III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

864 *Resolución de 11 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 de Cataluña, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.*

Suscrito el 18 de noviembre de 2008, Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Cataluña 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, 11 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 de Cataluña para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios

En Madrid, a 18 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, doña Marina Geli i Fàbrega, en calidad de Consejera de Salud en virtud de las competencias que le atribuye el artículo 12 de la Ley 13/1989, de 14 de diciembre de organización, procedimiento y régimen jurídico de la Generalitat de Cataluña

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 162 del Estatuto de Autonomía de Cataluña atribuye 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

cve: BOE-A-2009-864

estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, incluye entre los órganos directivos del Departamento a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

El apartado 2 del citado artículo establece que 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 Cataluña 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 Comunidad Autónoma de Cataluña, 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 la infección nosocomial.

Incluye acciones relacionadas con la prevención de 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.

En Anexo al presente Convenio se detallan las acciones necesarias para el logro 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 Comunidad Autónoma 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 Comunidad Autónoma, siempre que ésta se encuentre en su poder.

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

cve: BOE-A-2009-864

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

Tercera. *Funciones y actividades del Departamento de Salud.*–El Departamento 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 Cataluña:

La Directora General de Recursos Sanitarios.
El responsable del proyecto Alianza Seguridad de Pacientes.

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 novecientos noventa y tres mil cuatrocientos diez euros (993.410,00) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70,00% que supone 695.387,00 €. 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 Comunidad Autónoma de Cataluña asumirá el 30% restante que asciende a 298.023,00 €.

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 especifico. 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

cve: BOE-A-2009-864

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 Cataluña.

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 de la Generalitat de Cataluña, Marina Geli i Fàbrega.

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 la 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»:

Proyecto presentado: Proyecto colaborativo para la aplicación del protocolo de realización de cirugía en el lugar correcto.

A pesar de la sofisticación de la cirugía en las últimas décadas, un problema tan básico como la cirugía errónea se continúa produciendo en todo el mundo. Su incidencia puede ser baja, pero cuando ocurre puede ser catastrófica para la persona afectada. Al tratarse de un error evitable con una correcta actuación, una de sus características más destacables es la elevada evitabilidad del error.

En 2003 la Joint Comission desarrolló el protocolo universal para reducir la incidencia de la Cirugía Errónea. El protocolo universal se basa en un consenso de los profesionales

cve: BOE-A-2009-864

implicados. La JCAHO ha establecido un conjunto de medidas que podrían ser útiles para reducir la incidencia de estos acontecimientos adversos: «Protocolo Universal para la Cirugía del Paciente, Procedimiento y Lugar Adecuado». Este protocolo se basa en tres pasos: Verificación preoperatorio, Señalización de la zona a operar y Pausa preoperatoria («time-out»).

Lo que se propone en este proyecto es llevar a cabo una adaptación y aplicación del protocolo universal basado en estos 3 pasos clave, mediante una estrategia de implantación de trabajo colaborativo para la incorporación de todos los hospitales de Cataluña que voluntariamente quieran ponerlo en marcha a nivel local.

Objetivos.

1. Realizar una campaña para implantar un protocolo para la prevención de la cirugía en lugar erróneo en los hospitales que se adhieran a la misma.
2. Promover una línea de trabajo conjunta entre hospitales a través de las unidades funcionales de seguridad clínica para facilitar el intercambio de lecciones aprendidas y de estrategias locales de implantación.
3. Mejorar la comunicación entre profesionales y con el paciente, para asegurar la cirugía en lugar correcto.
4. Evaluar el cumplimiento del protocolo e identificar áreas del proceso asistencial del paciente quirúrgico susceptibles de rediseño y de aplicación de mejoras para garantizar la cirugía en lugar correcto.
5. Estimular a los centros a participar, mediante la inclusión de la aplicación del protocolo de prevención en los objetivos de compra del CatSalut.

Metodología.

Metodología de los proyectos colaborativos, se trataría de realizar una campaña para fomentar una cultura de seguridad del proceso quirúrgico para garantizar la puesta en marcha del protocolo de cirugía en el lugar correcto.

Los criterios de inclusión son: centros de agudos públicos o privados que tengan actividad quirúrgica y se adhieran al proyecto voluntariamente, implicación por parte de los directivos del centro, Adopción del protocolo de prevención de cirugía en lugar erróneo, Formación y difusión del protocolo y cumplimiento con la recogida de datos y con la implantación de las diferentes fases del proyecto.

Los Profesionales participantes: Cirujanos de las especialidades de más riesgo, Enfermeras (en plantas de hospitalización y en quirófano) y Anestesiólogos.

Instrumentos /Protocolos de evaluación:

Elaboración y consenso de un protocolo de prevención de cirugía en lugar erróneo.

Herramientas para facilitar el análisis del proceso quirúrgico a nivel local.

Material informativo para profesionales y pacientes orientado a conocer mejor la aplicación del protocolo.

Aspectos más relevantes del protocolo de prevención de cirugía en el lugar erróneo, que serán consensuados en el grupo de trabajo.

El protocolo de cirugía en el lugar erróneo se basa en una serie de comprobaciones realizadas en tres momentos distintos en el circuito del paciente quirúrgico:

Verificación preoperatoria.

Señalización de la zona a intervenir.

Pausa preoperatoria.

Productos a presentar.

1. Protocolo del proyecto: Concreción del diseño del proyecto e inclusión de todos los elementos metodológicos resultantes.
2. Material elaborado:

Material de difusión y presentación del proyecto.

cve: BOE-A-2009-864

Material de difusión y educación en prevención de cirugía en lugar erróneo: Póster y trípticos.

Material de seguimiento y monitorización.

3. Informe de resultados.

Director del proyecto: M.ª Assumpció Benito Dirección General de Recursos Sanitarios. Departament de Salut.

Proyecto presentado: Sostenibilidad en la implantación de prácticas seguras en la evaluación anestésica preoperatoria.

La línea de trabajo iniciada en el marco de los convenios específicos del Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad del 2007, la Alianza para la Seguridad, en conjunto con la SAP de la Sociedad de Anestesiología, nos ha permitido establecer unas bases de trabajo para la disminución del «gap» existente entre la evidencia científica y la práctica clínica. Con este trabajo conjunto hemos tenido la oportunidad de conocer cómo es la calidad de la evaluación anestésica preoperatoria a nivel local, identificar algunas áreas de mejora, desarrollar las medidas que fomenten el aprendizaje y, como aspecto muy relevante, generar un entorno de trabajo de colaboración entre hospitales, que genere sinergias en el enfoque a la mejora continua. La propuesta en este proyecto está basada en incidir en una nueva estrategia de implantación de la evidencia científica, para facilitar la consolidación de los conocimientos, mejorar la homogeneización de la práctica clínica utilizando guías y algoritmos consensuados y basados en la mejor evidencia disponible, alcanzar este enfoque en nuevos hospitales interesados en participar, y evaluar la sostenibilidad de una estrategia formativa en el tiempo.

Objetivos.

Consolidar y generalizar una estrategia de trabajo colaborativo para la mejora de la evaluación preanestésica.

Disminuir la variabilidad de la práctica clínica en la evaluación de pacientes quirúrgicos mediante la aplicación sistemática de protocolos de actuación consensuados y basados en la evidencia científica.

Establecer una dinámica de evaluación continua y de benchmarking entre centros que favorezca la identificación de oportunidades de mejora a nivel local.

Disminuir la aparición de eventos cardíacos e incidentes relacionados con el manejo de la vía aérea.

Metodología.

Utilizando la metodología de los proyectos colaborativos, comentados en la introducción, se propone una línea de continuidad con el proyecto puesto en marcha en el marco del convenio específico con el Ministerio 2007.

Método de selección de centros:

Los criterios de inclusión para estos centros son corresponder a un centro de agudos que tenga actividad anestésica, adhesión voluntaria al proyecto, cumplimiento con la recogida de datos, y adopción de las medidas preventivas propuestas

La población diana son Anestesiólogos de hospitales públicos y privados agudos de Cataluña.

Las variables del estudio son:

Para incidentes relacionados con la vía aérea: Aplicación del protocolo de evaluación de la vía aérea, Aplicación de algoritmo para el manejo de la vía aérea difícil y Frecuencia de aparición y severidad de los eventos adversos relacionados con la vía aérea.

Para incidentes cardiológicos: Aplicación del algoritmo de evaluación cardiológica del paciente de riesgo cardiovascular y Frecuencia de aparición y severidad de las complicaciones cardiológicas perioperatorias.

cve: BOE-A-2009-864

Estrategia de implantación definida: Trabajo colaborativo, Implicación de los directivos y jefes de servicio Adopción de las guías a nivel local (que formen parte de los protocolos del servicio) Formación y difusión de las guías Evaluación seriada de la aplicación de los parámetros de evaluación preoperatorio Estrategias de benchmarking y comparación entre centros con características similares y Identificación de áreas de mejora y difusión de propuestas efectivas a nivel local.

Instrumentos/Protocolos de evaluación: Protocolos elaborados durante 2007 por la Sociedad Catalana de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor, Que son relativos a:

1. Aspectos claves del algoritmo de evaluación y manejo de la vía aérea difícil: Detectar en la visita anestésica preoperatoria aquellos pacientes que son susceptibles de una situación de vía aérea difícil, con el objetivo de preparar el material y al paciente y decidir la técnica más adecuada para el paciente y Decidir la técnica mas adecuada para el control de la vía aérea en aquellos pacientes en que se ha detectado un riesgo de vía aérea difícil (VAD).

En el caso de que el paciente sea considerado de riesgo, debería aplicarse el algoritmo para el manejo de la vía aérea difícil, que está orientado a promover la planificación de estrategias personalizadas de manejo adaptadas a la propia experiencia y a la disponibilidad de material, facilitar la elección de las técnicas con más probabilidad de éxito de intubación/ventilación y con menos riesgo de lesión de la vía aérea, asegurando la oxigenación constante en una situación rápidamente cambiante.

2. Aspectos claves del protocolo de evaluación cardiológica del paciente sometido a cirugía no cardiaca, teniéndose en cuenta: Factores clínicos de riesgo, condiciones cardiacas activas, factores clínicos de riesgo independientes, predictores menores de riesgo (edad avanzada, ECG anormal), tipo de cirugía, capacidad funcional, actitud frente a los antiagregantes plaquetarios y estrategias de prevención farmacológicas en el periodo perioperatorio.

Productos a presentar.

1. Protocolo del proyecto: Concreción del diseño del proyecto e inclusión de todos los elementos metodológicos resultantes del trabajo del grupo de expertos
2. Material elaborado:

Material de difusión y presentación del proyecto.

Material de difusión: Póster y trípticos educativos sobre la evaluación anestésica preoperatoria.

Material de seguimiento y monitorización: formularios electrónicos, herramientas de benchmarking online.

3. Informe de resultados.

Director del proyecto: M.ª Assumpció Benito Directora General de Recursos Sanitarios. Departament de Salut.

2. *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.

Prevención de la infección de herida quirúrgica.

Proyecto presentado: Proyecto colaborativo para la mejora de la aplicación de medidas preventivas de la infección quirúrgica en hospitales de agudos de Cataluña.

La infección del espacio quirúrgico (IEQ), es la más frecuente de las infecciones nosocomiales, registrada hasta en un 38 % de las infecciones nosocomiales del paciente quirúrgico. Está descrito que en este tipo de pacientes se dobla el riesgo de mortalidad postoperatoria, se incrementa un 60 % la estancia en unidades de cuidados intensivos y las probabilidades de reingreso se multiplican por cinco.

cve: BOE-A-2009-864

La oportunidad de trabajar en un proyecto para la disminución de la infección en Cataluña, viene apoyada por la estructuración de un grupo durante el año 2007, que se ha dedicado a la revisión de la evidencia científica disponible, y a la puesta en marcha de un enfoque de trabajo de colaboración entre hospitales para la disminución de la infección quirúrgica de la cirugía por cáncer de colon y recto.

Han participado mas de 20 hospitales de Cataluña y poniéndose en marcha una serie de cambios a nivel organizativo para mejorar la implantación de la mejor evidencia científica disponible en la práctica clínica y conseguir la disminución de la infección.

La propuesta de este proyecto está orientada a conseguir una mayor participación de centros para trabajar conjuntamente en la disminución de la infección del espacio quirúrgico, ampliar estas estrategias a otros tipos de cirugías susceptibles de mejora, consolidar las estrategias de cambio en los centros que participen, así como lograr la implicación de nuevos centros en la puesta en marcha de estrategias de prevención, en un entorno colaborativo y de aprendizaje.

Objetivos.

Implantar un conjunto de prácticas seguras basadas en la evidencia para la prevención de la infección quirúrgica en centros hospitalarios de Cataluña.

Fomentar las prácticas a través de los objetivos de los centros.

Promover una línea de trabajo de colaboración conjunta entre hospitales, para facilitar el intercambio de lecciones aprendidas en la puesta en marcha de las estrategias a nivel local.

Implantar un sistema estandarizado de evaluación de indicadores de seguimiento, orientado a la monitorización del impacto en la implantación.

Mejorar la aplicación de las medidas preventivas de la infección quirúrgica en hospitales de Cataluña.

Disminución de la infección del espacio quirúrgico en hospitales de Cataluña.

Metodología.

Una línea de continuidad con el proyecto puesto en marcha en el marco del convenio específico con el MSC en 2007.

Método de selección de centros:

Los criterios de inclusión son: Centros de agudos que tengan actividad quirúrgica y se adhieran voluntariamente al proyecto, aceptación de participación por parte de los directivos del centro, cumplimiento con la recogida de datos de infección y de cumplimiento de medidas preventivas, adopción de las medidas preventivas propuestas, como parte del protocolo de evaluación preoperatorio local, y por tanto promoción de la aplicación como una política de unidad/centro.

La Población diana de profesionales son sanitarios implicados en el proceso asistencial del paciente quirúrgico.

La Población diana de pacientes son pacientes sometidos a intervención quirúrgica en centros hospitalarios de Cataluña.

Las Variables del estudio más relevantes serán el cumplimiento de medidas preventivas y la infección quirúrgica.

La estrategia de implantación será trabajo colaborativo con una amplia participación de centros, adopción de las guías a nivel local (que formen parte de los protocolos del servicio), formación y difusión de las guías, ampliación del proyecto a otros centros no participantes en el primer año y a los nuevos tipos de cirugía que serán definidos, evaluación seriada de la aplicación de los parámetros de evaluación preoperatorio, estrategias de benchmarking y comparación entre centros con características similares e identificación de áreas de mejora y difusión de propuestas efectivas a nivel local.

Productos a presentar.

1. Protocolo del proyecto: Concreción del diseño del proyecto e inclusión de todos los elementos metodológicos resultantes del trabajo del grupo de expertos.

cve: BOE-A-2009-864

2. Material elaborado:

Material de difusión y presentación del proyecto.
Material de difusión y educación de profesionales: Pósters y trípticos, relacionados con las medidas preventivas de la infección.
Material de seguimiento y monitorización: formularios electrónicos, herramientas de benchmarking online.

3. Informe de resultados.

Director del proyecto: M.ª Assumpció Benito Directora general de Planificación de Recursos Sanitarios. Departament de Salut.
Prevención de infecciones relacionadas con catéteres centrales en UCI

Proyecto presentado: Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial.

Introducción:

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.
Recientemente, un estudio liderado por Peter Pronovost de la Johns Hopkins University (publicado en el New England Journal de diciembre de 2006) 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.
Esta intervención, que se ha tomado como ejemplo a nivel internacional, está siendo liderada en nuestro país por la Agencia de Calidad en colaboración con la OMS, siendo coordinada a nivel técnico por la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC) y siguiendo la metodología que el Dr. Pronovost y su equipo tienen desarrollada.
Los objetivos de esta intervención son:

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.

Metodología.

La intervención incluye la implementación de 5 prácticas seguras de efectividad demostrada: 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 sinteticen los puntos esenciales de las infecciones relacionadas con catéteres, en especial su impacto clínico y las medidas

cve: BOE-A-2009-864

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 seguimientos serán presentadas en todos los servicios en sesiones conjuntas entre el personal médico y de enfermería. Se elaborará un material en soporte grafico 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 identificaran 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 mejoría de higiene de manos. Se realizarán controles de la práctica adecuada de la higiene de manos.

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. 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.

Productos:

Informe del desarrollo del proyecto a nivel de Comunidad Autónoma.

Dirección del proyecto.

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

Comité Científico y Técnico: Incluirá a representantes de SEMICIYC, MSC, y OMS que contará con el apoyo del Dr. Pronovost y su equipo para el apoyo metodológico necesario.

cve: BOE-A-2009-864