



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



GUÍA PARA A REALIZACIÓN DAS AUDITORÍAS NAS UNIDADES DE COIDADOS CRÍTICOS:		
Programas Zero		
<b>Elaborado por:</b> Isabel Losada Castillo Olga Roca Bergantiños *Ver listado de autores (Orde alfabética)	<b>Revisado por:</b> Raquel Vázquez Mourelle Olga Roca Bergantiños	<b>Aprobado por:</b> Raquel Vázquez Mourelle <i>Raquel Vázquez Mourelle</i> <b>Data: Outubro de 2023</b>
FOLLA DE CONTROL DE MODIFICACIÓNS		
Nº EDICIÓN	APARTADOS MODIFICADOS	DATA DE APROBACIÓN
0		

## 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.

Berta Candia Bouso. 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 Mourello 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 Mariña (Lugo).

Óscar Vilela Sangiao. Servizo de Anestesia e Reanimación. Hospital Universitario de A Coruña.



## Índice

1. Introducción.....	4
2. Funcionamento das auditorías.....	4
3. Cuestionario de avaliación para as auditorías dos Programas Zero.....	5
4. Informe das Auditorías dos Programas Zero nas Unidades de Críticos.....	8
5. ANEXO. Definición e medición dos ítems das Auditorías nas Unidades de Críticos.....	12
ÍTEMS XERAIS.....	12
DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIAIS.....	12
DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	14
FORMACIÓN DO PERSOAL.....	15
PNEUMONÍA ZERO.....	16
RESISTENCIA ZERO.....	20
BACTERIEMÍA ZERO.....	23
ITU ZERO.....	27

## 1. Introducción

- A finalidade de realizar auditorías dos proxectos Zero non se refire só á medir indicadores sobre bacteriemia asociada ao catéter, á pneumonía relacionada coa ventilación mecánica, á infección do tracto urinario relacionada coa sondaxe vesical ou ás bacterias multirresistentes, senón tamén servirán para mellorar a cultura de seguridade nas unidades de pacientes críticos e para implantar barreiras que eviten os eventos adversos.
- Deben ser os profesionais en contacto directo co paciente os que identifiquen os riscos na asistencia, para poder analizalos, minimalos e si fora posible eliminalos.
- Nas auditorías participa o equipo auditor, o persoal da unidade de críticos auditada e unha persoa do equipo directivo do hospital onde se esta a realizar a auditoría. Así mesmo irá como observador/a un profesional de Calidade.
- O finalizar a auditoría é importante realizar un rexistro (acta de auditoría) cos problemas detectados, as solucións propostas e as accións de mellora implantadas.
- A finalidade é aprender dos erros. Detectar os eventos adversos e as oportunidades de mellora.

## 2. Funcionamento das auditorías

- Auditarase o 20% dos pacientes dunha Unidade de Críticos.
- Os pacientes elixiranse de forma aleatoria.
- Nas unidades que o permitan:
  - debe incluírse un paciente con ventilación mecánica.
  - un con catéter venoso central.
  - e outro que leve na unidade menos de 72 horas.



### 3. Cuestionario de avaliación para as auditorías dos Programas Zero

HOSPITAL:		
UNIDADE:		
DATA:		

	ÍTEM A AVALIAR AUDITORÍAS PROGRAMAS ZERO	CUMPRE (número)	NON CUMPRE (número)
<b>Ítems xerais</b>	Paciente correctamente identificado mediante pulseira.		
	Realízanse roldas de seguridade		
		CUMPRE (número)	NON CUMPRE (número)
<b>Dotación de recursos materiais</b>	Existen dispensadores de PBA no 100% dos puntos de atención.		
	Dispónse de tubos ou cánulas traqueais con sistemas de aspiración continua de secrecións subglóticas.		
	Dispónse de sistemas cerrados de aspiración de secrecións bronquiais.		
	Dispónse de sistemas cerrados de sondaxe uretral con urinómetros		
	Dispónse de sistemas de humidificación activa e/ou pasiva eficaces para evitar a formación de tapóns de moco		
	Dispónse de sistemas automáticos de control continuo autorregulable da presión de neumatotaponamento nos dispositivos que ocupan a vía aérea (tubos orotraqueais, cánulas traqueais).		
		CUMPRE (número)	NON CUMPRE (número)
<b>Dotación de recursos humanos</b>	Identificar polo menos un@ intensivista/anestesista@ responsable do control de antimicrobianos		
	Identificar polo menos un@ intensivista/anestesista@ responsable dos Programas zero		
	Identificar polo menos un@ enfermeiro@ responsable do cumprimento das medidas dos Programas zero		
	Existe un responsable de enfermería, por quenda, que controla o cumprimento das medidas para evitar a transmisión de BMR e/ou doutros patóxenos transmisibles.		
		CUMPRE (número)	NON CUMPRE (número)
<b>Formación do persoal</b>	O persoal da unidade entrevistado coñece a existencia dos Programas Zero		
	O persoal da unidade entrevistado ten todos os cursos dos PZ da SEMIYUC (actualizados en 2021)		
	Fórmase ao novo persoal sanitario, susceptible de ser incorporado en UCI ou nas primeiras semanas da incorporación na UCI, no cumprimento dos Programas Zero		
	Transmítese ao persoal sanitario de UCI a información das taxas das infeccións relacionadas con dispositivos invasivos e as taxas das BMR adquiridas en UCI de forma periódica (polo menos unha vez ao ano).		
	Fórmase ao persoal de limpeza para aplicar os protocolos establecidos para pacientes con BMR.		



		CUMPRE (número)
<b>Pneumonía Zero</b>	Manter a posición da cama por encima de 30º, salvo contraindicación clínica	
	Registro na folla de enfermería da posición do paciente, grados en semiincorporado, polo menos cada 8 horas	
	Non cambiar de forma programada as tubuladuras do respirador nin intercambiadores de calor-humidade, salvo mal funcionamento	
	Realización de correcta hixiene de boca con clohexidina ao 0,12-0,2%	
	Compróbase a presión do balón de neumotaponamento antes da hixiene bucal	
	Utilízase a descontaminación selectiva dixestiva completa (DDS) pasta e solución para prevención de pneumonía asociada á ventilación mecánica	
	Dispónse dun control continuo da presión de neumotaponamento e axústase entre 20-30 cm de H <sub>2</sub> O	
	Dispónse dun rexistro da presión de neumotaponamento ao instaurar e retirar o decúbito prono, durante os traslados con ventiladores portátiles y de forma periódica ao menos cada 8 horas	
	Se hai oportunidade de aspiración, realízase de forma aséptica	
	Hixiene de mans estrita antes e despois de manipular a vía aérea con guantes estériles (médico e enfermeiro/a)	
	Adminístran antibióticos durante as 24 horas seguintes á intubación se o paciente ten diminución de consciencia previa	
		CUMPRE (número)
<b>Bacteriemia Zero</b>	Hixiene adecuada de mans e guantes estériles de un só uso	
	Dispónse de apósitos transparentes para visualizar o punto de inserción dos catéteres vasculares.	
	Uso de solución alcohólica de clorhexidina na preparación da pel	
	Preferencia de vena subclavia como lugar de inserción	
	Retirada de catéteres venosos centrais innecesarios	
	Non deixar sen tapón calquera porto que non estea en uso	
	Existe un listado de verificación de inserción de CVC	
	Existe un protocolo para o mantemento dos CVC	
	Uso de medidas de barreira total durante a inserción dos CVC	
	SE o paciente ten un CVC, verificar se ten: data de inserción, tipo de catéter (CICC/PICC), nº de luces, localización (SCL, YUG, FEM, MS)	
	Dispónse dun checklist onde conste: valoración diaria de retirada do catéter, presenza de catéteres, conexións innecesarias.	
	Cámbianse os equipos de perfusión entre as 96 h e 7 días	
	Cámbianse os equipos de nutrición parenteral cada 24 horas	
	Cámbianse os equipos de infusión de emulsións lipídicas entre 6 e 12 horas	
	Non utilizar profilaxes antibiótica para a inserción dos CVC	
	Non realizar cambios periódicos rutineiros dos CVC por punción	
	Non realizar cambios periódicos rutineiros dos CVC mediante guía	
Non utilizar antibióticos e antisépticos tópicos en pomada para protexer o punto de inserción		
Non utilizar o mesmo equipo de infusión con cada bolsa de hemoderivados		



		CUMPRE (número)	NON CUMPRE (número)
<b>Resistencia Zero</b>	Cumprimentase a lista de verificación ao ingreso para identificar posibles portadores de BMR.		
	Realízanse cultivos de vixilancia de BMR ao ingreso en UCI/REA		
	Realízanse cultivos de vixilancia de BMR unha vez á semana		
	Identifícanse, de forma visible, os pacientes con BMR.		
	Controlar o cumprimento das precaucións estándar e de contacto		
	Existe un protocolo actualizado de limpeza diaria e terminal das habitacións de pacientes con BMR		
	Incluír na hixiene diaria do paciente colonizado/infectado por BMR produtos que conteñan clorhexidina		
	Existe ficha/documento de limpeza de material clínico/aparatos de exploración existentes en UCI		
	Cóñécese a epidemioloxía das BMR nas Unidades de Críticos		
	Realízase tipaxe molecular nos brotes epidémicos por BMR		
<b>ITU zero</b>		CUMPRE (número)	NON CUMPRE (número)
<b>ITU Zero</b>	Está indicada a sonda?		
	Realízase a implantación da sonda vesical seguindo o listado de verificación		
	Retirar a sonda cando non sexa necesaria. Valoración diaria da retirada da sonda		
	Toma de mostras de maneira adecuada		
	Non se realizan lavados vesicais		



## 4. 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, composto por un/ha facultativ@ e un/ha enfermeir@ das unidades de críticos xunto cunha persoa das Unidades de Calidade das Áreas Sanitarias, emitirá un informe consensuado por todo o equipo auditor que ha de ser obxectivo e coherente co observado.

No informe, ademais de identificar ao equipo auditor e o lugar onde se realizou a auditoría, farase constar o persoal da unidade presente na auditoría e o que foi entrevistado: facultativos, persoal de enfermaría e persoal auxiliar. É recomendable que á auditoría asista, como observador, alguén da Dirección do hospital auditado. Poderá asistir como observador, cando así o considere, persoal do Servizo de Calidade da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria do Servizo Galego de Saúde.

No devandito informe, deben reflectirse os puntos fortes (participación, acollida, colaboración...), os problemas identificados, as posibles solucións/recomendacións e dotación de recursos si fose necesario para a mellora.

Tamén haberá un apartado de observacións e unhas conclusións finais.





<b>Lugar de auditoría:</b>	
<b>Obxecto e Alcance da auditoría:</b>	
VERIFICAR CUMPRIMENTO DE ESTÁNDARES E FUNCIONAMENTO DA UNIDADE SEGUNDO OS CRITERIOS ESTABLECIDOS	
<b>Normas de referencia:</b>	
CUESTIONARIO VERIFICACIÓN PARA FACULTATIVOS/AS E ENFERMEIROS/AS	
<b>Equipo auditor:</b>	
<b>Auditor/a:</b>	
<b>Auditor/a:</b>	
<b>Auditor/a:</b>	
<b>Observadores:</b>	
<b>Persoa do Servizo de Calidade Asistencial do Sergas:</b>	
<b>Persoa da Dirección do Hospital:</b>	
<b>Cargo:</b>	
<b>Asistentes á reunión inicial e á reunión final:</b>	
<b>Equipo auditor:</b>	
<b>Persoal do Servizo:</b>	
<b>Interlocutores.</b>	
<b>Enfermeiras/os da quenda da mañá:</b>	
<b>Auxiliares da quenda da mañá:</b>	
<b>Facultativos da quenda:</b>	
<b>Supervisor/a do servizo</b>	



## 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)

## PUNTOS DÉBILES

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



## Observacións

--

## Conclusións

--

Data de entrega de informe final auditoría interna:

--

**As non conformidades foron aclaradas e aceptadas:**

O Auditor Xefe	O Auditado

## Seguimento de Áreas de Mellora

Nº de Áreas de Mellora

--

Data de peche do informe final:

--

O Auditor Xefe

--

## 5. ANEXO. Definición e medición dos ítems das Auditorías nas Unidades de Críticos

### ÍTEMS XERAIS

#### 1. Paciente correctamente identificado mediante pulseira

O paciente terá colocada a pulseira identificadora na moneca dominante, agás as seguintes excepcións: lesións, realización de probas ou outras causas que requiran deixar libre a moneca da man dominante; neses casos colocárase a pulseira identificadora na man non dominante ou en extremidade inferior, no nocello.

**Criterios de inclusión:** todos os pacientes auditados.

**Criterios de exclusión:** Pacientes/familiares/acompañantes dos cales non se obtivo consentimento para a colocación da pulseira identificadora, o cal quedará rexistrado no tipo de soporte que se empregue para o seguimento do paciente nesa unidade.

**Método de avaliación:** Observación directa de pacientes.

#### 2. 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.

### DOTACIÓN DE RECURSOS MATERIAIS

#### 1. Existen dispensadores de PBA no 100% dos puntos de atención

Dispoñibilidade 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. Inclúranse os PBA de peto cando a provisión de envases sexa unha política do hospital.

**Criterios de exclusión:** Non se considera punto de atención se está colocado á entrada da habitación/box ou nun punto no que se requira que o profesional se desprace, nin os PBA que se transportan en carros, bateas, etc.

**Método de avaliación:** Observación directa de pacientes.

## **2. Disponse de sistemas pechados de aspiración 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.

## **3. Disponse de sistemas pechados de sondaxe uretral con urinómetros**

Considerase 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.

## **4. Disponse de sistemas de humidificación activa e/ou pasiva 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.

Poden ser pasivos ou activos. Os **pasivos** recollen o calor expirado e a humidade do paciente e regrésanos na seguinte inspiración; os **activos** están enchufados á corrente e divídense en 3 categorías: de paso, de cascada ou de mecha.

**Criterios de inclusión:** Pacientes con VMI

**Método de avaliación:** Observación directa sobre pacientes con VMI

## **5. 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.

## DOTACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

### **1. Identificar polo menos un intensivista/anestesista responsable do control de antimicrobianos**

### **2. 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.

### **3. 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.

### **4. Existe un responsable de enfermería, por quenda, que controla o cumprimento das medidas para evitar a transmisión de BMR e/ou doutros patóxenos transmisibles.**

Enfermeira que controla o cumprimento das medidas para evitar a transmisión de BMR e/ou doutros patóxenos transmisibles na adherencia á hixiene de mans e medidas de illamento.

**Criterios de inclusión:** profesionais de enfermería da unidades

**Método de avaliación:** Identificar ao profesional responsable

## FORMACIÓN DO PERSOAL

### 1. 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.

### 2. O persoal da unidade entrevistado ten todos os cursos dos PZ da SEMIYUC (actualizados a 2021)

**Criterios de inclusión:** profesionais da unidade.

**Método de avaliación:** Existencia do rexistro dos profesionais que realizaron o curso.

### 3. Fórmase ao novo persoal sanitario, susceptible de ser incorporado en UCI ou nas primeiras semanas de incorporación na UCI, no cumprimento dos programas Zero.

O persoal de nova incorporación terá formación/coñecemento dos programas Zero, así como dos protocolos de coidados da CVC, vía aérea, sondaxe vesical e hixiene de mans.

**Criterios de inclusión:** profesionais da unidade eventuais ou de interinos/fixos incorporados no último mes.

**Método de avaliación:** Entrevista

### 4. Transmítese ao persoal sanitario de UCI a información das 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:** Entrevista.

### 5. Fórmase ao persoal de limpeza para aplicar os protocolos establecidos para 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

## PNEUMONÍA ZERO

### 1. Manter 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 cama/inclinómetro.

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

### 2. Rexistro na folla de enfermería da 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.

### 3. NON cambiar de forma programada as tubuladuras do respirador nin intercambiadores de calor-humidade, agás mal funcionamento.

Desaconsellase o cambio programado agás mal funcionamento.

**Criterios de inclusión:** pacientes con ventilación mecánica invasiva.

**Método de avaliación:** 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.

### 4. Realización de correcta hixiene de 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.



## 5. Compróbase a presión do balón de pneumotaponamento antes da hixiene bucal.

**Criterios de inclusión:** pacientes con tubo endotraqueal ou cánula de traqueostomía.

**Método de avaliación:** observación directa (cando sexa posible) ou preguntando ao persoal de enfermería responsable do paciente o procedemento e que utiliza para realizala.

## 6. Utilízase a descontaminación selectiva dixestiva completa (DDS) pasta e solución para prevención de pneumonía asociada á ventilación mecánica.

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)

## 7. Dispóñase dun control continuo da presión de pneumotaponamento e axustase entre 20-30 cm de H<sub>2</sub>O.

O control continuo da presión de pneumotaponamento reduce o risco de microaspiracións (presións inferiores a 20-30 cm de H<sub>2</sub>O) ou lesión da mucosa traqueal (presións > a 30 cm de H<sub>2</sub>O).

**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 H<sub>2</sub>O. 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 H<sub>2</sub>O (*cumprimento parcial*).



**8. Dispónse dun rexistro da presión de pneumotaponamento ao instaurar e retirar o decúbito prono, durante os traslados con ventiladores portátiles e periodicamente polo menos cada 8 horas.**

O control da presión de pneumotaponamento previo e/ou tras ditas manobras contribúe a manter a presión entre 20-30 cm de H<sub>2</sub>O e así, reducir o risco de microaspiracións ou lesión da mucosa traqueal.

**Criterios de inclusión:** pacientes con ventilación mecánica e en aqueles pacientes aos que se realice manobras de decúbito prono, ou ante traslado interunidade ou intrahospitalario.

**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 ao instaurar e ao retirar o decúbito prono, en relación ao traslado e polo menos cada 8 horas.

**9. 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. Realizarase 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 hiperosixenación antes, entre aspiración e ao final do procedemento. En pacientes ventilados hiperosixenación con FIO<sub>2</sub> ≥ 85%. En pacientes intubados ou traqueostomizados non ventilados: reservorio, O<sub>2</sub>=15 l/minuto. A frecuencia 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.

**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.

## **10. Hixiene de mans estrita antes e despois de manipular a vía aérea con guantes estériles (persoal médico e de enfermería).**

O uso de guantes non exime da hixiene de mans. Deberase proceder a realizar a hixiene con agua e xabón ou produtos de base alcohólica antes e despois do contacto con calquera parte do sistema de terapia respiratoria.

Utilizaranse guantes estériles antes da aspiración de secrecións bronquiais con circuitos abertos e realizarase nova hixienización das mans tras a finalización da mesma, unha vez retirados os guantes.

**Criterios de inclusión:** pacientes con ventilación mecánica ou tubo endotraqueal ou traqueostomía.

**Método de avaliación:** Observación directa (se hai oportunidade) ou preguntando ao persoal de enfermería ou médic@ responsable do paciente o procedemento e material que utiliza para realizala.

## **11. 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:** revisando a historia clínica do paciente (rexistro en papel ou programa electrónico que se utilice na unidade).

## RESISTENCIA ZERO

### 1. Cumprimentase a lista de verificación ao ingreso

Cumprimentar 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:** 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 cumprimentado. 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.

### 2. 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:** Pacientes auditados.

**Método de avaliación:** Comprobar que os pacientes auditados teñan cultivos de vixilancia de BMR ao ingreso. Polo menos frotis nasal e rectal.

### 3. 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 con polo menos 7 días de ingreso.

**Método de avaliación:** Comprobar que os pacientes auditados teñan cultivos de vixilancia de BMR semanal. Polo menos frotis nasal e rectal.

### 4. Identifícanse, de forma visible, os pacientes BMR

**Criterios de inclusión:** Pacientes auditados con BMR

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

## 5. Controlar o cumprimento das precaucións estándar e de contacto

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.

**Criterios de inclusión:** Pacientes auditados con BMR.

**Método de avaliación:** Observación directa (cando sexa posible) do cumprimento das medidas de illamento (inclúe identificación adecuada do paciente e descrición das medidas) ou preguntando ao persoal de enfermería cal é o proceso para identificar e realizar o procedemento correcto.

## 6. 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.

## 7. Incluír na hixiene diaria do paciente colonizado/infectado por BMR produtos que conteñan clorhexidina.

Débase 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 no 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.

## 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.

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

**Criterios de inclusión:** Todos os pacientes da Unidade.

**Método de avaliación:** Preguntar ao persoal se coñece que xermes acostuman a ser os responsables de multiresistencias.

## 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.

## BACTERIEMÍA ZERO

### 1. Disponse de apósitos transparentes para visualizar o punto de inserción dos catéteres vasculares.

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. Recoméndase o uso de apósitos impregnados con clorhexidina como evidencia moderada e recomendación forte.

**Criterios de inclusión:** pacientes con catéteres vasculares periféricos e/ou venosos centrais.

**Método de avaliación:** verificar visualmente o lugar de inserción do catéter e uso do apósito transparente.

### 2. Existe un listado de verificación de inserción de 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 con catéter venoso central.

**Método de avaliación:** verificar si existe o listado de verificación e si cumprirenta adecuadamente.

### 3. Existe un protocolo para o mantemento dos CVC.

Documento de traballo encamiñado a facilitar a intervención clínica, proporcionar aos profesionais unha atención de calidade e orientar a toma de decisións correctas nos cuidados asociados aos catéteres venosos centrais, por riba de todo na vixilancia e control de infeccións nosocomiais asociadas.

**Criterios de inclusión:** pacientes con catéter venoso central.

**Método de avaliación:** documentar a existencia dun protocolo para o mantemento do catéter venoso central.

### 4. Se o paciente ten un CVC, verificar se 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 previr as infeccións nosocomiais asociadas ao catéter.

**Criterios de inclusión:** pacientes auditados con catéter venoso central.

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

**5. Disponse dun checklist no que conste: valoración diaria de retirada do catéter, presenza de catéters, conexións innecesarias.**

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 catéters vasculares.

**Método de avaliación:** comprobar que está dispoñible o listado de verificación de valoración diaria de retirada do catéter, presenza de catéters e conexións innecesarias do paciente que se audita.

**6. Non deixar sen tapón calquera porto que non estea en uso.**

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

**Criterios de inclusión:** pacientes portadores de catéters venosos centrais.

**Método de avaliación:** verificación visual.

**7. Non utilizar profilaxes 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 catéters venosos centrais.

**Método de avaliación:** comprobar rexistros e preguntar ao persoal responsable.

**8. Non realizar cambios periódicos rutineiros dos CVC por punción.**

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 portadores de catéters venosos centrais.

**Método de avaliación:** comprobar rexistros e preguntar ao persoal responsable.

**9. Non realizar cambios periódicos rutineiros dos CVC mediante guía.**

A recolocación a través de guía asociase a unha maior tendencia de colonización de catéter independentemente da sospeita de infección no momento do recambio. O recambio con guía asociase tamén a unha tendencia de maior frecuencia de infección no sitio de inserción e de BCR.



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

**Método de avaliación:** comprobar rexistros e pregunta ao persoal responsable.

### **10. Non utilizar 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.

### **11. Non utilizar o mesmo equipo de infusión con cada bolsa de hemoderivados**

Debese utilizar 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.

### **12. Cámbianse os equipos de infusión entre as 96 h. e 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.

**Criterios de inclusión:** todos os pacientes auditados

**Método de avaliación:** observación directa dos pacientes. A data de colocación dos equipos debe encontrarse de maneira visible

### **13. 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.

**Criterios inclusión:** pacientes con nutrición parenteral.

**Método de avaliación:** observación directa dos pacientes. A data de colocación do novo equipo debe encontrarse de maneira visible.



#### **14. 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. A data e hora do cambio debe estar rexistrada.

## ITU ZERO

### 1. Utilizar sonda vesical só cando está indicado:

Indicacións:

Monitorización estrita da diureses.

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 sondados na UCI.

**Método de avaliación:** Comprobar que os pacientes auditados que tiveron sonda nalgún momento cumprían algún dos criterios sinalados no momento da inserción.

### 2. Retirar a sonda cando non sexa necesaria:

**Criterios de inclusión:** pacientes auditados con sonda 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).



### 3. Ese cumpre o listado de verificación da correcta colocación da sonda:

**LISTADO DE VERIFICACIÓN  
DE INSERCIÓN DE SONDA URETRAL**

TIPO DE SONDA: Látex  Silicona

CALIBRE: \_\_\_\_\_

Nº DE LUCES: 2  3

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Identificación profesional: \_\_\_\_\_

Datos del paciente

	SI	Si corregido	NO
<b>PREPARACIÓN DEL PACIENTE</b>			
Higiene de manos higiénica del ayudante y operador			
Higiene de la zona genitourinaria con agua y jabón neutro			
Asepsia del meato urinario con antiséptico acuoso			
<b>PROCEDIMIENTO DE SONDAJE</b>			
Higiene de manos antiséptica del operador			
Preparación del campo estéril (guantes estériles, paño fenestrado estéril y gasas)			
Lubricar meato y/o sonda uretral con lubricante estéril de un solo uso			
Inserción aséptica de la sonda uretral, garantizando la conexión estéril al sistema colector (recomendable conectar previamente la sonda al sistema colector)			
Inflar el balón con agua destilada y el volumen indicado en la sonda por el fabricante			
<b>DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO</b>			
Fijación de la sonda uretral al muslo del paciente			
Colocación del sistema colector por debajo del nivel de la vejiga, sin tocar el suelo			
Higiene de manos higiénica del ayudante y operador			
<b>OBSERVACIONES:</b>			
Firma: _____			

**Criterios de inclusión:** pacientes auditados con sonda vesical.

**Método de avaliación:** Observación directa (se é posible). No caso de que non sexa posible a observación directa, preguntar ao persoal de enfermería responsable dos pacientes auditados cal é o procedemento para colocación de sonda vesical.

Comprobar que está dispoñible na historia clínica o listado de verificación de colocación de sonda vesical. Comprobar que o listado de verificación está correctamente cumprimentado.

**Criterios de inclusión:** pacientes auditados con sonda vesical colocada en UCI.

#### **4. Toma de mostras de maneira adecuada.**

O procedemento para a recollida de mostras inclúe:

- Beliscar a sonda (aproximadamente 10'-30').
- Correcta hixiene de mans.
- Aspirar o porto previa desinfección do mesmo.
- Desinfectar o porto, de novo, ao finalizar.
- Non desconectar en ningún momento.

**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, preguntar ao persoal de enfermería responsable dos pacientes auditados polo procedemento de toma de mostras.

#### **5. Non se realizan lavados vesicais:**

**Criterios de inclusión:** persoal auditado.

Método de avaliación: Observación directa e preguntar ao persoal auditado polo procedemento nos casos de obstrución de sonda vesical.