



BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Plan autonómico de higiene de manos
en el Principado de Asturias



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD
Y SERVICIOS SANITARIOS



BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Plan autonómico de higiene de manos
en el Principado de Asturias



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SALUD
Y SERVICIOS SANITARIOS



Fecha de edición: Mayo 2011

AUTOR

M.^a Jesús González Mateos

GRUPO DE TRABAJO ASESOR

Fernando Alonso Pérez
M.^a Teresa Alonso Vega
Silvia Arias Barrientos
Aurora Álvarez Díaz
Nuria Álvarez de la Vallina
Ana M.^a Bas Martínez
Ana Cao Fernández
José Manuel Díaz Alonso
Concepción Fernández González
Rocío Ibarburen González Arenas
Blanca Martínez Bueno
M.^a Carmen Martínez Ortega
Mar Martínez Suárez
Rita Martínez Vidal
Esther Mata Peón
Sara Mérida Fernández
Begoña Morán Pérez
Covadonga Noriega López
Laura de la Riva Cortina
Gerardo Rubiera López
Ana M.^a Sánchez Fernández
M.^a Consuelo Valenzuela Fernández
M.^a Victoria Vázquez Huerga
Patricia Vázquez Moro
Fernando Vázquez Valdés

EDITA

Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

IMPRIME Y DISEÑA
Asturgraf, S.L.

D.L.: As.-3335/2011
ISBN: 978-84-694-4978-3

Disponible en: <http://www.astursalud.es>

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
OBJETO	6
ALCANCE	6
DEFINICIONES	6
PLAN AUTONÓMICO DE HIGIENE DE MANOS	
Objetivos	7
Implementación	7
A. Los componentes de la estrategia multimodal	8
B. El modelo de los 5 momentos	8
C. El método por etapas	10
Cronograma	15
RESPONSABILIDADES	17
DIFUSIÓN	17
EVALUACIÓN	18
BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXOS	
Anexo I. Niveles de evidencia	20
Anexo II. Recomendaciones consensuadas en Higiene de Manos de la OMS	20
Anexo III. Uso de guantes en Atención Primaria	23



INTRODUCCIÓN

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) se definen como: “Infección que afecta a un paciente durante el proceso de atención en un hospital u otra instalación de atención sanitaria que no estaba presente ni se estaba incubando en el momento del ingreso. Incluye las infecciones contraídas en el hospital u en otro centro sanitario, pero que se manifiestan después del alta, y también las infecciones ocupacionales del personal del centro”. (Ducel G. et al. Prevención de las infecciones hospitalarias. Guía práctica. OMS 2002).

En España los estudios ENEAS (Estudio Nacional sobre Eventos Adversos) y APEAS (Eventos Adversos en Atención Primaria), indican que la prevalencia de IRAS de cualquier tipo, detectadas en Atención Especializada, representó el 25,3% de los efectos adversos (en la réplica del ENEAS en Asturias fue un 22,9%) y en Atención Primaria representó el 8,4% del total de efectos adversos observados en estos centros.

En la aparición de las IRAS influyen múltiples factores. No obstante, la falta de higiene de manos (HM) siempre antes y después de estar en contacto con un paciente, es probablemente el único factor relacionado con la transmisión de los microorganismos común a la mayor parte de infecciones. Por ello, desde hace mucho tiempo, se considera la medida de prevención más eficiente para evitar estas enfermedades. La transmisión cruzada de microorganismos de un paciente a otro a partir de las manos del personal sanitario está considerada la principal vía de propagación de las IRAS.

Una de las guías más relevantes, la “Guía para la Higiene de Manos en el medio sanitario” fue publicada por los CDC (Centers for Diseases Control and Prevention) en Morbidity and Mortality Weekly Report en octubre de 2002. Se trata de una amplia y documentada revisión sobre la HM y su relación con las infecciones relacionadas con la atención sanitaria que incluye en su primera parte la revisión y datos científicos, en la segunda parte recomendaciones y en la tercera parte indicadores de resultado.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), a través de la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* lanzó en 2005 el Primer Reto Mundial en pro de la Seguridad del Paciente “Una atención limpia es una atención más segura” con el objetivo de reducir las IRAS. Estaba integrada por diferentes acciones entre las cuales se encontraba la promoción de la higiene de las manos.

En 2006, España se adhirió oficialmente a este reto de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente y el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, marcaba entre sus prioridades estratégicas, el desarrollo de políticas dirigidas a la Seguridad del Paciente. Uno de los objetivos de esta estrategia, era la implantación de prácticas seguras en áreas específicas como la prevención de las IRAS. Durante estos años, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha financiado acciones en este sentido, promoviendo una mayor adherencia de los profesionales sanitarios a la práctica de la higiene de manos, fomentando la disponibilidad y utilización de preparados de base alcohólica en los puntos de atención a los pacientes y las acciones formativas e informativas.

En el año 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Guía sobre la HM en los centros sanitarios, que explica el modelo de los 5 momentos. Son los momentos en que los profesionales de los centros sanitarios de todo el mundo deben realizar la HM.

En Atención Primaria, dada la insuficiente evidencia científica en este campo, desde el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, se han elaborado unas recomendaciones fruto del consenso del Equipo de Coordinación del Programa de Higiene de las Manos del Sistema Nacional de Salud. Han tenido en cuenta varios factores: el tipo de atención y cuidados proporcionados en atención primaria; las características de los pacientes; la evidencia científica disponible sobre dónde se producen las infecciones y el modelo de los 5 momentos recomendado por la OMS.

Este documento persigue establecer el marco general para la implantación del modelo multimodal de HM propugnado por la OMS en nuestra Comunidad Autónoma. Se pretende el desarrollo del programa de HM, de forma homogénea y coordinada en los centros sanitarios del Principado de Asturias.

OBJETO

El objeto del Plan Autonómico es:

- Mejorar la seguridad de los pacientes mediante la puesta en marcha de un Plan Autonómico que haga homogéneas las prácticas en HM como coadyuvante de la prevención de las IRAS en los centros sanitarios del Principado de Asturias.
- Concienciar y fomentar el cumplimiento de la HM en todo el personal de los centros sanitarios con el fin de proteger a los pacientes, familiares (la comunidad) y a ellos mismos de las IRAS.

ALCANCE

El programa de higiene de manos es de aplicación en todos los centros sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada, de la red sanitaria de utilización pública del Principado de Asturias y en los privados que deseen adherirse. Constituye un documento de mínimos, pudiendo cada centro introducir las modificaciones oportunas sin perder el objeto del mismo.

DEFINICIONES

Higiene de manos. Término general que se aplica a cualquier lavado de manos, lavado antiséptico de manos, antisepsia de manos por frotación o antisepsia quirúrgica de manos.

Lavado de manos. Lavado de manos simplemente con agua y jabón o con jabón antimicrobiano.

Antisepsia de manos. Se refiere a cualquier lavado antiséptico de manos o antisepsia de manos por frotación.

Lavado antiséptico de manos. Lavado de manos con agua y jabón que contengan un agente antiséptico.

Frotación antiséptica de manos. Aplicación de un antiséptico de manos por frotación sobre toda la superficie de las manos para reducir el número de microorganismos presentes.

Antisepsia quirúrgica de manos. Lavado de manos por frotación antiséptica o antisepsia prequirúrgica de manos realizada por el personal quirúrgico para eliminar la flora transitoria y para reducir la flora residente de manos. Las preparaciones detergentes antisépticas tienen a menudo actividad antimicrobiana remanente.

Jabón de arrastre o jabón común. El jabón de arrastre se refiere a los detergentes que no contienen agentes antimicrobianos o que contienen concentraciones bajas de agentes antimicrobianos que sólo son eficaces como conservantes.

Jabón antimicrobiano. Jabón que contiene un agente antiséptico.

Agente antiséptico. Sustancias antimicrobianas que se aplican en la piel para reducir en número la flora microbiana presente.

Solución alcohólica para la frotación de manos. Solución alcohólica diseñada para la reducción del número de microorganismos viables en las manos.

Actividad residual o remanente. La actividad residual se define como la actividad antimicrobiana prolongada o ampliada que previene o inhibe la proliferación o la supervivencia de microorganismos después del uso del producto.

Manos visiblemente manchadas. Manos que muestran suciedad visible o visiblemente contaminadas con material proteico, sangre u otros fluidos corporales (material fecal, orina).

PLAN AUTONÓMICO DE HIGIENE DE MANOS

Objetivos

El Plan Autonómico de HM tiene los siguientes objetivos:

Generales:

- Coordinar el programa de promoción de la HM en los centros sanitarios del Principado de Asturias.
- Fomentar la práctica de la HM entre los profesionales.
- Compartir recursos y experiencias.

Específicos:

- Estandarizar la metodología de trabajo.
- Desarrollar estrategias institucionales.

Implementación

El Plan Autonómico tiene una perspectiva global. Incluye dos tipos de actividades en HM:

- Las actividades relacionadas con la conmemoración del Día Mundial de Higiene de Manos, que es el 5 de mayo y que se realizan en los hospitales y en los centros de Atención Primaria.

–Las actividades integradas en la Estrategia Multimodal de la OMS, cuya línea es seguida por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y por el resto de Comunidades Autónomas. Esta estrategia se define en torno a sus elementos fundamentales que son:

- A. Los componentes de la estrategia.
- B. El modelo de los 5 momentos.
- C. El desarrollo del método por etapas.

A. Los componentes de la estrategia multimodal

Son los descritos a continuación:

1. **CAMBIO DEL SISTEMA.** Garantiza que se cuenta con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales sanitarios practicar la HM. Incluye: el suministro de agua, jabón y toallas y el fácil acceso al preparado de base alcohólica en el punto de atención.
2. **FORMACIÓN.** Proporciona formación a todos los profesionales sanitarios sobre la importancia de la HM, basada en el modelo de “Los 5 momentos para la higiene de las manos” y en los procedimientos adecuados para la fricción de manos y el lavado de manos.
3. **EVALUACIÓN Y RETROALIMENTACIÓN.** Hace un seguimiento de las infraestructuras y prácticas de HM, de las visiones y conocimientos de los profesionales sanitarios y proporciona al personal información de retorno sobre los resultados.
4. **RECORDATORIOS EN EL LUGAR DE TRABAJO.** Señala y recuerda a los profesionales sanitarios la importancia de la HM y las indicaciones y procedimientos adecuados para llevarla a cabo.
5. **CLIMA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD.** Crea un entorno y unas percepciones que propicien la sensibilización hacia los temas de seguridad del paciente y garanticen que la mejora de la HM, se considere una prioridad a todos los niveles. Supone:
 - La participación activa a escala institucional e individual.
 - La toma de conciencia de la capacidad individual e institucional de cambiar y mejorar (autoeficacia).
 - La asociación con pacientes y organizaciones de pacientes.

B. El modelo de los 5 momentos

El principal objetivo de la HM es evitar que las manos de los profesionales sanitarios actúen como mecanismo de transmisión de las infecciones entre pacientes o entre las superficies y los objetos del entorno y los pacientes. En la HM puede realizarse:

- Lavado de manos.* Su objetivo es eliminar la suciedad y reducir la flora transitoria de la piel de las manos mediante agua y jabón.
- Fricción de manos:* Tiene como objetivo reducir la flora transitoria de la piel de las manos mediante la antisepsia con un preparado de base alcohólica (PBA).

La OMS recomienda, que siempre que las manos no estén visiblemente sucias, la HM se realice mediante fricción con PBA, ya que su aplicación es más rápida, son más fáciles de usar, lesionan menos la piel y consiguen una reducción de la flora transitoria superior a la que se consigue mediante el lavado de las manos con agua y jabón.

Existen indicaciones generales para realizar la higiene de las manos: al empezar y al finalizar la consulta, antes y después de comer, después de ir al cuarto de baño, después de estornudar, sonarse y siempre que estén sucias.

Las indicaciones para realizar la higiene de las manos, durante el proceso asistencial, constituyen “los 5 momentos” que indica la OMS:

Momento 1: antes del contacto con el paciente. Antes de tocar al paciente, al acercarse a él.

Momento 2: antes de realizar una tarea limpia/aséptica. Previo a cualquier procedimiento que entrañe contacto directo o indirecto con las membranas mucosas, la piel no intacta o un dispositivo médico invasivo.

Momento 3: después del riesgo de exposición a fluidos corporales. Al producirse contacto con la sangre u otros fluidos corporales (aunque sea mínimo).

Momento 4: después del contacto con el paciente. Al producirse el último contacto con la piel intacta, la ropa del paciente o una superficie de su entorno.

Momento 5: después del contacto con el entorno del paciente. Después de tocar cualquier objeto o mueble al salir del entorno del paciente, sin haber tocado a éste.

El riesgo de infección no es igual en Atención Primaria que en el ámbito hospitalario. Los profesionales que trabajan en Atención Primaria, deberán adaptar los 5 momentos al tipo de contacto que tengan con el paciente y al entorno en el que realicen su trabajo. Se pueden citar como ejemplos de aplicación de los 5 momentos al ámbito de Atención Primaria:

Momento 1. Antes de cualquier contacto con pacientes con patologías que puedan incrementar su vulnerabilidad a la infección: inmunodeprimidos, atención domiciliaria a pacientes crónicos o en cuidados paliativos; antes del contacto con el paciente en atención a urgencias dentro y fuera del centro de salud.

Momento 2. Antes de realizar una técnica limpia o aséptica: curas, exploración oro-faríngea, higiene bucal, cuidado oro-dental, administración de medicación intramuscular o endovenosa, inserción de catéteres urinarios o catéteres vasculares periféricos, cirugía menor...

Momento 3. Después de estar en contacto (o en riesgo de haberlo estado) con sangre y fluidos corporales: realizar una extracción de sangre, recoger una muestra de un fluido corporal, realizar una exploración ginecológica, insertar y retirar dispositivos médicos (sondas urinarias, tubos endotraqueales, sondas nasogástricas, dispositivos de pacientes ostomizados, retirar cuñas, realizar una cura, realizar algún cuidado en la cavidad bucal, limpiar material o instrumental sanitario...).

Momento 4. Después de tocar la piel intacta del paciente durante la exploración clínica: explorarlo, tomarle los signos vitales... No sería necesario higienizarse las manos cuando sólo se realicen procedimientos administrativos, aunque se reco-

mienda extremar la prudencia, en periodos en que el número de casos de una determinada infección aumente por encima de lo esperado (en época de epidemias de gripe, gastroenteritis...).

Momento 5. Al salir del despacho tras finalizar la consulta, al salir de la habitación del enfermo en la atención domiciliaria. Si el paciente no está inmovilizado y deambula por toda la casa, el profesional debe valorar la necesidad de volver a higienizarse las manos justo al salir del domicilio.

En los centros de Atención Primaria la higiene de las manos debe realizarse en todos los espacios en los que tiene lugar la atención sanitaria (consultas de médico de familia, enfermera, pediatra, dentista, matrona, sala de curas o urgencias, consulta de cirugía menor, sala de fisioterapia, sala de extracción de sangre / analítica...). El lavamanos de cada sala o consulta debe estar dotado de jabón líquido y toallas de un solo uso. Además, se recomienda que dispongan de PBA. Cuando no puedan suministrarse ambos productos, debe asegurarse que los profesionales cuentan con al menos uno de ellos. A fin de facilitar al máximo su uso, deben estar disponibles en el *punto de atención al paciente*.

Para la atención fuera del centro de salud, por ejemplo en la asistencia domiciliaria, es necesario que los profesionales dispongan de PBA en envases de bolsillo.

C. El método por etapas

El objetivo general de la estrategia multimodal es implantar la HM como parte integrante de la cultura del centro sanitario. El método por etapas ayuda a desarrollar y planificar el programa de mejora de la HM, con el paso del tiempo y de acuerdo con una secuencia racional de actividades. Los componentes de la estrategia en función de sus características son adecuados para aplicarlos en diferentes fases. Las fases son:

- Fase 1. Preparación del centro: disponibilidad para la acción.
- Fase 2. Evaluación inicial: obtención de información sobre la situación actual.
- Fase 3. Aplicación: introducción de las actividades de mejora.
- Fase 4. Evaluación de seguimiento: evaluación del efecto de la aplicación.
- Fase 5. Ciclo continuo de planificación y revisión: desarrollo de un plan para los próximos 5 años (como mínimo).

A continuación se describen las fases del método por etapas: sus objetivos, acciones claves a desarrollar, herramientas y lista de verificación de las actividades.

Fase 1. Preparación del centro

El cambio de sistema se refiere a que en los centros sanitarios se incremente la práctica de HM en relación a la atención sanitaria.

Tiene como objetivo garantizar la preparación de la institución. Incluye la obtención de los recursos necesarios; el establecimiento de la infraestructura y la identificación de los principales responsables de dirigir el programa, incluido un coordinador y su adjunto; la planificación adecuada de la estrategia para todo el programa.

Las actividades a realizar en esta fase, pretenden alcanzar los objetivos de los componentes 1 (cambio de sistema), 2 (formación) y 5 (clima institucional de seguridad) de la estrategia. Estas actividades son:

- A. *Análisis de la situación del centro.* Ayuda a establecer una situación inicial general, que es importante en relación con las limitaciones y los puntos fuertes. Proporciona información sobre estructuras y recursos existentes, cultura de seguridad del paciente y el control de infecciones.
- B. *Los centros identificarán a un responsable del programa.*
- C. *Cada centro decidirá el despliegue en cuanto al alcance y el grado de la intervención.*
- D. *Identificar a los individuos o grupos clave y garantizar su apoyo.*
- E. *Existencia de un circuito de retroalimentación del programa higiene de manos en el centro.*
- F. *Elaboración de un plan de acción.* Debe ser suficientemente flexible, reflejar las actividades principales y ofrecer un método sistemático para que se asignen las responsabilidades de medidas específicas a los individuos. Contará con un análisis del presupuesto necesario incluidos los recursos humanos. Se elaborará uno por hospital y por gerencia de Atención Primaria en su caso. Debe ser firmado por un miembro de nivel superior del equipo directivo o gerencial.
- G. *Realización de la capacitación de los observadores y formadores.* El responsable de cada centro identificará los miembros del personal que serán observadores e instructores internos y que deben recibir capacitación para ello. La capacitación básica de observadores e instructores, abarcará la importancia y la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, cómo pueden transmitirse a través de las manos, las indicaciones de la higiene de las manos y las técnicas según las recomendaciones de la OMS.

Las herramientas disponibles son:

- Análisis de la situación del centro (actividad A).
- Cuestionarios de evaluación de infraestructuras (actividad A).
- Modelo de plan de acción (actividad F).

Tabla 1.–Lista de verificación de la fase 1

¿Se han llevado a cabo las siguientes acciones?	Sí / No
Se ha concluído el análisis de la situación del centro	
Se ha concluído la evaluación de infraestructuras	
Se ha nombrado un responsable / coordinador	
Se ha identificado a los individuos y grupos clave	
Se ha establecido un circuito de retroalimentación de datos	
Se ha establecido un plan de acción en el hospital / Gerencia Atención Primaria	
Se ha realizado la selección de observadores y formadores	
Se ha realizado la capacitación de observadores e instructores	

Fase 2. Evaluación inicial

Su objetivo es la evaluación inicial de la práctica de la HM, de la visión, los conocimientos y las infraestructuras disponibles con respecto a la misma.

Las actividades a desarrollar están encaminadas a alcanzar los objetivos del componente 3 (evaluación y retroalimentación). Las actividades son:

- A. *Se obtendrá información sobre la infraestructura disponible en el centro, la percepción y conocimientos, la recogida de datos de la observación y sobre los consumos de jabón / solución hidroalcohólica.* Las herramientas utilizadas en esta fase se repetirán en la fase 4. En caso de existir limitaciones se consideran parámetros mínimos de retroalimentación: el análisis de la situación del centro, la monitorización del consumo de jabón y de desinfectante, la vigilancia observacional del cumplimiento y la encuesta sobre las ideas de los profesionales sanitarios.
- B. *Introducción y análisis de datos e interpretación de resultados.*
- C. *Preparación para la capacitación del personal.* La meta de las actividades de educación y capacitación es el personal médico y de enfermería. El objetivo de las sesiones de educación será proporcionar conocimientos básicos sobre la importancia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria y conceptos sobre la HM basados en datos científicos.

Las herramientas son:

- Encuesta sobre las ideas de los directivos de alto nivel (inicial, actividad A).
- Encuesta sobre las ideas de los trabajadores de salud (inicial, actividad A).
- Encuesta sobre la estructura de las salas (inicial, actividad A).
- Datos sobre el consumo de jabón y de desinfectante para las manos (inicial, actividad A).
- Formulario de observación de la higiene de manos (inicial, actividad A).
- Encuesta sobre los conocimientos de los trabajadores de salud (inicial, actividad A).

Tabla 2.–Listado de verificación de la fase 2

¿Se han llevado a cabo las siguientes acciones?	Sí / No
Se ha realizado la encuesta sobre las ideas de los directivos de alto nivel	
Se ha llevado a cabo la encuesta sobre las ideas de los profesionales sanitarios	
Se ha realizado la encuesta sobre la estructura de las salas	
Se han obtenido datos sobre el consumo	
Se han concluido las observaciones de la higiene de las manos	
Se ha realizado la encuesta sobre los conocimientos de los profesionales sanitarios	
Se han introducido los datos	
Se han analizado los datos	
Se han interpretado los datos	

Fase 3. Aplicación

El objetivo es aplicar el programa de mejora, garantizar la disponibilidad de preparado de base alcohólica para manos en el punto de atención, ofrecer formación al personal y poner recordatorios en el lugar de trabajo.

Las actividades pretenden alcanzar objetivos correspondientes a los componentes: 1 (cambio de sistema), 2 (formación y aprendizaje), 4 (recordatorios en el lugar de trabajo) y 5 (clima institucional de seguridad). Las actividades comprenden:

- A. *Poner el plan en práctica.* Se comienza a aplicar el plan multimodal de la HM. Incluye las actividades del plan y su calendario:
 - Distribución de material didáctico.
 - Distribución de preparados de base alcohólica para las manos.
 - Educación / formación del personal del establecimiento.
 - Capacitación práctica del personal del establecimiento.
- B. *Observaciones.* Se recomienda realizar observaciones semestrales durante la aplicación, aunque si el tiempo y los recursos son limitados, se realizarán sólo durante los pasos 2 y 4.
- C. *Reuniones regulares.* Según se describen en el plan de acción.

Tabla 3.–Lista de verificación de la fase 3

¿Se han llevado a cabo las siguientes acciones?	Sí / No
Para guiar la aplicación se ha utilizado el plan de acción desarrollado en la fase 1	
Se ha brindado al personal retroalimentación de los datos iniciales y el análisis de datos	
Se han distribuido las “Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria” (borrador avanzado)	
Se han distribuido materiales didácticos	
Se han distribuido preparados de base alcohólica para las manos	
Se ha realizado la determinación semestral del consumo	
Se han llevado a cabo sesiones de educación / formación y capacitación	
Se han llevado a cabo observaciones del cumplimiento de la higiene de las manos (cuando sea factible)	
Se han celebrado reuniones de examen ordinarias	

Fase 4. Evaluación de seguimiento y retroalimentación

Tiene como objetivo la evaluación de la eficacia del programa.

Las actividades se relacionan con los objetivos del componente 3 (evaluación y retroalimentación). Comprende las siguientes actividades:

- A. *Evaluación.* Su objetivo es determinar la repercusión a corto plazo de las diversas acciones ejecutadas y vigilar el proceso continuo de mejora de la

HM. El indicador principal es el cumplimiento de las prácticas de la HM entre los profesionales sanitarios. Repetir las herramientas del paso 2 permite la comparación de resultados y determinación del progreso. El análisis de la situación del centro se utilizará para evaluar el cambio.

B. *Datos adicionales: infecciones relacionadas con la atención sanitaria.* Estos datos solo estarían disponibles en algunos hospitales y no disponibles en todos los centros de Atención Primaria.

C. *Indicadores esenciales del éxito.* Son los indicadores elaborados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. La encuesta sobre las ideas se utilizará para obtener retroalimentación adicional de los profesionales sanitarios sobre todo el conjunto de herramientas.

D. *Introducción y análisis de datos.*

Las herramientas son:

- Encuesta sobre las ideas de los directivos de alto nivel (seguimiento, actividad A).
- Encuesta sobre las ideas de los profesionales sanitarios y evaluación de campañas (seguimiento, actividad A).
- Encuesta sobre la estructura de las salas (seguimiento, actividad A).
- Datos sobre el consumo de jabón y desinfectante para las manos (seguimiento, actividad A).
- Formulario de observación de la higiene de las manos (seguimiento, actividad A).
- Encuesta sobre los conocimientos de los profesionales sanitarios (seguimiento, actividad A).
- Análisis de la situación del centro (seguimiento, actividad A).
- Información de costes y beneficios (actividad A).

Tabla 4.–Lista de verificación de la fase 4

¿Se han llevado a cabo las siguientes acciones?	Sí / No
El plan de acción se ha usado como base de toda la actividad	
Se ha realizado la encuesta sobre las ideas de los directivos de alto nivel	
Se ha llevado a cabo la encuesta sobre las ideas de los profesionales sanitarios	
Se ha realizado la encuesta sobre la estructura de las salas	
Se han obtenido datos sobre el consumo	
Se ha rellenado el formulario de observación de la higiene de las manos	
Se ha realizado la encuesta sobre los conocimientos de los profesionales sanitarios	
Se ha recopilado información sobre costes y beneficios	
Se ha llevado a cabo el análisis de la situación del centro	
Se han introducido los datos	

Fase 5. Desarrollo de un plan de acción continuo y un ciclo de revisión

Su objetivo es desarrollar un ciclo continuo de plan de actuación y revisión y la sostenibilidad a largo plazo.

Las actividades están vinculadas a la consecución de los objetivos de los componentes 3 (evaluación y retroalimentación) y 5 (clima institucional de seguridad). Las acciones a desarrollar son:

- A. *Discusión e interpretación de los resultados.* Los datos recopilados ayudarán a decidir las siguientes medidas a tomar. Los resultados se examinan con especial atención a la repercusión en la adherencia a la HM. Ayudará a determinar la utilidad y la repercusión de la capacitación realizada y a formular un plan de acción en pro de la sostenibilidad. Se requiere una estrategia de higiene de las manos que se renueve periódicamente.
- B. *Escribir un informe y presentar resultados.* Se facilitará la retroalimentación y difusión de los resultados al personal.

Tabla 5.–Lista de verificación de la fase 5

¿Se han llevado a cabo las siguientes acciones?	Sí / No
Se han examinado todos los resultados	
Se ha preparado un informe de los resultados de todo el proceso	
Se han presentado los resultados al personal en una reunión o encuentro formal	
Se ha modificado el plan de acción según el ciclo de evaluación, aplicación y revisión descrito	

Cronograma

En la tabla 6 se describe el cronograma de desarrollo de actividades.

Tabla 6.–Cronograma de actividades

FASE 1 Preparación institucional	FASE 2 Evaluación de la situación basal	FASE 3 Implementación	FASE 4 Evaluación del seguimiento y retroalimentación	FASE 5 Desarrollo del plan acción continuo y ciclo de revisión
Duración: 6 meses	Duración: 3 meses	Duración: 9 meses	Duración: 3 meses	Duración: 3 meses
Identificar coordinador	Realizar la encuesta sobre las ideas de los directivos de alto nivel	Feedback sobre el análisis basal	Realizar la encuesta sobre las ideas de los directivos de alto nivel	Estudiar y discutir los resultados con detalle
Identificar grupos e individuos clave en cada centro	Realizar la encuesta sobre las ideas de los profesionales sanitarios	Difusión de material de promoción institucional	Realizar la encuesta sobre las ideas de los profesionales sanitarios	Presentar los resultados al personal en una reunión o encuentro formal
Análisis de la situación global	Realizar la encuesta sobre la estructura de las salas	Distribución de solución hidroalcohólica para las manos	Realizar la encuesta sobre la estructura de las salas	Valorar nuevas actuaciones
Estudio sobre infraestructura	Obtener datos sobre el consumo	Monitorización del consumo de soluciones alcohólicas	Obtener datos sobre el consumo	Monitorización del consumo de soluciones alcohólicas
Dotar del material que sea necesario	Realizar observaciones adherencia	Realizar sesiones de educación y capacitación	Realizar observaciones adherencia	Análisis de los datos e informes
Establecer un plan de acción	Realizar la encuesta sobre los conocimientos de los profesionales sanitarios	Realizar reuniones de examen ordinarias	Realizar la encuesta sobre los conocimientos de los profesionales sanitarios	Modificación del plan de acción según el ciclo de evaluación, aplicación y revisión
Realizar la capacitación de observadores e instructores	Análisis de los datos e informes		Recopilación de información sobre costes y beneficios. Análisis de la situación del centro	
1.ª reunión de trabajo del equipo		2.ª reunión de trabajo del equipo		3.ª reunión de trabajo del equipo

RESPONSABILIDADES

De la implantación en los centros

1. La gerencia apoyará e impulsará el proyecto para su correcta implantación en el centro.
2. La gerencia designará un responsable clínico del proyecto en cada hospital / centro de AP que coordinará a los profesionales que desarrollarán estas actividades.
3. La gerencia designará el personal y dotará con los medios materiales necesarios a este plan para su desarrollo.
4. Formará parte de los compromisos del contrato de gestión del centro o del acuerdo de gestión de las áreas de gestión clínica, donde estén constituidas.

De la realización del plan en cada centro

1. Los profesionales responsables del programa, realizarán el plan de acción y organizarán las actividades que forman parte del mismo.
2. Los profesionales y el equipo responsables del programa serán los encargados de realizar la retroalimentación así como de la recogida de datos que permita el cálculo de los indicadores de seguimiento del programa.

Del seguimiento y mejora

1. Se realizará por parte de las unidades que desarrollan el programa a nivel hospitalario y a nivel de Atención Primaria en los centros de salud y en las gerencias respectivas.
2. Los datos obtenidos de la cumplimentación del programa de higiene de manos permitirá el cálculo de los indicadores de seguimiento así como la elaboración de la memoria de actividades desarrolladas el 5 de mayo, Día Mundial de la Higiene de Manos.
3. Semestralmente se realizará un seguimiento y evaluación de los indicadores, identificando los puntos débiles y estableciendo las oportunas mejoras. Se elaborará un informe que se remitirá a los profesionales, la gerencia, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y SESPA. Anualmente los datos se envían al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

DIFUSIÓN

Para la difusión de este documento:

- La D. G. de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios remitirá al Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) el presente documento.
- La Subdirección de Gestión Clínica y Calidad del SESPA procederá a realizar las actuaciones oportunas para la implantación en los centros.
- Las Gerencias de los Centros serán responsables de su difusión a todas las unidades implicadas en su desarrollo.
- Las unidades / personas que trabajan en el programa de higiene de manos en cada centro (hospitales, gerencias de Atención Primaria, centros de salud) serán las encargadas de realizar las actividades específicas incluidas en este documento.

EVALUACIÓN

La evaluación a realizar comprende:

1. Indicadores de seguimiento y plantilla de actividad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- % Camas con preparados de base alcohólica en la habitación = $\frac{\text{N.º de camas de la CCAA con preparados de base alcohólica en la habitación} \times 100}{\text{N.º de camas de la CCAA}}$.
- % Camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención = $\frac{\text{N.º de camas de cuidados intensivos de la CCAA con dispensador de PBA en el punto de atención} \times 100}{\text{N.º camas de cuidados intensivos de la CCAA}}$.
- % Centros de Atención Primaria con preparados de base alcohólica en envases de bolsillo para la atención domiciliaria = $\frac{\text{N.º centros de atención primaria con preparados de base alcohólica en envases de bolsillo} \times 100}{\text{Total centros de AP en la CCAA}^*}$.
- % Hospitales que han realizado actividades formativas = $\frac{\text{N.º hospitales que han realizado formación sobre higiene de las manos} \times 100}{\text{Total hospitales en la CCAA}}$.
- % Centros de Atención Primaria que han realizado actividades formativas = $\frac{\text{N.º centros de atención primaria que han realizado formación sobre higiene de las manos} \times 100}{\text{centros de atención primaria en la CCAA}}$.
- % Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización = $\frac{\text{N.º litros entregados} \times 1000}{\text{N.º pacientes-días (estancias)}}$.
- % Camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención = $\frac{\text{N.º de camas con dispensador de PBA en el punto de atención} \times 100}{\text{N.º total de camas de la CCAA}}$.
- % Hospitales que han realizado observación del cumplimiento de los 5 momentos (o de alguno de ellos) según los criterios de la OMS = $\frac{\text{N.º hospitales que han realizado al menos una observación utilizando la metodología de la OMS} \times 100}{\text{Total hospitales en la CCAA}}$.
- % Hospitales que han realizado autoevaluación según los criterios de la OMS = $\frac{\text{N.º hospitales que han realizado autoevaluación utilizando el cuestionario de autoevaluación de la OMS} \times 100}{\text{Total hospitales en la CCAA}}$.
- % Hospitales que han realizado actividades formativas sobre los 5 momentos utilizando la herramienta de la OMS = $\frac{\text{N.º hospitales que han realizado formación sobre los 5 momentos} \times 100}{\text{Total hospitales en la CCAA}}$.

2. Controles del programa multimodal de la OMS.

- Serán los establecidos por la OMS en la estrategia multimodal.

3. Memoria de actividades del día 5 de mayo

- Es un informe sobre las actividades desarrolladas el 5 de mayo en los centros sanitarios, que se remitirá al Servicio de Calidad, de la DG de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios de la Consejería, cuando sea requerido por ésta.

* Deben incluirse *todos* los centros de atención primaria donde se atiendan pacientes domiciliarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión INOZ. Subdirección de Calidad. Guía de Higiene de Manos para Profesionales Sanitarios. Organización Central de Osakidetza. 2009.
2. Gobierno de Canarias. Plan para la coordinación autonómica del programa de promoción de la higiene de manos en Canarias. 2009.
3. Toribio Felipe R. Higiene de Manos en los Centros Sanitarios. Documento para directivos y responsables de la higiene de manos. Gerencia del Área de Salud de Plasencia. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. 2009.
4. Lopez Serrato M., Fernández Santiago E., Lebrero Ferreiro R., Vázquez Garijo P. Implementación de la Práctica Segura de Higiene de Manos en Atención Primaria. Subdirección de Coordinación de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Andaluz de Salud. 2008.
5. Protocolo para la implantación y seguimiento del programa de mejora de la higiene de las manos durante la atención sanitaria a nivel del SNS. Plan de Calidad para el SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.
6. Recommendations of the Healthcare Infections Control Practices Advisory Committee HIDPAC / SHEA / APIC / IDSA Hand Hygiene Task force. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. MMWR 2002; 51 (N.º RR-16): 1-45.
7. Alianza mundial para la seguridad del paciente. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. (Accedido 1 sept. 2010). Geneve: World Health Organization; 2009. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
8. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. APEAS 2008. (Accedido 1 sept. 2010). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
9. Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos. 2010. Traducción del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, del documento Guide to Implementation. A guide to implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy, 2009.
10. Recomendaciones sobre la higiene de las manos en los centros de Atención Primaria. Documento Preliminar. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, 2011.
11. Uso racional del guante en el ámbito sanitario. Documento de consenso elaborado a instancias de la Agencia de Calidad, por la Sociedad Española de Alergología (Comité de Alergia al LÁTEX), la Asociación Española de Alérgicos al Látex y la Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y Látex. [Pendiente de publicación].

ANEXOS

Anexo I. Niveles de evidencia

Para la elaboración de las recomendaciones consensuadas elaboradas por la OMS, sobre higiene de manos se adoptó del modo siguiente el sistema CDC / HIC-PAC de clasificación de las recomendaciones:

Categoría IA. Se aconseja vivamente su aplicación y están sólidamente respaldadas por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.

Categoría IB. Se aconseja vivamente su aplicación y están respaldadas por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por sólidos fundamentos teóricos.

Categoría IC. Deben aplicarse porque lo exigen reglamentos o normas federales o de los estados.

Categoría II. Se propone su aplicación y están respaldadas por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos, fundamentos teóricos o el consenso de un grupo de expertos.

Anexo II. Recomendaciones consensuadas en Higiene de Manos de la OMS

1. Indicaciones para el lavado y la antisepsia de las manos

- A. Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o contaminadas con material proteínico, o visiblemente manchadas con sangre u otros líquidos corporales, o bien cuando haya sospechas fundadas o pruebas de exposición a organismos con capacidad de esporular (IB), así como después de ir al baño (II).
- B. En todas las demás situaciones clínicas descritas en los apartados C(a) a C(f) que aparecen más abajo, aunque las manos no estén visiblemente sucias, utilizar preferentemente la fricción con una preparación de base alcohólica para la antisepsia sistemática de las manos (IA), o lavarse las manos con agua y jabón (IB).
- C. Proceder a la higiene de las manos:
 - a) Antes y después del contacto directo con pacientes (IB).
 - b) Después de quitarse los guantes (IB).
 - c) Antes de manipular un dispositivo invasivo (se usen guantes o no) como parte de la asistencia al paciente (IB).
 - d) Después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas (IA).
 - e) Al atender al paciente, cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a otra limpia (IB).
 - f) Después de entrar en contacto con objetos inanimados (incluso equipo médico) en la inmediata vecindad del paciente (IB).
- D. Lavarse las manos con agua y un jabón simple o antimicrobiano, o frotárselas con una preparación de base alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos (IB).
- E. No utilizar jabones antimicrobianos cuando ya se haya utilizado una preparación de base alcohólica para la fricción de las manos (II).

2. Técnica de higiene de manos

- A. Aplicar una dosis de producto, extenderlo por toda la superficie de las manos y friccionarlas hasta que queden secas (IB).
- B. Cuando se laven las manos con agua y jabón, mojarlas con agua y aplicar la cantidad de producto necesaria para extenderlo por toda la superficie de las mismas. Frotarse enérgicamente ambas palmas con movimientos rotatorios y entrelazar los dedos para cubrir toda la superficie. Enjuagarse las manos con agua y secarlas completamente con una toalla desechable. Siempre que sea posible, utilizar agua corriente limpia. Utilizar la toalla para cerrar el grifo (IB).
- C. Asegurarse de que las manos estén secas. Utilizar un método que no las contamine de nuevo. Cerciorarse de que las toallas no se utilicen varias veces o por varias personas (IB). No emplear agua caliente porque la exposición repetida a ella eleva el riesgo de dermatitis (IB).
- D. Para el lavado de las manos con agua y un jabón no antimicrobiano pueden emplearse jabones simples líquidos, en pastilla, en hojas o en polvo. Las pastillas de jabón deben ser pequeñas y colocarse sobre rejillas que faciliten el drenaje (II).

3. Recomendaciones para la antisepsia preoperatoria de las manos

- A. Si las manos están visiblemente sucias, lavarlas con un jabón común antes de proceder a la antisepsia preoperatoria (II). Con un limpiaúñas, bajo el grifo abierto, eliminar la suciedad que se encuentre debajo de las uñas (II).
- B. Los lavabos deben estar diseñados de manera que permita reducir el riesgo de salpicaduras (II).
- C. Quitarse anillos, relojes y pulseras antes de iniciar la antisepsia preoperatoria de las manos (II). Están prohibidas las uñas artificiales (IB).
- D. Proceder a la antisepsia preoperatoria de las manos lavándose las manos con un jabón antimicrobiano o frotándose las manos con una preparación de base alcohólica, preferentemente con insistencia, antes de ponerse los guantes estériles (IB).
- E. Si la calidad del agua del quirófano no está garantizada, se recomienda la antisepsia preoperatoria de las manos con una preparación de base alcohólica antes de colocarse los guantes estériles (II).
- F. Al proceder a la antisepsia preoperatoria de las manos con un jabón antimicrobiano, lavarse las manos y los antebrazos durante el tiempo recomendado por el fabricante (2 a 5 minutos). No es necesario prolongar más el lavado (por ejemplo, durante 10 minutos) (IB).
- G. Cuando se utilice una preparación de base alcohólica de acción prolongada para fricción de las manos, seguir las instrucciones del fabricante. Aplicarla únicamente en las manos secas (IB). No combinar sucesivamente la antisepsia por lavado y por fricción alcohólica (II).
- H. Cuando se utilice una preparación de base alcohólica, aplicar una cantidad suficiente de producto para mantener las manos y los antebrazos humedecidos por éste durante todo el procedimiento (IB).
- I. Tras aplicar la preparación de base alcohólica, dejar que las manos y los antebrazos se sequen por completo antes de ponerse los guantes estériles (IB).

4. Selección y manipulación de los productos para la higiene de las manos

- A. Proporcionar a los profesionales sanitarios productos para la higiene de las manos que sean eficaces y poco irritantes (IB).
- B. Para lograr la máxima aceptación posible de los productos para la higiene de las manos entre los profesionales sanitarios, solicitar la opinión de éstos respecto a la textura, olor y tolerancia cutánea de todos los productos candidatos. En algunos lugares el costo puede ser un factor primordial (IB).
- C. Al seleccionar los productos para la higiene de las manos:
 - Identificar las interacciones conocidas entre los productos utilizados para la limpieza de las manos y el cuidado de la piel y los tipos de guantes utilizados en el centro (II).
 - Solicitar a los fabricantes información sobre el riesgo de contaminación (anterior y posterior a la comercialización) (IB).
 - Asegurarse de que haya dispensadores accesibles en el lugar de atención al paciente (IB).
 - Asegurarse de que los dispensadores funcionen de manera satisfactoria y fiable, y de que dispensen un volumen adecuado de producto (II).
 - Asegurarse de que el sistema de dispensación de las preparaciones de base alcohólica esté aprobado para ser usado con materiales inflamables (IC).
 - Solicitar a los fabricantes información sobre los efectos que las lociones, cremas o preparaciones alcohólicas para fricción de las manos puedan tener sobre la persistencia del efecto de los jabones antimicrobianos utilizados en el centro (IB).
- D. No añadir jabón a dispensadores medio vacíos. Si éstos se reutilizan, deben observarse las recomendaciones para su limpieza (IA).

5. Cuidado de la piel

- A. Incluir en los programas de formación de los profesionales sanitarios información sobre las prácticas de cuidado de las manos que reducen el riesgo de dermatitis de contacto por irritantes y otras lesiones cutáneas (IB).
- B. Proporcionar otros productos a los profesionales sanitarios que tengan alergia o sufran reacciones adversas a los productos utilizados habitualmente para la higiene de las manos (II).
- C. Cuando sean necesarias, proporcionar a los profesionales sanitarios lociones o cremas para las manos para reducir en lo posible las dermatitis de contacto por irritantes relacionadas con la antisepsia o el lavado de las manos (IA).

6. Uso de guantes

- A. El uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado (IB).
- B. Utilizar guantes siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, mucosas o piel no intacta (IC).
- C. Quitarse los guantes tras haber atendido a un paciente. No usar el mismo par para atender a más de un paciente (IB).

- D. Si se están utilizando guantes durante la atención a un paciente, cambiárselos o quitárselos al pasar de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia del mismo paciente o al medio ambiente (II).
- E. No reutilizar los guantes (IB). Si se reutilizan, reprocesarlos con métodos que garanticen su integridad y su descontaminación microbiológica (II).

7. Otros aspectos de la higiene de las manos

- A. No usar uñas artificiales ni extensiones de uñas cuando se tenga contacto directo con pacientes (IA).
- B. Mantener las uñas naturales cortas (puntas de menos de 0,5 cm de largo) (II).

8. Programas de formación y motivación de los profesionales sanitarios

- A. En los programas de fomento de la higiene de las manos para profesionales sanitarios, centrarse específicamente en los factores que se sabe que influyen mucho en el comportamiento, y no sólo en el tipo de productos para dicha higiene. La estrategia ha de ser multifacética y multimodal, debe incluir la formación, y su aplicación debe contar con el apoyo de los estamentos directivos (IB).
- B. Instruir a los profesionales sanitarios sobre el tipo de actividades asistenciales que pueden contaminar las manos y sobre las ventajas e inconvenientes de los diversos métodos de limpieza de las manos (II).
- C. Vigilar la adherencia de los profesionales sanitarios a las prácticas recomendadas de higiene de las manos y proporcionarles información sobre su desempeño (IA).
- D. Alentar las alianzas entre los pacientes, sus familias y los profesionales de la salud para fomentar la higiene de las manos en la atención sanitaria (II).

Anexo III. Uso de guantes en Atención Primaria

Durante el cuidado de los pacientes en Atención Primaria, sólo deben utilizarse guantes cuando se sospeche que puede haber contacto con sangre, secreciones, fluidos corporales, piel no intacta o mucosas de un paciente.

En Atención Primaria, el uso de guantes estériles, solamente está indicado antes de realizar una técnica aséptica o que requiera un alto grado de asepsia.

La utilización de guantes de un solo uso nunca sustituye al lavado o la fricción con PBA de las manos y nunca debe pasarse de un paciente a otro, o de una actividad más sucia a otra más limpia (aun siendo en un mismo paciente) con los mismos guantes. En estas situaciones hay que quitarse los guantes, higienizarse las manos y si es necesario, volver a ponerse otro par de guantes nuevos.

El uso de guantes de un solo uso es particularmente importante entre los profesionales que realizan extracciones de sangre. De cara a seguir las precauciones estándar estos profesionales deben hacer las extracciones con guantes pero, para garantizar que los guantes no actúan como mecanismo de transmisión de las infecciones que se transmiten a través de la sangre éstos deben cambiarse siempre entre paciente y paciente.

Los guantes limpios no estériles están indicados en:

- Atención de urgencias.
- Tactos vaginales y rectales.
- Exploración manual de la oro-faringe.
- Manipulación de fluidos corporales y material contaminado.
- Administración de medicación IM (intramuscular).
- Extracciones de muestras sanguíneas.

Se usarán guantes estériles para:

- Contacto de zonas de la piel con solución de continuidad.
- Curas e intervenciones de cirugía menor.
- Cateterismos de todo tipo.

RECORDAR

- El uso indiscriminado o continuo de los guantes debe evitarse tanto por las lesiones cutáneas que pueden causar a muchos profesionales sanitarios como por el riesgo de que actúen como mecanismo de transmisión de los microorganismos. Evitar utilizarlos en situaciones no recomendadas.
- Evitar circular con guantes.
- Tras usar los guantes y retirarlos se debe realizar la higiene de las manos.
- Guantes de látex.

Actualmente no se recomienda el uso de guantes de látex empolvados. Los profesionales alérgicos al látex deben usar obligatoriamente guantes de material sintético. La elección del tipo de material estará determinada por el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.

Las principales opciones disponibles en el mercado son:

a) Actividades que precisan guantes no estériles:

- Nitrilo: posee buen efecto de barrera para los microorganismos, debe utilizarse siempre que haya o se sospeche riesgo biológico, o manejo de sustancias químicas con propiedades irritantes o tóxicas.
- Cloruro de polivinilo (nombre común: vinilo): este material plástico es el que posee un menor efecto de barrera frente a los microorganismos y, por tanto, no se recomienda su utilización en aquellas actividades que conlleven contacto con sangre y fluidos corporales.

b) Actividades que precisen guantes estériles:

- Cirugía: poliisopreno, isopreno, elastireno, butadieno y otros polímeros plásticos similares que poseen un adecuado efecto de barrera frente a los microorganismos y buenas propiedades biomecánicas.

