

Implementación del Programa de Higiene de manos en la CV

**Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y
Eficiencia Tecnológica**

14/02/2023

DG de Planificación, Eficiencia Tecnológica y Atención al Paciente

Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. JUSTIFICACIÓN | 3 |
| 2. RESPONSABILIDAD DE APLICACIÓN..... | 5 |
| 3. OBJETIVOS | 5 |
| 3.1. Objetivo General..... | 5 |
| 3.2. Objetivos Específicos | 5 |
| 4. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS: ACTIVIDADES..... | 6 |
| 4.1. Autoevaluación en HM | 6 |
| 4.2. Auditorías..... | 6 |
| 4.3. Campaña de HM | 6 |
| 5. EVALUACIÓN | 9 |
| 5.1. Autoevaluación en HM | 9 |
| 5.2. Auditorías..... | 10 |
| 5.3. Campaña HM | 10 |
| 5.4. Indicadores de HM..... | 10 |
| 6. MEMORIA DE ACTIVIDADES | 13 |
| 7. CRONOGRAMA | 13 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA | 14 |

Abreviaturas y acrónimos

CSUSP: Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

ECDC: European Center for Disease Prevention and Control

HM: higiene de manos

IRAS: infección relacionada con la asistencia sanitaria

MS: Ministerio de Sanidad

CCAA: Comunidades Autónomas

OMS: Organización Mundial de la Salud

PBA: preparados de base alcohólica

PCAySP: Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente

P-HM: programa de higiene de manos

P-PCI: Programa de Prevención y Control de Infecciones

SMPSP: Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

SNS: Sistema Nacional de Salud

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UFCASP: Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente

CV: Comunitat Valenciana

1. JUSTIFICACIÓN

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son aquellas que se producen en un paciente durante el proceso de atención en un hospital u otro centro sanitario que no estaban presentes o no se estaban incubando en el momento del ingreso. Se incluyen las infecciones contraídas en el hospital pero que se manifiestan tras el alta hospitalaria y también las infecciones profesionales entre el personal del centro sanitario (1).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 5% y el 10% de pacientes que ingresan en hospitales en países desarrollados, contraerán una o más infecciones (2). Estas infecciones a menudo son difíciles de tratar debido a que son producidas por microorganismos portadores de diversas resistencias antibióticas, pero la evidencia muestra que alrededor del 50% se puede prevenir con prácticas seguras (3).

El European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) afirma que aproximadamente 4 millones de pacientes adquieren una IRAS cada año en la Unión Europea y aproximadamente 37.000 muertes resultan directamente de estas infecciones (4). En España, el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales (EPINE) del año 2022, concluye que un 8,23% de los pacientes contrajeron una infección relacionada con la asistencia sanitaria (5).

Las causas que pueden favorecer estas infecciones son diversas y pueden estar relacionadas con el entorno de trabajo, la organización del sistema, los hábitos de los profesionales sanitarios, los procedimientos, la comunicación y/o el nivel de formación. **Las manos destacan como principal vehículo de transmisión de los microorganismos causantes de las IRAS** (6).

La Higiene de Manos (HM) constituye una medida fundamental para reducir y prevenir la transmisión de estas infecciones, siendo una medida barata, sencilla y efectiva. Así, diferentes estudios demuestran que las intervenciones que consiguen mejorar la adherencia y aplicación de la HM, se relacionan con una reducción de las IRAS (7). **La HM es un elemento esencial y primordial para crear y favorecer un clima de seguridad en la atención sanitaria**. Sin embargo, a pesar de ser una medida sencilla, el bajo nivel de cumplimiento de la HM es una cuestión universal en la atención sanitaria. Según datos de la OMS, *la adherencia global no supera el 40% de promedio* (1).

Existen múltiples barreras potenciales para la implementación en la práctica la HM: falta de compromiso político, por barreras institucionales y administrativas, falta de compromiso del personal sanitario y directivos, de recursos económicos, falta de percepción de la importancia y repercusión de las IRAS a nivel socioeconómico (8).

Varios estudios publicados sugieren que *las estrategias multimodales y multidisciplinares que se concentran en un cambio del sistema, con un enfoque constante de sensibilización, educación y evaluación, ofrecen la mayor probabilidad de éxito en términos de mejora de la HM y reducción de las IRAS* (8).

La estrategia propuesta por la OMS del año 2009 en la *“Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos”* y el *“Manual técnico de referencia para la higiene de las manos”* ha mostrado la mejora en el cumplimiento de la HM en distintos ámbitos y ha conseguido que la cultura organizacional de los centros sanitarios que la aplican la considere como elemento importante dentro de las medidas destinadas a mejorar la seguridad del paciente (8).

La Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 del SNS contempla en su objetivo 2.2. *“La promoción de prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria”*, especificando la necesidad de mantener y fomentar la expansión del Programa de HM, que se desarrolla en colaboración con las CCAA, preservando y consolidando las acciones incluidas en dicho programa con el fin de mejorar la adherencia a la HM de profesionales, pacientes y cuidadores en todos los ámbitos asistenciales (3).

Desde el año 2020, la HM se ha transformado en una de las principales estrategias de salud pública para prevenir la propagación del SARS-CoV-2, tanto para profesionales sanitarios como para el resto de la población. Sin embargo, los procesos de evaluación y mejora de los programas de HM y control de infecciones en los distintos centros sanitarios han interrumpido su normal funcionamiento, dificultando la retroalimentación y mejora continua de dichos programas.

En este contexto y considerando la importancia del programa de HM, el **Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente** de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública (CSUSP, *Instrucción 6/2022: Actualización de las funciones de calidad asistencial y seguridad de los pacientes en los departamentos de salud. Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente*) contiene en la línea estratégica 5 **“Garantizar la seguridad de todos los procesos mediante la gestión de riesgos sanitarios”** el objetivo: **“Garantizar el mantenimiento y la mejora continua del programa de HM recomendado por el SNS en todos los centros sanitarios”** (10).

En base a lo expuesto, se propone el presente documento de implementación del Programa de HM en la CV.

2. RESPONSABILIDAD DE APLICACIÓN

La HM es un elemento esencial para lograr la cobertura universal de la salud por tres motivos:

- Es una práctica basada en la evidencia.
- Ha demostrado un impacto en la atención de calidad y en la seguridad del paciente.
- Alcanza todos los niveles de la atención sanitaria.

Dentro de los P-PCI, los agentes implicados en la implantación y vigilancia del óptimo cumplimiento de la HM en los distintos departamentos/centros de la CSUSP son:

Equipo Directivo del Departamento: es el responsable último de garantizar la implementación del programa en los centros del departamento y la difusión entre los profesionales sanitarios implicados en su desarrollo.

Unidad Funcional de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (UFCASP) de los departamentos/centros: es la encargada de liderar, coordinar e impulsar el programa de HM entre profesionales, pacientes y usuarios del departamento.

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (SMPSP): responsable de elaborar una estrategia de vigilancia de la adecuada implementación de la actividad de la HM por parte de profesionales sanitarios para garantizar la aplicación de los Protocolos Normalizados de Trabajo (PNT) en el contexto que definan las UFCASP.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Garantizar el mantenimiento y la mejora continua del programa de HM en los distintos centros y departamentos de salud de la CSUSP.

3.2. Objetivos Específicos

- 3.2.1 Autoevaluación anual del programa de HM.
- 3.2.2 Auditorías para verificar el cumplimiento del Programa de HM.
- 3.2.3 Campaña de HM, coincidiendo con el Día Mundial.
- 3.2.4 Indicadores de HM contemplados en el Programa de HM del SNS.

4. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS: ACTIVIDADES

4.1. Autoevaluación en HM

Los centros y departamentos de salud deberán realizar una autoevaluación en HM para verificar el cumplimiento del programa de HM. Para la realización de ésta, el Servicio de Evaluación de la Calidad Asistencial y Eficiencia Tecnológica (en adelante servicio de Calidad) proporcionará un cuestionario en formato Excel a partir de la herramienta desarrollada por la OMS.

Se seguirá la *Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la HM* https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia_aplicacion.pdf

Actividades para lograr el cumplimiento del P-HM:

- 4.1.1 Realización, con carácter anual, de la autoevaluación de HM propuesta por la OMS en el marco de aplicación de su *estrategia multimodal para la mejora de HM*.

4.2. Auditorías

Las UFCASP deberán realizar auditorías siguiendo el Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (PCAySP), para garantizar el mantenimiento y la mejora continua del programa de HM recomendado por el SNS en todos los centros sanitarios.

El *manual técnico de referencia para la HM*, dirigido a profesionales sanitarios, formadores y observadores de las prácticas de HM se encuentra en el siguiente enlace: https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual_tecnico.pdf

Los instrumentos de recogida de información (*cuestionario sobre conocimientos en HM de los profesionales sanitarios, cuestionario de percepción a los directivos, cuestionario de percepción a los profesionales sanitarios y formulario de observación*) se encuentran disponibles en:

<https://seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/recursos/instrumentos-recogida-informacion/>

Actividad para lograr el cumplimiento del P-HM:

- 4.2.1 Realización, con carácter anual, de 2 auditorías de verificación del cumplimiento del programa de HM por parte de las UFCASP recogidas en una de las líneas estratégicas del Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente.

4.3. Campaña de HM

Los centros y departamentos de salud deberán organizar actividades para impulsar el inicio de la campaña coincidiendo con el Día Mundial de la HM, difundiéndolas en los medios de comunicación. Se incluyen:

- Actividades de promoción y divulgación de la actividad HM entre profesionales sanitarios, pacientes y usuarios de los puntos de atención sanitaria.

- Actividades para sensibilizar, concienciar y dar a conocer el efecto sobre la prevención en la transmisión de infecciones con una buena práctica de la HM en el entorno sanitario y comunitario.
- Actividades de formación e incrementación de la capacitación de profesionales en la correcta técnica de la HM.

Las UFCASP deberán organizar un mínimo de 2 actividades de difusión de la campaña al año para cumplir con la línea estratégica 5 del Plan de Calidad “Garantizar la seguridad de todos los procesos mediante la gestión de riesgos sanitarios”, y en concreto con el objetivo: “Garantizar el mantenimiento y la mejora continua del programa de HM recomendado por el SNS en todos los centros sanitarios”.

Las actividades relacionadas con la campaña de HM a realizar desde los centros y departamentos de salud serán las siguientes:

4.3.1 Difusión y reparto de cartelería e infografía con el lema de la jornada u otros tipos de materiales divulgativos proporcionados por el Ministerio de Sanidad a las distintas unidades, servicios y centros sanitarios.

4.3.2 Difusión de la celebración de la Jornada del Día Mundial de la HM en los centros sanitarios mediante: fondos de pantalla en los terminales de trabajo, mensajes en la intranet, publicación de mensajes informativos y de promoción de la HM a través de redes sociales y spots publicitarios, y reproducción de vídeos institucionales divulgativos de la técnica de HM proyectados en bucle en las pantallas de las entradas de los centros, salas de espera y consultas.

4.3.3 Instalación, con motivo de la Jornada del Día Mundial de la HM, de puntos divulgativos con reparto de soluciones de bolsillo de gel/solución hidroalcohólica en los centros sanitarios.

4.3.4 Elaboración de materiales específicos por parte de los centros sanitarios como: vídeos editados por profesionales sanitarios, dípticos informativos, chapas o bolígrafos con el lema de la jornada, juegos dirigidos sobre HM, etc.

4.3.5 Difusión fotográfica de apoyo a la campaña de profesionales realizando la HM y los talleres.

4.3.6 Difusión de la técnica correcta de HM mediante puntos de información para pacientes y acompañantes que accedan al centro, concienciándolos en la importancia de la HM para la prevención de la transmisión de infecciones.

4.3.7 Involucrar a usuarios de los puntos de atención sanitaria en la cultura de la HM y en la petición expresa de su correcta aplicación por parte de profesionales sanitarios.

4.3.8 Realización de un informe de las actividades realizadas con motivo de la celebración del Día Mundial de HM y de las acciones de mejora del P-HM durante el resto del año.

4.3.9 Instalación de un Buzón de Sugerencias o Blog para usuarios y profesionales.

4.3.10 Instalación de nuevos puntos de dispensación de productos de base alcohólica y revisión de los ya existentes.

4.3.11 Potenciación, desde los centros de atención primaria, en promoción de la HM en el ámbito comunitario (colegios, Institutos de Educación Secundaria (IES)):

- Realización de acciones educativas en las aulas, como concursos de cuentos infantiles o dibujos con la temática de la HM, videos grupales, talleres prácticos presenciales y telemáticos, etc.
- Formación del personal docente por parte del personal de enfermería de salud escolar en la técnica de HM y en qué momento realizarla tanto dentro como fuera de las aulas.
- Difusión de vídeos e infografía entre alumnado y personal docente.
- Actividades de refuerzo en el hogar mediante fichas según edades, para realizar por los alumnos en casa con el objeto de reforzar este hábito de higiene y hacer partícipes a los convivientes.

4.3.12 Potenciación de la participación de otros grupos de población en iniciativas de promoción de la HM en el ámbito comunitario (centro de atención a los “sin techo”, migrantes, población vulnerable, etc).

4.3.13 Realización de encuestas a pacientes y análisis de los resultados sobre su participación en las actividades de HM y sus propuestas de mejora.

4.3.14 Realización de cursos en formación básica, formación continuada y organización de talleres prácticos sobre HM, por parte de los SMPSP, dirigidos a todos los grupos de profesionales, con la implicación de directivos y mandos intermedios.

4.3.15 Formación por parte de los SMPSP al resto de profesionales sanitarios para impartir sesiones y realizar observación de HM (formación de formadores), incluidas residencias de mayores y centros sociosanitarios adscritos.

4.3.16 Implicación de residentes (MIR, EIR, FIR, PIR, BIR y QIR), desde el inicio de su programa de formación sanitaria especializada, como uno de los principales agentes de la observación directa de la HM, promoviendo a través de las Comisiones de Docencia, que realicen una encuesta sobre su nivel de conocimiento y aplicación de HM en su práctica habitual.

4.3.17 Publicación en la intranet del departamento de salud de la memoria de las actividades realizadas en HM.

5. EVALUACIÓN

5.1. Autoevaluación en HM

La realización de la autoevaluación va a permitir analizar la situación de las prácticas de HM y su promoción en cada centro sanitario. Además de permitir un diagnóstico de situación, este instrumento posibilitará la formulación de un plan de acción para el programa de promoción de la HM evaluado, en base a la identificación de aquellos aspectos que necesitan atención y mejora.

Los cinco componentes de la estrategia multimodal para la mejora de la HM que son analizados en la autoevaluación en HM propuesta por la OMS son:

1. *Cambio del sistema*: garantizar que se cuenta con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales sanitarios practicar la HM. Esto incluye dos elementos esenciales:

- el acceso a un suministro seguro y continuo de agua, así como a jabón y toallas;
- fácil acceso al preparado de base alcohólica para manos en el punto de atención

2. *Formación*: proporcionar formación con regularidad a todos los profesionales sanitarios sobre la importancia de la HM, basada en el modelo de “Los 5 momentos para la HM”, y los procedimientos adecuados para la fricción de manos y el lavado de manos.

3. *Evaluación y retro-alimentación*: hacer un seguimiento de las infraestructuras y prácticas de HM, junto con las correspondientes visiones y conocimientos por parte de los profesionales sanitarios, y al mismo tiempo proporcionar al personal información de retorno sobre los resultados.

4. *Recordatorios en el lugar de trabajo*: señalar y recordar a los profesionales sanitarios la importancia de la HM y las indicaciones y procedimientos adecuados para llevarla a cabo.

5. *Clima institucional de seguridad*: crear un entorno y unas percepciones que propicien la sensibilización sobre las cuestiones de seguridad del paciente y garantizar al mismo tiempo que la mejora de la HM se considere una gran prioridad a todos los niveles. Esto supone la participación activa a escala institucional e individual; la toma de conciencia de la capacidad individual e institucional de cambiar y mejorar (autoeficacia); y la asociación con pacientes y organizaciones de pacientes.

El **resultado de la autoevaluación** sitúa a los centros sanitarios en **4 niveles diferentes**, según la puntuación obtenida:

- Nivel Inadecuado: de 0 a 125 puntos
- Nivel Básico: de 126 a 250 puntos
- Nivel Intermedio: de 251 a 375 puntos
- Nivel Avanzado (o de liderazgo): de 376 a 500 puntos

Ante los resultados obtenidos los centros y departamentos de salud propondrán un **plan de acción**. El servicio de Calidad enviará plantilla Excel a cada centro sanitario y solicitará que se

indiquen las acciones de mejora en HM, con el objetivo final de implantar con éxito la HM en cada centro sanitario.

5.2. Auditorías

La realización de al menos 2 auditorías al año por parte de las UFCASP se evaluará mediante la memoria y el informe anual de seguimiento del PCAySP, enviado al servicio de calidad durante el periodo solicitado.

5.3. Campaña HM

Siguiendo el PCAySP se evaluarán las acciones para difusión de la campaña del Día Mundial en HM realizadas por cada centro y departamento, debiéndose realizar un mínimo de 2 actividades al año. Al igual que en el punto anterior, estas acciones constarán en la memoria anual y en el informe anual de seguimiento del PCAySP, que se remitirán al servicio de calidad en el periodo solicitado.

5.4. Indicadores de HM

Con el propósito de evaluar, mejorar la adherencia y el grado de implantación del P-HM contemplado en la *Estrategia de seguridad del paciente del SNS*, para realizar el seguimiento de los indicadores de HM consensuados con el resto de CCAA, los centros y departamentos de salud facilitarán al servicio de calidad los datos de dichos indicadores mediante formulario normalizado. La frecuencia de cumplimentación de estos indicadores es anual.

Los indicadores recogidos son:

5.4.1. Indicadores de estructura

- *Camas de Unidades Cuidados Intensivos (UCI) con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención*
- *Camas de hospitalización con PBA en el punto de atención*

5.4.2. Indicadores de resultado

- *Consumo de PBA en hospitalización*
- *Consumo de PBA en centros de atención primaria*
- *Consumo de PBA en UCI*
- *Observación del cumplimiento de HM.*
- *Observación del uso de PBA.*

Para completar el formulario se tendrá en cuenta la fórmula de cálculo para cada indicador reflejada en la tabla 1.

| Indicador | Fórmula de cálculo |
|--|---|
| Camas de UCI con preparados de base alcohólica (PBA) en el punto de atención | $\frac{\text{Nº de camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales con preparados de base alcohólica en el punto de atención} \times 100}{\text{Nº de camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales de la CCAA}}$ |
| Camas de hospitalización con PBA en el punto de atención | $\frac{\text{Nº de camas de hospitalización de la CCAA con preparados de base alcohólica en el punto de atención} \times 100}{\text{Nº total de camas de hospitalización de la CCAA}}$ |
| Consumo de PBA en hospitalización | $\frac{\text{Nº litros entregados} \times 1000}{\text{Nº total de estancias en el periodo evaluado}}$ |
| Consumo de PBA en centros de atención primaria | $\frac{\text{Nº litros PBA entregados} \times 10.000}{\text{Nº total de consultas en el periodo evaluado}}$ |
| Consumo de PBA en UCI | $\frac{\text{Nº litros entregados} \times 1000}{\text{Nº total de estancias en el periodo evaluado}}$ |
| Observación del cumplimiento de HM | $\frac{\text{Nº de acciones de higiene de las manos} \times 100}{\text{Nº de oportunidades de higiene de manos observadas}}$ |
| Observación del uso de PBA | $\frac{\text{Nº de acciones de higiene de manos con preparado de base alcohólica} \times 100}{\text{Nº de oportunidades de higiene de manos observadas}}$ |

Tabla 1: Indicadores recogidos por el Ministerio Sanidad y fórmulas para su cálculo (año 2022)

Algunos conceptos a tener en cuenta para completar los indicadores son:

- PBA en el punto de atención: la disponibilidad del producto ha de estar lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar la actividad (estando visible y accesible) sin estar fuera de las inmediaciones de la zona del paciente. No se considera punto de atención si está colocado a la entrada de la habitación o en un punto que requiera que el profesional se desplace, ni los PBA que no están fijos en el área de atención (carros, bateas, etc).
- Punto de atención: confluencia de los tres elementos: el paciente, el personal sanitario y la atención o tratamiento que implica el contacto con el paciente o su entorno (dentro de la zona del paciente).
- Zona del paciente: Lugar donde está el paciente y su entorno inmediato, esto incluye: la piel intacta del paciente y todas las superficies y objetos inanimados en contacto con el paciente (por ejemplo, barandillas de la cama, ropa de cama, tubos de infusión, timbre, etc). PBA de bolsillo: Se incluirán cuando la provisión de envases de bolsillo sea una política del hospital.
- Para el cálculo del denominador *Consumo de PBA en hospitalización*, el nº total de estancias en el periodo evaluado se refiere a las estancias de los pacientes hospitalizados, siendo estancia la diferencia entre la fecha de alta menos la fecha de ingreso, durante el periodo de cálculo del indicador. La fecha de ingreso es la fecha en la que el paciente es admitido en el hospital y ocupa una cama definida como de hospitalización. La fecha de

alta es la fecha en la que el paciente es dado de alta (por curación o mejoría, traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga o fallecimiento) en el hospital y abandona una cama definida como de hospitalización. Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como un día de estancia.

- Para el cálculo del denominador *Consumo de PBA en centros de atención primaria*, el nº total de consultas en el periodo evaluado se refiere a la suma de consultas realizadas diariamente, programadas y a demanda, de medicina de familia, pediatría y enfermería, tanto en el centro de salud como en el domicilio, durante el periodo evaluado.
- Para el cálculo del denominador *Consumo de PBA en UCI*, el nº total de estancias en el periodo evaluado se refiere a las estancias de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) siendo estancia la diferencia entre la fecha de alta menos la fecha de ingreso, durante el periodo de cálculo del indicador. La fecha de ingreso es la fecha en la que el paciente es admitido en la unidad y ocupa una cama definida como de UCI. La fecha de alta es aquella en la que el paciente es dado de alta (por curación o mejoría, traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga o fallecimiento) de la Unidad y abandona una cama definida como de UCI. Cuando un paciente es ingresado y dado de alta en el mismo día debe contabilizarse como un día de estancia.

Para los indicadores de resultado *observación del cumplimiento de HM* y *observación del uso de PBA*, se seguirá la metodología de observación de la OMS. Se realizará la observación al menos de los momentos 1 (antes del contacto con el paciente) y 2 (antes de un procedimiento limpio/aséptico).

En el caso de un Hospital se observará un mínimo de 30 oportunidades de HM por periodo y servicio del hospital evaluado. Se recomienda aumentar este mínimo. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de servicios del hospital. En el ámbito de Atención Primaria se observará un mínimo de 30 oportunidades de HM por período y consulta (de medicina de familia, pediatría, enfermería o fisioterapia) evaluada. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de las consultas.

Los *indicadores de HM* que el MS solicita a las CCAA anualmente son recogidos en un informe a final de año, publicado en la web www.seguridaddelpaciente.es

El informe describe los resultados obtenidos en estos indicadores durante el año, el grado de implantación del P-HM en el SNS, su implementación por CCAA, así como la evolución temporal desde que se dispone de datos para ello.

Los indicadores que se han solicitado este año 2022 se recogen en la tabla 1 de este documento.

6. MEMORIA DE ACTIVIDADES

Las actividades del P-HM se deben reflejar en una memoria anual que se publicará en la intranet del departamento, y se remitirá al servicio de calidad mediante el ANEXO I **antes del 28 de febrero del año siguiente.**

7. CRONOGRAMA

| <u>Plazos</u> | <u>Actividades</u> |
|-----------------------------|---|
| Abril año en curso | ✓ El servicio de calidad envía a centros y departamentos de salud material divulgativo (cartas, carteles, vídeos...) para preparar la jornada del Día Mundial de HM |
| 5 de mayo año en curso | ✓ Día Mundial de HM |
| Junio año en curso | Remisión de datos solicitados por el servicio de calidad de: ✓ indicadores HM para remitir al MS ✓ actividades llevadas a cabo por los centros sanitarios para dar visibilidad al Día Mundial de HM |
| 31 octubre año en curso | ✓ Remisión de los datos de Autoevaluación anual de HM |
| 28 de febrero año siguiente | ✓ Remisión de la memoria de actividades (anexo I) y publicación en la intranet de los centros y departamentos |

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). “*Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos*”. [Online 2009]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102536/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf;jsessionid=EB350F1B6079162636A7F06516FBC61E?sequence=1
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). “*Campaña de la OMS busca reducir las infecciones hospitalarias*”. Nota de prensa, 5 mayo 2010. [Online 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2010-campana-oms-busca-reducir-infecciones-hospitalarias>
3. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016. [Online 2023]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
4. Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Ciencia e Innovación- Gobierno de España. *Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria*, 2020__ [Online 2023]. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InfeccionesAsistencia.aspx>
5. Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. *EPINE. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España*. [Online 2022]. Disponible en: <https://epine.es/api/documento-publico/2022%20EPINE%20Informe%20Espa%C3%B1a%2020221201.pdf/reports-esp>
6. Ministerio de Sanidad - Gobierno de España. *Seguridad del Paciente. Programa de Higiene de manos del Sistema Nacional de Salud (SNS)*. [Online 2021]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/practicas-seguras/programa-higiene-manos/>.
7. Marimuthu K, Didier Pitter D, Harbarth S. “*The effect of improved hand hygiene on nosocomial MRSA control*”. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*. 2014; 3: p. 34. Disponible online en Pub Med: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25937922/>
8. Joint Commission International. Organización Mundial de la Salud (OMS). “*Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*”. <https://www.jointcommissioninternational.org/>.
9. Benedetta Allegranzi, Angèle Gayet-Ageron, Nizam Damani, Loséni Bengaly, Mary-Louise McLaws, Maria-Luisa Moro, Ziad Memish, Orlando Urroz, Hervé Richet, Julie Storr, Liam Donaldson, Didier Pittet, “*Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study*”. 2013; Volume 13, 10. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(13\)70163-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(13)70163-4/fulltext).
10. “*Instrucción 6/2022. Actualización de las funciones de calidad asistencial y seguridad de los pacientes en los departamentos de salud. Plan de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente*” Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. [Online 2022]. https://www.san.gva.es/documents/246911/10244853/Instruccion_+6+2022_Actualizacion+de_las_funciones_de_calidad_asistencial_seguridad_de_los_pacientes.pdf