

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

- 751** *Resolución de 10 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 Consejería de Salud y Consumo de las Illes Balears, 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 Consejería de Salud y Consumo de las Illes Balears 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, 10 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 Consejería de Salud y Consumo de las Illes Balears para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios

En Madrid a 18 de noviembre de 2008.

REUNIDOS

De una parte, don Bernat Soria Escoms, Ministro de Sanidad y Consumo, según nombramiento conferido por el Real Decreto 436/2008, de 12 de abril (BOE nº 90 de 14 de abril de 2008) y en virtud de las facultades que le otorga el artículo 4.1 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno; así como el artículo 13.3 de la Ley 6/1997 de 14 de abril, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

Y de otra, don Vicenç Thomàs Mulet, Consejero de Salud y Consumo de les Illes Balears, cargo para el que fue nombrado por Decreto 10/2007, de 6 de julio, del Presidente, actuando en nombre y representación de la Comunidad Autónoma de les Illes Balears en virtud de las atribuciones que le confieren los artículos 11 y 80 de la Ley 3/2003 de 26 de marzo, de Régimen Jurídico de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de les Illes Balears.

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

Segundo.—Que el artículo 31.4 de la Ley Orgánica 1/2007 de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears, le atribuyó las competencias de desarrollo legislativo y ejecución a la Comunidad Autónoma en materia de salud y sanidad.

Tercero.—Que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la responsabilidad de la mejora de la calidad en el sistema sanitario en su conjunto, cumpliendo las previsiones recogidas en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para este fin, la citada ley en su artículo 60, prevé la creación de una Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. El Real Decreto 438/2008, de 14 de abril, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales, 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 las Illes Balears tiene interés en impulsar proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

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

ESTIPULACIONES

Primera. *Objeto.*—El presente Convenio tiene por objeto regular las condiciones de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la CC.AA. de las Illes Balears 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 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 en la transición asistencial) y entre profesionales y pacientes.

2. Prevenir úlcera por presión en pacientes.
3. Prevenir errores en el embarazo, parto y puerperio.
4. Prevenir la infección nosocomial:

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

Incluye también actividades que promuevan la práctica de manos limpias.

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

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

a) Prestar el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el convenio.

b) Colaborar con la CC.AA de Illes Balears en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por dicha Comunidad y en la medida de sus posibilidades.

c) Aportar la información y documentación necesarias para el desarrollo del proyecto que le sea requerida por parte de la CC.AA de Illes Balears siempre que ésta se encuentre en su poder.

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

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

Tercera. Funciones y actividades de la Consejería de Salud y Consumo.—La Consejería de Salud y Consumo desarrollará, al amparo del presente Convenio, las siguientes funciones y actividades:

a) Realizar las actividades previstas para cada uno de los objetivos que se detallan en el anexo técnico.

b) Elaborar un informe de actividad en el que se detallan las acciones realizadas y los resultados obtenidos de acuerdo con lo especificado en el anexo técnico.

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

d) Elaborar un informe financiero comprensivo de todo el gasto derivado del convenio.

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

En representación del Ministerio de Sanidad y Consumo:

El Director General de la Agencia de Calidad del SNS, o persona en quien delegue.

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

En representación de la Comunidad Autónoma de Illes Balears:

Dr. Joan Llobera. Director General d'Avaluació i Acreditació.

Carlos Campillo Artero. Subdirector de Evaluación Asistencial.

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

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

Con el acuerdo de ambas partes, el presente convenio se podrá prorrogar por periodos anuales, formalizándose por escrito las prórrogas antes de la expiración del plazo de vigencia del convenio o de la prórroga vigente.

Sexta. Financiación y pago.—El coste de las actividades previstas en el presente convenio asciende a ciento setenta mil trescientos ochenta euros (170.380,00) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 70,00% que supone (119.266,00 €). Para el pago, se incluirá certificado de conformidad del Director General o Subdirector General de la Agencia de Calidad del S.N.S., acreditativo de la recepción de conformidad del informe y de la justificación de los gastos efectivamente realizados.

La CC.AA. de Illes Balears asumirá el 30% restante que asciende a (51.114 €).

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 de Illes Balears.

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.—El Consejero de Salud y Consumo de les Illes Balears, Vicenç Thomàs Mulet.

ANEXO TÉCNICO

Líneas y objetivos para el convenio de prácticas seguras 2008

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

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

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

1. Prevenir errores debidos a la 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»:

a. Prevenir los efectos adversos relacionados con medicación de alto riesgo.—Se denominan «medicamentos de alto riesgo» aquellos que tienen un «riesgo» muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización.

b. Prevenir errores de la medicación en las transiciones asistenciales.

Título del proyecto: Gestión de la medicación de alto riesgo en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Antecedentes o análisis de situación.—Se denominan «medicamentos de alto riesgo» aquellos que cuando se utilizan incorrectamente presentan una gran probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes.

El Institute for Safe Medication Practice realizó un estudio (1) con objeto de conocer los fármacos y situaciones que eran más proclives a causar acontecimientos adversos en los pacientes. Los resultados pusieron de manifiesto que los errores de medicación que provocan daños graves o mortales están causados por un número limitado de medicamentos. Recientemente se ha realizado una actualización del listado de medicamentos de alto riesgo (2).

Las organizaciones insisten en la necesidad de establecer procedimientos explícitos para mejorar la seguridad en el manejo de estos medicamentos, entre los que se encuentran:

- a) Establecer y difundir una relación con los medicamentos de alto riesgo disponibles en los diferentes servicios.
- b) Definir dosis máximas y alertas automatizadas.
- c) Limitar el número de presentaciones y concentraciones disponibles, particularmente para heparina, morfina e insulina.
- d) Estandarizar su prescripción, almacenamiento, preparación y administración.
- e) Implantar prácticas de doble chequeo en la preparación y administración de estos medicamentos.

Objetivos:

Generales: Prevenir los efectos adversos relacionados con la medicación de alto riesgo, en el SMI.

Específicos:

Dar a conocer a los profesionales, la relación de medicamentos de alto riesgo disponibles en SMI.

Diseñar un procedimiento que permita identificar de forma precisa, los medicamentos considerados de alto riesgo.

Estandarizar su prescripción, almacenamiento, preparación y administración.

Revisión de similitud de nombres de medicamentos (fonética/ortográfica) así como de apariencia, que pudieran provocar error, entre los medicamentos de alto riesgo disponibles en SMI.

Metodología.—Realizar un listado de los medicamentos de alto riesgo disponibles en SMI.

Suministrar dichos medicamentos con advertencias de su situación de alto riesgo.

Elaboración de un protocolo para la estandarización en la prescripción, almacenamiento, preparación y administración.

Revisión de similitud de nombres (fonética/ortográfica) así como de apariencia, de medicamentos, que pudieran provocar error, entre los medicamentos de alto riesgo disponibles en el SMI, y elaboración de un documento al respecto.

Debido a que gran parte de los medicamentos de alto riesgo se administran por vía intravenosa mediante bombas de perfusión (BP), se propone la realización de un AMFE para analizar de forma preventiva los errores relacionados con el manejo de estos equipos.

Aunque los antibióticos no se consideren medicación de alto riesgo, debido a que son fármacos muy utilizados en SMI y existe gran variabilidad en su preparación y administración, se plantea estandarizar ambas fases.

Realización de una Sesión informativa, dirigida a los profesionales del SMI, sobre errores de medicación y cultura de seguridad, con especial atención a los medicamentos de alto riesgo.

Elaboración y colocación de los posters sobre medicamentos de alto riesgo en puntos clave del SMI.

Elaboración de cuadernos, publicación en la intranet de la institución, de los protocolos y documentos surgidos de dichas reuniones.

Memoria del proyecto.

Mediciones: Porcentaje de medicamentos de alto riesgo identificadas adecuadamente. Estándar 100%.

$$\frac{\text{Nº de medicamentos de alto riesgo identificadas adecuadamente}}{\text{Nº total de medicamentos de alto riesgo}} \times 100$$

Nº de medicamentos de alto riesgo con dilución estandarizada. Estándar 100%.

$$\frac{\text{Nº de medicamentos de alto riesgo con dilución estandarizada}}{\text{Nº total de medicamentos de alto riesgo que requieren dilución}} \times 100$$

Nº de antibióticos listados estandarizados. Estándar 100%.

$$\frac{\text{Nº de antibióticos listados estandarizados}}{\text{Nº total de antibióticos listados}} \times 100$$

Productos a presentar:

Informe de resultados que incluya:

Listado de los medicamentos de alto riesgo disponibles en SMI.

Advertencias de su situación de alto riesgo.

Protocolos de estandarización en la prescripción, almacenamiento, preparación y administración.

Listados de similitud de nombres (fonética/ortográfica), así como de apariencia, de medicamentos.

Protocolo de diluciones estándares.

AMFE para BP.

Protocolo para la estandarización de la preparación y administración de antibióticos.

Sesión informativa.

Posters, cuadernos sobre medicamentos de alto riesgo.

Publicación en la intranet de la institución, de los protocolos y documentos.

Memoria del proyecto.

Director del proyecto: Paz Merino. Médico intensivista. Jefe de Sección. SMI. Hospital Can Misses. Coordinadora del proyecto Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico. SEMICYUC. Curso Básico de seguridad del paciente. FAD. Alumna del Máster de seguridad del paciente y calidad asistencial. MSC.

Título del proyecto: Monitorización de fármacos de riesgo en psiquiatría.

Desarrollar en el Hospital Universitario Son Dureta, como actividad propia de la Unidad de Toxicología Clínica, un proyecto de monitorización de fármacos de riesgo, prescritos en cualquier ámbito asistencial de la Comunidad Autónoma (atención Primaria o Especializada), con el fin de prevenir y evitar los problemas de seguridad del paciente que pueda generar su mal uso por sobre o infradosificación.

Objetivos.—Los objetivos concretos que pretende alcanzar este proyecto son los siguientes:

1. Cuantificar el grado de no cumplimentación de la terapia con psicofármacos,
2. Prevención del riesgo de intoxicación aguda por psicofármacos
3. Valorar si la ausencia de respuesta clínica se produce por una falta de adherencia al tratamiento, por un problema de interacciones a nivel farmacocinética, presencia de situaciones de comorbilidad (fallo hepático, desnutrición, fallo renal, etc).

Metodología:

Población diana.—Los beneficiarios potenciales de este proyecto son los pacientes de cualquier nivel asistencial que sigan tratamiento ambulatorio habitual con alguna de las siguientes sustancias:

1. Antidepresivos:

Cíclicos: imipramina, amitriptilina, nortriptilina, venlafaxina.
Sales de litio.

2. Antipsicóticos:

Olanzapina.
Risperidona.
Clozapina.
Quetiapina.

3. Otros fármacos:

Ácido valproico.
Carbamazepina.
Oxcarbamacepina.
Lamotrigmina.
Topiramato.

Todos estos medicamentos comparten dos características similares. En primer lugar, sus niveles terapéuticos son detectables con medios analíticos. En segundo lugar, hay un nivel de evidencia científica elevado de la asociación entre los datos analíticos y la actividad terapéutica deseada.

Circuito asistencial.—En circuito asistencial se describe a continuación:

Se realizará una extracción sanguínea un día concreto cada semana —que debe concretarse—, según el modelo adjunto de petición y en las condiciones farmacocinéticas óptimas (intervalo desde la última ingesta, interferencia de las comidas, vida media del fármaco, etc.), para que el resultado obtenido tenga la máxima validez.

Automáticamente se citará a los pacientes para su recogida y posterior valoración en la consulta externa de la Unidad de Toxicología Clínica.

Las determinaciones analíticas mencionadas se procesarán en el Laboratorio de Análisis Clínicos del Hospital, sección de fármacos-drogas de abuso y toxicología analítica.

En la consulta externa de la Unidad de la Unidad de Toxicología Clínica y en la del Hospital de Día de Psiquiatría se actuará a diferentes niveles:

1. Valoración médica del resultado analítico obtenido del fármaco de riesgo, relacionándolo con el estado clínico del paciente.
2. Ajuste de dosis en casos de niveles no deseados, según evaluación de los facultativos del equipo con conocimientos del área de farmacocinética.
3. Actuación clínica en aquellos pacientes en los cuales los niveles sanguíneos de los fármacos de riesgo sean elevados con el objetivo de descartar una intoxicación

Productos a presentar:

Memoria del proyecto que incluya las actividades realizadas.
Indicadores de cumplimiento.
Material informativo ligado al proyecto.

Expertos y colaboradores:

En consonancia con la perspectiva multidisciplinaria de la Unidad de Toxicología, en este proyecto participan:

1. Médicos y personal de enfermería de Urgencias, adscritos a la Unidad de Toxicología Clínica.
2. Servicio de Psiquiatría.
3. Servicio de Análisis Clínicos
4. Servicio de Farmacia.

Título del proyecto: Prevención de errores de transición asistencial en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Prevenir los Errores de Conciliación en la transición asistencial entre el SMI y el resto de servicios clínicos.

Antecedentes o análisis de situación.—La seguridad del paciente y los errores de medicación son temas de creciente actualidad debido, a la prevalencia e importancia de los mismos tanto en el hospital como en el medio ambulatorio. Habitualmente los estudios de errores de medicación se han enfocado al análisis en un entorno determinado, sea un centro o un ámbito concreto de la asistencia sanitaria, pero no han sido tan estudiadas las Discrepancias de Medicación no intencionadas (Errores de Conciliación) de tratamiento que se producen en el paso de un nivel asistencial a otro.

Los pacientes son cada vez con más frecuencia pluripatológicos y requieren recursos sanitarios en diversos niveles asistenciales de forma simultánea, así como tratamientos específicos de diferentes especialistas, lo que les hace particularmente vulnerables a problemas relacionados con la medicación. Esta vulnerabilidad es máxima en los procesos de transición de un médico a otro, o en el paso entre diferentes tipos de asistencia, a lo que contribuye la tendencia creciente de minimizar las estancias hospitalarias, por lo que el paciente se va antes y en una situación más crítica.

El paso de un nivel a otro se considera un punto muy vulnerable en la seguridad del paciente, debido a que los pacientes reciben tratamientos de varios médicos simultáneamente, y no existen registros únicos de todos los tratamientos o una historia farmacoterapéutica única, lo que induce a errores por desconocimiento de los tratamientos, tanto por el personal sanitario como por el propio paciente o su entorno. Estos hechos pueden llevar a Discrepancias de Medicación no intencionada de los tratamientos prescritos por distintas especialidades, que se han denominado Errores de Conciliación, siendo los más frecuentes la omisión de medicamentos, seguido de cambio de dosis o frecuencias, cambio de medicamento y duplicidades terapéuticas.

Objetivos:

Generales: Prevenir los denominados Errores de Conciliación en SMI: Prevenir los errores de conciliación en la transición asistencial entre el SMI y el resto de servicios clínicos.

Específicos:

Identificar, resolver y categorizar los tipos de errores producidos.
Difundir entre los profesionales sanitarios los errores de conciliación identificados más frecuentes y proponer mejoras para su prevención.

Diseñar un procedimiento que permita identificar de forma precisa dichos errores.

Iniciar una historia farmacoterapéutica que permita el adecuado seguimiento durante toda la estancia y al alta hospitalaria.

Metodología.—Se elegirá una cohorte de pacientes que serán reclutados de forma consecutiva al ingreso hospitalario.

Criterios de inclusión:

Edad superior o igual a 65 años.

Paciente en tratamiento con 4 o más medicamentos crónicos sistémicos.

Pacientes en los que se pueda llegar a conocer de forma fiable su tratamiento crónico.

Posibilidad de realizar entrevista con el paciente o familiares durante su estancia hospitalaria.

La variable principal del estudio es número de Errores de Conciliación identificados en la transición asistencial, entendiéndose como éste cualquier Discrepancia de Medicación entre el tratamiento crónico del paciente que no se refleja en el tratamiento hospitalario, así como los que se producen en sentido inverso al alta hospitalaria. Se considerará error siempre que esta discrepancia no fuera deseada por el médico especialista.

La verificación del tratamiento crónico del paciente se realizará por los datos de la Historia Clínica, la información del programa de prescripción de Atención Primaria y por entrevista con el paciente/cuidador.

Todas las discrepancias de medicación serán evaluadas con el médico del paciente, para conocer si son intencionadas o no y, aquellas que no hayan sido intencionadas se considerarán Errores de Conciliación.

Los Errores de Conciliación se clasificarán en:

1. Omisión de medicamento.
2. Discrepancia de dosis.
3. Discrepancia de frecuencia.
4. Medicamento incorrecto.
5. Interacción con tratamiento hospitalario.

Al alta se elaborará un informe farmacoterapéutico valorando el reinicio, sustitución o suspensión de los tratamientos crónicos del paciente a fin de que al médico prescriptor en planta le sirva de orientación.

Mediciones:

Número de errores de conciliación (EM) identificados y categorización de los mismos (tipo, fase).

Número de problemas relacionados con la medicación (PRM) identificados y categorización de los mismos (tipo, categoría, descripción, impacto y aceptación).

Número de EM/PRM por paciente.

Grupos farmacoterapéuticos y principios activos comúnmente implicados en los errores de conciliación.

Productos a presentar:

Número de errores de conciliación (EM) identificados y categorización de los mismos (tipo, fase).

Número de problemas relacionados con la medicación (PRM) identificados y categorización de los mismos (tipo, categoría, descripción, impacto y aceptación).

Número de EM/PRM por paciente.

Grupos farmacoterapéuticos y principios activos comúnmente implicados en los errores de conciliación.

Memoria del proyecto.

Director del proyecto: Paz Merino. Médico intensivista. Jefe de Sección. SMI. Hospital Can Misses.

2. *Prevenir úlcera por presión en pacientes ingresados*

Título del proyecto: Mejora en la prevención y tratamiento de úlceras por presión.

Antecedentes.—Las úlceras por presión (UPP) constituyen un importante problema de salud, tanto por su elevada incidencia y prevalencia como por sus repercusiones. El estudio nacional de prevalencia UPP realizado en 2005 por la GNEAUPP muestra una prevalencia en atención primaria del 9,11% (DE 10,9%) entre los pacientes que recibían atención domiciliaria, una prevalencia en hospitales del 8,9% (DE 12,2%) y del 10,9% (DE 11,9%) en la asistencia socio-sanitaria (1).

Las UPP también suponen un importante problema sanitario debido a sus repercusiones: prolongan la estancia de los pacientes en los hospitales, incrementan el coste por proceso y dan una imagen institucional negativa al poder atribuirse a déficit en la calidad asistencial (el 95% de úlceras son evitables). Además, la persona que padece úlceras por presión se ve afectada en su dignidad al estar expuesta a curas dolorosas, se retrasa su proceso de recuperación y ha de afrontar el riesgo de infección y sepsis que la úlcera representa.

Objetivos.—Facilitar herramientas para la implantación de la guía clínica de prevención y tratamiento de úlceras por presión en las gerencias del Servei de Salut de les Illes Balears.

Suministrar información fiable, periódica y comparable mediante la normalización del sistema de información sobre prevalencia.

Difundir periódicamente, mediante el Observatorio Balear de Úlceras por presión, información actualizada sobre guías clínicas, revisiones sistemáticas, publicaciones sobre prevención y tratamiento, estrategias, planes y proyectos relacionados con el tema.

Metodología.—Para la consecución de estos objetivos el GAUPP trabaja como grupo completo y en tres subgrupos. Los miembros de cada subgrupo definen directrices y elaboran materiales que son revisados por el resto de componentes, éstos aportan sugerencias de mejora y acuerdan su idoneidad. Siempre que el grupo lo considera necesario estos materiales se remiten a expertos (por ejemplo de cuidados paliativos, nutrición, pediatría, epidemiología, entre otros).. Cada uno de estos subgrupos se ocupa de un tema específico:

1. Revisión de la guía clínica, difusión de la misma, sensibilización para la prevención y formación (básica, intermedia y avanzada).
2. Normalización del sistema de información de prevalencia y desarrollo del proyecto de realización de un corte de prevalencia en todos los centros del Servei de Salut.
3. Diseño, puesta en funcionamiento y actualización del Observatorio Balear de Úlceras por Presión.

En cada proyecto (un proyecto para cada subgrupo) se establecen tres fases.

1. La edición de materiales, diseño del sistema de información y diseño de la página Web que dará soporte al Observatorio.
2. Realización de las campañas de sensibilización, distribución de materiales para facilitar la implantación, realización del corte de prevalencia y publicación del observatorio en la página Web de la Dirección General de Evaluación y Acreditación.

Evaluación de resultados y presentación de los mismos. Se presentará memoria de todas las actividades realizadas (detalladas en la segunda fase). También se presentará el resultado del corte de prevalencia por centros y unidades de trabajo.

Indicadores previstos:

Porcentaje de pacientes de riesgo en la población de estudio (según puntuación en la Escala de Braden).

Prevalencia de úlceras (total de pacientes que presentan UPP X 100 / total de pacientes incluidos en el estudio).

Prevalencia de pacientes ulcerados según procedencia de la úlcera (propio centro o de otro centro).

Prevalencia de úlceras por presión según estadios.

Porcentaje de contradicciones entre pacientes o familiares y personal sanitario sobre el origen de la lesión (es un indicador para valorar la calidad de la información sobre este aspecto).

Productos a presentar:

Edición de materiales: manual de usuario, Díptico de bolsillo Poster de sensibilización para la prevención y Presentación para la realización de actividades formativas.

Memoria de las actividades de sensibilización realizadas en unidades que atienden a pacientes de riesgo.

Diseño del sistema de información.

Resultados del corte de prevalencia.

Publicación del Observatorio en la Web de la Dirección General de Evaluación y Acreditación y en la del Servei de Salut de les Illes Balears.

Directora del proyecto: Antonia María Tomás Vidal. Adjunta de Formación e Investigación. Dirección General de Evaluación y Acreditación. Conselleria de Salut i Consum.

3. *Prevenir errores en el embarazo, parto y puerperio*

Los EA que se producen en la atención al parto son infrecuentes pero cuando aparecen pueden tener consecuencias dramáticas. El recién nacido siempre vulnerable, lo es más cuando es fruto de un parto distócico o es pretermino. El aumento de la edad materna, de los embarazos múltiples y de la prematuridad aumentan el riesgo de EA.

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

a. Mejora de la Seguridad en la Atención al embarazo para prevenir las complicaciones preparto, intraparto y postparto. Haciendo especial énfasis en las que se han relacionado con mayor frecuencia de mortalidad materna (fenómenos tromboembólicos, preeclampsia y eclampsia, hemorragias, sepsis y embolismo de líquido amniótico).

Título del proyecto: Mejora de la adecuación de las cesáreas urgentes y programadas.

Antecedentes o análisis de situación.—La cifra de cesáreas aumenta de manera progresiva en todos los ámbitos asistenciales tanto públicos como privados en nuestro país así como en general en todos los países del mundo alcanzando cifras preocupantes.

Objetivos:

1. Continuar aplicando el modelo de evaluación continua de la adecuación de las cesáreas urgentes y programadas. (evaluación bimestral prospectiva continua).

2. Implantar medidas de mejora en grupos de cesáreas en los que no se alcanza el 90% de adecuación a los estándares, sobre la base de los resultados obtenidos en 2007.

3. Incorporar a otros hospitales de la CAIB al protocolo de estandarización de cesáreas (Inca e Ibiza).

4. Adoptar la clasificación de diez grupos de Robson para todos los partos de nuestra comunidad.

5. Adoptar una base de datos única en Web corporativa con registro de partos por pacientes.

6. Establecer la mejoras estructurales y organizativas necesarias en los servicios.

a. Compra de pH metros en Hospitales de Menorca e Ibiza.

b. Cambio de ph metro en Hospital de Manacor.

7. Impartir cursos de formación y reciclaje continuados en monitorización y control del bienestar fetal intraparto. Realizar por islas el curso-taller de control intraparto.

8. Ajustar tasas de cesáreas por complejidad y situación clínica desde la clasificación de grupos de Robson.

9. Difundir más resultados en el Congreso Español de Medicina Perinatal (Tenerife octubre 2008).

10. Seguir publicando los resultados de las evaluaciones.

Metodología:

Grupo de consenso entre hospitales para adoptar medidas de mejora de adecuación de los estándares.

Seguimiento y análisis de las evaluaciones de las adecuaciones a estándares de cesáreas programadas y urgentes (por grupos) en los hospitales de Manacor, Son Llàtzer y Menorca.

Adoptar la clasificación de cesáreas de los Diez Grupos de Robson como elemento comparativo entre hospitales.

Completar el prototipo informatizado del registro unificado e implantarlo en los hospitales participantes para poder estimar tasas de cesáreas ajustadas por riesgos.

Plan de trabajo.

Difusión de resultados Asistencia al congreso nacional de Medicina Perinatal. Presentación de comunicación. Dra. Catalina Roig; Dr. Pedro Cabeza o Dr. Andrés Calvo. Octubre 2008.

Cursos-Talleres: Impartición del Curso-Taller sobre control fetal intraparto. Se realizará uno en cada isla (Mallorca; Menorca, Ibiza). Dres: Miguel Juan; Pedro Cabeza; Andrés Calvo; Catalina Roig. Mayo-junio 2008.

Auditorías de cesareas cruzadas por hospitales de cesareas de 2007.

Dr. JC Hermoso; Dr. Miguel Juan; Dr. Carlos Campillo. Mayo-junio 2008.

Reunión del grupo de consenso entre hospitales para adoptar medidas de mejora de adecuación de los estándares sobre la base de los resultados obtenidos.

Dr. JC Hermoso; Dr. A. Calvo; Dr. Miguel Juan; Dr. Pedro Cabeza; Dra Catalina Roig; Dr. Marçal Moreno. Septiembre 2008.

Análisis de la clasificación de diez grupos de Robson.

A. Calvo; C. Campillo; M. Juan; P. Cabeza, Mario Herrero. Octubre 2008.

Productos a presentar:

Memoria del proyecto.

Indicadores de cumplimiento.

Comunicación al congreso de medicina perinatal.

Registro central en Web corporativa.

Clasificación de los diez grupos de Robson por centros.

Resultado del audit de la evaluación de la adecuacion de las cesáreas por hospitales.

Director del proyecto: Andrés Calvo Pérez. Jefe Servicio Ginecología /Obstetricia del Hospital de Manacor. Doctor en Medicina.

4. *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.

a. Prevención de infecciones relacionadas con catéteres centrales en Unidades de Cuidados Intensivos.

Título del proyecto: Prevención de infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales, cuidados y mantenimiento.

Diseño de una campaña educativa, en el Área de Salud de Ibiza y Formentera, que tiene como fin, disminuir la incidencia de la infección relacionada con el catéter venoso (CVC), mediante la difusión de prácticas seguras en la inserción y mantenimiento del

mismo. Estará dirigida a todo el personal en contacto con pacientes que porten dichos dispositivos. Incluye las siguientes unidades: Medicina Intensiva (SMI), plantas de hospitalización convencional del área médica y quirúrgica, Hematología, Oncología, Diálisis y Hospitalización a Domicilio.

Antecedentes o análisis de situación.—Los CVC rompen la integridad de la piel, permitiendo que pueda ocurrir una infección bacteriana y/o fúngica. La infección, puede extenderse a través de la sangre y originar cambios hemodinámicas, sepsis severa y disfunción multiorgánica que puede llegar a terminar con la vida del paciente.

Aproximadamente el 90% de las infecciones relacionadas con catéteres son debidas a CVC. La infección nosocomial relacionada con catéter prolonga la hospitalización en una media de 7 días y la mortalidad atribuible en cada infección es, aproximadamente, del 18%, con lo cual es probable que, siendo un 5,3 la incidencia de infección relacionada con catéter por 1000 días de catéter, alrededor de 14.000-28.000 muertes atribuibles a esta causa.

En España, las estimaciones basadas en datos obtenidos del estudio ENVIN-UCI, hacen referencia a que habría 1.00.000 días/año pacientes con CVC, se producirían entre 5.000-8.000 bacteriemias relacionadas con CVC anuales, que ocasionarían entre 400-600 muertes (10%) anuales.

Objetivos:

Seguimiento y control de todos los CVC implantados en nuestra Área de Salud.

Conocer la incidencia de infección relacionada con CVC en el Área de Salud de Ibiza y Formentera.

Disminuir la incidencia de infección relacionada con el CVC mediante la formación del personal sanitario, en las medidas adecuadas para la inserción y mantenimiento del catéter.

Metodología:

Revisión bibliográfica, lectura crítica y selección de los artículos en base a su calidad científica.

Elaboración de una guía para los cuidados de los CVC, por profesionales del SMI.

Definir todas aquellas medidas que, tanto en la inserción como en el mantenimiento, han demostrado disminuir la incidencia de infección relacionada con catéter.

Divulgar dichas prácticas entre el personal sanitario en contacto con pacientes portadores de CVC. Incluye: Medicina Intensiva, plantas de hospitalización convencional del área médica y quirúrgica, Hematología, Oncología, Diálisis y Hospitalización a Domicilio.

Creación de un equipo multidisciplinar formado por médico, diplomados en enfermería (DUE) y auxiliares técnicos en cuidados de enfermería (TCAE) pertenecientes al SMI, que con el apoyo de una epidemióloga se dedicará a vigilar la implantación de dichas medidas.

Diseño de un checklist para comprobar la adhesión a dichas medidas y de una base de datos, que permita registrar y explotar los relacionados con: número de catéteres implantados, días de catéter, lugar de inserción, así como incidencia de infección y etiología más frecuente de la misma.

Seguimiento de las tasas de bacteriemias relacionadas con CVC, globales en el Área de Salud y, por servicios.

Identificación de puntos críticos. Propuestas de mejora.

Emisión y difusión de un informe con carácter trimestral.

Plan de trabajo:

1. Elaboración de la guía para los cuidados y mantenimiento del CVC:
Dra Elena Bustamante, Gemma Perarnau, Sonia Gámez.
2. Definición de un paquete de medidas para disminuir la incidencia de infección relacionada con CVC.

Dra. Elena Bustamante, Gemma Perarnau, Sonia Gámez.

Información del proyecto a las unidades participantes.

Dra. Elena Bustamante, Gemma Perarnau, Sonia Gámez.

3. Diseño de un curso de formación, que incluirá, clases teórico-prácticas. En una primera fase se impartirá en el SMI, y posteriormente, al resto de las unidades.

Dra. Elena Bustamante, Gemma Perarnau, Sonia Gámez, Mercedes Martínez, Gema García.

3. Diseño de póster recordatorios.

Dra. Elena Bustamante, Gemma Perarnau.

4. Elaboración de una hoja de Checklist creación base de datos.

Dra. Elena Bustamante, Gemma Perarnau, Dra. Aina María Yáñez.

5. Inicio de control y registro de CVC, inicialmente en nuestra unidad y posteriormente en el resto del hospital, mediante Checklist diario.

Dra. Elena Bustamante, Gemma Perarnau, Sonia Gámez, Mercedes Martínez, Gema García.

6. Memoria del proyecto.

Dra. Elena Bustamante, Dra. Aina María Yáñez.

Productos a presentar:

Guía para la prevención de la infección relacionada con CVC.

Listado de medidas para disminuir la infección relacionadas con CVC.

Curso de formación y memoria del mismo.

Pósters.

Memoria del proyecto.

Director del proyecto: Dra. Elena Bustamante Munguira. FEA SM, Hospital Can Misses.

En el caso concreto de las Unidades de Cuidados Intensivos el protocolo a seguir será el del proyecto «Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres endovasculares en servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial», que se realizara a través de una colaboración entre el MSC y la OMS y cuyo resumen se incluye a continuación.

4.1. Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres centrales en servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial.

Introducción:

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

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

Recientemente, un estudio liderado por Peter Pronovost de la Johns Hopkins University (publicado en el New England Journal de diciembre de 2006) y realizado en 103 UCIs del estado de Michigan, ha demostrado la posibilidad de reducir la bacteriemia relacionada con CVC prácticamente a 0. El programa de intervención se encontraba enmarcado en una iniciativa de seguridad estatal para pacientes ingresados en UCI, en el que el factor principal de estudio fue el impacto de la intervención en la tasa de infección relacionada con catéteres venosos centrales.

Esta intervención, que se ha tomado como ejemplo a nivel internacional, está siendo liderada en nuestro país por la Agencia de Calidad en colaboración con la OMS, siendo coordinada a nivel técnico por la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC) y siguiendo la metodología que el Dr. Pronovost y su equipo tienen desarrollada.

Los objetivos de esta intervención son:

Objetivos:

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

Metodología.—La intervención incluye la implementación de 5 prácticas seguras de efectividad demostrada: lavado de manos, utilización de las medidas de barrera máximas en el momento de la inserción del CVC, desinfección de la piel con clorhexidina, evitar la vía femoral y retirar los CVC innecesarios.

La intervención incluye los siguientes elementos:

a. Formación e información del personal sanitario.—Todo el personal de las unidades que atienden pacientes críticos debe realizar un curso «on line» de formación de 2 horas en el que se 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 mejoría de higiene de manos. Se realizarán controles de la práctica adecuada de la higiene de manos.

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

Numerador: nuevos episodios de BRC.

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

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

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

Productos:

Informe del desarrollo del proyecto a nivel de Comunidad Autónoma que incluya las actividades realizadas en:

- Formación e información del personal sanitario.
- Difusión del contenido de la intervención.
- Identificación de puntos débiles en el manejo de catéteres.
- Adhesión a la campaña «Manos limpias».

Además el informe incluirá los resultados de indicadores mencionados en la descripción de la metodología de este proyecto.

4. Dirección del proyecto

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

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

Título del proyecto: Implementación del Protocolo Informatizado Multidisciplinar de Manejo Integral de la Sepsis (Proyecto PIMIS) en un Hospital General.

Este proyecto para el 2008 constituye la segunda etapa de despliegue y consolidación en el Hospital, que se trata de un proceso paulatino y continuado, al ser un Proyecto de enorme dificultad para su implementación dentro de un Hospital: identificar, monitorizar y tratar de forma inmediata todas las sepsis graves en cualquier punto de un Hospital, necesitando la coordinación de los diferentes médicos especialistas y de enfermería.

Hay que recordar que participan de forma activa las siguientes especialidades médicas más personal de enfermería: Urgencias, Medicina Intensiva, Cirugía General y Especialidades Quirúrgicas, Medicina Interna y diferentes Especialidades Médicas, Anestesia y Reanimación, Ginecología, Traumatología, Oncología y Hematología.

Antecedentes o análisis de situación.—Como hemos comentado, la actual solicitud tiene como objetivo continuar con la implementación, pero también promover la ampliación del Proyecto PIMIS tanto en el ambiente intra como extrahospitalario.

Se calcula que cada día hay un nuevo caso de sepsis grave por cada 100.000 habitantes, lo que equivaldría, en nuestra comunidad a cerca de 10-12 casos nuevos cada día. Esta incidencia es mayor que otras patologías frecuentes como el Infarto Agudo del Miocardio (IAM), Insuficiencia Cardíaca, Descompensación de un EPOC o del ICTUS, según datos de nuestra propia Comunidad Autónoma. Además los costes directos e indirectos, por ejemplo por el aumento de días de estancia hospitalaria, son más elevados que otros procesos. Y finalmente son la causa de muerte hospitalaria significativamente más alta si comparamos con otros procesos como el IAM, ya que se calcula la mortalidad hospitalaria de la sepsis severa en torno al 30% y del shock séptico del 40-45%.

Por todo ello, desde hace pocos años se está justificando la organización de protocolos multidisciplinarios en los centros hospitalarios, así como una concienciación de la importancia de la detección e inicio de un tratamiento precoz desde el ámbito de la atención primaria. El problema consiste en que, actualmente, sólo algunos Servicios de Urgencias, mayoritariamente en USA, y algunos Servicios de UCI en Europa y USA tienen Protocolos específicos para el diagnóstico, monitorización y tratamiento dirigidos a esta entidad. Por todo ello, se sigue una enorme heterogeneidad en el manejo de estos pacientes con sepsis grave, con la consecuente implicación en el pronóstico.

El mayor problema para homogenizar su manejo inicial es que hay pacientes sépticos en todas las áreas de un hospital. La organización con carácter multidisciplinar de un Protocolo práctico y eficaz del manejo de la sepsis, es un proceso complejo, así como, el

seguimiento de la adecuación de las medidas (paquetes o bundles) diagnósticas y terapéuticas.

En el Hospital Son Llätzer hemos organizado desde finales del 2005 un grupo de trabajo multidisciplinar de manejo de sepsis formado por intensivistas, cirujanos, médicos de urgencias, internistas y anestesiólogos que trabajó sobre un documento adaptado de las Recomendaciones del Surviving Sepsis Campaign (Dellinger et al, CCM, 2004). Hemos incorporado desde entonces otras especialidades como Ginecología, Oncología y Hematología, y además contamos en este momento con la colaboración diaria de enfermería.

Elaboramos un Protocolo Informatizado Multidisciplinar de Manejo Integral de Sepsis (Proyecto PIMIS) formado por 4 partes integradas dentro del sistema informático del Hospital:

- a) Criterios de identificación de pacientes con estratificación de su gravedad: SRIS y disfunción orgánica (DO) para identificar sólo los casos de sepsis severa o shock séptico (si hay 2 SRIS y al menos uno DO);
- b) Creación de las peticiones automatizadas para la monitorización de la evolución y respuesta al tratamiento (el momento de la identificación, a las 6 y 12 horas: bioquímica, hemograma, coagulación, lactato, PCR, hemocultivos, Rx de tórax);
- c) Conversión automática en un comentario de evolución con aquellos ítems de SRIS y DO que habían sido seleccionados previamente;
- d) Ayuda para el tratamiento a través de «croquis» en la hoja de activación.
- e) Y desde principios de este año se ha empezado a realizar el Check-list (también con una herramienta informática en la historia clínica) de las principales pruebas diagnósticas, monitorización y tratamiento en las primeras 24 horas de la inclusión de cada caso, realizado por enfermería.

Objetivos:

1. Seguir con la implementación del Protocolo PIMIS y ampliar a todos los Servicios que atienden pacientes adultos del Hospital, incrementando el número de casos diarios identificados y proceder su seguimiento clínico, además de la evaluación de las medidas realizadas.
2. Finalizar el proceso de consolidación oficial de la Unidad Funcional de Sepsis, la primera en Europa, constituida por médicos y enfermeras.
3. Incluir el Check-list de cada caso incluido con las medidas básicas de diagnóstico, monitorización y tratamiento. Dicho procedimiento es realizado en todos los pacientes en las primeras 24 horas de inclusión por enfermería con un protocolo informatizado que se realiza al «pie de cama».
4. Seguir con el proceso de expansión de la experiencia del Proyecto PIMIS del Hospital Son Llätzer a los otros Hospitales de nuestra Comunidad: lo que hemos denominado como el Plan Balear de Sepsis. También continuaremos con la presentación y soporte a otros Hospitales de otras comunidades (al final describimos la lista de Hospitales ya visitados).
5. Continuar con el Proceso de expansión y adaptación del Protocolo PIMIS en Atención Primaria, introduciendo: 1) docencia, 2) adaptar conocimiento de manejo de la sepsis en Atención Primaria, 3) implementar un call-center telefónico durante las 24 horas del día durante los 365 días del año para poder ayudar a solucionar dudas desde Atención Primaria y/o 061 para manejo y/o traslado a Urgencias de un paciente con sospecha de sepsis grave.

Indicadores de resultado ajustados a casuística, pre y post-intervención:

- Tasa de mortalidad ajustada de Sepsis Severa.
- Tasa de mortalidad ajustada de Shock Séptico.
- Tasa de mortalidad ajustada inclusión en protocolo.
- Tasa de mortalidad ajustada a morbilidad.
- Tasa de mortalidad ajustada a limitación del esfuerzo terapéutico.

Tasa de pacientes con Sepsis Severa no ingresados en UCI.
Tasa de disfunción de órganos.
Mortalidad evitable.

1. Tasa de incidencia de Sepsis Severa por 100.000 habitantes / día, en nuestra área poblacional.
2. Tasas de Mortalidad: bruta, Relacionada. Atribuible. Esperada según índices de gravedad.
3. Tasas de Mortalidad ajustadas a edad, sexo, gravedad, morbilidad y tiempos diagnósticos y terapéuticos, etc.
4. Mortalidad evitable.
5. Modelos de supervivencia (modelos de riesgos proporcionales de Cox).
6. Modelos predictivos de sepsis (multivariantes, por ej., regresiones logísticas de respuesta dicotómica o análisis de la covarianza).

Evaluaremos el impacto de ampliar la actividad diaria de la Unidad Funcional de Sepsis, inicialmente con actividad asistencial solamente en la UCI, Urgencias y Anestesia y Reanimación hasta nuevos Servicios como Cirugía y sus especialidades (p.e. Urología), Traumatología, Ginecología-Obstetricia, Medicina Interna y especialidades, Oncología y Hematología. Analizaremos si con esta ampliación de la actividad asistencial diaria podremos incluir más casos, y incrementar resultados pronósticos tales como, menor estancia hospitalaria, mejor ajuste de tratamiento antibiótico y valorar evolución clínica.

Productos a presentar:

1. Un informe completo con las principales actividades desarrollados durante el 2008.
2. Un informe con los principales resultados clínicos obtenidos: características demográficas de la población, la identificación de los casos por servicios, antecedentes patológicos, tipos de infecciones, patógenos más frecuentes, análisis del tratamiento, especialmente la antibioticoterapia, resultados de la evolución y análisis de mortalidad.
3. Un análisis especial del Check-List de las principales medidas de diagnóstico y tratamiento de la sepsis, evaluando el peso de la diferentes medidas sobre la evolución: estancia hospitalaria, costes generales y mortalidad.
4. También presentaremos todos los resúmenes/abstracts de las comunicaciones aceptadas en los diferentes Congresos nacionales e internacionales.
5. La lista de los diferentes Hospitales y Congresos (como ponencia) en que hemos presentado la experiencia del Hospital Son Llàtzer.

En resumen presentaremos los siguientes indicadores de seguimiento del Proyecto PIMIS:

1. Adecuación de los paquetes de medidas (bundles) diagnósticas y terapéuticas (Check-list):

Porcentaje de pacientes con criterios de Sepsis Severa incluidos en el protocolo.
Porcentaje de pacientes con medida de PVC en las primeras 6 h.
Porcentaje de pacientes con medida de diuresis en las primeras 6 h.
Porcentaje de pacientes con medida de lactato en 0h y 6 h.
Porcentaje de pacientes con toma de muestras de cultivo en las primeras 6 h.
Porcentaje de pacientes con inicio de la antibioticoterapia empírica en la 1ª hora.
Porcentaje de pacientes con indicación de Drogas vasoactivas (DVA), (TAS < 90 mm Hg o Lactato 3) que son tratados con DVA.

2. Número de informes de evaluación de resultados.
3. Número de reuniones con los servicios clínicos y las unidades de enfermería.
4. Porcentaje de pacientes rescatados e incluidos en la base de datos por los responsables del seguimiento clínico.
5. Indicadores de seguimiento clínico: impacto de las disfunciones orgánicas sobre la evolución de los pacientes; Evaluación de los principales índices de gravedad: APACHE II, SAPS III y SOFA y su impacto para predecir la evolución de los pacientes sépticos;

Identificación del perfil de pacientes con sepsis severa y shock séptico, la estancia hospitalaria y evolución hospitalaria y a los 3 y 6 meses del alta.

Director del proyecto: Dr. Márcio Borges Sá. Médico Adjunto de Medicina Intensiva.