Comportamiento de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud en Colombia. Colombia. Obtenido de [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_9.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Boletin_epidemiologico_semana_9.pdf)
- López Cudco, L., Herrera Sánchez, P., Rodríguez Díaz, J., & Parcon Bitanga, M. (2019). Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería. *Archivo Médico de Camagüey*, 23(4). Recuperado el 11 de 02 de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000400464&lng=es.%20%20Epub%2001-Ago-2019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000400464&lng=es.%20%20Epub%2001-Ago-2019).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Febrero de 2018). PROGRAMA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD-IAAS Y LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA. BOGOTÁ, COLOMBIA. Recuperado el 09 de 02 de 2023, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/programa-iaas-ram.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Resolución 2471 de 2022. Colombia. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202471%20de%202022.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202471%20de%202022.pdf)
- Molina Águila , N., & Oquendo de la Cruz, Y. (2020). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la adherencia al lavado de manos en personal de salud. *Revista Cubana de Pediatría*, 92(2). Recuperado el 11 de 02 de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312020000200011&lng=es.%20%20Epub%2015-Abr-2020](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000200011&lng=es.%20%20Epub%2015-Abr-2020).

## REFERENCIAS

- Murthy, R., & Grein, J. (abril de 2018). *International Society for Infectious Diseases*. Recuperado el 12 de 02 de 2023, de <https://isid.org/guia/prevencion/monitoreohigienemanos/#Referencias>
- Naranjo Hernández , Y., Álvarez Rodríguez, R., Mirabal Requena, J., & Alvarez Escobar , B. (2020). Florence Nigthingale, la primera enfermera investigadora. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 24(3). Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000300014)
- Naranjo Hernández, Y., Echemendía Marrero, M., Rodríguez Cordero, C. R., & Perez Prado , L. (2020). Un recorrido por la historia del lavado de las manos. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 24(5). Recuperado el 03 de 03 de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000500015&lng=es.%20%20Epub%2028-Oct-2020](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000500015&lng=es.%20%20Epub%2028-Oct-2020).
- Ocampo Gómez, M., & Lemus Narvárez , A. (2020). Higiene de manos en el personal de salud en un ámbito hospitalario. Una revisión de la literatura. *Cultura del cuidado enfermería*, 17(1), 93-106. Recuperado el 09 de 02 de 2023, de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1247910/higiene-de-manos-en-el-personal-de-salud.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. España. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102537/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.02\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102537/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *La OMS publica el primer informe mundial sobre prevención y control de infecciones (PCI)*. Ginebra. Recuperado el 09 de 02 de 2023, de <https://www.who.int/es/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>

## REFERENCIAS

- Ortiz Mayorga, J. L., Pineda Rodríguez, I. G., Dennis, R. J., & Porras, A. (2019). Costos atribuidos a las infecciones asociadas con la atención en salud en un hospital de Colombia, 2011-2015. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*, 39(1), 103. Obtenido de <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4061/3982>
- Rendón Alvarez, J. (2020). Factores relacionados con la Adherencia a la Higiene de Manos por parte del personal asistencial en los hospitales de alta complejidad. Medellín, Colombia. Recuperado el 11 de 02 de 2023, de [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4624/1020407008\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4624/1020407008_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Riveros Pérez , E., Zambrano, P., & Amado, P. (2012). Adherencia a las guías de higiene de manos en en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. *Medicina U.P.B*, 31(2), 127-134. Recuperado el 10 de 02 de 2023, de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/1666/1470>
- Rodríguez Villar, D., Del Moral Lu, J., San Román Montero, J., Gil de Miguel, Á., Rodríguez Caravaca, G., & Durán Poveda, M. (2019). Adherencia a la higiene de manos con soluciones hidroalcohòlicas en estudiantes de medicina. Estudio descriptivo transversal. *Revista Española de Quimioterapia*, 32(3), 231-237. Recuperado el 06 de 02 de 2023, de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6609939/#:~:text=La%20adherencia%20global%20a%20la%20higiene%20de%20manos%20en%20los,jab%C3%B3n%20\(6%2C6%25\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6609939/#:~:text=La%20adherencia%20global%20a%20la%20higiene%20de%20manos%20en%20los,jab%C3%B3n%20(6%2C6%25)).
- Salcedo Cifuentes, M., Ordóñez Hernández, C., & Calvo Soto, A. (2020). Cumplimiento de una estrategia de higiene de manos en ambientes asistenciales. *Investigación en enfermería imagen y desarrollo*, 22. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/2d75/342ba85c14a2afce0b3e56a2434c79c130a1.pdf>

## REFERENCIAS

- Saldarriaga Saldoval, L., Barreto Boulanger, J., & Córdova García, D. (2016). Adherencia al lavado de manos en personal de salud del hospital regional José Alfredo Mendoza Olavarria II-2 de Tumbes. *Iberoamericana de educación e investigación en enfermería*, 6(4), 42-54. Recuperado el 12 de 02 de 2023, de <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/221/adherencia-al-lavado-de-manos-en-personal-de-salud-del-hospital-regional-jose-alfredo-mendoza-olavarria-ii-2-de-tumbes/>
- Saludbydiaz. (17 de 09 de 2022). *Gestión y economía de la salud*. Recuperado el 13 de 02 de 2023, de <https://saludbydiaz.com/2022/09/17/lavado-de-manos-estudio-observacional-de-ocho-anos/>
- Sánchez García, Z. T., Mora Pérez, Y., Gónzales Ricardo , L. L., Torres Esperón , J. M., Marrero Rodríguez, J. N., & Cambil , M. J. (2021). Fundamentos teóricos de Florencia Nightingale sobre higiene de manos. Apuntes para una reflexión en tiempos de COVID-19. *Medisur*, 19(5), 845-851. Recuperado el 03 de 03 de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2021000500845&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000500845&lng=es). Epub 30-Oct-2021.
- Subdirección de calidad, investigación y gestión de conocimiento. (marzo de 2010). *addinstrumentadores*. Obtenido de [https://www.aadinstrumentadores.org.ar/images/paginas/higiene\\_de\\_manos/doc/MANUALOBSERVACIONDIRECTA.pdf](https://www.aadinstrumentadores.org.ar/images/paginas/higiene_de_manos/doc/MANUALOBSERVACIONDIRECTA.pdf)
- Velázquez Aznar, A., & Dandicourt Thomas, C. (2010). Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910). *Revista Cubana de Enfermería*, 26(4), 166-169. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000400001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400001)
- Villegas Arenas, O., Gómez , J., López, J., Richard Nelson, R., Villa, J., Botero, J., & García, N. (2017). Medición de adherencia al lavado de manos, según los cinco momentos de la OMS. *Duzuary*, 14(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512158734016>

## REFERENCIAS

Young, P., Hortis de Smith, V., Chambi, M. C., & Finn, B. C. (2011). Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. *Revista Médica de Chile*, 139(6), 807-813. Recuperado el 03 de 03 de 2023, de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872011000600017&lng=es.%20%20http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017&lng=es.%20%20http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000600017).