

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

- 1311** *Resolución de 12 de enero de 2009, 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 Cantabria, para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.*

Suscrito el 11 de diciembre de 2008, Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Cantabria, 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, 12 de enero de 2009.—El Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos.

ANEXO

Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Cantabria, para el Impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios

En Madrid, a 11 de diciembre 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 n.º 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 Luis María Truan Silva, Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Cantabria en el ejercicio de las facultades propias de su cargo para el que fue nombrado por Decreto 10/2007, de 12 de julio (BOC Extraordinario de 12 de julio 2007), expresamente facultado para la firma del presente Convenio mediante Acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 11 de diciembre de 2008.

Ambas, que actúan en razón de sus respectivos cargos, se reconocen, mutua y recíprocamente, capacidad legal necesaria para la formalización del presente Convenio de Colaboración y, a tal efecto;

EXPONEN

Primero.—Que el artículo 149º.1.16ª de la Constitución atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Segundo.—Que el art. 25.3 del Estatuto de Autonomía de Cantabria aprobado por Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, atribuye a la Comunidad Autónoma de Cantabria competencias en materia de sanidad e higiene.

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 28 de mayo, 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 Comunidades Autónomas 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 Cantabria 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 Cantabria 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 de conciliación en la transición asistencial) y entre profesionales y pacientes.

2. 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.

3. 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 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 Cantabria 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 de Cantabria 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 Comunidad Autónoma de Cantabria.—La Comunidad Autónoma de Cantabria, a través del Servicio Cántabro 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 detallen las acciones realizadas y los resultados obtenidos de acuerdo con lo especificado en el anexo técnico.

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

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

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

En representación del Ministerio de Sanidad y Consumo:

El Director General de la Agencia de Calidad del SNS, o persona en quien delegue.
El Subdirector General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad.

En representación de la Comunidad Autónoma de Cantabria:

La Secretaría General de Sanidad, o persona en quien delegue.
La Subdirectora de Desarrollo y Calidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud.

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 Cincuenta y dos mil seiscientos veintinueve euros (52.629 €) IVA incluido.

De esa cantidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo asume un 70% que supone 36.840,30 €. Para el pago, se incluirá certificado de conformidad del Director General o un Subdirector General de la Agencia de Calidad del S.N.S., acreditativo de la recepción de conformidad del informe y de la justificación de los gastos efectivamente realizados.

La Comunidad Autónoma de Cantabria asumirá el 30% restante que asciende a 15.788,70 €, que se imputarán a las aplicaciones presupuestarias 11.10.312O.633; 11.20.312P.633; 11.21.312P.633 y 11.22.312P.633 del ejercicio 2008.

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 Cantabria.

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, D. Bernat Soria Escoms.—El Consejero de Sanidad del Gobierno de Cantabria, D. Luis María Truán Silva.

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.

Proyecto presentado: Mejora del cumplimiento terapéutico en atención primaria.

Objeto del proyecto: Diseñar e implantar un plan de mejora que permita incrementar el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos mayores de 65 años en Atención Primaria.

Análisis de situación:

Seguir una prescripción, la adhesión terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores, ampliamente estudiados, existiendo factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios medicamentos.

Su importancia, desde el punto de vista de la práctica clínica y con referencia a patologías crónicas, viene marcada por su frecuencia y su repercusión en el seguimiento y control de dichos procesos.

La falta de cumplimiento terapéutico entre los pacientes con enfermedades crónicas varía entre un 40 y un 60%, lo que dificulta, en estos pacientes los tratamientos continuados.

Las actuaciones sobre la mejora de la adhesión al tratamiento representan un aspecto crucial en la consecución de los resultados esperados.

La reducción de la eficacia derivada de una inadecuada dosis, intervalo de administración o falta de cumplimiento suponen un aspecto de vital importancia.

Los métodos de medida del incumplimiento de tipo indirecto son sencillos, eficientes y reflejan la conducta del paciente. Son muy útiles en Atención Primaria aunque pueden sobrestimar el cumplimiento.

Objetivo general:

Mejorar la tasa de cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos mayores de 65 años en Atención Primaria del SCS que siguen tratamiento farmacológico crónico.

Objetivos específicos:

Evaluar el cumplimiento terapéutico de los pacientes crónicos y mayores de 65 años en Atención Primaria del SCS.

Identificar barreras percibidas y factores facilitadores asociados al cumplimiento terapéutico.

Formar y sensibilizar a los pacientes y ciudadanos en la importancia y necesidad del correcto cumplimiento terapéutico.

Metodología:

El desarrollo del estudio consta de 4 fases:

Fase 1: Constitución del grupo de trabajo: grupo multidisciplinar integrado por enfermeras y facultativos de las Gerencias de Atención Primaria así como miembros de la Subdirección de desarrollo y Calidad, Coordinación Regional de Enfermería.

Fase 2: Evaluación del cumplimiento terapéutico:

2.1 Estudio observacional, prospectivo a cargo de los profesionales de enfermería de AP. Se evaluarán al menos 350 pacientes en cada Gerencia (estimación calculada a partir de una incidencia esperada de adhesión del 50%, con una confianza del 95% y una precisión del 5%).

2.1.1 A estos pacientes se les aplicará el Test del cumplimiento autocumplimentado de Haynes-Sackett, en el caso de que esta prueba les clasificara como cumplidores se les aplicaría un segundo método de criba el test de Morinsky-Green.

2.1.2 Además el estudio se completaría comparando el número de comprimidos que quedan en el envase teniendo en cuenta los prescritos y el tiempo transcurrido entre la prescripción y el recuento. Cálculo directo del porcentaje de cumplimiento terapéutico (n° total de comprimidos presumiblemente consumidos/ n° total de comprimidos que debían de haberse consumido) clasificando como cumplidor a los que obtengan un porcentaje $\geq 80\%$.

Fase 3: Análisis de resultados.

Fase 4: Puesta en marcha de acciones de mejora.

Productos a presentar:

Informe de resultados del proyecto que incluyan los resultados de la evaluación del cumplimiento:

Porcentaje de cumplimiento terapéutico.

Acciones de mejora priorizadas e implementadas.

Directoras del proyecto:

Feli Lois Cámara. Subdirectora de Desarrollo y Calidad Asistencial. Servicio Cántabro de Salud.

Trinidad Valle Madrazo. Servicio Cántabro de Salud.

Proyecto presentado: Fomento de prácticas seguras en el uso de medicamentos a través de la prescripción informatizada por principio activo en atención primaria como garantía de una identificación precisa del fármaco prescrito.

Análisis de situación:

Los medicamentos son uno de los principales recursos terapéuticos empleados en el proceso asistencial para alcanzar un objetivo de salud.

En los últimos años se han producido grandes avances en la terapéutica que han mejorado significativamente la calidad de vida de la población. Sin embargo, la utilización de los medicamentos es compleja al intervenir diversos agentes a lo largo de la cadena de prescripción- dispensación- administración, y en ocasiones errores en algún punto de la misma ocasionan que la terapia farmacológica resulte ineficaz.

Entre los problemas relacionados con los medicamentos se incluyen los errores en la prescripción, en la dispensación y las duplicidades que ocasionan efectos negativos de «Inefectividad cuantitativa y no cuantitativa» e «Inseguridad cuantitativa y no cuantitativa», según recoge el Tercer Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con los Medicamentos (PRM) y Resultados Negativos asociados a la Medicación (RNM) publicado el pasado año 2007.

Centrándonos en los errores de prescripción, resultan ser numerosos y de gravedad. El Programa de Prevención de errores de Medicación de Cataluña cuantificó este tipo de errores en un 24,5% de todos los notificados en el 2006.

Otro estudio realizado en un servicio de medicina interna hospitalario de pacientes que ingresan procedentes de urgencias detectó y cuantificó los errores de prescripción evaluando su gravedad y causas, así como el potencial impacto clínico. Los resultados mostraron que el 7% de las prescripciones presentaban un error. Los medicamentos más implicados fueron antiasmáticos, antiinfecciosos y fluidoterapia; en la valoración de la gravedad fueron considerados serios el 12,8% y significativos el 57,4%.

Los datos obtenidos concuerdan con otros autores en la prevalencia de errores de prescripción en el ámbito del ingreso hospitalario. Estudios similares realizados en el ámbito de atención primaria son menos numerosos.

Por tanto, una forma de prescripción farmacéutica que empleara un lenguaje claro (sin ambigüedades sobre el fármaco prescrito), que fuera internacional (empleando la DOE o DCI para evitar marcas extranjeras o denominaciones no oficiales) y que fuera completa (recogiendo nombre del fármaco, dosis, forma y presentación farmacéutica) contribuiría a

identificar de forma precisa el medicamento para todo el ciclo asistencial prescripción-dispensación-administración.

Todas estas condiciones se contemplan en la prescripción por principio activo. Se trata de la forma más específica y universal de identificar el medicamento. Si además esta prescripción está informatizada el facultativo tiene la seguridad de estar indicando de forma precisa el medicamento.

Por este motivo, consideramos que resulta necesario potenciar de forma específica el Módulo de prescripción por principio activo, disponible en la herramienta informática existente en todos los centros de atención primaria para minimizar al máximo los errores de prescripción.

Objetivos:

Principal: Fomentar la prescripción informatizada por principio activo en atención primaria para prevenir errores de prescripción.

Secundario: incrementar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre las ventajas de la prescripción por principio activo para los pacientes y para el sistema sanitario

Metodología:

Herramientas de trabajo: 1. Presentación audiovisual del Módulo de Prescripción por principio activo disponible en la aplicación de los centros de salud que facilite a los profesionales sanitarios el manejo de esta herramienta informática.

2. Díptico sobre la prescripción por principio activo dirigido a los profesionales sanitarios que recoja las ventajas de esta identificación de los medicamentos para minimizar los errores de prescripción y posterior dispensación y administración.

3. Carteles sobre la prescripción por principio activo dirigidos a los pacientes para ser colocados en las salas de espera de los centros sanitarios.

Monitorización de la eficacia:

Método directo: Recogida del número de notificaciones por errores de prescripción en Atención Primaria al Centro Regional de Farmacovigilancia de Cantabria en el periodo anterior al comienzo del proyecto, a lo largo de todo su desarrollo y al final del mismo.

Método indirecto:

Monitorización mensual del indicador de prescripción por principio activo en Atención Primaria a través de su explotación por el Sistema de Información Farmacéutica de Cantabria SIFARCAN.

Propuestas de mejora: Recogida de valoraciones de los profesionales sobre la herramienta informática de prescripción por principio activo encaminadas a su modificación para lograr una mayor facilidad de uso y/o la incorporación de nuevas funcionalidades técnicas.

Productos a presentar:

Presentación audiovisual del módulo de prescripción informatizada por principio activo.

Díptico de información para profesionales sanitarios.

Cartel informativo para los centros de salud.

Encuesta de valoración de la herramienta informática por los profesionales.

Informe final del proyecto.

Directora del proyecto:

Feli Lois Cámara, Subdirectora de Desarrollo y Calidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud.

2. *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: Mejora de la capacitación de los profesionales responsables de las unidades funcionales de seguridad del paciente del servicio cántabro de salud

Objeto de la propuesta:

Avanzar en la formación especializada de los profesionales del Servicio Cántabro de Salud con el propósito de capacitarles para dar soporte metodológico y técnico a la red de profesionales que trabaja en seguridad del paciente.

Análisis de situación:

Durante el año 2007, el Servicio Cántabro de Salud ha consolidado el modelo de Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes (UFSP) en los tres hospitales de la Comunidad, como estructuras capaces de aportar soporte metodológico y técnico a los profesionales sanitarios e impulsar una cultura de seguridad en la prestación de servicios.

Las tres UFSP creadas se han vinculado a los Servicios de Medicina Preventiva lo que facilita el soporte en metodología de investigación y educación sanitaria.

Durante el presente año, se necesita avanzar y reforzar la capacitación específica en conocimientos de seguridad del paciente de los responsables de estas unidades a través de un programa de formación específica.

Objetivos:

General: Avanzar en la formación específica de los responsables de las UFSP.

Específicos: Facilitar y financiar la participación del responsable de la Coordinación de las Unidades Funcionales de Seguridad de Pacientes en la formación avanzada en seguridad del paciente hincada por el MSC en septiembre de 2007.

Propuesta técnica:

Participación en la formación avanzada en seguridad de pacientes facilitada por el MSC a través del Máster. Durante el año 2008 se llevarán a cabo 4 módulos presenciales que completarán las 300 horas lectivas que componen el máster (módulos 9, 10, 11, 12), así como 1 de las 2 mesas redondas que lo complementan.

Productos a presentar:

Remisión de la memoria del proyecto, antes de 15 de diciembre de 2008.

Expertos que participarán en el proyecto: Henar Rebollo Rodrigo, Facultativo Especialista de Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Proyecto presentado: Mejora de la formación y sensibilización para grupos de trabajo en seguridad de pacientes del Servicio Cántabro de Salud.

Objeto de la propuesta:

Avanzar en la sensibilización y formación en seguridad de pacientes de los profesionales del Servicio Cántabro de Salud.

Análisis de la situación:

Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la seguridad clínica e identificación y prevención de errores y eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria es un primer paso para efectuar una gestión adecuada de riesgos. Tener conciencia de la necesidad de realizar un análisis de los posibles incidentes para poder aprender de los mismos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de ocurrencia.

La seguridad clínica es un componente esencial de la calidad asistencial, tanto de la práctica clínica como de su organización. Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: identificar los procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos más seguros y eficaces, asegurar su aplicación a quien los necesita y su correcta realización sin errores.

La seguridad debe sustentar la mejora de la calidad que compete a todos los niveles asistenciales y que abarca desde la promoción, la prevención y el diagnóstico, hasta el tratamiento y la rehabilitación. Cada etapa del proceso de la atención sanitaria presenta cierto grado de inseguridad intrínseca, tales como los efectos secundarios de los medicamentos o de las combinaciones de medicamentos, el riesgo asociado a un determinado instrumento médico, la presencia de productos no acordes a las normas o defectuosos, los fallos humanos o las deficiencias (latentes) del sistema.

Objetivos:

Facilitar y financiar la formación y sensibilización en seguridad del paciente de los profesionales del Servicio Cántabro de Salud.

Metodología:

Desarrollo de dos ediciones (dirigidas de manera independiente a los profesionales de Atención Primaria y Especializada) del curso básico de seguridad del paciente (30 h).

Plan de trabajo:

Impartición de 2 ediciones del curso básico de seguridad del paciente en la Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud.

Productos a presentar:

Antes del 15 de diciembre de 2008 se aportará memoria justificativa de los cursos impartidos, detallando programa, número y perfil de los asistentes así como encuesta de evaluación de la satisfacción con el mismo.

Directora del proyecto:

Feli Lois Cámara. Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial. Servicio Cántabro de Salud.

3. *Prevenir la infección nosocomial*

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

Análisis de la situación:

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 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 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:

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 seguimiento 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 a presentar:

Informe del desarrollo del proyecto a nivel de Comunidad Autónoma.

Dirección del proyecto:

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

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