



GUÍA PARA A REALIZACIÓN DAS AUDITORÍAS NAS UNIDADES DE COIDADOS CRÍTICOS: Programas Zero

GUÍA PARA A REALIZACIÓN DAS AUDITORÍAS NAS UNIDADES DE COIDADOS CRÍTICOS: Programas Zero		
Elaborado por: Isabel Losada Castillo Olga Roca Bergantiños *Ver listado de autores (Orde alfabética)"	Revisado por: Raquel Vázquez Mourelle Olga Roca Bergantiños	Aprobado por: Raquel Vázquez Mourelle Data: 2 de maio de 2024
FOLLA DE CONTROL DE MODIFICACIÓNS		
Nº EDICIÓN	APARTADOS MODIFICADOS	DATA DE APROBACIÓN: abril 2024
1	Índice Funcionamento das auditorías (eliminado) Elección dos pacientes a auditar Preparación das auditorías e instrucións sobre o procedemento a seguir Cuestionario de avaliación de Programas Zero Informe das Auditorías dos Programas Zero Anexo 1 Anexo 2	



Autores (por orde alfabética):

Enrique Alemparte Pardevila.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de A Coruña

Regina Arrojo Fuentes.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de A Coruña

Dolores Buján Martínez.

Unidade de Calidade. Hospital Universitario de Pontevedra

Eva Campos Oubel

Unidade de Calidade. Hospital Universitario de A Coruña

Ana María Díaz Lamas.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de A Coruña

Amparo Domínguez Pereira.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Vigo

Teresa Esperante Fernández.

Unidade de Calidade. Hospital Universitario Lucus Augusti

Miriam Estévez Vázquez.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Ribera-POVISA

Esther Gago García.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de A Coruña

Rebeca Gómez Espinosa.

Unidade de Calidade. Hospital Universitario de Ourense

Isabel Losada Castillo.

Servizo de Calidade Asistencial. SX Atención Hospitalaria. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade

Mónica Mourelo Fariñas.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de A Coruña

Teresa Otero Amoedo.

Servizo de Anestesia e Reanimación. Hospital Universitario de Vigo

Pilar Posada González.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Pontevedra

María Jesús Quintela Valiño.

Dirección de Enfermería. Hospital Universitario de A Coruña

Pedro Rascado Sedes.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Santiago

Teresa Rey Rilo.

Servizo de Anestesia e Reanimación. Hospital Universitario de A Coruña

Olga Roca Bergantiños.

Servizo de Calidade Asistencial. SX de Atención Hospitalaria. Servizo Galego de Saúde. Consellería de Sanidade

Marisol Rodríguez Bao.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Lucus Augusti

Sandra Sixto Gato.

Unidade de Calidade. Hospital Universitario de Santiago

Xiana Taboada Fraga.

Servizo de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Lucus Augusti

Miriam Vázquez Campo.

Unidade de Calidade. Hospital Universitario de Ourense

Santiago Vázquez Cardoso.

Servizo de Anestesia e Reanimación. Hospital Universitario de Santiago

Ana Vázquez Martínez.

Unidade de Calidade. Hospital da Costa-Burela (Lugo)

Óscar Vilela Sangiao.

Servizo de Anestesia e Reanimación. Hospital Universitario de A Coruña



ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Elección dos pacientes a auditar.....	4
3. Preparación das auditorías e instrucións sobre o procedemento a seguir.....	5
4. Cuestionario de avaliación para as auditorías dos Programas Zero.....	6
5. Informe das Auditorías dos Programas Zero nas Unidades de Críticos.....	10
ANEXO 1. Listado das Unidades de pacientes críticos de Galicia segundo consta no rexistro ENVIN (excluíndo unidades pediátricas e unidades de queimados).....	14
ANEXO 2. Definición e medición dos Ítems das Auditorías nas Unidades de Críticos.....	15



1. Introducción

- Os proxectos Zero non se refiren só á bacteriemia relacionada co catéter, á pneumonía relacionada coa ventilación mecánica, á infección do tracto urinario relacionada coa sondaxe vesical ou ás bacterias multirresistentes, senón tamén para mellorar a cultura de seguridade do paciente nas unidades de pacientes críticos.
- Deben ser os profesionais en contacto directo co paciente os que identifiquen os riscos na asistencia, para poder analizalos, minimalos e se se pode eliminalos.
- Nas auditorías deben participar o equipo auditor e o persoal da unidade.
- É importante realizar un rexistro dos problemas detectados, das solucións propostas e das melloras implantadas.
- A finalidade é aprender dos erros. Detectar prácticas inseguras e oportunidades de mellora.

2. Elección dos pacientes a auditar

- Considéranse Unidades de pacientes críticos as que están definidas no rexistro ENVIN (anexo 1)
- Nas unidades de máis de 15 pacientes auditaranse un mínimo de 5 pacientes. Naquelas unidades máis pequenas, o número de pacientes a auditar serán como mínimo de 3.
- Os pacientes elixíranse de forma aleatoria.
- Nas unidades que o permitan:
 - debe incluírse algún paciente con ventilación mecánica, CVC, sondaxe vesical e illamento
 - e algún que leve na unidade menos de 72 horas



3. Preparación das auditorías e instrucións sobre o procedemento a seguir

- DIAS PREVIOS ÁS AUDITORÍAS
 - Servizos Centrais (SS.CC) comunicará ao equipo auditor que Unidades de pacientes críticos vai a auditar e o período das auditorías.
 - O equipo auditor informará a SS.CC. da data da auditoría.
 - Desde SS.CC. remitirase un e-mail ao hospital de orixe dos auditores, informándolles de que van a auditar.
 - Desde SS.CC. remitirase un e-mail ás Xerencias dos hospitais e ás Subdireccións de calidade, anunciando a auditoría e informando das unidades a auditar.
 - O equipo auditor porase en contacto coa Unidade de calidade do hospital onde se realizará a auditoría, informándolles da hora de chegada e do lugar de recepción.

- O DÍA DA AUDITORÍA
 - Todos os auditores levarán a tarxeta identificativa que SS.CC. distribuíu entre os auditores.
 - As Unidades de calidade dos hospitais onde se realizan as auditorías recibirán ao equipo auditor, proporcionaranlles batas e mascarar, acompañarán e presentarán aos auditores na Unidade a auditar.
 - As Unidades de pacientes críticos recibirán os equipos auditores (xefatura de servizo, supervisores das unidades e responsables dos proxectos Zero). Os responsables dos proxectos Zero deberán asistir á auditoría. Facilitarán os documentos que sexan requiridos polos auditores e responderán as súas cuestións.
 - Ao remate da auditoría, o persoal da Unidade de calidade do hospital acompañará aos auditores e proporcionaranlles unha sala para que poidan ter unha reunión de posta en común tras a auditoría. Ao seu fin despedirán ao equipo auditor.

4. Cuestionario de avaliación para as auditorías dos Programas Zero

Estrutura		Nº Item	ÍTEMS A AVALIAR NAS AUDITORÍAS PROGRAMAS ZERO					
			CUMPRE SI	CUMPRE NON	ACCIÓN MELLORA CUMPRE	ACCIÓN DE MELLORA NON CUMPRE	NON APLICA	OBSERVACIÓNS
entrevista previa	1	Realízanse roldas de seguridade?						
	2	Identificar polo menos un@ intensivista/anestesista@ responsable do control de antimicrobianos						
	3	Identificar polo menos un@ intensivista/anestesista@ responsable dos Programas Zero						
	4	Identificar polo menos un@ enfermeiro@ responsable do cumprimento das medidas dos Programas Zero						
	5	Transmítese ao persoal sanitario da Unidade a información das taxas das infeccións relacionadas con dispositivos invasivos e as taxas das BMR adquiridas na Unidade de forma periódica (polo menos una vez ao ano)?						
	6	Fórmase ao persoal de limpeza para aplicar os protocolos establecidos para pacientes con BMR?						
	7	Existe un protocolo actualizado de limpeza diaria e terminal das habitacións de pacientes con BMR?						
	8	Existe ficha/documento de limpeza de material clínico/aparatos de exploración existentes en UCI/REA?						
	9	Coñécese a epidemioloxía das BMR nas Unidades de Críticos?						
	10	Realízase tipaxe molecular nos brotes epidémicos por BMR?						
	11	Existe un protocolo onde figuren as medidas de illamento ou ben illamento por contacto nos pacientes con BMR?						
	12	Realízanse cultivos de vixilancia de BMR unha vez á semana?						
	13	Dispónse dalgún protocolo onde figure a desconexión temperá do ventilador?						
	14	Dispónse de sistemas de humidificación activa eficaces para evitar a formación de tapóns de moco?						
	15	Dispónse dun checklist onde conste: valoración diaria da retirada do catéter, presenza de CVC, conexións innecesarias?						



Estrutura		Nº Ítem	ÍTEMS A AVALIAR NAS AUDITORÍAS PROGRAMAS ZERO					
			CUMPRE SI (nº cando proceda numerador e denominador)	CUMPRE NON (nº cando proceda numerador e denominador)	ACCIÓN MELLORA CUMPRE	ACCIÓN DE MELLORA NON CUMPRE	NON APLICA	OBSERVACIÓNS
Entrevista a pé de cama	16	O persoal da unidade entrevistado coñece a existencia dos Programas Zero?						O denominador será o número de persoas entrevistadas
	17	O persoal da unidade entrevistado coñece o Plan formativo nos Programas Zero?						O denominador será o número de persoas entrevistadas
	18	O persoal de limpeza entrevistado coñece e aplica as medidas que o protocolo de limpeza establece para os pacientes con BMR?						O denominador será o número de persoas entrevistadas
	19	Cubrir a listaxe de verificación ao ingreso para identificar posibles portadores de BMR?						
	20	Múdanse de forma programada as tubuladuras do respirador ou os intercambiadores de calor-humidade, agás nos casos de mal funcionamento?						
	21	Realízase de modo correcto a hixiene da boca con clohexidina al 0,12-0,2%?						
	22	Utilízase a descontaminación selectiva dixestiva completa (DDS) con pasta e solución para a prevención da pneumonía asociada á ventilación mecánica?						
	23	Utilízase a profilaxe antibiótica para a inserción dos CVC?						
	24	Emprégase a solución alcohólica de clorhexidina na preparación da pel para a inserción dos CVC?						
	25	Emprégase de modo correcto o listado de verificación de inserción dos CVC?						
	26	Retíranse os CVC cando non son necesarios? Valórase diariamente a retirada dos CVC innecesarios?						
	27	Realízanse cambios periódicos rutineiros dos CVC por punción ou mediante guía?						
	28	Utilízanse antibióticos e antisépticos tópicos en pomada para protexer o punto de inserción?						
	29	Utilízase o mesmo equipo de infusión con cada bolsa de hemoderivados?						
30	Implántanse as sondas vesicais seguindo a listaxe de verificación?							



Estrutura		Nº Ítem	ÍTEMS A AVALIAR NAS AUDITORÍAS PROGRAMAS ZERO					
			CUMPRE SI (nº cando proceda numerador e denominador)	CUMPRE NON (nº cando proceda numerador e denominador)	ACCIÓN MELLORA CUMPRE	ACCIÓN DE MELLORA NON CUMPRE	NON APLICA	OBSERVACIÓNS
		31	Realízanse lavados vesicais de forma sistemática?					
		32	Realízase a toma de mostras de maneira adecuada?					
		33	Úsanse antisépticos e antibióticos na hixiene diaria da sonda vesical?					
		34	Úsanse antimicrobianos profilácticos na inserción, mantemento ou na retirada da sonda vesical?					
		35	A aspiración das secrecións bronquiais realízase de forma aséptica?					
Observación directa a pé de cama		36	O paciente está correctamente identificado mediante pulseira ou segundo o protocolo do centro?					
		37	Existen dispensadores de PBA no 100% dos puntos de atención?					
		38	Dispónse de sistemas pechados de aspiración de secrecións bronquiais?					
		39	Dispónse de tubos ou cánulas traqueais con sistemas de aspiración continua de secrecións subglóticas?					
		40	Dispónse de sistemas automáticos de control continuo autorregulable da presión de pneumotaponamento nos dispositivos que ocupan a vía aérea (tubos orotraqueais, cánulas traqueais)?					
		41	A posición da cama está por riba de 30º, salvo contraindicación clínica?					
		42	Enfermería rexistra a posición do paciente, graos en semi-incorporado, polo menos cada 8 horas?					
		43	Compróbase e rexístrase en cada quenda a presión de pneumotaponamento e axústase entre 20-30 cm de H2O?					
		44	Adminístranse antibióticos intravenosos durante as 24 horas seguintes á intubación se o paciente ten diminución de consciencia previa?					
		45	Dispónse de apósitos transparentes para visualizar o punto de inserción dos catéteres vasculares e consta data de colocación?					
	46	Úsase a solución alcohólica de clorhexidina na preparación da pel antes da inserción dos CVC?						
	47	Límpanse os puntos de inxección dos CVC con alcohol isopropílico de 70º/clorhexidina alcohólica antes de acceder a eles a través do sistema venoso?						



Estrutura	Nº Ítem	ÍTEMS A AVALIAR NAS AUDITORÍAS PROGRAMAS ZERO					
		CUMPRE SI (nº cando proceda numerador e denominador)	CUMPRE NON (nº cando proceda numerador e denominador)	ACCIÓN MELLORA CUMPRE	ACCIÓN DE MELLORA NON CUMPRE	NON APLICA	OBSERVACIÓNS
	48	Úsase a vena subclavia como lugar de inserción do CVC, e se non se emprega existe xustificación?					
	49	Se o paciente ten un CVC, ten: data de inserción, tipo de catéter, nº de luces, localización?					
	50	Hai algún porto sen uso, sen tapón?					
	51	Cámbianse os equipos de perfusión aos 7 días?					
	52	Cámbianse os equipos de nutrición parenteral cada 24 horas?					
	53	Cámbianse os equipos de infusión de emulsións lipídicas entre 6 e 12 horas?					
	54	Realízanse cultivos de vixilancia de BMR ao ingreso en UCI/REA?					
	55	Realízanse cultivos de vixilancia de BMR unha vez á semana?					
	56	Os pacientes con indicación de illamento ou illamento por contacto están identificados e móstranse as medidas preventivas?					
	57	Inclúese na hixiene diaria do paciente colonizado/infectado por BMR produtos que conteñan clorhexidina?					
	58	Está indicada a sonda vesical?					
	59	Retírase a sonda cando non é necesaria? Valórase diariamente a retirada da sonda?					
	60	Dispónse de sistemas pechados de sondaxe uretral con urinómetros?					
	61	As sondas vesicais están fixadas correctamente para previr calquera desprazamento e/ou tracción uretral?					
	62	A bolsa colectora de ouriños está situada baixo a vexiga sen tocar o chan?					



5. Informe das Auditorías dos Programas Zero nas Unidades de Críticos

Unha vez que se leve a cabo a auditoría na unidade de críticos, o equipo auditor, que está composto por persoal facultativo e un/a enfermeiro/a das unidades de críticos xunto cunha persoa das Unidades de Calidade das Áreas Sanitarias, emitirá un informe que debe ser coherente co observado e consensado por todo o equipo auditor.

O equipo auditor nomeará un Auditor xefe, quen coordinará a elaboración do informe da auditoría e o posterior envío a SS.CC.

No informe ademais de identificar ao equipo auditor e o lugar onde se realizou a auditoría, tamén constará o persoal da unidade que foi entrevistado, tanto facultativo como de enfermaría e persoal auxiliar. No informe figurarán as persoas que estiveron na reunión previa e os responsables dos proxectos Zero da unidade. Tamén se asistiu como observador o persoal do Servizo de Calidade da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria do Sergas.

No devandito informe deben reflectirse os puntos fortes (participación, acollida, colaboración...), as necesidades de mellora, de formación, de equipación, os problemas identificados, as posibles solucións/recomendacións e se para mellorar é precisa ou non a dotación de recursos.

Tamén haberá un apartado de observacións e unhas conclusións finais.



Lugar de auditoría:	
Obxecto e Alcance da auditoría:	
VERIFICAR CUMPRIMENTO DE ESTÁNDARES E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE SEGUNDO OS CRITERIOS ESTABLECIDOS	
Normas de referencia:	
CUESTIONARIO VERIFICACIÓN PARA FACULTATIVOS/AS E ENFERMEIROS/AS	
Equipo auditor:	
Auditor/a xefe/a:	
Auditor/a:	
Auditor/a:	
Observadores:	
Persoa do Servizo de Calidade Asistencial do Sergas:	
Asistentes á reunión inicial:	
Equipo auditor:	
Persoal do Servizo:	Xefe de servizo, supervisor de enfermería e responsables dos proxectos Zero
Interlocutores.	
Enfermeiras/os da quenda da mañá:	
Auxiliares da quenda da mañá:	
Facultativos da quenda:	
Supervisor/a do servizo	
Facultativo/a responsable dos Proxectos Zero	
Enfermeira/o responsable dos Proxectos Zero	



PUNTOS FORTES

- A participación e colaboración activa de todo o persoal durante o desenvolvemento da auditoría.
- Persoal motivado que recoñece que hai que continuar mellorando para conseguir mellores.

(SE OS HOUBERA)

ÁREAS DE MELLORA

Problema identificado	Solución posible /recomendado	Recursos	
		Necesarios	Non necesarios
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			



Observacións

Conclusións

Seguimento de Áreas de Mellora

Nº de Áreas de Mellora (Segundo os problemas identificados nas auditorías)	
--	--

Data de peche do informe final:

Firma do Auditor Xefe e resto dos auditores



ANEXO 1. Listado das Unidades de pacientes críticos de Galicia segundo consta no rexistro ENVIN (excluindo unidades pediátricas e unidades de queimados)

Centro hospitalario	Unidad de Críticos
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña	CHUAC UCI 5
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña	CHUAC UCI 6
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña	CHUAC REA
Hospital Universitario Arquitecto Marcide de Ferrol	CHUF UCI-MED
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago	CHUS HCU-MED
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago	CHUS CONXO MED
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago	CHUS REA
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago	CHUS UNIDAD CORONARIAS
Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo	HULA UCI-MED
Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo	HULA REA
Hospital Comarcal da Costa (Burela)	A MARIÑA-REA
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense	CHUO UCI-MED
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense	CHUO REA
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra	CHOPO UCI-MED
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra	CHOPO REA
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo	H.ALVARO C UCI-MED
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo	H.ALVARO C REA1
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo	H.ALVARO C REA2
Hospital Ribera-POVISA	POVISA



ANEXO 2. Definición e medición dos Ítems das Auditorías nas Unidades de Críticos

ENTREVISTA PREVIA

1. Realízanse roldas de seguridade?

Ferramenta operativa que permite coñecer a adherencia ás boas prácticas dun servizo asistencial, identificando riscos e incidentes de seguridade de pacientes, establecendo alianzas coa dirección para planificar e implementar accións de mellora.

Criterios de inclusión: Servizos auditados.

Método de avaliación: Evidencia de rexistro de polo menos 1 rolda de seguridade na que consten os profesionais que interveñen, ítems/indicadores avaliados e/ou os problemas de seguridade detectados ou eventos adversos ocorridos. Entrevista previa.

2. Identificar polo menos un intensivista/anestesista responsable do control de antimicrobianos

Médico responsable/líder de revisar os antibióticos da unidade e reunirse con outras especialidades (microbioloxía, infecciosas, preventiva e farmacia), así como os seus colegas, para debater o uso correcto dos antibióticos.

Criterios de inclusión: profesionais da unidades.

Método de avaliación: identificar ao profesional responsable dos proxectos Zero. Entrevista previa.

3. Identificar polo menos un intensivista/anestesista responsable dos programas Zero

Médico responsable/líder do proxecto Zero que promove e facilita a consecución dos obxectivos de cada proxecto, cuxa identidade será comunicada de forma periódica aos responsables autonómicos.

Criterios de inclusión: Profesionais da unidade.

Método de avaliación: Identificar ao profesional responsable proxecto Zero. Entrevista previa.

4. Identificar polo menos unha enfermeira responsable do cumprimento das medidas dos programas Zero

Enfermeira responsable/líder do proxecto Zero que promove e facilita a consecución dos obxectivos de cada proxecto, cuxa identidade será comunicada de forma periódica aos responsables autonómicos.



Criterios de inclusión: profesionais da unidade

Método de avaliación: Identificar ao profesional responsable proxecto Zero. Entrevista previa.

5. Transmítese ao persoal sanitario das UPC información sobre as taxas de infeccións relacionadas con dispositivos invasivos e as taxas de BMR adquiridas en UCI de forma periódica (polo menos 1 vez ao ano)?

O persoal entrevistado recoñecerá que se lle da información sobre os resultados de IRAS da súa unidade.

Criterios de inclusión: profesionais da unidade.

Método de avaliación: acta da sesión. Entrevista previa.

6. Fórmase ao persoal de limpeza para aplicar os protocolos establecidos para pacientes con BMR?

Criterios de inclusión: persoal de limpeza da unidade.

Método de avaliación: entrevista previa á auditoría. Obrigatorio para a empresa un rexistro da formación dada.

7. Existe un protocolo actualizado de limpeza diaria e terminal das habitacións de pacientes con BMR:

Criterios de inclusión: todos os pacientes.

Método de avaliación: Documentar a existencia dun protocolo actualizado de limpeza diaria e terminal das habitacións ocupadas por pacientes con BMR. Entrevista previa.

8. Existe ficha/documento de limpeza de material clínico/aparatos de exploración existentes en UCI/REA?

Criterios de inclusión: aparataxe de uso común (ecógrafo, aparato de radiografías, grúa...)

Criterios de exclusión: aqueles aparatos de uso individual durante o ingreso

Método de avaliación: Documentar a existencia dun protocolo actualizado de limpeza de material clínico e aparatos de exploración e que cada aparato de uso común conta cunha folla de rexistro, na que consta data de limpeza e persoal que realizou o procedemento. Entrevista previa.

9. Coñécese a epidemioloxía das BMR nas Unidades de Críticos?

Criterios de inclusión: Todos os pacientes da Unidade.

Método de avaliación: Preguntar ao persoal ou ao responsable dos PZ se coñece que xermes acostuman a ser os responsables de multiresistencia. Entrevista previa.

10. Realízase tipaxe molecular nos brotes epidémicos por BMR?

Criterios de inclusión: Todos os pacientes da Unidade.

Método de avaliación: Preguntar se houbo algún brote na Unidade e se é afirmativo confirmar mediante o Servizo de Microbioloxía si se realizou tipaxe molecular.

Aqueles centros que non dispoñan dos medios necesarios para esta identificación, poden recorrer, de forma gratuíta, ao Centro Nacional de Microbioloxía do Instituto de Salud Carlos III. Entrevista previa.

11. Existe un protocolo onde figuren as medidas de illamento ou ben en illamento por contacto dos pacientes con BMR?

Método de avaliación: visualización do protocolo. Entrevista previa.

12. Realízanse cultivos de vixilancia de BMR unha vez á semana?

Unha vez á semana tómanse mostras para control de BMR en todos os pacientes. Polo menos frotis nasal e rectal.

Método de avaliación: entrevista previa.

13. Dispense dalgún protocolo onde figure a desconexión temperá do ventilador?

A unidade debe ter algún protocolo a seguir para a desconexión temperá do ventilador, ben sexa de destete, de desconexión ou de sedación.

Método de avaliación: visualización do protocolo. Entrevista previa.

14. Dispense de sistemas de humidificación activa eficaces para evitar a formación de tapóns de moco?

Dispositivos que acondicionan o aire insuflado polo respirador para dotalo de calor e humidade no paciente con VMI. Os activos están enchufados á corrente e divídense en 3 categorías: de paso, de cascada ou de mecha.

Criterios de inclusión: Dispor dese dispositivo na unidade.

Método de avaliación: entrevista previa.

15. Dispense dun checklist no que conste: valoración diaria da retirada do catéter, presenza de catéteres innecesarios, conexións innecesarias?

Criterios de inclusión: Comprobar que existe o listado de valoración diaria de retirada do CVC, presenza de catéteres en conexións innecesarias.

Método de avaliación: entrevista previa.

ENTREVISTA A PÉ DE CAMA

16. O persoal da unidade entrevistado coñece a existencia dos programas Zero

O persoal entrevistado será capaz de explicar o obxectivo de cada proxecto.

Criterios de inclusión: profesionais da unidade.

Método de avaliación: Entrevista a pé de cama.

17. O persoal da unidade coñece o Plan formativo nos proxectos Zero?

Criterios de inclusión: persoal entrevistado nas unidades.

Método de avaliación: entrevista a pé de cama.

18. O persoal de limpeza coñece e aplica as medidas que o protocolo de limpeza establece para os pacientes con BMR?

O persoal de limpeza presente na unidade coñecerá a forma de limpeza das habitacións/box (método, frecuencia, produtos desinfectantes), tendo en conta o tipo de superficies. Igualmente debe especificarse o sistema de limpeza das camas, incluíndo a revisión dos colchóns.

Criterios de inclusión: profesionais de limpeza da unidade.

Método de avaliación: Entrevista a pé de cama.

19. Cúbrese a listaxe de verificación ao ingreso para identificar posibles portadores de BMR?

Cubrir ao ingreso en UCI unha "lista de verificación" para identificar aqueles pacientes con elevado risco de ser portadores de BMR e realizar o illamento preventivo (precaucións de contacto).

Criterios de inclusión: todos os pacientes auditados.

Método de avaliación: Comprobar que está dispoñible na historia clínica o listado de verificación realizado ao ingreso. Comprobar que o listado de verificación está correctamente cuberto. Naqueles pacientes con algún factor de risco, comprobar que se realizou illamento de contacto polo menos ata recibir os resultados das mostras de vixilancia do ingreso. A ausencia de listado de verificación ou a súa mala cobertura avaliarase como incumprimento. Entrevista a pé de cama.

20. Múdanse de forma programada as tubuladuras do respirador ou os intercambiadores de calor-humidade, agás nos casos de mal funcionamento?

Desaconséllase o cambio programado agás mal funcionamento.



Criterios de inclusión: pacientes con ventilación mecánica invasiva.

Método de avaliación: Entrevista a pé de cama, preguntando ao persoal de enfermería responsable do paciente cada canto tempo se cambian as tubuladuras do respirador e as tubuladuras dos sistemas intercambiadores calor-humidade.

21. Realízase de modo correcto a hixiene da boca con clorhexidina 0,12-0,2%?

Recoméndase protocolizar a hixiene da cavidade bucal cada 6-8 horas, utilizando solucións ou xel de clorhexidina ao 0,12-0,2%. O lavado da cavidade bucal debe ser exhaustivo por todas as zonas (enxivas, lingua, padal...), irrigando mediante unha xeringa con clorhexidina 0,12-0,2% e aspirando posteriormente. Alternativa: esponxa bucal/cepillo.

Requisitos previos á hixiene bucal: comprobarase a presión do neumotaponamento do tubo endotraqueal (>20 cm de auga). Manter a cabeceira elevada 30-45° para realizar a hixiene bucal.

Criterios de inclusión: pacientes con ventilación mecánica.

Método de avaliación: observación directa (cando sexa posible) ou preguntando ao persoal de enfermería responsable do paciente o procedemento. Entrevista a pé de cama.

Establécense os ítems a observar/contestar por parte do persoal entrevistado respecto á técnica, cando non pode ser observada directamente.

- Hixiene das mans e colocación de guantes.
- Verificar a presión de pneumotaponamento (20-30 mmHg) e canal de aspiración subglótica permeable.
- Verificar o decúbito supino a 30°.
- Sonda estéril.
- Repetir a aspiración bucal e orofarínxea.
- Retirar os guantes e realizar a hixiene de mans.

Para dar por cumprido o ítem, deberase contemplar/contestar todos os puntos da técnica.

22. Utilízase a descontaminación selectiva dixestiva completa (DDS) con pasta e solución para a prevención de pneumonía asociada á ventilación mecánica (VM)?

A DDS completa que inclúe a administración de **antimicrobianos tópicos non absorbibles máis antibióticos sistémicos**, reduce a pneumonía asociada á ventilación mecánica e mortalidade global dos pacientes.

DDS estándar: **antimicrobianos tópicos** non absorbibles, incluíndo unha combinación que se administra como **pasta oral** na orofarinxe e unha **solución líquida** na cavidade gástrica. En pacientes con función da vía dixestiva conservada, administrárase o protocolo completo; en caso contrario só se aplicará a nivel orofarínxeo.

En caso de colonización por SAMR utilizarase a DDS mixta, engadindo vancomicina á combinación de antimicrobianos xunto coa aplicación de pomada antimicrobiana nasal.

Criterios de inclusión: Pacientes con ou nos que se prevé unha entubación endotraqueal de máis de 48 horas de duración.

Método de avaliación: revisando o tratamento na historia clínica do paciente (folla en papel ou programa informático que se utilice na unidade). Entrevista a pé de cama.

23. Utilízase a profilaxe antibiótica para a inserción dos CVC?

O uso de antibioterapia antes da inserción dun catéter venoso central non demostrou un descenso nas taxas de infección relacionada con estes dispositivos.

Criterios de inclusión: pacientes portadores de catéteres venosos centrais.

Método de avaliación: comprobar rexistros e preguntar ao persoal responsable. Entrevista a pé de cama.

24. Emprégase a solución alcohólica de clorhexidina na preparación da pel para a inserción dos CVC?

Criterios de inclusión: pacientes portadores de catéteres venosos centrais.

Método de avaliación: observación directa (cando sexa posible) ou preguntando ao persoal de enfermería responsable do paciente o procedemento. Entrevista a pé de cama.

25. Emprégase de modo correcto o listado de verificación de inserción dos CVC?

A lista de verificación do paciente para a inserción do catéter venoso central é un sistema de control e rexistro útil para os profesionais que realizan o procedemento e para a seguridade dos pacientes; permite identificar situacións de risco que poderían desencadear complicacións e/ou eventos adversos relacionados.

Criterios de inclusión: pacientes portadores de catéteres venosos centrais.

Método de avaliación: observación directa (cando sexa posible). Entrevista a pé de cama.

26. Retíranse os CVC innecesarios? Valórase diariamente a retirada dos CVC innecesarios?

As follas de verificación son formatos creados para realizar actividades repetitivas, controlar o cumprimento dunha lista de requisitos ou recoller datos ordenadamente e de forma sistemática. Úsanse para facer comprobacións sistemáticas de actividades, asegurándose de que o profesional non se esqueza de nada importante.

Criterios de inclusión: pacientes auditados con catéteres vasculares.

Método de avaliación: Entrevista a pé de cama. Comprobar se os catéteres cumpren o criterio adecuado.



27. Realízanse cambios periódicos rutineiros dos CVC por punción ou mediante guía?

Evitar o cambio rutineiro do catéter venoso central que somete ao paciente a máis riscos inherentes á punción e máis territorios venosos traumatizados.

Criterios de inclusión: pacientes auditados portadores de catéteres venosos centrais.

Método de avaliación: comprobar rexistros e preguntar ao persoal responsable. Entrevista a pé de cama.

28. Utilízanse antibióticos e antisépticos tópicos en pomada para protexer o punto de inserción?

O uso de antibioterapia ou antisépticos tópicos en pomada como mecanismo para protexer o punto de inserción do catéter venoso, non demostrou evidencia sobre o descenso nas taxas de infección.

Criterios de inclusión: pacientes portadores de catéteres venosos centrais.

Método de avaliación: observación directa (se existe a oportunidade) ou preguntar ao persoal. Entrevista a pé de cama.

29. Utilízase o mesmo equipo de infusión con cada bolsa de hemoderivados?

Debe utilizarse un sistema de transfusión distinto para cada unidade a transfundir.

Criterios de inclusión: pacientes portadores de catéteres venosos aos que se lles administre hemoderivados.

Método de avaliación: observación directa/verificación visual (se existe a oportunidade) ou preguntar ao persoal. Entrevista a pé de cama.

30. Implántanse as sondas vesicais seguindo o listado de verificación?

A sonda colócase mediante técnica aséptica (cumprindo todos os ítems do listado de verificación):

- Hixiene de mans antiséptica
- Hixiene da zona xénito-urinaria con auga e xabón
- Antiseptia do meato urinario
- Técnica estéril de inserción. Guantes estériles, bata, panos estériles
- Sonda de menor calibre
- Lubricantes estéril dun só uso
- Conectar a sonda ao sistema colector, con válvula ani-refluxo e porto para extracción de mostras
- Inflar o balón con auga bidestilada e con volume indicado

Criterios de inclusión: pacientes auditados portadores de sondas vesicais.

Método de avaliación: observación directa (cando sexa posible) ou preguntando ao persoal de enfermería responsable do paciente o procedemento. Entrevista a pé de cama.

Para dar por cumprido o ítem, deberase contemplar/contestar todos os puntos da técnica.

31. Realízanse lavados vesicais de forma sistemática?

Criterios de inclusión: pacientes auditados con sondaxe vesical.

Método de avaliación: preguntar ao persoal auditado ao pé de cama polo procedemento nos casos de obstrución de sonda vesical.

32. Toma de mostras de maneira adecuada.

O procedemento para a recollida de mostras inclúe:

- Aspirar o porto previa desinfección do mesmo
- Desinfectar o porto, de novo, ao finalizar

Criterios de inclusión: pacientes auditados con sonda vesical.

Método de avaliación: Observación directa (se é posible). En caso de que non sexa posible a observación directa, entrevista ao pé de cama.

Para dar por cumprido o ítem, deberase contemplar/contestar todos os puntos da técnica.

33. Úsanse antisépticos e antibióticos na hixiene diaria da sonda vesical?

Criterios de inclusión: pacientes auditados con sondaxe vesical.

Método de avaliación: preguntar ao persoal auditado ao pé de cama.

34. Úsanse antimicrobianos profilácticos na inserción, mantemento ou na retirada da sonda vesical?

Criterios de inclusión: pacientes auditados con sondaxe vesical.

Método de avaliación: preguntar ao persoal auditado ao pé de cama.

35. Se hai oportunidade de aspiración de secrecións bronquiais, realízase de forma aséptica?

A aspiración de secrecións con sistema aberto débese realizar con técnica aséptica, con uso de: guantes estériles, máscaras, gafas protectoras e sondas de aspiración inservibles. Realízase a manipulación aséptica das sondas de aspiración. Valorar que se realice a aspiración cerrada para minimizar a perda de presión ao final da expiración (PEEP).

A técnica de aspiración terá en conta a hiperoxixenación antes, entre aspiración e ao final do procedemento. En pacientes ventilados hiperoxixenación con $\text{FIO}_2 \geq 85\%$. En pacientes intubados ou traqueostomizados non ventilados: reservorio, $\text{O}_2=15$ l/minuto. A frecuencia de insuflación será de 12 resp/min (1 cada 5 seg). A selección da sonda debe ser adecuada (atraumática con diámetro máximo da metade da luz interna do tubo endotraqueal) e a aspiración realizarase ao retirar a sonda.

O tempo de permanencia da sonda no tubo endotraqueal será menor ou igual a 15 seg e non se instilará de forma rutineira soro fisiolóxico previo á aspiración de secrecións.

Ao terminar o procedemento, débese aspirar a cavidade orofarínxea cunha nova sonda.

O listado de ítems a observar ou contestar por parte do profesional respecto da técnica cando non poida ser observada:

- Hixienización previa das mans.
- Uso de guantes estériles.
- Utilización de sondas desbotables e manipulación aséptica das sondas de aspiración.
- Aspiración orofarínxea ao terminar o procedemento.
- Retirada de guantes e hixienización posterior de mans.

Criterios de inclusión: Pacientes con tubo endotraqueal ou cánula de traqueostomía, en ventilación mecánica ou con oxíxeno en T.

Método de avaliación: observación directa (cando sexa posible) ou preguntando ao persoal de enfermería responsable do paciente sobre como realiza o procedemento. Entrevista a pé de cama.

Para dar por cumprido o ítem, deberase contemplar/contestar todos os puntos da técnica.

OBSERVACIÓN DIRECTA A PÉ DE CAMA

36. O paciente está correctamente identificado mediante pulseira ou segundo o protocolo do centro?

Criterios de inclusión: todos os pacientes auditados.

Método de avaliación: Observación directa de pacientes.

37. Existen dispensadores de PBA no 100% dos puntos de atención?

Disponibilidade do produto o máis cerca posible do lugar onde se vai desenvolver unha actividade que require contacto co paciente ou na súa contorna inmediata e sen ter que abandonar a zona do paciente.

Criterios de inclusión: todos os pacientes auditados.

Método de avaliación: Observación directa.

38. Disponse de sistemas pechados de aspiracións de secrecións bronquiais?

É un circuíto pechado que permite aspirar ao paciente sen desconexión da VMI, quedando a sonda sempre protexida mediante unha camisa de plástico.

Criterios de inclusión: Pacientes con VMI

Método de avaliación: Observación directa sobre pacientes con VMI

Non aplica: intubado fora da unidade

39. Disponse de tubos ou cánulas traqueais con sistemas de aspiración continua de secrecións subglóticas?

Criterios de inclusión: Pacientes con VMI.

Método de avaliación: Observación directa sobre pacientes con VMI.

Non aplica: intubado fora da unidade.

40. Disponse de sistemas automáticos de control continuo autorregulable da presión de pneumotaponamento nos dispositivos que ocupan a vía aérea (tubos orotraqueais, cánulas traqueais)?

Dispositivo ou sistema de comprobación da presión do pneumotaponamento de maneira continua.

Criterios de inclusión: Pacientes con dispositivos que ocupan a vía aérea.

Método de avaliación: Observación directa sobre pacientes con dispositivos que ocupan a vía aérea.

41. A posición da cama por riba de 30°, salvo contraindicación clínica?

A posición da cabeceira da cama recomendada é entre 30-45°.

Criterios de inclusión: pacientes en ventilación mecánica invasiva/non invasiva ou outro soporte respiratorio (gafas nasais de alto fluxo,...).

Método de avaliación: Observación directa da inclinación nas camas que teñan inclinómetro e nas que non o teñan medición mediante medidas de ángulos.

Contraindicación clínica: paciente que precise ser movido en bloque como lesionado medular agudo, traumatismos a nivel pélvico ou extremidades que non permita flexión, outras...



42. Enfermería rexistra a posición do paciente, graos en semi incorporado, polo menos cada 8 horas?

Método de avaliación: revisarase a folla de traballo de enfermería (en papel ou no programa electrónico que se utilice na unidade) na que debe constar o rexistro polo menos en cada quenda. Se existise unha contraindicación para a posición da cama debe constar no rexistro.

43. Compróbase e rexístrase en cada quenda a presión de pneumotaponamento e axustase entre 20-30 cm de H₂O?

O control continuo da presión de pneumotaponamento reduce o risco de microaspiracións (presións inferiores a 20-30 cm de H₂O) ou lesión da mucosa traqueal (presións > a 30 cm de H₂O).

Criterios de inclusión: pacientes con ventilación mecánica.

Método de avaliación: comprobar a existencia ou non de dispositivo de medición continua de presión de pneumotaponamento e que as alarmas estean axustadas entre 20-30 cm de H₂O. No caso de non dispoñer dos dispositivos de medición continua, comprobar se existen métodos alternativos de medición da presión de pneumotaponamento (manómetros manuais) e se se comproba e rexistra por quenda a presión de pneumotaponamento entre 20-30 cm de H₂O.

44. Adminístranse antibióticos intravenosos durante as 24 horas seguintes á intubación se o paciente ten diminución de consciencia previa?

Recoméndase como prevención de pneumonías precoces a administración de antibióticos intravenosos durante as 24 horas seguintes á intubación se o paciente ten diminución de consciencia previa. En particular, ceftriaxona, cefuroxima ou amoxicilina-clavulánico e quinolonas nos pacientes alérxicos a b-lactámicos nas primeiras 24 horas tras a intubación endotraqueal.

Criterios de inclusión: pacientes en ventilación mecánica con diminución do nivel de consciencia (GCS<9) previo á intubación endotraqueal.

Método de avaliación: Observación directa revisando a historia clínica do paciente (rexistro en papel ou programa electrónico que se utilice na unidade).

45. Dispónse de apósitos transparentes para visualizar o punto de inserción dos catéters vasculares e consta a data de colocación?

O uso dun apósito de película transparente para a inserción do catéter vascular aumenta o tempo de permanencia do catéter e reduce a incidencia de complicacións, ao poder ver o punto de inserción do catéter e o estado da pel.

Criterios de inclusión: pacientes auditados.

Método de avaliación: observación directa do lugar de inserción do catéter e uso do apósito transparente e data de rexistro de colocación do mesmo.

Non aplica: no caso de que non se podan empregar porque o punto rezuma, hai hemorraxia ou exceso de sudación.

46. Úsase solución alcohólica de clorhexidina na preparación da pel antes da inserción dos CVC?

Criterios de inclusión: todos os pacientes con CVC.

Método de avaliación: observación directa ou se esta non é posible preguntar ao persoal.

47. Limpar os puntos de inxección dos CVC con alcol isopropílico de 70º/clorhexidina alcohólica antes de acceder a eles a través do sistema venoso (esta recomendación forma parte do manexo hixiénico dos CVC).

Criterios de inclusión: todos os pacientes con CVC.

Método de avaliación: observación directa ou se esta non é posible preguntar ao persoal.

Non aplica: se os CVC dispoñen de tapóns con alcohol.

48. Úsase a vena subclavia como lugar de inserción do CVC, e se non se emprega existe xustificación?

Criterios de inclusión: pacientes auditados con catéter venoso central.

Método de avaliación: observación directa.

Facer constar xustificación de porque non se usa.

49. Se o paciente ten un CVC, ten: data de inserción, tipo de catéter (CICC/PICC), nº de luces, localización (SLC, YUF, FEM, MS)?

Rexistrar os datos do catéter venoso central para un seguimento e control, por enriba de todo para prever as infeccións nosocomiais asociadas ao catéter.

Criterios de inclusión: pacientes auditados con catéter venoso central.

Método de avaliación: observar que está dispoñible na historia clínica do paciente o rexistro da data de inserción do catéter, tipo, número de luces e localización.

50. Hai algún porto sen uso sen tapón?

Un porto sen tapón favorece a colonización do catéter, ao ser unha vía de entrada para diferentes microorganismos.

Criterios de inclusión: pacientes auditados con catéter venoso central.

Método de avaliación: observación directa

51. Cámbianse os equipos de infusión os 7 días?

Substituír os equipos de infusión, alargadeiras e conectores que se utilizan de forma continua, cunha frecuencia non inferior a 96 horas, pero polo menos cada 7 días (agás que se indique o contrario nas instrucións de uso do fabricante), e sempre que estean as conexións visiblemente sucias ou en caso de desconexión accidental. A data de colocación dos equipos debe encontrarse de maneira visible.

Criterios de inclusión: todos os pacientes auditados.

Método de avaliación: observación directa dos pacientes.

52. Cámbianse os equipos de nutrición parenteral cada 24 h?

Substituír os equipos de infusión de nutrición parenteral cada 24 h e/ou con cada nova bolsa. A data de colocación do novo equipo debe encontrarse de maneira visible.

Criterios inclusión: pacientes con nutrición parenteral.

Método de avaliación: observación directa dos pacientes.

53. Cámbianse os equipos de infusión de emulsións lipídicas entre 6 e 12 h?

Os equipos de infusión de emulsións lipídicas (Propofol) deben ser substituídos cada 6-12 h.

Criterios de inclusión: pacientes con perfusión de Propofol.

Método de avaliación: observación directa dos pacientes con CVC. A data e hora do cambio debe estar rexistrada.

54. Realízanse cultivos de vixilancia de BMR ao ingreso en UCI/REA?

Ao ingreso tómanse mostras para control de BMR en todos os pacientes. Polo menos frotis nasal e rectal.

Criterios de inclusión: todos os pacientes auditados.

Método de avaliación: Comprobar que os pacientes auditados teñan cultivos de vixilancia de BMR ao ingreso. Observación directa.

55. Realízanse cultivos de vixilancia de BMR unha vez á semana?

Unha vez á semana tómanse mostras para control de BMR en todos os pacientes. Polo menos frotis nasal e rectal.

Criterios de inclusión: pacientes auditados.

Método de avaliación: Comprobar que os pacientes da UPC teñan cultivos de vixilancia de BMR semanal. Polo menos frotis nasal e rectal. Observación directa.

Non aplica: se non hai pacientes con mais de 7 días na unidade.

56. Os pacientes con indicación de illamento ou illamento de contacto están identificados e móstranse as medidas preventivas?

Aplicaranse as precaucións de illamento específicas para cada tipo de infección e atendendo aos riscos de transmisión das MMR (contacto, aéreo, gotas). O cumprimento das precaucións é obrigatorio para todo o persoal sanitario e familiares.

Tanto as medidas como a indicación de illamento deben de estar visibles.

Criterios de inclusión: Pacientes auditados con BMR.

Método de avaliación: Comprobar que en Historia clínica/BOX hai constancia visible de que o paciente ten un illamento por estar colonizado/infectado por BMR. Observación directa.

57. Inclúese na hixiene diaria do paciente colonizado/infectado por BMR produtos que conteñan clorhexidina?

Débese incluír na hixiene diaria dos pacientes colonizados ou infectados por BMR produtos que conteñan clorhexidina. A utilización destes produtos non exclúe a utilización de esponxas para eliminar residuos orgánicos.

Criterios de inclusión: Pacientes auditados con BMR.

Método de avaliación: Observación directa (se é posible) e comprobar que está rexistrado na gráfica/folla de tratamento a indicación de lavado con clorhexidina. No caso de que non sexa posible a observación directa ou non haxa pacientes na unidade con illamento de contacto por BMR, preguntar ao persoal de enfermería responsable dos pacientes auditados cal é o protocolo de hixiene diaria dos pacientes colonizados ou infectados por BMR.

58. Está indicado o uso da sonda vesical?

Indicacións:

Monitorización estrita da diuresis.

Baixo nivel de conciencia. Sedación profunda.

Uso perioperatorio en procedementos cirúrxicos seleccionados.

Manexo da obstrución ou retención de ouriños.

UPP categoría III/IV zona sacro-coxíxea en paciente incontinente.

Medida de confort en tratamento paliativo.

Criterios de inclusión: pacientes auditados con sondaxe vesical.

Método de avaliación: comprobar que os pacientes auditados que tiveron sonda nalgún momento cumprían algún dos criterios sinalados no momento da inserción. Observación a pé de cama.

59. Retírase a sonda cando non é necesaria? Valórase diariamente a retirada da sonda?

Criterios de inclusión: pacientes auditados con sondaxe vesical.

Método de avaliación: Comprobar que os pacientes auditados con sonda vesical cumpren algún dos criterios de mantemento de sonda (os mesmos que para a colocación). Observación directa a pé de cama.

60. Dispense de sistemas pechados de sondaxe uretral con urinómetros?

Considérase sistema de drenaxe pechado aquela bolsa na que non hai que desconectar a sonda da bolsa recolectora para o seu baleirado, xa que dispón dunha billa.

Criterios de inclusión: Pacientes con sondaxe vesical.

Método de avaliación: Observación directa sobre pacientes con sondaxe vesical.

61. As sondas vesicais están fixadas correctamente para previr calquera desprazamento e/ou tracción uretral?

Disposición de apósitos con/sen presilla que eviten os traumatismos uretrais.

Criterios de inclusión: pacientes con sondaxe vesical.

Métodos de avaliación: observación directa.

62. A bolsa colectora de ouriños está situada baixo a vexiga sen tocar o chan?

Criterios de inclusión: pacientes con sondaxe vesical.

Métodos de avaliación: observación directa.