

ductos Sanitarios y del organismo autónomo Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

El Comité Asesor del tratamiento farmacológico de la esclerosis múltiple está adscrito actualmente a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, de acuerdo con la Resolución de 06/10/03 de la Subsecretaría del Departamento, siendo su función el asesoramiento en la prescripción y uso racional de estos tratamientos.

Segundo.—Que mediante el R.D. 1.475/2001 de 27 de diciembre, fueron transferidas a la Comunidad Autónoma de Aragón las competencias de gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social facilitadas por el Sistema Nacional de Salud. Por parte del Servicio Aragonés de Salud, y con el objetivo de promover el uso racional de los medicamentos dentro de su ámbito de gestión y la correcta utilización de los recursos económicos, se plantea la necesidad de someter a la revisión de un comité técnico los tratamientos farmacológicos para la esclerosis múltiple.

Tercero.—Ante la conveniencia de unificar el procedimiento para la valoración de los tratamientos para la esclerosis múltiple prescritos a los titulares y beneficiarios de la asistencia sanitaria gestionada por la Administración Autonómica de Aragón con los que se siguen en el ámbito del Sistema Nacional de Salud y de la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado, se considera oportuna la colaboración administrativa con el Ministerio de Sanidad y Consumo, a fin de que por parte del Comité Asesor de dicho Organismo sean revisados, tanto los nuevos casos, como los tratamientos ya establecidos de los beneficiarios de la asistencia sanitaria pública residentes en Aragón.

Por lo expuesto, las partes acuerdan suscribir el presente Convenio, que se regirá por las siguientes

#### CLÁUSULAS

##### Primera. *Objeto.*

El objeto del Convenio es la realización de informes por el Comité Asesor para el tratamiento farmacológico de la esclerosis múltiple, a petición de los neurólogos de los Hospitales del Servicio Aragonés de Salud, sobre los nuevos casos y las revisiones de tratamiento con este medicamento de los beneficiarios de la asistencia sanitaria gestionada por el Servicio Aragonés de Salud.

##### Segunda. *Contenido.*

1) El Servicio Aragonés de Salud como interlocutor directo con el Comité Asesor, informará a los neurólogos de los criterios de utilización para el tratamiento farmacológico de la esclerosis múltiple aprobados por el mencionado Comité, y de las actualizaciones que de los mismos se produzcan.

2) Los protocolos de tratamiento se han de ajustar a los modelos establecidos por el Comité Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo, y han de ser cumplimentados debidamente en todos sus apartados por los facultativos que proponen el tratamiento, de acuerdo con los criterios de utilización aprobados por el mencionado Comité.

3) El Ministerio de Sanidad y Consumo facilitará al Servicio Aragonés de Salud, periódicamente, la relación de los tratamientos informados por el Comité Asesor. Los dictámenes, que no tendrán carácter vinculante, serán emitidos en un plazo máximo de 45 días a contar desde la fecha de recepción del protocolo en el Comité Asesor.

##### Tercera. *Vigencia.*

El presente Convenio producirá efectos desde el momento de su suscripción hasta el 31 de diciembre de 2006, pudiendo prorrogarse mediante Cláusula expresa, que deberá firmarse antes de la finalización del Convenio.

El Convenio podrá ser denunciado por cualquiera de las partes, con antelación suficiente a la finalización de su vigencia.

##### Cuarta. *Comisión de seguimiento.*

Para la vigilancia del cumplimiento de lo acordado en el presente Convenio se establece una Comisión de Seguimiento de carácter paritario constituida por 4 representantes, uno del Ministerio de Sanidad y Consumo, otro de la Delegación del Gobierno en la Comunidad Autónoma de Aragón y dos del Servicio Aragonés de Salud, cuyo funcionamiento se realizará de acuerdo con lo establecido en los artículos 22 a 27 de la Ley 30/92 (26-11) de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

##### Quinta. *Naturaleza y Régimen Jurídico.*

El presente Convenio tiene naturaleza administrativa, estando incluido entre los previstos en el artículo 3.1 c) del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, quedando fuera de su ámbito

de aplicación, con expresa sumisión de las partes a la jurisdicción contencioso-administrativa en caso de conflicto.

En todo caso, y de conformidad con el artículo 3.2 del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobada por el Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, las dudas o lagunas que en la interpretación o ejecución de este Convenio pudieran suscitarse, se resolverán aplicando los principios contenidos en dicha Ley.

##### Sexta.—*Causas de extinción.*

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

En prueba de conformidad y a su solo efecto, se firma el presente Convenio, por duplicado ejemplar, en la fecha indicadas en su encabezamiento. Firmado.—La Ministra de Sanidad y Consumo, D.<sup>a</sup> Elena Salgado Méndez, el Director Gerente del Servicio Aragonés de Salud, D. Antonio Brun Macipe.

## 1606

*RESOLUCIÓN de 22 de diciembre de 2006, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comunidad Autónoma de Canarias para el impulso de prácticas seguras en los centros sanitarios.*

Suscrito el 20 de diciembre de 2006, Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Servicio Canario de Salud para el Impulso de Prácticas Seguras en los Centros Sanitarios, en cumplimiento de lo dispuesto en el apartado dos del artículo 8 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, procede la publicación en el Boletín Oficial del Estado de dicho Acuerdo, que figurará como anexo de esta Resolución.

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

#### ANEXO

### Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Servicio Canario de Salud para el Impulso de Prácticas Seguras en los Centros Sanitarios

En Madrid, a 20 de diciembre de 2006.

#### REUNIDOS

De una parte, doña Elena Salgado Méndez Ministra de Sanidad y Consumo, según nombramiento conferido por el Real Decreto 558, de 2004 (BOE n.º 94 de 18 de abril de 2004), y en virtud de las facultades que le otorga el artículo 4.1 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno; así como el artículo 13.3 de la Ley 6/1997 de 14 de abril, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado.

De otra, doña María del Mar Julios Reyes, Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, en calidad de Presidenta del Consejo de Dirección del Servicio Canario de la Salud (en adelante SCS), actuando en nombre y representación de éste, en virtud de las facultades que le confieren los artículos 56.1 de la Ley Territorial 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (B.O.C. n.º 96, de 5.8.94) en relación con el artículo 51.2.b) de la misma Ley, y el artículo 7 del Decreto 321/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba en Reglamento para la Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (B.O.C. n.º 32, de 15.3.94), en relación con el Decreto 264/2003, de 12 de julio, del Presidente relativo a su nombramiento.

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

#### EXPONEN

Primero.—Que el artículo 149.º1.16.ª de la Constitución atribuye al Estado la competencia en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Segundo.—Que el art.º 11.5 de la Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Canarias le atribuyó las competencias a la Comunidad en materia de asistencia sanitaria.

Tercero.—Que el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene la responsabilidad de la mejora de la calidad en el sistema sanitario en su conjunto, cumpliendo las previsiones recogidas en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Para este fin, la citada ley en su artículo 60, prevé la creación de una Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Cuarto.—Que la C.A. de Canarias tiene interés en colaborar en el impulso de proyectos para la mejora de prácticas seguras en los centros sanitarios de su territorio.

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

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

Séptimo.—Que ambas partes tienen intereses comunes y por ello acuerdan el presente convenio de colaboración que se regirá mediante las siguientes

#### ESTIPULACIONES

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

Prevenir úlceras por presión en pacientes ingresados.

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

Asegurar el cumplimiento de las últimas voluntades anticipadas en los pacientes ingresados.

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

Segunda. *Funciones y actividades del Ministerio.*

Prestará el apoyo científico y técnico necesario para el desarrollo de las actividades previstas en el convenio.

Colaborará con la Comunidad Autónoma de Canarias en la realización de las actividades previstas a través de sus propios servicios, si así es requerido por la Comunidad Autónoma de Canarias y en la medida que las labores propias de sus funcionarios lo permitan.

Aportará la información y documentación necesarias para el desarrollo del proyecto que le sea requerida por parte de la Comunidad Autónoma de Canarias, siempre que ésta se encuentre en su poder.

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

Tercera. *Funciones y actividades de la Consejería.*

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

Elaborará un informe de actividad en el que se detallen las acciones realizadas y los resultados obtenidos de acuerdo con lo especificado en el anexo técnico.

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

Elaborará un informe financiero comprensivo de todo el gasto derivado del convenio.

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

En representación del Ministerio de Sanidad y Consumo:

El Director General de la Agencia de Calidad del SNS.

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

En representación de la Comunidad Autónoma de Canarias:

Doña Juana María Reyes Melián Directora del Servicio Canario de la Salud.

Doña Hilda Sánchez Janariz, Directora General de Programas Asistenciales.

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

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

Quinta. *Plazo de vigencia.*—El plazo de vigencia del presente Convenio se establece en el periodo comprendido entre la fecha de su firma y el 15 de diciembre de 2007.

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

Sexta. *Financiación y pago.*—El coste de las actividades previstas en el presente convenio asciende a un millón seiscientos cinco mil ciento ocho euros (1.605.108,00 €) IVA incluido.

De esa cantidad, el MSC asume un 72% que supone 1.155.677,76 euros, asumiendo la CC.AA. el 28% restante que asciende a 449.430,24 euros.

La división anual de las cantidades aportadas es la siguiente:

Ejercicio 2006: 1.052.830,36 euros.

Ejercicio 2007: 552.277,64 euros.

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

2006: 186.072,04 euros.

2007: 263.358,20 euros.

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

2006: 866.758,32 euros.

2007: 288.919,44 euros.

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

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

1. El primero tras la firma del convenio y entrega por la CA de Canarias de un informe preliminar relativo al inicio de las actuaciones y cronograma del total de las mismas, por un importe correspondiente al 75% del total de la aportación del Ministerio, 866.758,32 euros con cargo al Presupuesto del ejercicio 2006. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2006.

2. El segundo tras la recepción de un informe descriptivo de los trabajos realizados que contemplará las acciones acometidas y los indicadores de logro obtenidos, según lo explicitado en el anexo técnico para cada objetivo específico, por un importe correspondiente al 25% del total de la aportación del Ministerio, 288.919,44 euros con cargo al Presupuesto del ejercicio 2007. El plazo final para la presentación del informe se establece en el día 15 de diciembre de 2007.

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

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

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

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

Podrá procederse igualmente a la resolución unilateral del Convenio por incumplimiento de las obligaciones en él contenidas por cada una de las partes, previo aviso con un plazo no inferior a tres meses a la fecha prevista para la resolución del convenio o de sus prórrogas.

Novena. *Marco jurídico.*—El presente Convenio de colaboración tiene naturaleza administrativa de los previstos en el artículo 6 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y en el artículo 3.1.c) del Real Decreto

Legislativo 2/2001 de 16 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas por lo que queda fuera de su ámbito de aplicación sin perjuicio de los principios y criterios en él contenidos para resolver las lagunas que pudieran suscitarse.

Décima. *Jurisdicción.*—Las dudas y controversias que puedan surjan con motivo de la interpretación y aplicación del presente convenio, y que no puedan ser resueltas en el seno de la Comisión de Seguimiento, se resolverán de 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.—La Ministra de Sanidad y Consumo, Elena Salgado Méndez.—La Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, María del Mar Julios Reyes.

#### ANEXO TÉCNICO

Prevenir el desarrollo de úlceras por presión en pacientes ingresados.

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

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

Indicadores de logro:

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

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

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

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

Proyecto presentado: Prevenir úlceras por presión en pacientes ingresados en los centros hospitalarios de la red pública del Servicio Canario de la Salud.

El índice de úlceras por presión (UPP) es uno de los indicadores de calidad más representativos en la práctica enfermera, el elevado coste económico y asistencial que conllevan una vez que se producen, plantean la necesidad de dar una respuesta eficaz para mejorar la prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

Conscientes de ello, desde el Servicio Canario de la Salud (SCS) se ha planteado la necesidad de:

Unificar los criterios de actuación de todos los profesionales de enfermería, marcando pautas concretas y correctas que se hagan extensivas a todos los servicios y unidades de hospitalización.

Sistematizar la información, facilitando el registro de las actividades de enfermería, favoreciendo la transmisión de la información referida a la propia actividad y a los resultados de la misma.

Abaratar costes económicos y aportar los medios y recursos más apropiados para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión.

Elaborar una herramienta que facilite la accesibilidad de consulta y el trabajo para las enfermeras.

El objetivo general del proyecto es conocer y aplicar correctamente los cuidados orientados hacia la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las úlceras por presión, de acuerdo con las últimas novedades científicas, con el fin último de disminuir la tasa de úlceras por presión prevenibles.

Los objetivos específicos son:

Identificar y describir correctamente los estadios de las UPP.

Valorar el grado de riesgo de desarrollar UPP, de una manera efectiva y fiable.

Reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las UPP.

Registrar y protocolizar todas las actividades de enfermería, encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las UPP en el Sistema de Información de los distintos centros sanitarios.

Estandarizar los cuidados enfermeros tanto en la prevención como en el tratamiento de las UPP, utilizando para ello las Taxonomías NANDA, NIC, NOC.

Implicar e instruir al paciente y cuidadores en la planificación y ejecución de cuidados.

Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las UPP.

La población diana a la que va dirigida este proyecto abarca todos los usuarios que son ingresados en los hospitales de la red pública del SCS y realizan una estancia superior a las 72 horas, excluyendo a los menores de 15 años, pacientes con plejías y aquellos pacientes con úlceras previas al ingreso.

La Comunidad Autónoma de Canarias dispone de 11 centros hospitalarios: 5 centros de tercer nivel (uno de ellos con actividad monográfica materno-infantil), 3 centros de 2.º nivel y 2 hospitales comarcales. Durante el año 2005 se atendieron un total de 576.299 urgencias, con 9.022 ingresos.

El proyecto se inicia con la constitución de una Comisión Hospitalaria para el Control de las Úlceras por Presión en cada centro sanitario o en su defecto de un grupo de trabajo con competencias en este campo e incluida en una de las Comisiones actualmente operativas del centro. El grupo de trabajo o la Comisión creada deberá mantenerse operativa, con reuniones mensuales.

Cada equipo designará un grupo de trabajo que se encargará de la elaboración de una guía de actuación en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión, la cual nace de la necesidad de unificar los cuidados de enfermería a partir de una revisión bibliográfica, de la aportación de la experiencia de los expertos miembros de la Comisión, así como de la revisión y evaluación de las actividades realizadas por los profesionales de enfermería en este Centro.

La guía de cuidados deberá prestar especial atención, al menos, a los siguientes apartados: prevención, valoración de la lesión y tratamiento de las úlceras por presión. El objetivo es disponer de la citada Guía para su edición a finales de diciembre de 2006.

A partir de ese momento se programarán una serie de acciones de difusión de la misma, especialmente interna, a través de guías de bolsillo, CDROM, posters, sesiones informativas, etc.

Se utilizarán la escala de Bramen para la valoración del riesgo de padecer úlceras por presión, salvo en el caso en el que exista trabajo de campo realizado con otra escala de riesgo (sobre todo Norton modificada). La decisión se toma en función de los siguientes criterios:

Claridad en la presentación de los ítems de la escala (pensamos que es menos susceptible de subjetividad por parte del evaluador).

Sencillez en la presentación de las opciones planteadas, bajo, moderado y alto, (creemos que no exige un esfuerzo adicional de adaptación debido a un vocabulario muy específico).

Oportunidad (pues aún no siendo la más difundida en la actualidad, la autoridad científica de los que la emplean, avala suficientemente su uso). Está siendo utilizada por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) [www.gneaupp.org](http://www.gneaupp.org), el European Wound Management Association (EWMA) [www.ewma.org](http://www.ewma.org), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) y es la herramienta de trabajo en el actual Estudio Paneuropeo sobre Úlceras por Presión en pacientes con fractura de fémur (PEPUS).

Una vez diseñada la Guía y la estrategia de trabajo del centro se inicia la fase de información y formación en la Guía de Cuidados a las enfermeras. Para ello se impartirán talleres o jornadas de trabajo para el personal del centro y se repartirá el material correspondiente, individual y de refuerzo grupal.

Se propone la elaboración-adaptación de un programa informático para el registro y control de los cuidados prestados por enfermería en relación con las Úlceras por Presión. Las ventajas que se obtienen con la informatización del protocolo son:

1. Registrar la información de forma rápida, clara y concisa.
2. Evitar la repetición de datos.
3. Facilitar datos para la investigación y la formación.
4. Posibilitar el cálculo coste-beneficio.
5. Obtener indicadores de resultado y de proceso.

Los documentos a informatizar deberán estar integrados con el resto de aplicativos que ya están implantados en el Módulo de Enfermería dentro del Sistema de Información del Centro Sanitario. Estos documentos son:

Escala de Braden.

Valoración de la lesión.

Registro de las Intervenciones.

Informes derivados de la explotación de datos.

Aquellos documentos que a lo largo del desarrollo conceptual se vayan planteando.

La evaluación del proyecto implica monitorizar y estudiar los siguientes parámetros:

Evaluación del Proyecto:

Percepción del usuario sobre la herramienta conceptual e informática.

Número de enfermeras formadas en la Guía de Cuidados.  
Número de enfermeras formadas en la aplicación informática.  
Número de unidades en las que se va implantando la herramienta informática.

Evaluación del cumplimiento del protocolo:

Evaluación del proceso:

% pacientes a los que se le ha aplicado la escala de Braden al ingreso.  
% de pacientes en las que se registran las intervenciones enfermeras en riesgo de deterioro de la integridad cutánea: úlceras por presión.  
% de pacientes con úlceras por presión a los que se les registra la valoración de la lesión.  
% de pacientes con úlceras por presión a los que se registra el protocolo de curas que se siguen y la evolución de la lesión.

Evaluación de los resultados:

% de población de riesgo total.  
% de población de riesgo bajo.  
% de población de riesgo moderado.  
% de población de riesgo alto.  
% de pacientes que aumentan de riesgo durante el ingreso.  
% de pacientes que disminuyen el riesgo durante el ingreso.  
% de pacientes que se ulceran durante el ingreso.  
% de pacientes cuyas úlceras aumentan de grado.  
% de pacientes cuyas úlceras disminuyen de grado.  
% de pacientes cuyas úlceras que se estabilizan.

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

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

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

Como la medición directa de la utilización de solución hidroalcohólica es compleja se medirá la disponibilidad de la misma. Para ello se identificarán, en cada centro, los lugares donde deberán estar situadas las soluciones hidroalcohólicas.

Además se proveerá a los centros de dípticos y carteles informativos que estará visibles al público donde se informe de los beneficios del lavado de manos.

Indicadores de logro:

% de centros asistenciales que disponen de carteles/dípticos informativos.

% de lugares identificados en el hospital/centro de salud en los que está disponible la solución hidroalcohólica.

Aclaración:

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

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

Proyecto presentado: Minimización de la infección nosocomial a través de lavado de manos en los centros hospitalarios de la red pública del Servicio Canario de la Salud.

Desde que fue descrito por Semmelweis el lavado de manos sigue teniendo vigencia y continúa siendo la maniobra más importante para evitar la transmisión de la infección nosocomial. A pesar de ello no es una acción que se efectúe de forma sistemática por los profesionales sanitarios<sup>1</sup>.

Los trabajadores sanitarios realizan la higiene de manos en menos de la mitad de las ocasiones en las que estaría indicado realizarla. En octubre de 2002 organismos nacionales e internacionales reconocían la utilidad de la antisepsia de manos con soluciones de base alcohólica en el medio sanitario.

El desarrollo actual de la tecnología ha permitido grandes avances en la atención de los pacientes, tanto en el ámbito médico como en el quirúrgico. Aparece un grupo de enfermos, que por estar sometidos a intervenciones quirúrgicas invasivas, a tratamientos depresores de la inmunidad o antibióticos de amplio espectro se colonizan e infectan por microorganismos de baja infectividad pero con patrones de resistencia antibiótica a múltiples fármacos responsables de epidemias en áreas limitadas que pueden expandirse al resto de dependencias del centro y afectar a otros pacientes susceptibles.

Así, algunas de las infecciones nosocomiales (IN) ocasionan una prolongación importante de la estancia hospitalaria y unas tasas elevadas de mortalidad atribuible. En esa población susceptible, las manos del personal pueden transportar microorganismos patógenos de unos pacientes a otros o entre diferentes zonas anatómicas del mismo enfermo.

De especial importancia son los microorganismos multiresistentes (Estafilococo Aureus-Meticilin resistentes-SARM y otros) ya que una vez que el SARM se introduce en un hospital se disemina de forma inexorable, fundamentalmente mediante las manos del personal sanitario, de ahí que las tasas de infección nosocomial por SARM reflejen la efectividad de la política y de las medidas de control de las infecciones en un hospital.

Es, en este escenario, en el que las manos del personal actúan como vectores de transmisión de unos enfermos a otros, y en el que un lavado de manos con una técnica depurada puede ser el único mecanismo a nuestro alcance para evitar la difusión de los microorganismos.

Además hay que tener en cuenta el hecho de que cada vez adquieren mayor relevancia los aspectos éticos del problema, no sólo por las repercusiones legales que la infección nosocomial puede acarrear, sino por las tensiones que, en la dinámica diaria de la gestión clínica, puede suponer el conflicto de intereses entre unos recursos siempre limitados y la necesidad de realizar correctamente las cosas correctas.

Lograr el mayor cumplimiento de las políticas hospitalarias de lavado de manos, se ve dificultado por la percepción por parte del profesional de diferentes barreras, entre las que destacan: irritación producida por los productos y/o la técnica de higiene; inaccesibilidad a los productos; prioridad en atender al paciente antes que en la antisepsia; unos de guantes en vez de antisepsia; olvido; desconocimiento de las recomendaciones; falta de tiempo; alta carga asistencial (lo que implica la necesidad de lavarse las manos un elevado número de veces por turno) o falta de información respecto al impacto de la higiene en el control de la IN. Algunas de estas barreras pueden verse minimizadas con la introducción de un antiséptico de base alcohólica y con una campaña de sensibilización e información.

La accesibilidad de los productos ha demostrado ser un factor clave en la mejora del cumplimiento de la higiene de manos. La colocación de un dispensador junto a cada cama o la disponibilidad de envases para llevar en el bolsillo pueden ser estrategias adecuadas.

Los antisépticos de base alcohólica permiten una antisepsia adecuada de las manos en un tiempo más reducido, siempre que se apliquen sobre manos que no contengan restos orgánicos (suciedad visible). Se ha calculado que el tiempo destinado a la higiene de manos con solución alcohólica es  $\frac{1}{4}$  del tiempo empleado usando un jabón antiséptico.

Por tanto desde hace mucho tiempo se ha intentado mejorar la adherencia a las recomendaciones. Las estrategias combinadas de educación, material escrito, uso de recordatorios y retroalimentación continua (feedback) son las que han mostrado un efecto más marcado y duradero<sup>2</sup>.

El Servicio Canario de la Salud (SCS), con el fin último de incrementar la bioseguridad de la atención sanitaria ha desarrollado un proyecto encaminado a mejorar la adherencia a las recomendaciones de la higiene de manos por parte de los profesionales y a la instauración de políticas globales de seguridad de pacientes con el objetivo de conseguir minimizar la incidencia de la infección nosocomial.

El hecho de que la infección hospitalaria, a la luz de la evidencia actual, sea inevitable en un determinado porcentaje de pacientes, de tal manera que podemos hablar de un nivel de endemia, no debe hacer olvidar que el objetivo es su reducción a las tasas más bajas posibles. Conviene recordar que el registro por el registro es un despilfarro y que medimos para actuar, esto es, para mejorar. En este sentido, los comités de infecciones (y en general el conjunto de comisiones asesoras existentes en la estructura hospitalaria tradicional), debieran ser entendidos como auténticos grupos de mejora, que trabajan por conseguir la excelencia en su trabajo y de su centro.

El objetivo general es conseguir una disminución en la tasa de infecciones nosocomiales en general y más concretamente de SAMR mediante la implantación de un programa de lavado de manos.

Los objetivos específicos son:

Implantar un programa de lavado de manos específico en cada centro hospitalario.

Evaluar el efecto de una campaña de promoción de la higiene de manos.

Conocer el grado de cumplimiento del protocolo.

Valorar los cambios en el comportamiento epidemiológico de las infecciones nosocomiales hospitalarias.

Valorar la evolución de las tasas de incidencia de la infección nosocomial por SARM.

La implantación del programa de lavado de manos implica la utilización de soluciones hidroalcohólicas. La elección de este sistema de asepsia en lugar de jabón simple o los jabones antimicrobianos se realizó en base a las siguientes consideraciones:

Los productos de base alcohólica son más eficaces para el lavado higiénico o la antisepsia de manos<sup>(4, 14, 15)</sup>.

Los alcoholes son eficaces para el lavado de manos del personal de quirófano.

Si bien los productos de base alcohólica están disponibles en soluciones de baja viscosidad, geles y espumas, estudios recientes<sup>(16)</sup> parecen indicar que las soluciones reducen el recuento bacteriano en las manos en mayor medida que los geles.

El uso frecuente de las soluciones alcohólicas puede causar sequedad en la piel, efecto que se puede reducir o incluso eliminar añadiendo entre el 1 y el 3% de glicerol u otros agentes dermatoprotectores.

La forma de aplicación y el método de dispensación será a través de envases monodosis y dispensadores fijos de pared. Se descarta la dispensación en spray ya que, en la antisepsia de manos, resulta inadecuado por la disipación ambiental de la solución.

La población diana es el colectivo de trabajadores sanitarios de los hospitales de la red pública del SCS que realizan actividad asistencial en contacto directo con el paciente.

La Comunidad Autónoma de Canarias dispone de 11 centros hospitalarios: 5 centros de tercer nivel (uno de ellos con actividad monográfica materno-infantil), 3 centros de 2.º nivel y 2 hospitales comarcales. Durante el año 2005 se atendieron un total de 576.299 urgencias, con 9.022 ingresos.

La evaluación de los resultados de la implantación de este proyecto se prevé mediante la valoración de los siguientes parámetros:

Resultado de los marcadores epidemiológicos y porcentajes de las cepas circulantes.

Incidencia de infección nosocomial por SARM.

Evaluación indirecta (por consumo) de la aplicación de soluciones alcohólicas para la higiene de manos del personal sanitario.

Estudio observacional del cumplimiento de la higiene de manos.

Desarrollo del proyecto:

1) Desarrollo de un Seminario Autonómico sobre las políticas de seguridad de pacientes en el ámbito de la minimización de la infección nosocomial y más concretamente sobre la implantación del programa hospitalario de lavado de manos. Este seminario organizado en la última semana de septiembre constituirá un foro para la información, difusión y concienciación de la importancia que supone en nuestro medio el vector humano como transmisor en las infecciones nosocomiales.

Dicho seminario, con una duración de entre 5 y 7 horas, está dirigido a:

a) Equipos directivos, tanto médicos como de enfermería y de gestión.  
b) Profesionales de los Servicios de Medicina Preventiva y Responsables de las unidades de control de infección.

2) Cada centro hospitalario realizará:

a) Programas informativos/educativos individuales y grupales en lavado de manos del personal sanitario que incluya al menos:

Información científica del impacto definitivo de la mejora de la higiene de manos sobre la infección asociada al cuidado de la salud y sobre las tasas de transmisión de organismos resistentes.

Conocimiento sobre las pautas para la higiene de manos.

Información y retroalimentación sobre la tasa media de adhesión a la higiene de la mayoría de los trabajadores sanitarios.

Información referente a la conveniencia, eficacia y a la comprensión del uso de los agentes de protección de la higiene de manos y del cuidado de la piel.

b) Con el fin de conseguir una máxima aceptación de las soluciones hidroalcohólicas se realizará una encuesta entre el personal sanitario que recoja su opinión sobre el tacto, la fragancia y la tolerabilidad dérmica de los productos.

3) Solución hidroalcohólica.

4) Evaluación de la implantación del proyecto.

5) Estudio epidemiológico antes-después tasa SARM (infección nosocomial).

Asegurar el cumplimiento de las últimas voluntades anticipadas en los pacientes ingresados.

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

Acción: Diseñar un procedimiento que garantice que el testamento vital, o últimas voluntades del paciente sea accesible de forma perma-

nente y garantice el fiel cumplimiento de su función. Para ello se dispondrá de la documentación estandarizada que marque la normativa vigente y se diseñará un circuito que garantice el adecuado cumplimiento y evaluación de las voluntades del paciente o de la persona que éste designe.

Indicadores de logro:

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

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

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

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

Proyecto presentado.

La Comunidad Autónoma Canaria, en el ejercicio de las competencias asignadas, ha procedido a la publicación del Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones Anticipadas de Voluntad en el ámbito sanitario creando el correspondiente registro.

Para la correcta gestión de la competencia que en dicho ámbito le corresponde a esta Comunidad Autónoma y para hacer efectivo el derecho reconocido en la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, es necesario realizar determinadas actividades entre las que son de destacar:

Necesidad de realizar campañas informativas del contenido y alcance de lo que se ha venido en denominar «Instrucciones Previas» o, en el ámbito de esta Comunidad Autónoma, «Manifestaciones Anticipadas de Voluntad» siendo destinatarios de dicha campaña de comunicación toda la población en general y especialmente, aquel sector de población con una mayor sensibilización.

De otro lado es necesario proceder a la impartición de cursos de formación dirigidos a los profesionales sanitarios que por razón de sus cometidos van a ser las personas destinadas a la puesta en práctica y ejecución de las manifestaciones otorgadas por los usuarios del sistema o pacientes.

Igualmente, de cara a que todas las personas que pudieran estar interesadas en realizar las Manifestaciones Anticipadas de Voluntad puedan contar con un asesoramiento que les permita conocer el alcance y contenido del derecho reconocido, es necesario concertar, a través de la cita previa, una cita o visita personalizada a los encargados del Registro, es imprescindible realizar cursos de formación dirigidos al los operadores del 012.

Un elemento imprescindible para la puesta en marcha, efectividad y valoración de sus efectos es la constitución del que sería el Comité Ético Regional, el cual con una amplia representación de todos los niveles asistenciales que puedan estar implicados en la efectividad del referido derecho, puedan establecer criterios de actuación y resolver aquellas dudas que pudieran plantearse. De dicho comité habrán de formar parte, los representantes de los comités éticos de cada uno de los hospitales de esta CAC, así como el responsable del Registro y los apoyos técnico-jurídicos necesarios.

En otro orden de cosas es igualmente necesario contar con las infraestructura informática necesaria que de soporte al Registro y establezca su comunicación con otros registros.

Cursos de: 4 horas lectivas.

Ediciones: 20 (10 en la provincia de Las Palmas y otros 10 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife).

Realización de un Convenio de colaboración con GSC para la realización de 2 cursos de formación uno con destino al Personal Médico coordinador, y el otro con destino a los operadores, de los servicios de 012 y del 112 en cada una de las provincias.

Adquisición de un Software para la implantación del Registro de Manifestaciones Anticipadas de Voluntad en el ámbito de esta CAC.

Adquisición de Hardware para su instalación en los Servicios Centrales del SCS en Las Palmas de G.C. y en S/C de Tenerife (PCs, scanner e impresoras).

Realización de una campaña de Difusión y Comunicación:

Cartelería, documentación y modelos normalizados:

Realización de presentaciones a través de charlas y conferencias fundamentalmente dirigidas a los sectores más sensibles de la población: Asociaciones del ámbito sanitario, Colectivos vecinales, Centros y Residencias de Mayores, Ayuntamientos etc.