

Plan Provincial de Higiene de Manos en la atención sanitaria



1 | PERSPECTIVA GENERAL

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) afectan a cientos de millones de personas en todo el mundo y plantean un importante problema para la seguridad del paciente. La transmisión de microorganismos multi-resistentes en los entornos sanitarios se produce, principalmente, a través de las manos del personal de salud mal higienizadas. Estos microorganismos pueden, en estos pacientes, originar una IACS y/o provocar la colonización prolongada favoreciendo la diseminación en las Instituciones de Salud.

Las IACS tienen una etiología multifactorial relacionada con los procedimientos de prestación de servicios sanitarios así como con las limitaciones económicas de las Instituciones de Salud. Además, reflejan el comportamiento humano condicionado por numerosos factores, entre los que se incluye la educación. Sin embargo, la adquisición de la infección, en particular la infección cruzada de un paciente a otro, y la colonización por microorganismos multi-resistentes, es prevenible en muchos casos mediante la observancia de prácticas sencillas. La higiene de las manos se considera la principal medida necesaria para reducir las IACS.

Aunque la higiene de manos es una acción sencilla, la falta de cumplimiento entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un problema a escala mundial. Los estudios publicados por la OMS indican que, por término medio, el cumplimiento de la higiene de las manos es aproximadamente del 40%. Por ello la higiene de manos constituye el primer reto mundial en pro de la Seguridad del paciente: "Manos limpias salvan vidas".

Algunos centros sanitarios cuentan con políticas y directrices en relación con la Higiene de Manos en sus Instituciones. Sin embargo, muchas veces es difícil mantener mejoras de larga duración. Otros centros sanitarios todavía no han empezado a abordar de forma sistemática la mejora de la higiene de las manos. Esto se debe a numerosas limitaciones, especialmente las relacionadas con las propias infraestructuras y recursos requeridos para permitir que la atención se dirija a la mejora de la higiene de las manos.

El **Programa Provincial de Control de IACS de Mendoza**, utilizando como referencia las Directrices de la OMS sobre Higiene de Manos, propone realizar un **Plan Provincial de Higiene de Manos**, consensuado con todas las Instituciones que integran este Programa y el Comité Provincial de Control de IACS.

2 | OBJETIVOS

Objetivo principal: Mejorar adherencia a la higiene de manos por parte del personal sanitario que trabaja en atención directa a pacientes en todas las Instituciones de Salud que integran el Programa y el Comité Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de IACS.

Objetivos secundarios:

- Disponer de un Plan de Higiene de Manos Provincial Basado en la Estrategia Multimodal de la OMS adaptado a la Provincia con metas, objetivos y actividades
- Obtener información sobre la situación actual de las instituciones, respecto a los recursos, saberes y marcos normativos necesarios para iniciar con éxito un Plan de Higiene de manos en sus Instituciones.
- Elaborar e Implementar Planes de Higiene de Manos en todas las Instituciones de Atención sanitaria que integran el Comité y el Programa Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de IACS
- Mejorar la Infraestructuras de las Instituciones para la higiene de las manos
- Mejorar el conocimiento y la percepción sobre la higiene de las manos y las IACS por el Personal de Salud (PDS)
- Mejorar el Clima Institucional de Seguridad de las Instituciones, principalmente relacionado con la Higiene de Manos

Se verán cada uno de los Objetivos y Metas al ver las Fases y Componentes del Plan.

3 | UNIDAD EJECUTORA

Programa de Prevención, Vigilancia y Control de las IACS - Dirección General de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud

Instituciones de Salud que integran el Programa y el Comité Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de IACS.

4 | BASES LEGALES

- Resolución Ministerio de Salud Provincia Mendoza 1465/20: Creación de la Dirección General de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud.

- Resolución Ministerio de Salud Provincia Mendoza 296/2022: Creación de Programa Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas al Cuidados de la Salud.
- Resolución Ministerio de Salud Provincia Mendoza 1212/2022: Creación de Comité Provincial de Prevención, Vigilancia y Control de Infecciones Asociadas al Cuidados de la Salud.
- Resolución Ministerio de Salud Nación 2885/83: Creación Programa de Vigilancia de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud.
- Resolución Secretaría de Gobierno de Salud de Nación 690/2018: Creación de Programas y Comités de Control de IACS Hospitalarias
- Ley 27680/2022 de Prevención y Control de la Resistencia a los Antimicrobianos

5 | DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Infección Asociada al Cuidado de la Salud (IACS):** Infección que se produce en un paciente durante el proceso de atención en un hospital u otro centro sanitario que no estaba presente o no se estaba 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.
- **Estrategia Multimodal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la mejora de la higiene de manos:** Aplicación de múltiples medidas para abordar diferentes obstáculos así como barreras conductuales, con el objetivo de mejorar la adherencia de la Higiene de Manos.
- **Higiene de Manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.
- **Punto de Atención:** El lugar en el que concurren tres elementos: el paciente, el profesional sanitario, y la atención o tratamiento que implican contacto con el paciente o su entorno (en la zona del paciente). El concepto abarca la necesidad de realizar la higiene de las manos en los momentos recomendados cuando tiene lugar la atención sanitaria. Esto exige que un producto de higiene de las manos, por ejemplo, un preparado de base alcohólica, si se dispone de él, esté fácilmente accesible y lo más cerca posible (por ejemplo, al alcance del brazo), cuando se lleva a cabo la asistencia o el tratamiento al paciente. Los productos del punto de atención deben estar accesibles sin tener que salir de la zona del paciente. En el punto de atención los preparados de base alcohólica suelen estar disponibles en frascos de bolsillo que lleva el personal, dispensadores de pared, recipientes fijados a la cama o mesilla del paciente o a los carros de curas y/o medicación que se llevan al punto de atención.

6 ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO

El documento se organiza en Fases y Componentes que están relacionados en la ejecución del Plan.

- **Las Fases son:** 1) Etapa de Redacción y Consenso; 2) Diagnóstico de Situación Inicial; 3) Implementación del Plan de Mejora; 4) Evaluación tras la Implementación ; 5) Retroalimentación y Planificación de Nuevas Actividades según resultados encontrados (Ciclo de Mejora Continua)
- **Los Componentes son:** 1) Cambio de sistema; 2) Formación y Aprendizaje; 3) Evaluación y Retroalimentación; 4) Recordatorios en el Lugar de Trabajo; 5) Clima Institucional de Seguridad
- Luego están los Anexos correspondientes y la Bibliografía.

7 | FASES DEL PLAN

Fase 1: Etapa de Redacción y Consenso

OBJETIVO ESPECÍFICO

Disponer de un Plan de Higiene de Manos Provincial Basado en la Estrategia Multimodal de la OMS adaptado a la Provincia con metas, objetivos y actividades

METAS

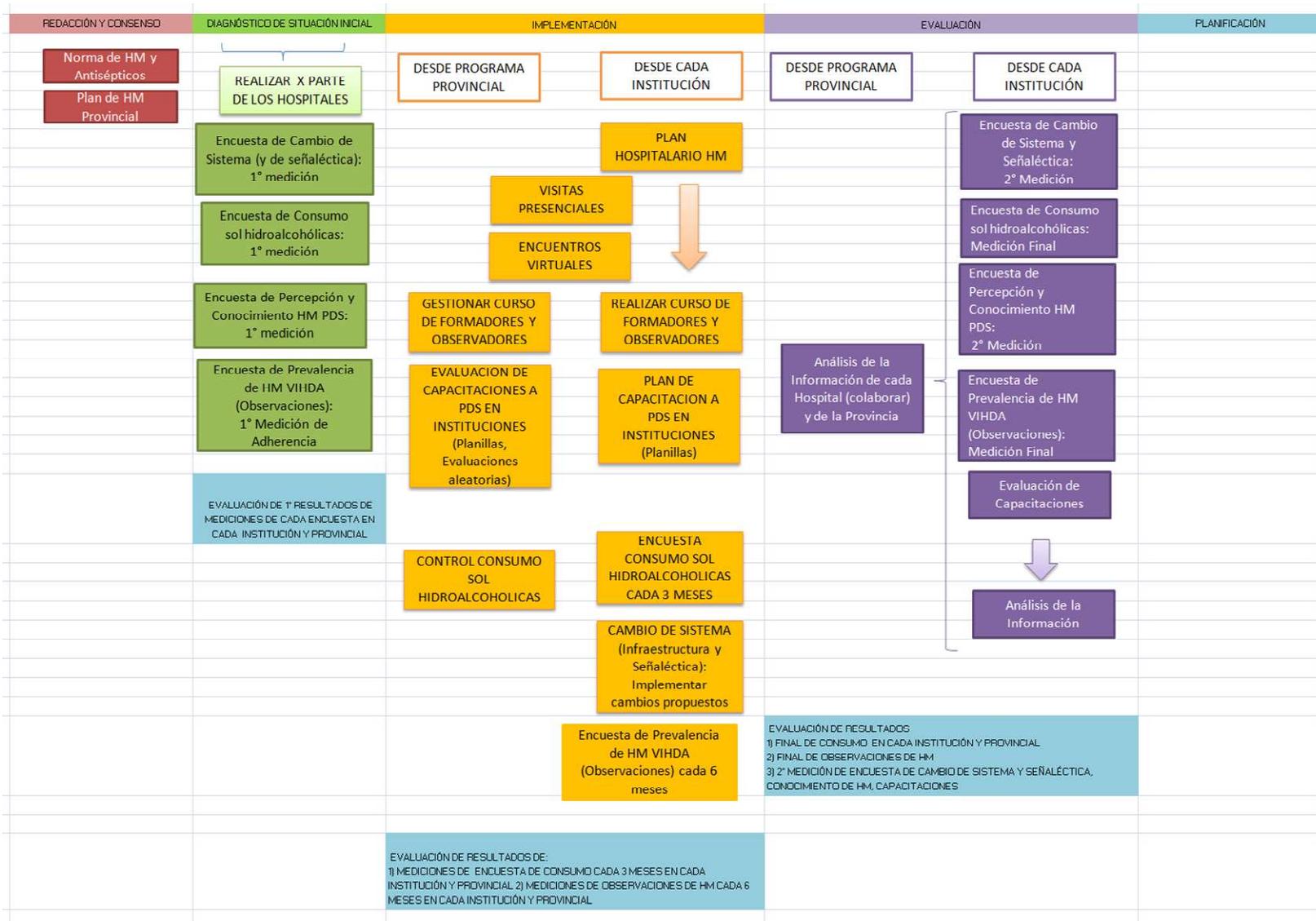
- Contar con un Plan de Higiene de Manos Provincial para el año 2023/2024 aprobado para el 2023.
- Disponer de una Norma/Lineamiento Provincial de Higiene de Manos y Uso de Antisépticos aprobada para mayo de 2023

ACTIVIDADES

- Aprobar por el Comité Provincial de Control de IACS de Normativa de Higiene de Manos y Antisépticos
- Redactar el Plan Provincial de Higiene de Manos
- Aprobar el Plan Provincial de Higiene de Manos por el Comité de Prevención, Vigilancia y Control de IACS Provincial
- Comunicar a las Áreas de Control de IACS de las Instituciones de la Propuesta de Trabajo
- Comunicar a Autoridades Ministeriales y Directivos de las Instituciones de la Propuesta de Trabajo. Solicitud de apoyo para las Medidas a realizar en sus Hospitales y que favorezcan las mismas.

INDICADORES

- Existencia de una Norma/Lineamiento Provincial de Higiene de Manos y de Antisépticos Aprobada por el Comité Provincial de Control de IACS para mayo 2023- Anexo 1.
- Existencia de un Plan de Higiene de Manos Provincial redactado para aplicar durante 2023/24 y aprobado para el mayo-junio 2023 - Anexo 2.



Fase 2: Diagnóstico de situación inicial

OBJETIVO ESPECÍFICO

Obtener información sobre la situación actual de las instituciones, respecto a los recursos, saberes y marcos normativos necesarios para iniciar con éxito un Plan de Higiene de manos en sus Instituciones.

METAS

- Realización de la Encuesta sobre Infraestructura (Cambio de Sistema) como Diagnóstico de Situación en el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS cumpliendo los requisitos preestablecidos
- Realización de la Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS en el 80% de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS cumpliendo los requisitos establecidos.
- Realización de Observaciones de Higiene de Manos al PDS (Encuesta de Prevalencia HM VIHDA) en el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS cumpliendo los requisitos establecidos (Herramienta VIHDA)
- Realizar encuesta de Consumo de Soluciones Hidroalcohólicas como Diagnóstico de Situación en el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS cumpliendo los requisitos preestablecidos

ACTIVIDADES: Realizadas por las Instituciones que Integran el Comité Provincial de Control de IACS con coordinación y supervisión por el Programa Provincial de Control de IACS

Realizar 1º Encuesta sobre Infraestructura (Cambio de Sistema). Idealmente se debería dar en todas las áreas de Internación de todas las Instituciones involucradas. Se va a realizar un análisis Provincial y de cada Institución

Realizar Primera Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS. Se va a realizar un análisis Provincial y de cada Institución

Realizar la Primera Encuesta sobre consumo de soluciones Hidroalcohólicas en áreas críticas. Se va a realizar un análisis Provincial y de cada Institución

Realizar Primera Observación sobre Higiene de Manos (Encuesta de Prevalencia HM VIHDA) en el marco del corte de prevalencia del Programa VIHDA.

- El Programa VIHDA realiza una capacitación (inducción) en relación a la técnica de observación y cómo llevar la Encuesta de Observación
- Se realizará un análisis Provincial y por Institución.

INDICADORES

- Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Infraestructura (Cambio de Sistema) como Diagnóstico de Situación cumpliendo los requisitos preestablecidos- ANEXO 3

- Porcentaje de cumplimiento en la Encuesta de Infraestructura de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS y en toda la Provincia (Anexo 13)
- Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS cumpliendo los requisitos preestablecidos- ANEXO 4
- Porcentaje obtenido en la Encuesta de Conocimiento de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia (Anexo 14)
- Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Consumo de soluciones hidroalcohólicas/ 1000 días paciente en las áreas seleccionadas para implementar el Plan de HM de cada Institución- ANEXO 5
- Consumo de soluciones hidroalcohólicas cada 1000 días paciente en las áreas seleccionadas antes de la implementación del Plan Hospitalario de higiene de manos- ANEXO 15
- Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan las Observaciones de Higiene de Manos (Encuesta de Prevalencia HM VIHDA) al PDS cumpliendo los requisitos preestablecidos-ANEXO 6
- Indicadores de diagnóstico de situación obtenidos tras la realización de las observaciones de higiene de manos (Encuesta de Prevalencia HM VIHDA) en las instituciones participantes- ANEXO 7
 - Porcentaje Provincial (general) de Adherencia a la Higiene de Manos en todas las Instituciones participantes
 - Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos por Institución y por servicio (al menos un área crítica e idealmente un área crítica y un área de internación general) de todas las Instituciones participantes.
 - Porcentaje de Adherencia a la Higiene de manos por Categoría de PDS de al menos un área crítica y un área de internación general de todas las Instituciones participantes.

Fase 3: Implementación del Plan de Mejora

OBJETIVOS

Son los del Plan de Higiene de Manos

METAS

- Existencia de un Plan de Higiene de Manos en el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS para el año 2023/2024, cumpliendo los requisitos establecidos

- Realización del Curso de Formadores y Observadores de Higiene de Manos durante el año 2023/2024 por al menos una persona de cada Hospital de la Provincia que integra el Comité Provincial de Control de IACS y por los integrantes del Programa Provincial
- Participación del 80% de las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en el 80% de las reuniones virtuales propuestas
- Realización de al menos un encuentro presencial anual conjunto con integrantes de las Instituciones que componen el Comité Provincial de Control de IACS y el Programa Provincial a fin de colaborar in situ con la Implementación Hospitalaria de los Planes de Higiene de Manos
- Realización de al menos una actividad de capacitación por mes de HM al PDS en las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS
- Estandarizar el registro y la medición del consumo de soluciones hidroalcohólicas/ 1000 días paciente cada tres meses en las áreas donde se realiza la implementación del Plan Hospitalario de Higiene de Manos
- Lograr progresivamente una adecuación del consumo de soluciones hidroalcohólicas al mínimo de 20 L/1000 días paciente en áreas críticas

ACTIVIDADES

| Desde el Programa Provincial |
|--|
| Fomentar la realización de gestos de compromiso con la temática de autoridades ministeriales: firma de acta de compromiso, algún tipo de discurso hablando de la importancia de la temática, comunicación oficial/ extraoficial de la importancia u otro(antes de iniciar implementación y/o mientras se realiza la misma) |
| Promover que cada Hospital realice un Plan Hospitalario de Higiene de Manos cuyo objetivo principal sea mejorar la adherencia de Higiene de Manos en la Institución y con las características que se mencionan en el Apartado de cada Institución Sanitaria. |
| Facilitar el material necesario (por ejemplo encuestas en formato virtual) para la implementación de la estrategia planteada |
| Realizar encuentros virtuales programados con los equipos a fin de realizar un intercambio colectivo de ideas, puntos de vista y opiniones para alcanzar el objetivo principal del plan Provincial: mejorar el cumplimiento de la higiene de manos por parte del PDS que trabaja en atención directa a pacientes |
| Realizar visitas presenciales por parte del equipo del Programa Provincial de Control de IACS a los Hospitales a fin de colaborar con los equipos de las Instituciones en la redacción e implementación de sus planes de higiene de manos |
| Gestionar dictado de Curso de Formación de Formadores y Observadores de Higiene de Manos de cada Hospital y del Programa Provincial por ADECI |
| Control de Capacitaciones dictadas por las Instituciones a través de Planilla estandarizada de Registro de las mismas y evaluaciones aleatorias a las personas capacitadas |
| Desde cada Institución de Atención Sanitaria |

Redactar Plan de Higiene de Manos que debe:

- Establecer su equipo de trabajo: éste elaborará y ejecutará el plan de higiene e manos (debe estar integrado como mínimo por los integrantes del Programa de Control de Infecciones de cada hospital)
- Establecer un coordinador específico para que lidere la iniciativa
- Adaptarse las Normas Provinciales de HM y Antisépticos a las características propias de su Institución
- Estar basado en la Estrategia multimodal propuesta por la OMS y en el Plan Provincial de Higiene de Manos, es decir debe contemplar:
 - a) Incluir la implementación en al menos un área crítica y un servicio de internación general
 - b) Mejorar la Infraestructura según los resultados encontrados en cada Institución. Esto incluye: mejorar la disponibilidad de lavabos, dispensers de jabón líquido, toallas de papel y soluciones hidroalcohólicas
 - c) Plan de Capacitación en Higiene de Manos al PDS que realiza tareas de atención a pacientes en las áreas donde se va a implementar el Plan Hospitalario.
 - d) Realizar Evaluación y retroalimentación en las áreas abarcadas y con las autoridades/ Jefes de Servicio que se considere pertinente.
 - e) Mejora de los Recordatorios en el lugar de trabajo (por ej: Póster de los 5 momentos para la higiene de las manos- Póster sobre cómo realizar la fricción de las manos - Póster sobre cómo realizar el lavado de manos)
 - f) Mejora del Clima Institucional de Seguridad: por ejemplo: Gestos de compromiso con la temática de autoridades hospitalarias, rondas de seguridad de los directivos observando la puesta en marcha de la iniciativa
 - g) Utilización de las Herramientas otorgadas para evaluación por el Plan Provincial (Encuesta de Infraestructura, Encuesta de Percepción y Conocimiento, etc) que podrán ser complementadas por otras herramientas que los Hospitales consideren pero como mínimo deberán utilizar las Propuestas por el Plan Provincial de Higiene de Manos.

Disponibilizar su plan de higiene de manos al equipo del Programa Provincial a fin de recibir retroalimentación y colaboración por el mismo.

Participar de los encuentros virtuales bimensuales junto con los otros equipos hospitalarios a fin de lograr enriquecerse de la experiencias de otras personas que se encuentran trabajando en lo mismo y mostrar su experiencia para ayudar otros equipos hospitalarios

Participar de las Visitas Presenciales por la mayor parte del Equipo que implementa el Plan de Higiene de manos de cada Hospital

Medir el consumo de soluciones hidroalcohólicas/1000 días pacientes cada tres meses en las áreas donde se realiza la implementación del Plan Hospitalario de Higiene de Manos

INDICADORES

- % de instituciones que integra el Comité Provincial de Control de IACS que tiene un Plan de Higiene de Manos en las fechas estipuladas y con los requisitos mínimos establecidos (ANEXO 8)
- Existencia de un Curso de formación de formadores y observadores para referentes de los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS para el año 2023 (ANEXO 9)

- % de participación de las Instituciones en cada reunión virtual propuesta (ANEXO 10)
- Existencia de documentación de al menos una actividad de capacitación por mes al PDS en cada Institución (ANEXO 11)
- Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Consumo de soluciones hidroalcohólicas/ 1000 días paciente en las áreas seleccionadas para implementar el Plan de HM de cada Institución- ANEXO 5
- Consumo de soluciones hidroalcohólicas cada 1000 días paciente en las áreas seleccionadas durante de la implementación del Plan Hospitalario de higiene de manos- ANEXO 15
- % de visitas presenciales realmente realizadas a las Instituciones en los tiempos estipulados (ANEXO 12)

Fase 4: Evaluación tras la Implementación

OBJETIVO ESPECÍFICO

Medir y comparar los datos obtenidos antes y después de la implementación del plan de mejora en las Instituciones participantes

METAS:

- Mejorar la Infraestructura en todos los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15%
- Mejorar el Conocimiento de Higiene de Manos de PDS en los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15%
- Mejorar los resultados de las Observaciones de Higiene de Manos en los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15%
- Adecuación del consumo de soluciones hidroalcohólicas en las áreas seleccionadas antes, durante y luego de la implementación del Plan Hospitalario de higiene de manos dentro del rango mínimo establecido(20 litros cada 1000 días pacientes)

ACTIVIDADES:

| Desde el Programa Provincial |
|---|
| Realizar análisis Provincial y colaborar en el análisis de cada Institución de la Encuesta sobre la Infraestructura |
| Realizar análisis Provincial y colaborar en el análisis de cada Institución de la Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS |

| |
|---|
| Realizar análisis Provincial y colaborar en el análisis de cada Institución de las Observaciones de Higiene de Manos del Programa VIHDA (2 x año 2023 Y 2024: Una de ellas se va a realizar en la fase de diagnóstico de situación) |
| Analizar junto con las Instituciones las capacitaciones realizadas al PDS (Al menos una x mes) |
| Desde cada Institución de Atención Sanitaria |
| Completar encuesta sobre infraestructura de las salas de cada Institución |
| Distribuir en el personal de sus Instituciones encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos en PDS y analizar los resultados de las mismas |
| Realizar las observaciones propuestas por el Programa VIHDA. |
| Analizar los resultados de las capacitaciones y de las encuestas realizadas |

INDICADORES

- Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS cumpliendo los requisitos preestablecidos (ANEXO 4)
- Porcentaje obtenido en la Encuesta de Conocimiento de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia (ANEXO 14)
- Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Infraestructura de Higiene de Manos de PDS en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos (ANEXO 3)
- Porcentaje de cumplimiento en la Encuesta de Infraestructura de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia (Anexo 13)
- Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan las Observaciones de Higiene de Manos de PDS en las en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos (ANEXO 6)
- Porcentaje de Mejora en la Adherencia a HM obtenido tras la implementación de estrategia de mejora (ANEXO 7)
 - Porcentaje de Mejora Provincial (general) de Adherencia a la Higiene de Manos en todas las Instituciones participantes
 - Porcentaje de Mejora en la Adherencia de Higiene de Manos por Institución y por servicio (al menos un área crítica y un área de internación general) de todas las Instituciones participantes.
 - Porcentaje de Mejora en la Adherencia de Higiene de manos por Categoría de PDS de al menos un área crítica y un área de internación general de todas las Instituciones participantes.

- Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta de Consumo de Soluciones hidroalcohólicas en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos (ANEXO 5)
- Consumo de soluciones hidroalcohólicas cada 1000 días paciente en las áreas seleccionadas antes y durante la implementación del Plan Hospitalario de higiene de manos (ANEXO 15)

Fase 5: Retroalimentación y Planificación de Nuevas Actividades según resultados encontrados (Ciclo de Mejora Continua)

OBJETIVO ESPECÍFICO

Evaluar los resultados de la Implementación para plantear un nuevo plan de mejora provincial y en cada Institución

METAS

- Contar con Plan de Higiene de Manos Provincial aprobado basado en el análisis tras la implementación del plan anterior
- Contar con Planes de Higiene de Manos Hospitalarios aprobados basado en el análisis tras la implementación del plan anterior

ACTIVIDADES:

| |
|--|
| DESDE EL PROGRAMA PROVINCIAL |
| Evaluación junto con Equipos de cada Hospital de sus resultados y de áreas prioritarias de trabajo para el próximo año |
| Plan de acción de mejora según resultados obtenidos para el siguiente año del Programa Provincial. |
| Informe para autoridades Provinciales de resultados provinciales obtenidos y propuesta de trabajo para el próximo año. |
| DESDE CADA ÁREA DE CONTROL DE IACS DE CADA HOSPITAL |
| Plan de acción de mejora según resultados obtenidos para el siguiente año |

Los niveles de concientización y las barreras existentes para aplicar las estrategias para la mejora de la higiene de las manos difieren en los distintos centros, por lo que este plan propone mejorar la higiene de las manos en todos ellos, independientemente de su punto de partida.

La mejora de la higiene de manos no es un proceso de duración limitada: la promoción y el seguimiento de la higiene de las manos no se deberán interrumpir nunca una vez que se hayan implantado.

INDICADORES

- Existencia de un Plan de Higiene de Manos Provincial redactado y aprobado tras el análisis de la implementación del Plan Anterior
- Existencia de un Plan De Higiene de Manos redactado y aprobado tras el análisis de la implementación del Plan Anterior para cada Institución que integra el Comité Provincial de Control de IACS

8 COMPONENTES DEL PLAN DE HIGIENE DE MANOS

COMPONENTE 1: Cambio de sistema

Hace referencia a la Infraestructura Necesaria Para Realizar La Higiene De Manos. Abarca:

- acceso a un suministro seguro y continuo de agua potable, jabón líquido y toallas de papel
- acceso a preparados de soluciones hidroalcohólicas para manos en el punto de atención**

**En caso de usarse productos para la higiene de manos, los mismos deberán ser autorizados por ANMAT. En caso de reutilizar envases, los mismos deben ser reprocesados de forma segura. En caso de producción por las Instituciones se deben respetar los pasos propuestos por OMS para ello

COMO PARTE DEL DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN:

- Realizar Primera Encuesta sobre Infraestructura de las salas (Encuesta de cambio de sistema). Idealmente se debería realizar en todas las áreas de Internación de todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS. Se va a realizar un análisis Provincial y de cada Institución.
- Realizar Encuesta de Consumo de soluciones hidroalcohólicas/1000 días paciente de áreas seleccionadas del Hospital para implementar la estrategia de mejora

IMPLEMENTACIÓN DE PLAN DE MEJORA

- **Mejora de Infraestructura** según resultados encontrados en cada Institución se decidirá implementar una estrategia de mejora de la Infraestructura de toda la Institución o de sectores específicos de la misma. Estas mejoras pueden incluir: mejorar la disponibilidad de lavabos, dispensers de jabón líquido, toallas de papel y alcohol, etc.
- Realizar cada tres meses **Encuesta de Consumo** de soluciones Hidroalcohólicas de áreas seleccionadas del Hospital para implementar la estrategia de mejora

EVALUACIÓN TRAS LA IMPLEMENTACIÓN

- Realizar **Encuesta sobre infraestructura** de las salas. Idealmente se debería realizar en todas las áreas de Internación de todas las Instituciones que integran el Comité Provincia de Control de IACS. Se va a realizar un análisis Provincial y de cada Institución
- Realizar **Encuesta de Consumo** de soluciones Hidroalcohólicas en áreas seleccionadas del Hospital para implementar la estrategia de mejora

COMPONENTE 2: Formación y Aprendizaje

La formación representa una de las piedras angulares de la mejora de las prácticas de higiene de manos y pretende generar un cambio conductual y cultural. Sin formación es improbable que el cambio del sistema se traduzca en un cambio conductual.

Todos los profesionales sanitarios necesitan formación sobre: la importancia de la higiene de las manos, el modelo de “Los 5 momentos para la higiene de manos” y los procedimientos adecuados para el lavado y la fricción de manos.

El método de formación es descendente: Primero se forman los formadores y observadores de Higiene de Manos del Hospital, y luego al resto de los Profesionales de la Institución.

PLAN DE FORMACIÓN DE HIGIENE DE MANOS DESDE EL PROGRAMA PROVINCIAL DE CONTROL DE IACS

Coordinación: equipo del Programa de Control de IACS Provincial, en Consenso con el Comité Provincial de Control de IACS.

Objetivo: formar **formadores y observadores** en todos los Hospitales que integran el Programa Provincial.

Modalidad de trabajo propuesta:

Convenio con ADECI para dictar curso de formadores y observadores con el objeto de capacitar a integrantes de los Equipos/ Programas de Control de IACS de cada Hospital como formadores y observadores de higiene de manos. La idea es capacitar al menos una persona por Institución y a los Integrantes del Programa Provincial.

PLAN DE FORMACIÓN DE HIGIENE DE MANOS DESDE CADA HOSPITAL

Coordinación: equipo del Plan de Higiene de Manos de cada Hospital, en consenso con el Comité de Control de IACS de cada Hospital.

Objetivo: Plan de formación para los profesionales sanitarios de la Institución en Higiene de Manos.

El **Plan de Formación en Higiene de Manos** deberá incluir:

- tiempo que se asignará a la formación
- cronograma:
 - periodo de formación inicial intensivo
 - modalidad de repetición de las actividades de formación a fin de incluir al personal recién contratado y actualizar los conocimientos de los demás miembros del personal.
- contenido de la capacitación: mensajes clave que se van a divulgar
 - Higiene de manos: Primer reto mundial en pro de la seguridad del paciente
 - Definición, impacto y carga de las IACS
 - Prevención de las IACS a través de la higiene de las manos adecuada
 - 5 momentos de la Higiene de Manos
 - Técnica correcta de higiene de manos con agua y jabón y con antisépticos
- herramientas disponibles para la formación. Por ej: Técnicas de resolución de problemas
- modalidad de evaluación
 - Envío mensual del Registro de al menos una Capacitación dictada por las Instituciones al PDS
 - Se registrarán las Capacitaciones en un Formato Estandarizado Electrónico Provincial que será utilizado por todas las Instituciones y que les permitirá a las mismas la facturación de las Capacitaciones por el Plan Sumar (nombre, DNI, tel, mail del capacitado, sector al que pertenece)
 - También se registrarán en papel con la firma de los participantes en el momento de la capacitación.
 - Evaluación aleatoria por parte del Programa Provincial a las personas capacitadas de los distintos Hospitales a través de encuestas rápidas : Survey Monkey o similar
 - Encuesta sobre conocimiento de Higiene de Manos antes y luego de implementar Plan de Formación en las distintas Instituciones
 - Observación de adherencia a la Higiene de Manos: Herramienta del Programa VIHDA : dos veces al año

EN RESUMEN:

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN INICIAL

- Realizar Primera Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS (Anexo 4). Se va a realizar un análisis Provincial y de cada Institución. Se deberá encuestar como mínimo al 30 % del PDS de los Servicios elegidos para implementar la estrategia (muestreo aleatorio simple) . Estos Servicios deberán ser como mínimo un área crítica y un servicio de internación general.
- Realizar Observaciones de Higiene de Manos

IMPLEMENTACIÓN DE PLAN DE MEJORA

- En una Primera etapa formación de Formadores y Observadores de Higiene de Manos de Integrantes del Programa Provincial y de integrantes de los Hospitales que el Comité Provincial de Control de IACS
- En una Segunda etapa capacitación de higiene de manos al PDS que realiza atención directa de pacientes de todas las Instituciones que conforman el Comité Provincial de Control de IACS : EN CADA HOSPITAL, como parte de un Plan de Higiene de Manos Institucional
- Envío de planillas con las Capacitaciones realizadas mensualmente en las Instituciones
- Evaluaciones aleatorizadas del PDS capacitado por el Plan Provincial de HM

EVALUACIÓN TRAS LA IMPLEMENTACIÓN

- Realizar Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS. Se va a realizar un análisis Provincial y de cada Institución
- Realizar Observaciones de Higiene de Manos, según establece el Programa VIHDA, 2 veces al año

COMPONENTE TRES: Evaluación y Retroalimentación

EVALUACIÓN

La evaluación y el seguimiento reiterado de una serie de indicadores son un componente vital de la estrategia para mejorar la higiene de las manos.

Se resumen en el Anexo 16 los Indicadores del Plan Provincial de Higiene de Manos

RETROALIMENTACIÓN

Se realizará una evaluación inicial del diagnóstico de situación realizado. Ésta podrá mostrar déficits en las buenas prácticas y los conocimientos o una percepción insuficiente del problema. Esta información se podrá utilizar para concientizar y convencer a los profesionales sanitarios de que hay una necesidad de mejora. Y, a su vez, tras la implementación del plan de mejora, los datos del seguimiento son cruciales para demostrar la mejora y, por consiguiente, mantener la motivación para realizar buenas prácticas y hacer esfuerzos continuos a escala individual e institucional. También se pueden identificar áreas en donde se necesitan esfuerzos adicionales.

Los resultados de las encuestas se divulgarán:

DESDE EL PROGRAMA PROVINCIAL: Se enviará un informe de los resultados Provinciales a autoridades ministeriales

DESDE LAS INSTITUCIONES: Se elaborará por los equipos de cada Hospital un Informe, en colaboración con el Programa Provincial, para presentar al Comité de Control de IACS del Hospital y a los Directivos. A su vez, internamente los equipos de cada Hospital pueden valorar mostrar informes diferenciados a sectores específicos del Hospital donde han trabajado. Es recomendable realizar esto, pudiendo elegir distintos momentos para lo mismo: al realizar capacitaciones, en reuniones pactadas previamente para ello en cada sector, etc.

COMPONENTE CUATRO: Recordatorios en el lugar de trabajo

Los recordatorios en el lugar de trabajo son herramientas clave para señalar y recordar a los profesionales sanitarios la importancia de la higiene de las manos y las indicaciones y procedimientos adecuados para llevarla a cabo. También son medios de informar a los pacientes y a sus visitas de las pautas asistenciales que deberían esperar de sus profesionales sanitarios con respecto a la higiene de manos.

Los pósters son el tipo de recordatorio más habitual. El conjunto de herramientas para la aplicación incluye tres pósters estándar de la OMS para visualizar el modelo de “Mis 5 momentos para la higiene de las manos” y el procedimiento correcto para realizar la fricción con soluciones hidroalcohólicas y el lavado de manos. La mejora de la señalética es parte de la implementación de la mejora de la Infraestructura de las Instituciones.

Otros tipos de recordatorios: folletos de bolsillo que cada profesional sanitario puede llevar consigo, pegatinas colocadas en el punto de atención, etiquetas especiales incluyendo eslóganes persuasivos pegados en los dispensadores de preparados de base alcohólica y los distintivos con el logotipo de la higiene de manos.

Se evaluará la disponibilidad de la señalética y la modificación de la misma tras la Implementación del Plan de Higiene de Manos a través de la Encuesta de Infraestructura donde se evalúa también esto (Póster de los 5 momentos para la higiene de las manos- Póster sobre cómo realizar la fricción de las manos - Póster sobre cómo realizar el lavado de manos)

COMPONENTE CINCO: Clima Institucional de Seguridad

Hace referencia a crear el entorno y las percepciones que propicien la sensibilización sobre cuestiones de seguridad del paciente y garantizar al mismo tiempo que la mejora de la higiene de manos se considere una prioridad a todos los niveles.

Abarca:

- la participación activa a escala institucional e individual
- la toma de conciencia de la capacidad individual e institucional para cambiar y mejorar (autoeficacia)
- la asociación con pacientes y organizaciones de pacientes.

A escala institucional, este componente de la estrategia constituye los cimientos para la implantación y el mantenimiento del plan de mejora de la higiene de manos, que debe integrarse en una cultura que entienda y priorice las cuestiones de seguridad básicas.

A escala individual, este componente de la estrategia es importante para sensibilizar a todos los profesionales sanitarios de la importancia de la higiene de manos así como para motivarlos a realizarla de manera óptima como muestra de su compromiso de no causar daño alguno a los pacientes.

Mediante la creación de un clima institucional de seguridad, tanto la institución como cada profesional toman conciencia de su capacidad de generar cambios y de catalizar la mejora a través de todos los indicadores. La creación de un clima institucional de seguridad debe ser una prioridad en toda promoción de la higiene de manos, independientemente de cuál sea el nivel de progreso de la mejora de la misma en el centro, y es esencial durante cualquier fase de implantación del plan.

Actividades que pueden mejorar el Clima de Seguridad en las Instituciones de la Provincia:

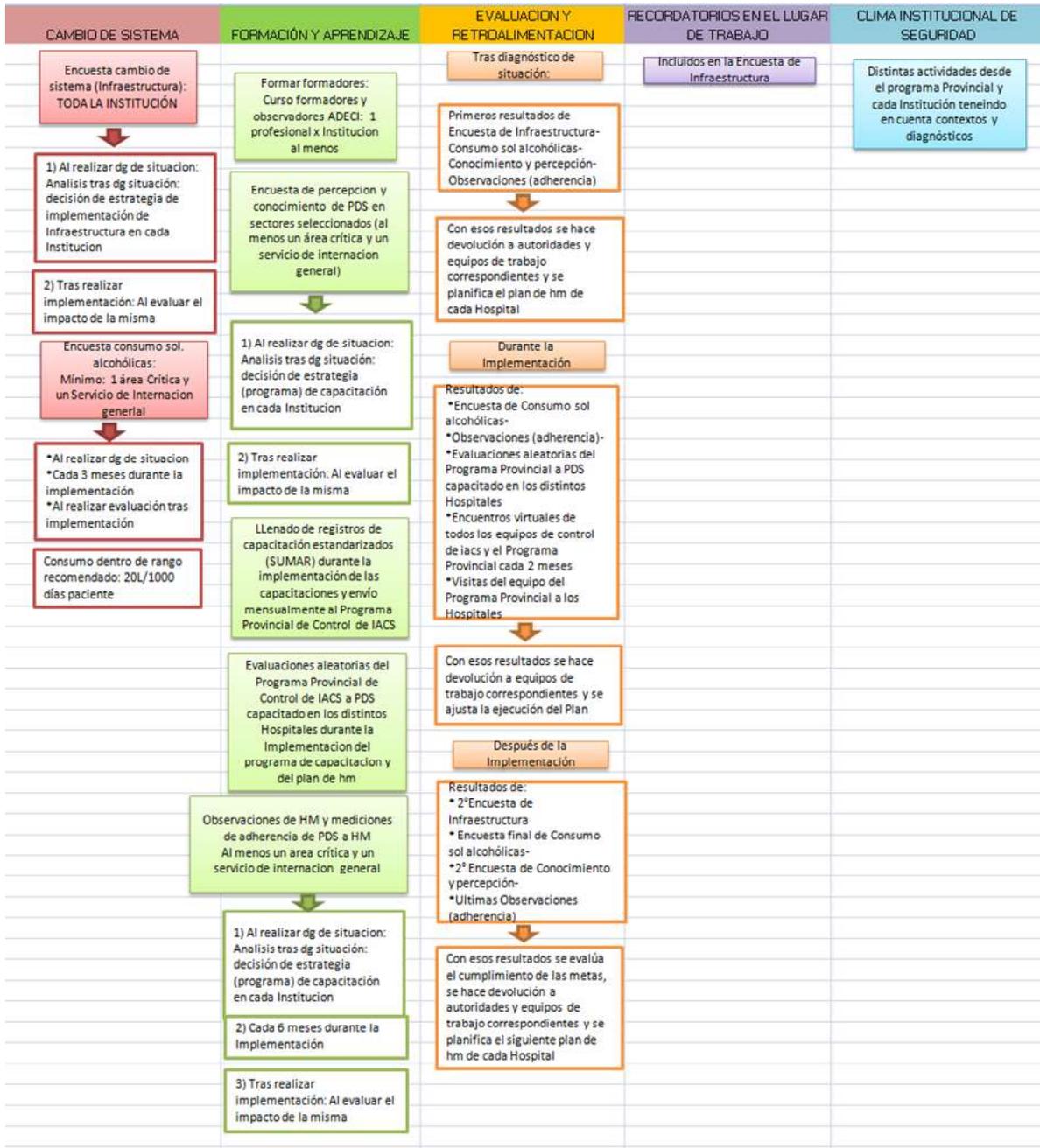
DESDE EL PROGRAMA PROVINCIAL

- **Video promocional de la importancia de la higiene de manos** para subir a redes y con código QR para que puedan acceder desde los Hospitales
- **Gestos de compromiso con la temática de autoridades ministeriales** : firma de acta de compromiso, algún tipo de discurso o trabajo en distintos sectores hablando de la temática, comunicación oficial/ extraoficial de la importancia u otro
- Orientación sobre cómo involucrar a pacientes y organizaciones de pacientes en iniciativas relativas a la higiene de manos. Concurso de videos de la Higiene de Manos, involucrando al PDS de las Instituciones involucradas.
- Involucrar a artistas locales/ PDS de la Institución en la creación de Nuevos posters sobre Higiene de Manos. También se podría hacer un Concurso.
- Reconocimientos/ incentivos a personas que realizan adecuadamente la Higiene de Manos

DESDE LAS INSTITUCIONES

- Actividades en todos los Hospitales relacionadas con la Higiene de Manos para la comunidad y subidas a la página del Programa Provincial
- Folletería sobre Higiene de Manos para PDS, pacientes, familiares

Salvapantallas: SAVE LIVES: Clean Your Hands



9 | ANEXOS

ANEXO 1: Existencia de una Norma/Lineamiento Provincial de Higiene de Manos y de Antisépticos Aprobada por el Comité Provincial de Control de IACS para mayo 2023

| |
|--|
| Relevancia: El indicador evalúa si la Provincia cuenta con un documento con pautas o directrices para orientar a los trabajadores de salud sobre la higiene de manos y uso apropiado de antisépticos |
| Numerador: No aplica |
| Denominador: No aplica |
| Fórmula de Cálculo: No aplica |
| Línea de base: Se tomará como referencia el cumplimiento del criterio en la medición previa del indicador |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: Disponer de una Norma/Lineamiento Provincial de Higiene de Manos y Uso de Antisépticos aprobada para el año 2023/2024 |
| Periodicidad de la medición: Anual. Se medirá en enero/febrero 2024. |
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones. |
| Responsable de registrar el dato: Comité Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones. |
| Criterio de Cumplimiento: |
| CUMPLE: existe un documento/ lineamiento de Prevención/ Vigilancia y Control de IACS de Higiene de Manos que cumple con los siguientes requisitos: |
| 1. Contiene las fechas de entrada en vigencia y de última revisión. |
| 2. Contenido en consonancia con los lineamientos nacionales o internacionales. |
| 3. Contiene autores, revisores y modalidad de aprobación (Resolución 1212/2022) |
| 4. Se ha actualizado en los últimos cinco años. |
| 5. Disponible en página web del Ministerio y/o por otro medio de difusión |
| 6. Contenidos mínimos: Situaciones y momentos en los que debe realizarse la higiene de manos (en consonancia con los cinco momentos de la higiene de manos de la OMS). Técnica apropiada de acuerdo con el tipo de atención. Procedimiento para el lavado y el secado de las manos. Procedimiento para la desinfección de manos con solución de alcohol. Tipos de productos (agua y jabón o soluciones de alcohol, entre otros) e indicaciones para su uso. Técnica apropiada de acuerdo con el tipo de atención. |
| NO CUMPLE: Si no se dan todos los requisitos mencionados |
| Aspectos técnicos: |
| · El protocolo puede tener otro nombre, como instrucciones para el personal de salud, manual de procedimientos, procedimientos, guía, normas locales u otros. |
| · El protocolo puede ser un documento único o formar parte de otros |
| Documento de referencia: Link al Lineamiento descripto |

ANEXO 2: Existencia de un Plan de Higiene de Manos Provincial redactado para aplicar durante 2023/24 y aprobado para el mayo-junio 2023

| |
|---|
| Relevancia: Establecer las metas, objetivos y actividades de dicho Plan y su aval por las máximas autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza y del Comité de Control de IACS de la Provincia |
| Numerador: No aplica |
| Denominador: No aplica |
| Formula de Calculo: No aplica |
| Fuente del dato: documento en papel y/o electrónico existente y Resolución Ministerial existente aprobatoria u otra modalidad de aprobación por Ministerio de Salud (Resolución 1212/2022) |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: Contar con un Plan de Higiene de Manos Provincial aprobado para el año 2023/2024 |
| Periodicidad de la medición: Anual. Se medirá en enero/ febrero 2024. |

| |
|--|
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de IACS |
| Criterio de Cumplimiento: |
| CUMPLE |
| El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un documento redactado (Plan) con todos siguientes requisitos: |
| 1. Contenidos mínimos del documento: Metas, Objetivos, Indicadores y Actividades |
| 2. El contenido está en consonancia con lineamientos nacionales o internacionales. |
| 3. Incluye la firma de la autoridad que la oficializa (Ministra de Salud)/ Comité de Control de IACS |
| NO CUMPLE: El indicador no se cumple si no se cumplen todos los requisitos mencionados. |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: No aplica |

ANEXO 3: Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Infraestructura cumpliendo los requisitos establecidos

| |
|---|
| Relevancia: El indicador mide si las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS han realizado el diagnóstico de situación de su infraestructura, que es fundamental para poder llevar a cabo las acciones del Plan de Mejora de Higiene de Manos |
| Numerador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que han realizado la Encuesta de Infraestructura en el tiempo y forma pre- establecidos |
| Denominador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Fórmula de Cálculo: [(Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que han realizado la Encuesta de Infraestructura en el tiempo y forma preestablecidos)/(Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS)] x 100. |
| Línea de base: 1ª medición realizada (1º semestre 2023) |
| Técnica de obtención: Llenado por el Equipo responsable del Plan de Higiene de Manos del Hospital. |
| Meta: Realización de la Encuesta sobre Infraestructura como Diagnóstico de Situación en el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos |
| Periodicidad de la medición: Anual. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2023 y la segunda estimativamente en septiembre/octubre 2024 tras finalizar la implementación. |
| Responsable de la medición: Integrantes del Plan de Higiene de Manos del Hospital. |
| Responsable de registrar el dato: No aplica |
| Criterio de Cumplimiento: |
| CUMPLE: El Criterio se cumple si el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS realizan la encuesta en los tiempos estipulados y llenando todos los ítems requeridos de la Encuesta |
| NO CUMPLE: El Criterio no se cumple si menos del 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS realizan la encuesta en los tiempos estipulados y llenando todos los ítems requeridos de la Encuesta |
| Aspectos técnicos: |
| Se deberá definir por cada Institución, según su organización, antes de llenar la Encuesta, las áreas responsables de disponer de la información y el aval de la Dirección para realizar la búsqueda de la información. |
| También se deberá definir el proceso de llenado, ya que algunas requieren la observación de más de una vez de la disponibilidad de insumos en distintas áreas del Hospital. |
| Esta encuesta se realizará al principio, cuando se haga el diagnóstico, (1º semestre 2023) . Idealmente se debe realizar en todas las áreas de internación de todos los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS como parte del Diagnóstico de Situación. |
| Luego, tras la implementación, se debe repetir en toda la Institución o sólo en los sectores donde se eligió implementar la estrategia de mejora (setiembre y octubre 2024) |
| Documento de referencia: formulario de llenado de resultados generales del hospital y de llenado de encuesta de las salas |

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe9HaHMVxbUUwKjhNRJgRjsNVfYxUM1-XSpJpHpi8DiPCDbQ/viewform?usp=sf_link

| Pregunta | CONTENIDO | PUNTAJE | COMENTARIOS |
|----------|---|---|--|
| 9 | LAVAMAMOS EN CANTIDAD SUFICIENTE EN ÁREAS CRÍTICAS | <ul style="list-style-type: none"> • 1 cada 10 pacientes: 4 puntos • 1 cada 11-20 pacientes: 2 puntos • 1 cada más de 21 pacientes: 0 puntos | Se suman los puntajes de todas las UTI evaluadas y se divide por la cantidad de UTI existentes en la Institución |
| 20 | LAVAMAMOS EN CANTIDAD SUFICIENTE EN SERVICIOS DE INTERNACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> • 1 cada 10 pacientes: 4 puntos • 1 cada 11-20 pacientes: 3 puntos • 1 cada más de 21-30 pacientes: 2 puntos • 1 cada 31-50 pacientes: 1 punto • 1 cada más de 51 pacientes: 0 puntos | Se suman los puntajes de todas los Servicios de Internación evaluados y se divide por la cantidad de Servicios de Internación existentes en la Institución |
| 7 | AGUA POTABLE EN TODOS LOS LAVAMAMOS | | SI: 10 puntos NO: 0 puntos |
| 10 | JABÓN LÍQUIDO EN TODOS LOS LAVAMAMOS DE ÁREAS CRÍTICAS | | SI: 10 puntos NO: 0 puntos |
| 11 | TOALLAS DE PAPEL EN TODOS LOS LAVAMAMOS DE ÁREAS CRÍTICAS | | SI: 10 puntos NO: 0 puntos |
| 13 | SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS EN CADA PUNTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE EN ÁREAS CRÍTICAS | <ul style="list-style-type: none"> • Sol hidroalcohólicas en cada punto de atención (al lado de cada paciente) y/o todo el PDS tiene alcohol individual: 4 puntos • Una sol hidroalcohólicas cada 2 pacientes que comparten la misma habitación: 2 puntos • Una sol hidroalcohólicas cada 4 pacientes que comparten la misma habitación: 1 punto • Una sol hidroalcohólicas cada más de 5 pacientes que comparten la misma habitación: 0 puntos | Se suman los puntajes de todas las UTI evaluadas y se divide por la cantidad de UTI existentes en la Institución |
| 21 | JABÓN LÍQUIDO EN TODOS LOS LAVAMAMOS DE SERVICIOS DE INTERNACION GENERAL | | SI: 10 puntos NO: 0 puntos |
| 22 | TOALLAS DE PAPEL EN TODOS LOS LAVAMAMOS DE SERVICIOS DE INTERNACION GENERAL | | SI: 10 puntos NO: 0 puntos |
| 24 | SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS EN CADA PUNTO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE EN SEVICIOS DE INTERNACIÓN GENERAL | <ul style="list-style-type: none"> • Sol hidroalcohólicas en cada punto de atención (al lado de cada paciente) y/o todo el PDS tiene alcohol individual: 4 puntos • Una sol hidroalcohólicas cada 2 pacientes que comparten la misma habitación: 2 puntos • Una sol hidroalcohólicas cada 4 pacientes que comparten la misma habitación: 1 punto • Una sol hidroalcohólicas cada más de 5 pacientes que comparten la misma habitación: 0 puntos | Se suman los puntajes de todas los Servicios de Internación evaluados y se divide por la cantidad de Servicios de Internación existentes en la Institución |



| | | | |
|-------|---|---|--|
| 31-34 | PROCEDIMIENTO SEGURO EN CASO DE REALIZARSE RELLENADO DE SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS | <ul style="list-style-type: none"> Se compran y no se rellenan: 5 puntos Relleno con procedimiento seguro en la Institución: 10 Relleno con procedimiento no seguro en la Institución: 0 | |
| 15 | CARTELERÍA DE LOS 5 MOMENTOS DE LA HM AL LADO DE LAVAMANOS EN AREAS CRÍTICAS | <ul style="list-style-type: none"> Existe cartelera de los 5 momentos al lado de todos los lavamanos del área crítica: 4 puntos Existe cartelera de los 5 momentos al lado al menos de la mitad de los lavamanos del área crítica: 2 puntos Existe cartelera de los 5 momentos en menos de la mitad de los lavamanos del área crítica: 0 puntos | Se suman los puntajes de todas las UTI evaluadas y se divide por la cantidad de UTI existentes en la Institución |
| 26 | CARTELERÍA DE LOS 5 MOMENTOS DE LA HM AL LADO DE LAVAMANOS EN SERVICIOS DE INTERNACIÓN GENERAL | <ul style="list-style-type: none"> Existe cartelera de los 5 momentos al lado de todos los lavamanos del servicio de internación: 4 puntos Existe cartelera de los 5 momentos al lado al menos de la mitad de los lavamanos del servicio de internación: 2 puntos Existe cartelera de los 5 momentos en menos de la mitad de los lavamanos del servicio de internación: 0 puntos | Se suman los puntajes de todos los Servicios de Internación evaluados y se divide por la cantidad de Servicios de Internación existentes en la Institución |
| 16 | CARTELERÍA DE LOS 5 MOMENTOS DE LA HM AL LADO DE DISPENSERS DE ALCOHOL EN AREAS CRÍTICAS | <ul style="list-style-type: none"> Existe cartelera de los 5 momentos al lado de todos los dispensers de alcohol: 4 puntos Existe cartelera de los 5 momentos al lado al menos de la mitad de los dispensers de alcohol: 2 puntos Existe cartelera de los 5 momentos en menos de la mitad de los dispensers de alcohol: 0 puntos | Se suman los puntajes de todas las UTI evaluadas y se divide por la cantidad de UTI existentes en la Institución |
| 27 | CARTELERÍA DE LOS 5 MOMENTOS DE LA HM AL LADO DE DISPENSERS DE ALCOHOL EN SERVICIOS DE INTERNACIÓN GENERAL | <ul style="list-style-type: none"> Existe cartelera de los 5 momentos al lado de todos los dispensers de alcohol: 4 puntos Existe cartelera de los 5 momentos al lado al menos de la mitad de los dispensers de alcohol: 2 puntos Existe cartelera de los 5 momentos en menos de la mitad de los dispensers de alcohol: 0 puntos | Se suman los puntajes de todos los Servicios de Internación evaluados y se divide por la cantidad de Servicios de Internación existentes en la Institución |
| 17 | CARTELERÍA DE TÉCNICA DE LA HM AL LADO DE LAVAMANOS EN AREAS CRÍTICAS | <ul style="list-style-type: none"> Existe cartelera de Técnica de HM al lado de todos los lavamanos del área crítica: 4 puntos Existe cartelera de Técnica de HM al lado al menos de la mitad de los lavamanos del área crítica: 2 puntos Existe cartelera de Técnica de HM en menos de la mitad de los lavamanos del área crítica: 0 puntos | Se suman los puntajes de todas las UTI evaluadas y se divide por la cantidad de UTI existentes en la Institución |
| 28 | CARTELERÍA DE TÉCNICA DE LA HM AL LADO DE LAVAMANOS EN SERVICIOS DE INTERNACIÓN GENERAL | <ul style="list-style-type: none"> Existe cartelera de Técnica de HM al lado de todos los lavamanos del servicio de internación: 4 puntos Existe cartelera de Técnica de HM al lado al menos de la mitad de los lavamanos del servicio de internación: 2 puntos Existe cartelera de Técnica de HM en menos de la mitad de los lavamanos del servicio de internación: 0 puntos | Se suman los puntajes de todos los Servicios de Internación evaluados y se divide por la cantidad de Servicios de Internación existentes en la Institución |
| 18 | CARTELERÍA DE TÉCNICA DE LA HM AL LADO DE DISPENSERS DE ALCOHOL EN AREAS CRÍTICAS | <ul style="list-style-type: none"> Existe cartelera de Técnica HM al lado de todos los dispensers de alcohol: 4 puntos Existe cartelera de Técnica HM al lado al menos de la mitad de los dispensers de alcohol: 2 puntos Existe cartelera de Técnica HM en menos de la mitad de los dispensers de alcohol: 0 p. | Se suman los puntajes de todas las UTI evaluadas y se divide por la cantidad de UTI existentes en la Institución |
| 29 | CARTELERÍA DE TÉCNICA DE LA HM AL LADO DE DISPENSERS DE ALCOHOL EN SERVICIOS DE INTERNACIÓN GENERAL | <ul style="list-style-type: none"> Existe cartelera de Técnica HM al lado de todos los dispensers de alcohol: 4 puntos Existe cartelera de Técnica HM al lado al menos de la mitad de los dispensers de alcohol: 2 puntos Existe cartelera Técnica HM en menos de la mitad de los dispensers de alcohol: 0 puntos | Se suman los puntajes de todos los Servicios de Internación evaluados y se divide por la cantidad de Servicios de Internación existentes en la Institución |
| 35/36 | EXISTE ACTUALMENTE EN SU INSTITUCIÓN UN PLAN O PROGRAMA DE HM | <ul style="list-style-type: none"> SI: 10 puntos NO: 0 puntos | |
| 39 | EN SU HOSPITAL: (sí o no) Plan o programa de Capacitación de HM al PDS- Personal capacitado como formador en HM- Personal capacitado como observador HM | <ul style="list-style-type: none"> Existe Plan o programa de Capacitación de HM al PDS Existe Personal capacitado como formador en HM | |



| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Existe Personal capacitado como observador HM • Ha realizado observaciones de HM 1 vez x año en los últimos 2 años • Ha realizado lo anterior y según los resultados ha planteado estrategias de mejora <p>En cada una de las preguntas si responde 5 son 5 puntos y si responde no 0 puntos</p> | |
|--|--|--|--|

TOTAL: 119 PUNTOS



ANEXO 4: Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS cumpliendo los requisitos establecidos

| |
|--|
| Relevancia: El indicador mide si las Instituciones del Comité Provincial de Control de IACS han realizado el diagnóstico de situación del conocimiento que los profesionales que trabajan en atención directa de los pacientes tiene sobre la técnica de higiene de manos y del impacto de la misma sobre las IACS. También indaga sobre percepciones del PDS en relación a higiene de manos, seguridad del paciente y cultura organizacional. El diagnóstico de esto es básico para poder orientar las acciones a realizar en las Instituciones. |
| Numerador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que han realizado la Encuesta de Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS en el tiempo y forma pre-establecidos |
| Denominador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Fórmula de Cálculo: $\left(\frac{\text{Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que han realizado la Encuesta de Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS en el tiempo y forma pre-establecidos}}{\text{Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS}} \right) \times 100.$ |
| Línea de base: 1ª medición realizada (1º semestre 2023) |
| Técnica de obtención: Llenado por PDS que trabaja en los Hospitales que integran el Comité de Control de IACS. Distribuido y Controlado por el Equipo responsable del Plan de Higiene de Manos del Hospital. |
| Meta: Realización de la Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS en el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos |
| Periodicidad de la medición: Anual. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2023 y la segunda estimativamente en septiembre/octubre 2024 tras finalizar la implementación. |
| Responsable de la medición: Integrantes del Plan de Higiene de Manos del Hospital. |
| Responsable de registrar el dato: PDS que trabaja en los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS. |
| Criterio de Cumplimiento: CUMPLE: El Criterio se cumple si el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS realizan las encuestas cumpliendo los requisitos establecidos. NO CUMPLE: El criterio no se cumple si menos del 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS realizan la encuesta cumpliendo los requisitos establecidos. |
| Aspectos técnicos: Se deberá definir por cada Institución antes de llenar la Encuesta la modalidad de distribución de las Encuestas al PDS. Es imprescindible la colaboración de las áreas de Personal/ RRHH y la Dirección de las Instituciones. Esta encuesta se realizará al principio, cuando se haga el diagnóstico, (1º semestre 2023) . Se debería realizar al menos en un área crítica y un servicio de Internación General. Se deberían seleccionar áreas donde se vaya a implementar la estrategia de mejora en cada uno de los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS como parte del Diagnóstico de Situación. Luego, tras la implementación, se debe repetir en los sectores donde se eligió implementar la estrategia de mejora (setiembre y octubre 2024) En los sectores del Hospital donde se decida realizarla debe abarcar al menos el 30 % del PDS que trabaja en el sector (de distintas especialidades: médicos, enfermeros, kinesiólogos, etc) |
| Documento de referencia: formulario de encuestas a PDS de las salas junto con instructivos correspondientes |

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdZ9-JqE_pw80R8XStAsc5gmJigiDTR3pApJrAFWngytdsdeg/viewform?usp=sf_link

| PARTE DE CONOCIMIENTO | | RESPUESTA CORRECTA | PUNTAJE |
|--|--|--|-----------|
| PREGUNTA 13 | Ha recibido algún tipo de capacitación o formación sobre higiene de manos en los últimos 3 años (se incluyen capacitaciones en su lugar de trabajo por el equipo de control de infecciones de su Hospital) | Si | 20 |
| PREGUNTA 14 | Cuál de las siguientes es la principal vía de transmisión de microorganismos en los Hospitales? | Las manos de los profesionales de salud | 5 |
| PREGUNTA 15 | Cuál/es de las siguientes acciones de higiene de manos previene la trasmisión de microorganismos al paciente? | Realizar Higiene de manos antes de tocar al paciente + | 5 |
| | | Realizar Higiene de manos antes de un procedimiento aséptico/limpio | 5 |
| | | Otra respuesta | 0 |
| PREGUNTA 16 | Cuál/es de las siguientes acciones de higiene de manos previene la trasmisión de microorganismos al profesional sanitario? | Realizar Higiene de manos después de tocar al paciente | 5 |
| | | Realizar Higiene de manos inmediatamente después del riesgo de exposición a fluidos corporales | 5 |
| | | Realizar Higiene de manos después del contacto con el entorno del paciente | 5 |
| | | Otra respuesta | 0 |
| PREGUNTA 17 | La fricción con soluciones hidroalcohólicas es más rápida que el Lavado con agua y Jabón | Verdadero | 5 |
| | La fricción con soluciones hidroalcohólicas es más eficaz que el Lavado con agua y Jabón | Falso | 5 |
| | El tiempo mínimo necesario para que la fricción con soluciones hidroalcohólicas elimine los gérmenes es de 20 segundos | Verdadero | 5 |
| | El uso de anillos y uñas postizas se asocia con menor eficiencia de la higiene de manos al no permitir una higiene adecuada de las mismas | Verdadero | 5 |
| PREGUNTA 18: Qué tipo de Higiene de Manos se requiere en las siguientes situaciones? | Antes de la palpación abdominal | Se pueden usar ambas modalidades (Soluciones alcohólicas o agua y jabón) | 5 |
| | Antes de poner una inyección | Se pueden usar ambas modalidades (Soluciones alcohólicas o agua y jabón) | 5 |
| | Después de vaciar un orinal | Lavado de Manos con Agua y Jabón | 5 |
| | Después de quitarse los guantes | Se pueden usar ambas modalidades (Soluciones alcohólicas o agua y jabón) | 5 |
| | Después de hacer la cama del paciente | Se pueden usar ambas modalidades (Soluciones alcohólicas o agua y jabón) | 5 |
| | Tras la exposición visible a sangre | Lavado de Manos con Agua y Jabón | 5 |
| | | | TOTAL:100 |

CÓMO SE EVALUARÁ LA MEJORA?: Se hará un promedio de las notas obtenidas por los participantes en cada Institución y se esperará una mejora del 15% . Se deberá encuestar a un 5% de la población de profesionales del Hospital para que la encuesta sea representativa como mínimo. Idealmente al repetir la encuesta debería encuestarse a mas del 5%. Esto habla de mejora de la cultura de la Institución.

ANEXO 5: Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta de Consumo de soluciones hidroalcohólicas en áreas del Hospital seleccionadas para implementar la estrategia de mejora cada 1000 días pacientes cumpliendo los requisitos preestablecidos

| |
|---|
| <p>Relevancia: El indicador mide si las Instituciones del Comité Provincial de Control de IACS han realizado la Encuesta antes mencionada. Esta encuesta es importante para conocer el uso de los productos para la higiene de las manos antes de la implementación de un plan de mejora y medir durante y luego de la implementación la tendencia de consumo.</p> <p>Se decide seleccionar el consumo de soluciones hidroalcohólicas en consonancia con las actualizaciones de la OMS y de la Norma Provincial de Higiene de Manos y a fin de utilizar un sólo registro de consumo.</p> <p>Además, se selecciona esta herramienta frente a otras debido a la necesidad de un registro ajustado a cantidad de pacientes internados por servicio y debido a la amplia difusión de las soluciones hidroalcohólicas en los entornos sanitarios tras la pandemia</p> |
| <p>Numerador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que han realizado la Encuesta de Consumo en el tiempo y forma preestablecidos</p> |
| <p>Denominador: Cantidad de Instituciones que Integran el Comité Provincial de Control de IACS</p> |
| <p>Fórmula de Cálculo: $\frac{\text{Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que han realizado la Encuesta de Consumo en el tiempo y forma preestablecidos}}{\text{Cantidad de Instituciones que Integran el Comité Provincial de Control de IACS}} \times 100$.</p> |
| <p>Línea de base: 1ª medición realizada (1º semestre 2023)</p> |
| <p>Técnica de obtención: Debido a que los responsables de dispensa de estos productos son las áreas de farmacología de los Hospitales, esta encuesta deberá ser llenada por las mismas, ya sea por aquellas personas encargadas del sector de antisépticos en la farmacia, por el integrante del Comité Hospitalario de Control de IACS de Farmacología o por quien el jefe de farmacología del Hospital designe</p> |
| <p>Meta: Realización de la Encuesta de Consumo en el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos</p> |
| <p>Periodicidad de la medición: Trimestral. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2023 (antes de la implementación del plan de mejora y como parte del diagnóstico de situación) y durante la implementación se repetirá cada 3 meses. Se hará otra medición al finalizar la implementación.</p> |
| <p>Responsable de la medición: Integrantes del Plan de Higiene de Manos del Hospital.</p> |
| <p>Responsable de registrar el dato: Área de farmacología de los Hospitales involucrados</p> |
| <p>Criterio de Cumplimiento:</p> <p>CUMPLE: El Criterio se cumple si el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS realizan la encuesta cumpliendo los requisitos establecidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -en los plazos estipulados de tiempo - llenando todos los ítems que incluye la encuesta -lugar de realización: en las áreas del Hospital seleccionadas para realizar el Plan de Higiene de manos (mínimo un área crítica y un servicio de internación general) <p>NO CUMPLE: El criterio no se cumple si menos del 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS realizan la encuesta cumpliendo los requisitos establecidos</p> |
| <p>Aspectos técnicos:</p> <p>Esta encuesta se realizará al principio (estimativamente mayo 2023) en las áreas críticas en las cuales se vaya a implementar la estrategia de mejora de todos los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS como parte del Diagnóstico de Situación.</p> <p>Se repetirá cada 3 meses durante la implementación.</p> <p>Luego, tras la implementación, se debe repetir en los sectores donde se eligió implementar la estrategia de mejora (setiembre y octubre 2024)</p> |
| <p>Documento de referencia: encuesta de consumo : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc8t0SoETdsTQKjPVyk1Jsm0-XqponMW4jOPnqR64B5AZnv7w/viewform?usp=sf_link</p> |

ANEXO 6: Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan las Observaciones de Higiene de Manos al PDS cumpliendo los requisitos establecidos

| |
|---|
| Relevancia: La observación directa de la realización de Higiene de Manos por parte de PDS es una técnica cuyo propósito es observar la adherencia de los profesionales a las recomendaciones dadas en el procedimiento de higiene de manos en la asistencia sanitaria. Se observa la Práctica de la Higiene de Manos por el PDS, es decir si realiza la higiene de manos cumpliendo los 5 momentos de la OMS y realizando la técnica correcta. Para esto se utiliza un protocolo ya establecido por el Programa VIHDA y se utiliza la Herramienta informática propuesta por ellos. |
| Numerador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que han realizado las Observaciones de Higiene de Manos de PDS en el tiempo y forma pre-establecidos |
| Denominador: Cantidad de Instituciones que Integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Fórmula de Cálculo: [(Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que han realizado las Observaciones de Higiene de Manos de PDS en el tiempo y forma preestablecidos)/(Cantidad de Instituciones que Integran el Comité Provincial de Control de IACS)] × 100. |
| Línea de base: 1º medición realizada (1º semestre 2023) |
| Técnica de obtención: Observaciones directas: Llenado por equipos de Control de IACS de los Hospitales que integran el Comité de Control de IACS (Se pueden capacitar otras personas para realizar estas observaciones) |
| Meta: Realización de Observaciones de Higiene de Manos al PDS en el 80% de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en las fechas estipuladas y cumpliendo los requisitos establecidos (Herramienta VIHDA) |
| Periodicidad de la medición: Semestral. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2023. |
| Responsable de la medición: Integrantes de Planes Hospitalarios de HM |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes de Planes Hospitalarios de HM |
| Criterio de Cumplimiento: CUMPLE: El Criterio se cumple si el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS realizan las observaciones en los tiempos estipulados y cumpliendo los requisitos establecidos por la Plataforma VIHDA. Idealmente se deberían realizar al menos en un área crítica y un servicio de internación general NO CUMPLE: El criterio no se cumple si menos del 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS realizan la encuesta cumpliendo los requisitos establecidos |
| Aspectos técnicos: Se deberá definir por cada Institución antes de realizar las observaciones donde se realizarán las mismas. Después se debe controlar esas mismas áreas tras la implementación |
| Documento de referencia: formularios VIHDA |

ANEXO 7: Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos en las Instituciones participantes

| |
|--|
| Descripción del indicador: Porcentaje Provincial (general) de Adherencia a la Higiene de Manos en todas las Instituciones participantes |
| Relevancia: Este indicador nos muestra la tasa general de adherencia a la higiene de manos en la provincia. Incluye las tasas generales de cada una de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS. Nos permite tener un número de referencia provincial (línea de base) para ver el impacto de mejora tras la implementación del Plan Provincial y de los Planes Hospitalarios de Higiene de Manos. También sirve como parámetro de comparación con tasas de adherencia nacionales (Programa VIHDA) y es útil para que cada Institución se compare con la tasa provincial y nacional. |
| Numerador: Cantidad de Personas que realizan adecuadamente la Técnica de Higiene de Manos en la Provincia de Mendoza |
| Denominador: Cantidad de oportunidades observados de Higiene de manos en La Provincia de Mendoza |
| Fórmula de Cálculo: Cantidad de Personas que realizan adecuadamente la Técnica de Higiene de Manos en la Provincia de Mendoza / Cantidad de Momentos observados de Higiene de manos en La Provincia de Mendoza × 100. |
| Línea de base: 1º medición realizada (1º semestre 2023) |
| Técnica de obtención: Observaciones directas: Llenado por equipos de Plan de Higiene de Manos de los Hospitales que integran el Comité de Control de IACS (Se pueden capacitar otras personas para realizar estas observaciones) |
| Meta: Mejorar un 15% la adherencia a la Higiene de Manos en la Provincia de Mendoza tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM) |
| Periodicidad de la medición: Semestral. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2023. |
| Responsable de la medición: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Criterio de Cumplimiento: CUMPLE: La meta se cumple si se constata una mejora global/provincial de al menos 15% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora CUMPLE PARCIAL: La meta se cumple parcialmente si se constata una mejora global/provincial de entre 10- 15% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora NO CUMPLE: La meta no se cumple si se constata una mejora global/provincial de menos del 10% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora |

| |
|---|
| Aspectos técnicos: |
| Se deberá definir por cada Institución antes de realizar las observaciones donde se realizarán las mismas (Como mínimo un área crítica vigilada y un Servicio de Internación General). Después se debe controlar esas mismas áreas tras la implementación |
| Documento de referencia: formularios VIHDA |

| |
|--|
| Descripción del indicador: Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos en cada Institución participante |
| Relevancia: Este indicador nos muestra la tasa de adherencia a la higiene de manos en cada Institución que integra el Comité provincial de Control de IACS. Nos permite tener una tasa de referencia (línea de base) para ver el impacto de mejora tras la implementación del Plan Provincial y de los Planes Hospitalarios de Higiene de Manos. También sirve como parámetro de comparación con tasas de adherencia nacionales (Programa VIHDA) y es útil para que cada Institución se compare con la tasa provincial y nacional. |
| Numerador: Cantidad de Personas que realizan adecuadamente la Técnica de Higiene de Manos en la Institución X (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Denominador: Cantidad de oportunidades observadas de Higiene de manos en en la Institución X (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Fórmula de Cálculo: Cantidad de Personas que realizan adecuadamente la Técnica de Higiene de Manos en la Institución X / Cantidad de Momentos observados de Higiene de manos en en la Institución X $\times 100$ (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Línea de base: 1º medición realizada (1º semestre 2023) |
| Técnica de obtención: Observaciones directas: Llenado por equipos de Plan de Higiene de Manos de los Hospitales que integran el Comité de Control de IACS (Se pueden capacitar otras personas para realizar estas observaciones) |
| Meta: Mejorar un 15% la adherencia a la Higiene de Manos en cada una de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM) |
| Periodicidad de la medición: Semestral. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2023. |
| Responsable de la medición: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Criterio de Cumplimiento: |
| CUMPLE: El Criterio se cumple si se constata una mejora global/provincial de al menos 15% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora |
| CUMPLE PARCIAL: El criterio se cumple parcialmente si se constata una mejora global/provincial de entre 10- 15% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora |
| NO CUMPLE: El criterio no se cumple si se constata una mejora global/provincial de menos del 10% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora |
| Aspectos técnicos: |
| Se deberá definir por cada Institución antes de realizar las observaciones donde se realizarán las mismas (Como mínimo un área crítica vigilada y un Servicio de Internación General). Después se debe controlar esas mismas áreas tras la implementación |
| Documento de referencia: formularios VIHDA |

| |
|---|
| Descripción del indicador: Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos en cada Servicio de cada Institución participante |
| Relevancia: Este indicador nos muestra la tasa de adherencia a la higiene de manos en cada Servicio de cada institución que integra el Comité provincial de Control de IACS. Nos permite tener una tasa de referencia (línea de base) para ver el impacto de mejora tras la implementación del Plan Provincial y de los Planes Hospitalarios de Higiene de Manos. También sirve como parámetro de comparación con tasas de adherencia nacionales (Programa VIHDA) y es útil para que cada Institución se compare con la tasa provincial y nacional. |
| Numerador: Cantidad de Personas que realizan adecuadamente la Técnica de Higiene de Manos en el Servicio X de la Institución X (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Denominador: Cantidad de oportunidades observadas de Higiene de manos en en el Servicio X en la Institución X (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Fórmula de Cálculo: Cantidad de Personas que realizan adecuadamente la Técnica de Higiene de Manos en en el Servicio X de la Institución X / Cantidad de Momentos observados de Higiene de manos en en el Servicio X de la Institución X $\times 100$ (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Línea de base: 1º medición realizada (1º semestre 2023) |
| Técnica de obtención: Observaciones directas: Llenado por equipos de Plan de Higiene de Manos de los Hospitales que integran el Comité de Control de IACS (Se pueden capacitar otras personas para realizar estas observaciones) |
| Meta: Mejorar un 15% la adherencia a la Higiene de Manos en cada uno de los Servicios de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM) |
| Periodicidad de la medición: Semestral. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2023. |
| Responsable de la medición: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Criterio de Cumplimiento: |

| |
|--|
| El Criterio se cumple si se constata una mejora de cada Servicio de cada Institución de al menos 15% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la implementación de la Estrategia de Mejora |
| CUMPLE PARCIAL: El criterio se cumple parcialmente si se constata una mejora global/provincial de entre 10- 15% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora |
| NO CUMPLE: El criterio no se cumple si se constata una mejora global/provincial de menos del 10% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora |
| Aspectos técnicos: Se deberá definir por cada Institución antes de realizar las observaciones donde se realizarán las mismas (Como mínimo un área crítica vigilada y un Servicio de Internación General). Después se debe controlar esas mismas áreas tras la implementación |
| Documento de referencia: formularios VIHDA |

| |
|--|
| Descripción del indicador: Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos por Categoría de PDS en cada Institución participante |
| Relevancia: Este indicador nos muestra si existen diferencias en la tasa de adherencia a la Higiene de Manos en las distintas categorías de PDS establecidas por el Programa VIHDA (Personal de Enfermería, Médico Terapeuta, Otro tipo de Médico del Sector, Personal externo al Servicio, Kinesiólogos, residentes). Nos permite tener una tasa de referencia (línea de base) para ver el impacto de mejora tras la implementación del Plan Provincial y de los Planes Hospitalarios de Higiene de Manos. También sirve como parámetro de comparación con tasas de adherencia nacionales (Programa VIHDA) y es útil para que cada Institución se compare con la tasa provincial y nacional. |
| Numerador: Cantidad de Personas que realizan adecuadamente la Técnica de Higiene de Manos dentro de cada Categoría de PDS de la Institución X (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Denominador: Cantidad de oportunidades observadas de Higiene de manos dentro de cada Categoría de PDS de la Institución X (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Fórmula de Cálculo: Cantidad de Personas que realizan adecuadamente la Técnica de Higiene de Manos dentro de cada Categoría de PDS de la Institución X / Cantidad de Momentos observados de Higiene de manos dentro de cada Categoría de PDS de la Institución X $\times 100$ (se hace en todas las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS) |
| Línea de base: 1ª medición realizada (1º semestre 2023) |
| Técnica de obtención: Observaciones directas: Llenado por equipos de Plan de Higiene de Manos de los Hospitales que integran el Comité de Control de IACS (Se pueden capacitar otras personas para realizar estas observaciones) |
| Meta: Mejorar un 15% la adherencia a la Higiene de Manos en cada uno de los Servicios de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Plan Provincial y Planes Hospitalarios de HM) |
| Periodicidad de la medición: Semestral. Se realizará la primera medición en el 1º semestre 2023. |
| Responsable de la medición: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes de los Planes de HM de los Hospitales |
| Criterio de Cumplimiento: El Criterio se cumple si se constata una mejora de cada Categoría de PDS de cada Institución de al menos 15% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la implementación de la Estrategia de Mejora CUMPLE PARCIAL: El criterio se cumple parcialmente si se constata una mejora global/provincial de entre 10- 15% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora NO CUMPLE: El criterio no se cumple si se constata una mejora global/provincial de menos del 10% en la adherencia a la Higiene de Manos tras la Implementación de la Estrategia de mejora |
| Aspectos técnicos: Se deberá definir por cada Institución antes de realizar las observaciones donde se realizarán las mismas (Como mínimo un área crítica vigilada y un Servicio de Internación General). Después se debe controlar esas mismas áreas tras la implementación |
| Documento de referencia: formularios VIHDA |

ANEXO 8: % de instituciones que tienen un Plan de Higiene de Manos cumpliendo los requisitos establecidos

| |
|---|
| Relevancia: Como parte del Plan Provincial de Higiene de Manos cada Hospital que integra el Programa Provincial de Control de IACS debe tener un Plan de Higiene de Manos Institucional redactado y aprobado por su Comité Hospitalario de Control de IACS/ Director cumpliendo los requisitos establecidos. |
| Numerador: Cantidad de Instituciones que cuentan con un Plan de Higiene de manos con las características establecidas para el año 2023/2024 |
| Denominador: Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Fórmula de Cálculo: Cantidad de Instituciones que cuentan con un Plan de Higiene de manos con las características establecidas para el año 2023/2024/ Cantidad de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS $\times 100$ |
| Línea de base: No aplica |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: Existencia de un Plan de Higiene de Manos en el 100 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS para el año 2023/2024, cumpliendo los requisitos establecidos |
| Periodicidad de la medición: Anual. Se medirá en enero/febrero 2024. |

| |
|---|
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: No aplica |
| Criterio de Cumplimiento: El indicador se cumple si existe un documento físico o electrónico que contenga un documento redactado (Plan) con todos siguientes requisitos: 1. Organización del documento: Metas, Objetivos, Indicadores, Actividades 2. Contenidos mínimos <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de trabajo: responsable de elaborar y ejecutar el plan de higiene de manos (debe estar integrado como mínimo por los integrantes del Programa de Control de Infecciones de cada hospital) • Coordinador (tratar elegir, en lo posible, otra persona que no esté realizando como coordinador o representante otras actividades propuestas por el Comité/Programa de Control de IACS) • Sectores donde se va a llevar a cabo la implementación • Basado en la Estrategia multimodal propuesta por la OMS y en el Plan Provincial de HM. Debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la Infraestructura según los resultados encontrados en cada Institución. Esto incluye: mejorar la disponibilidad de lavabos, dispensers de jabón líquido, toallitas de papel y soluciones hidroalcohólicas - Plan de Capacitación en Higiene de Manos al PDS que realiza tareas de atención a pacientes en las áreas donde se va a implementar el Plan Hospitalario. - Realizar Evaluación y retroalimentación en las áreas abarcadas y con las autoridades/ Jefes de Servicio que se considere pertinente. - Mejora de los Recordatorios en el lugar de trabajo (por ej: Póster de los 5 momentos para la higiene de las manos- Póster sobre cómo realizar la fricción de las manos - Póster sobre cómo realizar el lavado de manos) - Mejora del Clima Institucional de Seguridad: por ejemplo: Gestos de compromiso con la temática de autoridades hospitalarias - Utilización de las Herramientas otorgadas para evaluación por el Plan Provincial (Encuesta de Infraestructura, Encuesta de Percepción y Conocimiento, etc) que podrán ser complementadas por otras herramientas que los Hospitales consideren pero como mínimo deberán utilizar las Propuestas por el Plan Provincial de Higiene de Manos. |
| 3. Incluye la firma de la autoridad que la oficializa (Comité de Control de IACS/ Director de la Institución) |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: No aplica |

ANEXO 9: Existencia de un Curso de formación de formadores y observadores para referentes de los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS para el año 2023

| |
|--|
| Relevancia: Para que un plan de higiene de manos sea efectivo, es necesario contar con personal calificado y formado para llevar adelante todas las actividades de planificación, recolección de datos, capacitación, análisis e interpretación y estrategias orientadas a la mejora. Mediante este curso se pretende que en todos los Hospitales que integran el programa Provincial haya personas formalmente capacitadas en estos temas. |
| Numerador: No aplica |
| Denominador: No aplica |
| Formula de Calculo: No aplica |
| Línea de base: No aplica |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: Realización del Curso de formadores y observadores de Higiene de Manos durante el año 2023/2024 por al menos una persona de cada Hospital de la Provincia que integra el Comité Provincial de Control de IACS y por los integrantes del Programa Provincial |
| Periodicidad de la medición: Anual. Se medirá en enero/ febrero 2024. |
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: No aplica |
| Criterio de Cumplimiento: El indicador se cumple si existe documentación (escrita o electrónica) donde se constate: 1. Dictado del curso de formadores y observadores de Higiene de Manos 2. Contenido del curso: <ul style="list-style-type: none"> • Conceptos sobre HM • Estrategias de observación • Elaboración de planes hospitalarios de HM • Técnicas de capacitación en HM al PDS |
| 3. Realización del curso por al menos 1 persona de cada Hospital que integra el Programa Provincial de Control de IACS |
| 4. Aprobación del curso por las personas que lo realizan |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: No aplica |

ANEXO 10: % de participación de las Instituciones en cada reunión virtual propuesta

| |
|---|
| Relevancia: durante las reuniones virtuales se podrá discutir con otros Hospitales de la Provincia que están armando e implementando sus Planes de HM, las dificultades encontradas, pudiendo con otros equipos que están trabajando en los mismo encontrar soluciones en conjunto o utilizar estrategias exitosas para subsanar problemas similares utilizadas por otras Instituciones. |
| Numerador: Cantidad de Reuniones virtuales en las que ha participado cada Institución que integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Denominador: Cantidad de Reuniones virtuales realizadas |
| Fórmula de Cálculo: [Cantidad de Reuniones virtuales en las que ha participado cada Institución que integran el Comité Provincial de Control de IACS / (Cantidad de Reuniones virtuales realizadas) × 100. |
| Línea de base: no aplica |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (minutas de reuniones) |
| Meta: Participación del 80% de las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en el 80% de las reuniones virtuales propuestas |
| Periodicidad de la medición: Anual. Al final la Implementación. Se realizará en setiembre/octubre 2024 |
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Criterio de Cumplimiento: |
| El Criterio se cumple si el 80% de las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en el 80% de las reuniones virtuales propuestas |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

ANEXO 11: Existencia de documentación de al menos una actividad de capacitación por mes al PDS en cada Institución

| |
|---|
| Relevancia: Una parte importante de un plan de higiene de manos es la capacitación del PDS que allí trabaja con el objeto de lograr aumentar la adherencia a la HM. |
| Numerador: No aplica |
| Denominador: No aplica |
| Formula de Calculo: No aplica |
| Línea de base: No aplica |
| Fuente del dato: documentación escrita respaldatoria de capacitaciones en temáticas relacionadas con la HM A al PDS dictadas en las Instituciones que integran el Comité Provincial de HM todos los meses que dura la Implementación del Plan Provincial de HM (setiembre 2023 a agosto 2024): Formulario prehecho digital (Plan Sumar) y formularios de asistencia con firmas de participantes |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: Realización de al menos una actividad de capacitación por mes de HM al PDS en las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Periodicidad de la medición: Mensual durante los meses de Implementación |
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Vigilancia, Prevención y Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Equipo de Plan de HM de cada Hospital |
| Criterio de Cumplimiento: |
| El indicador se cumple si existe documentación donde se constate: |
| 1. Capacitaciones mensuales sobre HM al PDS. |
| 2. PDS participante en dichas reuniones |
| 3. Contenido de las capacitaciones sobre HM |
| 4. Participantes de las capacitaciones diferentes todos los meses (no siempre las mismas personas, salvo que se realice un cronograma escalonado de capacitaciones mensual) |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: No aplica |

ANEXO 12: % de visitas presenciales realmente realizadas a las Instituciones en los tiempos estipulados

| |
|---|
| Relevancia: El Programa Provincial de Control de IACS realizó durante el año 2022 dos visitas presenciales a los Hospitales. Durante las mismas se pudo enriquecer el trabajo del Programa Provincial y definir necesidades de mejora y puntos claves a trabajar. Durante la implementación del Plan Provincial de HM por parte del Programa Provincial creemos que estas visitas presenciales serán sumamente valiosas para ayudar en esta implementación y en la implementación de los Planes Hospitalarios de HM. |
| Numerador: Cantidad de Reuniones presenciales por Institución realizadas en las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS durante la Implementación del Plan Provincial de HM |
| Denominador: 1 Reunión presencial por Institución realizadas en las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS durante la Implementación del Plan Provincial de HM |
| Fórmula de Cálculo: (Cantidad de Reuniones presenciales por Institución realizadas en las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS durante la Implementación del Plan Provincial de HM |

| |
|---|
| / 1 Reunión presencial por Institución realizadas en las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS durante la Implementación del Plan Provincial de HM) × 100. |
| Línea de base: no aplica |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (minutas de reuniones) |
| Meta: Realización de al menos un encuentro presencial anual conjunto con integrantes de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS y el Programa Provincial a fin de colaborar in situ con la Implementación Hospitalaria de los Planes de Higiene de Manos 100% o más en la fórmula antes mencionada en todas las Instituciones que integran el Plan Provincial |
| Periodicidad de la medición: Anual. Al final la Implementación. Se realizará en setiembre/octubre 2024 |
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Criterio de Cumplimiento: El Criterio se cumple si se evidencia la realización de al menos una reunión presencial con cada una de las Instituciones participantes |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

ANEXO 13: Porcentaje de cumplimiento en la Encuesta de Infraestructura de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia

| |
|---|
| Indicador: Porcentaje de cumplimiento en la Encuesta de Infraestructura en cada una de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Relevancia: Disponer de infraestructura y recursos adecuados es imprescindible para garantizar que el PDS realice Higiene de Manos adecuada. Luego del diagnóstico y la implementación de la Estrategia de Mejora la realización de la encuesta de Infraestructura nuevamente podrá identificar si ha habido mejora en la misma. |
| Numerador: puntaje de la Encuesta obtenido por cada institución |
| Denominador: 119 puntos (puntaje máximo de la encuesta) |
| Fórmula de Cálculo: (Puntaje de la Encuesta obtenido en cada Institución/ 119 puntos) x 100 |
| Línea de base: Resultados de Encuesta de Infraestructura realizada durante el diagnóstico de situación |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (Encuesta de infraestructura durante el diagnóstico y tras la implementación) |
| Meta: Mejorar la Infraestructura en todos los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15% |
| Periodicidad de la medición: Durante el diagnóstico de situación y tras la Implementación (setiembre/octubre 2024) |
| Responsable de la medición: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Criterio de Cumplimiento: La meta se cumple si se evidencia la mejora de al menos un 15% en la Encuesta de Infraestructura tras la Implementación. Se deben comparar sectores donde se haya realizado la estrategia de implementación de infraestructura de cada Hospital. |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

| |
|---|
| Indicador: Porcentaje de cumplimiento en la Encuesta de Infraestructura en toda la Provincia (suma de los porcentajes obtenidos en cada una de las Instituciones) |
| Relevancia: Disponer de infraestructura y recursos adecuados es imprescindible para garantizar que el PDS realice Higiene de Manos adecuada. Luego del diagnóstico y la implementación de la Estrategia de Mejora la realización de la encuesta de Infraestructura nuevamente podrá identificar si ha habido mejora en la misma. |
| Numerador: suma del puntaje de la Encuesta obtenido por todas las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Denominador: 119 por la cantidad de Instituciones que realizaron la encuesta |
| Fórmula de Cálculo: (suma del puntaje de la Encuesta obtenido por todas las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS/ 119 por la cantidad de Instituciones que realizaron la encuesta) x 100 |
| Línea de base: Resultados de Encuesta de Infraestructura realizada durante el diagnóstico de situación |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (Encuesta de infraestructura durante el diagnóstico y tras la implementación) |
| Meta: Mejorar la Infraestructura en todos los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15% |
| Periodicidad de la medición: Durante el diagnóstico de situación y tras la Implementación (setiembre/octubre 2024) |
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Criterio de Cumplimiento: La meta se cumple si se evidencia la mejora de al menos un 15% en la Encuesta de Infraestructura tras la Implementación. Se deben comparar sectores donde se haya realizado la estrategia de implementación de infraestructura. Y realizar un consolidado provincial. |



| |
|---|
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

ANEXO 14: Porcentaje obtenido en la Encuesta de Conocimiento de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia

| |
|---|
| Indicador: Porcentaje obtenido en la Encuesta de Conocimiento en cada una de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Relevancia: El Conocimiento de Técnicas adecuadas y Momentos de HM por parte de PDS es un requisito necesario (aunque no suficiente) para asegurar una buena adherencia a la HM en las Instituciones de Salud. El evaluar la mejora en este conocimiento por parte del personal de salud es una parte importante de la evaluación de la estrategia multimodal de HM de la Institución. |
| Numerador: Suma de los puntajes obtenidos por los participantes de la Encuesta de conocimiento x cantidad de participantes |
| Denominador: 100 (puntaje máximo de la encuesta de conocimiento) x cantidad de participantes |
| Fórmula de Cálculo: (Suma de los puntajes obtenidos por los participantes de la Encuesta de conocimiento x cantidad de participantes / 100 (puntaje máximo de la encuesta de conocimiento) x cantidad de participantes) x 100 |
| Línea de base: Resultados de Encuesta de Percepción y Conocimiento realizada durante el diagnóstico de situación |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (Encuesta de Percepción y Conocimiento durante el diagnóstico y tras la implementación) |
| Meta: Mejorar el Conocimiento de Higiene de Manos de PDS en los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15% |
| Periodicidad de la medición: Durante el diagnóstico de situación y tras la Implementación (setiembre/octubre 2024) |
| Responsable de la medición: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Criterio de Cumplimiento: La meta se cumple si se evidencia la mejora de al menos un 15% en la Encuesta de Percepción y Conocimiento tras la Implementación (según grilla elaborada a tal fin). Se deben comparar sectores donde se haya realizado la estrategia de implementación de infraestructura de cada Hospital. |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

| |
|---|
| Indicador: Porcentaje obtenido en la Encuesta de Conocimiento en toda la Provincia (suma de los porcentajes obtenidos en cada una de las Instituciones) |
| Relevancia: El Conocimiento de Técnicas adecuadas y Momentos de HM por parte de PDS es un requisito necesario (aunque no suficiente) para asegurar una buena adherencia a la HM en las Instituciones de Salud. El evaluar la mejora en este conocimiento por parte del personal de salud es una parte importante de la evaluación de la estrategia multimodal de HM de la Institución y de la Provincia. |
| Numerador: suma del puntaje de la Encuesta obtenido por todas las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS |
| Denominador: 100 por la cantidad de Instituciones que realizaron la encuesta |
| Fórmula de Cálculo: (Suma del puntaje de la Encuesta obtenido por todas las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS / 100 por la cantidad de Instituciones que realizaron la encuesta) X 100 |
| Línea de base: Resultados de Encuesta de Conocimiento realizada durante el diagnóstico de situación |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos (Encuesta de Percepción y Conocimiento durante el diagnóstico y tras la implementación) |
| Meta: Mejorar el Conocimiento de Higiene de Manos de PDS en los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15% |
| Periodicidad de la medición: Durante el diagnóstico de situación y tras la Implementación (setiembre/octubre 2024) |
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Criterio de Cumplimiento: La meta se cumple si se evidencia la mejora de al menos un 15% en la Encuesta de Percepción y Conocimiento tras la Implementación (según grilla elaborada a tal fin). Se deben comparar sectores donde se haya realizado la estrategia de implementación. Y realizar un consolidado provincial. |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

ANEXO 15: Consumo de soluciones hidroalcohólicas cada 1000 días paciente en las áreas seleccionadas antes, durante y luego de la implementación del Plan Hospitalario de higiene de manos

| |
|--|
| Indicador: Consumo de soluciones hidroalcohólicas en las áreas seleccionadas en cada Hospital antes, durante y luego de la implementación del Plan Hospitalario de higiene de manos |
| Relevancia: Está establecido por la OMS que el consumo mínimo de soluciones hidroalcohólicas en áreas críticas debe ser de 20 L cada 1000 días paciente como un indicador indirecto de que el PDS que allí trabaja está realizando higiene de manos y utilizando estos productos para esto. |
| Numerador: cantidad de litros de solución hidroalcohólica consumida en un mes en los servicios seleccionados del hospital |
| Denominador: total de pacientes internados en ese mismo periodo en ese servicio |
| Fórmula de Cálculo: Litros de sol hidroalcoholicas consumidas en un mes en un servicio seleccionado del hospital/ total de días paciente en ese mismo periodo en ese mismo servicio x 1000 días paciente |
| Línea de base: Resultados de Encuesta de Consumo realizada durante el diagnóstico de situación |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: 1) Estandarización del registro de consumo de sol. Hidroalcoholicas; 2) Adecuación del consumo al mínimo establecido por la OMS de 20 l/1000 días paciente |
| Periodicidad de la medición: Durante el diagnóstico de situación, cada 3 meses y tras la Implementación (setiembre/octubre 2024) |
| Responsable de la medición: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Equipo del Plan de HM del Hospital – áreas de farmacia de los Hospitales involucrados |
| Criterio de Cumplimiento: Las metas se cumplen si: 1) se logra estandarizar la medición del consumo en l/1000 días paciente en las Instituciones; 2) esa medición se encuentra del rango de 20 l/1000 días paciente en áreas críticas establecido por la OMS |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

| |
|--|
| Indicador: Consumo de soluciones hidroalcohólicas en la Provincia antes, durante y luego de la implementación del Plan Hospitalario de higiene de manos |
| Relevancia: Está establecido por la OMS que el consumo mínimo de soluciones hidroalcohólicas en áreas críticas debe ser de 20 L cada 1000 días paciente como un indicador indirecto de que el PDS que allí trabaja está realizando higiene de manos y utilizando estos productos para esto. |
| Numerador: cantidad de litros de solución hidroalcohólica consumida en un mes en los servicios seleccionados de la Provincia |
| Denominador: total de pacientes internados en ese mismo periodo en las áreas seleccionadas en la provincia |
| Fórmula de Cálculo: Litros de sol hidroalcoholicas consumidas en un mes en los servicios seleccionado de la provincia/ total de días paciente en ese mismo periodo en esos mismos sectores de la provincia x 1000 días paciente |
| Línea de base: Resultados de Encuesta de Consumo realizada durante el diagnóstico de situación |
| Técnica de obtención: Auditoría de documentos |
| Meta: 1) Estandarización del registro de consumo de sol. Hidroalcoholicas; 2) Adecuación del consumo al mínimo establecido por la OMS de 20 l/1000 días paciente |
| Periodicidad de la medición: Durante el diagnóstico de situación, cada 3 meses y tras la Implementación (setiembre/octubre 2024) |
| Responsable de la medición: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Responsable de registrar el dato: Integrantes del Programa Provincial de Control de IACS |
| Criterio de Cumplimiento: Las metas se cumplen si: 1) se logra estandarizar la medición del consumo en l/1000 días paciente en las Instituciones; 2) esa medición se encuentra del rango de 20 l/1000 días paciente en áreas críticas establecido por la OMS |
| Aspectos técnicos: No aplica |
| Documento de referencia: no aplica |

ANEXO 16: Indicadores del Plan de Higiene de Manos Provincial

| Indicador | Antes de Implementar el Plan de Higiene de Manos Provincial | Durante la Implementación del Plan Provincial | Luego de Implementar el Plan de Higiene de Manos Provincial |
|---|---|---|---|
| Existencia de una Norma/Lineamiento Provincial de Higiene de Manos y de Antisépticos Aprobada por el Comité Provincial de Control de IACS | x | | |
| Existencia de un Plan Provincial de Higiene de Manos Aprobado | x | | x tras el análisis de la información para los años siguientes |
| Existencia de Planes de Higiene de Manos Aprobados en cada una de las Instituciones que conforman el Programa provincial | | x | x tras el análisis de la información para los años siguientes |
| % de Instituciones que realizan la Encuesta sobre Infraestructura de las Salas | x | | x |
| Porcentaje obtenido en la Encuesta de Infraestructura en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia | x | | x |
| % de Instituciones que realizan Encuesta sobre Consumo de Soluciones Hidroalcohólicas cada 1000 días pacientes en áreas seleccionadas | x | Cada 3 meses | x |
| Consumo de Soluciones Hidroalcohólicas cada 1000 días pacientes en áreas críticas seleccionadas | X | X | x |
| % de Instituciones que realizan Encuesta sobre percepción y conocimiento de Higiene de Manos por Profesionales de Salud | x | | x |
| Porcentaje obtenido en la Encuesta de Conocimiento de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia | x | | X |
| % de Instituciones que realizan Observaciones de Higiene de Manos | x | Semestral | Semestral |
| Porcentaje Provincial (general) de Adherencia a la Higiene de Manos en todas las Instituciones participantes | x | Semestral | Semestral |
| Porcentaje de Adherencia de Higiene de Manos por Institución y por servicio (al menos un área crítica y un área de internación general) de todas las Instituciones participantes | x | Semestral | Semestral |
| Porcentaje de Adherencia de Higiene de manos por Categoría de PDS de al menos un área crítica y un área de internación general de todas las Instituciones participantes | x | Semestral | Semestral |
| % de participación de las Instituciones en reuniones virtuales propuestas | | x | |
| Documentación de al menos una actividad de capacitación por mes al PDS en cada Institución durante la Implementación del Plan de Higiene de Manos Institucional | | X | |
| Existencia de un Curso de formación de formadores y observadores para referentes de los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS para el año 2023 | | x | |
| % de visitas presenciales realmente realizadas a las Instituciones en los tiempos estipulados | | x | |

ANEXO 17: RESUMEN DEL PLAN

| Fases | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | META | ACTIVIDADES | INDICADORES |
|---|--|--|---|---|
| UNO Redacción y Consenso | Disponer de un Plan de Higiene de Manos Provincial Basado en la Estrategia Multimodal de la OMS adaptado a la Provincia con metas, objetivos y actividades | Disponer de una Norma/Lineamiento Provincial de Higiene de Manos y Uso de Antisépticos aprobada para mayo de 2023 | Aprobar la Norma Provincial de Higiene de Manos y Antisépticos por el Comité Provincial de Control de IACS | Existencia de una Norma/Lineamiento Provincial de Higiene de Manos y de Antisépticos Aprobada por el Comité Provincial de Control de IACS para mayo 2023 (Anexo 1) |
| | | Contar con un Plan de Higiene de Manos Provincial para el año 2023/2024 aprobado para el 2023 | Redactar el Plan de Higiene de Manos Provincial 2023/2024 | Existencia de un Plan de Higiene de Manos Provincial redactado para aplicar durante 2023/24 y aprobado para el mayo-junio 2023 (Anexo 2) |
| | | | Aprobar el Plan de Higiene de Manos Provincial por el Comité Provincial de Control de IACS | |
| | | | Comunicación a las Áreas de Control de IACS de las Instituciones de la Propuesta de Trabajo (Plan Provincial) | |
| Comunicación a Autoridades Ministeriales y Directivos de las Instituciones de la Propuesta de Trabajo (Plan Provincial) | | | | |
| DOS Diagnóstico de Situación Inicial | Obtener información sobre la situación actual de las instituciones, respecto a los recursos, saberes y marcos normativos necesarios para iniciar con éxito un Plan de Higiene de manos en sus Instituciones. | Realización de la Encuestas sobre Diagnóstico de Situación en el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos: Encuesta de Consumo de soluciones Hidroalcohólicas , Encuesta de Infraestructura, Encuesta de Percepcion y Conocimiento | Realizar en los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS: Encuesta sobre infraestructura de las salas, Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos, Encuestas sobre consumo de soluciones hidroalcohólicas y jabón. Luego de realizar las encuestas se hará un análisis Provincial y otro de cada Institución | Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan como Diagnóstico de Situación; <ul style="list-style-type: none"> • Encuesta sobre Infraestructura (Anexo 3) • Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS (Anexo 4) • Encuesta sobre Consumo de soluciones hidroalcohólicas y jabón (Anexo 5) |
| | | | Porcentaje obtenido en la Encuesta de Infraestructura de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia (Anexo 13) | |
| | | | ANEXO 14: Porcentaje obtenido en la Encuesta de Conocimiento de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia | |
| | | | Consumo de sol hidroalcohólicas cada 1000 días paciente por servicio por Institución y provincial (Anexo 15) | |

| | | | | |
|----------------------------|-------------------------|--|---|--|
| | | Realización de Observaciones de Higiene de Manos al PDS en el 80% de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en las fechas estipuladas y cumpliendo los requisitos establecidos (Herramienta VIHDA) | Realizar en los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS: Observaciones de Higiene de Manos. Luego de realizar las encuestas se hará un análisis Provincial y otro de cada Institución | <p>Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan como Diagnóstico de Situación: Observaciones de Higiene de Manos (Anexo 6)</p> <p>Indicadores Obtenidos Tras La Realización De Las Observaciones De Higiene De Manos En Las Instituciones Participantes:</p> <p>*Porcentaje Provincial (general) de Adherencia a la Higiene de Manos en todas las Instituciones participantes</p> <p>*Porcentaje de Adherencia a la Higiene de Manos por Institución y por servicio (al menos un área crítica y un área de internación general) de todas las Instituciones participantes.</p> <p>*Porcentaje de Adherencia a la Higiene de manos por Categoría de PDS de al menos un área crítica y un área de internación general de todas las Instituciones participantes. (Anexo 7)</p> |
| TRES Implementación | Los del Plan Provincial | Existencia de un Plan/Programa de Higiene de Manos en el 80 % de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS para el año 2023/2024, cumpliendo los requisitos establecidos | Promover que cada Hospital realice un Programa/Plan Hospitalario de Higiene de Manos que cumpla con los requisitos expresados en el Indicador (Anexo 8) | % de instituciones que tienen un Plan/Programa de Higiene de Manos en las fechas estipuladas y con los requisitos mínimos establecidos (Anexo 8) |
| | | Realización del Curso de formadores y observadores de Higiene de Manos durante el año 2023/2024 por al menos una persona de cada Hospital de la Provincia que integra el Comité Provincial de Control de IACS y por los integrantes del Programa Provincial | Gestionar por parte del Programa Provincial el dictado de Curso de Formación de Formadores y Observadores de Higiene de Manos | Existencia de un Curso de formación de formadores y observadores para referentes de los Hospitales que integran el Comité Provincial de Control de IACS para el año 2023 (Anexo 9) |
| | | Existencia de documentación que muestre la realización de al menos una actividad de capacitación por mes al PDS en las Instituciones | Plan de Capacitación en Higiene de Manos al PDS que realiza tareas de atención a pacientes en las áreas donde se va a implementar el Plan/Programa Hospitalario en cada Institución. Control de Capacitaciones dictadas por las Instituciones a través de Planilla estandarizada de Registro de las mismas y evaluaciones aleatorias a las personas capacitadas | Existencia de registros que documenten las actividades de capacitación realizadas al PDS en cada Institución (Anexo 11) |
| | | Participación del 80% de las instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS en el 80% de las reuniones virtuales propuestas | Realizar encuentros virtuales programados bimensuales entre los equipos de los Hospitales y el programa Provincial a fin de realizar un intercambio colectivo de ideas, puntos de vista y opiniones | % de participación de las Instituciones en cada reunión virtual propuesta (Anexo 10) |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Estandarizar el registro y la medición del consumo de soluciones hidroalcohólicas/ 1000 días paciente cada tres meses en las áreas donde se realiza la implementación del Plan Hospitalario de Higiene de Manos Lograr progresivamente una adecuación del | Medir en cada Institución el consumo de soluciones hidroalcohólicas/1000 días pacientes cada tres meses en las áreas donde se realiza la implementación del Plan Hospitalario de Higiene de Manos | Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan Encuesta sobre Consumo de soluciones hidroalcohólicas (Anexo 5) Consumo de soluciones hidroalcohólicas cada 1000/días pacientes en las áreas que están incluidas en cada Plan de Higiene de Manos en cada Institución |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | | consumo de soluciones hidroalcohólicas al mínimo de 20 l/1000 días paciente en áreas críticas | | (Anexo 15) |
| | | Realización de al menos un encuentro presencial anual conjunto con integrantes de las Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS y el Programa Provincial a fin de colaborar in situ con la Implementación Hospitalaria de los Planes de Higiene de Manos | Realizar visitas presenciales por parte del equipo del Programa Provincial de Control de IACS a los Hospitales a fin de colaborar con los equipos de las Instituciones en la redacción e implementación de sus planes/programas de higiene de manos | % de visitas presenciales realmente realizadas a las Instituciones en los tiempos estipulados (Anexo 12) |
| CUATRO Evaluación y retroalimentación del plan | Medir y comparar los datos obtenidos antes y después de la implementación del plan de mejora en las Instituciones participantes | Mejorar la Infraestructura en todos los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15% | En cada Institución: Completar encuesta sobre infraestructura de las salas de cada Institución | Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Infraestructura en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos (Anexo 3) |
| | | | La Institución con colaboración del Programa provincial: Analizar los resultados obtenidos | Porcentaje obtenido en la Encuesta de Infraestructura de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia (Anexo 13) |
| | | Mejorar el Conocimiento de Higiene de Manos de PDS en los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15% | En cada Institución: Distribuir al PDS encuesta sobre conocimiento de higiene de manos | Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan la Encuesta sobre Percepción y Conocimiento de Higiene de Manos de PDS en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos (Anexo 4) |
| | | | La Institución con colaboración del Programa provincial: Analizar los resultados obtenidos | ANEXO 14: Porcentaje obtenido en la Encuesta de Conocimiento de Higiene de Manos en cada uno de las Instituciones que integran el Comité Provincial de control de IACS y en toda la Provincia |
| | | | Analizar capacitaciones realizadas al PDS durante la etapa de Implementación | Existencia de registros que documenten las actividades de capacitación realizadas al PDS en cada Institución (Anexo 10) |
| | | Mejorar los resultados de las Observaciones de Higiene de Manos en los Hospitales que conforman el Comité Provincial de Control de IACS tras la Implementación de la Estrategia de Mejora (Segundo Semestre Año 2024) en un 15% | Realizar análisis de las Observaciones de Higiene de Manos del Programa VHDA realizadas (2 x año 2023 Y 2024: Una de ellas se va a realizar en la fase de diagnóstico de situación) | Porcentaje de Instituciones que integran el Comité Provincial de Control de IACS que realizan las Observaciones de Higiene de Manos de PDS en las fechas estipuladas cumpliendo los requisitos preestablecidos (Anexo 6) |
| | | | | Porcentaje Provincial (general) de Adherencia a la Higiene de Manos en todas las Instituciones participantes (Anexo 7) |
| | | | | Porcentaje de Adherencia de Higiene de Manos por Institución y por servicio (al menos un área crítica y un área de internación general) de todas las Instituciones participantes. (Anexo 7) |
| | | Porcentaje de Adherencia de Higiene de manos por Categoría de PDS de al menos un área crítica y un área de internación general de todas las Instituciones | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | | | participantes. (Anexo 7) |
| | | Evaluar la variación del consumo de soluciones hidroalcohólicas/ 1000 días en las áreas críticas donde se realizó la implementación del Plan Hospitalario de Higiene de Manos | Realizar análisis de los consumos de soluciones hidroalcohólicas /1000 días pacientes antes y después de la implementación en las áreas críticas seleccionadas | % de Instituciones que realizan encuesta de consumo de soluciones alcohólicas Y Consumo de soluciones hidroalcohólicas en las áreas seleccionadas luego de la implementación del Plan Hospitalario de higiene de manos (Anexo 5 y Anexo 15) |
| CINCO Retroalimentación y Planificación de Nuevas Actividades según resultados encontrados (Ciclo de Mejora Continua) | Evaluar los resultados de la Implementación para plantear un nuevo plan de mejora provincial y en cada Institución | Contar con Plan de Higiene de Manos Provincial aprobado basado en el análisis tras la implementación del plan anterior | Evaluación junto con Equipos de cada Hospital de sus resultados y de áreas prioritarias de trabajo para el próximo año | Existencia de un Plan de Higiene de Manos Provincial redactado y aprobado tras el análisis de la implementación del Plan Anterior (Anexo 2) |
| | | | Plan de acción de mejora según resultados obtenidos para el siguiente año del Programa Provincial. | |
| | | | Evaluación de resultados y de áreas prioritarias de trabajo para el próximo año | Existencia de un Plan/Programa De Higiene de Manos redactado y aprobado tras el análisis de la implementación del Plan Anterior para cada Institución que integra el Comité Provincial de Control de IACS (Anexo 8) |
| | | Contar con Planes de Higiene de Manos Hospitalarios aprobados basado en el análisis tras la implementación del plan anterior | Plan de acción de mejora según resultados obtenidos para el siguiente año | |