



Plan de Acción para a Reactivación dos Programas Zero nas Unidades de Críticos de Galicia

Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Marzo de 2023



Coordinadora:

Isabel Losada Castillo

Servizo de Calidade Asistencial

Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria

Autores:

Olga Roca Bergantiños

Servizo de Calidade Asistencial

Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria

Isabel Losada Castillo

Servizo de Calidade Asistencial

Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria

María del Pilar Seco Maquiera

Servizo de Calidade Asistencial

Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria

Índice

1	Introdución	4
2	Obxectivos Sergas: 2023	5
2.1	Promulgar a cultura de seguridade dos traballadores sanitarios das Unidades de Críticos	5
2.2	Asegurar o cumprimento das medidas de seguridade por parte do persoal das Unidades de Críticos	5
2.3	Reforzar a hixiene de mans nas Unidades de Críticos	6
3	Indicadores: 2023	6
3.1	Asegurar o cumprimento das medidas de seguridade por parte do persoal das Unidades de Críticos	6
3.2	Reforzar a hixiene de mans nas Unidades de Críticos	6
4	Cronograma	6
5	Proxectos Zero: que facer nas Unidades de Críticos?	7
5.1	Equipos médicos/enfermería para a coordinación dos proxectos Zero	7
5.2	Acciones para el cumplimiento de los Proyectos Zero	7
5.3	Asegurar o cumprimento das medidas de seguridade por parte do persoal	7
6	Proxectos zero: auditorías externas	8
6.1	Frecuencia das auditorías	8
6.2	Equipos auditores	8
7	Proxectos Zero: equipos auditores	8
7.1	Equipo auditoría en a Coruña	8
7.2	Equipo auditoría en Santiago	8
7.3	Equipo auditorías en Ourense-Lugo-Burela	9
7.4	Equipo auditorías en Pontevedra-Vigo-Ferrol	9
8	Proxectos Zero: auditorías externas	9
8.1	Cuestionarios	9
8.2	Ítems a auditar	9
9	Auditoria unidades de críticos-proxectos zero-cuestionario para facultativos	10
10	Auditoria unidades de críticos-proxectos zero-cuestionario para enfermería	12

1 Introducción

O Ministerio de Sanidade, no marco da Estratexia de Seguridade do paciente do Sistema Nacional de Saúde, puxo en marcha xunto coas Comunidades Autónomas (CC.AA.), programas para a prevención das infeccións asociadas á asistencia sanitaria nas unidades de críticos co liderado das sociedades científicas, Sociedade Española de Medicina Intensiva, Crítica e Unidades Coronarias (SEMICYUC) e da Sociedade Española de Enfermería Intensiva e Unidades Coronarias (SEEIUC).

Estes programas iniciáronse no ano 2009 coa introdución do programa Bacteriemia Zero, cuxo obxectivo é diminuír as bacteriemias relacionadas cos catéteres venosos centrais. Posteriormente, no ano 2011 introduciuse o programa Pneumonía Zero, para diminuír as taxas de pneumonías relacionadas coa ventilación mecánica. No ano 2014, iniciouse o programa Resistencia Zero, cuxo obxectivo é diminuír un 20% as taxas de pacientes nos que se identifica unha ou máis bacteria multirresistente (BMR) de orixe nosocomial intra-UCI e finalmente, no ano 2018, incluíuse o programa ITU Zero que trata de reducir a densidade de incidencia da infección do tracto urinario asociada a sondaxe uretral.

Para poder lograr estes obxectivos incluíronse paquetes de medidas ou “bundles” nos diferentes programas, unhas de obrigado cumprimento, outras opcionais e algunhas de “non facer”, que asocian uns indicadores de medidas que permiten obter uns estándares que reflicten que os programas están a funcionar. Estes estándares nos proxectos Bacteriemia Zero e Pneumonía Zero fóronse revisando ao longo do tempo de implementación dos programas, de forma que se adaptaron á diminución da densidade de incidencia das infeccións que se trataban.

Pero estas medidas por si soas non son suficientes, senón que deben ir asociadas a uns Plans de Seguridade Integral nas unidades de críticos. Para iso é importante o avaliar a cultura de seguridade, a formación do persoal destas unidades en seguridade ao paciente, o identificar erros na práctica habitual, o establecemento de alianzas coa dirección do hospital e todo iso encamiñado á aprendizaxe dos erros e á mellora continua.

Estes programas tiveron un impacto espectacular no control das infeccións relacionadas cos dispositivos e a resistencia Zero desde a súa implantación ata

o ano 2019, pero por mor da pandemia do Covid-19, que supuxo unha gran presión asistencial nas Unidades de Críticos que aumentou o tempo de estancia media dos pacientes nestas unidades así como a mortalidade intra-UCI, fixo que os estándares se disparasen e que a participación das unidades de críticos nestes programas decaese. Na actualidade obsérvase unha diminución das taxas respecto aos anos do groso da pandemia, pero sen alcanzar aínda os valores conseguidos en 2019.

Estamos nun momento no que se necesita dar un impulso a estes proxectos para poder volver a estándares prepandemia. Durante este tempo houbo unha gran rotación de persoal sanitario nas unidades de críticos, polo cal hai que favorecer a cultura de seguridade e a formación nos proxectos Zero do persoal adscrito a estas unidades. A finais de 2021 revisáronse as medidas dos proxectos Bacteriemia Zero e Pneumonía Zero de modo que as unidades deben dotarse de materiais que lles permitan adaptarse ás novas medidas de seguridade.

Por todo o anteriormente exposto, consideramos realizar un Plan de Acción para a Reactivación dos Proxectos Zero nas unidades de críticos de Galicia, incidindo na cultura de seguridade nestas unidades, así como en asegurar que estas están preparadas para o cumprimento das medidas que refire cada proxecto, coa finalidade de alcanzar e mellorar os valores dos estándares e a participación conseguida antes da pandemia.

2 Obxectivos Sergas: 2023

2.1 Promulgar a cultura de seguridade dos traballadores sanitarios das Unidades de Críticos

O/os coordinador/es dos Proxectos Zero de cada unidade debe asegurarse que unha porcentaxe elevada do persoal fixo os cursos sobre os Proxectos Zero.

2.2 Asegurar o cumprimento das medidas de seguridade por parte do persoal das Unidades de Críticos

Mediante a realización de auditorías externas nas que participe persoal da dirección do hospital. O resultado das auditorías formará parte dos Acordos de Xestión (ADX) da unidade.

2.3 Reforzar a hixiene de mans nas Unidades de Críticos

Realizaranse auditorías externas para avaliar o cumprimento dunha adecuada hixiene de mans (5 momentos da OMS) polo persoal das Unidades de Críticos.

Estes datos formarán parte dos ADX.

3 Indicadores: 2023

3.1 Asegurar o cumprimento das medidas de seguridade por parte do persoal das Unidades de Críticos

Mediante a realización de auditorías externas nas que participe persoal da dirección.

- **Indicador:** nº de ítems cumpridos nas auditorías*100/ nº total de ítems avaliados.
- **Estándar:** cumprimento $\geq 60\%$.

3.2 Reforzar a hixiene de mans nas Unidades de Críticos

Realizaranse auditorías externas para avaliar o cumprimento dunha adecuada hixiene de mans.

- **Indicador:** nº de oportunidades nas que se realiza correctamente a hixiene de mans entre as observadas polos auditores*100/ todas as oportunidades posibles para la hixiene de mans observadas durante a auditoría observacional.
- **Estándar:** cumprimento $\geq 60\%$.

4 Cronograma

- **25-10-2022.** 1ª reunión Subdireccións de Calidade Asistencia das Áreas sanitarias.
- **01-12-2022.** Reunión representantes de UCI/REA de todas as áreas sanitarias para explicar o plan a desenvolver en 2023.
- **20-12-2022.** Formación dos equipos auditores.

- **Abril de 2023.** 1ª auditoría Externa.
- **Xuño de 2023.** Informes resultados auditoría.
- **Xullo de 2023.** Análise datos ENVIN primeiro semestre proxectos Zero.
- **Outubro de 2023.** Reunión resultados auditoría e estándares.
- **Novembro de 2023.** 2ª auditoría externa

5 Proxectos Zero: que facer nas Unidades de Críticos?

5.1 Equipos médicos/enfermería para a coordinación dos proxectos Zero

- O coordinador dos Proxectos Zero na unidade será o responsable do control do uso de antimicrobianos.
- Nomear unha persoa de Enfermería responsable do cumprimento dos Proxectos Zero.

5.2 Acciones para el cumplimiento dos Proxectos Zero

- Dotar á unidade do material e dos recursos para o cumprimento das medidas.
- Elaboración de protocolos para o cumprimento das medidas (protocolos de limpeza, protocolos de non facer, protocolos de uso óptimo de antibióticos...).

5.3 Asegurar o cumprimento das medidas de seguridade por parte do persoal

- Participación en Auditorías periódicas.
- Asegurar que o persoal este formado nas medidas dos Proxectos Zero.
- Realizar reunións tralas auditorías analizando cales son os puntos fortes e cales os aspectos de mellora. Aprender dos erros.

6 Proxectos Zero: auditorías externas

6.1 Frecuencia das auditorías

- Dúas ao ano.
- Para os ADX farase o promedio dos resultados obtidos en ambas auditorías.

6.2 Equipos auditores

- Persoal UCI-Reanimación (facultativos//supervisor/a de enfermería) acompañados de persoal das unidades de calidade das áreas.
- Emitiranse Certificados de participación aos auditores.
- Proposta para que compute para a carreira profesional.

7 Proxectos Zero: equipos auditores

7.1 Equipo auditoría en a Coruña

- Facultativo/a UCI-REA Santiago.
- Enfermeiro/a UCI-REA Santiago.
- Persoa UCI Povisa.
- Equipo calidade Santiago.

7.2 Equipo auditoría en Santiago

- Facultativo/a UCI-REA coruña.
- Enfermeiro/a UCI-REA Coruña.
- Persoa UCI CHUVI.
- Equipo calidade Coruña.

7.3 Equipo auditorías en Ourense-Lugo-Burela

- Facultativo/a UCI-REA Ferrol.
- Enfermeiro/a UCI-REA CHUVI.
- Equipo calidade Pontevedra.

7.4 Equipo auditorías en Pontevedra-Vigo-Ferrol

- Facultativo/a UCI-REA Lugo.
- Enfermeiro/a UCI-REA Ourense.
- Equipo calidade Burela.

8 Proxectos Zero: auditorías externas

8.1 Cuestionarios

Establecéronse dous cuestionarios coa finalidade de axilizar o proceso da auditoría:

- Cuestionario para facultativos.
- Cuestionario para enfermería.

8.2 Ítems a auditar

- Baseados nos bundles de medidas de cada programa Zero e no cuestionario de implementación de proxectos Zero que a SEMICYUC pasou ás Unidades de críticos.
- Auditarase a dotación de material e cumprimento das medidas adecuadas, as adaptacións dos recursos humanos e da súa formación e as adaptacións organizativas.
- Ítems específicos sobre la hixiene de mans e o uso de luvas.



9 Auditoría unidades de críticos-proyectos Zero-cuestionario para facultativos

HOSPITAL:	
UNIDADE:	
DATA:	

Nº ITEM	ITEM A AVALIAR	CUMPRE (si)	NON CUMPRE (non)
Dotación e medidas adecuadas			
1	Se dispón/se utilizan ecógrafos para asistir na colocación ecoguiada dos dispositivos vasculares.		
2	Se dispón de sistemas automáticos de control continuo autorregulable da presión de neumotaponamento nos dispositivos que ocupan a vía aérea (tubos orotraqueais, cánulas traqueais).		
3	Preferencia de localización do catéter venoso central en subclavia.		
4	Favorecer o proceso de extubación.		
5	Retirar sonda vesical cando non sexa precisa.		
6	Retirada de CVC innecesario.		
7	Existen sistemas de monitorización de sedación (BIS) e da relaxación (TOF).		
Adaptacións de recursos humanos e da súa formación			
8	Identificar un médico intensivista responsable do control de antimicrobianos.		
9	Fórmase ao novo persoal sanitario nas primeiras semanas da súa incorporación ás UCI, no cumprimento das recomendacións dos Proxectos Zero.		
10	Fórmase ao persoal sanitario, susceptible de ser incorporado ás UCI, en situacións de crise (pandemia), no cumprimento das recomendacións dos Proxectos Zero.		
11	Fórmase de forma periódica, durante o ano, aos profesionais de nova incorporación (a través de cursos/sesións, etc..) sobre o manexo da vía aérea e dos equipos de ventilación mecánica.		
12	Existe, a disposición dos profesionais, un programa/curso ou sesións de formación na inserción e mantemento de catéteres vasculares.		
13	Existe, a disposición dos profesionais, un programa/curso ou sesións de formación na inserción e mantemento da sonda uretral.		
14	Existe, a disposición dos profesionais, formación na técnica de aspiración de secrecións bronquiais con sistemas abertos e pechados.		
15	Existe, a disposición dos profesionais, formación para realizar a hixiene bucal con solucións de clorhexidina 0,12-0,2% en pacientes con dispositivos invasivos en orofarinxe.		
16	Existe, a disposición dos profesionais, formación para administrar a pomada e solución poliantibiótica (DDS) en pacientes ventilados.		
17	Existe, a disposición dos profesionais, formación para manexar os tubos traqueais con sistemas de aspiración continua de secrecións subglóticas.		
18	Selecciónase e fórmase ao persoal sanitario susceptible de incorporarse á atención de pacientes críticos en períodos de pandemias e/ou de incremento da demanda de camas de pacientes críticos.		



Adaptacións organizativas

19	Ao ingreso do paciente en UCI, cumprimentar o listado de verificación de risco para identificar posibles portadores de BMR. Se é positiva iniciar precaucións de contacto e cultivos de vixilancia.		
20	Administrar antibióticos durante as 24 h. seguintes á intubación a pacientes con diminución de consciencia previo á intubación.		
21	Nos pacientes con risco de transmitir BMR ou virus, durante a inserción de dispositivos invasivos programados, colócanse os elementos de barreira inmediatamente despois do equipo EPI que se precise.		
22	Controlar o cumprimento das precaucións estándar e de contacto.		
23	Dispónse de infografías como recordatorios das normas de inserción de cada dispositivo invasivo.		
24	Dispónse de listaxes de verificación da inserción dos distintos dispositivos invasores.		
25	Realízase tipaxe molecular en sospeita de axentes causais de brotes epidémicos por BMR.		
26	A valoración da necesidade dos dispositivos invasivos presentes no paciente intégranse nos obxectivos diarios.		
27	Existen equipos asistenciais (para a UCI ou para todo o hospital) destinados de forma exclusiva á inserción de catéteres vasculares.		
28	Utilízase a descontaminación dixestiva selectiva completa como técnica habitual de prevención da Pneumonía asociada á ventilación mecánica.		
29	Dispónse dunha guía sobre o uso de antibióticos que inclúe os tratamentos máis adecuado para cada infección adaptados á flora predominante en cada UCI e/ou área xeográfica.		
30	Dispón de protocolos de "Non administración de antibióticos por sospeita de infección" e de "NON administración de antibióticos para prevención de infección".		
31	Tómanse mostras de vixilancia ao ingreso en UCI para a detección precoz de BMR.		
32	Tómanse mostras de vixilancia durante a estancia en UCI e, polo menos, unha vez á semana para a detección precoz de BMR.		
33	Identifícanse, de forma visible, os pacientes con BMR.		
34	Existe un protocolo de cambio de luvas, batas e máscaras do persoal sanitario que utiliza un EPI na asistencia de pacientes con BMR ou outros patóxenos transmisibles.		
35	Existe algún sistema ou protocolo para detectar precozmente a existencia dun brote epidémico na UCI.		
36	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).		
37	Identificar e analizar os riscos/erros a través da ferramenta SINAPS.		

EQUIPO AUDITOR:	
------------------------	--

OBSERVACIÓNS:	
----------------------	--



10 Auditoría unidades de críticos-proyectos Zero-cuestionario para enfermería

HOSPITAL: UNIDADE: DATA:	
---	--

Nº ITEM	ITEM A AVALIAR	CUMPRE (si)	NON CUMPRE (non)
Dotación e medidas adecuadas			
1	Existen dispensadores de PBA no 100% dos puntos de atención.		
2	Existen "kits" ou "carros" de inserción de dispositivos invasivos coa finalidade de dispoñer de todo o material necesario de forma unificada (incluídas as solucións de clorhexidina).		
3	Dispónse de ecógrafos para asistir na colocación ecoguiada dos dispositivos vasculares.		
4	Dispónse de tubos ou cánulas traqueais con sistemas de aspiración continua de secrecións subglóticas.		
5	Dispónse de sistemas pechados de aspiración de secrecións bronquiais.		
6	Dispónse de sistemas pechados de sondaxe uretral.		
7	Dispónse de sistemas de humidificación eficaces para evitar a formación de tapóns de moco.		
8	Dispónse de apósitos transparentes para visualizar o punto de inserción dos catéteres vasculares.		
9	Úsanse equipos de tubuladuras refugables para os respiradores.		
10	Úsanse equipos de tubuladuras refugables para os ventiladores portátiles de transporte.		
11	Non cambiar de forma programada as tubuladuras do respirador.		
12	Dispónse de produtos para a hixiene diaria que conteñen clorhexidina. Na boca clohexidina ao 0,12-0,2%.		
13	Utilizar luvas estériles dun só uso.		
14	Bolsa recollidora de ouriños por baixo da vexiga.		
15	Utilizar técnica aséptica durante a inserción do catéter uretral.		
16	Manter a posición da cama por encima de 30°, salvo contraindicación.		
17	Incluír na hixiene diaria do paciente colonizado/infectado por BMR produtos que conteñan clorhexidina ao 4%.		
Adaptacións dos recursos humanos e da súa formación			
18	Identificar un/a enfermeiro/a responsable do control de antimicrobianos.		
19	Fórmase ao novo persoal sanitario, nas primeiras semanas da súa incorporación ás UCI, no cumprimento das recomendacións dos Proxectos Zero.		
20	Fórmase ao persoal sanitario, susceptible de ser incorporado ás UCI, en situacións de crises (pandemia), no cumprimento das recomendacións dos Proxectos Zero.		
21	A ratio de enfermeira/número de camas está adecuada ás necesidades asistenciais (mínimo 1 enfermeira/2 camas).		
22	Fórmase periodicamente, durante o ano, aos profesionais de nova incorporación (a través de cursos/sesións, etc...) sobre o manexo da vía aérea e dos equipos de ventilación mecánica.		
23	Existe un protocolo actualizado de limpeza diaria e terminal das habitacións de pacientes con BMR.		
24	Existe ficha/documento de limpeza de material clínico/aparells de exploración existentes en UCI.		
25	Existe, ao dispor dos profesionais, un programa/curso ou sesións de formación na inserción e mantemento de catéteres vasculares		
26	Existe, ao dispor dos profesionais, un programa/curso ou sesións de formación na inserción e mantemento da sonda uretral		
27	Existe, ao dispor dos profesionais, formación na técnica de aspiración de secrecións bronquiais con sistemas abertos e pechados.		



28	Existe, ao dispor dos profesionais, formación para realizar a hixiene bucal con solucións de clorhexidina en pacientes con dispositivos invasivos en orofarinxe.		
29	Existe, ao dispor dos profesionais, formación para administrar a pomada e solución poliantibiótica (DDS) en pacientes ventilados.		
30	Existe, ao dispor dos profesionais, formación para manexar os tubos traqueais con sistemas de aspiración continua de secrecións subglóticas.		
31	Fórmase a todo o persoal sanitario no manexo e mobilización do paciente en posición de decúbito prono (DP).		
32	Fórmase a todo o persoal sanitario no manexo e mobilización do paciente no traslado interno de pacientes.		
33	Fórmase ao persoal de limpeza para aplicar os protocolos establecidos para pacientes COVID e/ou para pacientes con BMR.		
34	Selecciónase e fórmase ao persoal sanitario susceptible de incorporarse á atención de pacientes críticos en períodos de pandemias e/ou de incremento da demanda de camas de pacientes críticos.		
Adaptacións organizativas			
35	En cada quenda existe un responsable de enfermería de referencia para apoiar ao novo persoal.		
36	Nos pacientes con risco de transmitir BMR ou virus planifícanse e sincronízanse as tarefas (cambios posturais e/ou a hixiene corporal) para realizar os coidados e inspección dos dispositivos invasivos.		
37	Nos pacientes con risco de transmitir BMR ou virus, durante a inserción de dispositivos invasivos programados, colócanse os elementos de barreira inmediatamente despois do equipo EPI que se precise.		
38	Existen equipos asistenciais (para a UCI ou para todo o hospital) destinados de forma exclusiva á inserción de catéteres vasculares.		
39	Se dispón dun rexistro da presión de neumataponamiento na folla de enfermería ao instaurar e retirar o decúbito prono, durante os traslados con ventiladores portátiles (saída e regreso á UCI) e periodicamente (polo menos cada 8 horas)		
40	Rexístrase na folla de enfermería a posición do paciente e os graos en posición semi-incorporada, cada 8 horas e especialmente despois de calquera manipulación sobre a elevación da mesma		
41	Identifícanse, de forma visible, os pacientes con BMR.		
42	Existe un responsable de enfermería, por quenda, que controla o cumprimento das medidas para evitar a transmisión de BMR e/ou doutros patóxenos transmisibles.		
43	Existe un protocolo de cambio de luvas, batas e máscaras do persoal sanitario que utiliza un EPI na asistencia de pacientes con BMR ou outros patóxenos transmisibles.		
44	Dispónse de listaxes de verificación do cumprimento das normas de limpeza do material clínico reutilizable e/o compartido, como esfigmomanómetros, pulsoxímetros, aparellos, ecógrafos, aparellos de radioloxía, material de uso administrativo (computadores, teléfonos,...).		
45	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).		
46	Identificar e analizar os riscos/erros a través da ferramenta SINAPS.		
47	Controlar o cumprimento das precaucións estándar e de contacto.		

EQUIPO AUDITOR:	
------------------------	--

OBSERVACIÓNS:	
----------------------	--