

Estrategia de Seguridad del Paciente  
del Sistema Nacional de Salud

# Programa de Higiene de Manos del SNS

Informe de indicadores  
Año 2019



**Agencia Española del Medicamento  
y Productos Sanitarios (AEMPS)**

---

Calle Campezo, 1, Edificio 8 - E-28022 Madrid  
<https://www.aemps.gob.es>

Fecha de publicación: diciembre de 2020

---

## **Ministerio de Sanidad**

### ***Dirección General de Salud Pública***

Yolanda Agra Varela (coordinación)  
Nuria Prieto Santos (coordinación)  
Paloma Moreno Núñez (análisis de datos)

### ***Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios***

Antonio López Navas  
Mayte Alonso Herreras

## **Comunidades Autónomas**

Elvira Eva Moreno Campo (Andalucía)  
Concepción Barrera Becerra (Andalucía)  
Mabel Cano del Pozo (Aragón)  
Sara Mérida Fernández (Asturias)  
Belén Suárez Mier (Asturias)  
Carlos Campillo Artero (Baleares)  
María Olga Hidalgo Pardo (Baleares)  
Paloma García de Carlos (Canarias)  
Nuria Bañón Morón (Canarias)  
José Luis Teja (Cantabria)  
Patricia Corro Madrazo (Cantabria)  
María José Pérez Boillos (Castilla y León)  
Tomás Maté Enríquez (Castilla y León)  
Soledad Montero Alonso (Castilla y León)  
Sonia Cercenado Sorando (Castilla - La Mancha)  
Félix Alcaraz Casanova (Castilla - La Mancha )  
Glòria Oliva Oliva (Cataluña)  
Laura Navarro Vila (Cataluña)  
María José Avilés Martínez (C. Valenciana)  
Juan Domene García (C. Valenciana)  
María Antonia Blanco Galán (INGESA)  
Manuel García Toro (Extremadura)  
Ana Vázquez Estepa (Galicia)  
María José López Pimentel (Galicia)  
Adolfo Cestafe Martínez (La Rioja)  
Alberto Pardo Hernández (Madrid)  
Cristina Navarro Royo (Madrid)  
Pedro Parra Hidalgo (Murcia)  
Carmen Silvestre Busto (Navarra)  
Amaya Bacaicoa Hualde (Navarra)  
María Luisa Iruretagoyena Sánchez (País Vasco)  
Enrique Peiró Callizo (País Vasco)

---

# Lista de abreviaturas

**AP:** Atención Primaria

**CC.AA.:** Comunidad Autónoma / Ciudad Autónoma

**CAP:** Centro de Atención Primaria

**IAAS:** Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PBA:** Preparados de Base Alcohólica

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

**ECDC:** European Centre for Disease Prevention and Control (Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades)

**HM:** Higiene de Manos

# Tabla de contenido

<b>1. Introducción y método</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Resultados</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1. Indicador L2O2.2.1. Camas de UCI con preparado de base alcohólica en el punto de atención</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2. Indicador L2O2.2.2. Camas de hospitalización con preparado de base alcohólica en el punto de atención</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3. Indicadores L2O2.2.3. y L2O2.2.4. Consumo de preparado de base alcohólica en Hospitalización y en Centros de Atención Primaria</b> .....	<b>11</b>
<b>2.4. Indicadores L2O2.2.5. y L2O2.2.6. Observación del cumplimiento de la higiene de manos y del uso de preparados de base alcohólica</b> .....	<b>14</b>
<b>3. Conclusiones</b> .....	<b>17</b>
<b>4. Referencias</b> .....	<b>19</b>
<b>ANEXO I. Descripción de los indicadores estudiados</b> .....	<b>20</b>

# 1. Introducción y método

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC)) estima que, en Europa, un día cualquiera, alrededor de 80.000 pacientes -uno de cada 18-, tienen al menos una infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS) (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2013). La misma institución calcula que las IAAS ocasionan 37.000 muertes anuales y generan un exceso de costes directos valorado en, aproximadamente, 7.000 millones de euros (*European Centre for Disease Prevention and Control*, 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la higiene de manos (HM) la medida de mayor importancia para el control de las IAAS (Organización Mundial de la Salud, 2009), por lo que, en consonancia con el conocimiento acumulado al respecto, la vigente Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016) señala la importancia de la higiene de manos como práctica segura sencilla, barata y eficaz y defiende la necesidad de mantener y fomentar la expansión del Programa de Higiene de Manos del SNS a todos los centros asistenciales. Este compromiso queda plasmado en la línea estratégica 2 (L2), Prácticas Clínicas Seguras, de la Estrategia de Seguridad del Paciente y, dentro de ella, en el segundo objetivo general (O2.2.), Promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Con el propósito de evaluar y mejorar la adherencia y el grado de implantación del Programa de Higiene de Manos del SNS, se han venido evaluando desde el año 2009 una serie de indicadores consensuados con las Comunidades Autónomas (CC.AA.) que han venido siendo revisados de forma anual. En la última revisión del año 2016 se priorizó y acordó con las CC.AA. evaluar anualmente los siguientes indicadores:

- L2O2.2.1. Porcentaje de camas de UCI con preparado de base alcohólica (PBA) en el punto de atención.

- L2O2.2.2. Porcentaje de camas con PBA en el punto de atención.
- L2O2.2.3. Consumo de PBA en Hospitalización.
- L2O2.2.4. Consumo de PBA en Atención Primaria (AP).
- L2O2.2.5. Observación de la higiene de manos.
- L2O2.2.6. Observación del uso de PBA.

Los datos para la evaluación de estos indicadores se solicitan a las 17 CC.AA. y las 2 Ciudades Autónomas del SNS. Los datos de estas últimas se reportan de forma conjunta, por lo que los cálculos se realizan sobre un total de 18 territorios –en adelante y hasta el final del texto, el término Comunidad Autónoma CC.AA. podrá designar a cualquiera de los 18–. La actualización de los indicadores se realiza anualmente y recoge información de Atención Primaria (AP) y Hospitalaria. Quedan excluidos Residencias y Centros de Asistencia Sociosanitaria. Cada CC.AA. cuenta con un coordinador que se responsabiliza del análisis de los datos de la Comunidad y de facilitar los numeradores y los denominadores a los referentes de Seguridad del Paciente designados (Comité Institucional de la Estrategia de Seguridad del Paciente). Son estos últimos los que los remiten al Ministerio de Sanidad, donde se lleva a cabo el análisis nacional de los datos. En esta edición, los responsables autonómicos han facilitado los datos al Ministerio a través de un cuestionario estandarizado cumplimentado en la plataforma de encuestas *LimeSurvey*.

El presente informe describe los resultados obtenidos en estos indicadores durante el año 2019, así como su evolución temporal desde que se dispone de datos para ello –los indicadores 1, 2, 3 y 4 comenzaron a medirse en 2009, sin embargo, la inclusión de los indicadores 5 y 6 no se produjo hasta 2016–. No todas las CC.AA. han aportado datos para todos los indicadores, por lo que, en cada apartado, se especifica el número

ro de Comunidades a partir del cual se han obtenido los resultados expuestos. El número de centros (Hospitales o Centros de Atención Primaria) que cada CC.AA. aporta al cálculo de los indicadores es variable y no siempre se dispone del número exacto de centros participantes por CC.AA. e indicador –por ejemplo, una CC.AA. ha comunicado que únicamente ha podido enviar datos de la mitad de sus Gerencias–.

Con el objetivo de facilitar un análisis más profundo del grado de implantación del Programa de HM en el SNS y su distribución por territorio, en algunas figuras se ofrecen los datos desagregados por CC.AA. A cada una de ellas se les ha asignado un número para mantener la confidencialidad de los datos.

## 2. Resultados

### 2.1. Indicador L2O2.2.1. Camas de UCI con preparado de base alcohólica en el punto de atención

Según los datos aportados por las CC.AA., este indicador se ha evaluado en 5.057 camas de UCI del SNS. En 2019 y según la información aportada por las CC.AA., el 97,2% de ellas disponen de PBA en el punto de atención. De las 17 CC.AA. que aportaron información para este indicador,

10 declaran disponer de camas de UCI con preparado de base alcohólica (PBA) en el 100% de sus hospitales, mientras que 7 no alcanzan esta cifra, pero disponen de ellas en más del 64% de sus hospitales.

Figura 1. Camas de UCI con preparado de base alcohólica en el punto de atención.

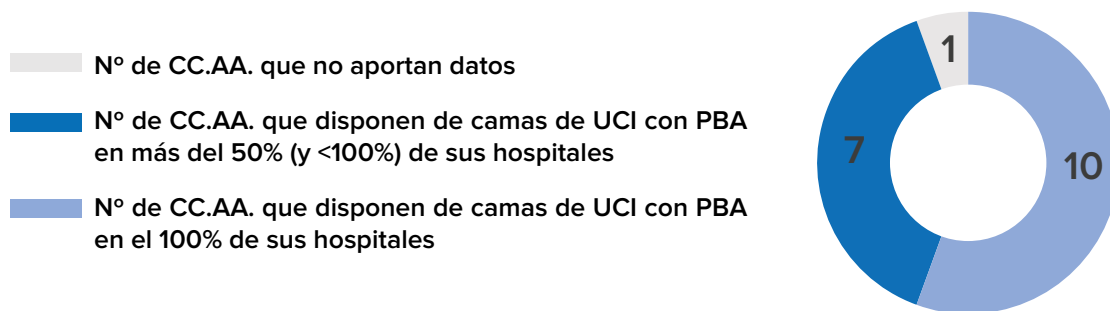
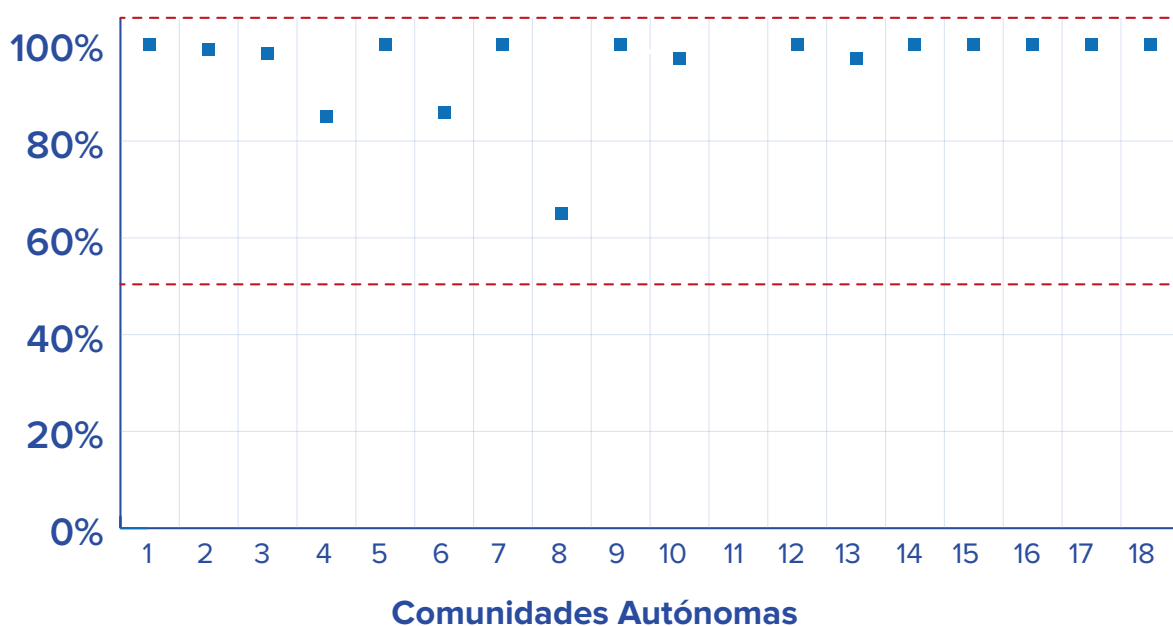


Figura 2. Dispersión de los resultados de las CC.AA. en el indicador L2O2.2.1.



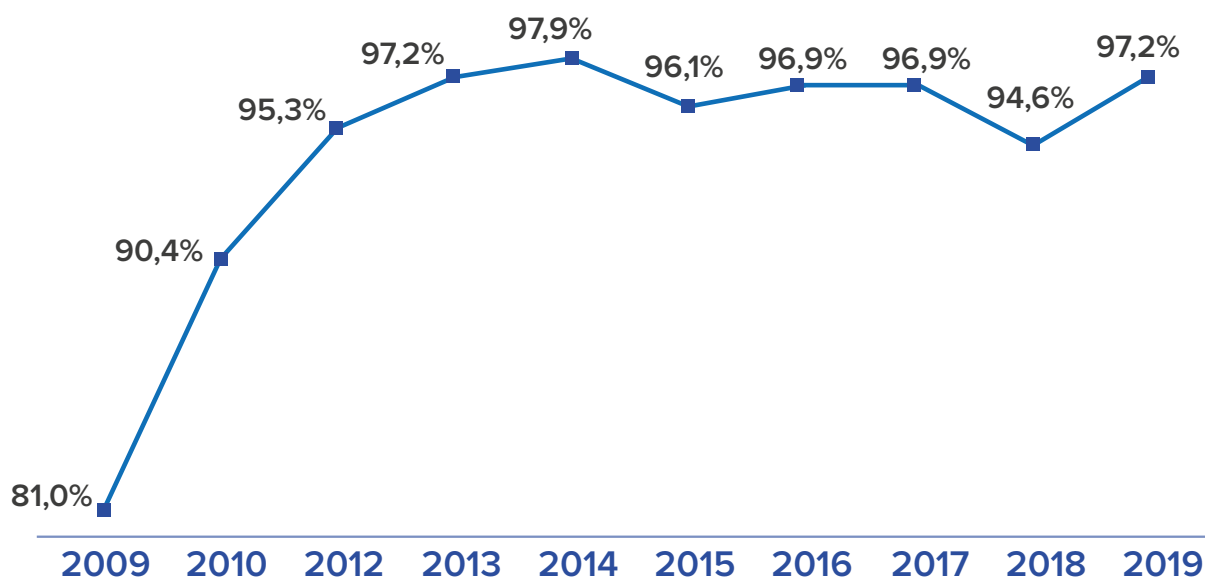


El número de hospitales que cada CC.AA. aporta al cálculo del indicador es variable. Según lo reportado por algunas de ellas, la CC.AA. con menos hospitales participantes estudió 1 y la que más, 34.

Desde la implementación del Programa de Higiene de Manos en 2009 la evolución temporal

del porcentaje global –obtenido a partir de la suma de los numeradores y denominadores de cada CA– de camas de UCI con PBA en el punto de atención ha sido la siguiente:

**Figura 3. Evolución del porcentaje global de camas de UCI con PBA en el punto de atención.**



Desde 2009 hasta 2014 se observa una evolución ascendente en el porcentaje de camas de UCI con PBA en el punto de atención, lográndose ese año un incremento del 21% desde el lanzamiento del programa. A partir de ese año los

valores se han mantenido altos con pequeñas fluctuaciones, alcanzándose en 2019 el valor más alto desde 2014, con un incremento notable respecto a 2018.

## **2.2. Indicador L2O2.2.2. Camas de hospitalización con preparado de base alcohólica en el punto de atención**

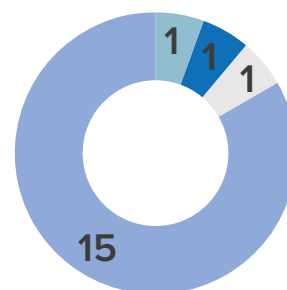
Según los datos aportados por las CC.AA., en 2019 este indicador se ha evaluado en 88.979 camas de hospitalización públicas del SNS – el 96,3% de las disponibles en el sistema–. El 84,3% de las camas evaluadas disponen de PBA en el punto de atención. De las 17 CC.AA. que aportan datos para este apartado, solo una posee PBA en el punto de atención en todas las

camas estudiadas. De las 16 restantes, 12 alcanzan un porcentaje superior al 75%.

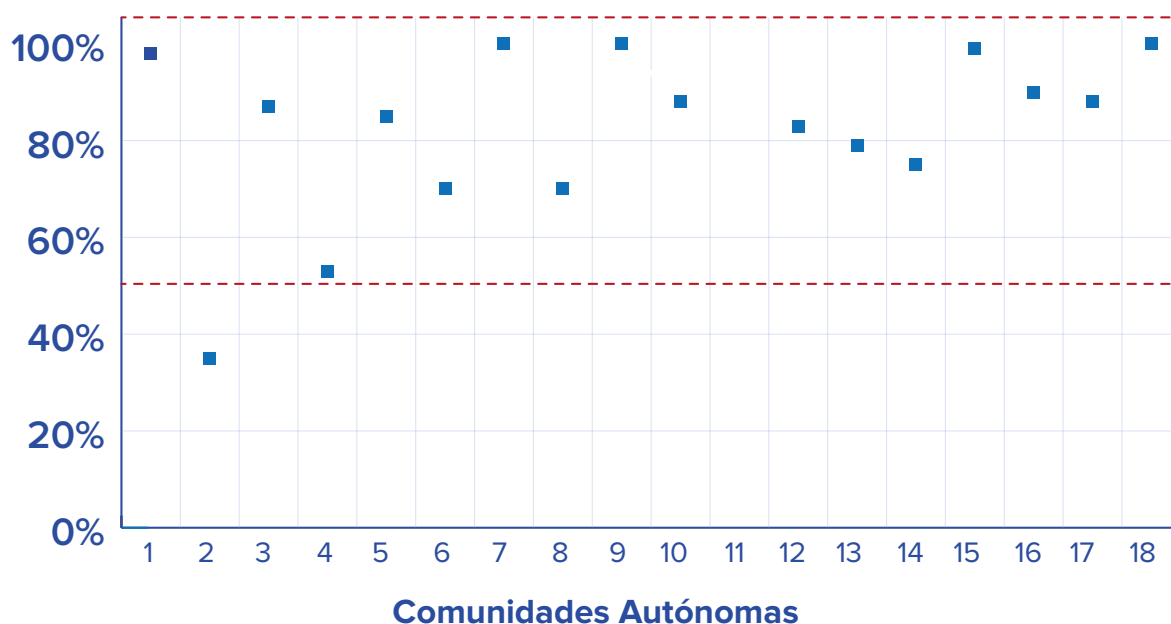
Según lo declarado por las CC.AA., la Comunidad que menos hospitales incluyó para la construcción de este indicador incluyó 5. La que más, 62. Una CC.AA. refiere no haber incluido las camas de Urgencias en el cálculo.

**Figura 4. Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en el punto de atención.**

- N° de CC.AA. que no aportan datos
- N° de CC.AA. que disponen de camas de hospitalización con PBA en menos del 50% de sus hospitales
- N° de CC.AA. que disponen de camas de hospitalización con PBA en más del 50% (y <100%) de sus hospitales
- N° de CC.AA. que disponen de camas de hospitalización con PBA en el 100% de sus hospitales



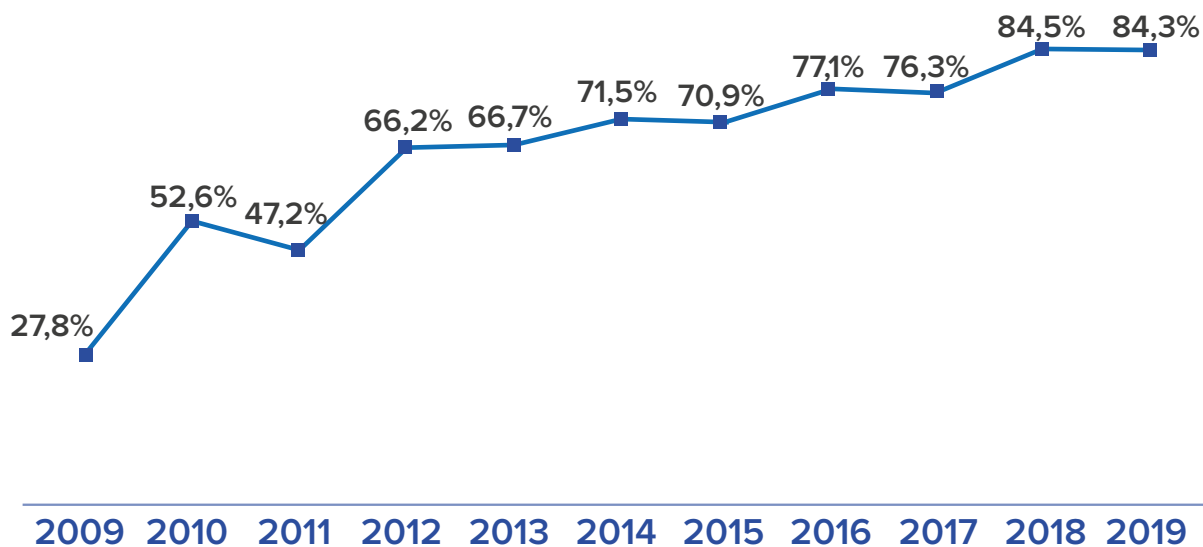
**Figura 5. Dispersión de los resultados de las CC.AA. en el indicador L2O2.2.2.**



Respecto a la evolución temporal, exceptuando una ligera bajada producida en el año 2011, los resultados globales de este indicador –obtenidos, de nuevo y de la misma forma en todas las figuras de evolución temporal del informe, a partir de la suma de todos los numeradores y

denominadores de las CC.AA.– han ido mejorando de forma constante desde el año 2009 hasta el año 2018. El valor actual triplica el 27,8% obtenido al inicio de la puesta en marcha del programa, aunque es ligeramente inferior al del año anterior.

**Figura 6. Evolución del porcentaje de camas de hospitalización con PBA en el punto de atención.**

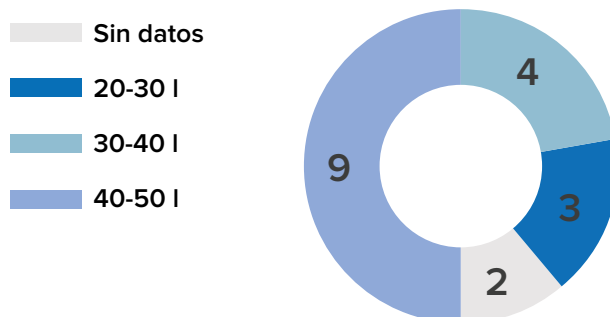


### 2.3. Indicadores L202.2.3. y L202.2.4. Consumo de preparado de base alcohólica en Hospitalización y en Centros de Atención Primaria

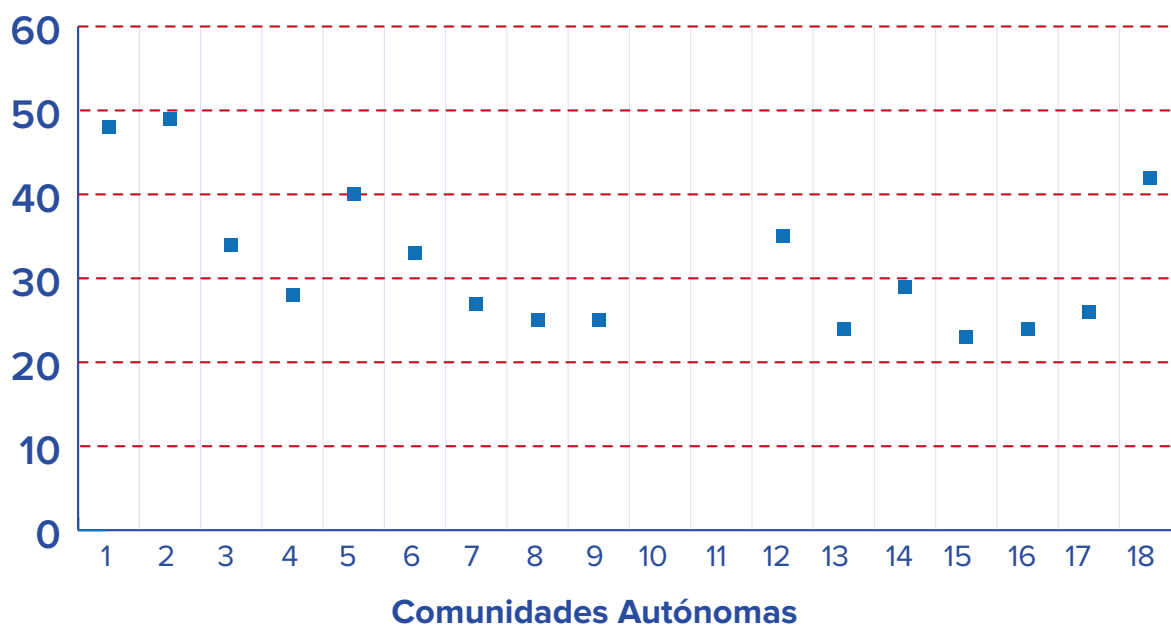
En Hospitalización, 9 CC.AA. refieren consumir entre 20 y 30 l de PBA por mil días de estancia hospitalaria, 4 consumen entre 30 y 40 l y 3 consumen entre 40 y 50 l. 2 CC.AA. no apor-

tan datos. La CC.AA. que menos hospitales refiere incluir para la construcción del indicador L202.2.3. incluyó 4. La que más, 45.

**Figura 7. CC.AA. agrupadas según volumen (litros) de PBA consumido por mil días de estancia hospitalaria.**



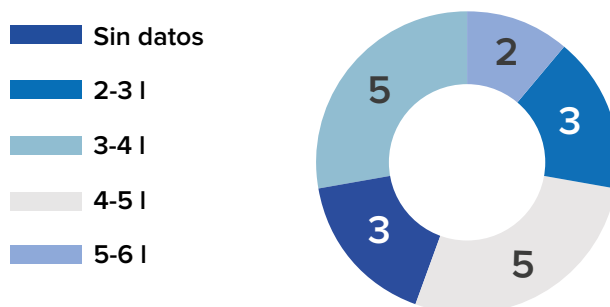
**Figura 8. Dispersión de los resultados de las CC.AA. en el indicador L2O2.2.3.**



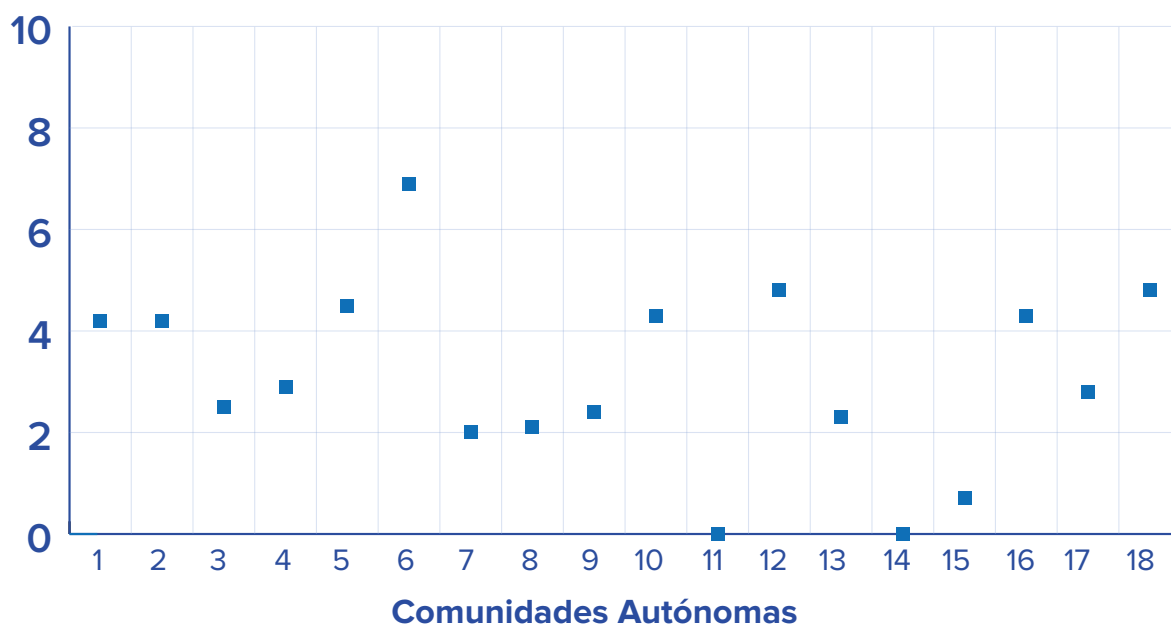
En Atención Primaria, las 15 CC.AA. que aportan datos refieren todos consumos inferiores a 1 litro por mil consultas de AP -10 litros por diez mil-. Tres CC.AA. han referido no haber podido conseguir información de todos sus Centros de

Atención de Primaria para el cálculo de este indicador. El consumo más bajo declarado fue de 2,06 litros por diez mil consultas y el más alto de 5,5 l.

**Figura 9. CC.AA. agrupadas según volumen (litros) de PBA consumido por diez mil consultas de AP.**



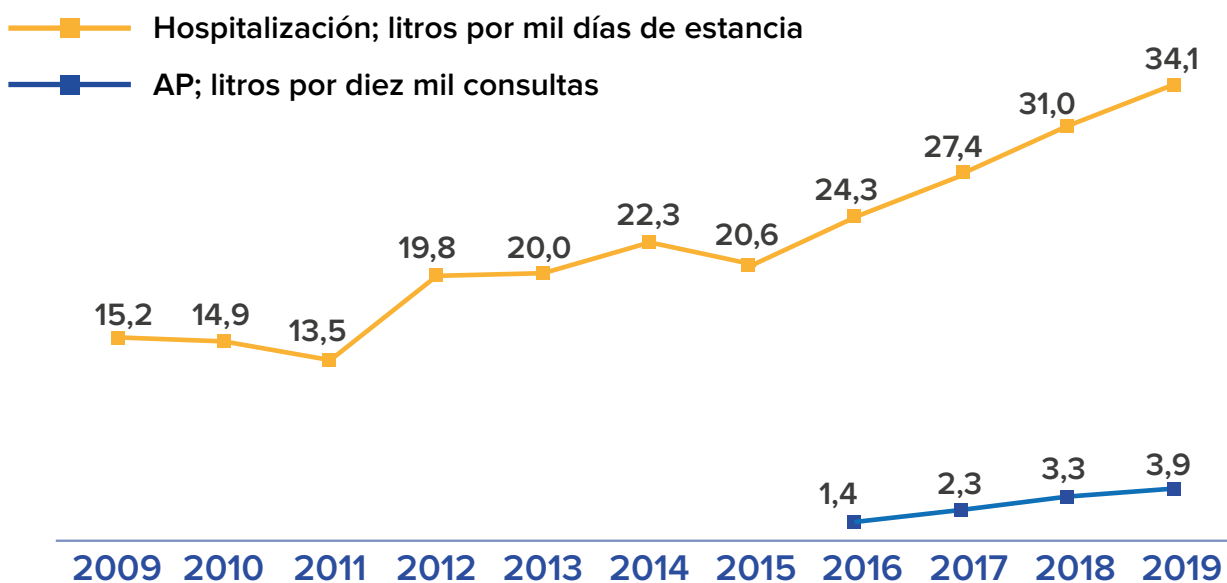
**Figura 10. Dispersión de los resultados de las CC.AA. en el indicador L2O2.2.4. Volumen (litros) de PBA consumido por diez mil consultas de AP.**



La evolución temporal global del consumo de PBA se muestra a continuación. A pesar de que la implantación del Programa de Higiene de Manos data de 2009, en los Centros de Atención Primaria (CAP) los consumos de PBA se comenzaron a medir en el año 2016. Para facilitar la

construcción del gráfico los litros de PBA consumidos en AP se presentan por diez mil consultas, mientras que los litros correspondientes a Hospitalización se mantienen por mil días de estancia.

**Figura 11. Evolución temporal del consumo de PBA en Hospitalización y en AP.**



Este año se consolida la tendencia ascendente en el consumo de PBA iniciada en el año 2015 en Atención Hospitalaria. El consumo en Aten-

ción Primaria ha ascendido año tras año desde el inicio del seguimiento en 2016.

## 2.4. Indicadores L202.2.5. y L202.2.6. Observación del cumplimiento de la higiene de manos y del uso de preparados de base alcohólica

De acuerdo con lo recogido en la definición de los indicadores de seguimiento del Programa (ver ANEXO), la observación debe realizarse, como mínimo, en los momentos uno y dos – antes del contacto con el paciente y antes de la realización de un procedimiento limpio o aséptico, respectivamente–. El primer indicador sintetiza el porcentaje de oportunidades en las que se realizó higiene de manos de todas las oportunidades observadas y recoge información tanto de los momentos uno y dos como, en algunos casos, del resto de ellos –solo una CC.AA. especifica haber hecho observación adicional de momentos distintos al 1 y el 2–.

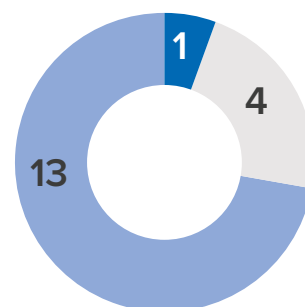
De las 17 CC.AA. que aportan datos para este

indicador, ninguna confirma el cumplimiento de las acciones de higiene de manos en el 100% de las oportunidades observadas. El porcentaje de cumplimiento más bajo es del 23,37%.

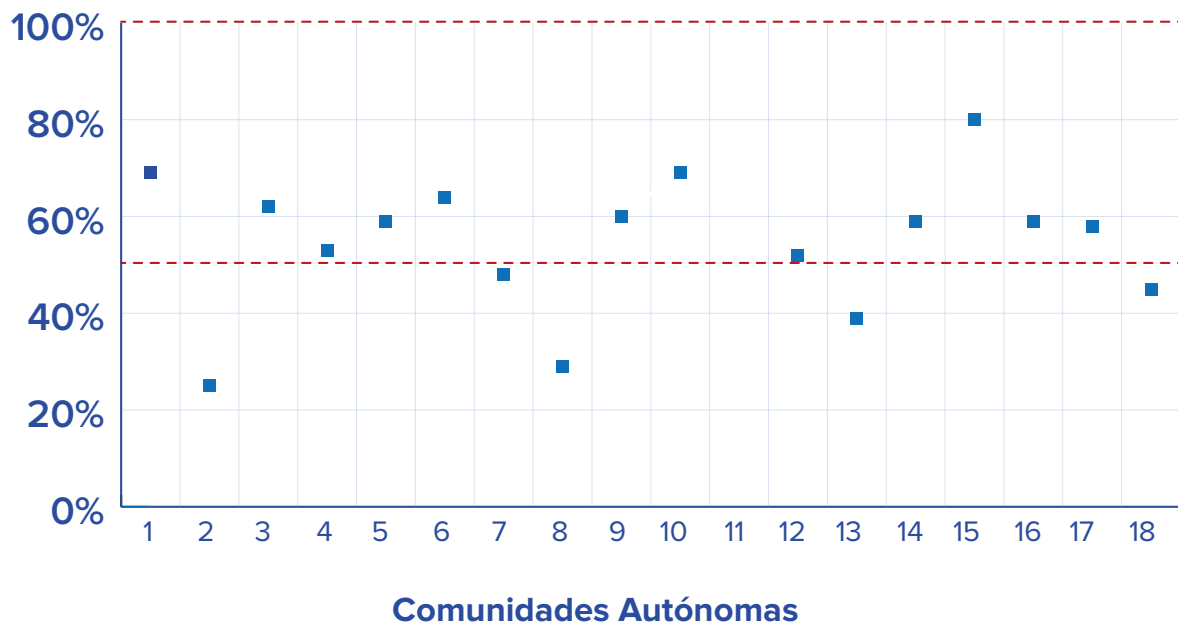
El número máximo de centros estudiados por una CC.AA. ha sido 50. La CC.AA. con menos centros participantes incluye solo 1 hospital, del que aporta datos exclusivamente de la unidad de hemodiálisis, sin alcanzar las 200 observaciones solicitadas. Obtiene un cumplimiento del 80%, el más alto de la serie. Ninguna CC.AA. especifica haber realizado la observación en Atención Primaria, pero 10 mencionan que sus datos proceden de Hospitales.

Figura 12. Observación del cumplimiento de la higiene de manos.

- N° de CC.AA. que no aportan datos
- N° de CC.AA. que detectan cumplimiento en menos del 50% de las oportunidades de HM
- N° de CC.AA. que detectan cumplimiento en más del 50% (y <100%) de las oportunidades de HM



**Figura 13. Dispersión de los resultados de las CC.AA. en el indicador L2O2.2.5.**



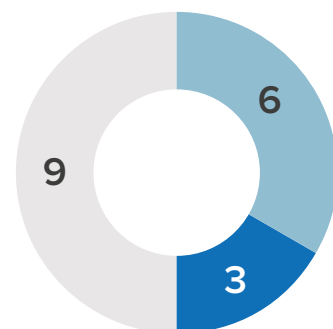
El indicador L202.2.6. cuantifica el porcentaje de acciones de higiene de manos realizadas con PBA sobre el total de oportunidades de higiene de manos observadas. Comparte, por tanto, el denominador con el indicador L202.2.5. 15 CC.AA. aportan datos para este indicador. 6 de ellas refieren haber detectado uso de PBA en menos del 50% de las oportunidades observadas, mientras que las 9 restantes obtienen un

resultado por encima del 50%. Los valores mínimo y máximo hallados para este indicador fueron 18,02% y 80,00%.

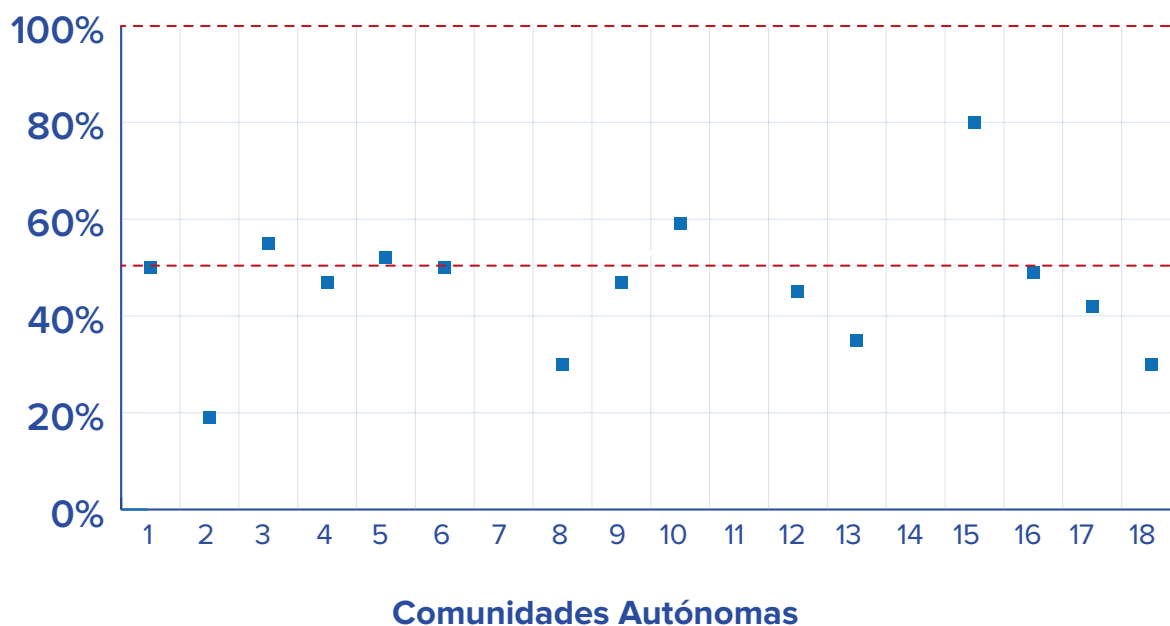
En la construcción del indicador L202.2.6 el número mínimo de hospitales participantes por CC.AA. ha sido 1 y el máximo 50. Ninguna CC.AA. especifica haber realizado la observación en Atención Primaria, pero 6 mencionan que sus datos proceden de hospitales.

**Figura 14. Observación del uso de PBA.**

- N° de CC.AA. que no aportan datos
- N° de CC.AA. que detectan cumplimiento en menos del 50% de las oportunidades de uso de PBA
- N° de CC.AA. que detectan cumplimiento en más del 50% (y <100%) de las oportunidades de uso de PBA



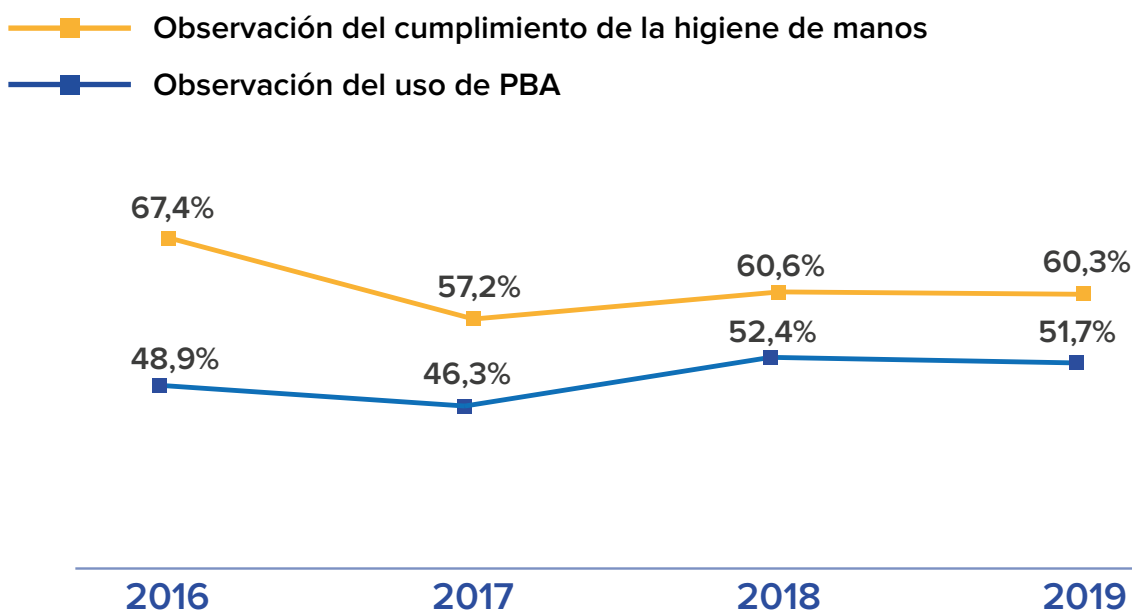
**Figura 15. Dispersión de los resultados de las CC.AA. en el indicador L2O2.2.6.**



El primer año de seguimiento, en 2016, en ambos indicadores se alcanzaron cifras superiores a las de 2017, siendo la diferencia más notable en el cumplimiento de higiene de manos que en el del uso de PBA. En 2018 se mejoraron las cifras del año previo, mientras que este año se observa un ligero descenso en el cumplimien-

to de la higiene de manos y en el uso de PBA. A pesar de las variaciones descritas, las cifras de cumplimiento de higiene de manos y uso de PBA se han mantenido considerablemente estables durante el periodo estudiado, la primera variable oscila en torno a un valor medio del 61,4% y la segunda del 49,8%.

**Figura 16. Evolución del porcentaje de cumplimiento de la higiene de manos en las oportunidades observadas.**





# 3. Comentarios y conclusiones

- **Aumenta** la disponibilidad de PBA en los puntos de atención de las UCI. El indicador alcanza el valor más alto desde 2014, situándose a menos de 3 puntos del 100%. Ha aumentado su valor un 20% desde 2009.
- **Disminuye** la disponibilidad de PBA en los puntos de atención en Hospitalización. Este indicador alcanzó su mejor valor desde la puesta en marcha de la Estrategia en 2018, aunque este año prácticamente iguala el resultado del año anterior. El indicador ha triplicado su valor desde 2009.

Aunque los resultados obtenidos en el porcentaje de camas de hospitalización con PBA en el punto de atención han sido siempre inferiores a los obtenidos en UCI, la diferencia entre los dos indicadores ha ido reduciéndose con el tiempo. En 2009 el primero partía de un 27,8% y el segundo de un 81%.

- **Aumenta** el consumo de PBA en Atención Hospitalaria. De nuevo, este indicador supera el valor obtenido en el año precedente, consolidado la tendencia ascendente iniciada en 2015. Obtiene también el valor más alto desde el inicio de la Estrategia. Ha duplicado su valor desde 2009.
- **Aumenta** el consumo de PBA en Atención Primaria respecto a la cifra obtenida en 2018. El indicador ha duplicado su valor desde el inicio del programa, en 2016.
- **Disminuye** el cumplimiento de la higiene de manos respecto a 2018, aunque este año se alcanza la segunda mejor cifra desde el inicio de la estrategia. No obstante, y exceptuando el dato de 2016, la variación en la magnitud de este indicador a lo largo del tiempo ha sido casi despreciable.
- **Disminuye** el cumplimiento de la higiene de manos con PBA, de nuevo, la cifra de 2018, la más alta registrada desde el inicio de la vigilancia de este parámetro. Este indicador, al igual que el anterior, alcanza su valle en 2017.

Conviene señalar que la observación del cumplimiento de la higiene de manos se ve enormemente influida por el grado de implantación de la práctica, el conocimiento de la misma, la pericia en la evaluación de su adherencia y la infraestructura, el liderazgo y la cultura de los centros en los que se lleva a cabo. Esto hace que, aun contando con la definición de los indicadores correspondientes, la observación no se realice de igual forma en todas las CC.AA. ni en todos los centros sanitarios. Esta circunstancia invita a interpretar con especial cautela los resultados de estos indicadores.

Como cabe esperar, las cifras de uso de PBA son inferiores a las de cumplimiento de higiene de manos, la diferencia entre ambos indicadores empezó siendo de 12 puntos y ahora se sitúa en 8,6.

En cuanto a las limitaciones de los datos aquí presentados, no puede descartarse un sesgo de no respuesta. No obstante, los resultados obtenidos muestran una tendencia de la que puede deducirse que la implantación del Programa de Higiene de Manos en España se afianza. Los resultados reflejan una mejora paulatina de la dotación estructural y de la formación y la actuación del personal sanitario. Sin embargo, a pesar de la tendencia ascendente, no en todos los indicadores se alcanzan cifras satisfactorias. El cumplimiento de la higiene de manos puede, y debe, mejorar considerablemente. Aunque el resultado de los indicadores L2O2.2.1 y L2O2.2.2 invita a pensar que el impedimento para la mejora de los resultados no es de naturaleza estructural, sería conveniente estudiar si el consumo actual de PBA, reflejado en los indicadores L2O2.2.3 y L2O2.2.4, debería mejorar y, en tal caso, qué estrategia sería la más adecuada para ello. Lo que puede señalarse sin lugar a dudas es que la adherencia al cumplimiento de la higiene de las manos tiene un amplio margen de mejora y que los esfuerzos realizados para desarrollarla han sido insuficientes.

En cualquier caso, la mejora deseada pasa por consolidar la implantación del programa multimodal de Higiene de Manos. Se hace necesario el compromiso firme de todos los actores implicados, especialmente el de los centros y CC.AA. que han empeorado sus cifras o las mantiene bajas tradicionalmente. Es recomendable que las CC.AA. revisen con sus centros sanitarios los resultados puntuales de estos indicadores y su evolución en el tiempo, tanto por CC.AA. como por centro, con el fin de identificar barreras y oportunidades de mejora. Si se tiene en cuenta que la higiene de manos es la medida más recomendada para la prevención de las IAAS y

la transmisión de microorganismos multirresistentes, parece necesario que los líderes a todos los niveles –gestores, directivos, mandos intermedios y muy especialmente las supervisoras y jefes clínicos– pongan todos los medios a su alcance para mejorar la estructura de acceso a PBA, la formación y la sensibilización de los profesionales, la evaluación continua de las prácticas asociadas y la difusión de los resultados obtenidos. Los planes de mejora deben establecerse tras cada evaluación y ser re evaluados y dicho proceso ser conocido por todos los profesionales implicados.

## 4. Referencias

- European Centre for Disease Prevention and Control. (2008). *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008*. Estocolmo: European Centre for Disease Prevention and Control. Disponible en [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/0812\\_SUR\\_Annual\\_Epidemiological\\_Report\\_2008.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf) (consultado el 1 de diciembre de 2020)
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). *Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals*. Estocolmo: European Centre for Disease Prevention and Control. Disponible en <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/PPS-HAI-AMR-protocol.pdf> (consultado el 1 de diciembre de 2020)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2> (consultado 1 de diciembre de 2020)
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/Higiene-Manos/guia\\_aplicacion.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/Higiene-Manos/guia_aplicacion.pdf) (consultado el 1 de diciembre de 2020)

# ANEXO I. Descripción de los indicadores estudiados

## 1. Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención

### Fórmula de cálculo:

Nº de camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales con preparados de base alcohólica en el punto de atención x 100 / Nº de camas de UCI, incluidas UCI pediátrica y neonatales de la CC.AA..

### Aclaraciones:

**Preparado de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención:** Disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato y sin tener que abandonar 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 se transportan en carros, bateas, etc.

**Punto de atención:** Es el lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el 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.

**Numerador:** Nº de camas de UCI (incluidas UCI pediátricas y neonatales) con preparados de base alcohólica (fijos o de bolsillo) en el punto de atención

**Denominador:** Nº total de camas de UCI (incluidas UCI pediátricas y neonatales), solo de los Centros que aportan datos.

Se consideran hospitales de la CC.AA. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

**Tipo de indicador:** Indicador de estructura

**Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos:** A establecer por la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual

### Referencias bibliográficas:

- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. Disponible en: [https://www.seguridad-delpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia\\_aplicacion.pdf](https://www.seguridad-delpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia_aplicacion.pdf)

## 2. Camas de hospitalización con preparados de base alcohólica en el punto de atención

### Fórmula de cálculo:

$$\text{N}^\circ \text{ de camas de hospitalización de la CC.AA. con preparados de base alcohólica en el punto de atención} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ total de camas de hospitalización de la CC.AA.}$$

### Aclaraciones:

**Preparado de Base Alcohólica (PBA) en el punto de atención:** *Disponibilidad del producto lo más cerca posible del lugar donde se va a desarrollar una actividad que requiere contacto con el paciente y/o su entorno inmediato y sin tener que abandonar 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 se transportan en carros bateas, etc.*

**Punto de atención:** Es el lugar donde coinciden tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y el cuidado o tratamiento que implica contacto con el 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 que el paciente puede tocar (por ejemplo, barandillas de la cama, mesita de noche, ropa de cama, sillas, tubos de infusión, monitores, timbre y botones, mando TV, etc.).

**PBA de bolsillo:** Se incluirán cuando la provisión de envases de bolsillo sea una política del hospital.

**Numerador:** N° de camas de hospitalización (incluyendo camillas e incubadoras) con preparados de base alcohólica (fijo o de bolsillo) en el punto de atención (incluido urgencias).

**Denominador:** N° de camas de hospitalización (incluyendo camillas e incubadoras) de todos los servicios del hospital (incluido urgencias).

### Se excluyen: camas de Psiquiatría y camas de UCI

Se consideran hospitales de la CC.AA. aquellos que, con independencia de su titularidad, tengan vinculación funcional al Servicio de Salud correspondiente. Según criterio de la Consejería.

**Tipo de indicador:** Indicador de estructura

**Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos:** A establecer por la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual

### Referencias bibliográficas:

- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. Disponible en: [https://www.seguridad-delpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia\\_aplicacion.pdf](https://www.seguridad-delpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia_aplicacion.pdf)

### 3. Consumo preparados de base alcohólica en hospitalización

#### Fórmula de cálculo:

$$\text{N}^\circ \text{ litros entregados} \times 1000 / \text{N}^\circ \text{ total de estancias en el periodo evaluado.}$$

#### Aclaraciones:

##### Nº total de estancias en el periodo evaluado:

Se refiere a las estancias de los pacientes hospitalizados, siendo estancia= Fecha de alta – Fecha de ingreso, durante el periodo de cálculo del indicador. Fecha de ingreso: fecha en la que el paciente es admitido en el hospital y ocupa una cama definida como de hospitalización. Fecha de alta: 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.

**Numerador:** N° total de litros entregados de preparado de base alcohólica (PBA) en los distintos servicios del hospital (solo unidades o plantas de hospitalización). Se excluyen los entregados en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospital de día, zona de quirófanos u otros servicios donde el paciente no permanezca ingresado.

**Denominador:** N° de estancias en todos los servicios. Se excluyen los atendidos en consultas externas, psiquiatría, urgencias, hospitales de día, zona de quirófanos u otros servicios donde el paciente no permanezca ingresado.

**Observaciones:** especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma)

**Tipo de indicador:** Indicador de estructura

**Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos:** A establecer por la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual

#### Referencias bibliográficas:

- Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009. Disponible en: [https://www.seguridad-delpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia\\_aplicacion.pdf](https://www.seguridad-delpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/guia_aplicacion.pdf)
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009. [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh\\_monograph.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf)
- Indicadores y ejes de análisis del CMBD de hospitalización del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/login-success.do>

#### 4. Consumo de preparados de base alcohólica en centros de atención primaria

##### Fórmula de cálculo:

$$\text{N}^\circ \text{ litros PBA entregados} \times 10.000 / \text{N}^\circ \text{ total de consultas en el período evaluado.}$$

##### Aclaraciones:

##### Nº total de estancias 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.

**Numerador:** N° total de litros entregados de preparado de base alcohólica (PBA) en el centro de salud.

**Denominador:** N° de consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería, tanto en el centro de salud como en el domicilio.

**Observaciones:** especificar el tipo de producto utilizado (líquido, gel o espuma)

**Tipo de indicador:** Indicador de resultado

**Persona/Grupo/Servicio encargado recogida datos:** A establecer por la CC.AA.

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual

##### Referencias bibliográficas:

- La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y del modelo “Los cinco momentos para la higiene de las manos”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/recursos/documentos/HigieneManos/HM%20en%20la%20atenci%C3%B3n%20ambulatoria.pdf>
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh\\_monograph.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf)

## 5. Observación del cumplimiento de higiene de manos

### Fórmula de cálculo:

$$\text{N}^\circ \text{ de acciones de higiene de las manos} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de oportunidades de higiene de manos observadas.}$$

### Aclaraciones:

**Acciones de higiene de manos** que se realizan con preparado de base alcohólica (PBA) o con agua y jabón según la metodología de los 5 momentos de la OMS.

**Oportunidad para la higiene de las manos:** Momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos.

### Observación:

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).

Hospital: Se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por periodo y servicio evaluado. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de servicios del hospital

El resultado del indicador se daría por hospital. Las CC.AA. que lo deseen pueden aumentar el número de observaciones para dar resultados por servicios.

Atención Primaria: Se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por período y consulta (de medicina de familia, pediatría o enfermería) evaluada. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de las consultas del centro de salud.

El resultado del indicador se daría por centro de salud. Las CC.AA. que lo deseen pueden aumentar el número de observaciones para dar resultados por consulta.

**Tipo de indicador:** Indicador de resultado

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual

### Referencias bibliográficas:

- Manual Técnico de Referencia para la Higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2009. Disponible en: [https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual\\_tecnico.pdf](https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual_tecnico.pdf)
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh\\_monograph.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf)



## 6. Observación del uso de PBA

### Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Nº de acciones de higiene de manos con preparado de base alcohólica}}{\text{nº de oportunidades de higiene de manos observadas}} \times 100$$

### Aclaraciones:

**Acciones de higiene de manos** sólo con preparado de base alcohólica (PBA) según la metodología de los 5 momentos de la OMS.

**Oportunidad para la higiene de las manos:** momento durante la actividad asistencial en el que es necesario realizar una higiene de manos para interrumpir la transmisión manual de microorganismos.

### Observación:

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).

Hospital: Se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por periodo y servicio del hospital evaluado. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de servicios del hospital

Atención Primaria: Se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por periodo y consulta (de medicina de familia, pediatría o enfermería) evaluada. Sería recomendable evaluar, al menos, el 50% de las consultas.

**Tipo de indicador:** Indicador de resultado

**Frecuencia de entrega de resultados:** Anual

### Referencias bibliográficas:

- Manual Técnico de Referencia para la Higiene de las manos. Dirigido a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2009. Disponible en: [https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual\\_tecnico.pdf](https://www.seguridadelpaciente.es/resources/documentos/HigieneManos/manual_tecnico.pdf)
- Measuring hand hygiene adherence. Overcoming the challenges. Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission; 2009. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh\\_monograph.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf)



# Plan Nacional Resistencia Antibióticos



MINISTERIO  
DE SANIDAD



agencia española de  
medicamentos y  
productos sanitarios



Salvar vidas  
está en  
tus manos