

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

- 231** *Resolución de 5 de diciembre de 2008, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración, entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Galicia, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.*

Suscrito el 18 de noviembre de 2008, Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de 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.

Lo que se hace público a los efectos oportunos.

Madrid, 5 de diciembre de 2008.—El Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos.

ANEXO

Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Galicia para el Impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios

En Madrid, a 18 de noviembre de 2008

REUNIDOS

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

Y, de otra, doña M.^a José Rubio Vidal, Conselleira de Sanidade e Presidenta del Servicio 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 Servicio 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 (DOG número 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 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 la C.A. de Galicia tiene interés en colaborar en el impulso de proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

Tercero.—Que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la responsabilidad de la mejora de la calidad en el sistema sanitario en su conjunto, cumpliendo las previsiones recogidas

en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para este fin, la citada ley en su artículo 60, prevé la creación de una Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Real Decreto 1133/2008 de 4 de julio, por el que se aprueba la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo incluye entre los órganos directivos del Departamento a la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

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

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

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

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

ESTIPULACIONES

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

1. Prevenir las complicaciones de la anestesia y de la cirugía: Incluye acciones orientadas a:

Prevenir la cirugía en lugar equivocado.

Prevenir el trombo embolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda.

Complicaciones propias de la anestesia.

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

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

3. Prevenir úlceras por presión en pacientes.

4. Desarrollar unidades o grupos de trabajo específicos en calidad que permitan promover una estrategia unificada en seguridad de pacientes en la Comunidad Autónoma: Incluye acciones orientadas a promover la creación de grupos de trabajo, y acciones orientadas a la formación en Seguridad del paciente, la gestión de riesgos sanitarios y trabajo en equipo.

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

Incluye también actividades que promuevan la práctica de manos limpias.

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

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

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

- a) Prestar el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el convenio.
- b) Colaborar con la Comunidad Autónoma de Galicia en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por dicha Comunidad y en la medida de sus posibilidades.
- c) Aportar la información y documentación necesarias para el desarrollo del proyecto que le sea requerida por parte de la Comunidad Autónoma, siempre que ésta se encuentre en su poder.
- d) El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad actuará como coordinador.
- e) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.

Tercera. *Funciones y actividades del Servicio Gallego de Salud.*—Desarrollará, al amparo del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

- a) Realizar las actividades previstas para cada uno de los objetivos tal como se detallan en el anexo.
- b) Elaborar un informe de actividad en el que se detallan las acciones realizadas y los resultados obtenidos de acuerdo con lo especificado en el anexo técnico.
- c) Cofinanciar las actividades objeto del convenio, tal como se detalla en la cláusula sexta.
- d) Elaborar un informe financiero comprensivo de todo el gasto derivado del Convenio.

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

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 C.A. de Galicia:

El Subdirector General de Calidad y Programas Asistenciales del Servicio Galego de Saúde.

La Jefa de Servicio de Calidad y Programas Asistenciales del Servicio Galego de Saúde.

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

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

Con el acuerdo de ambas partes, el presente Convenio se podrá prorrogar por 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 cuatrocientos treinta y cuatro mil setecientos ochenta y seis euros con ochenta y siete céntimos (434.786,87 euros) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70,00% que supone 304.350,81 euros. Para el pago, se incluirá certificado de conformidad del Director General o Subdirector General de la Agencia de Calidad del SNS, acreditativo de la recepción de conformidad del informe y de la justificación de los gastos efectivamente realizados.

La Comunidad Autónoma de Galicia asumirá el 30% restante que asciende a 130.436,06 euros.

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

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

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

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

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

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

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

Y para que conste a los efectos oportunos, en prueba de conformidad, las partes firman el presente Convenio en el lugar y fecha arriba indicados.—El Ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria Escoms.—La Conselleira de Sanidade e Presidenta del Servizo Galego de Saúde, M.^a José Rubio Vidal.

LÍNEAS Y OBJETIVOS PARA EL CONVENIO DE PRÁCTICAS SEGURAS 2008

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

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

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

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

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

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

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

Proyecto presentado: Prácticas seguras en el bloque quirúrgico

Análisis de la situación: Si la seguridad del paciente se considera un factor crítico dentro de la calidad asistencial, en el área quirúrgica adquiere especial relevancia dado que se trata de una unidad compleja en cuanto al desarrollo de su actividad, a su estructura física y a los múltiples colectivos y estamentos que realizan su trabajo en ella. De hecho, en la mayor parte de los estudios, el área quirúrgica se considera de alto riesgo para desencadenar efectos adversos, muchos de ellos prevenibles. En el Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS) desarrollado en el año 2005 la incidencia de efectos adversos en Servicios quirúrgicos fue del 8,07% (IC:7,12-9,01).

Por todas estas razones la dirección de el Complejo Hospitalario de Ourense consideró clave iniciar un proceso que condujese a la implantación de un sistema de gestión de la calidad en la atención al paciente quirúrgico. Se decide la adopción de un enfoque basado en procesos de acuerdo con la norma ISO, teniendo en cuenta que para que una organización tan compleja como el área quirúrgica funcione de manera eficaz tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí.

Una parte esencial del proyecto es implantar la lista de verificación de las prácticas quirúrgicas seguras de la OMS como una manera de lograr una atención más segura.

Se estima que el proyecto cuenta como factores críticos de éxito los siguientes:

Impulso e implicación clara de la dirección del CHOU

Formación de un grupo de trabajo estable multidisciplinar, con personal del área médica, de enfermería y de gestión

Apertura de una nueva área quirúrgica y de esterilización con evidentes mejoras en espacio físico, instalaciones y equipos

Objetivos: Diseñar un sistema de gestión de calidad en el área quirúrgica con el fin de impulsar prácticas quirúrgicas seguras para: Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, evitar complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, evitar complicaciones de la Anestesia y evitar complicaciones derivadas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Metodología: En el momento actual el proyecto se encuentra en fase de elaboración de la documentación de los procesos de soporte e iniciando el desarrollo de los indicadores de evaluación del sistema de gestión.

Para finalizar el proceso de elaboración de documentación y para la implementación del sistema de gestión es fundamental organizar una estructura de calidad dentro del área que cuente con un coordinador de calidad del área quirúrgica y de esterilización y representantes dentro de cada una de las áreas que desarrollan su actividad en el bloque o que interrelacionan con la misma (especialidades quirúrgicas, anestesia, enfermería, gestión, mantenimiento, aprovisionamiento, medicina preventiva etc.).

Será necesaria la realización de actividades formativas y preparación documentación requerida por el proyecto.

Plan de trabajo: Para finalizar el proceso de documentación y para la implementación y mantenimiento del sistema dos coordinadores/responsables de calidad uno para el área quirúrgica y otro para el área de esterilización, siendo además una de sus misiones

fundamentales formar al personal en las características del sistema de gestión y también extender la cultura de calidad entre los trabajadores.

Se estima una duración mínima de doce meses para llegar hasta la implementación del sistema de gestión de la calidad. El tiempo estimado de dedicación para el coordinador de calidad del área quirúrgica es de doce horas semanales y de ocho para el responsable del área de esterilización.

Productos a presentar:

Informe de resultados que incluya: Sistema de gestión de calidad del área quirúrgica, incluyendo.

Resultados de la implantación de la lista de verificación propuesta por la OMS.

Resultados de la implantación de otros procedimientos del área quirúrgica.

2. *Prevenir los errores debidos a medicación*

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

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

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

Proyecto presentado: puesta en marcha de un programa de adhesión al tratamiento y prevención de errores debidos a la medicación en los pacientes crónicos captados en atención primaria

Antecedentes: El incumplimiento de los tratamientos es un problema de gran magnitud en la práctica clínica, que se identifica sobretodo en las patologías crónicas.

Las consecuencias del incumplimiento terapéutico pueden ser múltiples e importantes: aumento innecesario de la dosis del/os fármaco/s, disminución o imposibilidad en la consecución de los objetivos terapéuticos, adicción a nuevos fármacos, episodios de recaídas que llevan o pueden llevar a ingresos hospitalarios, aumento de los costes.

Debemos entender dentro de la definición de incumplimiento terapéutico, además de la incorrecta toma de medicación, el no seguimiento de una dieta y la falta de modificación de hábitos de vida, en contra de las instrucciones y consejos dados por el personal sanitario.

El problema del incumplimiento terapéutico, la mayoría de las veces, no solo radica en el paciente; un factor muy importante está en la manera en que el profesional sanitario realiza la prescripción o plantea sus recomendaciones, y en este factor tiene una gran influencia la poca disponibilidad de tiempo del que disponen los Médicos de Familia para plantear y convencer a los pacientes de la necesidad de actuar correctamente siguiendo las instrucciones recibidas. Otros factores a tener en cuenta son los propios de la enfermedad (se cumplen peor los tratamientos de las enfermedades que no duelen, más dificultades en el cumplimiento de las enfermedades crónicas ...). Por último están los factores propios de los tratamientos (número de tomas, efectos secundarios molestos, duración del tratamiento ...)

En el SERGAS (Servizo Galego de Saúde) está diseñado un Plan de Mejora de Atención Primaria 2007-2011 según el cual habrá un aumento muy importante en las plantillas de Enfermería.

Este aumento de plantilla debe traducirse en un salto cualitativo importante en la atención a los pacientes en la consulta de enfermería, para lo cual el SERGAS como empresa debe marcarse como uno de los objetivos, y así está recogido en el Protocolo de Actividad que se firma entre las gerencias (7) de Atención Primaria y los profesionales: el motivar e implicar a los/as enfermeros/as en la evitación de los problemas derivados del incumplimientos terapéutico que se está dando actualmente.

Objetivos:

- Mejorar en la información dada a los pacientes y familiares sobre la medicación.
- Favorecer que los pacientes afronten y superen los problemas relacionados con el cumplimiento terapéutico
- Elevar el nivel de salud de los pacientes
- Conseguir el uso racional de los medicamentos.

Metodología:

Configurar un grupo de Médicos de Familia y Enfermeros, que elaboren un protocolo de Seguimiento de Pacientes con Patologías Crónicas en Atención Primaria, dentro del cual habrá una Guía de Adhesión al Tratamiento.

Formación a los Médicos de Familia y Enfermeros de los SAP/UAP, en adhesión al tratamiento en el paciente diabético y adhesión al tratamiento en el paciente hipertenso con dos modalidades, formación de formadores y sesiones clínicas en los centros de salud.

Un profesional de apoyo, coordinará las actividades a desarrollar y la evolución del programa.

Realización de proyectos de mejora en los centros de salud.

Productos a presentar: Informe que incluya:

- Protocolo elaborado.
- Actividades formativas realizadas.
- Evaluación del programa desarrollado con el Protocolo de Actividad de 2008.

Director del proyecto:

Direcciones asistenciales y direcciones de enfermería de las 7 Áreas de Atención Primaria:

Alonso Docampo, María Nieves; López Jiménez, José Luis; Aldecoa Landesa, Susana; Vázquez Saavedra, María Pilar; Fernandez Merino, Carmen; Sandomingo Docal, Urbano; Pérez Vázquez, Alberto; Castro López, Marisol; Millán Pérez, Juan; Pérez Herráez, Félix; Álvarez Prieto, José Luis; Loureiro Pérez, Nieves; Doval Franqueira, Rita; Silveira Rodríguez, Pilar

Proyecto presentado: identificación de sucesos y errores relacionados con la medicación y actuaciones de mejora en atención hospitalaria

Análisis de situación: El Institute of Medicine (IOM) en el 2007 publica un informe titulado: «Preventing medication errors» el cual enfatiza la elevada frecuencia de los EM, citando que un paciente hospitalizado puede sufrir una media de un error de medicación al día.

Los estudios realizados en España indican que la magnitud de este problema es similar a la de otros países. Se ha observado que los EM pueden causar acontecimientos adversos prevenibles en el 1,4% de los pacientes hospitalizados y que motivan entre un 4,7 y un 5,3% de los ingresos hospitalarios, con un coste medio por estancia próximo a 3.000 euros.

En nuestra organización existe un sistema de detección y control de los EM pero no se ha establecido un registro que nos permita realizar un análisis estadístico de los mismos y evaluar actuaciones en la seguridad del paciente en estos términos.

Como resistencias que podemos encontrarnos:

Implementación de un proceso nuevo.

Utilización de nuevos métodos de registro (creación de una base de datos).

Impacto social y cambio de cultura en la que la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo estén enfocados a mejorar la seguridad, y donde todos los profesionales estén concienciados de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores y del deber de comunicarlos, de que se aprende de los errores que ocurren; no se trata de buscar culpables sino de conocer las causas o circunstancias que han producido el error para evitar que éste se repita.

Implantación, control, análisis de datos y evaluación.
Capacidad de la organización para promover cambios en beneficio de la seguridad del paciente.

Objetivos:

Objetivo general: Disminuir la incidencia de errores en la medicación en la FPHVX, entendiéndose que no es una búsqueda de quién ha cometido el error sino qué circunstancias han contribuido a la producción del mismo.

Objetivos específicos:

Modificar la cultura de la organización y de sus trabajadores en la cumplimentación correcta del registro de Errores de Medicación,

Realizar cambios que minimicen los Errores de medicación

Disminuir costes y mejorar la satisfacción del paciente/familia.

Metodología: Elaboración de protocolo que incluya:

Nunca enviar un medicamento sin la correspondiente orden médica escrita o que no esté correctamente identificado.

Comprobar en el programa informático que los datos del paciente y el número de cama se corresponden con los de la orden médica antes de su validación.

Validar la orden médica verificando la corrección de los siguientes aspectos: nombre comercial, y/o principio activo, vía de administración, pauta posológica, duración del tratamiento. Posibles interacciones medicamentosas y posibles alergias/intolerancias del paciente con respecto al medicamento.

Firmar la copia de la orden médica tras su validación.

Utilizar un listado para retirar la medicación de las estanterías y otro diferente para llenar el carro de unidosis.

Durante el llenado del carro una auxiliar leerá el listado en voz alta y la otra introducirá la medicación en los cajetines de unidosis.

Entregar en planta el carro de unidosis y recoger el de la medicación sobrante del día anterior.

Evitar en la medida de lo posible la elaboración de fórmulas magistrales.

Plan de trabajo:

Configurar un grupo de mejora para el diseño del protocolo.

Formación a facultativos y personal de enfermería implicado. Con dos modalidades, formación de formadores y sesiones clínicas.

Compra de equipamiento necesario para el desarrollo del protocolo.

Apoyo profesional para la coordinación de las actividades a desarrollar y la evolución del programa.

Realización de proyectos de mejora.

Publicación y difusión de material de apoyo.

Productos a presentar: Informe de resultados que incluya:

El protocolo diseñado y aplicación del mismo.

Actividades formativas desarrolladas.

Propuestas de mejora y evaluación del proyecto.

Materiales y documentos publicados.

Directores del proyecto:

Ana Clavería Fontán.

Isabel Campos Pardo.

Clara González Formoso.

Sandra Cal Bouzón.

Tomás Lerma Merino.

Patricia Bermejo Ainsa.

Patricia Iglesias Fernández.
Manuel Ledo García.
Bernardino Alonso Fernández.

Expertos y colaboradores: Direcciones de enfermería, Servicios de Farmacia Hospitalaria, Unidades Funcionales de Calidad de AP y AE, grupo de seguridad de enfermería.

3. *Prevenir úlceras por presión en pacientes*

Proyecto presentado: puesta en marcha de un programa prevención de úlceras por presión, en los pacientes inmovilizados, ingresados en domicilio

Antecedentes: Los pacientes inmovilizados son cada vez más numerosos en atención primaria como consecuencia, no solo del aumento en la esperanza de vida de los pacientes sino también, y por la mayor supervivencia de pacientes con procesos que ocasionan de inmovilidad absoluta (procesos oncológicos, grandes ictus, demencias, enfermedades degenerativas neuromusculares, paraplejas y tetraplejas, insuficiencia cardiaca o EPOC muy evolucionadas) o relativa (trastornos psiquiátricos, paresias secundarias a ictus o enfermedades degenerativas, parkinson, insuficiencia cardiaca o EPOC menos grave)

El cuidado de los pacientes inmovilizados, anteriormente a cargo de cuidadores femeninos, se está viendo comprometido por la disminución del grupo de población de 15-65 años y la entrada de la mujer en el mercado laboral. Como consecuencia, la atención domiciliar que prestan los equipos de atención primaria está aumentando en importancia, tiempo y carga de trabajo. Se estima que hasta un 11% de los mayores de 65 años pueden llegar a estar inmovilizados en un área de salud.

Una de las principales complicaciones de los pacientes inmovilizados, especialmente los que presentan inmovilidad completa, son las úlceras por presión. Estas úlceras, además de las repercusiones en la calidad de vida de los pacientes y cuidadores, pueden sufrir diversas complicaciones alguna de las cuales pueden ser mortales. Se calcula que el 1.7% de las personas entre 55-69 años y el 3.3% entre 70-75 años presentan úlceras por presión y, aunque se estima que el 60% se originan tras estancias hospitalarias, el campo que recae bajo la responsabilidad de los profesionales de atención primaria en la prevención (el 95% de las úlceras por presión son evitables mediante una adecuada valoración del riesgo de los pacientes y la aplicación de las pertinentes medidas preventivas) y en el manejo posterior, es enorme.

En el SERGAS (Servizo Galego de Saúde) está diseñado un Plan de Mejora de Atención Primaria 2007-2011 según el cual habrá un aumento muy importante en las plantillas de Enfermería.

Este aumento de plantilla debe traducirse en un salto cualitativo importante en la atención a los pacientes en la consulta de enfermería, para lo cual el SERGAS como empresa debe marcarse como uno de los objetivos, y así está recogido en el Protocolo de Actividad que se firma entre las gerencias (7) de Atención Primaria y los profesionales: mejorar la prevención de las úlceras por presión en inmovilizados y, especialmente, mejorar el tratamiento una vez que han aparecido eliminando la variabilidad en la práctica clínica ahora mismo existente en el área sanitaria.

Objetivos: Mejorar la prevención y el tratamiento de los úlceras por presión en los pacientes inmovilizados de riesgo, en domicilio:

Lograr que se haga valoración del riesgo de úlcera en el 50% pacientes inmovilizados de alto riesgo, en los centros de salud del área de Atención Primaria.

Reducir la aparición de nuevas úlceras por presión en pacientes inmovilizados de riesgo, atendidos en atención primaria en el área Atención Primaria, en un 10% en 9 meses.

Mejorar la indicación del uso de apósitos para el tratamiento de las úlceras por presión en pacientes inmovilizados en los centros de salud del área de Atención Primaria, reduciendo el gasto en un 15% en 9 meses.

Metodología:

Configurar un grupo de Médicos de Familia y Enfermeros, que elaboren un protocolo de Seguimiento de Pacientes con Patologías Crónicas en Atención Primaria, dentro del cual habrá una Guía de Adhesión al Tratamiento.

Formación a los Médicos de Familia y Enfermeros de los SAP/UAP, en el manejo clínico del paciente inmovilizado con dos modalidades, formación de formadores y sesiones clínicas en los centros de salud.

Un profesional de apoyo, coordinará las actividades a desarrollar y la evolución del programa.

Realización de proyectos de mejora en los centros de salud.

Productos a presentar: Informe que incluya:

Protocolo elaborado e implantación del mismo

Actividades formativas realizadas

Evaluación del programa con el Protocolo de Actividad de 2008.

Director del proyecto: Direcciones asistenciales y direcciones de enfermería de las 7 Áreas de Atención Primaria:

Alonso Docampo, María Nieves; López Jimenez, Jose Luis; Aldecoa Landesa, Susana; Vázquez Saavedra, María Pilar; Fernández Merino, Carmen; Sandomingo Docal, Urbano; Pérez Vázquez, Alberto; Castro López, Marisol; Millán Pérez, Juan; Pérez Herráez, Félix; Álvarez Prieto, José Luis; Loureiro Pérez, Nieves; Doval Franqueira, Rita; Silveira Rodríguez, Pilar.

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

Proyecto presentado: Formación en seguridad del paciente y prácticas seguras para grupos de trabajo específicos en calidad

Objetivos: Impulsar la formación en seguridad del paciente de los profesionales del Servicio Gallego de Salud.

Metodología: Diseño y organización de los siguientes cursos orientados a la formación de formadores y formación en prácticas seguras y sistemas de gestión de calidad

Productos a presentar: Informe de las Actividades formativas realizadas:

Alumnos formados.

Evaluación de las actividades.

Director del proyecto:

Ana Clavería Fontán.

Isabel Campos Pardo.

Josefa Fernández Segade.

F. Javier Rodríguez Iglesias

Expertos y colaboradores:

Grupo de Seguridad de Pacientes: María Jesús Garrido Filgueira, José Carlos Blanco Gómez, Inmaculada Dapoza Montes, Begoña Domínguez Arias, Berta Mouriño Ramos, Fernanda Rodríguez Durán, Antonio Vázquez Pérez, María Ángeles Martínez López, Ana Vázquez Martínez, Juan José Souto Rey, M.^a José Rego Docando, Ana María Bello Jamardo, Bárbara Rodríguez Pérez, David Vilaseco Rivera.

Unidades Funcionales de Calidad de Atención Primaria y Atención Especializada.

Servicios de Medicina Preventiva de los hospitales del SERGAS: Lola Martín (061)

5. Prevenir la infección nosocomial

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

Proyecto presentado: prevención de infecciones relacionadas con catéteres centrales en UCI

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

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

Recientemente, un estudio liderado por Peter Pronovost y realizado en 103 UCIs del estado de Michigan ha demostrado la posibilidad de reducir la bacteriemia relacionada con CVC prácticamente a 0. El programa de intervención se encontraba enmarcado en una iniciativa de seguridad estatal para pacientes ingresados en UCI, en el que el factor principal de estudio fue el impacto de la intervención en la tasa de infección relacionada con catéteres venosos centrales.

Objetivos: Objetivo principal: Reducción de la DI de la BRC a ≤ 4 episodios de bacteriemia por 1.000 días de CVC, que representa un 40% respecto a la tasa media de los últimos 5 años y un 20% respecto a 2006 en las UCI españolas.

Metodología: Implementación de los 5 puntos seleccionados: lavado de manos, utilización de las medidas de barrera máximas en el momento de la inserción del CVC, desinfección de la piel con clorhexidina, evitar la vía femoral y retirar los CVC innecesarios.

La intervención incluye los siguientes elementos:

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

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

Actividades:

Sesión informativa en los Servicios participantes.

Programa educacional dirigido al personal sanitario responsable de la colocación y mantenimiento de catéteres.

Lista de comprobación durante la inserción de catéteres.

Recomendaciones básicas de mantenimiento de catéteres.

Lista diaria de toma de decisiones respecto a los catéteres insertados.

Medición mensual de las tasas de bacteriemia adquiridas en UCI.

Encuesta de medición del clima de seguridad en UCI.

Adhesión a campaña de higiene de manos.

c) Identificación de puntos débiles en el manejo de catéteres: Se comentarán casos recientes de pacientes ingresados en la unidad que han desarrollado una BRC, así como

los resultados de las listas de comprobación al colocar los CVC. Se identificarán cada mes puntos débiles en el manejo de catéteres que serán discutidos y propuestos como objetivos de mejora en los meses siguientes.

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

La recogida de los datos de los casos de bacteriemia relacionada con catéter se realizará utilizando el programa ENVIN-HELICS. Sólo se incluirán los datos de los pacientes en los que haya diagnosticado una bacteriemia relacionada con catéter. Los criterios utilizados para definir las infecciones son los publicados en el manual del proyecto ENVIN, siguiendo las indicaciones del CDC. Para que todos los estudios sean comparables se propone utilizar como medida de frecuencia las BP-CV por 1000 días de pacientes con CVC e incluye como:

Numerador: Nuevos episodios de BRC.

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

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

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

Productos: Informe del desarrollo del proyecto a nivel de Comunidad Autónoma

4. Dirección del proyecto:

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

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

Director del proyecto en Galicia:

Ana Clavería Fontán.

Isabel Campos Pardo.

Josefa Fernández Segade.

Expertos y colaboradores en Galicia:

Grupo de Seguridad de Pacientes.

Unidades Funcionales de Calidad de AE.

Servicios de Medicina Preventiva.

Servicios de UCI.

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

Proyecto presentado: Identificación de efectos adversos relacionados con la medicación y actuaciones de mejora en atención primaria

Análisis de la situación: Desde la aparición en los últimos 8 años de informes en los países anglosajones sobre la magnitud y las causas de los eventos adversos (EA) relacionados con la atención sanitaria ha habido un mayor reconocimiento del problema, incorporando objetivos de seguridad a los planes estratégicos de mejora de las organizaciones sanitarias y potenciando la investigación sobre esta materia.

Aunque ha existido una clara preocupación por los efectos negativos que puede ocasionar la atención sanitaria, desde la aparición en 1999 del informe del Institute of Medicine (IOM) *To error is Human*, el tema de la seguridad de los pacientes ha captado a nivel internacional la atención de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos.

Uno de los estudios en los que se basó el informe fue el realizado en Harvard en los años 80, en el que se concluyó que casi un 4% de pacientes sufre algún daño durante su ingreso hospitalario, de los que el 70% provocó daño temporal y el 14% acabó en muerte para el paciente. El informe del IOM estimó que entre 44.000-98.000 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de los EA, cifras que superan la mortalidad en los accidentes de tráfico, el cáncer de mama o el SIDA. El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe del año 2000, *An organization with a memory*, estimó que se producen EA en cerca del 10% de las hospitalizaciones. Sin embargo, en Australia la tasa de EA encontrados fue del 16,6% entre los pacientes ingresados.

El coste de estos acontecimientos es muy elevado, a lo que se suma el desgaste que se produce en la confianza, la seguridad y la satisfacción de los pacientes.

La gran mayoría de los EA se producen en los hospitales, ya que la población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria, pero ello no excluye que se puedan producir en otros ámbitos de la atención sanitaria como Atención Primaria, atención sociosanitaria, oficinas de farmacia y el propio domicilio del paciente.

La seguridad del paciente es una prioridad en la asistencia sanitaria, puesto en evidencia con el estudio ENEAS I (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) y, más recientemente, con el ENEAS II (Estudio sobre la Seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de Salud), pendiente de publicación de resultados.

Teniendo en cuenta el estado actual del tema creemos que sería de gran interés valorar los EA en Atención Primaria. Conocer la epidemiología de los EA permitirá desarrollar estrategias de prevención para evitarlos o, en su caso, para minimizar sus consecuencias si no han podido ser evitados.

Objetivos: Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los Efectos Adversos (EA), y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables.

Incrementar la masa crítica de profesionales involucrados en la seguridad del paciente.

Incorporar a la agenda de los equipos de Atención Primaria (AP) objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

Metodología:

Estudio observacional de tipo transversal incluyendo.

Sujetos de estudio.

Todos los pacientes que acudan, por cualquier causa, a las consultas de Pediatría de AP del área Sur de la provincia de Pontevedra, durante el periodo de registro.

Ámbito de estudio: Centros de Atención Primaria del área Sur de la provincia de Pontevedra que cuenten con servicio de Pediatría.

Muestra: Todos los pediatras o, en su caso, médicos de familia o MIR y enfermeras de Pediatría del área Sur de la provincia de Pontevedra que acepten colaborar en el registro.

Variables resultado:

1. Efecto adverso: Para determinar que el suceso adverso se debe a la asistencia, los revisores puntuarán en una escala de 6 puntos (1= no evidencia o pequeña evidencia; 6= evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el EA pueda ser debido a la asistencia sanitaria y no al proceso patológico. A priori consideramos un punto de corte de ≥ 4 para considerarlo como positivo.

2. Efecto adverso evitable: para determinar que el suceso adverso es evitable los revisores puntuarán en una escala de 6 puntos (1= no evidencia o pequeña evidencia; 6= evidencia prácticamente segura) el grado de confianza que tienen de que el EA pueda ser evitable. Utilizaremos el mismo punto de corte que en el caso anterior.

3. Efecto adverso grave: Ocasional fallecimiento, incapacidad residual al alta médica o requiere una intervención quirúrgica.

4. Efecto adverso moderado: Ocasiona una estancia hospitalaria de al menos 1 día (grado 2). Si precisa atención en urgencias o consulta con especialista (grado 1).

5. Efecto adverso leve: Lesión o complicación que no ocasiona nada de lo anterior.

6. Incidente: suceso aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente. También puede definirse como un suceso que en circunstancias distintas podría haber sido un EA.

Determinaciones: Frecuencia de EA. Proporción de EA evitables.

Instrumentalización:

1. Formulario APEAS: cuestionario elaborado a partir del realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington en su proyecto sobre seguridad del paciente y adaptado tras los resultados del estudio ENEAS, bajo técnicas de consenso.

2. Aplicación informática para la gestión de los datos: Sistema de Vigilancia y Control de Efectos Adversos en Atención Primaria. Base de Datos SVCEA A.

Procedimiento: Todos los profesionales de Pediatría de AP del Área Sur recibirán por correo una carta en la que se les informará sobre el proyecto y se les invitará a colaborar en él. Los miembros del equipo de mejora formarán a los profesionales participantes a identificar los EA y a registrarlos en el formulario APEAS, utilizado en el proyecto ENEAS II. Los profesionales que hayan accedido al registro cumplimentarán el formulario cada vez que identifiquen un EA en la consulta de Pediatría, de forma voluntaria y anónima, durante un periodo de dos semanas. Tras la recogida de registros, el grupo de mejora analizará los datos, identificando los EA más prevalentes, según su gravedad y evitabilidad; para ello contamos con la aplicación informática utilizada en el ENEAS II (Base de Datos SVCEA AP 1.0).

Una vez depurados y analizados los datos, el grupo de mejora planteará una medida formativa a nivel del área (se definirá en función del porcentaje de participantes) y difundirá los resultados en los centros colaboradores; se propondrá un debate sobre posibles soluciones que permitirá diseñar e implementar soluciones que reduzcan los riesgos detectados mediante los oportunos cambios en la práctica, proceso o sistema. Posteriormente se repetirá el registro durante el mismo tiempo y se observará si ha habido algún cambio.

Para las reuniones de los participantes con el equipo de mejora, se dispone de un aula, con ordenador y cañón, en la Xerencia de AP. El número de sesiones formativas dependerá del nivel de participación.

Análisis de los datos: Se describirán las variables mediante los estadísticos más apropiados a su naturaleza, tipo y escala de medida. Se realizará un análisis descriptivo, presentándose el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas mientras que las variables cuantitativas se presentarán a través de medidas de centralización y dispersión según proceda.

Plan de trabajo:

Configurar un grupo de mejora.

Formación a facultativos y personal de enfermería implicado. Con dos modalidades, formación de formadores y sesiones clínicas.

Compra de equipamiento si fuese preciso.

Apoyo profesional para la coordinación de las actividades a desarrollar y la evolución del programa.

Realización de proyectos de mejora.

Publicación y difusión de material de apoyo.

Productos a presentar:

Informe que incluya:

Diseño y metodología del proyecto.

Resultados y recomendaciones.

Directores del proyecto:

Ana Clavería Fontán.
Isabel Campos Pardo.
Clara González Formoso.
Sandra Cal Bouzón.
Tomás Lerma Merino.
Patricia Bermejo Ainsa.
Patricia Iglesias Fernández.
Manuel Ledo García.
Bernardino Alonso Fernández.

Expertos y colaboradores: Direcciones de enfermería, Servicios de Farmacia Hospitalaria, Unidades Funcionales de Calidad de AP y AE, grupo de seguridad de enfermería.