

III. OTRAS DISPOSICIONES**MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO**

- 1091** *Resolución de 22 de diciembre de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.*

Suscrito el 15 de noviembre de 2008, Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, para el Impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios, para el Impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios, en cumplimiento de lo dispuesto en el apartado dos del artículo 8 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, procede la publicación en el Boletín Oficial del Estado de dicho Acuerdo, que figurará como anexo de esta Resolución.

Lo que se hace público a los efectos oportunos.

Madrid, 22 de diciembre de 2008.—El Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos.

ANEXO**Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios**

En Madrid, a 15 de noviembre de 2008.

REUNIDOS

De una parte, don Bernat Soria Escoms, Ministro de Sanidad y Consumo, según nombramiento conferido por el Real Decreto 436/2008, de 12 de abril (BOE n.º 90 de 14 de abril de 2008) y en virtud de las facultades que le otorga el artículo 4.1 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno; así como el artículo 13.3 de la Ley 6/1997 de 14 de abril, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

Y de otra, doña Luisa M.ª Noeno Ceamanos, Consejera de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, en el ejercicio de las facultades propias de su cargo, de conformidad con lo establecido en el artículo 25 del Decreto Legislativo 1/2001, de 3 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Presidente y del Gobierno de Aragón y el artículo 60 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, en relación con el Decreto de 24 de mayo de 2004, de la Presidencia de la Diputación General de Aragón (B.O.A. n.º 60 de 25 de mayo de 2004), relativo a su nombramiento.

Ambas, que actúan en razón de sus respectivos cargos, se reconocen, mutua y recíprocamente, capacidad legal necesaria para la formalización del presente Convenio de Colaboración y, a tal efecto;

EXPONEN

Primero.—Que el artículo 149.º.1.16.ª de la Constitución atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Segundo.—Que el art.º 39.1. de la Ley Orgánica 5/1996, de 30 de diciembre, de Reforma de la Ley Orgánica 8/1982, de 19 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Aragón,

modificada por Ley Orgánica 6/1994, de 24 de marzo, de reforma de dicho Estatuto le atribuyó las competencias a la Comunidad en materia de asistencia sanitaria.

Tercero.—Que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la responsabilidad de la mejora de la calidad en el sistema sanitario en su conjunto, cumpliendo las previsiones recogidas en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para este fin, la citada ley en su artículo 60, prevé la creación de una Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Real Decreto 438/2008, de 14 de abril, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, incluye entre los órganos directivos del Departamento a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La Agencia difundirá los elementos de la infraestructura para su conocimiento y utilización por parte de las comunidades autónomas y los centros y servicios del Sistema Nacional de Salud. Dado que el presente convenio tiene por fin el desarrollo de las competencias estatales establecidas en los artículos precedentes, no le resulta de aplicación lo establecido en el artículo 2.3-a del Reglamento de la Ley General de Subvenciones.

Cuarto.—La estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud tiene por objeto mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud para lo que prevé la firma de convenios específicos entre las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad y Consumo, que incluirán una financiación y un sistema de evaluación del cumplimiento de los proyectos.

Quinto.—Que la Comunidad Autónoma de Aragón tiene interés en impulsar proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Sexto.—Que ambas entidades reconocen la existencia de objetivos e intereses comunes así como la voluntad de colaborar y establecer fórmulas de cooperación que contribuyan al cumplimiento de sus fines y por ello acuerdan el presente convenio de colaboración que se regirá mediante las siguientes

ESTIPULACIONES

Primera. *Objeto.*—El presente Convenio tiene por objeto regular las condiciones de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la CC.AA, para el desarrollo de la estrategia 8 del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, para la mejora de la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios con los siguientes objetivos específicos:

1. Prevenir las complicaciones de la anestesia y de la cirugía.

Incluye acciones orientadas a:

Prevenir la cirugía en lugar equivocado.

Prevenir el trombo embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda.

Complicaciones propias de la anestesia.

Otras acciones relacionadas con el proceso quirúrgico en la fase de preparación, acto quirúrgico y fase posquirúrgica.

2. Prevenir errores debidos a la medicación.

Incluye, acciones orientadas a prevenir errores en el almacenaje, preparación, dispensación, prescripción, aplicación y monitorización de medicamentos. Especialmente monitorización de medicamentos de alto riesgo. También incluye acciones para prevenir errores en la información de medicamentos entre diferentes servicios (llamados errores de conciliación en la transición asistencial) y entre profesionales y pacientes.

3. Prevenir las úlceras por presión en pacientes.

4. Prevención de efectos adversos y practicas seguras atención materno infantil.

a) Mejora de la Seguridad en la Atención al embarazo para prevenir las complicaciones parto, intraparto y postparto.

b) Mejora de atención al parto para prevenir complicaciones neonatales (trauma neonatal, daño cerebral hipóxico-isquémico).

5. Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la Comunidad Autónoma.

Incluye acciones orientadas a promover la creación de grupos de trabajo, y acciones orientadas a la formación en Seguridad del paciente, la gestión de riesgos sanitarios y trabajo en equipo.

6. Prevenir la infección nosocomial.

Incluye todas las infecciones que pueden producirse como consecuencia de la atención sanitaria. Entre otras: infección de herida quirúrgica, bacteriemias por catéteres endovasculares, sepsis, neumonía, etc.

Incluye también actividades que promuevan la práctica de manos limpias.

7. Promover sistemas que permitan conocer los efectos adversos ocasionados en los centros asistenciales.

En Anexo al presente Convenio se detallan las acciones a desarrollar para la consecución de los objetivos propuestos.

Segunda. *Funciones y actividades del Ministerio de Sanidad y Consumo.*—El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará, al amparo del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

a) Prestar el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el convenio.

b) Colaborar con la CC.AA en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por dicha Comunidad y en la medida de sus posibilidades.

c) Aportar la información y documentación necesarias para el desarrollo del proyecto que le sea requerida por parte de la CC.AA, siempre que ésta se encuentre en su poder.

d) El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad actuará como coordinador.

e) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

Tercera. *Funciones y actividades de la Consejería de Salud.*—La Consejería de Salud desarrollará, al amparo del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

a) Realizar las actividades previstas para cada uno de los objetivos tal como se detalla en el anexo técnico.

b) Elaborar un informe de actividad en el que se detallen las acciones realizadas y los resultados obtenidos de acuerdo con lo especificado en el anexo técnico.

c) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

d) Elaborar un informe financiero comprensivo de todo el gasto derivado del convenio.

Cuarta. *Comisión de seguimiento.*—Se constituye, para el seguimiento del presente Convenio, una Comisión mixta de seguimiento que se reunirá a petición de parte y al menos una vez antes del fin de su vigencia, levantándose acta de los acuerdos adoptados. Esta Comisión estará formada:

En representación del Ministerio de Sanidad y Consumo:

El Director General de la Agencia de Calidad del SNS, o persona en quien delegue.

El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.

En representación de la Comunidad Autónoma de Aragón:

El Coordinador de Calidad del Servicio Aragonés de Salud.

El Representante del Departamento de Salud y Consumo en el Grupo Técnico Asesor sobre Seguridad de Pacientes de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Además de la función genérica de vigilancia y seguimiento de la ejecución del presente convenio de colaboración, la Comisión resolverá las dudas que pudieran surgir en la interpretación y aplicación del mismo.

Quinta. *Vigencia.*—El plazo de vigencia del presente Convenio se establece en el periodo comprendido entre la fecha de su firma y el 15 de diciembre de 2008.

Con el acuerdo de ambas partes, el presente convenio se podrá prorrogar por periodos anuales, formalizándose por escrito las prórrogas antes de la expiración del plazo de vigencia del convenio o de la prórroga vigente.

Sexta. *Financiación y pago.*—El coste de las actividades previstas en el presente convenio asciende a Doscientas setenta y cinco mil seiscientos veintisiete euros (275.627,00 €) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70,00 % que supone (192.938,90 €). Para el pago, se incluirá certificado de conformidad del Director General o Subdirector General de la Agencia de Calidad del S.N.S., acreditativo de la recepción de conformidad del informe y de la justificación de los gastos efectivamente realizados.

La CC.AA. de Aragón asumirá el 30 % restante que asciende a (82.688,10 €).

Las cantidades correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo se imputarán con cargo a la aplicación presupuestaria 26.13.311O.226.10 de sus presupuestos de gastos del ejercicio 2008. Se realizará un único pago tras la recepción por parte de la Agencia de Calidad del SNS de un informe descriptivo de los trabajos realizados que contemplará las acciones acometidas y los indicadores de logro obtenidos, según lo explicitado en el anexo técnico para cada objetivo específico. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2008.

La cantidad prevista tiene el carácter de máxima, por lo que se abonará efectivamente el importe de gastos realmente efectuados y justificados y en todo caso posteriores a la firma del convenio.

Séptima. *Publicidad sobre los resultados del convenio.*—La divulgación de los resultados de los proyectos objeto del presente convenio, sea cual sea el soporte en que se realice, hará mención expresa al hecho de ser producto del mismo, figurando en todo caso tanto el logotipo del Ministerio de Sanidad y Consumo como el del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud junto al de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Octava. *Resolución.*—El presente Convenio podrá quedar sin efecto por mutuo acuerdo de las partes, bastando con que los representantes de ambas entidades expresen su voluntad de resolver el convenio de forma expresa y por escrito.

Podrá procederse igualmente a la resolución unilateral del Convenio por incumplimiento de las obligaciones en él contenidas, previo aviso a la parte incumplidora con un plazo no inferior a un mes a la fecha prevista para la resolución, a fin de que la misma pueda subsanar la deficiencia que motiva la resolución. En ambos casos la Comisión de Seguimiento valorará lo actuado hasta el momento de la resolución y se procederá a su liquidación.

Novena. *Marco jurídico.*—El presente Convenio de colaboración tiene naturaleza administrativa de acuerdo con lo previsto en el artículo 4.1.c) de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, por lo que queda fuera de su ámbito de aplicación sin perjuicio de los principios y criterios en él contenidos para resolver las lagunas que pudieran suscitarse.

Las dudas y controversias que puedan surgir con motivo de la interpretación y aplicación del presente convenio, y que no puedan ser resueltas en el seno de la Comisión de Seguimiento, se resolverán de conformidad con las normas aplicables en Derecho, y serán de la competencia de la jurisdicción contencioso administrativa.

Y para que conste a los efectos oportunos, en prueba de conformidad, las partes firman el presente convenio en el lugar y fecha arriba indicados.—El Ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria Escoms.—La Consejera de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, Luisa M.^a Noeno Ceamanos.

ANEXO TÉCNICO

Líneas y objetivos para el Convenio de Prácticas Seguras 2008

Los efectos adversos y los errores que afectan a los pacientes y ciudadanos pueden ser el resultado de recursos inadecuados, de procesos y sistemas poco seguros y de errores de los profesionales en el momento de la intervención.

Las soluciones a los problemas de Seguridad que se proponen se dirigen fundamentalmente a mejorar el diseño de los procesos asistenciales y a disminuir la probabilidad de que los errores humanos sean causa de daño para el paciente, más que a mejorar las causas subyacentes aportando recursos materiales.

Se plantea un abordaje basado en el rediseño o implantación de procesos e intervenciones que hayan demostrado capacidad de prevenir o mitigar el daño a los pacientes consecuencia de la intervención sanitaria.

En cada una de las seis líneas o áreas que se enuncian se proponen varias «soluciones para la seguridad del paciente».

Cada CCAA podrá en función de sus prioridades y factibilidad, elegir las líneas que considere más acordes a sus objetivos, y dentro de estas líneas las «soluciones para la seguridad» sobre las que quiera desarrollar proyectos.

Estos proyectos, en la medida de lo posible, deberán ser multicéntricos o con cobertura para todos los centros de la Comunidad.

1. PREVENIR LAS COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA Y DE LA CIRUGÍA

El 25 % de los efectos adversos (EA) en el estudio ENEAS están relacionados con algún procedimiento, de los que el 31,7 son evitables.

Proyectos de mejora dirigidos a implementar «soluciones para la seguridad»:

- a) Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.

Es un error infrecuente pero de gran repercusión para el paciente, y siempre es evitable. Los problemas de comunicación y la ausencia de estandarización de los procedimientos son la base para que se produzcan estos errores.

Se desarrollarán proyectos que incluyan actuaciones previas al procedimiento (protocolos, listas de verificación u otros) por parte del equipo quirúrgico, dirigidos a: La identificación inequívoca del paciente, el sitio de intervención y, si corresponde, el tipo de prótesis. El proyecto incluirá indicadores de seguimiento.

- b) Evitar complicaciones intraoperatorias y postoperatorias.

Propuesta de acciones dirigidas a prevenir las complicaciones evitables durante la intervención (cuerpo extraño inintencionado, problemas de seguridad derivados de la gestión del quirófano) mediante herramientas como listas de verificación o breves reuniones previas («check list» y «el time out»).

- c) Evitar complicaciones de la Anestesia.

Diseño de un protocolo estandarizado que incluya listas de comprobación que permitan identificar pacientes con riesgo de sufrir eventos adversos como consecuencia de la cirugía, y permita comprobar si en dichos pacientes se han adoptado las prácticas clínicas actualmente recomendadas.

Título del proyecto: Prevención de efectos adversos y prácticas seguras en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del hospital de Alcañiz

Antecedentes o análisis de situación.

Como antecedente principal de los estudios sobre investigación de incidentes clínicos tenemos el Estudio ENEAS 2005 con informe final de febrero de 2006, patrocinado por la Dirección General de la Agencia de calidad del Sistema Nacional de la Salud.

Posteriormente tenemos información relativa a Aragón desarrollada durante las VI Jornadas de Calidad en Salud (Zaragoza, 19 y 20 de junio de 2007) en la que destaca que la incidencia media en Aragón de pacientes con efectos adversos por la asistencia hospitalaria es de un 8,8 %, siendo de un 8.2 la relativa a hospitales pequeños como el nuestro. Los relativos a un procedimiento como sería nuestra propuesta resultó ser de un 24,4 % con respecto al total en cuanto a la naturaleza del problema. En Aragón se estima que en un año acontecen 31.800 estancias evitables lo que corresponde a un Hospital Comarcal al 100 %.

Objetivos.

Evitar la aparición de eventos adversos en el proceso quirúrgico del Hospital de Alcañiz mediante la realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, evitando complicaciones intraoperatorias y postoperatorias y las complicaciones derivadas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Metodología.

Para el análisis del riesgo asistencial realizaremos una visión retrospectiva:

Una vez que se ha producido.

Análisis «a posteriori».

Objetivo: El suceso adverso no debería volver a ocurrir.

Metodología del análisis: Protocolo del NHS (C. Vincent).

Para ello utilizaremos el protocolo de C. Vincent.

Fuente de datos: Elaboraremos un registro informatizado de notificación voluntaria.

Variables a estudio:

Incidentes identificados: Efectos adversos ligados a nuestros procedimientos durante un periodo de tiempo. Se recogerán los siguientes incidentes.

Complicaciones anestésicas.

Hemorragia y hematomas durante los procedimientos.

Cirugía de sitio equivocado.

Dehiscencia de suturas.

Cuerpo extraño tras intervención quirúrgica.

Hipocalcemia postoperatoria.

Lesión de uréter.

Fístula intestinal.

Quemaduras quirúrgicas.

Modificación de la programación quirúrgica (retrasos o cancelaciones).

Reintervenciones quirúrgicas.

Problemas en la prestación de asistencia.

Factores contribuyentes:

Relacionados con el paciente: Estado clínico, gravedad, complejidad, etc.

Relacionados con la tarea: Disponibilidad y utilización de los protocolos, disponibilidad y precisión de las pruebas diagnósticas, etc.

Relacionados con la persona: Habilidades y conocimientos, competencia, condiciones físicas y mentales, etc.

Relacionados con el grupo: Comunicación, supervisión, etc.

Relacionados con el entorno de trabajo: Funciones, competencias, carga y turnos de trabajo, apoyo directivo, etc.

Relacionados con la gestión: Recursos financieros, estructura de la organización, etc.

Relacionados con la institución: Directrices del SALUD, alianzas, etc.

Una vez identificado el incidente se formulará el problema y se creará un equipo de mejora para el análisis. Se recogerá la información disponible bien sea documental o mediante entrevistas, determinando la cronología con la finalidad de identificar los «problemas en la prestación de asistencia» y «factores contribuyentes».

Posteriormente se elaborará e implantará el plan de mejora relativo a mejoras en las personas, equipos de trabajo, organización, etc, cuyos efectos serán evaluados.

Simultáneamente se realizará una evaluación prospectiva mediante método AMFE, para lo que ya está realizando un mapeado del proceso.

Antes que se produzcan.

Análisis «a priori».

Objetivo: El suceso adverso nunca debería ocurrir.

Método: Análisis Modal de Fallos y Errores.

Plan de trabajo.

Fase de desarrollo	Plazo	Organigrama de trabajo	Lugar del proyecto
Taller de seguridad clínica.	Abril-mayo 2008.	Todos los miembros del proyecto.	Hospital de Alcañiz.
Mapeado del proceso quirúrgico.	Mayo-julio 2008.	José María Turón, Fernando Martínez, Dolores Arribas.	Hospital de Alcañiz.
Recogida de datos.	Junio-julio 2008.	F. Calvo Orrios, Manuel Albiac Andreu, María José Valenzuela Martínez.	.
Supervisión:.	.	José María Turón, Fernando Martínez, Dolores Arribas.	Dependencias del Hospital de Alcañiz.
Taller de planes y oportunidades de mejora.	Octubre-diciembre 2008.	Todos los miembros del proyecto.	Salón de Actos del Hospital de Alcañiz.
Taller de AMFE.	Octubre-diciembre 2008.	José María Turón.	Salón de Actos del Hospital de Alcañiz.
Recogida de datos.	Enero-junio 2009.	F. Calvo Orrios, Manuel Albiac Andreu, María José Valenzuela Martínez.	.
Supervisión.	.	José María Turón, Fernando Martínez, Dolores Arribas, José María Turón, Fernando Martínez, Dolores Arribas.	Dependencias del Hospital de Alcañiz.
Presentaciones portátiles, edición de libros, publicación de hojas de alerta, etc.	Ultimo trimestre 2009.	Acuerdos con otros hospitales similares para su presentación, acuerdos con centros editoriales, etc. Coordinación por el director del proyecto y los coordinadores de calidad implicados.	Otros hospitales similares.

Productos a presentar.

1. Presentación en power-point de los resultados obtenidos en diversos foros.
2. Publicación de los resultados en formatos diversos: Libro, trípticos, etc.
3. Publicación de diversas medidas a tener en cuenta para mejorar los resultados de los efectos adversos en un servicio de cirugía de un Hospital de primer nivel. Diversos formatos como libro pequeño, etc.

Director del proyecto:

Fernando Martínez Ubieto. Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital de Alcañiz

2. PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS Y PRÁCTICAS SEGURAS EN EL USO DE MEDICAMENTOS

Los acontecimientos adversos por medicamentos prevenibles, constituyen en la actualidad un grave problema de salud pública, con importantes repercusiones desde un punto de vista humano, asistencial y económico.

Este hecho ha sido constatado en el estudio ENEAS, cuyos hallazgos indican que un 37,4 % de los acontecimientos adversos detectados en pacientes ingresados están causados por medicamentos. Según el estudio APEAS de atención primaria el 47,8 % de los eventos adversos estuvieron relacionados con la medicación.

Proyectos de mejora dirigidos a implementar «soluciones para la seguridad»:

- a) Prevenir los efectos adversos relacionados con medicación de alto riesgo.

Se denominan «medicamentos de alto riesgo» aquellos que tienen un «riesgo» muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.

- b) Control de soluciones concentradas de electrolitos.
- c) Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
- d) Garantizar el uso seguro de medicamentos en los niños con especial consideración de indicaciones y dosis correctas.
- e) Mejora en la información dada a los pacientes y familiares sobre la medicación.

Título del proyecto: Elaboración de un manual de reconstitución de citostáticos y administración de fármacos en hospital de día

Antecedentes o análisis de situación.

En el hospital de día se atienden a pacientes procedentes de varias especialidades: (oncología, hematología, reumatología, urología, neurología, geriatría, med. Interna) siendo necesaria una coordinación, localización, y planificación en ocasiones muy complicada.

El número de actuaciones de enfermería, durante el 2007, en hospital de día fueron 7508. Las clases de medicaciones diferentes (antineoplásicos, inmunosupresores, inmunoglobulinas, antimicóticos, sustitutos de plasma, concentrados de hematíes,...).

Se requieren tareas de preparación y revisión de esquemas antineoplásicos, terapias de soporte, dispensación, administración y seguimiento de los pacientes.

En la actualidad el proceso de acogida de enfermería al personal de nueva incorporación en la Unidad se compone del protocolo de acogida general del hospital, el funcionamiento del servicio y conocimientos necesarios se realizan por transmisión verbal.

Objetivos.

Mejorar el proceso asistencial al paciente y disminuir los riesgos en la manipulación y administración de los tratamientos en el Hospital de Día.

Disminuir el tiempo de aprendizaje del nuevo personal.

Disminuir el tiempo de estancia de los pacientes en el hospital de día.

Mejorar la coordinación de tareas de manera que durante la mañana (8 h – 15 h), a los pacientes en que sea necesario se les pueda realizar pruebas complementarias, y consultas de especialista, con el modelo de consultas de alta resolución.

Conseguir una programación más equilibrada entre los diferentes días de trabajo

Metodología.

La principal tarea consistirá en la elaboración y difusión de un manual de manipulación y administración de fármacos (citostáticos principalmente) consensuado y pactado con los servicios implicados.

En la elaboración del manual intervendrán los Responsables de Calidad de cada uno de los servicios clínicos, junto con el personal del Servicio de Farmacia y del Hospital de Día.

Para asegurar la difusión adecuada del manual, se elaborará además un protocolo específico de acogida para el personal de nueva incorporación.

Uno de los instrumentos de medida de la eficacia del manual será la realización de una encuesta de conocimientos dirigida al personal de nueva incorporación.

Como medidas adicionales se confeccionará un registro de los pacientes que no realizan la consulta en acto único, anotando la especialidad y la causa, con el fin de analizar periódicamente la casuística.

Se registrará por parte del personal de las unidades de farmacia y del hospital de día, los indicadores:

N.º de errores detectados/ total de preparaciones.

N.º de errores detectados/ total de administraciones.

Plan de trabajo.

Calendario:

Marzo, abril: Revisión bibliográfica. Formato del manual.

Mayo: Realización de procedimientos R/C el servicio de oncología y farmacia.

Junio: Realización de procedimientos R/C el servicio de hematología y reumatología.

Septiembre: Realización de procedimientos R/C el resto de especialidades (urología, neurología, geriatría, medicina interna y servicios periféricos (laboratorio, radiología).

Octubre: Elaboración del protocolo de acogida y encuesta de conocimientos. Revisión con los servicios implicados antes de la impresión.

Noviembre, diciembre: Maquetación e impresión. Medida de los indicadores.

Productos a presentar.

1. Manual de manipulación y administración de fármacos (citostáticos principalmente) en el hospital de Día.

2. Protocolo de acogida al personal de nueva incorporación en el H de Día.

3. Encuesta de conocimientos para el personal de nueva incorporación.

Director del proyecto:

Carmen Puyuelo Blecua. DUE (Superv Farmacia-Hospital de Día). Hosp. Barbastro.

Título del proyecto: Ciclo de mejora continua de la calidad: Aplicación del modelo EFQM de excelencia en la gestión del centro de salud «Lafortunada»: Seguimiento del paciente en terapia anticoagulante oral

Antecedentes o análisis de situación.

El seguimiento del paciente en Terapia Anticoagulante Oral forma parte del ciclo de mejora continua de la Calidad de este C. S. desde 2006. En 2007 se ha trabajado en el ciclo en reuniones del equipo del C. S. y de los equipos de mejora. Todo el EAP se ha implicado en el Ciclo.

Dentro del ciclo de Mejora Continua de la Calidad EFQM, el EAP de Lafortunada detectó (2006) la oportunidad (Método de Grupo Nominal), priorizando (Comparación de Pares), «Seguimiento del paciente en TAO».

Es un proyecto directamente relacionado con Cartera de Servicios del Salud.

Mejora la seguridad, el seguimiento clínico, la accesibilidad, los derechos y la satisfacción de los pacientes.

Sin embargo, se han detectado puntos críticos tras la evaluación EFQM de 2007 consistiendo estos en baja cobertura en algún cupo, falta de implicación de algún profesional e indicadores de resultados que no llegaban al estándar.

Si bien es verdad que el indicador empleado hacia una «foto fija» del último control, también lo es que el seguimiento del paciente en TAO tiene como objetivo la estabilidad y regularidad del INR a lo largo del tiempo y es el objetivo a conseguir.

Objetivos.

Los objetivos a conseguir son los siguientes:

Objetivo 1: Los pacientes en TAO tienen el INR indicado para su patología.

Objetivo 2: Todo el equipo participa en el control y seguimiento del paciente en TAO ya que es un Programa de Cartera de Servicios de nuestro Centro de Salud.

Objetivo 3: El paciente en seguimiento por TAO minimiza las complicaciones (hemorragia, trombosis) directamente derivadas de su terapia.

Además pretendemos aumentar la sensibilización, conocimientos y manejo terapéutico eficaz por parte de los pacientes y familiares, realizando Educación Sanitaria en cada control de seguimiento.

Metodología.

Con el fin de aumentar los beneficios derivados de la atención proporcionada, disminuir los riesgos, garantizar los derechos y la satisfacción de los usuarios y proporcionar una atención más eficiente.

Medidas previstas:

Los profesionales del EAP realizamos el seguimiento de los pacientes con TAO de forma programada en consulta y domicilio, mediante los nuevos terminales (P.O.C.), y desde hace poco con la aplicación OMI TAO.

El coordinador del EAP, participa en el «grupo de trabajo ACO» de Sector junto a otros C. S., la dirección de sector y el servicio de hematología de nuestro Hospital de referencia, para consensuar un protocolo para el seguimiento del paciente en TAO, adecuado a las características del Sector.

Inicialmente se llevará a cabo la presentación del ciclo de mejora al EAP para conseguir el compromiso de participación por parte de los profesionales.

Se llevará a cabo un taller formación OMI.

Se presentará al EAP el estado del trabajo del grupo de sector en TAO.

Se realizarán dos evaluaciones de seguimiento y medición de indicadores (junio y diciembre de 2008) y se presentarán los resultados a los componentes del EAP.

Las variables a monitorizar serán aquellas que se incluyen en los indicadores que se detallan a continuación:

Objetivos indicadores:

Los pacientes en TAO tienen un INR en rango

$$\frac{\text{N.º ptes. en TAO en rango} \times 100}{\text{N.º total ptes. en TAO}}$$

Estándar: $\geq 70\%$.

Todo el equipo participa en el control y seguimiento del paciente en TAO.

$$\frac{\text{N.º profesionales q hacen seg TAO}}{\text{Total profesionales del EAP}} \times 100$$

Estándar: $\geq 90\%$.

El paciente en seguimiento por TAO minimiza las complicaciones por su terapia

$$\frac{\text{N.º pacientes con hemorragia}}{\text{Total pacientes en seguimiento}} \times 100$$

N.º pacientes con trombosis $\times 100$.

Total pacientes en seguimiento.

Estándar: $\leq 90\%$.

Aclaración: Pacientes en TAO con al menos 3 meses de seguimiento en el Centro de Salud y que previamente cumplan el criterio de inclusión.

Plan de trabajo.

Fase I: Presentación del ciclo de mejora al EAP. Compromiso de participación por parte de los profesionales.

Se llevará a cabo entre los meses de febrero y marzo de 2008.

Fase II: Taller en formación OMI. Mes de abril de 2008.

Fase III: Presentación del grupo de trabajo de Sector.

En el mes de mayo se llevará a cabo por parte del Coordinador del Centro de Salud la presentación del estado de trabajo del grupo de trabajo de ACO del Sector sanitario de Barbastro.

En este grupo de trabajo participan los coordinadores de las 15 Zonas Básicas de Salud de Atención Primaria del Sector, la dirección de sector y el Servicio de hematología del Hospital de Barbastro.

Fase IV: Evaluación. Medición de indicadores. Presentación del seguimiento.

El seguimiento y evaluación de los indicadores se realizará mediante la medición de los indicadores descritos previamente, realizando un corte a 31 de junio y otro a 31 de diciembre, dando cuenta de las actividades y pendientes.

La presentación del seguimiento TAO OMI se llevará a cabo en sesiones formativas tras la medición de los indicadores.

La enfermera responsable de calidad del equipo se encargará de supervisar todo el proceso.

Todos los participantes del equipo de mejora se encargarán de la organización, registro y evaluación.

El lugar dónde se llevará a cabo el proyecto de Lafortunada.

Productos a presentar:

Resultado de los indicadores, detallados en la propuesta técnica de este proyecto:

Porcentaje de pacientes en TAO con INR en rango.

Porcentaje de profesionales que hacen seguimiento TAO.

Porcentaje de pacientes con hemorragia en el período de seguimiento.

Porcentaje de pacientes con trombosis en el período de seguimiento.

Director del proyecto:

Guillermo Bernués Sanz: Coordinador médico del centro de salud de Lafortunada.

Titulo del proyecto: Apoyo informático a la asistencia farmacéutica hospitalaria, para prevención de efectos adversos asociados al uso de medicación

Antecedentes o análisis de situación.

En la atención hospitalaria actual, existen pacientes que por sus características personales (avanzada edad, dependencia social, limitaciones físicas, etc.) y por presentar pluripatología crónica, son subsidiarios de tratamientos múltiples, con dosis complejas y consumo de un elevado número de pastillas diarias. La conjunción de todos estos factores les hace proclives tanto a errores en la autoadministración de medicamentos, como errores secundarios a la interacción de dichos medicamentos. Otro factor íntimamente relacionado está en los cambios de medicación asociados al cambio de nivel asistencial (de primaria a hospital en menor medida, y de hospital a primaria con mayor riesgo).

Las posibilidades de identificar a aquellos pacientes con más riesgo (politratamientos más numerosos, fármacos con mayores problemas de interacción o mayores efectos secundarios ante errores de administración y pacientes con mayores dificultades de comprensión) y establecer un sistema de información farmacéutica al alta que garantice que la información sobre el tratamiento es comprendida, además de ofrecer un apoyo documental – informes de Infowin® - que evite errores de memoria y además facilite la comunicación entre niveles asistenciales, puede ser un método importante de prevención de errores de medicación.

De igual forma, los tratamientos farmacológicos en pacientes oncológicos se van incrementando de forma progresiva, tanto en número de población afectada, como en complejidad y patología de los pacientes asociadas a su mayor edad y supervivencia, al mismo tiempo que se incrementan los fármacos disponibles en el mercado y las posibles combinaciones entre ellos para definir pautas de tratamiento.

La prescripción electrónica con programas específicos para quimioterapia en oncología – como el Oncofarm® – permitiría mejorar la calidad de la prescripción, de la preparación de los quimioterápicos en la farmacia hospitalaria (cálculo automatizado de volúmenes de los fármacos), así como minimizar posibles efectos secundarios derivados de la interacción de los diferentes tratamientos del paciente y del adecuado ajuste de dosis.

Por otra parte, la prescripción automatizada e informatizada permite una mejora en la gestión de stocks, además de aportar información farmacoterapéutica y farmacoeconómica de los procesos atendidos y facilitando la realización de estudios de imputación de costes

por paciente, perfiles de utilización de fármacos quimioterápicos, adecuación de tratamientos a protocolos específicos, etc.

Objetivos.

Realizar informes con los tratamientos de alta hospitalaria, aumentando así la adherencia al tratamiento de pacientes ancianos y polimedicados y reduciendo el riesgo de efectos adversos asociados a la medicación.

Informatización de la asistencia a pacientes con tratamiento quimioterápico, reduciendo errores de prescripción, transcripción, preparación y dispensación de tratamientos oncológicos.

Conocer el perfil de utilización de los tratamientos quimioterápicos, adecuación a los protocolos del hospital, etc.

Metodología.

Programa Infowin:

Establecer la sistemática de identificación de los pacientes, elaboración de los informes, entrega e información del informe y comunicación con nivel asistencial de primaria correspondiente (equipo de atención primaria / centro socio-asistencial de larga estancia).

Los pacientes susceptibles de recibir información al alta hospitalaria serán:

Pacientes polimedicados: Con más de 5 tratamientos al alta.

Pacientes con dificultades de comprensión y de cumplimiento del tratamiento: mayores de 65 años o con capacidad cognitiva reducida.

Todos aquellos que a criterio del médico responsable puedan requerirlo en base a su tratamiento o sus circunstancias sociales y personales.

Una vez identificado un paciente por parte de su médico responsable y antes de su alta efectiva (o lo más próximo a ella) informará al servicio de farmacia hospitalaria para la consiguiente elaboración del informe y su entrega y explicación al paciente.

Se realizarán mediciones periódicas para determinar el número de pacientes susceptibles de incluir en el programa Infowin y cuales de ellos han sido correctamente informados.

De acuerdo al número y características de los pacientes incluidos en el programa, se planificarán estudios puntuales para valorar la adherencia al tratamiento y la presencia de efectos adversos asociados a la medicación.

Programa Oncofarm:

Tras la instalación y puesta en marcha del sistema informatizado, el Servicio de Farmacia del hospital, tras la prescripción informatizada por parte del especialista en oncología del centro, se encargará de la introducción y registro de los pacientes susceptibles de tratamiento quimioterápico, sus diagnósticos, protocolos clínicos, ciclos, fármacos, etc.

El aplicativo permite la gestión en tiempo real de los procesos, programación, confirmación, preparación y dispensación-administración de los tratamientos para cada paciente.

Se realiza también la validación farmacéutica asistida para parámetros posológicos, con sistemas de alerta y doble validación automática del programa.

También se mantendrá un registro de incidencias en todas las fases del proceso asistencial, al igual que la gestión centralizada en el servicio de farmacia de las mezclas intravenosas, con control de devoluciones, caducidades, reutilización y consumos.

Con todos los datos informatizados se podrán efectuar evaluaciones periódicas para conocer variables demográficas de los pacientes tratados, diagnósticos, pautas de tratamiento, incidencias, protocolos, perfil de utilización de los quimioterápicos e incluso análisis farmacoterapéuticos y farmacoeconómicos.

Plan de trabajo.

Programa Infowin:

Una vez instalado y puesto en funcionamiento el programa informático, se realizará la información y difusión del mismo entre los médicos del hospital para establecer el circuito de información y comunicación con el Servicio de Farmacia.

Además del circuito de funcionamiento habitual establecido (identificación de paciente a incluir – comunicación a Farmacia – elaboración de informe – entrega al paciente), se realizarán estudios de corte periódicos para evaluar la eficacia del sistema y los resultados obtenidos en cuanto a adherencia al tratamiento y reducción de efectos adversos asociados con la medicación (servicio de farmacia en colaboración con la unidad de calidad).

Programa Oncofarm:

Tras la instalación y puesta en marcha del aplicativo, seguirá una fase de introducción de datos en el programa antes de su puesta en marcha, al tiempo que se realiza la formación del personal que va a emplearlo: servicio de farmacia y unidad de oncología.

Una vez pasado el período de adaptación y cuando el sistema se encuentre en fase de funcionamiento pleno, se iniciará el estudio de resultados de acuerdo a los indicadores comentados por parte del servicio de farmacia, además de la vigilancia de efectos adversos asociados a la medicación por parte de la unidad de calidad.

Productos a presentar.

Programa Infowin:

Algoritmo de actuación para identificación de pacientes susceptibles de inclusión.

Informe de evaluación de resultados.

Programa Oncofarm:

Informe de evaluación de resultados.

Director del proyecto:

José-Ignacio García Montero: Coordinador de Calidad del Sector Calatayud.

Título del proyecto: Mejorar la información y seguridad clínica de los pacientes polimedicados con tratamientos prolongados, en un centro de salud.

Antecedentes o análisis de situación.

Durante 2006 el grupo de calidad detectó mediante encuesta a todos los miembros del equipo de atención primaria 175 situaciones mejorables, entre ellas el grupo de calidad seleccionó abordar el problema de la medicación en pacientes crónicos (magnitud, riesgo para el paciente y coste). Dentro del programa de Apoyo a las iniciativas de mejora de Salud de 2007, se desarrolló el proyecto «Racionalización y sistematización del proceso de prescripción de recetas de largo tratamiento» en el que se ha comprobado que en una semana se prescriben 4887 recetas en pacientes crónicos, la media de fármacos fue de 4,8 por Cartilla de Largo Tratamiento –CLT- (rango de 1 a 17), y hay un 33,4 % de pacientes que consumen 5 ó más fármacos simultáneamente. En atención primaria la mayor parte de los riesgos clínicos se relacionan con el uso de medicamentos; hay constancia de que la posibilidad de interacciones medicamentosas aumenta cuanto mayor es el número de fármacos que se consumen, siendo uno de los principales objetivos de la atención sanitaria intentar minimizar los riesgos del paciente.

Resultados obtenidos en el año 2007:

% de CLT que cumplen criterios/total de CLT: Se han valorado independientemente:

1. % de CLT que cumple 1,2,3 ó 1+2 ó 1+2+3 criterios:

1.1 Episodio:..... 58,88 %.

1.2 Dosis:..... 41,71 %.

- 1.3 Fecha autorización..... 60,00 %.
- 1.4 Cumplen episodio + dosis..... 32,35 %.
- 1.5 Cumplen los 3 criterios..... 24,7 %.
- 2. % de Medicamentos dentro de cada CLT que cumplen los criterios 1,2,3 ó 1+2 ó 1+2+3.
 - 2.1 Episodio..... 78,2 %.
 - 2.2 Dosis..... 56,9 %.
 - 2.3 Fecha de autorización..... 64,9 %.
 - 2.4 Episodio + dosis..... 50,3 %.
 - 2.5 Cumplen los 3 criterios..... 38,4 %.

Media de fármacos por CLT: 4,88.

N.º de medicamentos crónicos solicitados / semana: 4.136.

Total recetas de largo tratamiento / semana: 4.887.

Media de recetas de largo tratamiento / médico / día: 61,09.

Objetivos.

Objetivo 1. Poner en marcha acciones de mejora en relación con los resultados obtenidos en la evaluación realizada en diciembre de 2007:

- 1.1 Mejorar la asignación correcta de cada fármaco al episodio correspondiente.
- 1.2 Incrementar la constancia de dosis prescrita del medicamento.
- 1.3 Unificar los formatos de CLT.
- 1.4 Mejorar la infraestructura de almacenaje y distribución de las recetas.

Objetivo 2. Mejorar la seguridad clínica relacionada con los pacientes que utilizan la cartilla de largo tratamiento.

- 2.1 Analizar los grupos de medicamentos que consume la población Pensionista de nuestro Centro de Salud.
- 2.2. Valorar e intervenir ante las posibles interacciones con otros fármacos en pacientes polimedicados.

Metodología.

- 1. Unificar formato de CLT para todos los Médicos.
- 2. Aumentar el % de CLT que cumplen criterios de calidad al menos en los 2 apartados más significativos.
- 3. Revisar los intervalos de recogida de recetas de largo tratamiento.
- 4. Mejorar la seguridad clínica de los pacientes que utilizan medicación crónica.
- 5. Analizar la utilización de los AINEs en pacientes pensionistas con patologías de riesgo.

Plan de trabajo.

Actividades:

- 1. Sesión clínica para información al equipo (responsable del proyecto).
- 2. Sesión formativa sobre paciente polimedicado y AINEs (M.ª Jesús Lalana).
- 3. Sustituir progresivamente las CLT por el nuevo formato unificado (Maribel Moratilla, M.ª Pilar Pamplona).
- 4. Revisar y actualizar las CLT de Pensionistas (Ana Elsa Liso).
- 5. Elaborar planilla de registro de datos (Mayte Aquilué).
- 6. Corregir episodios y dosis mal asignados (Pedro Lizandra).
- 7. Eliminar o sustituir fármacos inapropiados (Carmen García).
- 8. Estudiar específicamente consumo de AINEs entre las CLT revisadas (Isabel Rodrigo).
- 9. Elaborar documento de registro para evaluar posibles contraindicaciones o efectos adversos (Pilar Aznar, M.ª Pilar Pamplona).
- 10. Evaluación de indicadores (Catalina Aguirre).

11. Propuestas de mejora (grupo).

Presentar a presentar.

1. Modelo de CLT unificado implantado.
2. Mejorar criterios de calidad en la cumplimentación de las CLT (Asignación episodio 75 %, Constancia de dosis 65 %).
3. Mejorar la seguridad clínica de pacientes que utilizan medicación crónica.
4. Introducir mejoras en la utilización de AINEs de pacientes pensionistas con patologías de riesgo.

Director del proyecto:

Catalina Aguirre y Dabán: Pediatra. C. Salud Universitat.

Título del proyecto: Garantizar el uso seguro de medicamentos en los niños atendidos en el Quirófano del hospital Miguel Servet

Antecedentes o análisis de situación.

La seguridad de la asistencia sanitaria y en especial el problema de los errores de medicación es uno de los temas prioritarios de las autoridades sanitarias de los países desarrollados y de diversos Organismos Internacionales que trabajan para mejorar la asistencia. En España el primer estudio Nacional sobre efectos adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS) puso de manifiesto que la tasa de efectos adversos era del 8,4 %, siendo la primera causa con un 37,4 % los problemas relacionados con el uso de los medicamentos. De esos el 34,8 % eran evitables.

También la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud lo considera un tema prioritario y así dentro de las estrategias para conseguir una atención sanitaria de calidad, incluye como n.º 8: Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los Centros Sanitarios y como uno de los objetivos de esa estrategia la prevención de errores debidos a la medicación.

Los errores de medicación se producen porque existen puntos débiles o fallos en el sistema de utilización de los medicamentos que lo hacen vulnerable a los errores humanos.

En quirófano del Hospital Infantil del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, se realiza cirugía que comprende todas las especialidades quirúrgicas tanto programadas, como urgentes, cirugía ambulatoria mayor y menor.

Durante el año 2007 se han practicado 2905 intervenciones quirúrgicas en edades comprendidas entre R.N y 14 años. De estas intervenciones 507 han sido de carácter urgente y 478 se han realizado como cirugía mayor ambulatoria.

La hospitalización quirúrgica se realiza en una sola unidad de enfermería, salvo aquellos pacientes que por su patología precisan de estancia en U.C.I.

La unidad se compone de dos quirófanos y una URPA está situada en la misma planta que la unidad de hospitalización y la programación quirúrgica se realiza preferentemente en horario de 8 a 15 horas.

La unidad dispone de un botiquín ordenado alfabéticamente, que se abastece de la farmacia central del hospital.

El botiquín es gestionado por la supervisoras en colaboración con el servicio de farmacia mediante una aplicación informática.

Dispone de caja de seguridad para estupefacientes así como la medicación de especial dispensación.

Se tiene pactado un stock de medicamentos, la relación con el servicio de farmacia es ágil y dinámica.

Las presentaciones de los medicamentos son los existentes en el mercado, no disponiendo de unidosis pediátrica, en general toda la medicación se diluye en el punto de uso, ajustando la dosis pediátrica al peso del paciente. Esta preparación la realiza las enfermeras de la unidad en colaboración con los anestesiólogos.

En la unidad no existe la figura de enfermera de anestesia, por lo que todas las enfermeras realizan procesos relacionados con la anestesia.

Objetivos.

Objetivo general:

Garantizar el uso seguro de medicamentos en los niños atendidos en el quirófano del Hospital Infantil.

Objetivos específicos:

Detectar y conocer la incidencia de los errores asociados al uso de medicamentos. Analizar los errores para conocer sus causas.

Desarrollar estrategias para la prevención de los errores asociados al uso de medicación.

Valoración de la eficacia de las medidas implantadas.

Método y actividades.

Detectar la incidencia de errores:

1. Las personas que determinemos elaboraran el listado de los fármacos que se usan habitualmente en la unidad. Se elaborará una ficha que recoja las características de cada uno.

2. Monitorizaremos las actividades que se realizan en relación con la manipulación de los fármacos en caso de detectar algún error se registrara el medicamento involucrado, tipo de incidente, profesional que lo generó, proceso de la cadena donde se produjo, y si es posible, causas y factores asociados.

3. Cualquier error detectado se comunicará al profesional que lo ha cometido para su constancia y resolución.

4. A continuación se procesará toda la información y se celebrará una sesión conjunta para presentar los resultados y establecer las medidas que resulten convenientes.

Desarrollar estrategias para la prevención de errores asociadas al uso de medicación:

1. Elaborar un listado de los medicamentos más usados en anestesia pediátrica.

2. Elaboración de guía de procedimiento para la manipulación, administración de los fármacos más comunes en quirófano del infantil.

3. Difusión de la guía en la unidad, mediante sesiones regladas al personal de la unidad.

4. Evaluación de los resultados obtenidos.

Realizaremos cortes trimestrales para evaluar la disminución de la incidencia de errores tras la implantación de este proyecto.

Plan de trabajo.

El trabajo comenzará en septiembre del año 2008 planificando la organización y distribución de las tareas entre los distintos participantes del grupo.

El proyecto se realizara en el quirófano del hospital infantil y contara con el asesoramiento del servicio de anestesia y del servicio de farmacia en lo que se considere necesario.

Fase de recogida de datos que durará tres meses para valorar la situación actual, donde participaran todos los expertos indicados en el apartado.

Fase análisis de los datos recogidos. Duración tres meses.

Definir las estrategias de actuación según los resultados.

Fase final de elaboración de guía de procedimiento para la manipulación de medicación en quirófano infantil.

Productos a presentar.

1. Guía de procedimiento para el uso seguro de la medicación utilizada habitualmente en quirófano.
2. N.º de sesiones formativas.
3. N.º de personas formadas.
4. Estudio sobre incidencia de errores relacionados con la medicación en el quirófano del h. infantil.
5. Evaluación sobre la incidencia tras la intervención realizada.

Director del proyecto:

Inmaculada Marín Sánchez.

3. PREVENIR ÚLCERA POR PRESIÓN EN PACIENTES

Los EA relacionados con cuidados según el estudio ENEAS, representan el 7,6% del total siendo evitables en el 56 % de los casos. Aproximadamente las úlceras por presión suponen el 50 %.

Proyectos de mejora dirigidos a implementar «soluciones para la seguridad»:

Título del proyecto: Mejora de la prevención de úlceras por presión en Aragón

Antecedentes o análisis de situación.

El Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud considera las úlceras por presión (UPP) como un efecto adverso especialmente importante en nuestro sistema sanitario.

En los distintos Sectores del Servicio Aragonés de Salud se han ido creando en los últimos años diferentes Comisiones para la prevención y el tratamiento de las UPP.

Entre sus objetivos están reducir la incidencia de UPP, disminuir la variabilidad en el tratamiento y garantizar la continuidad de cuidados del paciente que pasa de Atención Primaria a Atención Hospitalaria y viceversa.

Para ello se han ido elaborando protocolos de prevención y tratamiento de las UPP, que en estos momentos se encuentran totalmente implementados en unos Sectores y en fase de implementación en otros.

Para esa implementación son factores clave la previa adquisición de todo el material necesario, especialmente de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) y el establecimiento de una sistemática de trabajo basada en el modelo de Virginia Henderson, que garantice la continuidad de cuidados y establezca una visión global del paciente, atendiendo a sus necesidades básicas.

Tanto la elaboración de un Informe de Continuidad de Cuidados enfermeros, como la presencia de una enfermera de enlace en el Sector garantizan la continuidad de cuidados en los pacientes que son dados de alta del Hospital a Atención Primaria.

En la implementación de todo este proceso en los últimos años advertimos los siguientes puntos de mejora:

Número insuficiente de SEMP tanto en Atención Hospitalaria como en Atención Primaria, para asegurar la prevención de todos los pacientes con riesgo de padecer UPP.

Los pacientes ingresados en un hospital con riesgo de padecer UPP y que durante el ingreso se han beneficiado de una SEMP son trasladados a su domicilio con un Informe de Continuidad de cuidados que valora si sigue siendo necesario el uso de estas superficies en su domicilio. En Atención Primaria, su enfermera de referencia es quien solicita la SEMP a quien gestiona la distribución de estas superficies en la Atención Primaria de su Sector. El seguimiento de este proceso hace que el paciente no siempre pueda disponer en su domicilio de una SEMP, o si bien lo consigue, pasan varios días o incluso semanas sin la protección necesaria. El papel de la enfermera de enlace del Sector como mediadora de este proceso, agilizaría los trámites que habitualmente lo enlentecen.

Objetivos.

Objetivo general:

Prevenir el desarrollo de úlceras por presión (UPP).

Objetivos específicos:

1. Mejorar la adherencia al protocolo sobre prevención de UPP de la Comunidad Autónoma de Aragón elaborado en el año 2007, basados en la mejor evidencia científica disponible.
2. Adecuación de recursos materiales, para prevención de UPP en las unidades de hospitalización y en Atención Primaria.
3. Garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes que pasan del Hospital a Atención Primaria.
4. Gestión adecuada de los recursos materiales para la prevención de UPP.

Metodología.

1. Formación de un grupo de trabajo de seguimiento del proyecto en los Sectores implicados. Dependiendo de la organización del Sector los miembros integrantes pueden ser:
 - a) Responsable de Calidad de Enfermería.
 - b) Enfermera de Enlace del Sector.
 - c) Miembro de la Comisión de UPP.
 - d) Miembro de la Comisión de Cuidados.
2. Estimación del número de pacientes ingresados que tienen riesgo de padecer UPP y que no disponen de una SEMP por no haber ninguna disponible en el Hospital. Este dato se obtendrá a través la escala de valoración de riesgo Norton modificada.
3. En los Sectores en los que Atención Primaria esté incluida en este proyecto:

Estimación del número de pacientes con riesgo de padecer UPP que se encuentran en su domicilio y que no disponen de una SEMP por no haber ninguna disponible en el Sector. Este dato se obtendrá revisando el total de pacientes incluidos en el plan de seguimiento del paciente crónico-dependiente del Sector. La escala de valoración de riesgo será la de Norton modificada.

Estimación del número de pacientes dados de alta en el Hospital que necesitan una SEMP en su domicilio. Este dato se obtendrá monitorizando los pacientes dados de alta en el Hospital durante 15 días consecutivos.

Elaboración de un algoritmo de actuación para la distribución de SEMP en el Hospital y en Atención Primaria, según el riesgo de padecer UPP medido con la escala de valoración Norton.

Adquisición de SEMP.

Evaluación del proyecto:

Se realizará un nuevo corte de prevalencia para comprobar el número de pacientes ingresados que tienen riesgo de padecer UPP y que no disponen de una SEMP por no haber ninguna disponible en el Hospital. Este corte se realizará nueve meses después de haber implementado el algoritmo de actuación.

Se realizará una nueva estimación del número de pacientes con riesgo de padecer UPP que se encuentran en su domicilio y que no disponen de una SEMP por no haber ninguna disponible en el Sector. Este dato se obtendrá revisando el total de pacientes incluidos en el plan de seguimiento del paciente crónico-dependiente del Sector nueve meses después de haber implementado el algoritmo de actuación.

Se medirá el número de pacientes con UPP incidentes en el Hospital y la severidad de las mismas según la escala de Estadios del I al IV propuesta por el GNEAUPP (Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de UPP y heridas crónicas).

Se considerará como Indicador de estructura el aumento del número de SEMP adquiridos en el Sector.

Plan de trabajo.

Los responsables de cada fase, serán asignados en cada grupo de trabajo.

Formación del grupo de trabajo: Mayo 2008.

Estimación del número de pacientes ingresados que tienen riesgo de padecer UPP y que no disponen de una SEMP por no haber ninguna disponible en el Hospital: Dos meses (mayo-junio de 2008).

Estimación del número de pacientes con riesgo de padecer UPP que se encuentran en su domicilio y que no disponen de una SEMP por no haber ninguna disponible en el Sector: Un mes (Mayo de 2008).

Estimación del número de pacientes dados de alta en el Hospital que necesitan una SEMP en su domicilio: Un mes (mayo de 2008).

Elaboración de un algoritmo de actuación para la distribución de SEMP en el Hospital y en Atención Primaria, según el riesgo de padecer UPP medido con la escala de valoración Norton: Dos meses (mayo-junio de 2008).

Adquisición de SEMP: Un mes (julio 2008).

Implementación del algoritmo: Septiembre de 2008.

Evaluación del proyecto: Diciembre de 2008.

Se realizará un análisis preliminar para comprobar la implantación del algoritmo y el número de pacientes ingresados que tienen riesgo de padecer UPP y que no disponen de una SEMP por no haber ninguna disponible en el Hospital. Finalmente, se realizará una nueva estimación del número de pacientes con riesgo de padecer UPP que se encuentran en su domicilio y que no disponen de una SEMP por no haber ninguna disponible en el Sector en diciembre de 2008.

La severidad de las UPP se medirá según la escala de Estadios del I al IV propuesta por el GNEAUPP (Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento de UPP y heridas crónicas).

Se considerará como Indicador de estructura el aumento del número de SEMP adquiridos en el Sector.

Productos a presentar.

1. Algoritmo de actuación para la distribución de SEMP en el Hospital y en Atención Primaria (en los Sectores donde Atención Primaria se incluya en el proyecto), según el riesgo de padecer UPP medido con la escala de valoración Norton.

2. Informe de evaluación.

Director del proyecto:

Natalia Casanova Cartié (Responsable de Calidad de enfermería. Hospital Ernest Lluch).

Carmen Noya Castro (Subdirectora de enfermería Materno-Infantil. Hospital Miguel Servet).

4. PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS Y PRACTICAS SEGURAS ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

Los EA que se producen en la atención al parto son infrecuentes pero cuando aparecen pueden tener consecuencias dramáticas. El recién nacido siempre vulnerable, lo es más cuando es fruto de un parto distócico o es pretermino. El aumento de la edad materna, de los embarazos múltiples y de la prematuridad aumentan el riesgo de EA.

Proyectos de mejora dirigidos a implementar «soluciones para la seguridad»:

a) Mejora de la Seguridad en la Atención al embarazo para prevenir las complicaciones preparto, intraparto y postparto. Haciendo especial énfasis en las que se han relacionado con mayor frecuencia de mortalidad materna (fenómenos tromboembólicos, preeclampsia y eclampsia, hemorragias, sepsis y embolismo de líquido amniótico).

b) Mejora de atención al parto para prevenir complicaciones neonatales (trauma neonatal, daño cerebral hipóxico-isquémico).

Título del proyecto: Aplicación sistemática de las líneas de alerta y acción en el partograma para mejorar el manejo de la distocia intraparto

Antecedentes o análisis de situación.

El parto es el proceso hospitalario más frecuente dentro de la Obstetricia, por lo que cualquier cambio respecto a él será de gran relevancia en nuestra práctica diaria.

En el año 2007 se atendieron 4639 partos en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

El éxito del trabajo de parto se basa en términos de resultados.

En los últimos años la frecuencia de cesáreas ha ido aumentando paulatinamente y una de las primeras indicaciones es la distocia intraparto. De ahí la necesidad de diagnosticar precoz y correctamente esa patología, a fin de aplicar un tratamiento oportuno y obtener un buen resultado materno-fetal. El recurso metodológico que hemos escogido para ello es el diseño de un nuevo partograma, que nos permita la aplicación de las líneas de alerta y acción propugnadas por la OMS.

Concepto de partograma:

El partograma es una representación gráfica del progreso del parto, basado en datos observacionales. Describe el progreso del trabajo del parto en términos de dilatación cervical y descenso de la presentación. Ambos datos son representados gráficamente en el transcurso del tiempo.

Se reconoce internacionalmente que es el mejor método para vigilar el proceso dinámico del parto. Con él se retoma el concepto de cuidado individualizado de la mujer en dicho proceso.

El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva.

Ventajas del partograma:

Recoge todos los datos de la gestación y el parto de importancia en su control y valoración. Facilita archivar y computar los datos.

Garantiza un seguimiento de la evolución del parto de alta calidad y personalizado.

Constituye un método de lenguaje universal.

Es una herramienta de vigilancia del trabajo de parto útil y sencilla.

Disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata.

Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.

Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea y partos instrumentados en algunos hospitales y la reducción del «intervencionismo» obstétrico.

Dado el diseño de nuestro partograma actual, no es posible la aplicación de tan importante recurso de control intraparto. Uno de los objetivos de este proyecto es el diseño y aplicación, en todos los partos de nuestro medio, de un nuevo partograma que permita la aplicación de las líneas de alerta y acción.

Con el diseño del nuevo documento pretendemos permitir la aplicación de las líneas de alerta y acción con el objeto de:

Detectar de forma objetiva una alteración en la progresión del parto.

Evitar intervencionismo, ajustando las tasas de parto instrumental y cesárea por no progresión de parto.

Objetivos.

Objetivo principal:

Aplicación sistemática de las líneas de alerta y acción en el partograma para mejorar el manejo de la distocia intraparto.

Objetivos secundarios:

Unificar criterios de actuación en la valoración de la evolución del parto:

Aplicar de forma sistemática las líneas de alerta y acción.
Eliminar el riesgo de la valoración subjetiva de la evolución del parto por parte de matronas y ginecólogos.

Disminuir la variabilidad en la valoración de la progresión del trabajo de parto.

Mejorar la asistencia intraparto:

Sistematizar y ordenar los datos a recoger en el partograma.

Valorar de forma individualizada la evolución de cada uno de los partos.

Evitar el intervencionismo obstétrico al ajustar los diagnósticos de no progresión de parto, reduciendo de esta manera:

La tasa de partos instrumentados.

La tasa de cesáreas.

Detectar de forma precoz las distocias en la evolución del parto, permitiendo una pronta resolución, lo que puede conllevar una disminución de:

Morbimortalidad fetal.

Morbimortalidad materna.

Mejorar la seguridad en la atención a la gestante para prevenir las complicaciones intraparto maternas:

Disminuir la morbilidad materna asociada a las cesáreas y partos instrumentales.

Sistematizar la recogida de datos de la embarazada en el partograma, evitando errores derivados de una historia clínica no correcta.

Disminuir la tasa de hemorragia posparto, al evitar trabajos de parto excesivamente prolongados.

Disminuir la tasa de infección puerperal y por tanto, de reingresos de puérperas.

Mejorar la seguridad en la atención a la gestante para prevenir las complicaciones intraparto neonatales:

Unificar la valoración de la evolución del trabajo de parto.

Evitar expulsivos prolongados sin justificación obstétrica.

Evitar instrumentaciones innecesarias, con la posible morbilidad neonatal asociada.

Garantizar la satisfacción de las usuarias por:

Estandarización de la actuación intraparto.

Disminución del intervencionismo obstétrico.

Mejora de la morbilidad materno fetal.

Metodología.

Métodos de selección:

Se aplicará el nuevo partograma, con líneas de alerta y acción, en todos los partos asistidos en el Hospital Universitario Miguel Servet.

Variables de estudio:

Uso del nuevo partograma en la mujer de parto.

Correcta cumplimentación del partograma.

Presencia de líneas de alerta y acción en partograma.

Aplicación de líneas de alerta y acción.

Tipo de parto:

Cesárea.

Parto eutócico.

Parto instrumentado: Fórceps/ventosa.

Tiempo de dilatación.

Tiempo de expulsivo.
Datos recién nacido: Apagar al minuto y a los 5 minutos, pH de arteria umbilical, traslado o no para ingreso en neonatología.

Mortalidad perinatal.

Mediciones:

Se realizarán mediante:

Revisión de libro de partos, en el que se recogen los datos referentes a la gestación y parto de todas las mujeres que finalizan su gestación en el Hospital Universitario Miguel Servet.

Revisión de historias clínicas.

Instrumentos:

Nuevo documento de partograma que permita aplicación de líneas de alerta y acción.
Base de datos para su posterior tratamiento estadístico con SPSS 15.0.

Monitorizaciones:

Indicadores reseñables monitorizados por el Servicio de Obstetricia HUMS en relación con el proyecto. Evaluación trimestral y anual.

Número de recién nacidos.

Número de partos.

Mortalidad perinatal.

Mortalidad materna.

Tasa total de cesáreas. Tasa desglosada de cesáreas con indicación de no progresión de parto/ fallo de inducción.

Tasa total de partos instrumentales.

Tasa de recién nacidos con Ph < 7 de cordón umbilical.

Tasa parto vaginal tras cesárea anterior.

Indicadores de aplicación del nuevo partograma y líneas de alerta y acción:

Número de historias clínicas de proceso de parto con presencia de documento de partograma.

Número de historias clínicas con cumplimentación correcta del partograma.

Número de historias clínicas con presencia de líneas de alerta y acción en partogramas de las gestantes con diagnóstico de cesárea por no progresión de parto o fallo de inducción.

Lugar del proyecto:

Sección de Partorio. Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Productos a presentar.

1. Documento de nuevo partograma, aprobado por la Comisión de Historias Clínicas.

2. Indicadores reseñables monitorizados por el Servicio de Obstetricia HUMS en relación con el proyecto. Evaluación trimestral y anual. Descritos en la metodología.

3. Indicadores de aplicación del nuevo partograma y líneas de alerta y acción. Descritos en la metodología.

Director del proyecto:

Belén Rodríguez Solanilla.

Responsable de Calidad del Servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

Título del proyecto: Bienestar fetal intraparto. Adecuación e interrelación de técnicas de control para la detección de acidosis e hipoxia fetal. Algoritmo decisorio

Antecedentes o análisis de situación.

El principal reto que asume la práctica actual de la Obstetricia es el de obtener las mejores tasas de morbi-mortalidad fetal y materna.

La necesidad de prestar atención simultánea a madre y feto, plantea una dualidad de control otorgándole al feto un protagonismo imprescindible, principalmente en la asistencia durante el proceso del parto.

Para ello, se intentan desarrollar técnicas de control intraparto que permitan detectar situaciones comprometidas. Durante la gestación el feto vive y crece en un medio hipóxico.

El control fetal pretende seleccionar aquellos que puedan encontrarse en compromiso por la hipoxia para intentar corregirla o evitarla antes de que se produzcan situaciones irreversibles.

Por ello, la vigilancia fetal intraparto debe de ser capaz de detectar fetos en situación de riesgo, para poner en marcha medidas que intenten mejorar su resultado perinatal.

El método ideal de control del bienestar fetal tendría que ser seguro, directo, continuo, no invasivo y que tuviera una sensibilidad y especificidad aceptables.

Objetivos:

El objetivo que comporta la mejora en el control del bienestar fetal intraparto se apoya en la implementación de técnicas clásicas, junto a otras modernas y más actuales, validadas para su uso clínico en hospitales con asistencia obstétrica de nivel elevado, adecuando su práctica clínica a criterios de excelencia profesional.

Principal:

Aumentar la sensibilidad y especificidad en el control fetal intraparto mediante la aplicación de técnicas interrelacionadas que aseguren un mejor bienestar con mejores resultados perinatales al poder objetivar con mayor eficacia las situaciones de acidosis y/o hipoxia.

Secundarios:

Disminuir los falsos positivos que actualmente nos otorga la monitorización fetal electrónica y que conlleva actuaciones obstétricas innecesarias.

Mejorar las tasas de morbi-mortalidad fetal intraparto.

Reducir la tasa de cesáreas realizadas en los casos de aparición de patrones no tranquilizadores en los registros cardiotocográficos.

Disminución de las tomas de pH de calota fetal en situaciones de repetición al situarse los resultados previos en un rango prepatológico.

Metodología.

La aplicación de técnicas de control fetal intraparto para la detección precoz de situaciones de acidosis que puedan conllevar un deterioro neurológico parcial o total se realizará a todas gestantes en trabajo de parto activo y que presenten las indicaciones propias y específicas de cada técnica.

El método ideal de control del bienestar fetal intraparto tendría que ser seguro, directo, continuo, no invasivo y que tuviera una sensibilidad y especificidad aceptables. En los últimos años han aparecido nuevos métodos de monitorización fetal como los ya comentados anteriormente en busca de mayor objetividad clínica.

Métodos de control de bienestar fetal intraparto.

RCTG (valoración de frecuencia cardíaca fetal).

Estudio acido-base en calota fetal (pH).

Pulsioximetría (saturación oxígeno de Hb fetal).

Monitorizaciones:

Necesidad de recursos físicos e informáticos para la recogida y explotación de datos asistenciales tras aplicación de técnicas de control fetal.

Recogida en formularios específicos en la sala de partos.

Evaluaciones periódicas de resultados para modificar o subsanar posibles deficiencias.

Indicadores:

Disminuir la existencia de pH en RN por debajo de 7 y déficit de bases mayor de -12.

Reducción de tasa de cesáreas y partos instrumentales.

Reducción de ingreso de RN en UCI de neonatal.

Disminución de indicaciones de finalización de parto por RPBF.

Plan de trabajo.

Unidad de Paritorios y Urgencias.

Servicio de Obstetricia.

Hospital Universitario Miguel Servet.

1.º y 2.º semestre 2008:

Elaboración de base de datos y registro de actuaciones clínicas dentro de la monitorización fetal bioquímica (Dra. Lahoz y MIR 1.º año).

Elaboración de base de datos y registro de aplicaciones clínicas dentro de pulsioximetría fetal (Dra. Tejero y MIR 1.º año).

Valoración cardiotocográfica (Dra. Rodríguez, Lahoz y Tejero).

Control de indicadores, análisis de datos y futura explotación (Dra. Rodríguez y MIR 1.º año).

Revisión de Bibliografía específica y adecuación a la práctica (Dr. Tobajas).

Elaboración de protocolo de bienestar fetal intraparto con interrelación de técnicas de control fetal así como implantación de algoritmo decisorio (Dr. Castan).

Formación continuada del personal facultativo (Dr. Castan).

La elaboración de las bases de datos y el inicio de la recogida de las actuaciones clínicas se realizará durante el 1.º Semestre del año, para poder realizar la explotación de datos y la eficacia clínica al final del período anual.

La formación continuada se desarrollará durante todo el período mediante talleres, seminarios y cursos específicos sobre el tema.

Productos a presentar.

1. Mejora en el control fetal intraparto.
2. Adecuación técnica actualizada de bienestar fetal.
3. Algoritmo decisorio hospitalario.
4. Indicadores clínicos (cesáreas, rpbf, tocurgia, gasometría).
5. Protocolo de control fetal intraparto.
6. Mejora en la gestión clínica.

Director del proyecto:

Dr. Sergio Castan Mateo. Facultativo Coordinador Responsable de la Unidad de Paritorios.

Título del proyecto: Mejora de la seguridad materno-fetal anteparto e intraparto en las presentaciones fetales anómalas

Antecedentes o análisis de situación.

Las presentaciones fetales anómalas en la gestación a término (a partir de las 37 semanas), suponen aproximadamente un 4-5 % del total.

De todas las malposiciones fetales, existen dos con un riesgo importante materno-fetal, son la presentación de nalgas en su variedad pies y la situación fetal transversa.

En el caso de la presentación de nalgas en variedad de pies, se considera no apta para la vía de parto vaginal por el riesgo elevado de atrapamiento de cabeza fetal tras la salida del resto del cuerpo. Su falta de diagnóstico puede dar lugar a un trabajo de parto con descenso de pies en vagina y descenso del resto del feto, por debajo de los límites razonables para una intervención abdominal de cesárea.

En la situación fetal transversa, existen dos riesgos importantes al final de la gestación:

1. La rotura de membranas puede provocar con una cierta facilidad un prolapso del cordón umbilical fuera de la cavidad uterina, con una importantísima repercusión fetal.
2. Por otra parte su falta de diagnóstico, puede dar lugar a que la gestante no acuda de inmediato a un centro Hospitalario tras iniciar un trabajo de parto, incrementándose el riesgo de sufrir una rotura uterina, con muy malos resultados materno-fetales.

Objetivos.

1. Diagnóstico precoz de la presentación/situación fetal anómala, sobre todo en estos 2 casos ya descritos.
2. Consulta específica hospitalaria para este tipo de pacientes.
3. Información objetiva y suficiente para explicar las distintas alternativas.
4. Ofrecimiento de la posibilidad de una versión cefálica externa.
5. Programación de una cesárea en el momento apropiado y de forma individualizada para la situación transversa o presentación podálica variedad pies, en el supuesto de rechazo de la alternativa de versión o fracaso de la técnica.
6. Conocimiento suficiente por parte de las usuarias, de los signos de alarma que tienen que motivar su valoración en un centro hospitalario.

Metodología.

La selección de estas pacientes se realizará a través de varias vías.

1. Tocólogo de área.
2. Matrona de Centro de Salud.
3. Servicio de Urgencias del Hospital.
4. Consulta de Patología Obstétrica.

Las candidatas a este programa son gestantes a término con:

1. Presentación fetal en podálica en gestaciones de feto único.
2. Situación transversa fetal en gestaciones de feto único.
3. Situación oblicua fetal en gestaciones de feto único.

Las variables del estudio incluirán:

1. Tipo de malposición fetal.
2. Momento de diagnóstico.
3. Realización o no de versión cefálica.
4. Complicaciones materno-fetales anteparto o intraparto.

Las mediciones se realizarán mediante:

1. Monitorización de las pacientes que acudan a la consulta específica para malposiciones fetales hasta después del parto.
2. Control de la asistencia obstétrica urgente a pacientes con malposiciones fetales no diagnosticadas.

El análisis de las variables, de tipo categórico, se basará en un estudio básico descriptivo, y una estadística inferencial basada en correlación entre variables. Todo ello nos dará el porcentaje de éxito del programa y la posibilidad de corrección sobre las variables relacionadas.

Plan de trabajo.

Fase I: Primer semestre año 2008.

Establecimiento de criterios básicos de diagnóstico y remisión de este tipo de pacientes entre los implicados dentro de las distintas vías de selección.

Elaboración de información objetiva para la usuaria sobre las distintas alternativas en su final de gestación, que sea conocida por los distintos profesionales implicados en su asistencia.

Organización de una consulta específica en la que serán citadas estas gestantes, para su selección y evaluación.

Elaboración de un protocolo específico de asistencia de este tipo de pacientes.

Presentación del protocolo a todos los implicados de una u otra forma en su asistencia.

Fase II: Segundo semestre año 2008.

Comienzo en el funcionamiento de la consulta específica para estas gestaciones.

Inicio de remisiones desde todas las fuentes origen.

Seguimiento de estas pacientes hasta después del parto.

Comienzo en la recogida de datos.

Productos a presentar.

1. Porcentaje de malposiciones fetales diagnosticadas antes del inicio del trabajo de parto.
2. Porcentaje de malposiciones fetales correctamente informadas sobre:

Trascendencia del tema.

Alternativas en el final de la gestación.

Signos de alarma.

3. Porcentaje de gestantes sometidas a un procedimiento de versión cefálica.
4. Porcentaje de éxito en el procedimiento de versión cefálica externa.
5. Porcentaje de mujeres que inician un trabajo de parto antes de la fecha programada para una cesárea o para una versión cefálica.
6. Complicaciones anteparto e intraparto en las mujeres del punto anterior.
7. Corrección sobre determinadas variables en función del estudio estadístico.

Director del proyecto:

José Manuel Campillos Maza.

Responsable de la Unidad de Patología Obstétrica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

5. DESARROLLAR UNIDADES O GRUPOS DE TRABAJO ESPECIFICOS EN CALIDAD QUE PERMITAN PROMOVER UNA ESTRATEGIA UNIFICADA EN SEGURIDAD DE PACIENTES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Título del proyecto: Formación de grupos de trabajo en gestión de riesgo clínico para centros de salud y sociedades científicas

Antecedentes o análisis de situación.

El contexto en el que se practica la atención a la salud está condicionado por diversos factores, entre los que destacan: una población con mayor esperanza de vida, lo que conlleva mayores necesidades asistenciales, una complejidad creciente de la tecnología diagnóstica y recursos terapéuticos, un incremento sustancial del conocimiento científico disponible y de los medios de acceso al mismo y mayor incertidumbre respecto a cuestiones relacionadas con la adecuación y efectividad de métodos y actividades formativas.

El concepto de riesgo asistencial es impreciso e incluye cualquier situación no deseable o factor que puede contribuir a aumentar la probabilidad de que se produzca, que está en

relación con la atención sanitaria recibida y que puede tener consecuencias negativas para los pacientes. En este sentido, podemos hablar de riesgos asistenciales para referirnos a condiciones como las siguientes:

Sucesos adversos («adverse events»): Eventos o acontecimientos relacionados con la atención recibida por un paciente, que tienen, o pueden tener consecuencias negativas para el mismo.

Incidentes, cuando un incidente puede suponer un elevado riesgo de mortalidad o de daños para el paciente, suele denominarse incidente crítico. En tal caso, es preciso proceder a la investigación inmediata y pormenorizada de las circunstancias que contribuyeron a su producción, a fin de evitar su reaparición.

Errores (error): Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso y casi-errores («near miss»): Categoría mal definida, próxima a la de incidente, que incluye sucesos como los siguientes: Casos en los que el daño para el paciente ha sido evitado por poco, situaciones en las que una sucesión continuada de efectos fue detenida evitando la aparición de potenciales consecuencias, sucesos que en otras circunstancias podrían haber tenido graves consecuencias.

Negligencia («negligence»): Error difícilmente justificable, ocasionado por desidia, abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas o falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que debería tener y utilizar un profesional cualificado.

Mala praxis: Deficiente práctica clínica que ha ocasionado un daño al paciente. Se entiende como tal, cuando los resultados son claramente peores a los que, previsiblemente, hubieran obtenido profesionales distintos y de cualificación similar, en idénticas circunstancias.

El documento de Recomendaciones del Taller de Expertos para definir la Estrategia de Seguridad del Paciente de 2005 señalaba la formación a distintos niveles como uno de los puntales en los que sostener las mejoras en seguridad, señalando como evidente y prioritaria la necesidad de disponer de profesionales con conocimientos, valores y habilidades en cuestiones como la aplicación de la mejor evidencia disponible, la comunicación y diálogo con los pacientes los demás profesionales involucrados en la atención a la salud y la gestión del riesgo clínico.

La experiencia formativa sobre seguridad del paciente y gestión del riesgo clínico acumulada en los últimos dos años ha permitido comprobar, con alguna frecuencia, que los esfuerzos formativos no han llegado debido a su estructura y duración a algunos sectores profesionales que serían los más beneficiados de la misma. Entre las causas destacan: Horarios prolongados de las actividades formativas e importante carga asistencial.

Objetivos.

Desarrollar actividades formativas sobre gestión del riesgo clínico y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia sanitaria caracterizadas por su corta duración, contenido eminentemente práctico y orientadas hacia el autoaprendizaje y trabajo en grupo de personal facultativo, con el fin de:

Fomentar la cultura de la seguridad y la prevención en los centros sanitarios del Salud.

Conseguir la existencia de un núcleo profesional en cada centro hospitalario capacitado sobre gestión del riesgo asistencial y análisis retrospectivo de sucesos adversos.

Conseguir la existencia de un núcleo profesional en cada sector sanitario capacitado sobre gestión del riesgo asistencial y análisis retrospectivo de sucesos adversos.

Lograr la sensibilización de los profesionales de la gestión a nivel de sector (gerentes y equipos directivos de centros hospitalarios y de atención primaria) sobre seguridad de pacientes.

Metodología.

Desarrollo de actividades formativas de acuerdo al siguiente planteamiento.
Desarrollo de cuatro cursos de similares características a desarrollar en Zaragoza (2), Huesca (1) y Teruel (1) con un máximo de 25 facultativos por curso.

El programa y cronograma de cada curso sería el siguiente:

Día 1: 3 horas.

1. Seguridad del paciente y efectos adversos (EA): las dos caras de la moneda.
2. Riesgos de la atención sanitaria.
 - a) En los hospitales.
 - b) En atención primaria.
3. Estrategias de prevención de los EA.
 - a) En gestión sanitaria y en la gestión diaria.
 - b) Antes y después.
 - c) Instrumentos de prevención.

Rondas de seguridad.

«Briefing» y «debriefing».

Análisis de incidentes y causas raíz.

AMFE.

La comunicación.

Presentación de 2 casos prácticos a resolver en grupos a lo largo de una semana.

Entrega de documentación.

Día 2: 3 horas:

1. Presentación de las conclusiones de los trabajos realizados.
2. Propuestas de mejora y cambios en la dinámica asistencial.

Nota:

El trabajo estimado de dedicación a lo largo de la semana es de 10 horas.

Se solicitará la oportuna acreditación del curso a la autoridad sanitaria en 15 horas.

La convocatoria y el desarrollo del curso se hará, contando con la colaboración de las Sociedades científicas.

Plan de trabajo.

El proyecto implica las siguientes fases:

1. Elaboración del programa definitivo y de la documentación a entregar a los alumnos.
2. Solicitud de la acreditación como actividad de formación continuada.
3. Convocatoria de las actividades formativas.
4. Desarrollo de los cursos.
5. Evaluación.

La fase 1 se realizará desde la Unidad Funcional de Apoyo para la Seguridad de Pacientes, en colaboración con los representantes de las Sociedades Científicas, particularmente en los aspectos referidos a selección de casos prácticos.

La fase 2 se realizará desde la Unidad Funcional de Apoyo para la Seguridad de Pacientes.

La fase 3 se realizará con carácter público, difundándose por los canales habituales de actividades formativas relacionadas con la calidad asistencial y a través de las sociedades científicas.

La fase 4 se realizará desde la Unidad Funcional con la colaboración de los representantes de las sociedades científicas.

La fase 5 constará de evaluación de proceso (mediante encuesta de satisfacción y de resultados (mediante encuesta de conocimientos adquiridos y evaluación cualitativa por parte los implicados en el desarrollo de las actividades formativas).

Productos a presentar.

1. Dossier de casos prácticos y material formativo utilizado.
2. Encuestas de evaluación de los profesionales.

Director del proyecto:

Carlos Aibar Remón.

Unidad Funcional de Seguridad de Pacientes. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Lozano Blesa.

6. PREVENIR LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

El 25 % de los efectos adversos (EA) en el estudio ENEAS están relacionados con la infección nosocomial, de los que casi el 60 % son evitables.

Título del proyecto: Implantación de un paquete de medidas destinadas a disminuir la incidencia de infecciones relacionadas con catéteres endovasculares en UCI

Antecedentes o análisis de situación.

Las infecciones asociadas con el uso de catéteres intravasculares representan del 10 al 20 % de todas las infecciones nosocomiales y complican el curso de la enfermedad de hasta un 10 % de los pacientes ingresados en UCI suponiendo un exceso de morbimortalidad asociada y un incremento de la estancia hospitalaria. La densidad de incidencia del problema estimada en nuestro país es de 4,46 episodios de bacteriemia relacionada con catéter x 1000 días de catéter¹.

Sin embargo las infecciones asociadas a catéteres son una de las infecciones nosocomiales con mayores probabilidades de prevención, mediante la aplicación del conocimiento disponible²⁻⁹. Recientemente⁸ (Pronovost 2006) se ha publicado un estudio en el que, mediante la aplicación de un paquete de medidas durante la inserción y posterior manejo de los catéteres centrales, se disminuye de forma notable la incidencia de infección de los mismos. Algunas de estas medidas, como el lavado quirúrgico de manos, las medidas de barrera y el evitar en lo posible la vía femoral se van abriendo paso en nuestras unidades, aunque aún no de una forma sistemática ni protocolizada.

Por otra parte la mayoría de los SMI de Aragón participan en el proyecto ENVIN (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en los Servicios de Medicina Intensiva), lo que nos permite conocer la densidad de incidencia en nuestras unidades. Los profesionales de la Medicina Intensiva son especialmente sensibles al problema de la infección nosocomial, lo que facilita la implementación de medidas de prevención. En este momento la Sociedad Española de Medicina Intensiva se encuentra desarrollando un proyecto para difundir prácticas seguras en lo que a la prevención de la sepsis relacionada con catéter se refiere, lo que supone un refuerzo aún mayor de cualquier iniciativa en este sentido.

Objetivos.

1. Introducir un modelo de buenas prácticas relacionadas con la prevención de la infección asociada a catéter en las Unidades de Cuidados Intensivos del Servicio Aragonés de la Salud, desarrollando y monitorizando las actuaciones desarrolladas en la UCI del HCU Lozano Blesa y del Hospital San Jorge de Huesca.
2. Disminuir la incidencia de infección relacionada con catéter venoso central en un 50 % al cabo de un año en las UCI participantes.
3. Elaboración de un programa formativo de prevención y control de infecciones en las UCI del SALUD por medio de Internet y actividades presenciales.

Para ello se implantarán una serie de medidas que, agrupadas, han demostrado ser eficaces en la prevención de dichas infecciones:

- a) Lavado quirúrgico de manos.
- b) Precauciones de barrera total durante la inserción del catéter.

- c) Desinfección del punto de inserción con Clorhexidina.
- d) Evitar en lo posible utilizar el acceso venoso femoral.
- e) Retirada precoz de catéteres innecesarios.

Además se realizará:

Control epidemiológico prospectivo de la incidencia de infecciones en las UCI.

Difusión de las cifras de infección y análisis retrospectivo de los casos.

Metodología.

Fase de investigación y evaluación del problema (tres meses): se formaran equipos responsables (un médico y un diplomado en enfermería por cada diez camas de UCI), que con ayuda de un administrativo a tiempo parcial, evaluaran la situación de partida, mediante la medición de los indicadores seleccionados.

Los equipos recogerán diariamente:

Número de pacientes con CVC.

Número de CVC insertados.

Hoja de datos sobre inserción de cada catéter.

Hoja de datos sobre cuidados posteriores de cada catéter.

Documentación de todas las infecciones por catéter.

Fase de Formación: 2 meses.

Durante el primer trimestre se trabajará en la elaboración del material didáctico (videos, pósteres y trípticos informativos).

Se medirán trimestralmente los indicadores seleccionados.

Se analizarán los resultados para detectar las nuevas necesidades de mejora.

Al final del proceso se plantearan nuevas propuestas de mejora que se difundirán al resto de hospitales del SALUD.

Plan de trabajo.

1. Primer período: Investigación y elaboración del material didáctico (3 meses).

Análisis de la situación: Estimación de la incidencia de infección asociada a catéter en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Lozano Blesa,.

Formación de equipos responsables (un médico y un diplomado en enfermería por cada diez camas de UCI) y formación de formadores.

Elaboración del material didáctico.

2. Segundo período: Formación (2 meses).

4.º y 5.º mes: Período de formación del resto del personal.

3. Tercer período: Implementación de medidas y evaluación (10 meses):

Implantación de las prácticas seguras.

Medición de indicadores: Trimestral desde el inicio del proyecto.

4. Presentación de datos.

5. Propuestas de mejora y difusión de las mismas al resto de hospitales.

Productos a presentar.

1. Memoria de las actuaciones realizadas.

Este proyecto forma parte del de «Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres endovasculares en servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial», que se realizará a través de cuna colaboración entre el MSC y la OMS.

Director del proyecto a nivel de CC.AA:

Dra. Pilar Luque Gómez (FEA, Servicio de Medicina Intensiva Hospital Lozano Blesa).

Dra. Isabel Gutiérrez Cía (FEA, Servicio de Medicina Intensiva Hospital Lozano Blesa).

Dirección del proyecto.

Comité Director: Incluirá a representantes de la OMS, MSC, SEMICYUC y CCAA.

Comité Científico y Técnico: Incluirá a representantes de SEMICYC, MSC, del estudio de Michigan y el apoyo metodológico necesario (epidemiología y estadística).

7. PROMOVER SISTEMAS QUE PERMITAN CONOCER LOS EFECTOS ADVERSOS OCASIONADOS EN LOS CENTROS ASISTENCIALES

Título del proyecto: Tipología de los efectos adversos ligados a la comunicación entre profesionales

Antecedentes o análisis de situación.

En diciembre de 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó los resultados del Estudio sobre los Sucesos Adversos en Atención Primaria (EPEAS). Este estudio, realizado dos años después del conocido como Estudio ENEAS, Estudio Nacional de Efectos Adversos, referido a la atención sanitaria prestada en régimen de hospitalización, se llevó a cabo en 48 centros de salud de 16 comunidades autónomas, con la participación de 452 profesionales sanitarios de medicina y enfermería, analizando los datos de 96.047 consultas.

De los resultados del citado estudio EPEAS, cabe señalar aquí que uno de cada cuatro efectos adversos (EA) identificado en Atención Primaria tuvo su origen en otro nivel asistencial. Además, también uno de cada cuatro EAs identificados en el estudio (24,9%) el paciente precisó requirió consulta por algún otro especialista y en un 5,8% de los casos requirió hospitalización.

También, en el Estudio ENEAS el 1% de los EAs identificados habían tenido su inicio fuera del ámbito hospitalario, aunque no necesariamente hubiera sido el EA la causa principal que motivó el ingreso.

El progresivo crecimiento del Sector Sociosanitario y el consiguiente incremento del número de residentes en estos centros, nos lleva a la necesidad de incorporar como un elemento más en el estudio de los posibles EAs ligados a la asistencia sanitaria a los que se puedan producir en los centros residenciales.

De las múltiples causas de los EAs que se han documentado, para la realización de esta propuesta interesa conocer aquellas que puedan ser debidas a errores o defectos latentes en la comunicación entre cualquiera de los actores de la atención sanitaria y el paciente o su familia.

Objetivos.

Conocer la tipología de los efectos adversos (EAs) como consecuencia de la atención sanitaria ligados o relacionados con la comunicación entre los diferentes actores del proceso de atención sanitaria en el ámbito de un determinado territorio, el Sector Zaragoza I del Servicio Aragonés de Salud (SALUD), que cuenta con unas determinadas características singulares que lo diferencian entre los ocho Sectores en los que se organiza territorialmente el Organismo Autónomo prestador de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Identificar oportunidades de mejora en la comunicación entre los actores de la atención sanitaria, tanto en los centros sanitarios como en los sociosanitarios, y entre éstos y los pacientes y sus familiares.

Diseñar procedimientos de comunicación que pretendan resolver los problemas detectados.

Incrementar la participación del paciente y su familia en la consecución de una atención sanitaria más segura en el contexto de la Declaración y compromiso de los pacientes por la Seguridad en el Sistema Nacional de Salud de 14 de diciembre de 2007.

Metodología.

Se realizará una búsqueda activa prospectiva de los EAs que se puedan producir en los distintos ámbitos asistenciales del Sector Zaragoza I. Los observadores recogerán información en su propio entorno de trabajo. Los ámbitos que se pretenden explorar son:

Servicio de Medicina Interna del Hospital Nuestra Señora de Gracia.
Servicio de Medicina Interna del Hospital Royo Villanova.
Servicio de Urgencias del Hospital Royo Villanova.
Unidad de Valoración Enfermera del Hospital Royo Villanova.
Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Arrabal.
Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud Picarral.

La búsqueda se prolongará durante 6 meses y se orientará preferentemente a la identificación de incidentes, es decir, de EAs que no causen un daño o perjuicio relevante en el paciente y que tengan su origen en un escalón asistencial previo, o en el propio servicio en el que se detecta y al análisis de la pertinencia de la información comunicada. Los EAs identificados se estudiarán con la metodología de Análisis Causa – Raíz. En los casos en los que entre las posibles causas se encuentre alguna relacionada con la comunicación se evaluarán mediante una guía de cribado.

Los circuitos de transición de pacientes que se revisarán son:

Atención Primaria-Atención Especializada Ambulatoria.

La revisión se basará en la Primeras Consultas remitidas a los Servicios de Medicina Interna.

Atención Especializada con Hospitalización-Atención Primaria.

Se revisarán los casos de alta de hospitalización con destino al domicilio habitual de los pacientes de los Centros de Salud incorporados al estudio (el propio domicilio o residencia).

Atención Primaria y Centros Sociosanitarios (Residencias)-Servicios de Urgencia Hospitalarios.

Se revisarán los casos de traslado con indicación del Médico de Familia o de los responsables de las Residencias.

Servicio de Urgencias Hospitalario-Servicio Médico de Hospitalización.

Se revisarán los casos de pacientes hospitalizados desde el Servicio de urgencias en los Servicios de Medicina Interna.

Unidades de Enfermería-Enfermera de Valoración.

Se valorarán los casos detectados con procedimiento de captación directa por la Enfermera de Valoración y los derivados por las Unidades de Enfermería.

Finalmente y a partir de los resultados obtenidos en la fase previa de análisis, se constituirá un grupo formado además por profesionales y usuarios no implicados en la fase anterior que con la técnica del grupo focal revisarán las conclusiones y propuestas. El informe final incorporará los resultados de este grupo.

Plan de trabajo.

1. Diseño de los formularios de registro de los posible EAs y de los procesos de transición de pacientes. (1 mes).
2. Recogida de posibles EAs y estudio de las características de la comunicación. (1 mes).
3. Análisis estadístico y de causa-efecto de los casos de EAs registrados (1 mes).
4. Identificación y descripción de los procesos de comunicación en la transición de pacientes entre los diferentes niveles analizados. Grupo focal. (1 mes).
5. Reingeniería de los procesos. Diagramación y documentación. Manual de Calidad (1 mes).
6. Elaboración del Informe-Memoria final. Diciembre 2008.

Productos a presentar.

1. Descripción cuantitativa y cualitativa de los EAs y de la documentación vinculada a la comunicación en el Sector Zaragoza I.
2. Manual de procesos de comunicación entre los actores de la asistencia sanitaria, profesionales y pacientes.
3. Manual de Calidad del Proceso de Comunicación.
4. Informe-Memoria final del proyecto.

Director del proyecto:

Ramos D'Angelo, Fernando. Licenciado en Medicina y Cirugía. Coordinador de Calidad del Hospital Royo Villanova de Zaragoza.