



Manual de aplicación del Proyecto Bacteriemia **zero**

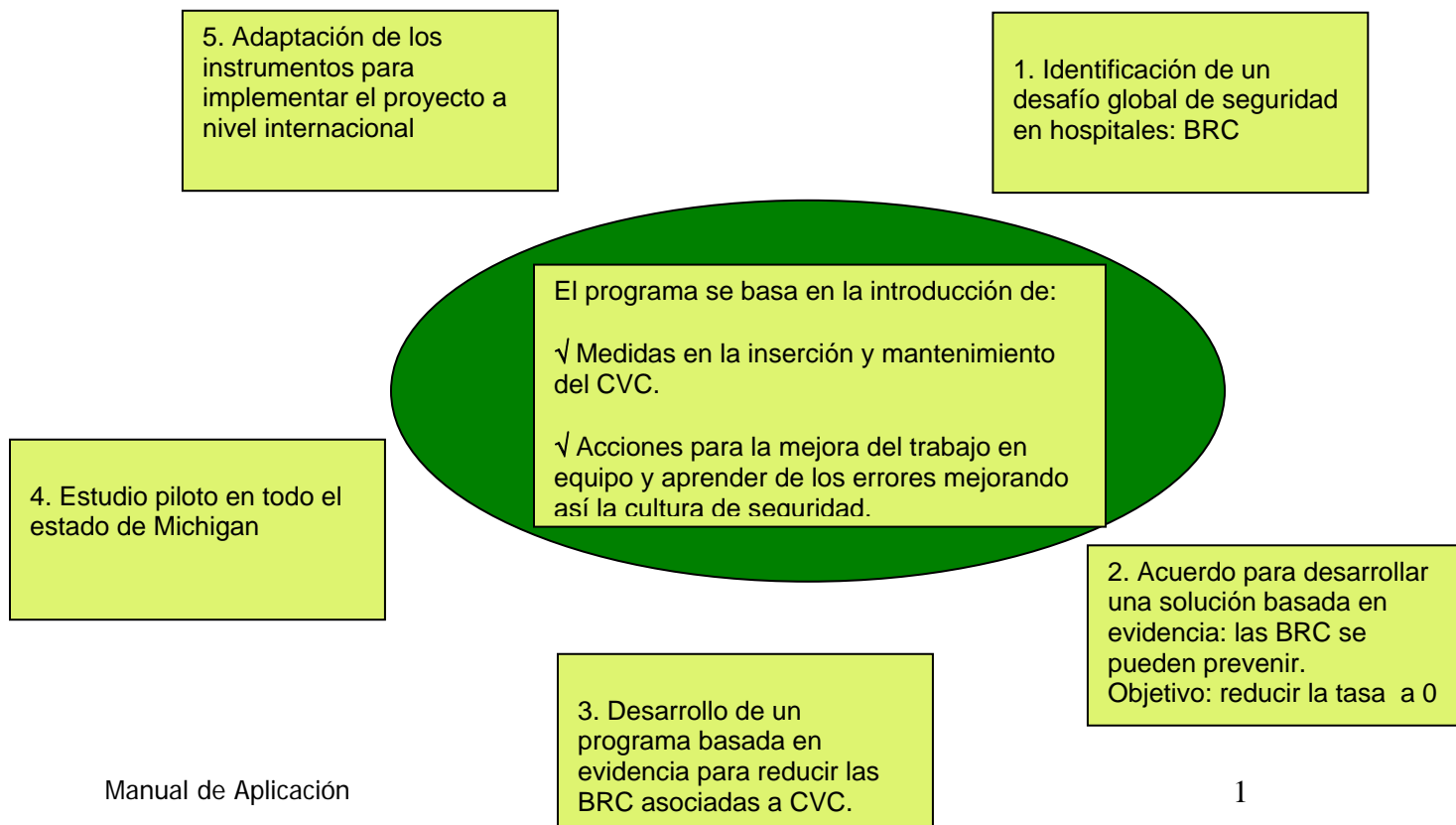
Bacteriemia zero, 1ª edición, 2009. Basado en el proyecto "Keystone ICU" desarrollado por la Universidad Johns Hopkins (Pronovost et al., N Eng J Med, 2006; 2725:32). Adaptado al español con permiso de la Universidad Johns Hopkins por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Departamento de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. "Keystone ICU" es propiedad de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins. En la adaptación de los instrumentos de "Bacteriemia zero" ha colaborado la SEMICYUC mediante un contrato con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Presentación del problema

Uno de los principales problemas de seguridad de los centros sanitarios son las infecciones nosocomiales, aquellas contraídas en el hospital y que no son consecuencia directa de la enfermedad de origen que tiene el paciente.

De acuerdo con el Center for Disease Control (CDC), se estima que en EEUU se producen 250.000 bacteriemias nosocomiales anuales, que producen una mortalidad atribuible de entre 30.000 y 62.000 pacientes.

El proyecto llevado a cabo inicialmente en el Estado de Michigan va a ser introducido en otros países siendo España el país piloto. La génesis del proyecto se muestra en el siguiente diagrama:



Contexto global, nacional

El proyecto de prevención de BRC se inició en el Hospital Johns Hopkins por iniciativa del Quality and Safety Research Group (JH QSRG) que dirige el Dr. Peter Pronovost, obteniendo muy buenos resultados en la reducción de las BRC en las UCI del hospital Johns Hopkins. Este mismo grupo junto con Michigan Health Hospital Association Keystone Center (MHA Keystone) y clínicos y administradores de alrededor de 70 hospitales en Michigan consiguieron eliminar casi en su totalidad las BRC en 103 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Esta mejora se ha sostenido en el tiempo, después de 4 años de implantar el programa.

La novedad y el éxito del programa provienen de la combinación de dos elementos clave inseparables entre sí: la introducción de medidas basadas en evidencia científica en inserción y mantenimiento de un CVC y el desarrollo de un programa para la mejora de la cultura de la seguridad basado en acciones y actividades para la mejora del trabajo en equipo y para aprender de los errores.

Este programa ha sido adoptado por la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS para su extensión en todo Edmundo. El grupo JH QSRG, diseñadores del proyecto comparten la intervención con la OMS con este fin y prestan la supervisión y dirección técnica. La OMS invita a los países e instituciones sanitarias interesadas a implantar esta intervención.

Prevención de las BRC en España: Bacteriemia **zero**

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España a través de la Agencia de Calidad con el liderazgo de la SEMICYUC y asesorados por el grupo de Quality and Safety Research Group de la Universidad Johns Hopkins (Baltimore) es el primer país que ha respondido a la invitación de la OMS y será el primer país que implemente el programa.

En el proceso de implantación el proyecto se coordina de la siguiente manera:

- La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS proporciona la supervisión general del proyecto y establece las coordinaciones necesarias a nivel global, así como el contenido de la intervención cedido por JHU QSRG. Esta institución presta el apoyo y guía técnica necesaria para facilitar la implementación del proyecto, la cual es coordinada por las instituciones competentes nacionales.
- El MSC, a través de la Agencia de Calidad, promueve este proyecto a través de la cofinanciación con las CCAA, así como la coordinación, seguimiento y difusión necesarios a nivel estatal.
- La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica Y Unidades Coronarias (SEMICYUC) lidera y coordina a nivel técnico el proyecto.
- En cada Comunidades Autónomas (CCAA) se nombrará un equipo responsable del proyecto, liderado por un médico intensivista, que será el responsable de la formación y coordinación de los equipos locales. Se recomienda que este equipo esté constituido al menos por un médico y una enfermera de UCI, un preventivista y un coordinador.
- En cada UCI, el médico intensivista responsable del proyecto. se encargará de identificar a una enfermera (supervisora o no) que compartirá las tareas de liderazgo. Ambos participarán en las reuniones previas de formación, recibirán los materiales y se responsabilizarán de crear equipos que materialicen el programa en la UCI.

Propósito de la guía

Objetivos

- Ofrecer un manual de aplicación para todos los profesionales involucrados en el proyecto.
- Clarificar los pasos necesarios para la aplicación del programa de un modo eficaz

Audiencia a la que va dirigida la guía

- A los equipo coordinadores del proyecto de la OMS y del MSC
- A los coordinadores del proyecto a nivel de CCAA
- A los líderes del proyecto en cada UCI donde el programa va ser implantado
- A los directivos de los hospitales donde el programa va ser implantado
- A los equipos médicos y de enfermería de las UCI.

Utilización del manual

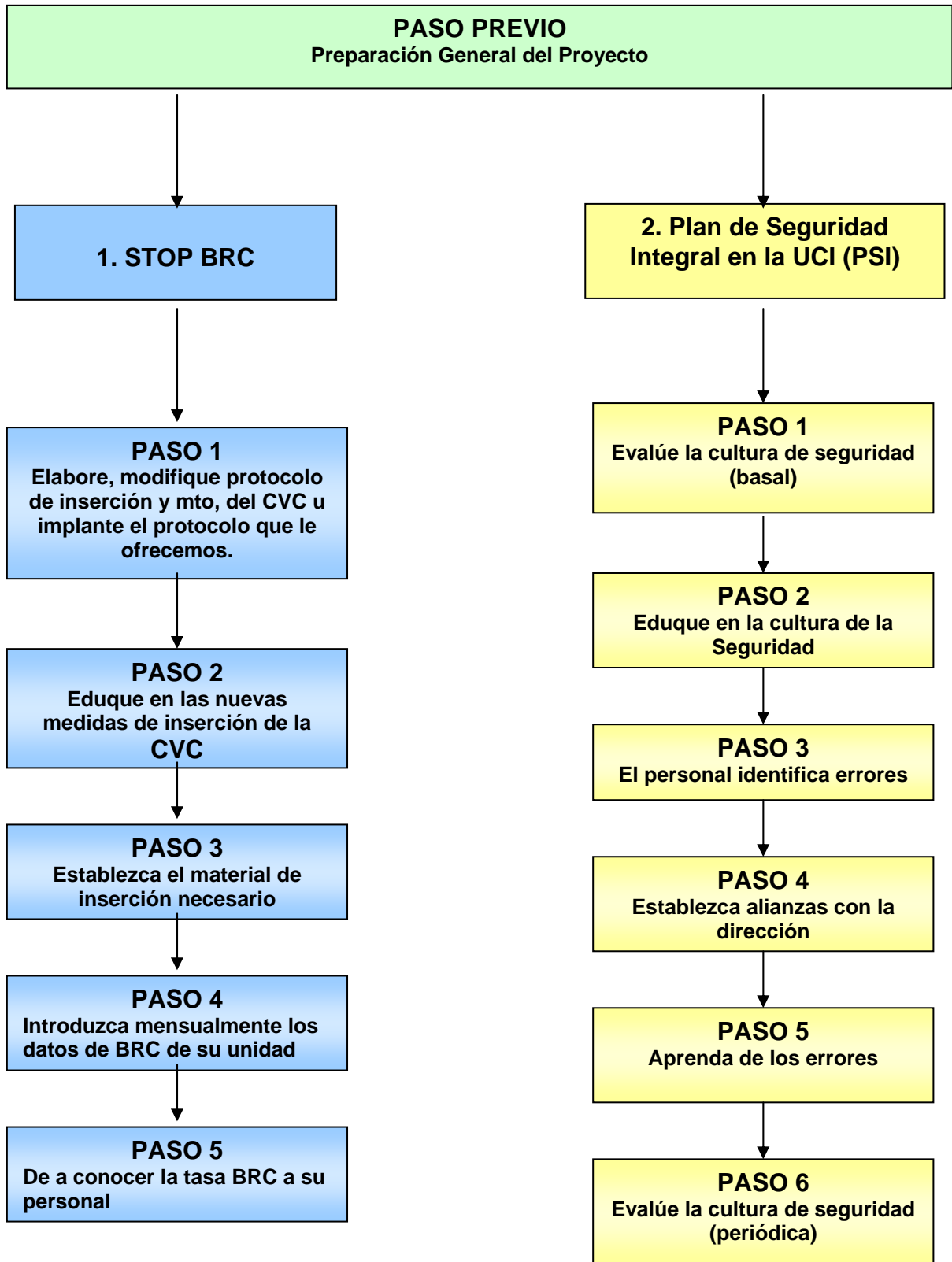
El manual de aplicación del proyecto Bacteriemia zero España pretende ser una guía clara, simple y fácil que ayude a los que van a llevar a cabo el programa a implantarlo con facilidad en cada entorno.

La guía se divide en 2 secciones diferentes:

1. Implantación de medidas STOP BRC
2. Implantación del Plan de Seguridad Integral (PSI).

Cada sección mostrará los pasos a seguir hasta su total implantación. Finalmente todos los instrumentos de apoyo que se mencionan en cada una de las secciones se encuentran subrayados en el texto y los puede encontrar en las páginas web de apoyo así como en otros documentos.

IMPLANTACION DEL PROYECTO Bacteriemia **zero**



Paso Previo. Preparación General del Proyecto

Momento: Antes de la fecha de la puesta en marcha del programa (Diciembre 2008, Enero 2009).

Qué hacer	Cómo
1. Establezca quiénes de su unidad liderarán el proyecto (médicos y enfermeras)	<p>Jefe de la unidad y Supervisora de enfermería seleccionarán a sus componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por su capacidad de liderazgo • Por su entusiasmo en el proyecto • Por su disponibilidad
2. Incorpore a alguien de la dirección de su hospital quién de Dirección como parte del equipo líder de la UCI	<ul style="list-style-type: none"> • Presente su plan al Director General • Proponga un candidato para que forme parte de su equipo
3. Reciba instrucciones de los coordinadores del proyecto de su Comunicad Autónoma (CCAA)	<ul style="list-style-type: none"> • Los coordinadores de su CCAA estarán en contacto y servirán de soporte al equipo líder de las UCI.
4. Reciba formación sobre el PSI	<ul style="list-style-type: none"> • Los coordinadores darán formación sobre el proyecto en general al equipo líder de la UCI.
5. Despliegue y explique el proyecto de la Prevención de las BRC en su Unidad	<ul style="list-style-type: none"> • Reúna a todo su personal del modo en que le parezca más adecuado y/o sea posible: por grupos. • Determine quiénes van a explicar el proyecto • Expongan el proyecto a todo el personal con la presentación power point llamada: <p style="text-align: center;">Proyecto de Prevención de las BRC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elementos de implantación en la inserción del CVC • PSI
<p>6. Consiga para su Unidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clorhexidina acuosa al 2% u alcohólica al 0.5% • Paños estériles tamaño sábana que cubran por completo al paciente • Un carro o bandeja para la colocación de todo el material de inserción de un CVC • Solución alcohólica para el lavado de manos. • Toallitas unidosis impregnadas en alcohol para la desinfección de las conexiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • El equipo líder se pondrá en contacto con la Comisión de Infecciones o el Dto de Preventiva para tramitar la compra a través de la Gerencia de su hospital. • Con el servicio de Compras de su hospital u el organismo que lo gestione.

Nota:

1. La columna del “Cómo” que se presenta en todo el documento ha seguido las recomendaciones de los documentos aportados por Hopkins con la sola pretensión de ayudar y facilitar. Sin embargo, es importante aclarar que este manual es una guía y que cada centro o UCI puede encontrar sus propios "cómos" más acordes con sus circunstancias, cultura, etc.

2. En esta primera fase es importante que los líderes conozcan bien los cauces que se deben seguir para justificar y conseguir la compra del material necesario. Disponer del material que se indica es un elemento clave para la reducción de las BRC. Los líderes deben de poder justificar la solicitud de compra. En el caso del carro es fundamental que el material de inserción esté **siempre** reunido **en un mismo lugar** y **trasladable** a dónde se encuentre el paciente y que el material no sea accesible para otros procedimientos distintos al de la inserción con el fin de que siempre **esté disponible**. Se dan también indicaciones orientativas sobre quiénes pueden ser las personas a las que dirigirse pero cada hospital puede tener cauces distintos que es necesario conocer.

3. Se debe explicar muy bien el papel de la enfermera que cumplimenta la lista de verificación con autoridad para parar el procedimiento con el fin de que no produzca rechazos ni provoque susceptibilidades. Se trata de que todo el equipo que está presente en la inserción siga con fidelidad los pasos de inserción, con evidencia científica, con el fin de reducir la bacteriemia. Entendido así, la enfermera que está a cargo de la lista de verificación en la inserción de un CVC debe ser considerada una **facilitadora del proceso** que asegura su cumplimiento y así hay que hacerlo ver a todas las personas involucradas en él.

1. STOP BRC

PASO 1. Elabore, modifique protocolo de inserción y mantenimiento del CVC o implante el protocolo que le ofrecemos.

Momento: Enero 2009

Qué hacer	Cómo
<p>1. Si tiene un protocolo en Inserción y Mantenimiento de CVC, adáptelo de acuerdo a los nuevos criterios de evidencia científica propuestos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Use de referencia el protocolo que le ofrecemos: <u>Protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres vasculares.</u>
<p>2. Si no tiene un protocolo de Inserción y Mantenimiento de CVC elabore el suyo propio u implante el protocolo que le ofrecemos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elabore su propio protocolo a partir de <u>Protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres vasculares.</u>

1. STOP BRC

PASO 2. Eduque en las nuevas medidas de inserción de CVC.

Momento: Diciembre 2008, enero 2009

Qué hacer	Cómo
<p>1. Dé a conocer el nuevo protocolo a los profesionales de su unidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dé a conocer el protocolo a los profesionales de su unidad haciendo hincapié en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuevos elementos que se introducen en el protocolo de inserción de acuerdo a la evidencia científica. Documento de apoyo: <u>Hoja resumen de la evidencia en prevención de la BRC</u> 2. <u>Lista de verificación en la inserción de CVC.</u> 3. Autoridad de la enfermera para interrumpir el procedimiento si no se cumplen las indicaciones adoptadas. • Distribuya los materiales de difusión del proyecto: <u>Póters recordatorios</u>
<p>2. Organice las sesiones para todos los profesionales de su unidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determine quién va a impartir las sesiones. • Utilice la presentación en power point del curso de formación "<u>STOP BCR</u>" • Promueva la autoevaluación de los conocimientos adquiridos por el personal mediante el <u>Test de autoevaluación del curso de formación "STOP BCR"</u> • Nombre a un responsable/ese asegure que todo el personal ha realizado el curso. • Los profesionales deben registrar la asistencia al curso cumplimentando el <u>Registro del curso de formación "STOP BCR"</u>.

1. STOP BRC

PASO 3. Establezca el material de inserción necesario para su unidad

Momento: diciembre 2008, enero 2009

Qué hacer	Cómo
1. Determine el número de unidades necesarias de cada ítem del <u>inventario de material para inserción de CVC</u> .	<ul style="list-style-type: none"> • Discuta con su equipo el número de unidades de cada ítem que siempre deben estar disponibles. Tenga todo su material SIEMPRE DISPONIBLE y unificado en un carro o una bandeja
2. Compruebe que todo el material de inserción está siempre disponible.	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre a un responsable/es (enfermera o auxiliar de enfermería) que revise con la periodicidad que estime conveniente (mínimo diaria) el material con la lista del <u>Inventario de material para la inserción de CVC</u>. Lleve un registro de la comprobación del inventario con el <u>Registro del inventario de material para la inserción de CVC</u>.

1. STOP BRC

PASO 4. Introduzca mensualmente los datos de BRC de su unidad en el sistema.

Momento: El primer día de cada mes, los datos referidos al mes anterior.

Qué hacer	Cómo
1. Determine quién/es va a ser el responsable de contabilizar las infecciones y los catéteres diariamente.	<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre los parámetros que deben ser recogidos. Definiciones de infección y días de estancia.
2. Introduzca los datos de infección en el sistema mensualmente.	<ul style="list-style-type: none"> Nombre a un responsable/es que introduzca mensualmente los datos de su Unidad. A través de la web: http://hws.vhebron.net/bacteriemia-zero/

1. STOP BRC

PASO 5. De a conocer la tasa BRC a su personal.

Momento: Durante la primera semana de cada mes

Qué hacer	Cómo
1. De a conocer la tasa de infección de cada mes.	<ul style="list-style-type: none"> • Ponga en un lugar bien visible la tasa de infección de cada mes. • Presente la tasa mensual y evolutiva en una sesión mensual
2. Muestre las mejoras tras la implantación del proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Presente las tasas de cada mes en una gráfica donde se vea también la tasa de infección basal.

2. Programa de Seguridad Integral (PSI)

Paso 1. Evalúe la cultura de seguridad basal

Momento: Antes de la fecha de la puesta en marcha del programa (Diciembre 2008, Enero 2009), antes de la explicación del proyecto.

Qué hacer	Cómo
1. Todos los profesionales de su UCI deben cumplimentar la encuesta de cultura de seguridad (AHQR) a través de la web http://hws.vhebron.net/bacteriemia-zero/	<ul style="list-style-type: none"> • Informe de cómo acceder a la web • Estime el plazo para cumplimentarla (5 días). • La encuesta basal debe de realizarse antes de comenzar ninguna otra actividad para evitar contaminación de la encuesta. • Nombre a un responsable que se asegure que todo el mundo cumplimenta la encuesta.
2. Analice la información que reciba	<ul style="list-style-type: none"> • Compare los resultados de su UCI con los parámetros estándar del cuestionario.
3. Prepárese para el siguiente paso: EDUQUE EN SEGURIDAD DEL PACIENTE	

2. Programa de Seguridad Integral (PSI)

Paso 2. Eduque en Seguridad del Paciente

Momento: Febrero de 2009.

Qué hacer	Cómo
1. Todos los profesionales de su unidad deben seguir el curso de Seguridad en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • El curso básico está disponible en power point: <u>La Seguridad del Paciente</u> • Aquellos profesionales de su unidad que prefieran el inglés, pueden acceder a la Presentación de Peter Pronovost a la presentación a través de la web: http://mediasite.jhu.edu/JHU/Viewer/Viewers/Viewer240TR.aspx?mode=Default&peid=386cadcd-66aa-45a8-8e86-df8c86ed3642&playerType=WM7&mode=Default&shouldResize=true&pid=a01d436a-3e82-4027-b07a-07e881540053&playerType=WM7#
2. Asegúrese que todos los profesionales han seguido el curso de Seguridad en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Se puede realizar la presentación del curso por grupos. Se necesitará cañón de reproducción. • Establezca quienes son las personas que pueden impartir la sesión • Nombre a un responsable/ese asegure que todo el personal ha realizado el curso. • Los profesionales deben registrar la asistencia al curso de Ciencia de seguridad cumplimentando la <u>Registro de asistencia al curso Seguridad del Paciente</u>
3. Informe al personal quien es la persona de Dirección que formará parte del equipo de la UCI para el proyecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Aproveche el final de cada de la sesión de la ciencia de seguridad par informar
4. Entregue a los profesionales el <u>Cuestionario sobre la seguridad en su UCI.</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Explique la finalidad de este formulario. • Al final de la sesión de la ciencia de seguridad. • Establezca un plazo para que lo rellenen de 10 días • Nombre a un responsable para que recoja los Cuestionarios de la seguridad en su UCI o ponga un buzón para que los profesionales lo depositen.
6. Prepárese para la siguiente fase: EL PERSONAL IDENTIFICA ERRORES	

2. Programa de Seguridad Integral (PSI)

Paso 3. El personal identifica errores

Momento: Marzo de 2009.

Qué hacer	Cómo
1. Analice la información de los <u>Cuestionarios sobre la seguridad en su UCI</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Clasifique la información por categorías generales (comunicación, medicación, caídas de pacientes, suministros, equipamiento etc.). • Ordene las categorías en función de su frecuencia estableciendo porcentajes. • Priorice según el nivel de riesgo para el paciente.
2. Prepárese para el siguiente paso: ESTABLEZCA ALIANZAS CON LA DIRECCION.	3. Con los resultados de seguridad priorizados deberá establecer alianzas con la dirección.

NOTA: Este 3er paso no es algo estático sino un proceso continuo. A medida que se van identificando problemas y se llevan a cabo intervenciones de mejora, deben realizarse nuevas evaluaciones de seguridad...

2. Programa de Seguridad Integral (PSI)

Paso 4. Establezca alianzas con la Dirección

Momento: Marzo de 2009

Qué hacer	Cómo
1. Seleccione a un directivo de la dirección de su hospital para formar parte de su equipo	<p>Cumple los requisitos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto directivo • Formación clínica (no imprescindible) • Disponible para hacer rondas de seguridad mensuales • Accesible y abierto a la discusión • Ha seguido el curso de Seguridad del Paciente
2. De a conocer en su Unidad el nombre del directivo	<ul style="list-style-type: none"> • Utilice los cauces de comunicación para dar a conocer el nombre del directivo.
3. Trate los problemas identificados en el paso anterior con su equipo y el directivo con el fin de orientarle sobre PSI.	<ul style="list-style-type: none"> • Con el listado del paso anterior recogido de los <u>Cuestionario sobre la seguridad en su UCI</u> • Con las tasas actuales de infección • Discuta con el directivo que forma parte de su equipo la forma de eliminar obstáculos para aplicar medidas de mejora. • Establezca el calendario de rondas de seguridad.
4. Comience a realizar con el directivo rondas de seguridad en su Unidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Días antes de cada ronda el Jefe del proyecto recordará al personal el día de la ronda y pedirle que esté dispuesto a tratar problemas de seguridad y propuestas de resolución. • Recoja de su personal los problemas de seguridad referidos por los profesionales que no estarán presentes el día de la ronda. • El directivo animará a los profesionales a tratar temas de seguridad durante la ronda.
5. Registre durante las rondas los problemas de seguridad identificados	<ul style="list-style-type: none"> • Utilice para ello el formulario <u>Problemas de seguridad para la alianza con la dirección</u> • Elija entre dos o cuatro problemas

	<p>que no necesiten recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elija dos problemas que necesiten recursos (fondos de presupuesto). • Pase los problemas que se van a abordar a la <u>Tabla sobre la situación de problemas de seguridad</u> asignando un responsable a cada uno de ellos. • Cada vez que solucione un problema páselos a la sección de Problemas terminados del <u>Tabla sobre la situación de problemas de seguridad</u>
<p>6. Prepárese para el siguiente paso: APRENDER DE LOS ERRORES</p>	

NOTA: Este 4º paso no es algo estático sino un proceso continuo. A medida que se van solucionando problemas piense en añadir nuevos problemas de seguridad en la tabla superior del Formulario sobre la situación de problemas de seguridad

2. Programa de Seguridad Integral (PSI)

Paso 5º. Aprender de los errores

Momento: 2ª quincena de marzo, 1ª quincena de abril de 2009.

Qué hacer	Cómo
1. Aprenda de un error cada trimestre.	<ul style="list-style-type: none"> Los fallos y errores los puede escoger de los sistemas de notificación de incidentes, de la evaluación de la seguridad del personal (del paso anterior)
2. Reúna al equipo de seguridad para el análisis del error.	<ul style="list-style-type: none"> Utilice para ello el instrumento <u>Aprender de los errores</u>
3. Una vez realizado el análisis, sintetícelo haciendo un pequeño resumen.	<ul style="list-style-type: none"> Utilice el <u>Caso Resumido</u> del mismo instrumento <u>Aprender de los errores</u>.
4. Difunda lo que ha aprendido a todos los componentes de su Unidad.	<ul style="list-style-type: none"> Utilice el medio que le parezca más apropiado de acuerdo con las características de su unidad: tablón de anuncios, cuaderno de comunicaciones firmado y leído por todo el personal, etc.
5. Mejore la comunicación y el trabajo en equipo mediante la implantación de la <u>Lista de verificación de objetivos diarios</u>	<ul style="list-style-type: none"> Imparta formación sobre la finalidad de la <u>Lista de verificación de objetivos diarios</u> a todos los profesionales de su unidad. Adopte o adapte la <u>Lista de verificación de objetivos diarios</u> de acuerdo con las características de su unidad. Defina quien va a dar la formación. Asegúrese que todo el mundo recibe la formación a través de un responsable que lo verifique.

2. Programa de Seguridad Integral (PSI)

Paso 6º. Reevaluación de la cultura de la seguridad

Momento: Febrero 2010

Qué hacer	Cómo
<p>1. Reevalúe la cultura de seguridad (AHQR) a los 12-18 meses a través de la web:</p> <p>http://hws.vhebron.net/bacteriemia-zero/</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los profesionales de su UCI deben cumplimentar la encuesta de cultura de seguridad • Infórmeles cómo acceder a la web • Estime el plazo para cumplimentarla (5 días) • Nombre a un responsable que se asegure que todo el mundo cumplimenta la encuesta.
<p>2. Analice la información de las encuestas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compare los resultados con la encuesta basal y estime cómo y cuanto ha mejorado la cultura de su unidad.