

1607

RESOLUCIÓN de 22 de diciembre de 2006, 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 Castilla-La Mancha para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.

Suscrito el 20 de diciembre de 2006, Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha 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.

Madrid, 22 de diciembre de 2006.-El Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos.

ANEXO

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha para el Impulso de Prácticas Seguras en los Centros Sanitarios

En Madrid, a 20 de diciembre de 2006.

REUNIDOS

De una parte, doña Elena Salgado Méndez Ministra de Sanidad y Consumo, según nombramiento conferido por el Real Decreto 558, de 2004 (BOE nº 94 de 18 de abril de 2004), 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 Roberto Sabrido Bermúdez, Consejero de Sanidad, actuando en nombre y representación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en ejercicio de las funciones que tiene atribuidas de conformidad con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 11/2003, de 25 de septiembre, del Gobierno y del Consejo Consultivo de Castilla La Mancha.

Ambos, 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 artículo 32.3. de la Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto de Estatuto de Autonomía de Castilla la Mancha, modificada por las Leyes Orgánicas 7/1994, de 24 de marzo y 3/1997 de 3 de julio, 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.

Cuarto.-Que la CC.AA. de Castilla la Mancha tiene interés en colaborar en el impulso de proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Quinto.-Que 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.

Sexto.-Que ambas entidades reconocen la existencia de objetivos e intereses comunes en la mejora de la calidad asistencial y en concreto en los campos de la transferencia de conocimientos y la toma de decisiones basada en la evidencia, así como la voluntad de colaborar y establecer fórmulas de cooperación que contribuyan al cumplimiento de sus fines.

Séptimo.-Que ambas partes tienen intereses comunes 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 ambas partes, 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:

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

Prevenir las complicaciones de la anestesia.

Prevenir úlceras por presión en pacientes ingresados.

Promover la práctica de manos limpias en todos los centros asistenciales.

Prevenir los errores debidos a medicación.

Asegurar el cumplimiento de las últimas voluntades en los pacientes informados.

Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la CC.AA.

En el anexo técnico se especifican las acciones concretas y los indicadores de resultado establecidos.

Segunda. Funciones y actividades del Ministerio.

Prestará el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el Convenio,

Colaborará con la CC.AA de Castilla La Mancha en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por la CC.AA. y en la medida que las labores propias de sus funcionarios lo permitan.

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

Cofinanciará las actividades objeto del Convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

Tercera. Funciones y actividades de la Consejería.

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

Elaborará 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.

Cofinanciará las actividades objeto del Convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

Elaborará 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 reunirán a petición de parte y al menos una vez antes del fin de su vigencia. Esta Comisión estará formada:

En representación del Ministerio de Sanidad y Consumo:

El Director General de la Agencia de Calidad del SNS.

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

En representación de la CC.AA de Castilla-La Mancha:

El Director General de Planificación y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad.

El Secretario General del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

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 y certificarán de conformidad, en su caso, los informes previstos en la cláusula sexta.

La comisión de seguimiento tendrá en cuenta lo establecido en el artículo 27 de la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado y valorará la presencia en la misma de un representante de la Delegación del Gobierno en la Comunidad Autónoma.

Quinta. Plazo de vigencia.

El plazo de vigencia del presente Convenio se establece en el período comprendido entre la fecha de su firma y el 15 de diciembre de 2007.

Con el acuerdo de ambas partes, el presente Convenio se podrá prorrogar por períodos 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 un millón ciento veintiocho mil ochocientos cincuenta y nueve euros (1.128.859 €) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70 % que supone 790.201,31 euros, asumiendo la CC.AA. el 30 % restante que asciende a 338.659,69 euros

La división anual de las cantidades aportadas es la siguiente:

Ejercicio 2006: 763.856,18 euros.

Ejercicio 2007: 365.002,83 euros.

El presupuesto parcial por cada anualidad aportado por la CC.AA de Castilla la Mancha es:

2006: 171.205,2 euros.

2007: 167.452,5 euros.

El presupuesto parcial por cada anualidad aportado por el Ministerio de Sanidad y Consumo asciende a:

2006: 592.650,98 euros.

2007: 197.550,33 euros.

Las cantidades correspondientes al Ministerio de Sanidad y Consumo se imputarán con cargo a la aplicación presupuestaria 26.13.3110.226.10 de sus presupuestos de gastos del ejercicio 2006 y 2007, quedando las correspondientes al ejercicio 2007 vinculados a la existencia de crédito adecuado y suficiente en los Presupuestos Generales del Estado para ese ejercicio.

Las cantidades a abonar por el Ministerio de Sanidad y Consumo se realizarán en dos pagos:

1. El primero tras la firma del Convenio y entrega por la C.A. de Castilla la Mancha de un informe preliminar relativo al inicio de las actuaciones y cronograma del total de las mismas, por un importe correspondiente al 75 % del total de la aportación del Ministerio, 592.650,98 euros con cargo al Presupuesto del ejercicio 2006. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2006.

2. El segundo tras la recepción 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, por un importe correspondiente al 25 % del total de la aportación del Ministerio, 197.550,33 euros con cargo al Presupuesto del ejercicio 2007. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2007.

Ambos informes, preliminar y final, necesitarán el certificado de conformidad de la comisión de seguimiento como requisito previo al pago.

Ambas partes estarán sometidas a los procedimientos de autorización y control presupuestario del gasto vigente en cada una de ellas, garantizando la correcta utilización de los fondos.

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 CC.AA de Castilla La Mancha.

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 por cada una de las partes, previo aviso con un plazo no inferior a tres meses a la fecha prevista para la resolución del Convenio o de sus prórrogas.

Novena. *Marco jurídico.*

El presente Convenio de colaboración tiene naturaleza administrativa de los previstos en el artículo 6 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y en el artículo 3.1.c) del Real Decreto Legislativo 2/2001 de 16 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas 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.

Décima. *jurisdicción.*

Las dudas y controversias que puedan surjan 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 conformi-

dad 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. Firmado.-La Ministra de Sanidad y Consumo, doña Elena Salgado Méndez, el Consejero de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, don Roberto Sabrido Bermúdez.

ANEXO TÉCNICO

Prescripciones técnicas a cumplir por los proyectos

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

Justificación: Para reducir la frecuencia de los eventos adversos es necesario conocer su presentación, analizar sus causas y diseñar acciones para prevenirlos. Para conseguir este fin es necesario contar con sistemas de notificación de errores y riesgos, voluntarios y anónimos cuya utilidad ha sido demostrada en el ámbito sanitario.

Proyectos presentados:

1. Estudio de prevalencia de efectos adversos ligados a la hospitalización en Castilla-La Mancha.

Objeto de la propuesta: Realizar un estudio de la prevalencia de efectos adversos ligados a la hospitalización en Castilla-La Mancha, con el objetivo de conocer sus principales características y poder diseñar medidas preventivas.

Objetivos:

Estimar la prevalencia de EAs y de pacientes con EA en los hospitales públicos de la Castilla la Mancha.

Estudiar los factores de riesgo intrínsecos.

Estudiar los factores de riesgo extrínsecos.

Metodología: Estudio transversal descriptivo con componentes analíticos.

Sujetos de estudio: Pacientes hospitalizados cuya hospitalización sea superior a 24 horas en los hospitales públicos castellanomanchegos.

Periodo de estudio: Una semana del mes de noviembre de 2006.

Definición de caso:

Ante la inexistencia de una taxonomía universalmente aceptada de los EAs, se define Efecto adverso para este estudio como todo accidente o incidente recogido en la Historia Clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado a las condiciones de la asistencia. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela, la muerte o cualquier combinación de éstos. El incidente, no causa lesión ni daño, pero puede facilitarlos.

Accidente: Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que produce daño al paciente o pérdidas materiales o de cualquier tipo.

Incidente: Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas materiales o de cualquier tipo. También puede definirse como un suceso que en circunstancias distintas podría haber sido un accidente; o como un hecho que no descubierto o corregido a tiempo puede implicar problemas para el paciente.

Criterio de exclusión: Paciente con hospitalización inferior a 24 horas o en unidades de observación de urgencias o de corta estancia. Paciente cuyo episodio de hospitalización objeto de estudio no se encuentra disponible en la historia clínica. Paciente cuya historia clínica no se encuentra disponible.

Se incluirán los EAs detectados durante la hospitalización y aquellos que sean consecuencia de episodios de hospitalización previa en el mismo hospital de acuerdo con el siguiente esquema: Si el EA ocurre en Atención Primaria y es detectado en la hospitalización, no se incluye en el estudio. Tampoco se incluye cuando ocurre en la hospitalización, pero se detecta tras el alta. Si ocurre en una hospitalización previa del mismo hospital se incluye, pero si ocurrió en hospitalización previa en otro hospital no incluido en el estudio, no se incluye el caso.

Variables estudiadas:

1. Variables ligadas a la asistencia:

1.1 Servicio.

1.2 Tipo de ingreso.

1.3 Estancia en días.

1.4 Factores de riesgo extrínsecos.

2. Variables ligadas a la enfermedad o procedimiento:

2.1 Diagnóstico principal.

2.2 Intervención quirúrgica.

- 2.3 Procedimiento quirúrgico.
- 2.4 Riesgo ASA.

3. Variables ligadas al sujeto:

- 3.1 Edad.
- 3.2 Sexo.
- 3.3 Factores de riesgo intrínsecos.

Instrumentalización:

1. Formularios a utilizar para el estudio de los efectos adversos en el hospital:

1.1 Guía para el cribado de efectos adversos, adaptada del estudio de Harvard.

1.2 Versión española del Cuestionario Modular para revisión retrospectiva de casos MRF2. El formulario consta de 5 módulos.

Módulo A: Identifica el Efecto Adverso.

Módulo B: Describe la lesión y sus efectos.

Módulo C: Circunstancias (momento) de la hospitalización en que ocurrió el efecto.

(C1: Admisión a planta; C2: Procedimientos, instrumentalización; C3: Reanimación, UCI; C4: Cuidados en planta; C5: Asesoramiento al alta).

Módulo D: Principales problemas en el proceso asistencial.

(D1: Error diagnóstico; D2: Valoración general; D3: Supervisión y cuidados; D4: Infección nosocomial; D5: Procedimiento quirúrgico; D6: Medicación; D7: Reanimación).

Módulo E: Factores causales y posibilidades de prevención.

2. Base de datos adaptada del Proyecto IDEA.

Procedimiento: Un/una enfermero/a cumplimentará la Guía de Cribado para todos los episodios de hospitalización incluidos en el estudio.

Cuando la Guía de Cribado tenga alguna casilla del Formulario Resumen de la HC marcada con un sí (Guía de cribado positivo), debe iniciarse la cumplimentación del formulario MRF2 –versión española–. Ésta se realizará por un médico entrenado con formación en Medicina Preventiva y Salud Pública.

Los casos dudosos serán reanalizados por el Comité Directivo.

Encuestadores:

Un enfermero por cada centro con entrenamiento para la cumplimentación de la Guía de Cribado.

Un médico formado en la cumplimentación del MRF2 y en el manejo de la Base de Datos del proyecto IDEA. Se contará con el apoyo de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Control de calidad de la recogida de datos

Los propios del proyecto IDEA, encaminados a mantener la integridad de la información recogida.

Todos los formularios serán revisados por el Comité de Dirección. Aquellos que contengan problemas serán discutidos en sesión conjunta para decidir su inclusión.

Durante todo el proceso de recogida de datos, el equipo de dirección estará comunicado con los revisores para resolver dudas.

Análisis de datos:

1. Descripción de los EAs: Global y por servicio y por servicio (médicos y quirúrgicos):

Descripción de la muestra: Número de pacientes incluidos/excluidos, los perdidos serán explicados.

Descripción de las variables estudiadas.

Descripción de las alertas detectadas por la Guía de Cribado.

Descripción de los casos EAs confirmados.

2. Se calculará la Prevalencia. Se calculará la proporción de pacientes que reingresan por un EA y la proporción de EAs que ocurren en el periodo de prehospitalización (Atención Primaria o ingreso previo en hospital). Se calculará el porcentaje de EAs evitables global y por servicio.

Productos a presentar:

Informe de síntesis para la Consejería de Sanidad.

Plan de mejora incluido en el Plan de Calidad del SESCAM.

Medición:

Porcentaje de gerencias que han puesto en marcha un sistema de notificación de efectos adversos.

Porcentaje de Unidades Funcionales que han realizado evaluación del sistema de notificación.

Director del proyecto: Juan Fernández Martín. Jefe de Servicio De Investigación. SESCAM, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Doctor en Medicina. Experto en Calidad Asistencial.

Expertos y colaboradores:

Jesús Aranaz Andrés. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández de Elche. Director del Estudio ENEAS.

Félix Alcázar Casanova. Jefe de Servicio de Calidad Asistencial. Técnico Superior de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha.

2. Bases jurídicas para un sistema de notificación de sucesos adversos.

Objeto de la propuesta: Posibilitar la realización de un estudio jurídico de amplio espectro sobre la viabilidad de la implantación de un sistema de registro de notificación de sucesos adversos en el ámbito sanitario.

El resultado de este estudio se plasmaría en un informe y un dossier sistematizado de material jurídico.

El informe analizaría las implicaciones jurídicas de estos sistemas de registro, y su adecuación al ordenamiento estatal y autonómico incluyendo, en su caso, propuestas para la adaptación de la normativa vigente.

El dossier documental sistematizado permitiría la consulta de los materiales jurídicos disponibles sobre registros y sistemas de notificación de sucesos adversos en sanidad.

Objetivos:

1. Detectar y describir aquellos elementos con relevancia jurídica de un sistema de notificación y registro de sucesos adversos en el ámbito sanitario.

2. Identificar los sectores del ordenamiento jurídico que incidan sobre un proyecto de implantación de un sistema de notificación de sucesos adversos en sanidad.

3. Delimitar las competencias de las diferentes Administraciones sanitarias.

4. Analizar la normativa, jurisprudencia y doctrina española aplicables a un sistema de notificación de sucesos adversos en el sector sanitario.

5. Analizar el derecho comparado en relación con los sistemas de notificación de sucesos adversos (sector sanitario).

6. Aplicar las conclusiones obtenidas a los diversos sistemas de notificación posibles (voluntario/obligatorio; anónimo/ confidencial/ no confidencial; oficial/independiente, etc...).

7. Definir las bases jurídicas de un modelo de registro viable para el SNS.

Metodología:

1. Estudio descriptivo extenso de la legislación, doctrina y jurisprudencia estatal, autonómica y comparada relativa a los sistemas de notificación de sucesos adversos en el sector sanitario mediante la búsqueda y recopilación del material bibliográfico disponible sobre la materia en bases de datos y buscadores en lenguas española, inglesa y francesa, así como recurriendo a los fondos bibliográficos de material jurídico de instituciones públicas y privadas, y a las publicaciones disponibles en el mercado, según criterios de inclusión habituales en el estudio jurídico (vigencia de las normas, actualidad de la doctrina jurídica, ámbito de aplicación subjetivo, objetivo y territorial, etc...).

2. Clasificación y sistematización de la bibliografía capturada a través de un aplicativo informático de gestión documental que permita su localización por tema, autor, título, y palabras claves.

3. Traducción de aquellos materiales en lengua inglesa y francesa que sean precisos para su estudio por los juristas.

4. Revisión de la documentación obtenida, análisis y estudio de los presupuestos fácticos y jurídicos sobre los que versa el informe.

5. Redacción del documento final sobre las bases jurídicas para un sistema de notificación de sucesos adversos en el sector sanitario.

Productos a presentar:

Informe jurídico sobre el encaje en el ordenamiento estatal y autonómico vigente de un sistema de registro y notificación de sucesos adversos en el ámbito sanitario.

Dossier bibliográfico sistematizado del derecho español y comparado aplicable a registros de notificación de sucesos adversos.

Director del proyecto: David Larios Risco. Coordinador de Derecho Sanitario y Bioética del SESCAM, Cuerpo Superior de Letrados de la Administración de la Seguridad Social, Escala de Letrados de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Magíster en Derecho Sanitario por la UCM y Profesor en la Universidad de Castilla-La Mancha, Universidad Internacional Menéndez Pelayo y Escuela Nacional de Sanidad.

Prevenir las complicaciones de la anestesia.

Justificación: Aunque la muerte por anestesia hoy en día es rara, la morbilidad por este procedimiento ha aumentado su prevalencia: Los efectos que la anestesia puede provocar van desde las náuseas hasta el accidente cerebro vascular agudo (ACVA) o el infarto agudo de miocardio (IAM). Aunque muchos de estos eventos pueden ser difíciles de catalogar

como evitables si se han mostrado acciones efectivas capaces de reducir algunos de ellos. Entre estas acciones la aplicación de listas de comprobación en el pre operatorio puede reducir errores así como el identificar pacientes a riesgo de cardiopatía isquémica para ponerles tratamiento preventivo con beta bloqueantes. La limitación aquí es, por tanto, poder especificar adecuadamente todos los efectos adversos que se pueden producir como consecuencia de la anestesia y determinar cuales de ellos pueden ser prevenibles. Aunque el indicador que mide que esta práctica ha sido recomendada por el grupo de expertos de indicadores de calidad de la OCDE, quedaría por determinar qué códigos CIE-9 se tendrán en cuenta como diagnóstico secundarios de efecto adverso producido por la anestesia. Hasta que estos términos no se aclaren en el seno del grupo de expertos de la OCDE, proponemos aquí cumplimentar listas de comprobación preoperatorio, tratar con beta bloqueantes a pacientes con riesgo de CI y valorar, con un grupo de expertos, cuales son los efectos adversos (y códigos de la CIE-9 correspondientes) atribuibles a complicaciones por anestesia según evidencias disponibles.

Proyecto presentado: Monitorización del despertar.

Se puede definir la anestesia como un estado de inconsciencia inducida por fármacos en la cual el paciente no percibe ni recuerda estímulos dolorosos. El despertar intraoperatorio ocurre en un 0,2 % de los pacientes intervenido y es el recuerdo de sucesos ocurridos durante la anestesia general. Los pacientes afectados describen una incapacidad de movimientos a la vez que escuchan conversaciones, perciben las manipulaciones quirúrgicas..., y esto acompañado de sentimientos de miedo, dolor e impotencia. Para algunos pacientes, esta ha sido su peor experiencia hospitalaria y en los casos severamente afectados se ha llegado a desarrollar un síndrome de estrés postraumático.

Para disminuir este fenómeno existe en la actualidad la posibilidad de emplear un dispositivo, el BIS (Bispectral index monitoring) que sirve para medir la profundidad anestésica y que permite asegurarse de que el paciente se encuentra correctamente anestesiado y analgesiado.

Esta monitorización permite ajustar mejor las dosis de anestésicos dado que una sobredosificación también tiene efectos negativos, como un aumento del tiempo de recuperación y un impacto económico al alargarse el tiempo de vigilancia.

Objetivos:

Reducir los despertares intraoperatorios en pacientes intervenidos quirúrgicamente y evitar por tanto las experiencias de miedo y dolor y, en los casos más graves, el síndrome de estrés porstraumático.

Evitar la sobredosificación innecesaria de anestésicos para evitar este fenómeno.

Reducir indirectamente el gasto de anestésicos generales.

Mejorar la calidad y la seguridad perioperatoria del paciente intervenido.

Convertir en rutina la monitorización del despertar intraquirúrgico.

Metodología:

Se propone la aplicación de la monitorización BIS a los pacientes sometidos a cirugía general con Glasgow previo de 15.

Los datos de ocurrencia del fenómeno se recogerán de la historia clínica transanestésica de cirugía programada y por las manifestaciones posteriores del enfermo.

Diseño de un protocolo estandarizado que incluya un check-list que permita 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. Dicho protocolo será aplicado a todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía electiva. Por ejemplo: Los pacientes con riesgo de cardiopatía isquémica (CI) deberán ser tratados con beta bloqueantes.

Plan de trabajo:

Fases de desarrollo:

Experimentación prospectiva en un año de anestésicos generales monitorizadas por BIS de cirugías programadas intraoperatoriamente.

Seguimiento y recolección de datos 24 horas después del acto anestésico por otro integrante de los participantes.

Lugar del proyecto: Quirófano del Hospital Nuestra Sra del Prado, Talavera de la Reina.

Productos a presentar:

Dispositivo BIS.

Sensores desechables.

Medición:

Porcentaje de pacientes con cirugía electiva sometidos a checklist.

Porcentaje de pacientes con riesgo de CI tratados con beta bloqueantes previo a cirugía (se excluyen contraindicaciones).

Porcentaje de altas quirúrgicas en las que figura como diagnóstico secundario cualquier complicación debida a la anestesia (utilizar códigos CIE-9-CM).

Aclaración:

Se considera cumplido si se cumplimentan todos los ítems del checklist.

Pacientes identificados por el checklist con riesgo de CI.

Identificar los códigos de la CIE-9-CM relacionados con complicaciones derivadas de la anestesia (p.e.: IAM: 410.9).

Excepciones: Procedimientos quirúrgicos urgentes. Códigos CIE)-CM debidos a envenenamiento con anestésicos (E855.1, 968.1-4, 968.7), cualquier código por dependencia activa a drogas, abuso de drogas y auto intoxicación.

Director del proyecto: Doctor Joaquín Cuadrado.

Prevenir úlceras por presión en pacientes ingresados.

Justificación: La ocurrencia de úlceras por decúbito en pacientes hospitalizados es una complicación frecuente en pacientes inmovilizados que tiene un impacto negativo para la salud del individuo y a menudo produce prolongación de la estancia hospitalaria y aumento de costes sanitarios. Las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas con adecuados cuidados enfermeros.

Proyecto presentado: Prevención de UPP en los Pacientes Hospitalizados en el Hospital Virgen de La Luz, Cuenca, y en el Hospital de Hellín.

Objeto de la propuesta: Establecer una estrategia de mejora de los resultados de incidencia y prevalencia de UPP en los pacientes hospitalizados.

Análisis de situación:

El problema de las úlceras por presión en España es una realidad, según los datos que se desprenden de los estudios de la GNEAUPP, situación que acarrea graves repercusiones en diferentes terrenos:

En la calidad de vida de los usuarios.

En la utilización del tiempo asistencial de enfermería.

En la utilización de recursos materiales.

El 95 % se podrían evitar. (Hibbs P, 1987) (Waterlow J, 1996).

El interés por el control y disminución de su presencia en nuestro entorno de cuidadores nos lleva a la necesidad de disponer de estrategias de educación y prevención basadas en las mejores evidencias científicas disponibles e integrarlas en guías de práctica clínica interdisciplinares.

La prevención de las UPP en los hospitales es uno de los grandes retos de los profesionales para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

1. Respecto a la prevención de UPP, en el Hospital de Hellín se aplica para la identificación del riesgo de desarrollarlas la escala de Norton modificada a todos los pacientes que ingresan. El protocolo incluye los cuidados de enfermería que deben llevarse a cabo para la prevención según la puntuación en la escala, la descripción del estado de las mismas en caso de aparición o si el paciente las presenta a su ingreso y un diario de curas.

El indicador utilizado para su evaluación, incluido en los Objetivos de Calidad del Contrato de Gestión, es la Prevalencia de UPP, utilizándose dos fuentes de datos:

Estudio EPINE (Prevalencia año 2005: 7.02 %).

Estudio de vigilancia de UPP por Unidades de Enfermería realizado por la Comisión de Calidad (Resultados 2005: pacientes con riesgo: 12.33 %; pacientes de riesgo con UPP: 61.11 %; pacientes con UPP nueva: 0.68 %).

Aunque estos datos se obtienen sobre una muestra aleatoria de pacientes por lo que desconocemos el número exacto de UPP nosocomiales en nuestro hospital, en este momento contamos con un número insuficiente de colchones antiescaras y de sobrecolchones de aire, por lo que no se les puede proporcionar a todos los pacientes que lo precisan ni durante todo el tiempo de hospitalización. Asimismo el 100 % de los colchones son estándares, sabiendo que tal y como recomienda el GNEAUPP la utilización de colchones con espuma viscoelástica es en sí misma una medida eficaz de prevención de UPP.

Objetivos:

Establecer un sistema de identificación de riesgos.

Establecer una guía de estrategias ligadas a cada uno de los diferentes riesgos.

Monitorizar la identificación de riesgos.

Establecer estrategias de formación para los diferentes profesionales.

Metodología: Para la monitorización del riesgo se establece un sistema de medición constante y continuada de valoración de todos los pacientes

en el momento de su ingreso hospitalario, por medio de observación directa.

1. Aplicación del protocolo a todos los pacientes ingresados y de forma semanal en caso de prolongarse el ingreso.

2. Elaboración de póster con el «Árbol de decisiones para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión», para colocar en todas las Plantas de Hospitalización, en el Área de Reanimación y Cuidados Especiales, y en el Área de Cuidados Intermedios.

Mediciones:

Porcentaje de pacientes ingresados a los que se les ha aplicado el protocolo.

Porcentaje de altas hospitalarias que presentan UPP en cualquier diagnóstico secundario.

Plan de trabajo.

Lugar del Proyecto: Hospital Virgen de la Luz.

1. Elaboración de Guía de medidas y cuidados con respecto al riesgo.

2. Sesiones Informativas y formativas para todo el personal de las unidades de hospitalización.

3. Difusión de las guías de actuación a todo el personal.

4. Adquisición de recursos de prevención (Colchones especiales, accesorios de apoyo).

Lugar del Proyecto: Hospital de Hellín.

1. Los colchones actuales se sustituirán por los de viscoelástica de forma progresiva comenzando lógicamente por los que se encuentren en peor estado.

2. Mensualmente y de forma aleatoria, un día se revisarán las historias de todos los pacientes ingresados en ese momento en una de las plantas de hospitalización, para comprobar a los pacientes que se les ha aplicado al ingreso la escala de Norton modificada y si se han tomado las oportunas medidas preventivas según el protocolo de Prevención de UPP. De no cumplirse se comunicará a la/el supervisora/or de enfermería para intentar buscar medidas incentivadoras para que se cumpla el protocolo.

3. En cuanto estén disponibles se colocarán los pósters con el «Árbol de decisiones para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión» en todas las Plantas de Hospitalización, en el Área de Reanimación y Cuidados Especiales y en el Área de Cuidados Intermedios.

Acción común: Diseño de un protocolo estandarizado que incluya un checklist que permita identificar pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión (inmovilización, incontinencia, deterioro cognitivo, déficit de nutrición, etc) y que describa específicamente las medidas clínicas necesarias para impedir su presentación (colchón antiescaras, vendajes, etc). Dicho protocolo será aplicado a todos los pacientes en el momento de su ingreso y de forma regular durante el mismo.

Productos a presentar: Guías y Protocolos elaborados.

Indicadores de logro:

Porcentaje de pacientes ingresados en los que se ha aplicado el protocolo

Porcentaje de altas hospitalarias que presentan úlceras por decúbito en cualquier diagnóstico secundario.

Aclaraciones: Pacientes con estancia superior a 4 días. Código de diagnóstico CIE-9 CM: 707.0.

Exclusión: Pacientes pediátricos (< 15 años), hemiplejías, paraplejías, o tetraplejías y pacientes que presentaban úlceras previamente.

Directoras del proyecto:

María del Pilar Lillo Tejada; Supervisora de Área de Calidad, Hospital Virgen de La Luz.

Rosa Roldán Ortega. Coordinadora de Seguridad Clínica Hospital de Hellín.

Promover la práctica de manos limpias en todos los centros asistenciales.

Justificación: La adecuada higiene de las manos antes y después de explorar a un paciente es una medida eficaz para reducir las infecciones nosocomiales y actualmente recomendada por las principales organizaciones sanitarias internacionales.

Aplicar el principio de Manos Limpias, prácticas seguras, empleando sustancias hidro-alcohólicas tanto antes como después del contacto directo con el paciente o los objetos que le rodean en los centros sanitarios de todas las gerencias.

Proyecto presentado.

Implantar o mejorar prácticas de seguridad: Lavado de manos, en el hospital de Hellín, en el Hospital Virgen de La Luz de Cuenca, en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo y en el Hospital Universitario de Albacete.

El objeto de esta propuesta consiste en implantar y/o mejorar en nuestros Hospitales una serie de prácticas de seguridad recomendadas por organismos internacionales por la evidencia de su efectividad en la reducción de los efectos adversos y la factibilidad de su aplicación. Establecer una estrategia que permita a largo plazo la adhesión de los trabajadores de nuestro hospital a las políticas de higiene de manos. Mejorar la adherencia a la higiene de manos mediante empleo de antisépticos por frotación, y disminuir la tasa de infecciones nosocomiales exógena y cruzada.

Objetivos:

Promover la práctica de manos limpias.

Establecer un programa global para la mejora de las prácticas de higiene de manos.

Hacer que la adhesión a la mejora de la higiene de las manos sea una prioridad institucional.

Informar y educar al personal respecto a las actividades de cuidado de pacientes que puedan conllevar la contaminación de las manos y las ventajas e inconvenientes de los diferentes métodos de limpieza de manos.

Informar al público en general sobre los beneficios del lavado de manos en la prevención de la infección.

Monitorizar el cumplimiento por parte de los trabajadores sanitarios de las prácticas de higiene de manos recomendadas.

Poner a disposición del personal soluciones alcohólicas y cremas emolientes, para mejorar la adhesión a las prácticas de higiene.

Metodología.

Para monitorizar el grado de adhesión por parte de los trabajadores sanitarios a las prácticas de higiene de manos recomendadas, estableceremos 2 tipos de mediciones:

Cumplimentación de un cuestionario antes y después de sesiones formativas, estratificando por estamentos y servicios.

Realización de trabajo de campo mediante la inspección directa del lavado de manos y uso de solución alcohólica por frotación.

Monitorización de tasas de infección, brotes EAMR, acinetobacter multirresistente...

Se dispondrá de dispensadores manuales de solución hidroalcohólica para el lavado de manos en los siguientes puntos de cada Hospital:

Una unidad en cada Consulta (40).

Tres unidades en cada Planta de Hospitalización (12).

Dos unidades en el Área de Reanimación y Cuidados Especiales.

Una unidad en la Unidad de Cuidados Intermedios.

Dos unidades en Área de Quirófanos.

Una Unidad en Observación de Urgencias y otra en cada box de exploración (8).

Una unidad en la zona de extracción de muestras del Laboratorio.

Cuatro unidades en el Servicio de Radiología.

2. Elaboración de 10 carteles informativos, que se colocarán en zonas visibles al público, sobre el beneficio del lavado de manos.

Mediciones:

Consumo de unidades totales de dispensadores de solución hidroalcohólica para el lavado de manos.

Productos a presentar:

1. Carteles informativos sobre el correcto lavado de manos, y uso adecuado de soluciones alcohólicas, tanto para el público como para los trabajadores.

2. Dispensadores con dosificador desechable con solución alcohólica.

3. Dispensadores automáticos.

4. Envase de solución alcohólica de 100 cc.

5. Dispensadores con crema emoliente.

6. Maletín con kit de demostración de lavado de manos y gel de demostración.

Indicadores de logro:

Medición:

Porcentaje de Servicios asistenciales en cada Hospital que disponen de carteles/dípticos informativos.

Porcentaje de lugares identificados en el hospital en los que está disponible la solución hidro-alcohólica.

Aclaración:

Los carteles y dípticos estarán accesibles al público en las salas de espera de consultas externas y en los espacios comunes de las plantas de los hospitales y centros de salud.

Los lugares con solución hidro-alcohólica deben ser las consultas, las plantas y el servicio de urgencias.

Adherencia a la higiene de manos: Porcentaje de veces realizado respecto a oportunidades.

Infección nosocomial: Tasa de nuevos aislamientos de SAMR por 10000 pac-días, tasa de bacteriemias asociadas a catéteres.

Porcentaje de infecciones cruzadas demostradas por microbiología molecular.

Para monitorizar el grado de adhesión por parte de los trabajadores sanitarios a las prácticas de higiene de manos recomendadas, estableceremos dos tipos de mediciones:

Cumplimentación de un cuestionario antes y después de sesiones formativas, estratificando por estamentos y servicios.

Realización de trabajo de campo mediante la inspección directa del lavado de manos y uso de solución alcohólica por frotación.

Monitorización de tasas de infección, brotes EAMR, acinetobacter multirresistente...

Directoras del proyecto:

Dra. Rosa Roldán Ortega.

Coordinadora de Seguridad Clínica del Hospital de Hellín.

Dra. Mar Gómez Santillana. Responsable Unidad de Medicina Preventiva y Coordinador de Calidad del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca.

Dra. Enriqueta Muñoz Platón. Medicina Preventiva. Hospital Ntra. Sra. De la Salud. Toledo.

Dr. Javier Lucas Imbernon. Responsable de calidad. Hospital Universitario de Albacete.

Prevenir los errores debidos a medicación.

Justificación: Los errores en la medicación constituye una de las causas más frecuentes de efectos adversos tanto en pacientes hospitalizados como en el ámbito extra hospitalario. Varios estudios han encontrado que la mitad de los errores ocurren durante la prescripción de fármacos aunque también son frecuentes durante su administración. Los errores en la medicación pueden producir daños de diversa consideración e incluso muerte a los pacientes así como prolongación de estancias y aumento de gasto sanitario.

Según la Joint Comisión (JCAHO, 2004) las tres mayores causas de errores en la medicación se deben a: Formación (60%), Comunicación (50-60%) y disponibilidad de información (20-30%). La experiencia de cientos de organizaciones ha demostrado que la comunicación deficiente sobre órdenes en el tratamiento es responsable de al menos el 50% de los errores en la medicación en el hospital y suponen, al menos, el 20% de los efectos adversos. Por ejemplo: Una revisión multidisciplinaria sobre órdenes de medicación en pacientes pediátricos con cáncer reveló que el 42% de las órdenes revisadas necesitaban ser cambiadas.

Los sistemas de salud pueden mejorar este problema a través de sistemas computarizados de prescripción, mejoras en la identificación de fármacos, mejoras en la comunicación entre profesionales e implantación de dosis única de fármacos (unidosis).

Siendo los errores de medicación una de las causas más frecuentes de eventos adversos se proponen aquí varias prácticas asistenciales dirigidas a: La mejora de:

1. La identificación de medicamentos en los centros asistenciales.
2. La mejora en la identificación de drogas de «alto riesgo».
3. La mejora en la administración de medicamentos en pacientes hospitalizados.

Acción-1: Se diseñará un protocolo que permita homogeneizar el etiquetado, empaquetado y almacenaje de los medicamentos existentes de forma que no permita confusión entre los diferentes grupos terapéuticos.-Medición: Porcentaje de centros en los que existe un método estandarizado para la identificación de medicamentos.

Aclaración protocolo donde se especifique claramente el método de etiquetado y almacenaje de los medicamentos existentes en el servicio de farmacia del hospital.

Proyectos presentados:

1. Implantar o mejorar prácticas de seguridad en el Hospital de Hellín: Prevención de errores de medicación.

Análisis de situación:

En la prevención de errores debidos a la medicación, en nuestro hospital se han desarrollado en los últimos años importantes mejoras, como son:

Implantación de la dosis única de fármacos para el 100% de los pacientes ingresados en las diferentes plantas.

Envío al Servicio de Farmacia de las órdenes de tratamiento vía fax, del 100% de los pacientes ingresados en planta para evitar errores en la transcripción.

Implantación del Programa de Equivalentes terapéuticos.

En el presente año, estamos trabajando en la correcta identificación y la difusión y formación sobre los medicamentos de alto riesgo.

Objetivo: Prevenir los errores debidos a la medicación.

Metodología:

1. Diseñar un procedimiento que permita identificar de forma precisa mediante distintivos (formato y/o color) los medicamentos considerados de «alto riesgo» cuya letalidad por uso equívoco ya ha sido establecido de forma fehaciente. Elaboración de 8 póster sobre Medicaciones de Alto Riesgo, para colocar en todas las Plantas de Hospitalización, en Urgencias y en Unidad de Cuidados Intermedios (ya en imprenta).

2. Identificación mediante pegatinas de color llamativo de todas las unidades de medicamentos de alto riesgo que se suministren a Urgencias, a Reanimación y Cuidados Especiales, a U. De Cuidados Intermedios y a las diferentes Plantas de Hospitalización (nota: En el área de quirófanos consideramos que prácticamente todos los medicamentos son de alto riesgo y por tanto no es necesario identificarlos).

3. Diseñar un protocolo que permita homogeneizar el etiquetado, empaquetado y almacenaje de los medicamentos existentes de forma que no permita confusión entre los diferentes grupos terapéuticos; desarrollo y perfeccionamiento de protocolos para utilizar diluciones estándares en drogas de uso común (ya iniciado en Unidad de Cuidados Especiales y Urgencias).

Plan de trabajo:

Hasta el momento ya se han puesto en marcha diversas actividades formativas y divulgativas como Curso sobre Seguridad de Pacientes (20 horas), Sesión Clínica Hospitalaria, sección sobre Seguridad Clínica en la página de intranet del hospital. Además se realizarán sesiones clínicas por servicios y se remitirá una carta a todo el personal de enfermería y de auxiliares de enfermería explicando lo que significa la Seguridad del Paciente y la necesidad de implicarse todos los profesionales en ella, así como con información de las distintas actividades que queremos llevar a cabo en los próximos meses.

De cada uno de los programas se responsabilizará un miembro del Grupo Promotor de Seguridad Clínica Hospitalaria.

1. Se colocarán los pósters sobre «Medicamentos de Alto Riesgo» en los puntos identificados (ya en imprenta).

2. A finales de año todas las unidades de medicamentos de alto riesgo que se suministren a las unidades identificadas deberán estar identificados mediante pegatinas de color llamativo.

3. Se instará mediante reuniones individuales, a los Jefes de Servicio para que desarrollen protocolos para el uso de diluciones estándares de drogas de uso común.

Productos a presentar:

Memoria sobre las actividades realizadas, con los resultados de las mediciones propuestas para la evaluación.

Justificación de los gastos realizados.

Mediciones:

Porcentaje de Servicios en los que existe un método estandarizado para la identificación de medicamentos.

Aclaración: En el protocolo se especificará claramente el método de etiquetado y almacenaje de los medicamentos existentes en el servicio de farmacia del hospital.

Porcentaje de drogas de alto riesgo identificadas adecuadamente.

Número de diluciones estándar protocolizadas.

Director del proyecto: Dra. Rosa Roldán Ortega. Coordinadora de Seguridad Clínica.

2. Diseño e implantación de un sistema de control de posologías máximas en la realización de recetas.

Antecedentes o análisis de situación (acompañará de referencias bibliográficas en el caso de estudios de investigación).

Dentro de la utilización segura de los medicamentos, se encuentra la disminución de errores de medicación. Los errores de medicación son desgraciadamente muy elevados y es necesario realizar sistemas automatizados que disminuyan estos errores, o sistemas de prescripción asistida, o de apoyo a una prescripción adecuada (physician order entry).

Para realizar el proyecto se plantean varias fases. La primera es recopilar la información sobre dosis máximas en función de la ficha técnica del medicamento. La segunda es la creación de la base de datos en un programa informático. La tercera es la implantación de esta información en los sistemas de prescripción de Atención Primaria (Turriano) y de Atención Especializada (Turriano y hospitales).

Los errores de medicación lamentablemente forman parte de la realidad diaria de los sistemas sanitarios mundiales.

Desde la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) se plantea que el índice de errores de medicación en los hospitales españoles está en torno al 12,8 %, según un estudio financiado por la propia Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y desarrollado entre 1996 y 1998. Ese porcentaje es similar al de los países desarrollados y podría prevenirse en un 90 % de los casos mediante sistemas de detección y control. Dentro de ese 12,8 %, los errores se distribuyeron en omisión (4,4 %), administración de una dosis no prescrita (4,2 %), administración de una dosis inadecuada (3,7 %), técnica de administración (0,3 %) y administración de una forma farmacéutica inadecuada (0,2 %). De todo ello se deduce, según el ex presidente de la SEFH, que se ha cometido una media de 0,9 errores por paciente y día en los hospitales.

Stephenson, en un artículo publicado en JAMA (volumen 283, página 325) estimaba que los errores de prescripción (letra ilegible o error a la hora de administrar la medicación) causan la muerte a entre 44,000 y 98,000 americanos al año (excede los accidentes de tráfico, SIDA o cáncer de mama, de acuerdo con un informe del Institute of Medicine (IOM)).

En el informe «To Err is Human», los costes sanitarios (médicos directos) de los acontecimientos adversos se sitúan en alrededor del 4 % de los gastos totales en salud en Estados Unidos. En el informe de Utah, se sitúan en el 5 %. En ambos casos alrededor de la mitad de los costes sanitarios se deberían a errores médicos prevenibles.

La importancia clínica del error de posología depende especialmente del margen terapéutico del medicamento, así en medicamentos con estrecho margen terapéutico, como los citotóxicos, digoxina, tobramicina, vancomicina, fenitoina, etc, la toxicidad puede llegar a ser mortal.

Las causas más frecuentes de muerte accidental con citostáticos están relacionadas con los siguientes factores:

Sustitución de un citostático por otro debido a denominaciones imprecisas en las prescripciones o a errores en la preparación.

Medicamentos cuya denominación y/o aspecto son semejantes (cisplatino-carboplatino, doxorubicina/doxorubicina liposomal, vincristina/vinblastina).

Incremento de dosis por mala interpretación de decimales.

Incremento de dosis por mala interpretación de un esquema, por ejemplo, confusión de la dosis diaria con la dosis total del ciclo.

Vía incorrecta (administración intratecal de una preparación intravenosa).

En un estudio realizado por la FDA que evaluaba errores de medicación mortales desde 1993 a 1998, el error más común eran los debidos a administración de una dosis inadecuada o de un medicamento erróneo, con un 41 % de los casos.

Es decir los errores existen y es necesario disminuirlos por medio de sistemas automatizados que intervengan justo en el momento en que se realiza la prescripción.

Objetivos:

Recopilar la información sobre dosis máximas de los medicamentos comercializados en España.

Realizar una base de datos con las dosis máximas autorizadas en base a la ficha técnica aprobada por la Agencia Española de Medicamento, o bien por la EMEA (Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos); si bien para aquellas especialidades farmacéuticas antiguas en las que esta información no exista, se analizará en función del prospecto autorizado.

Implantar esta información en los sistemas de prescripción de hospitales y centros de salud.

Disminuir los errores de medicamentos que se producen al prescribir dosis por encima de las dosis recomendadas y autorizadas.

Metodología:

1) Recopilar la información sobre dosis máximas: A partir de la documentación que aparece en la ficha técnica o prospecto en caso de que la primera no exista, se realizará una base de datos en formato de ofimática (excell, access).

2) Confirmación de errores de introducción de datos: Una persona diferente a la que ha determinado la dosis máxima revisará la información introducida en la base de datos.

3) Para los medicamentos extranjeros utilizados en los hospitales españoles se obtendrá la información del país de origen.

4) Diseño de una base de datos informatizada que esté operativa para su funcionamiento en modo web.

5) Introducción de la información en los sistemas de prescripción de hospitales y centros de salud.

6) Seguimiento de las alarmas emitidas y la respuesta y aceptación por parte de los médicos prescriptores.

Plan de trabajo.

Fases:

I) Introducción de dosis máximas:

1) Recopilación de información: A partir de la ficha técnica un becario introduce la información en la base de datos de forma que las dosis estarán diferenciadas en función de las formas farmacéuticas y vías de administración, ya que no es la misma dosis máxima por vía tópica, oral, o parenteral.

2) Revisión de dosis: Otro becario revisa la dosis introducida.

3) El experto revisa la información realizada por el becario.

Existen tres expertos especialistas en Farmacia Hospitalaria que revisarán la información realizada. Los expertos realizarán la revisión en base a grupos terapéuticos.

II) Realización de una base de datos en entorno web.—Expertos informáticos realizarán la base de datos que será accesible por Internet.

III) Introducción en los sistemas de prescripción informatizada de atención primaria y especializada.—Esta tarea se llevará a cabo por los informáticos del SESCOAM o bien por las empresas que realizan el mantenimiento de dichos programas.

IV) Seguimiento de la nueva herramienta sobre los médicos prescriptores.—Se llevará a cabo un análisis de las alarmas realizadas, del resultado final de la dosis prescrita finalmente, así como de la aceptación del nuevo sistema por los médicos prescriptores.

Productos a presentar.

Base de datos vía WEB, en la que aparecerá la dosis máxima y habitual de cada especialidad farmacéutica comercializada.

Informe sobre la base de datos, su funcionalidad y aplicación práctica en un sistema sanitario, así como el grado de aceptación por los facultativos prescriptores.

Medición: Porcentaje de camas hospitalarias en las que está implantado y en uso el sistema informático de dosis máximas.

Exclusión: Camas con pacientes en situación de urgencia o cuyo ingreso no supere las 72 horas

Director del proyecto: David García Marco. Especialista en Farmacia Hospitalaria, Doctor de Farmacia

3. Implantación de dos sistemas de dispensación automática (PYXIS) en el Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

Objeto de la propuesta.—Mejorar la disponibilidad, calidad y seguridad de la administración de medicamentos prescritos a los pacientes hospitalizados.

Objetivos:

Control de la medicación en stock, utilizada como medicación de rescate, mediante un sistema de dispensación automatizada para un conjunto de plantas.

Control de medicamentos de elevado coste en servicios especiales como es la uci.

Mejorar los horarios de administración de medicamentos por el fácil y rápido acceso a la medicación mediante estos sistemas.

Puesta en marcha del sistema de dispensación en el servicio uci durante 6-12 meses con la intención de iniciar prescripción electrónica en este servicio.

Metodología:

Organización y estructuración de la medicación a incluir en el sistema de dispensación. para ello se realizarán reuniones con las supervisoras de los servicios implicados.

Puesta en marcha de uno de los sistemas de dispensación para detectar posibles errores de funcionamiento o estructura.

Puesta en marcha de segundo sistema de dispensación.

En un plazo acordado con el personal médico y de enfermería de la uci, se programarán las fechas para la implantación de la prescripción electrónica en este servicio.

Plan de trabajo:

Los dos farmacéuticos encargados de la unidosis se ocuparán de la organización y estructuración de la medicación del pyxis en acuerdo con las supervisoras de enfermería. para ello se organizarán reuniones diarias de una hora. este período durará aproximadamente un mes.

La puesta en marcha del primer sistema de dispensación se hará con la ayuda del personal del servicio técnico de dicho sistema y los farmacéuticos del servicio.

El servicio técnico aportará cursos de formación para el personal de enfermería encargado del manejo del sistema de dispensación y los farmacéuticos.

Durante el inicio del funcionamiento se realizará un revisión continuada de la medicación incluida en el sistema, por los farmacéuticos para posibles cambios de estructura.

Se diseñará un protocolo que permita homogeneizar el etiquetado, empaquetado y almacenaje de los medicamentos existentes de forma que no permita confusión entre los diferentes grupos terapéuticos.

Productos a presentar.

Dos sistemas de dispensación automatizada de medicamentos.

Medición: Porcentaje de Servicios en los que existe un método estandarizado para la identificación de medicamentos.

Aclaración protocolo donde se especifique claramente el método de etiquetado y almacenaje de los medicamentos existentes en el servicio de farmacia del hospital.

Director del proyecto: Milagros Gómez-Serranillos Reus.

Asegurar el cumplimiento de las últimas voluntades en los pacientes informados.

Justificación: La inadecuada comunicación con el paciente en la fase terminal de su vida y con su familia puede originar sufrimiento añadido por prolongación de síntomas o por no haber respetado las creencias y cultura del paciente. Por eso es necesario asegurar que existe documentación escrita sobre las preferencias de tratamiento del paciente en las fases finales de su vida.

Proyecto presentado.

Aplicación de la Ley de Voluntades Anticipadas en Castilla-La Mancha.

Objeto de la propuesta:

Desarrollo de una aplicación y herramienta informática para el Registro de Voluntades Anticipadas previsto en la Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud, en el ámbito de Castilla-La Mancha.

Campaña de difusión y sensibilización a los ciudadanos de Castilla-La Mancha sobre el objeto de la Ley. Elaboración de folletos informativos y material publicitario.

Análisis de situación: El Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997, el cual entró en vigor en España el 1 de enero de 2000, contempla expresamente en su articulado la posibilidad de que cualquier persona manifieste su deseos con anterioridad a una intervención médica, en el caso de que, llegado el momento, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Por otro lado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica constituye la legislación básica del Estado en esta materia. En su artículo 11 regula el documento de instrucciones previas, mediante el cual «una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo».

Para hacer efectivo el desarrollo de dicha norma, en el ámbito territorial de Castilla-La Mancha se promulgó la Ley 6/2005, de 7 de julio, de Castilla-La Mancha sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud (DOCM n.º 141, de 15 de julio). La estructura de esta norma contempla el objeto de la ley, el concepto de declaración de voluntades anticipadas, la capacidad para otorgarla, el contenido, los requisitos y la formalización del documento, su modificación, la sustitución o revocación, su registro y la comunicación de las voluntades anticipadas al médico o a los centros sanitarios.

En desarrollo de esta ley, en 24 de febrero de 2006 el DOCM publicó el Decreto 15/2006, del Registro de Voluntades anticipadas de Castilla-La Mancha, en el que se contempla la finalidad, funciones y principios de funcionamiento del Registro, la organización del mismo, el procedimiento de inscripción de los documentos, la modificación, sustitución o revocación de la declaración y el sistema de acceso al mismo.

Podrán acceder al Registro de voluntades anticipadas para la consulta de los documentos inscritos las personas otorgantes de los mismos, los representantes que consten en el documento y, en su caso, los represen-

tantes legales, así como los profesionales sanitarios que presten asistencia sanitaria al otorgante del mismo. Se establecerán puntos de acceso y consulta al Registro de Voluntades Anticipadas de manera presencial en los puntos de registro establecidos, y telemáticamente en la Web de la Junta de Comunidades. En este último supuesto, las personas que deseen acceder deberán disponer del correspondiente certificado digital de clase 2CA emitido por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre.

Objetivos:

- Dar constancia y custodia de estas declaraciones.
- Facilitar, agilizar y asegurar el acceso a las mismas al personal sanitario responsable de la asistencia sanitaria de los declarantes.
- Mantener la debida coordinación con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, a fin de asegurar la eficacia de las declaraciones en todo el territorio nacional.

Las características técnicas del Registro de Voluntades Anticipadas son:

Plataforma J2EE.

Base de datos ORACLE 9.2.0.4.0.

JDeveloper.

Autenticación de usuarios contra el LDAP del SESCOAM.

Productos a presentar:

Modelos de la aplicación informática para el Sistema de Registro.
Material publicitario, folletos, cartelería, etc. editado.

Medición:

Porcentaje de servicios que disponen de la documentación estandarizada para que el paciente exprese sus últimas voluntades, si así lo requiere.

Porcentaje de testamentos vitales en los que se han cumplido las voluntades del paciente.

Aclaraciones:

Existirá un circuito perfectamente explicitado así como la documentación estandarizada necesaria para registrar la voluntad del paciente que lo solicite.

El cumplimiento de las voluntades del paciente serán valoradas por un profesional del hospital y un familiar del paciente.

Director del proyecto: Dr. Rodrigo Gutiérrez. Jefe del área de atención al usuario y calidad de la atención sanitaria del SESCOAM.

Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la CC.AA.

Justificación: La consolidación de una política en seguridad de pacientes se facilitaría creando unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en las diferentes CC.AA. y que tengan como funciones: La adecuada información y formación sobre seguridad, la propuesta de objetivos ligados a incentivos, la promoción de prácticas seguras, la unificación de sistemas de información en seguridad y la evaluación de las acciones emprendidas.

Proyecto presentado.

Observatorio regional de la infección nosocomial (Gerencia del Sescam).

Objeto de la propuesta:

Establecer un sistema homogéneo de vigilancia y control de infección hospitalaria en el marco de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, que garantice la comparabilidad y el intercambio de información.

Dotar de una base de datos unificada con un conjunto mínimo de datos comunes para todos los centros hospitalarios, que permita conocer de forma continua las tasas de endemia, y patrones de microorganismos causantes de IN.

Proporcionar a los hospitales un tipo de información que pueda ser utilizado para sus esfuerzos continuos de mejora de la calidad.

Disponer de protocolos consensuados y unificados de prevención comunes para todos los centros.

Evaluar las condiciones y infraestructuras de los hospitales, que puedan relacionarse con la IN.

Promover programas de formación y proyectos de investigación coordinados con los centros participantes, relacionados con la IN.

Facilitar la comparación dentro de la Comunidad Autónoma y con hospitales de otras CC.AA. de forma válida.

Facilitar el desarrollo de programas con organismos nacionales e internacionales.

Actuar y servir como complemento a la información, gestión y planificación sanitaria.

Elaborar los indicadores de IN más adecuados en colaboración con el Servicio de Calidad Asistencial del SESCAM.

Objetivos:

Desarrollar los procedimientos y metodología comunes para la consecución de los objetivos.

Establecer la base de datos general para obtener los indicadores y capturar los datos.

Analizar los resultados y realizar informes comparativos periódicos, que se remitirán a los centros (analizar).

Realizar las comparaciones entre hospitales, y con otras CC.AA. y otros países (analizar).

Presentar los indicadores IH incluidos en el programa de Calidad Asistencial, al Servicio de Calidad Asistencial.

Establecer los indicadores mínimos comunes a medir para todos los hospitales y elevar esta propuesta al Servicio de Calidad Asistencial del SESCAM.

Definir y proponer nuevos indicadores para los hospitales participantes. Establecer los criterios y estándares de los indicadores los hospitales. Proponer medidas y programas de control a los centros hospitalarios. Evaluar las condiciones e infraestructuras de los hospitales que puedan relacionarse con la IH.

Promover la realización de guías para el control de la IH.

Recibir la información y dar la alarma ante situaciones como brotes, a las autoridades del SESCAM, y evaluar el estado de los mismos.

Posibilitar programas de formación y proyectos de investigación coordinados con los hospitales del SESCAM.

Establecer programas de colaboración con otros organismos nacionales e internacionales, como Los Centros de Control y prevención (CDC) de Atlanta, EEUU, la OMS, Universidades, a través de las Autoridades Sanitarias Regionales.

Establecer la colaboración con el grupo de Vigilancia de IH interhospitalario, enviar los datos de la Comunidad, y las necesidades de mejoras y actualizaciones del software.

Prestar asesoría técnica para el cumplimiento de las condiciones de adscripción y participación en el observatorio.

Mantener reuniones con los facultativos de los servicios de MP de los hospitales participantes, para consensuar los indicadores, evaluar los resultados del análisis, las tendencias, medidas de control y los recursos necesarios.

Evaluar criterios y requerimientos orientados a la acreditación de los servicios de MP responsables de los programas de vigilancia y control de la IH.

Establecer un sistema de evaluación de los programas de vigilancia, prevención y control de la IH.

Facilitar las redes de interlocutores, para promover guías, acuerdo, estudio, con los servicios de Medicina Preventiva como primeros responsables, y también con Otras sociedades Científicas y grupos de la CCAA.

Facilitar, en base a los resultados de los análisis, y las publicaciones, la puesta en marcha de líneas de investigación que respondan a las principales preguntas no contestadas con los conocimientos actuales.

Metodología:

Los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales públicos de Castilla La Mancha, desde su creación pusieron en marcha los programas de vigilancia y control de la infección nosocomial. El RD 1277/2003 establece las bases genéricas sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. En el que su Anexo II define la Unidad de Medicina Preventiva como la «Unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un médico especialista en medicina preventiva y salud pública lleva a cabo funciones de control internos para evitar y prevenir los riesgos para la salud de los pacientes derivados de las actividades del centro sanitario en el que está ubicada».

Desde su inicio, la mayor parte de los servicios de Medicina Preventiva castellanomanchegos trabajan dentro de un grupo de trabajo multicéntrico de Infección Hospitalaria, en el que participan hospitales de varias Comunidades Autónomas, y cuya andadura es de más de quince años. Esto permite una mejor validación de los indicadores, protocolización, y comparación con numerosos hospitales a nivel nacional.

Incluye todos los servicios de Medicina Preventiva de los hospitales del SESCAM, como responsables de la vigilancia y control de la IH, y por lo tanto, de forma secundaria, todos estos hospitales.

Ámbito: Hospitales del SESCAM que dispongan de servicios de Medicina Preventiva (al menos como primera fase).

El ámbito de aplicación corresponde a los siguientes hospitales:

Complejo Hospitalario de Albacete.
Hospital de Hellín. Albacete.
Complejo Hospitalario de Ciudad Real.
Hospital de Santa Bárbara. Puertollano. Ciudad Real.
Hospital Gutiérrez Ortega. Valdepeñas. Ciudad Real.

CH La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Manzanares. Ciudad Real.

Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Hospital General y Universitario de Guadalajara.

Complejo Hospitalario de Toledo.

Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

Hospital Nacional de Paraplégicos. Toledo

Productos a presentar.

Resultados esperados: Estabilización de los sistemas de vigilancia y control con una red estable de información, mejora y asesoría. Rapidez de información, especialmente en caso de cluster y brotes.

Sistema de evaluación: En el primer año deberá haber homogeneizado los sistemas de vigilancia, estandarizado los indicadores a emplear, realizado el primer análisis y la primera propuesta de mejora (análisis: Evolución EPINE, y primer análisis de datos globales de incidencia).

Al año deberá haber realizado el primer análisis de la situación estructural y de conocimientos.

Par el segundo año debe disponerse de objetivos corporativos, y funcionamiento integral del plan-observatorio.

Director del proyecto:

Dra. Enriqueta Muñoz Platón.

Juan Fernández Martín. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria.

1608

RESOLUCIÓN de 21 de diciembre de 2006, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Galicia, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.

Suscrito el 14 de diciembre de 2006, Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Galicia 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.

Madrid, 21 de diciembre de 2006.—El Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos.

ANEXO

Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Galicia para el Impulso de Prácticas Seguras en los Centros Sanitarios

En Madrid, a 14 de diciembre de 2006.

REUNIDOS

De una parte, doña Elena Salgado Méndez Ministra de Sanidad y Consumo, según nombramiento conferido por el Real Decreto 558, de 2004 (BOE n.º 94 de 18 de abril de 2004), 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 M.ª José Rubio Vidal, Conselleira de Sanidade e Presidenta del Servizo Galego de Saúde, en virtud de las facultades atribuidas el artículo 34 de la Ley 1/1983, del 22 de febrero, reguladora de la Xunta y de su presidente, y en el artículo 3 del Decreto 46/2006, de 23 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Servizo Galego de Saúde, y de conformidad con lo establecido en el Acuerdo de la Xunta de Galicia de 27 de marzo de 1991 hecho público mediante Resolución del 8 de abril de 1991, de la Consellería de Economía y Facenda (D.O.G. n.º 82 de 30/04/91).

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 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