

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

- 1096** *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 Comunidad Autónoma del Principado de Asturias para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.*

Suscrito el 21 de noviembre de 2008, Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, a través de la Consejería de Salud y Servicios 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 Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios

En Madrid, a 21 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 nº 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, don José Ramón Quirós García, Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, nombrado por el Decreto 15/2007, de 12 de julio, del Presidente del Principado (BOPA de 13 de julio), expresamente facultado para este acto por acuerdo del Consejo de Gobierno.

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 149º.1.16ª de la Constitución atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Segundo.—Que el artículo 11.2 de la Ley Orgánica 7/1981, de 30 de diciembre, Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias, le atribuyó las competencias a la Comunidad en materia de sanidad e higiene.

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 1133/2008 de 4 de julio, por el que se aprueba la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo 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 del Principado de Asturias 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 del Principado de Asturias 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 úlcera por presión en pacientes.

3. 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.

4. 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.

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. del Principado de Asturias 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. del Principado de Asturias 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 y Servicios Sanitarios.*—La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios 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 detallan en el anexo técnico.

b) Elaborar un informe de actividad en el que se detallan 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 CA de Asturias:

D. José Ramón Riera Velasco, Director General de Calidad e Innovación en Servicios Sanitarios de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

D. Joaquín Morís de la Tassa, Coordinador de Seguridad en el Principado de Asturias.

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 Ciento sesenta y tres mil quinientos veintisiete euros (163.527,00 €) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70,00% que supone 114.468,90 €. Para el pago, se incluirá certificado de conformidad del Director General o un 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. del Principado de Asturias asumirá el 30% restante que asciende a 49.058,10 euros.

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 del Principado de Asturias.

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, D. Bernat Soria Escoms.—El Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, D. José Ramón Quirós García.

ANEXO AL CONVENIO

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.

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).

Mejora de la seguridad en las intervenciones quirúrgicas.

Objetivos.

Crear un grupo de trabajo con profesionales de los servicios de anestesiología y reanimación para crear un ambiente favorable hacia estos temas de seguridad.

Estudiar las recomendaciones de los organismos internacionales, Joint Commission, Organización Mundial de la Salud, Institute for Healthcare Improvement (IHI), National Patient Safety Agency (NPSA), referentes a la seguridad en todo lo relacionado con las intervenciones quirúrgicas.

Elaborar un protocolo que contemple la prevención de:

Errores en los procedimientos quirúrgicos: cirugía a paciente equivocado, procedimiento erróneo, o cirugía en lugar equivocado

Eventos cardiovasculares durante la anestesia o en el periodo postoperatorio precoz: infarto agudo de miocardio, tromboembolismo pulmonar y accidentes cerebrovasculares

Prevención de úlceras por presión en cirugías de larga duración

Metodología.

Se procederá a la creación de un grupo de trabajo constituido por profesionales del ámbito de la Anestesiología de los hospitales asturianos.

Se realizará un estudio y análisis de los riesgos para los pacientes intervenidos en los hospitales asturianos y se indagará sobre las fuentes de datos existentes actualmente.

Revisión de las recomendaciones emitidas por las organizaciones competentes.

Elaboración de un protocolo con una lista de comprobación que haga énfasis en la identificación correcta y en la disponibilidad de los documentos necesarios para prevenir los errores de identificación en los procedimientos quirúrgicos.

Elaboración de un protocolo para la prevención de los eventos cardiovasculares en los pacientes intervenidos.

Elaboración de recomendaciones para la identificación de los pacientes en riesgo y prevención de las úlceras por presión en los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas prolongadas.

Con las conclusiones y recomendaciones del grupo de trabajo se elaborará un documento que será difundido en todo el ámbito de nuestra comunidad autónoma.

Productos a presentar.

Disponibilidad de datos actuales sobre complicaciones de la anestesia en nuestro medio

Protocolo de prevención de los errores de identificación en la cirugía

Protocolo de prevención de los eventos adversos cardiovasculares tras la anestesia

Pacientes con valoración del riesgo de úlceras por presión ante intervenciones quirúrgicas prolongadas.

Director del proyecto.

Vicente Herranz González. Gerente del Hospital Monte Naranco, Médico Especialista en Anestesiología y Reanimación, Master en Calidad Asistencial.

2. *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%.

a. Prevención úlceras por presión.

Título del proyecto: detección y prevención de las úlceras por presión en pacientes hospitalizados.

Objetivos.

Formar a formadores en la herramienta elaborada para la detección del riesgo e implantación del protocolo de úlceras por presión, en todos los centros sanitarios del principado de Asturias. Se realizará un plan de formación en colaboración con el Instituto Adolfo Posada para las Administraciones Públicas en el Principado de Asturias.

En el Plan de Formación con docencia teórica y práctica, se abordarán las nuevas estrategias de detección del riesgo y la nueva escala de Braden que se pretende implantar. Además, serán objeto de estudio y análisis a diversas acciones que integran el protocolo.

Especial interés tendrá la formación en la selección, implantación y análisis de los indicadores que se promueven en el protocolo, para que se utilicen como herramientas de seguimiento y evaluación, tanto a nivel de unidad, como de hospital.

El diseño de esta acción será de formación de formadores, con una estrategia piramidal, y se dotará a los asistentes con las herramientas necesarias para que, una vez en sus centros, prosigan con la formación, ya descentralizada.

Metodología.

Desde el IAAP se gestionará la formación que será supervisada por los expertos y responsables del proyecto.

Se elaborará un programa para alcanzar los objetivos mencionados y se confeccionará material de apoyo en forma de casos prácticos para familiarizarse con las nuevas herramientas de detección del riesgo.

Se solicitarán participantes a todos los centros hospitalarios de la Red Sanitaria Pública del Principado de Asturias, profesionales de enfermería con responsabilidad en la gestión, supervisoras, integrantes de equipos de mejora, unidades de gestión de riesgos y calidad,... para su participación en los cursos.

Estos serán de un máximo de 15 personas para poder cumplir los objetivos establecidos y que el aprovechamiento sea el máximo posible para los asistentes.

Una vez formados, podrán continuar con la formación a nivel de sus respectivos centros y hacer un seguimiento del desarrollo del proceso.

Se planificarán al menos dos cursos.

Productos a presentar.

1. Material docente elaborado para el curso.
2. Relación de los asistentes al curso.
3. Número total de ediciones centralizadas en el IAAP.
4. Número de ediciones descentralizadas a nivel de los centros.

Director del proyecto.

Joaquín Morís de la Tassa.

3. *Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la comunidad autónoma.*

Formación en seguridad del paciente orientada a los siguientes grupos profesionales:

Profesionales que integran las unidades funcionales de seguridad del paciente y gestión de riesgos de atención primaria y especializada

Jefes de Servicio y/o coordinadores o responsables de unidades clínicas seleccionadas (urgencias, anestesia, cirugía general y otras, obstetricia, neonatología, cuidados intensivos, farmacia hospitalaria y de atención primaria, servicios de admisión y atención al paciente...).

Título del proyecto: formación en seguridad de pacientes y gestión de riesgos.

Objetivos.

Acciones de formación en herramientas para la gestión de riesgos.

Formar a los profesionales sanitarios del Principado de Asturias en seguridad de Pacientes, familiarizarlos con las herramientas de análisis de los eventos adversos y sucesos centinelas para que adquieran la destreza suficiente para implantarlos en su ámbito de trabajo.

Se impartirán al menos dos cursos de nivel básico y uno de nivel avanzado.

Participación en el Master de Gestión de Riesgos y Seguridad de Pacientes organizado por el Ministerio de Sanidad.

Metodología.

Se solicitarán candidatos a todas las Gerencias de Atención Primaria y Especializada de la Red Sanitaria de Utilización Pública, además del SAMU y Salud Mental.

Además se dará difusión para que los profesionales puedan solicitarlo también a título individual.

Se priorizará a aquellos profesionales que por su puesto de trabajo estén más involucrados en la seguridad de los pacientes.

La formación se orientará hacia los casos prácticos, para modificar actitudes y dar herramientas de estudio y análisis de efectos adversos.

En el curso básico primará la información y exposición. En el avanzado la resolución de ejercicios prácticos, tanto de análisis proactivos como reactivos.

Al finalizar el curso se hará una evaluación para ver el aprovechamiento de los alumnos, la capacidad docente de los profesores, la utilidad para su trabajo y la calidad de los materiales impartidos.

Además de financiar la actividad docente, material, etc., los recursos se destinarán a la financiación de las sustituciones y desplazamientos que se deriven de la asistencia a los cursos de los profesionales a nuestro ámbito, y los derivados de la asistencia a la segunda edición del Master de Gestión de Riesgos y Seguridad de Pacientes organizado por el Ministerio de Sanidad de aquellas personas designadas por parte de esta comunidad.

Productos a presentar.

Relación de las acciones de formación emprendidas y efectuadas, con especificación del número y categoría profesional del personal asistente. También se aportarán los datos precedentes del análisis de las evaluaciones.

Resumen de los gastos derivados de la asistencia al Master de Gestión del Riesgo y Seguridad de Pacientes.

Director del proyecto.

Fernando Vázquez Valdés.

4. *Prevenir la infección nosocomial.*

Título del proyecto reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial.

1. Introducción: descripción del problema.

1.1 Evolución de las tasas de bacteriemias relacionadas con catéteres en pacientes crítico.—Las tasas de bacteriemia primaria (BP) + bacteriemia relacionada con catéter (BC) han oscilado en los 13 años controlados con el sistema de vigilancia ENVIN -HELICS, entre una densidad de incidencia mínima y máxima de 5 y 7,9 episodios por 1000 días de catéter venoso central (CVC)

A pesar de que el concepto de vigilancia está claramente implantado en un número importante de las UCI españolas, la evolución de las tasas durante los años de estudio ha mostrado un cierto estancamiento incluidos los últimos años, aunque en el 2006 se han reducido (BP+BC 5,04 episodios por 1000 días de catéter). Sin embargo, esta mejoría en las cifras es claramente inferior a la observada en las UCIs de EEUU que en los últimos tiempos han logrado reducir las bacteriemias de forma muy marcada, tal como muestran las cifras de NNIS.

1.2 Impacto en la evolución, estancia y coste de las bacteriemia relacionada con catéteres.—Diferentes estudios han analizado el impacto de la bacteriemia asociada a catéter en pacientes críticos. El incremento de la estancia hospitalaria es constante en todos los estudios y en la mayoría se muestra también un aumento de la mortalidad. En general, la mortalidad atribuible no supera el 10%. Los costes son elevados, hasta más de 12.000 dólares por caso en estudios caso-control, fundamentalmente debido a la prolongación de la hospitalización.

1.3 Impacto de las intervenciones regladas en la contención de las bacteriemias.—Recientemente, un estudio liderado por Peter Pronovost y realizado en 103 UCIs del estado de Michigan ha demostrado la posibilidad de reducir la bacteriemia relacionada con CVC prácticamente a 0. El programa de intervención se encontraba enmarcado en una iniciativa de seguridad estatal para pacientes ingresados en UCI, en el que el factor principal de estudio fue el impacto de la intervención en la tasa de infección relacionada con catéteres venosos centrales. Se desarrolló durante un período de tiempo de 18 meses y constaba de los siguientes puntos: 1) implementación de una hoja de objetivos diaria, que pretendía mejorar la comunicación entre los clínicos de las UCIs y estandarizar el manejo de los pacientes, 2) Elegir en cada unidad a un médico y una enfermera, como líderes encargados de diseminar la información y obtener los datos necesarios para la evaluación. La designación fue previa a la implementación del programa y fueron entrenados para la misión, 3) Instauración de los 5 procedimientos que han demostrado tener un mayor impacto en la reducción de las infecciones relacionadas con catéteres (higiene de manos, uso de barreras asépticas máximas durante la inserción, asepsia de la piel del punto de inserción con clorhexidina al 2%, evitar la vía de acceso femoral y retirar todos los CVCs innecesarios), 4) Creación y uso de una «carta de vía central» (Central-line cart) y una lista de comprobación (Checklist) para asegurar la adherencia y cumplimiento de las prácticas de control de la infección, y 5) medición mensual de las tasas de BRC en cada unidad.

Se analizaron los datos de 103 UCIs. La mediana de la tasa de BRC descendió de 2,7 episodios/1.000 días de CVC a 0/1.000 días de CVC tres meses tras el inicio y la media pasó de 7,7 episodios/1.000 días de CVC en el comienzo a 1,4 tras 16-18 meses ($p < 0,002$).

2. Objetivos.

Objetivo principal:

Reducción de la DI de la BRC a ≤ 4 episodios de bacteriemia por 1000 días de CVC, que representa un 40% respecto a la tasa media de los últimos 5 años y un 20% respecto a 2006 en las UCI españolas.

2. Contenido de la intervención.

Tal como se realizó en el estudio de Pronovost, se implementarán los 5 puntos seleccionados: lavado de manos, utilización de las medidas de barrera máximas en el

momento de la inserción del CVC, desinfección de la piel con clorhexidina, evitar la vía femoral y retirar los CVC innecesarios.

La intervención incluye los siguientes elementos:

a. Formación e información del personal sanitario.—Todo el personal de las unidades que atienden pacientes críticos debe realizar un curso «on line» de formación de 2 horas en el que se sintetizan los puntos esenciales de las infecciones relacionadas con catéteres, en especial su impacto clínico y las medidas de prevención. Las tasas de bacteriemias de cada unidad participante deberán ser comunicadas mensualmente.

b. Difusión del contenido de la intervención.—Las medidas recomendadas para su seguimiento serán presentadas en todos los servicios en sesiones conjuntas entre el personal médico y de enfermería. Se elaborará un material en soporte gráfico recordando los puntos de intervención. Se identificará un responsable médico y uno de enfermería para garantizar el cumplimiento de la intervención.

Actividades: Sesión informativa en los Servicios participantes. Programa educacional dirigido al personal sanitario responsable de la colocación y mantenimiento de catéteres. Lista de comprobación durante la inserción de catéteres. Recomendaciones básicas de mantenimiento de catéteres. Lista diaria de toma de decisiones respecto a los catéteres insertados. Medición mensual de las tasas de bacteriemia adquiridas en UCI. Encuesta de medición del clima de seguridad en UCI. Adhesión a campaña de higiene de manos.

c. Identificación de puntos débiles en el manejo de catéteres.—Se comentarán casos recientes de pacientes ingresados en la unidad que han desarrollado una BRC, así como los resultados de las listas de comprobación al colocar los CVC. Se identificarán cada mes puntos débiles en el manejo de catéteres que serán discutidos y propuestos como objetivos de mejora en los meses siguientes.

d. Adhesión a la campaña «Manos limpias».—Se fomentará la implantación en la unidad de la campaña propugnada desde la OMS y del MSC de mejora de higiene de manos. Se realizarán controles de la práctica adecuada de la higiene de manos.

3. Recogida de datos. Medidas y análisis.

La recogida de los datos de los casos de bacteriemia relacionada con catéter se realizará utilizando el programa ENVIN-HELICS. Sólo se incluirán los datos de los pacientes en los que haya diagnosticado una bacteriemia relacionada con catéter.

Los criterios utilizados para definir las infecciones son los publicados en el manual del proyecto ENVIN, siguiendo las indicaciones del CDC. Se ha definido la bacteriemia primaria como la presencia de cultivos positivos en sangre sin foco conocido de infección y se han incluido en esta definición, para el cálculo de tasas, las bacteriemias relacionadas con catéteres vasculares (BP/B-CV). Para que todos los estudios sean comparables se propone utilizar como medida de frecuencia las BP-CV por 1000 días de pacientes con CVC e incluye como:

Numerador: nuevos episodios de BRC.

Denominador: Número de días en los que los pacientes eran portadores de uno o más CVC.

Se calcula el ratio de utilización, definido como el cociente entre el número de días de utilización de los CVC y los días de riesgo (días de estancia).

Método de recogida de los datos.

Prospectivo, incluyendo todos los casos diagnosticados durante la estancia en UCI y en las siguientes 48 horas después de su traslado a otra unidad

4. Dirección del proyecto.

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

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