

que en la interpretación o ejecución de este Convenio pudieran suscitarse, se resolverán aplicando los principios contenidos en dicha Ley.

Sexta. *Causas de extinción.*—Serán motivo de extinción del presente Convenio, además de la expiración del plazo de vigencia, la denuncia unilateral por cualquiera de las dos partes por el incumplimiento de los acuerdos pactados, con un preaviso expreso de dos meses.

En prueba de conformidad, y a su solo efecto, se firma el presente Convenio, por duplicado ejemplar, en la fecha indicada en su encabezamiento.—La Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado Méndez.—El Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, Rafael Sariego García.

1610

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 del Principado de Asturias, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.

Suscrito el 19 de diciembre de 2006, Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias 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 Salud y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias para el Impulso de Prácticas Seguras en los Centros Sanitarios

En Madrid, a 19 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, don Rafael Sariego García, Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, actuando en nombre y representación de dicho organismo autónomo, en virtud del Decreto 10/2003, de 7 de julio, con la autorización del Consejo de Gobierno de fecha 6 de septiembre de 2006.

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 artículo 60, prevé la creación de una Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Segundo.—Que la CA del Principado de Asturias tiene interés en impulsar proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Tercero.—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.

Cuarto.—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.

Quinto.—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:

Implantar Unidades funcionales en Seguridad de Pacientes en la C. A. de Asturias.

Conocer el sentir de los profesionales con respecto a la implantación de estrategias que mejoren la seguridad de pacientes.

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

Prevenir úlceras por presión en pacientes ingresados.

Desarrollo de un plan de minimización de la infección hospitalaria.

Prevenir los errores debidos a medicación.

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 CA de Asturias en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por la CA 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 CA de Asturias, siempre que ésta se encuentre en su poder.

Actuará como coordinador el Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.

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, o persona en quien delegue.

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

En representación de la CA de Asturias.

Don José Ramón Riera Velasco, Director General de Organización de las Prestaciones Sanitarias de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

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

Además de la función genérica de vigilancia y seguimiento de la ejecución del presente convenio de colaboración, la Comisión resolverá las dudas que pudieran surgir en la interpretación y aplicación del mismo y certificarán de conformidad, en su caso, los informes previstos en la cláusula sexta.

Quinta. *Plazo de 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 2007.

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 mil euros (900.000 €) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70 % que supone (630.000 €), asumiendo la CA de Asturias el 30% restante que asciende a (270.000 €).

La división anual de las cantidades aportadas es la siguiente:

Ejercicio 2006: 500.100 euros.
Ejercicio 2007: 399.900 euros.

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

2006: 27.600 euros.
2007: 242.400 euros.

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

2006: 472.500 euros.
2007: 157.500 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 el 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 CA del Principado de Asturias 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, 472.500 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, 157.500 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 CA de Asturias.

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

Podrá procederse igualmente a la resolución unilateral del Convenio por incumplimiento de las obligaciones en él contenidas 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 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 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 administrativo.

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 Salud y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, don Rafael Sariego García.

ANEXO TÉCNICO

Prescripciones técnicas a cumplir por los proyectos

Implantar unidades funcionales en seguridad de pacientes en la C.A. de Asturias.

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.

Objetivos:

1. Creación de unidades funcionales de seguridad del paciente en al menos cinco de los hospitales de la red sanitaria pública del Principado de Asturias y en al menos cuatro áreas sanitarias de Atención Primaria, dotadas de los recursos necesarios para su correcto funcionamiento y de la que formarán parte profesionales, médicos y de enfermería, formados en seguridad del paciente y conocedores de las herramientas de trabajo propias de esta disciplina. Los objetivos generales de estas unidades serán:

Difundir entre los profesionales de su ámbito la cultura de seguridad del paciente y promover la información y formación de los profesionales en seguridad de pacientes.

Analizar los sucesos que afecten a la seguridad del paciente con consecuencias graves, entendiéndose como tales aquellas de las que se deriven la pérdida de función o el fallecimiento de algún paciente, mediante un análisis de causas raíz.

Difundir los hechos analizados y proponer acciones de mejora para evitar la repetición en un futuro.

Promover la cultura de buenas prácticas en las instituciones sanitarias.

2. Acciones de formación en herramientas para la gestión de riesgos.

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

La difusión de la actividad formativa sobre seguridad clínica y la oferta a todos los profesionales sanitarios de la red pública del Principado de Asturias.

Se harán un total de 4 ediciones a lo largo del año 2007, con un número de participantes en cada una de 30.

Se solicitará como evaluación del curso la realización de un análisis de riesgos mediante un AMFE o bien un análisis de causa raíz de algún hecho relevante acaecido.

Al finalizar cada una de las ediciones se hará una encuesta de satisfacción a los participantes.

Productos a presentar.

Número de hospitales con Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente.

Número de Gerencias de AP con Unidades Funcionales de Seguridad del Paciente.

Memoria de actividades desarrolladas, estudios retrospectivos de efectos adversos, análisis de eventos centinela mediante análisis de causas raíz, estudios preactivos y prospectivos mediante la metodología del AMFE.

Relación de las acciones de mejora propuestas con especificación del nivel de implantación y evaluación de las mejoras conseguidas.

Relación de las acciones de información y formación emprendidas y efectuadas, especificando el número y categoría profesional del personal asistente.

Indicadores de logro:

% de gerencias con Unidades Funcionales.

% de Gerencias con actividades de formación en seguridad de pacientes.

% de Unidades que evalúan las acciones desarrolladas en seguridad.

% de eventos centinela analizados.

Aclaración:

Se considerará Unidad Funcional aquella formada específicamente para desarrollar y evaluar acciones en seguridad de pacientes o la ya constituida para otras actividades (como por ejemplo la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios) y que además asume las funciones señaladas anteriormente

Se consideran actividades de formación: cursos centralizados o no y sesiones formativas.

Se considerará que se evalúan las acciones cuando se presente un informe de evaluación de las acciones desarrolladas e indicadores propuestos, precisando que se ha efectuado análisis de causas y propuesta de medidas correctoras específicas

Cada Unidad determinará cuales son los eventos centinela a evaluar. Para la evaluación de los mismos se puede utilizar el Análisis Causa Raíz o el AMFE

Director del proyecto: Begoña Martínez Argüelles. Jefe de Servicio de Calidad y Programas. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.

Expertos y colaboradores:

Fernando Vázquez Valdés. Microbiólogo. Coordinador de Calidad del Hospital Monte Naranco del SESPA.

Joaquín Morís de la Tassa. Coordinador de la Política de Seguridad de Pacientes en el Principado de Asturias.

Conocer el sentir de los profesionales con respecto a la implantación de estrategias que mejoren la seguridad de pacientes.

Justificación: la creación de una cultura de seguridad es la primera práctica recomendada por la AHRQ como medio para promover prácticas seguras y notificación de errores que permitan mejorar la calidad del sistema de salud (AHRQ 2005). En este sentido el conocer la cultura que sobre seguridad tienen los profesionales de una organización permite conocer el grado de compromiso adquirido en la aplicación de prácticas seguras y por lo tanto aplicar intervenciones para la mejora de los cuidados (Krause 1999, Sëller 2000).

Proyecto presentado.

Objetivo.

Conocer la opinión de los trabajadores del sistema sanitario público del Principado de Asturias sobre la Seguridad de los pacientes.

Metodología.

Se seleccionará de forma aleatoria una muestra representativa de profesionales sanitarios procedentes de todos los ámbitos de la atención sanitaria del Principado de Asturias, hospitales públicos y concertados, atención primaria y especializada, de todos los grupos profesionales implicados en la asistencia.

La encuesta será la propuesta por el Ministerio de Sanidad.

Se enviará a todos los profesionales elegidos con una carta de presentación, recalando la importancia de la participación, se garantizará el anonimato.

Tras finalizar la primera recogida, se enviará a todos los participantes una carta recabando la colaboración de los no respondedores y se hará una segunda oleada.

Una vez recogidos las encuestas enviadas se procederá a su mecanización en una base de datos informática y análisis.

Dado que la encuesta original procede de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, se compartirán los datos obtenidos para su análisis pormenorizado.

Productos a presentar.

Resultados de la encuesta de clima de seguridad desglosados por grupo profesional, por lugar de trabajo y relación directa con los pacientes.

Indicadores de logro:

Informe del análisis de resultados de las encuestas.

Director del proyecto: Joaquín Morís de la Tassa. Coordinador de las Políticas de Seguridad en el Principado de Asturias.

Expertos y colaboradores:

Begoña Martínez Argüelles. Jefe de Servicio de Calidad. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del principado de Asturias.

Fernando Vázquez Valdés. Coordinador de Calidad del Hospital Monte Naranco del SESPA.

Adolfo Suárez González. Presidente de la Comisión de Investigación del Hospital de Cabueñes.

Manuel Valledor Méndez. Coordinador de Calidad del Hospital San Agustín de Avilés.

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 sis-

temas de notificación de errores y riesgos, voluntarios y anónimos cuya utilidad ha sido demostrada en el ámbito sanitario (Cohen 2000, Shaw 2001, Leape 2002).

Proyectos presentados.

1. Desarrollo de una página Web de Calidad y Seguridad.

Objetivo.

Diseñar e implantar una página web que contenga recursos de calidad y seguridad y un sistema informático de declaración de efectos adversos que preserve el anonimato de los profesionales y en el que se registren todas las circunstancias relacionadas, tanto con efectos adversos, como con incidentes y casi incidentes.

Metodología.

Diseñar una página web dependiente en que los profesionales sanitarios puedan efectuar una declaración de los efectos adversos que hayan observado o en los que hayan participado que garantice el anonimato del declarante y que sea exhaustiva en cuanto a los hechos relacionados en el evento adversos, circunstancias relacionadas con el paciente y su situación, con las circunstancias de trabajo, situación personal del declarante, instrumentos de trabajo y dispositivos, que cuantifique la repercusión sobre los pacientes y que explore sugerencias de mejora para evitar episodios similares en el futuro.

Plan de trabajo.

Formación de un grupo de trabajo para definir los campos que debería incluir la página de seguridad que contenga los recursos mencionados y además un sistema de declaración de efectos adversos.

Preservar el anonimato de los declarantes.

Diseño de la página web.

Pilotaje de la página web entre los profesionales que hayan recibido formación en cultura de seguridad.

Análisis de los efectos adversos.

Productos a presentar.

Página web con recursos de calidad y seguridad y con un sistema para la declaración y registro de efectos adversos.

Resultados de las primeras declaraciones.

Indicadores de logro:

Informe sobre características, contenidos y funcionamiento de la página web

Informe del análisis de resultados de las notificaciones.

Director del proyecto: Begoña Martínez Argüelles. Jefe de Servicio de Calidad. Consejería de Salud y servicios Sanitarios del principado de Asturias.

Expertos y colaboradores:

Amalia Franco Vidal. Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Central de Asturias.

Alberto Fernández León. Presidente de la Asociación Asturiana de Calidad Asistencial PASQAL.

Fernando Vázquez Valdés. Coordinador de Calidad del Hospital Monte Naranco del SESPA.

Roberto Fonseca. Servicio de Informática de SESPA.

2. Estudio de Efectos Adversos en el Principado de Asturias.

Durante el paso año 2005, y en sintonía con las políticas emanadas de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, el Principado de Asturias realizó un estudio de efectos adversos siguiendo la metodología del ENEAs.

Se realizó la fase de cribado tras revisar un total de 2310 episodios que cumplían los criterios de selección, alta en la semana entre el 4 y el 10 de junio. De ellas resultaron cribado positivo 896 (38,8%).

Estos episodios de cribado positivo fueron revisados por un equipo de auditores que acudieron a la fase de formación impartida el 8 de septiembre en el Ministerio de Sanidad y tras una jornada en que se llegaron a acuerdos sobre la metodología a utilizar.

Tras la revisión de 1973 episodios (85,4%) se identificaron un total de 171 efectos adversos (8,67%).

Está aun pendiente la revisión de las altas de tres hospitales de la red -90 episodios-, y del análisis completo de la información recogida con todos los datos de los pacientes, de los efectos adversos y su preventibilidad, para completar el estudio y poder presentarlo a la sociedad asturiana.

Objetivos.

Finalizar el estudio de efectos adversos.

Informatizar las fichas de recogida de datos.

Analizar la base de datos de altas hospitalarias y efectos adversos con vistas a recoger información sobre población general hospitalizada y población que ha sufrido los efectos adversos con datos demográficos, epidemiológicos, clínicos, caracterización de los efectos adversos, factores que han intervenido en el desarrollo del efecto adverso, preventibilidad.

Plan de trabajo.

Recopilación de todos los documentos de la revisión realizada actualmente custodiada en los hospitales.

Informatización en la Base de Datos del Estudio ENEAs

Exploración y análisis de la base de datos en los aspectos previamente reseñados.

Elaboración de una publicación con los aspectos más relevantes.

Presentación de los resultados a la comunidad en una jornada pública en la que se contaría con la participación de destacados especialistas en este tema y representantes de la autoridad sanitaria a nivel nacional y autonómica.

Productos a presentar.

Informe con los resultados del Estudio de Efectos Adversos en el Principado de Asturias EAPAs.

Presentación pública del informe en una Jornada.

Indicadores de logro:

Publicación del Informe EAPAs.

Dossier sobre el acto público de presentación del Informe.

Directora del proyecto: Begoña Martínez Argüelles. Jefe de Servicio de Calidad. Consejería de Salud y servicios Sanitarios del principado de Asturias.

Expertos y colaboradores:

Fernando Vázquez Valdés. Coordinador de Calidad del Hospital Monte Naranco de Oviedo.

Joaquín Morís de la Tassa. Coordinador de las Políticas de Seguridad del Principado de Asturias.

Amalia Franco Vidal. Coordinadora de Calidad del Hospital Universitario Central de Asturias.

Manuel Valledor Méndez. Coordinador de Calidad del Hospital San Agustín de Avilés.

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 (Allman, 1999). Las úlceras por decúbito pueden ser prevenidas con adecuados cuidados enfermeros (Cullum, 2000; OCDE, 2004; AHRQ, 2005).

Proyecto presentado.

Objetivos.

Implantar un sistema de detección de los pacientes en riesgo de úlceras por presión en las áreas de riesgo de los hospitales públicos asturianos.

Diseñar un protocolo de prevención de úlceras por presión para los pacientes de riesgo alto.

Reducir la incidencia de úlceras por presión consecuencia de la actividad sanitaria.

Plan de trabajo.

Constitución del grupo de trabajo que tutelaré el proyecto

Estudio de la situación basal mediante un estudio transversal de la incidencia de úlceras por presión.

Formación de un grupo de trabajo constituido por expertos para la elaboración de un protocolo de detección de pacientes en riesgo de úlceras por presión y de otro de prevención de esta patología, que incluya el uso para los pacientes de máximo riesgo de colchones neumáticos.

Adquisición de colchones neumáticos.

Evaluación de los pacientes evaluados conforme al protocolo y de la aplicación del protocolo de prevención.

Estimación del número de pacientes con úlceras por presión mediante un estudio de prevalencia puntual en los hospitales de la red sanitaria pública del Principado de Asturias y obtención del indicador el CMBD de altas hospitalarias.

Productos a presentar.

Protocolo de detección de pacientes en riesgo.

Protocolo de prevención de úlceras por presión.

Evaluación del protocolo de detección % de pacientes evaluados con el protocolo de detección de riesgo.

Evaluación del protocolo de prevención % de cuidados aplicados conforme al protocolo.

Proporción de pacientes con úlceras por presión a partir del CMBD.

Indicadores de logro:

% de pacientes ingresados en los que se ha aplicado el protocolo.

% 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.

Director del proyecto: Begoña Martínez Argüelles. Jefe de Servicio de Calidad. Consejería de Salud y servicios Sanitarios del principado de Asturias.

Expertos y colaboradores:

Dolores Menéndez Fraga, enfermera del Hospital Monte Naranco del SESPA.

Margarita del Valle, enfermera del Hospital de Cabueñes.

Milagros Vázquez Rueda, enfermera del Hospital Universitario Central de Asturias.

Joaquín Morís de la Tassa, Coordinador del programa de Seguridad del Paciente en el Principado de Asturias.

Desarrollo de un plan de minimización de la infección hospitalaria:

La infección nosocomial es uno de los efectos adversos más reconocidos de la atención sanitaria y sobre el que primero se han diseñado estrategias de seguimiento y prevención.

Desde los estudios realizados en los Estados Unidos de América SENIC y NISS, se conoce que las infecciones nosocomiales se pueden prevenir hasta el 33% de las ocasiones mediante una política adecuada.

Las Comisiones de Infección Hospitalaria son las unidades funcionales naturales para el seguimiento, análisis y prevención de la infección nosocomial, por tradición, por su carácter multidisciplinar y multiprofesional, agrupa a todos los estamentos y especialidades.

Disponer de un Plan de Seguimiento y Prevención de las Infecciones Nosocomiales dotado de un plan de funcionamiento común para todos los hospitales de nuestra comunidad autónoma, con unos objetivos claros y definidos para todos y dotado de los recursos necesarios para su implantación, contribuiría de forma significativa a la reducción de la infección hospitalaria con el consiguiente beneficio para los enfermos y ahorro de recursos.

Objetivos:

Definir un Plan de Prevención de la Infección Nosocomial en el Principado de Asturias.

Creación de Comisiones de Infección Hospitalaria en todos los centros sanitarios públicos del Principado de Asturias y garantizar su estabilidad en el tiempo para que su labor sea provechosa y mantenida.

Definir un manual de procedimiento común para todas las unidades.

Crear la figura de Enfermera de Vigilancia de Infección Nosocomial en todos los hospitales.

Conocer la realidad de la infección nosocomial en nuestro ámbito.

Establecer una política común de prevención de la Infección Nosocomial para aquellas localizaciones más frecuentes y/o relevantes.

Realizar acciones de formación sobre estas infecciones.

Metodología:

Conocer la realidad actual de los hospitales de la red pública en cuanto a vigilancia y prevención de la infección nosocomial con los recursos, humanos y materiales disponibles, existentes.

Establecer los requisitos para el desempeño del puesto de trabajo de vigilancia de infección nosocomial.

Elegir a los profesionales de enfermería para desempeñar esta función y definir un programa de formación teórico práctico que se impartirá por los profesionales de aquellos centros con una trayectoria reconocida en este campo.

Implantar las unidades de vigilancia en los diferentes hospitales en consonancia con su tamaño y disponibilidad de recursos.

Recopilar con una frecuencia que se definirá las cifras de infección nosocomial a partir de estudios de incidencia en las áreas de mayor riesgo y para las infecciones más frecuentes.

Definir las prácticas clínicas, médicas y de enfermería, óptimas en cuanto a la prevención de la infección nosocomial, identificar las áreas de mejora tras estudios observacionales y diseñar estrategias de formación y cambio para introducir estas prácticas recomendables en el trabajo habitual.

Seleccionar, dentro de la comunidad autónoma, a los profesionales con mayores competencias y reconocimiento en el ámbito de la infección nosocomial para formar, con ellos, un grupo de trabajo que defina las líneas maestras de la política de prevención de las infecciones nosocomiales, los requisitos mínimos de las comisiones de Infección Hospitalaria, y un manual de funcionamiento. Tendrá como misión hacer un seguimiento y análisis de las cifras de infección, identificar áreas de mejora y proponer acciones específicas para la prevención.

Dotar a esta red de los recursos necesarios para su funcionamiento, incluyendo los recursos humanos, materiales y establecer, al mismo tiempo, sus relaciones con las direcciones y su función asesora, así como el nivel deseable de implantación de sus recomendaciones.

Plan de trabajo.

Formar un grupo de trabajo con expertos en Infección Nosocomial para definir los requerimientos mínimos de un Plan de Prevención de la Infección Hospitalaria que contemple, al menos, los siguientes apartados:

Requisitos de las Comisiones de Infección Hospitalaria
Manual de funcionamiento estándar para las comisiones

Diseño de un Plan de Vigilancia de la Infección nosocomial, general y para las áreas de mayor riesgo con los siguientes objetivos: Definir un programa de formación para el personal que va a participar en el seguimiento y prevención de la Infección Nosocomial.

Productos a presentar.

Plan de Seguimiento y Prevención de la Infección Nosocomial en el Principado de Asturias.

Informe sobre creación de Comisiones de Infección Hospitalaria en todos los hospitales de la Red Pública del Principado de Asturias.

Informe sobre creación de la figura de Enfermera de vigilancia de la Infección Nosocomial en todos los hospitales de la red en proporción a la actividad de cada centro, en una proporción de 1 por cada 250 camas.

Programas de formación para el personal de las comisiones de Infección Hospitalaria, para las enfermeras epidemiólogas y para el personal asistencial de los hospitales en general.

Informe sobre las actividades y resultados de los programas de prevención de la Infección Nosocomial en las siguientes áreas:

Lavado de Manos.
Prevención de la Infección Urinaria asociada al catéter.
Prevención de la Infección Quirúrgica.

Indicadores de logro:

Presentación de los productos descritos en plazo.

Indicadores relativos a la prevención de herida quirúrgica:

% de procedimientos quirúrgicos que han seguido el protocolo.
% de altas quirúrgicas con administración de profilaxis antibiótica 60 minutos antes de la intervención.
% de altas quirúrgicas con diagnóstico secundario de infección de herida.

Aclaración: códigos de diagnóstico secundario CIE-9: 998.51 y 998.52. La utilización de antibióticos se hará en los procesos quirúrgicos en los que esté indicado.

Excepciones: procesos quirúrgicos de urgencia.

Indicadores relativos a higiene de manos:

% de centros asistenciales que disponen de carteles/dípticos informativos.
% de lugares identificados en el hospital/centro de salud en los que está disponible la solución hidro-alcohólica.

Director del proyecto: Begoña Martínez Argüelles. Jefe de Servicio de Calidad y Programas. Consejería de Salud y servicios Sanitarios del principado de Asturias.

Expertos y colaboradores:

Fernando Vázquez Valdés. Microbiólogo. Coordinador de Calidad del Hospital Monte Naranco del SESPA.

Joaquín Morís de la Tassa. Coordinador de la Política de Seguridad de Pacientes en el Principado de Asturias. Médico Internista, Experto en Infección Nosocomial por la Universidad de Lyon en colaboración con la OMS y los CDCs.

Alfonso Moreno Torrico. Médico Internista. Miembro de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del HUCA.

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 (Kaushal, 2001;

Allan and Barrer, 1990; AHRQ, 2005). 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) parece que 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.

Objeto de la propuesta.

Mejorar la seguridad en todo el proceso de utilización de medicamentos, tanto a nivel de la Atención Primaria como en los hospitales.

Objetivos.

Mejorar la formación de los profesionales sanitarios en cuanto al uso racional de los medicamentos.

Crear los Comités de Uso Seguro de los Medicamentos en los hospitales de la red sanitaria pública del Principado de Asturias.

Mejorar la identificación de los medicamentos en los centros hospitalarios.

Identificar los fármacos de alto riesgo, con escaso margen terapéutico, y diseñar protocolos para su uso adecuado.

Extender la unidosis en el sistema sanitario público del Principado de Asturias

Metodología.

Los Comités para el Uso Seguro de los Medicamentos estarán integrados por profesionales de atención primaria y especializada en representación de farmacéuticos, médicos, enfermeros, miembros de la unidad de calidad y representantes de la Dirección.

Cada servicio de Farmacia elaborará, o revisará, un protocolo para el etiquetado y almacenaje de los medicamentos en el servicio de farmacia que no permita la confusión entre los diferentes grupos terapéuticos.

En cada hospital existirá un procedimiento para los fármacos pertenecientes al grupo de alto riesgo, aquellos de margen terapéutico estrecho, que serán objeto de un seguimiento especial en todas las fases del proceso, desde la prescripción hasta la administración y seguimiento.

Aquellos medicamentos con probabilidad elevada de producir eventos adversos o incluso la muerte cuando se utilizan de forma inadecuada se les conoce como medicamentos de alto riesgo. También deben ser objeto de seguimiento aquellos medicamentos con un margen terapéutico estrecho en los que la dosis terapéutica esta cercana a la tóxica con el consiguiente riesgo para el paciente.

Se consideran drogas de alto riesgo: antagonistas y agonistas adrenérgicos, agentes quimioterápicos, anticoagulantes (heparina y ACO) y anti-trombóticos, soluciones de electrolitos parenterales concentrados (cloruro potásico, gluconato cálcico, magnesio), bloqueadores neuromusculares, insulina, hipoglucemiantes, narcóticos y opiáceos, digoxina, sales de litio, anti-epilépticos, y antibióticos (vancomicina y aminoglicósidos). Estas drogas serán identificadas con formatos y colores de etiquetas que las permitan distinguir del resto, y su almacenaje, dispensación y administración será objeto de una normativa específica.

El procedimiento de unidosis esta bien reconocido como método de reducir los eventos adversos relacionados con la medicación y debería estar implantado en toda la hospitalización

Plan de trabajo.

Constitución de un grupo de trabajo autonómico formado por representantes de los servicios de farmacia que elaborará unas recomendaciones generales que servirán de guía para las particulares de cada servicio de farmacia en los siguientes temas:

- Etiquetado y almacenaje de los medicamentos.
- Manejo de fármacos de alto riesgo.
- Normas generales de utilización de unidosis.

Elaboración de las normas particulares de cada servicio de farmacia, con implantación y evaluación.

Constitución de los Comités de Uso Seguro de los Medicamentos en todos los hospitales de la red sanitaria pública del Principado de Asturias con los objetivos de:

Mejorar la calidad en el proceso de utilización de los medicamentos en el hospital con el fin de prevenir errores de medicación, los eventos adversos por medicamentos y, en definitiva, mejorar la seguridad de los pacientes.

Concienciar al personal sanitario de la trascendencia clínica de los errores de medicación y general la cultura necesaria para reconocer y abordar este problema.

Y las siguientes funciones:

Establecer un programa efectivo de detección y notificación de errores de medicación y eventos adversos que permita identificar los puntos vulnerables en el proceso de utilización de medicamentos.

Analizar los errores que se produzcan desde la perspectiva de sistema para acometer las medidas o reformas necesarias para subsanarlos y evitar su repetición.

Promover en su ámbito de actuación una cultura no punitiva que persiga y consiga la participación y colaboración de todos los profesionales sanitarios.

Formar a los profesionales sanitarios sobre las causas de los errores de medicación y sobre las medidas generales para prevenirlos.

Establecer el procedimiento de actuación cuando se produce un error de medicación, incluyendo los cauces necesarios para asesorar a los profesionales, y para informar a los pacientes y sus familiares.

Productos a presentar.

Relación de hospitales de la red sanitaria pública con Comités de Uso Seguro de los Medicamentos y una memoria de su trabajo en el año 2007.

Relación de hospitales con protocolo de identificación y almacenamiento de medicamentos.

Relación de hospitales con un protocolo de uso adecuado de medicamentos de alto riesgo.

Relación del grado de implantación de la Unidosis en los hospitales de la red sanitaria pública del principado de Asturias.

Indicadores de logro:

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: % 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.

Procedimiento que permita identificar de forma precisa mediante distintivos (formato y/o color) los medicamentos considerados de «alto riesgo» cuya letalidad por uso equivoco ya ha sido establecido de forma fehaciente.

Medición: % de drogas de alto riesgo identificadas adecuadamente.

Implantación de unidosis.

Medición: % de camas hospitalarias en las que está implantada la unidosis.

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

Director del proyecto: Joaquín Morís de la Tassa. Coordinador del proyecto de Seguridad del Paciente en el Principado de Asturias.

Expertos y colaboradores:

Ricardo Arbizu Rodríguez. Jefe de Servicio de Farmacia. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

Javier Rodríguez. Unidad de Calidad del SESPA.

Luis Gago Argüello. Unidad de Calidad del SESPA.

M.^a Antoñeta Gayoso Rodríguez. Farmacéutico. Hospital Valle del Nalón.

Juan Jerez. Farmacéutico. Coordinador de Calidad del Hospital de Cabueñes.

BANCO DE ESPAÑA

1611

RESOLUCIÓN de 24 de enero de 2007, del Banco de España, por la que se hacen públicos los cambios del euro correspondientes al día 24 de enero de 2007, publicados por el Banco Central Europeo, que tendrán la consideración de cambios oficiales, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley 46/1998, de 17 de diciembre, sobre la Introducción del Euro.

CAMBIOS

1 euro =	1,3005	dólares USA.
1 euro =	158,06	yenes japoneses.
1 euro =	1,9558	levs búlgaros.
1 euro =	0,5784	libras chipriotas.
1 euro =	28,063	coronas checas.
1 euro =	7,4548	coronas danesas.
1 euro =	15,6466	coronas estonas.
1 euro =	0,65950	libras esterlinas.
1 euro =	254,13	forints húngaros.
1 euro =	3,4528	litas lituanas.
1 euro =	0,6974	lats letones.
1 euro =	0,4293	liras maltesas.
1 euro =	3,8860	zlotys polacos.
1 euro =	3,3916	nuevos leus rumanos.
1 euro =	9,0595	coronas suecas.
1 euro =	34,970	coronas eslovacas.
1 euro =	1,6195	francos suizos.
1 euro =	89,45	coronas islandesas.
1 euro =	8,2635	coronas noruegas.
1 euro =	7,3915	kunas croatas.
1 euro =	34,4420	rublos rusos.
1 euro =	1,8368	nuevas liras turcas.
1 euro =	1,6631	dólares australianos.
1 euro =	1,5336	dólares canadienses.
1 euro =	10,1081	yuanes renminbi chinos.
1 euro =	10,1480	dólares de Hong-Kong.
1 euro =	11.807,00	rupias indonesias.
1 euro =	1.217,00	wons surcoreanos.
1 euro =	4,5518	ringgits malayos.
1 euro =	1,8634	dólares neozelandeses.
1 euro =	63,480	pesos filipinos.
1 euro =	1,9971	dólares de Singapur.
1 euro =	45,723	bahts tailandeses.
1 euro =	9,2744	rands sudafricanos.

Madrid, 24 de enero de 2007.—El Director general, Javier Alonso Ruiz-Ojeda.