

PROGRAMA PRINCESS



PROGRAMA PARA LA **PREVENCIÓN** DE
INFECCIONES EN **CENTROS** RESIDENCIALES
DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES DE **SERVICIOS**
SOCIALES

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE HIGIENE
DE MANOS EN CENTROS RESIDENCIALES
DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES



MINISTERIO
DE SANIDAD

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2024.

MINISTERIO DE SANIDAD. 2024

En el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud

Coordinación técnica y redacción

Subdirección General de Calidad Asistencial. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad.

Nuria Prieto Santos. *Subdirectora adjunta. Subdirección General de Calidad Asistencial.*

Rebeca Padilla Peinado. *Coordinadora técnica de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.*

Itamar Yepes Crespillo. *Técnica superior de sanidad. Seguridad del Paciente.*

Comité Técnico Institucional

Andalucía

Paloma Trillo López
Elvira Eva Moreno Campoy
Elena Corpas Nogales

Aragón

Mabel Cano del Pozo

Asturias

María Belén Suárez Mier
Jesus Vicente García González

Cantabria

José Luis Teja Barbero
María Oro Fernandez

Castilla- La Mancha

Sonia Cercenado Sorando
Félix Alcázar Casanova

Castilla y León

Tomas Maté Enríquez

Cataluña

Glòria Oliva Oliva
Laura Navarro Vila
Rosier Bosser Giralt

Ceuta y Melilla (INGESA)

María Antonia Blanco Galán
Javier de la Vega (Melilla)
Julián Domínguez (Ceuta)

Comunidad Valenciana

María José Merino Plaza
María José Avilés Martínez

Extremadura

Manuel García Toro

Galicia

Olga Roca Bergantiños

Pilar Seco Maqueira

Isabel Losada Castillo

Islas Baleares

Marta Torres Juan

Isabel Maria Borrás Rosselló

Islas Canarias

Paloma García de Carlos

Nuria Bañón Morón

Madrid

Alberto Pardo Hernández

Cristina Navarro Royo

Francisca García-Lizana

Murcia

Jose Eduardo Calle Urra

Navarra

Aránzazu Elizondo Sotro

La Rioja

Belén Ruiz Nicolás

Pilar Sáenz Ortiz

País Vasco

María Luisa Iruretagoyena Sánchez

Enrique Peiró Callizo

Agradecimientos:

Quisiéramos expresar nuestro sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido a la elaboración y puesta en marcha de este programa por su tiempo, esfuerzo y dedicación, especialmente a los responsables de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas que han participado en alguna de las fases de elaboración del documento.

También agradecer al Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030), al Centro Nacional de Epidemiología (Instituto Carlos III, del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades) al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (Ministerio de Sanidad) y a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Ministerio de Sanidad) que han favorecido la red interinstitucional necesaria para comenzar a trabajar en este programa.

PROGRAMA PRINCESS

PROGRAMA PARA LA **PREVENCIÓN** DE
INFECCIONES EN **CENTROS** RESIDENCIALES
DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES DE
SERVICIOS SOCIALES

PROGRAMA PARA LA **MEJORA** DE
HIGIENE DE MANOS EN **CENTROS**
RESIDENCIALES DIRIGIDOS A PERSONAS
MAYORES

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA HIGIENE DE MANOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES

JUSTIFICACIÓN

Este documento pretende adaptar un programa que mejore la higiene de manos del personal de los centros sanitarios con el fin de evitar la transmisión cruzada de microorganismos en los mismos.

DEFINICIONES DE INTERÉS:

A continuación, se exponen una serie de conceptos básicos referidos en el **Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales en España: situación año 2022** (1), publicado en 2024 por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, necesarios para comprender el alcance de este documento.

Se entiende por **centro residencial** los establecimientos destinados al alojamiento temporal o permanente, con servicios y programas de intervención adecuados a las necesidades de las personas objeto de atención, dirigidos a la consecución de una mejor calidad de vida y a la promoción de la autonomía personal, en este caso dirigidos de manera concreta a las personas mayores y personas con discapacidad. Este documento se centra en los centros dirigidos a las personas mayores, aunque más adelante pueda ser adaptado a otros centros.

Se excluyen aquellas instalaciones que se consideran viviendas, que engloban las viviendas tuteladas, los apartamentos residenciales y los acogimientos familiares, donde las personas viven de forma independiente en sus propios apartamentos o habitaciones y tienen acceso a asistencia de forma habitual, por ejemplo, con mantenimiento del hogar, con actividades diarias o el cuidado personal.

Las plazas ofrecidas por los centros pueden ser, bien de tipo permanente o bien de tipo temporal, en este último caso la persona residente ingresa de forma transitoria, principalmente debido a enfermedades y sale del centro una vez recuperada la salud o resuelta la circunstancia que le generó el ingreso en el centro residencial.

Se define **persona residente** como aquella que tiene concedida una plaza en uno de los centros mencionados anteriormente.

Se entiende como **servicio de atención residencial** el conjunto de servicios destinados a proporcionar alojamiento, temporal o permanente según los casos, a las personas y familias que carecen de este recurso básico, o que por necesidades especiales se considere adecuado su alojamiento en diferentes tipos de equipamientos que ofrecen una atención personalizada y continuada. Con carácter general incluyen una atención integral a los colectivos sociales a los que va dirigido.

También es importante aclarar conceptos relacionados con el personal de estos centros. La **ratio de personal por residente** hace referencia al personal que trabaja en el centro residencial dividido entre el número de residentes de dicho centro. Se analizan las ratios en función del nivel de atención del personal (Ad1N, AD2N e indirecta) y del tipo de jornada del trabajador.

Personal de atención directa de primer nivel (Ad1N), es el personal técnico cuidador, auxiliar o gerocultor, según se denomine en cada territorio y/o sector.

Personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N): es el personal profesional generalmente de las ramas sanitaria y social que cuenta con titulación de grado universitario o equivalente.

Personal de atención indirecta (AI) es el resto del personal del centro dedicado a todo tipo de procesos y tareas de soporte necesarios para el correcto funcionamiento del centro. Comprende personal de limpieza, cocina, lavandería, transporte, mantenimiento, etc., así como los servicios administrativos necesarios.

Los requisitos mínimos para la acreditación de los centros residenciales se recogen en el **Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)** (2).

Además, es necesario definir, de acuerdo a lo establecido por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), que hablamos de **infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)** para referirnos a aquellas infecciones que la persona residente puede contraer como consecuencia de la asistencia o atención recibida en un centro asistencial (3).

Estas infecciones son un importante problema de Salud Pública en España, Europa y a nivel mundial. Provocan un aumento de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, costes adicionales tanto para el propio paciente como para el sistema sanitario, y muertes innecesarias. La prevención y control de estas infecciones constituyen una línea de actuación prioritaria de las estrategias de seguridad del paciente.

Una vía de transmisión importante y frecuente de las IRAS es por contacto indirecto, mediante material clínico o superficies contaminadas, manos contaminadas que no han sido lavadas o guantes contaminados que no han sido retirados (3).

Hasta un 20 o 30 % de las IRAS son prevenibles mediante programas de control de la infección e higiene y los sistemas de vigilancia son una importante herramienta en la consecución de este objetivo (3).

ANÁLISIS DE SITUACIÓN:

En España, la evolución demográfica y social muestra un progresivo **envejecimiento poblacional** que, consecuentemente, origina un incremento de la población en situación de dependencia. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, España es uno de los países con una mayor proporción de personas mayores, con una proyección de ciudadanos de 65 años o más del 26,5% del total de la población, para 2035 (4).

No sólo se incrementa el número de personas mayores, sino que también se incrementa el número de años que vivimos las personas, muchas veces acompañado de una disminución en la autonomía personal que nos aboca al uso de los distintos recursos sociales disponibles: atención

domiciliaria, centros de día, centros de atención residencial, etc. Por ello los servicios sociales especializados se convierten en un pilar fundamental para garantizar la calidad de vida de las personas más vulnerables (1).

De acuerdo con el **Censo de Centros Residenciales de Servicios Sociales** (1), en 2022, España cuenta con 381.514 plazas distribuidas entre 5.188 centros residenciales dirigidos a personas mayores. El 75% de estos centros residenciales son de titularidad privada, frente al 25% de titularidad pública, siendo el 14% de titularidad y gestión pública.

En el ámbito de las personas mayores, el 63% de los centros acumulan un tercio de las plazas del sistema y tienen un tamaño inferior o igual a 75 plazas. La mitad de los centros de personas mayores ofrece servicios de proximidad (51,6%) y de estos, un 39% ofrece el servicio de Centro de día.

En relación con las habitaciones son más comunes las de uso doble (55,6%). Las de uso individual suponen un 43,2% mientras que las de uso triple o superior solo suponen el 1,2%.

En cuanto al perfil de los residentes, en los centros de personas mayores el 70% de las personas que residen son mujeres y el 75% tienen 80 o más años.

Los trabajadores de los centros de personas mayores pertenecen principalmente a las plantillas de los centros (más del 95%) y son principalmente mujeres (más del 86%) estando en torno al 70% de los trabajadores contratados a jornada completa. Los trabajadores de primer nivel de atención directa (AdN1) suponen el 57,3% de la plantilla y los de segundo nivel de atención directa (AdN2) el 19%.

En relación con **las infecciones relacionadas con la asistencia**, de acuerdo con la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria, sociedad científica que promueve el Estudio de Prevalencia de Infecciones Nosocomiales en España (EPINE), causan anualmente en España 7.414 muertes y originan unos costes directos de 2.025 millones de €.

Además, los datos de este estudio, en 2023, indican que la prevalencia de tener alguna infección relacionada con la asistencia sanitaria en los pacientes hospitalizados de 70 años o más fue del 10,02% (5).

A nivel europeo, la encuesta de prevalencia puntual de infecciones asociadas a la atención sanitaria y uso de antimicrobianos en centros de atención a largo plazo europeos 2016-2017 (HALT-3), realizada por el ECDC señala que un 3,7% de los residentes de los centros residenciales de larga estancia de personas mayores presentaron al menos una infección relacionada con la asistencia sanitaria, lo que supone unos 4,4 millones de episodios distintos de IRAS por año, similar al número de episodios que se producen anualmente en los hospitales de agudos (6). En 2023 se publicó el protocolo del ECDC para actualizar esta encuesta (HALT-4) (7).

Las personas residentes en centros residenciales de servicios sociales dirigidos a personas mayores, presentan un alto riesgo de adquisición de infecciones, no sólo por su vulnerabilidad, al ser en su mayoría, personas de edad avanzada, fragilidad y limitación de la autonomía, sino también por la mayor presencia de comorbilidades y polimedicación, donde existe un riesgo mayor de aparición de efectos adversos e interacciones asociados a la prescripción de antimicrobianos y por las características propias de estos centros (8).

Además, el uso frecuente de dispositivos externos y el hecho de que compartan zonas y cuidadores comunes, facilitan la adquisición, desarrollo y diseminación cruzada de microorganismos multirresistentes haciendo que la incidencia de infecciones por bacterias multirresistentes, aunque variable, sea elevada en estos centros (8).

Por todo lo anterior, desde la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (SNS) (9) se considera relevante promover programas de prevención y control de infecciones en el ámbito de los centros residenciales de servicios sociales de personas mayores y es en este contexto en el que surge el presente documento.

OBJETIVOS Y MÉTODOS:

Objetivos principales:

- Optimizar el cumplimiento de la técnica de higiene de manos en los centros residenciales de personas mayores.
- **Mejorar la seguridad de los usuarios y/o residentes de centros residenciales de personas mayores.**
- Contribuir a la reducción de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) en los centros sociosanitarios

Objetivos secundarios:

- **Fomentar la cultura de seguridad entre trabajadores, usuarios y familiares de los centros sociosanitarios a través de un programa de higiene de manos**
- Conocer las principales barreras **y los elementos facilitadores** para los trabajadores de estos centros a la hora de realizar la higiene de manos

Metodología: adaptación del programa multimodal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de higiene de manos (10) al contexto de los centros residenciales de personas mayores en España.

ADAPTACIÓN DEL PROGRAMA MULTIMODAL DE LA OMS DE HIGIENE DE MANOS:

5 PILARES DE ACTUACIÓN

1. Infraestructuras y recursos:

Para poder llevar a cabo un programa de mejora de la higiene de manos es fundamental contar con la existencia de infraestructuras y recursos adecuados, entre los cuales están:

- Dispensadores de productos de base alcohólica (PBA) individuales para los trabajadores y de uso común para los familiares y residentes del centro. Es necesario tener en cuenta las condiciones de seguridad, o necesidades de vigilancia particulares que pueden tener determinadas unidades.
- Instalaciones adecuadas para el lavado de manos con agua, jabón y toallas de papel.

Medidas:

- Disponer de dispensadores de bolsillo individuales para trabajadores y de dispensadores en carritos de curas o que puedan desplazarse de una habitación a otra.
- Disponer de dispensadores fijos, distribuidos de manera racional que permitan mantener una higiene adecuada, a valoración del responsable del programa de Higiene de manos del centro. Se deberá priorizar disponer de los mismos en aquellas habitaciones donde se encuentren personas con patologías en curso, donde se lleven a cabo procedimientos invasivos o de curas y siempre que exista riesgo de contacto por parte del personal con fluidos corporales del residente (orina, sangre...por ejemplo en habitaciones donde el residente use pañal).
- Disponer de dispensadores en las zonas de trabajo específicas del staff de los centros (donde preparan medicación, materiales, etc.).
- Garantizar que las habitaciones y baños de zonas comunes tengan lavabo con agua, jabón y toallas de papel para el secado.

2. Formación y entrenamiento del personal:

Se realizará formación a directores de los centros (sólo una vez) y trabajadores (en el momento de la incorporación y repetir periódicamente, al menos 1 vez al año) en higiene de manos, siguiendo el modelo de los 5 momentos de la OMS adaptado a 4 momentos en los centros de mayores (**Anexo 1**) (11), así como de la técnica correcta de realización en función de las circunstancias (**Anexos 2, 6 y 7**) (12, 13). Del mismo modo, se realizará formación también en la observación de la correcta higiene de manos de forma independiente.

En relación con los momentos de higiene de manos de los anexos 1 y 6:

La rigidez para los momentos antes y después de tocar al paciente en los anexos 1 y 6 será la exigible según las condiciones de riesgo, y estará acordada por el responsable de higiene de manos del centro residencial con el responsable de Higiene de manos de la estrategia de seguridad del paciente de la CCAA

El formato que se seleccione para la formación debe adecuarse a la capacidad del centro para llevarla a cabo, pudiendo ser online ^[*] o presencial y según planifique el responsable del Programa de Higiene de manos del centro.

[*] El Ministerio de Sanidad actualmente ofrece el siguiente curso de higiene de manos: <https://cursos.seguridadelpaciente.es/login/index.php> (en proceso de adaptación al ámbito sociosanitario). Se recomienda consultar los cursos disponibles en cada CC.AA.

Medidas:

- Formación en: definición, impacto y carga de las IRAS y principales pautas de transmisión de las IRAS con especial hincapié en la transmisión a través de las manos.
- Por qué, cuándo y cómo realizar la higiene de manos de acuerdo a las directrices de la OMS. **Formación en el correcto uso de guantes, tanto de las indicaciones de uso como de la técnica de puesta y retirada de los mismos (Anexos 3 y 4)** (13, 14). Todo ello con ejemplos y casos prácticos impartido por una persona con experiencia. Si no se puede realizar presencial, se habilitará la formación por vía telemática.
- También se recomienda hacer hincapié en la importancia de, en la medida de lo posible, realizar higiene de manos en las siguientes circunstancias: cuando las manos estén visiblemente sucias (agua y jabón primero); antes de iniciar el turno, tras realizar las tareas y antes de irse a casa; antes de ponerse (en caso de necesidad) y después de

quitarse el equipo de protección personal (EPP) y/o guantes; antes y después de los descansos y de ir al lavabo; después de realizar tareas limpieza o lavandería, si estas se realizan con guantes será necesario lavarse las manos una vez retirados los guantes; después de toser, sonarse la nariz...etc. (11). **En todos estos casos, la higiene de manos deberá realizarse con una duración y técnica correctas, de acuerdo con las indicaciones de la OMS (Anexo 2).**

- Para la prevención de las IRAS se añadirá formación sobre la importancia de:
 - Los 4 momentos de la OMS en los momentos de mayor riesgo (3).
 - Estar descubiertos por debajo de los codos en el momento de entrar en contacto con los residentes para evitar la contaminación de los uniformes y que estos actúen como foco de transmisión (15).
 - No llevar joyas en muñecas y manos (16).
 - No llevar piercings en muñecas y manos (16).
 - No llevar esmalte/gel de uñas, así como acrílicas o accesorios que puedan conllevar más riesgo de contaminación (16).
- Se reconocerá la realización de la formación de manera nominativa (sistema de verificación de la competencia).

3. Evaluación del programa:

En el futuro este programa deberá someterse a una evaluación. Para ello será necesario reevaluar, actualizar y consensuar con las CC.AA., **indicadores y criterios de evaluación** que garanticen:

- **Identificar resultados exitosos** y fomentar el **aprendizaje** colaborativo para la mejora.
- Poner de manifiesto **oportunidades de mejora** para enfocar nuevas acciones.

Será necesario llevar a cabo la identificación y selección de indicadores válidos, relevantes y factibles.

Este documento incluye un **Anexo (Anexo 8)** con una propuesta inicial de indicadores, teniendo en cuenta los indicadores utilizados en el actual *Informe de Indicadores de Higiene de Mano* (17, 18) y otros que se consideran oportunos para las primeras fases de implementación del programa.

4. Recordatorios en zonas estratégicas del lugar de trabajo:

Es importante que en **zonas estratégicas** de los centros haya presencia de recordatorios de los 4 momentos aplicados de la OMS, así como de la adecuada técnica de higiene de manos. Puede ser en forma de pósteres, folletos informativos para familiares, etc.

Zona estratégica: *aquellas zonas en que pueda existir un mayor riesgo de transmisión cruzada de microorganismos y tenga más importancia el recordatorio visual de la higiene de manos, como en las salas de preparación de medicación, salas de curas, salas de fisioterapia...etc.*

Medidas:

- Pósteres de los 4 momentos de la OMS y de la técnica de higiene de manos preferiblemente en las **áreas reservadas para el personal (Ad1N, Ad2N y AI)** del centro

de manera específica, con el fin de preservar, en la medida de lo posible, el ambiente cotidiano y familiar que beneficia a los usuarios de estos centros, y disminuir así la distorsión que pueda suponer la implantación de un programa de estas características.

5. Fomentar un buen clima de seguridad:

Es fundamental crear un ambiente en el cual se sensibilice a todas las personas involucradas de la importancia que tiene la higiene de manos en la seguridad de todos: trabajadores, familiares y usuarios.

El clima de seguridad debe conllevar un cambio de paradigma. Dado que errar es humano y los sistemas son falibles, incluso los mejores, el error debe comprenderse desde una dimensión sistémica motivada por factores contribuyentes latentes en la organización, y debe abordarse cambiando las condiciones de trabajo. La cultura de seguridad debe ir acompañada de un sistema de aprendizaje del error sin miedo a consecuencias punitivas por parte de los profesionales a los que se les debe motivar a aprender de los errores, avanzando hacia la disponibilidad de sistemas de notificación de incidentes (19).

Debe haber colaboración entre los gestores/directores y los trabajadores de los centros a la hora de identificar las barreras que puedan existir o surgir con el desarrollo del programa para evaluarlas y proponer soluciones.

CÓMO IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS

Es necesario conocer el centro, y adaptar un programa específico al mismo según el número de usuarios, los espacios comunes y los momentos de mayor riesgo de una contaminación cruzada.

***Momentos de mayor riesgo:** aquellos en los que los trabajadores tengan que atender a usuarios que tengan una infección activa, úlceras por presión (más frecuentes en esta población), realización de curas, cambios de pañal, etc.*

Medidas para la implementación en un centro:

- Conocer el **riesgo de cada residencia respecto a las IRAS**; número de residentes, número de habitaciones, grado de dependencia de los usuarios, porcentaje de residentes con sonda urinaria, profesionales sanitarios (enfermería y medicina), programas de vacunación (tanto en residentes como en trabajadores), posibilidades de aislamiento, ratio de residentes por profesional, porcentaje de residentes con incontinencia fecal, porcentaje de residentes que utilizan pañal, coordinación con el Sistema Nacional de Salud (SNS).

La *Tabla 1* muestra la propuesta de clasificación que proponen algunos autores (20). Sin embargo, es probable que esa tabla requiera una posterior adaptación a las diferentes realidades y necesidades de las diversas Comunidades Autónomas.

- Realizar un mapeo de los lugares con mayor riesgo de contaminación cruzada (zona de curas...).

- Identificar los residentes en riesgo por uso de dispositivos (sondas...), inmunodeprimidos, piel discontinua, estado de consciencia, incontinencia fecal y uso de pañal.
- Seguir una serie de recomendaciones para la prevención de la infección nosocomial en residencias de mayores (*Tabla 2*) (20), en las que, destacamos:
 - Elaborar un programa de prevención y control de infecciones en centros residenciales de personas mayores.
 - Designar un responsable/coordinador en cada centro: Crear la figura de un/a **“Responsable de Higiene de Manos”** en cada centro (funciones concretas por definir). En caso de no ser posible por el tamaño del centro o por falta de recursos de personal, se podría plantear la figura de un responsable de varios centros agrupados. Los requisitos para esta figura deben incluir:
 - Conocimientos y experiencias suficientes en el control de enfermedades infecciosas (manifestaciones clínicas, mecanismos de transmisión y propagación, y medidas de prevención).
 - Capacidad de liderazgo y de comunicación.
 - Habilidades de trabajo en equipo.
 - Capacidad para transmitir toda la información al resto de los profesionales de la institución, así como a los residentes y sus familiares.
 - Garantizar que se lleven a cabo todas las medidas necesarias para la prevención de infecciones.
 - Realizar un programa de formación del personal
 - Medidas de prevención ambiental
 - Implantar el programa de Higiene de manos
 - Uso correcto de guantes
 - Documento de prevención de infecciones urinarias
- Establecer una estrecha colaboración con los responsables del Programa de Higiene de Manos de la Comunidades Autónomas.
- Adaptar las acciones que se lleven a cabo al nivel de riesgo de infección del centro.

Tabla 1. Sistema de clasificación de las residencias en función del riesgo de infección.

INDICADORES		PUNTOS
Número de residentes	<75	0
	75-120	1
	>120	2
Habitaciones (>65%)	Individuales	0
	Dobles	1
	>= 3	2
Mediana de la puntuación en la escala de Barthel de cada residente	>55 puntos	0
	35-55 puntos	1
	<35 puntos	2
% residentes con sondaje vesical	<10%	0
	11-25%	1
	>25%	2
Enfermeras	Tiempo completo	0
	Tiempo parcial	1
	Visitas únicas	2
Personal médico	Tiempo completo	0
	Tiempo parcial	1
	Visitas únicas	2
Plan de Prevención de Infecciones (vacunación, uso de antibióticos, medidas generales, entrenamiento del personal...)	Total, y en funcionamiento	0
	Parcial	1
	No disponible	2
Posibilidad de aislamiento	Total	0
	Parcial	1
	No disponible	2
Disponibilidad de derivación hospitalaria y comunicación directa/telefónica con farmacia hospitalaria/comunitaria	Total	0
	Parcial	1
	No disponible	2
Proporción de personal (a tiempo completo) en atención directa de primer nivel	>0.43	0
	Entre 0.31 y 0.43	1
	<0.31	2

Fuente: "Bouza E, Asensio Á, García Navarro JA, González P, Acosta Benito MÁ, Aguilar J, et al. Recommendations for the prevention of healthcare-associated infections in nursing homes. *Revista Española de Quimioterapia* 2023;36(6):552-61."

Tabla 2. Guía de Recomendaciones para la prevención de la infección nosocomial en residencias de mayores

Elaborar un programa de prevención y control de infecciones en Centros residenciales para personas mayores
Designar un responsable/coordinador en cada centro
Realizar programas de formación del personal.
Medidas de prevención ambiental
Implantar un programa de Higiene de manos
Uso correcto de guantes
Documento de prevención de infecciones urinarias
Documento de prevención de infecciones respiratorias
Evaluación periódica del estado vacunal de residentes y personal
Protocolo de prevención de infecciones de piel y partes blandas (UPP).
Protocolo de prevención y control de infecciones gastrointestinales (<i>Clostridium</i>).
Protocolo de actuación frente a brotes
Recomendaciones escritas para prevención de infecciones oculares y conjuntivitis
Prevención de infección y aspectos relacionados con salud bucodental.

Fuente: "Bouza E, Asensio Á, García Navarro JA, González P, Acosta Benito MÁ, Aguilar J, et al. Recommendations for the prevention of healthcare-associated infections in nursing homes. Revista Española de Quimioterapia 2023;36(6):552–61."

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Censo de Centros Residenciales De Servicios Sociales en España: Situación 2022. 2024.
2. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). 2022.
3. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. 2021.
4. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de Población 2020-2070. 2020.
5. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Informe España. Prevalencia de infecciones (relacionadas con la asistencia y comunitarias) y uso de antimicrobianos en hospitales de agudos. 2023.
6. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities 2016–2017. 2023.
7. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC). Protocol for point prevalence surveys of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities Version 4.0. 2023.
8. Gallego P, García San Miguel L, Pérez de Vargas E, Sastre García M, Llanos Hijonosa M, Arias Bohigas P, et al. Centros residenciales de mayores: la vigilancia de las enfermedades transmisibles como parte del cuidado y la protección de la salud. Revista Española de Salud Pública. Volumen 96. 2022.
9. Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Calidad Asistencial. Estrategia de Seguridad del Paciente en el Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. 2015.
10. Organización Mundial de la Salud. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. 2009.
11. Organización Mundial de la Salud. 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 y del modelo “Los 5 momentos para la higiene de las manos”. 2013.
12. OMS. Sus 5 Momentos para la Higiene de Manos. https://www.areasaludcaceres.es/docs/files/13260_oms-2018-5-momentos.pdf: 2018.
13. World Health Organization. Glove Use Information Leaflet. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/infection-prevention-and-control/hand-hygiene/tools/glove-use-information-leaflet.pdf?sfvrsn=13670aa_10](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/infection-prevention-and-control/hand-hygiene/tools/glove-use-information-leaflet.pdf?sfvrsn=13670aa_10): 2009.
14. Junta de Castilla y León. Sacyl. NO CON GUANTES. Calidad y Seguridad del Paciente s/f. <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/calidad-seguridad-paciente/seguridad-paciente/higiene-manos/material-grafico-apoyo/utilizacion-guantes> (consultado el 15 de enero de 2024).

15. Gaspard P, Eschbach E, Gunther D, Gayet S, Bertrand X, Talon D. Meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* contamination of healthcare workers' uniforms in long-term care facilities. *J Hosp Infect.* 2009 Feb;71(2):170-5. doi: 10.1016/j.jhin.2008.10.028. Epub 2008 Dec 18. PMID: 19100661.
16. Community Infection Prevention and Control. National Health Service. Community Infection Prevention and Control Policy for Care Home settings. Hand hygiene. 2023 abr
17. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud. 2022.
18. Organización Mundial de la Salud. 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 [Internet]. 2009. Disponible en: https://seguridadelpaciente.sanidad.gob.es/practicasSeguras/higieneDeManos/docs/manual_tecnico.pdf
19. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson editors. *To Err is Human: Building a Safer Health System.* Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000
20. Bouza E, Asensio Á, García Navarro JA, González P, Acosta Benito MÁ, Aguilar J, et al. Recommendations for the prevention of healthcare-associated infections in nursing homes. *Revista Española de Quimioterapia* 2023;36(6):552–61.
21. World Health Organization. Hand hygiene for all initiative. Improving access and behaviour in health care facilities. 2020.



ANEXO 1: 4 MOMENTOS DE LA OMS ADAPTADOS ⁽²¹⁾

Tus Momentos para la Higiene de Manos

Residencia Geriátrica



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Realiza la higiene de las manos antes de tocar al paciente. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que fijas en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UN PROCEDIMIENTO LIMPIO/ASEPTICO	¿CUÁNDO? Realiza la higiene de las manos inmediatamente antes de realizar un procedimiento limpio/aseptico. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente contra microorganismos patógenos que podrían penetrar en su cuerpo, incluido los del propio paciente.
3	DESPUES DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? Realiza la higiene de las manos inmediatamente después de realizar cualquier maniobra o procedimiento en el que haya habido riesgo de exposición a fluidos corporales (y después de quitar la guante). ¿POR QUÉ? Para protegerle a él mismo y al entorno sanitario de los microorganismos patógenos del paciente.
4	DESPUES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Realiza la higiene de las manos después de tocar al paciente al finalizar su atención o cuando éste se interrumpe. ¿POR QUÉ? Para protegerle a él mismo y al entorno sanitario de los microorganismos patógenos del paciente.



Procedimiento aséptico: tareas que impliquen contacto con mucosas, piel no intacta (heridas), incluyendo aquellos casos de preparación de material para medicación y curas.

Riesgo de exposición a fluidos corporales: exposición de las manos del trabajador a fluidos del usuario como secreciones, mucosas, piel no intacta, drenajes, vendajes y apósitos de heridas, etc.

ANEXO 2: TÉCNICA CORRECTA DE HIGIENE DE MANOS

¿Cómo lavarse las **manos**?

Lávese las manos cuando estén visiblemente sucias.
Si no, utilice un preparado con alcohol

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Mójese las manos con agua;



Aplique suficiente cantidad de jabón para cubrir todas las superficies de las manos;



Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



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



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



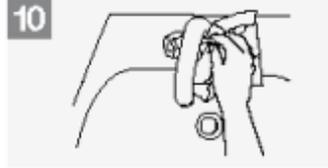
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa;



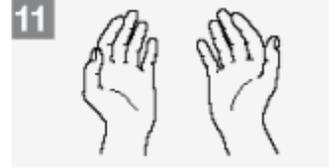
Enjuáguese las manos con agua;



Séquese las manos cuidadosamente con una toalla de un solo uso;



Utilice la toalla para cerrar el grifo;



Ahora sus manos son seguras.

ANEXO 3: INDICACIONES PARA EL USO DE GUANTES (OMS) (13).

HIGIENE DE LAS MANOS Y UTILIZACIÓN DE GUANTES PARA USOS MÉDICOS

- El uso de guantes no excluye la necesidad de limpiarse las manos.
- La higiene de las manos deberá practicarse siempre que sea apropiado, con independencia de las indicaciones respecto al uso de guantes.
- Quitese los guantes para proceder a la higiene de las manos cuando lleve guantes puestos y se dé la situación apropiada.
- Quitese los guantes después de cada actividad y límpiense las manos: los guantes pueden ser portadores de gérmenes.
- Póngase guantes sólo en los casos indicados en "Precauciones habituales y en casos de contacto" (véanse los ejemplos de la pirámide gráfica siguiente); no hacerlo podría entrañar un riesgo importante de transmisión de gérmenes.

La pirámide sobre el uso de guantes le ayudará a decidir cuándo deberá (o no) ponérselos

Deberán usarse guantes siempre que así lo aconsejen las precauciones habituales y en casos de contacto. La pirámide contiene varios ejemplos clínicos en que no está indicado el uso de guantes, y otros en que sí está indicado el uso de guantes estériles o de exploración.



CUANDO NO USAR LOS GUANTES:

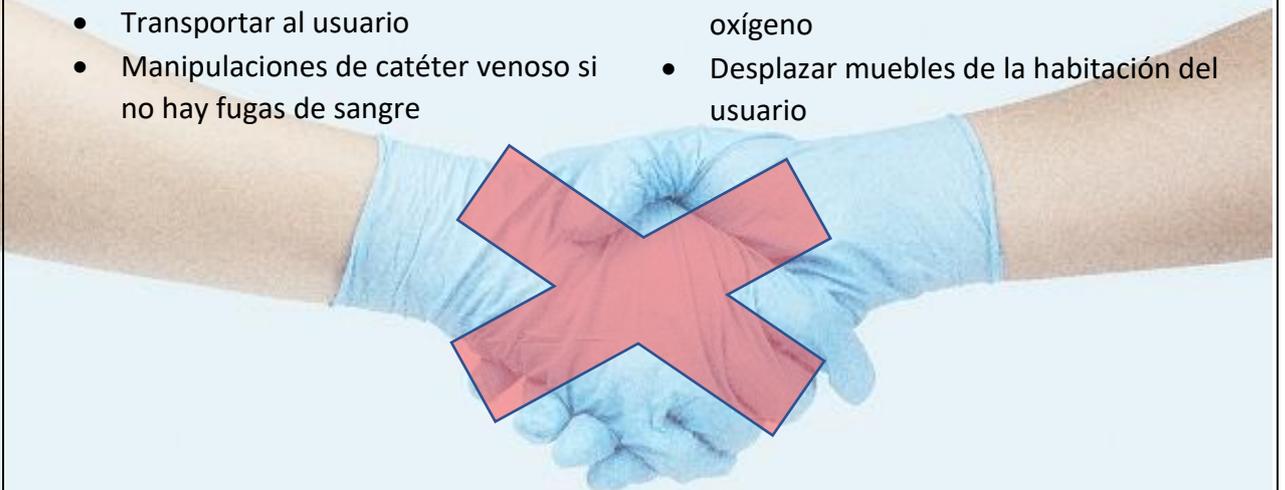
Si no existe riesgo de exposición a sangre, fluidos corporales o entorno contaminado

EXPOSICIÓN DIRECTA AL USUARIO:

- Tomar temperatura
- Tomar pulso/presión arterial
- Inyecciones subcutáneas/intramusculares
- Bañar y vestir al usuario
- Cuidados en ojos/oídos si NO HAY secreciones
- Transportar al usuario
- Manipulaciones de catéter venoso si no hay fugas de sangre

EXPOSICIÓN INDIRECTA AL USUARIO:

- Usar el teléfono/móvil
- Anotar datos del usuario en gráficas
- Dar medicación oral
- Distribuir/recoger comidas
- Cambiar/Quitar sábanas de habitación
- Conectar al usuario a sistemas de ventilación no invasivos/cánulas de oxígeno
- Desplazar muebles de la habitación del usuario



ANEXO 4: TÉCNICA DE PUESTA/RETIRADA DE GANTES (OMS) (13).

Technique for donning and removing non-sterile examination gloves

When the hand hygiene indication occurs before a contact requiring glove use, perform hand hygiene by rubbing with an alcohol-based handrub or by washing with soap and water.

I. HOW TO DON GLOVES:



1. Take out a glove from its original box



2. Touch only a restricted surface of the glove corresponding to the wrist (at the top edge of the cuff)



3. Don the first glove



4. Take the second glove with the bare hand and touch only a restricted surface of glove corresponding to the wrist



5. To avoid touching the skin of the forearm with the gloved hand, turn the external surface of the glove to be donned on the folded fingers of the gloved hand, thus permitting to glove the second hand



6. Once gloved, hands should not touch anything else that is not defined by indications and conditions for glove use

II. HOW TO REMOVE GLOVES:



1. Pinch one glove at the wrist level to remove it, without touching the skin of the forearm, and peel away from the hand, thus allowing the glove to turn inside out



2. Hold the removed glove in the gloved hand and slide the fingers of the ungloved hand inside between the glove and the wrist. Remove the second glove by rolling it down the hand and fold into the first glove



3. Discard the removed gloves

4. Then, perform hand hygiene by rubbing with an alcohol-based handrub or by washing with soap and water

ANEXO 5: EJEMPLOS DEL USO INADECUADO DE GUANTES. CAMPAÑA “NO CON GUANTES” DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (14).



NO CON GUANTES

El uso inadecuado de guantes produce una falsa sensación de seguridad y favorece la transmisión de microorganismos.

Utiliza los guantes cuando estén indicados.
No los uses de forma indiscriminada.
Realiza higiene de manos con frecuencia.

**POR TU SEGURIDAD
Y LA DE TODOS**

 Sacyl |  Junta de Castilla y León

NO CON GUANTES

El uso inadecuado de guantes produce una falsa sensación de seguridad
y favorece la transmisión de microorganismos.

Utiliza los guantes cuando estén indicados.

No los uses de forma indiscriminada.

Realiza higiene de manos con frecuencia.

POR TU SEGURIDAD Y LA DE TODOS



ANEXO 6: FICHAS DE EJEMPLOS PRÁCTICOS DE LA GUÍA DE LA OMS PARA LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE HIGIENE DE MANOS EN CENTROS DE CUIDADOS SANITARIOS DE LARGA DURACIÓN (11).

FIGURA 8

Póster de la OMS sobre las indicaciones para la higiene de las manos en una situación de campaña de vacunación

Tus 5 Momentos para la Higiene de Manos

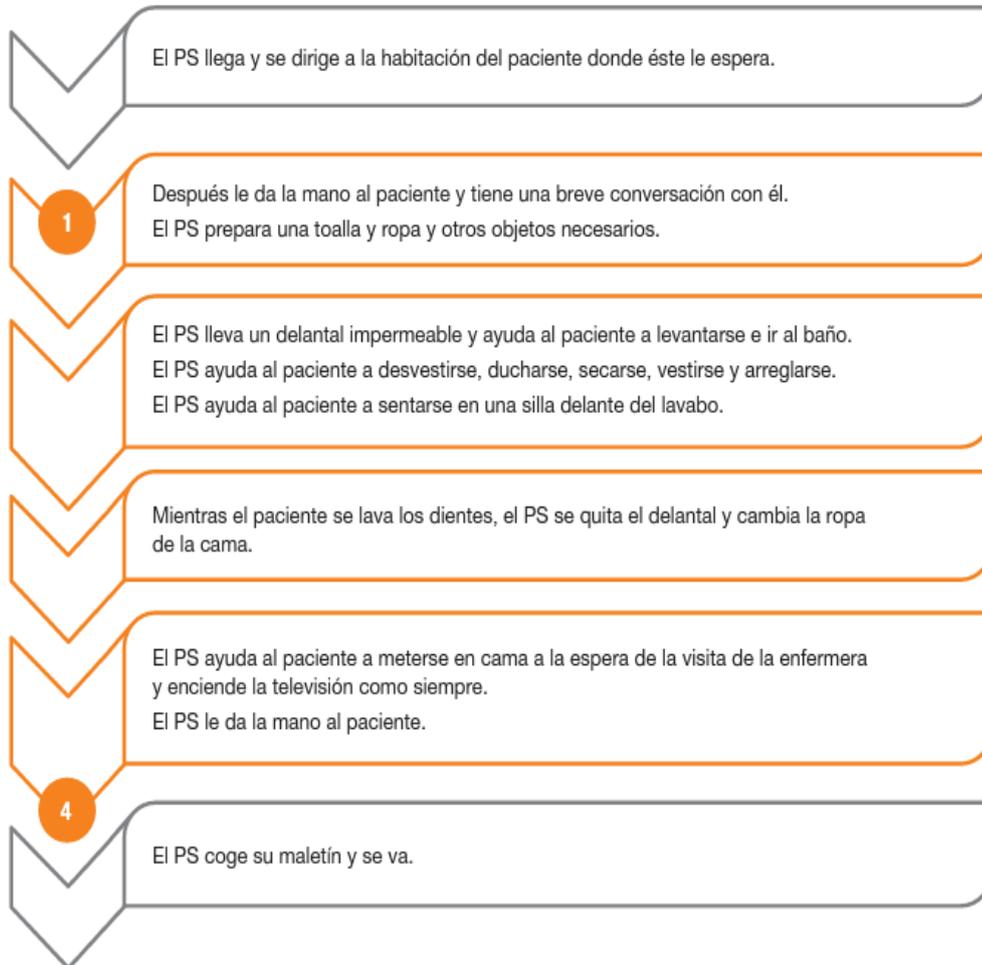
Campaña de Vacunación



1	ANTES DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos antes de tocar al paciente cuando se acerque a él. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que tiene usted en las manos.
2	ANTES DE REALIZAR UNA TAREA LIMPIA/ASÉPTICA	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente antes de realizar una tarea limpia/aséptica. ¿POR QUÉ? Para proteger al paciente de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio paciente.
3	DESPUÉS DEL RIESGO DE EXPOSICIÓN A LÍQUIDOS CORPORALES	¿CUÁNDO? Lávese las manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales (y tras quitarse los guantes). ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.
4	DESPUÉS DE TOCAR AL PACIENTE	¿CUÁNDO? Lávese las manos después de tocar al paciente, al final de la consulta o cuando ésta sea interrumpida. ¿POR QUÉ? Para protegerse y proteger el entorno de atención de salud de los gérmenes dañinos del paciente.

Asistencia domiciliaria – ayudar a bañarse a un paciente en situación de dependencia

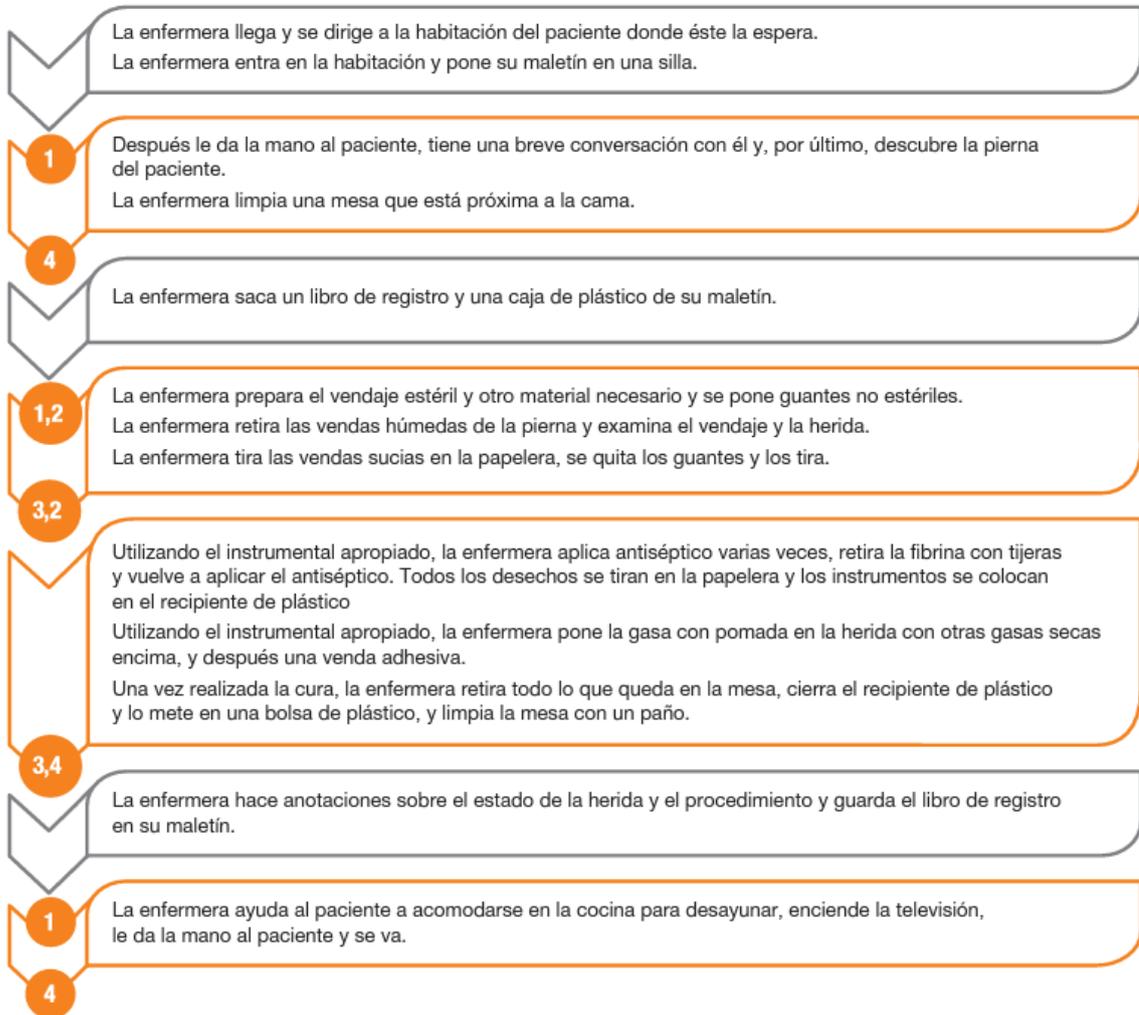
● Oportunidades para la higiene de las manos de acuerdo con “Los cinco momentos para la higiene de las manos”



Sería equiparable a la misma situación desarrollada en un entorno sociosanitario en la habitación de un usuario del centro. (página 41 del documento)

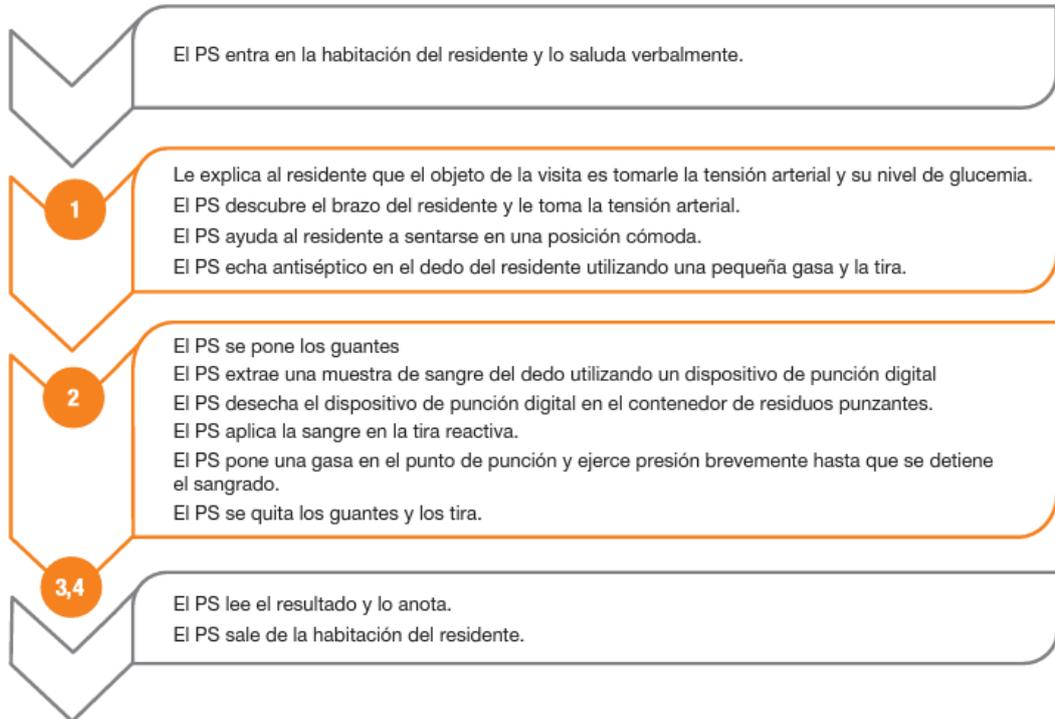
Asistencia domiciliaria – cura y vendaje de heridas

● Oportunidades para la higiene de las manos de acuerdo con “Los cinco momentos para la higiene de las manos”



Control de las constantes vitales y los parámetros clínico de un residente encamado en un centro sociosanitario

● Oportunidades para la higiene de las manos de acuerdo con “Los cinco momentos para la higiene de las manos”

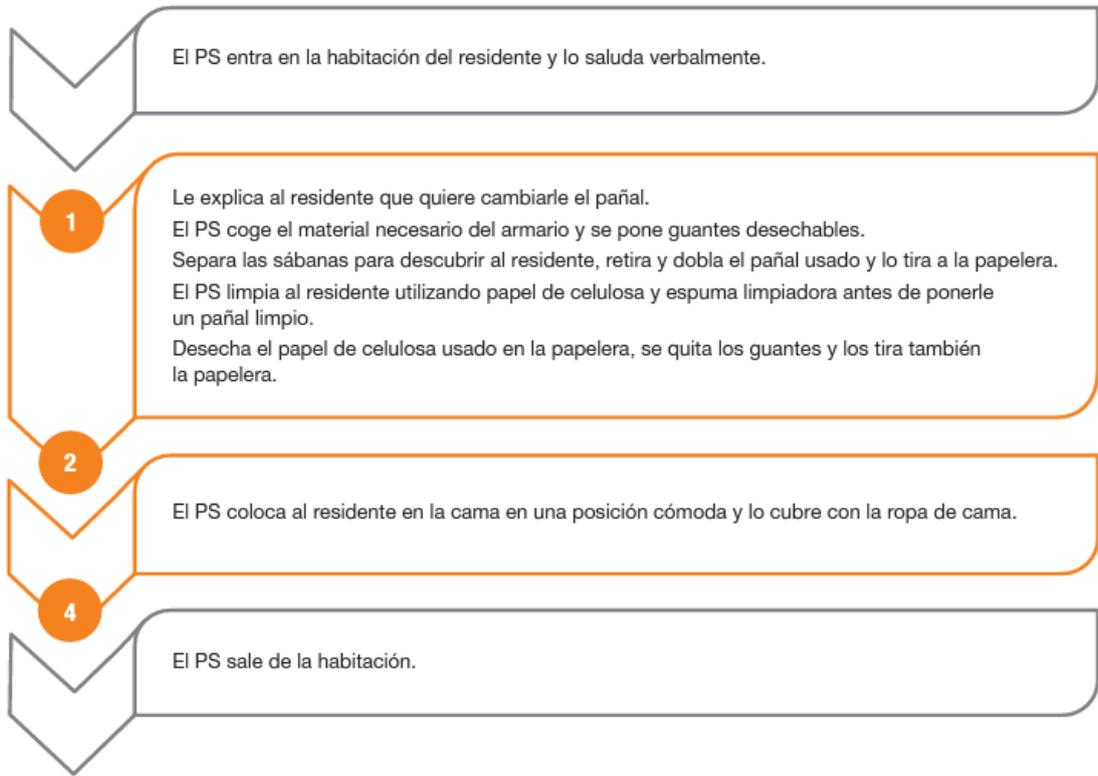


Comentario

En este ejemplo no se incluyen los contactos sociales como el estrechamiento de manos entre el residente y el PS. Este gesto puede variar en función de la cultura y las costumbres. Este tipo de contacto, si se produce, podría aumentar el riesgo de transmisión y representa una oportunidad adicional para la higiene de las manos.

Cambio de pañal a un residente encamado en un centro sociosanitario

● Oportunidades para la higiene de las manos de acuerdo con “Los cinco momentos para la higiene de las manos”

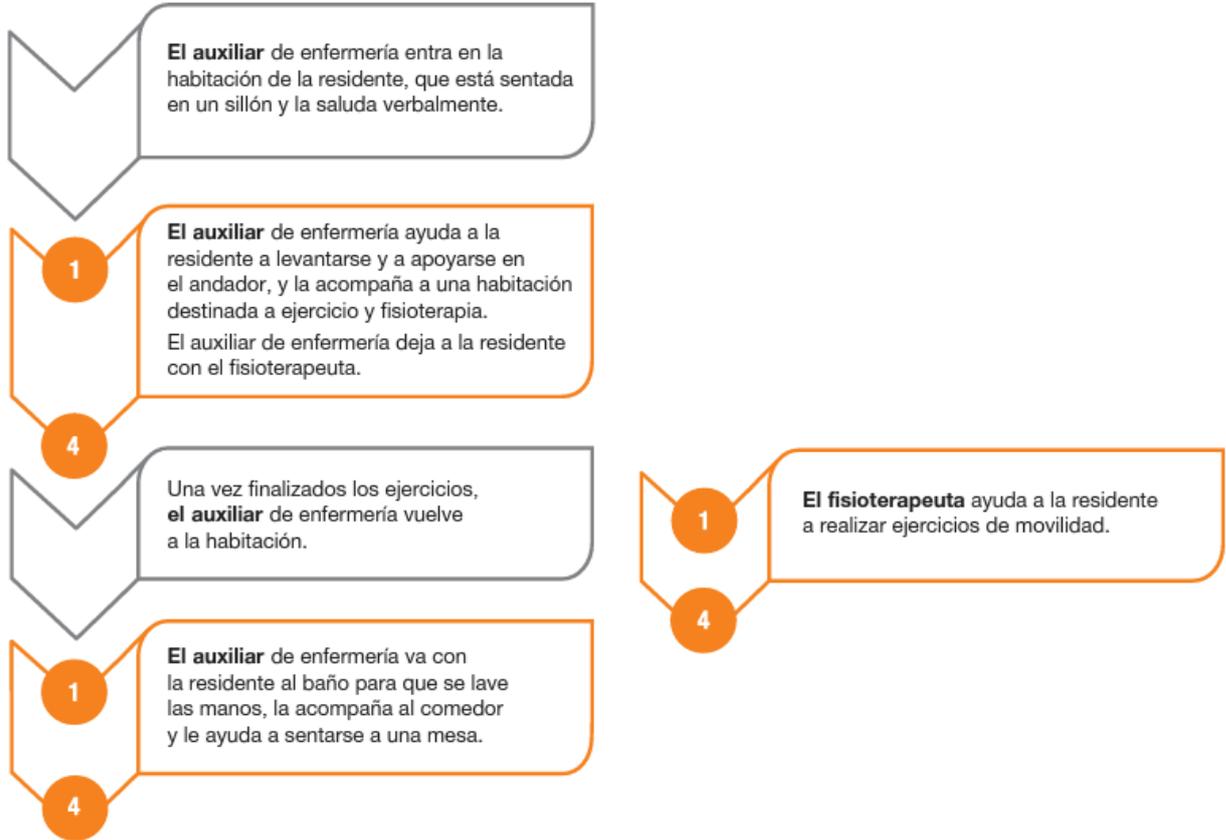


Comentario

En este ejemplo no se incluyen los contactos sociales como el estrechamiento de manos entre el residente y el PS. Este gesto puede variar en función de la cultura y las costumbres. Este tipo de contacto, si se produce, podría aumentar el riesgo de transmisión y representa una oportunidad adicional para la higiene de las manos.

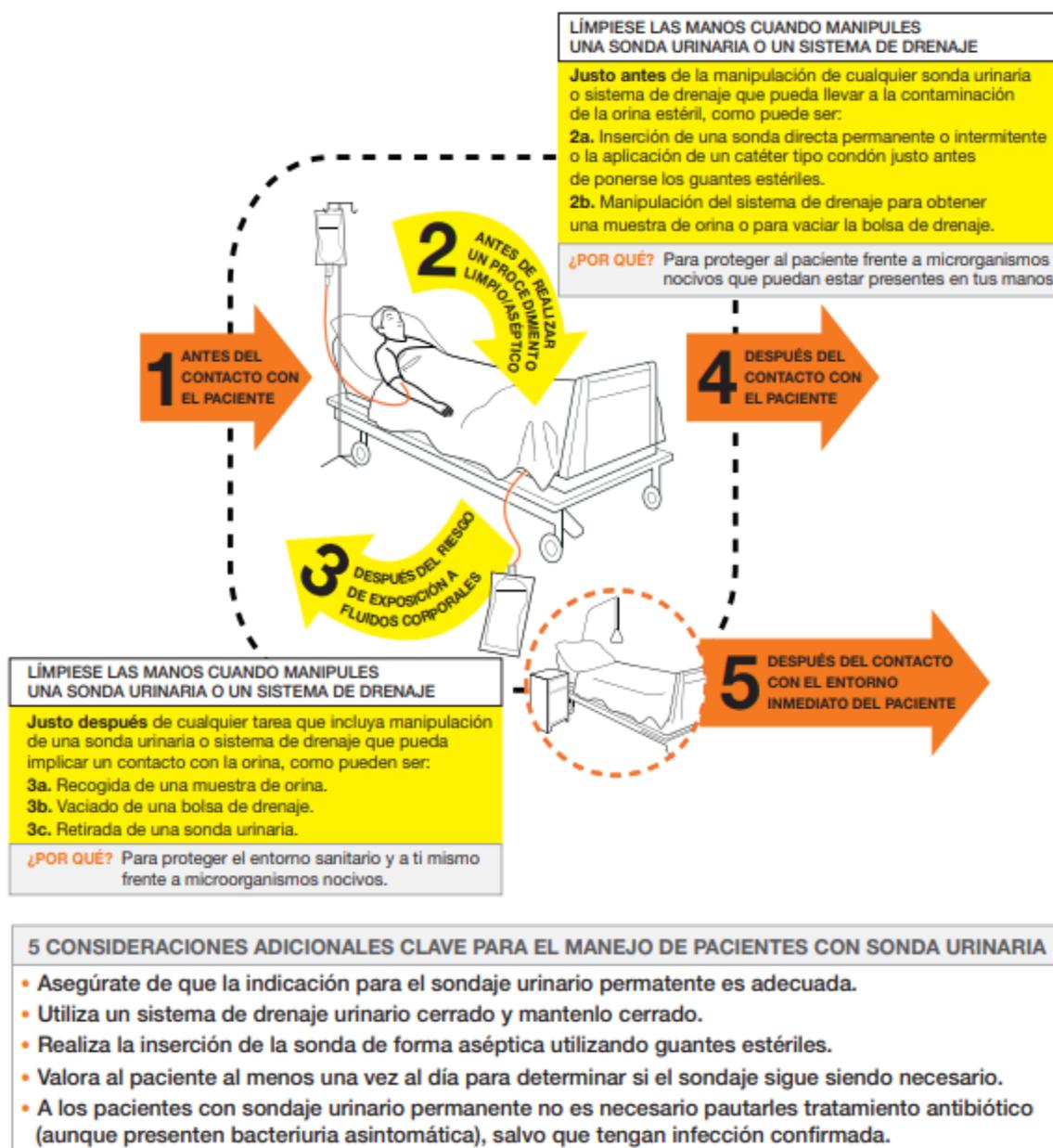
Fisioterapia y ejercicios de movilidad para una anciana residente en un centro sociosanitario

● Oportunidades para la higiene de las manos de acuerdo con “Los cinco momentos para la higiene de las manos”



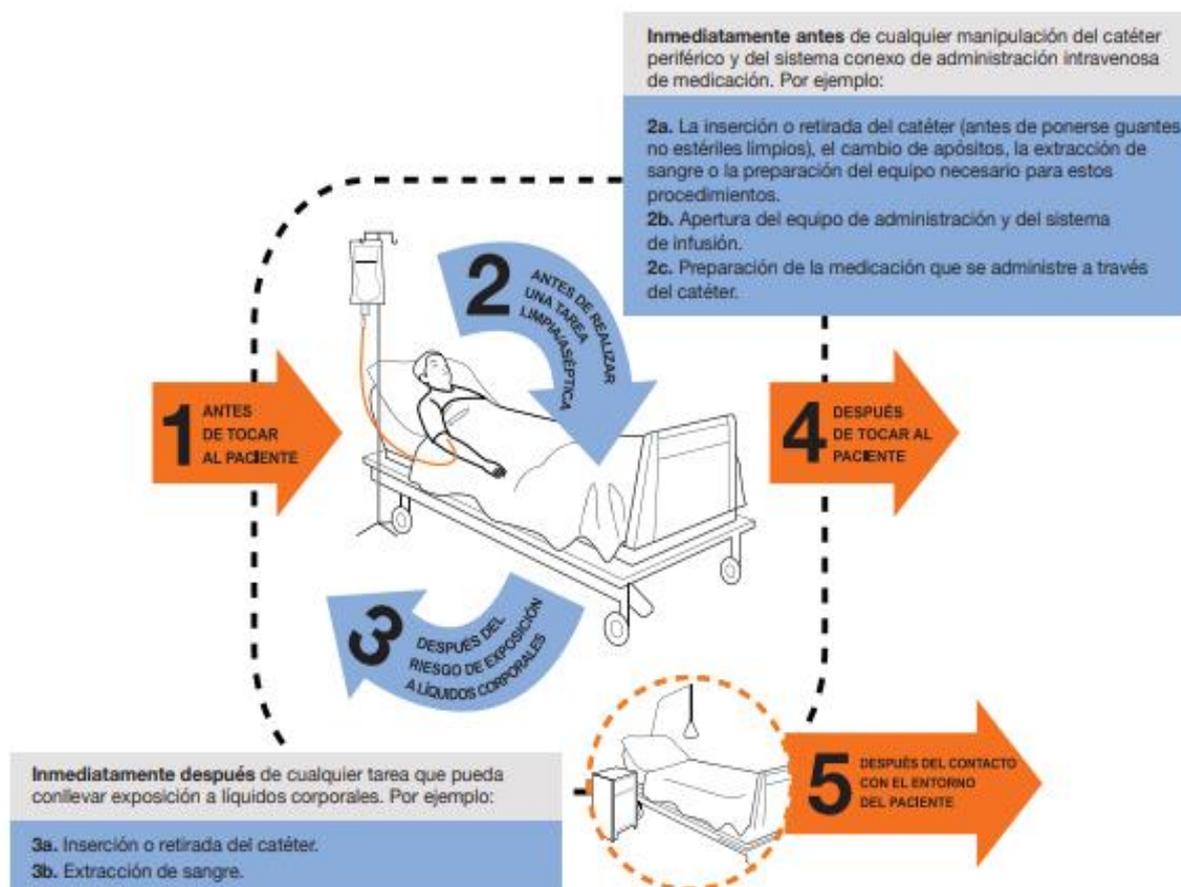
ANEXO 7: 5 MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS (OMS) EN CUIDADOS DE SONDA URINARIA Y CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (12).

Mis 5 momentos para la higiene de manos: Cuidado de un paciente con sonda urinaria



Mis 5 momentos para la higiene de las manos

En la atención a pacientes con catéteres venosos periféricos



Otras consideraciones fundamentales sobre los catéteres intravenosos periféricos

1. **Indicación:** Asegúrese de que el catéter periférico está indicado. Retírelo cuando ya no sea necesario o deje de tener una indicación clínica.
2. **Inserción/mantenimiento/retirada**
 - 2.1 Limpie la piel con un antiséptico (alcohol al 70%, tintura de yodo, un yodóforo o gluconato de clorhexidina a base de alcohol al 2%) antes de la inserción.
 - 2.2 Utilice guantes no estériles limpios y procedimientos asépticos (técnica "sin tocar") para insertar y retirar el catéter y extraer sangre.
 - 2.3 Cambie los apósitos de gasa secos cada 2 días.
 - 2.4 Considere la posibilidad de cambiar el catéter cada 96 horas.
 - 2.5 Cambie los tubos utilizados para administrar sangre, productos sanguíneos, quimioterapia y emulsiones de grasa en las 24 horas siguientes al inicio de la infusión. Considere la posibilidad de cambiar todos los demás tubos cada 96 horas.
3. **Registro:** registre diariamente la fecha y la hora de inserción y retirada del catéter y de los cambios de apósitos, así como el estado (aspecto visual) de la piel en el lugar de inserción del catéter.

ANEXO 8: PROPUESTA DE INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

1. **Indicador: Existencia de la figura de “Responsable de Higiene de Manos”**

Fórmula: Dicotómico (si/no)

2. **Indicador: Existencia de carteles, pósteres o recordatorios en zonas estratégicas**

Fórmula: Dicotómico (si/no)

3. **Indicador: Profesionales que han participado, al menos, en una actividad formativa relacionada con la HM en el último año.**

Formula:

Numerador: Nº de profesionales que ha participado en una actividad formativa relacionada con la HM

Denominador: Nº total de profesionales del centro.

4. **Proporción de salas dedicadas a la atención sanitaria de los usuarios (más riesgo de infección/colonización cruzada) que cuentan con dispensadores de PBA:**

Fórmula de cálculo:

Denominador: Nº de salas del centro dedicadas a la atención sanitaria con PBA x100

Numerador: Nº de salas del centro dedicadas a la atención sanitaria

Aclaraciones:

Se tendrán en cuenta las salas, incluidas salas de curas, sala preparación de medicación, salas de fisioterapia...etc._con disponibilidad de PBA en el lugar donde se va a desarrollar la actividad, estando visibles y accesibles, incluyendo aquellas en las que el PBA se encuentre fuera de la habitación. No se considerarán los PBA que no estén fijos en el área de atención (carros, bateas...)

5. **Proporción de habitación/es que cuentan en la entrada/salida con dispensador de PBA o a una distancia próxima:**

Fórmula de cálculo:

Denominador: Nº de habitaciones del centro que cuentan con PBA x100

Numerador: Nº total de habitaciones del centro.

Aclaraciones:

Se tendrán en cuenta las habitaciones del centro que cuenten con dispensador de PBA visibles y accesibles, incluyendo los que se encuentren fuera y dentro de la habitación.

6. Cumplimiento de la higiene de manos:

Fórmula de cálculo:

Numerador: Nº de acciones de higiene de las manos x 100

Denominador: Nº 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).

Se observará un mínimo de 30 oportunidades de higiene de manos por periodo y servicio evaluado. Aunque se recomienda aumentar este mínimo. El resultado del indicador se daría por centro. Las CCAA que lo deseen pueden aumentar el número de observaciones para dar resultados por servicios.

7. Tendencia del consumo de PBA:

Fórmula de cálculo:

Numerador: Nº litros entregados x 1000

Denominador: Nº total de estancias en el centro durante periodo evaluado

Aclaraciones:

Se refiere a los días de estancia de los residentes en el centro, siendo estancia= Fecha de alta del centro– Fecha de ingreso en el centro, durante el periodo de cálculo del indicador. Fecha de ingreso: fecha en la que el paciente es admitido en el centro y ocupa una habitación/ cama del mismo. Fecha de alta: Fecha en la que el paciente es dado de alta (por traslado a otro centro, alta voluntaria, fuga o fallecimiento) en el centro y abandona una cama o habitación.