



Plan de Acción para la Reactivación de los Programas Zero en las 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	Introducción.....	4
2	Objetivos Sergas: 2023.....	5
2.1	Promulgar la cultura de seguridad de los trabajadores sanitarios de las Unidades de Críticos.....	5
2.2	Asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad por parte del personal de las Unidades de Críticos.....	5
2.3	Reforzar la higiene de manos en las Unidades de Críticos.....	6
3	Indicadores: 2023.....	6
3.1	Asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad por parte del personal de las Unidades de Críticos.....	6
3.2	Reforzar la higiene de manos en las Unidades de Críticos.....	6
4	Cronograma.....	7
5	Proyectos Zero: ¿qué hacer en las Unidades de Críticos?.....	7
5.1	Equipos médicos/enfermería para la coordinación de los proyectos Zero.....	7
5.2	Acciones para el cumplimiento de los Proyectos Zero.....	7
5.3	Asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad por parte del personal...	8
6	Proyectos Zero: auditorías externas.....	8
6.1	Frecuencia de las auditorías.....	8
6.2	Equipos auditores.....	8
7	Proyectos Zero: equipos auditores.....	8
7.1	Equipo auditoría en a Coruña.....	8
7.2	Equipo auditoría en Santiago.....	9
7.3	Equipo auditorías en Ourense-Lugo-Burela.....	9
7.4	Equipo auditorías en Pontevedra-Vigo-Ferrol.....	9
8	Proyectos Zero: auditorías externas.....	9
8.1	Cuestionarios.....	9
8.2	Items a auditar.....	9
9	Auditoria unidades de críticos-proyectos Zero-cuestionario para facultativos. .	10
10	Auditoria unidades de críticos-proyectos Zero-cuestionario para enfermería... 	12

1 Introducción

El Ministerio de Sanidad, en el marco de la Estrategia de Seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud, puso en marcha junto con las Comunidades Autónomas (CC.AA.), programas para la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria en las unidades de críticos con el liderazgo de las sociedades científicas, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC).

Estos programas se iniciaron en el año 2009 con la introducción del programa Bacteriemia Zero, cuyo objetivo es disminuir las bacteriemias relacionadas con los catéteres venosos centrales. Posteriormente, en el año 2011 se introdujo el programa Neumonía Zero, para disminuir las tasas de neumonías relacionadas con la ventilación mecánica. En el año 2014, se inició el programa Resistencia Zero, cuyo objetivo es disminuir un 20% las tasas de pacientes en los que se identifica una o más bacteria multirresistente (BMR) de origen nosocomial intra-UCI y finalmente, en el año 2018, se incluyó el programa ITU Zero que trata de reducir la densidad de incidencia de la infección del tracto urinaria asociada a sondaje uretral.

Para poder lograr estos objetivos se incluyeron paquetes de medidas o “bundles” en los diferentes programas, unas de obligado cumplimiento, otras opcionales y algunas de “no hacer”, que asocian unos indicadores de medidas que permiten obtener unos estándares que reflejan que los programas están funcionando. Estos estándares en los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero se fueron revisando a lo largo del tiempo de implementación de los programas, de forma que se adaptaron a la disminución de la densidad de incidencia de las infecciones que se trataban.

Pero estas medidas por sí solas no son suficientes, sino que deben ir asociadas a unos Planes de Seguridad Integral en las unidades de críticos. Para ello es importante el evaluar la cultura de seguridad, la formación del personal de estas unidades en seguridad al paciente, el identificar errores en la práctica habitual, el establecimiento de alianzas con la dirección del hospital y todo ello encaminado al aprendizaje de los errores y a la mejora continua.

Estos programas tuvieron un impacto espectacular en el control de las infecciones relacionadas con los dispositivos y la resistencia Zero desde su

implantación hasta el año 2019, pero a raíz de la pandemia del COVID-19, que supuso una gran presión asistencial en el Unidades de Críticos que aumentó el tiempo de estancia media de los pacientes en estas unidades así como la mortalidad intra-UCI, hizo que los estándares se dispararan y que la participación de las unidades de críticos en estos programas decayera. En la actualidad se observa una disminución de las tasas respecto a los años del grueso de la pandemia, pero sin alcanzar todavía los valores conseguidos en 2019.

Estamos en un momento en el que se necesita dar un impulso a estos proyectos para poder volver a estándares prepandemia. Durante este tiempo hubo una gran rotación de personal sanitario en las unidades de críticos, por lo cual hay que favorecer la cultura de seguridad y la formación en los proyectos zero del personal adscrito a estas unidades. A finales de 2021 se revisaron las medidas de los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero de modo que las unidades deben dotarse de materiales que les permitan adaptarse a las nuevas medidas de seguridad.

Por todo lo anteriormente expuesto, hemos considerado realizar un Plan de Acción para la Reactivación de los Proyectos Zero en las unidades de críticos de Galicia, incidiendo en la cultura de seguridad en estas unidades, así como en asegurar que éstas están preparadas para el cumplimiento de las medidas que refiere cada proyecto, con la finalidad de alcanzar y mejorar los valores de los estándares y la participación conseguida antes de la pandemia.

2 Objetivos Sergas: 2023

2.1 Promulgar la cultura de seguridad de los trabajadores sanitarios de las Unidades de Críticos

El/los coordinador/es de los Proyectos Zero de cada unidad debe asegurarse que un porcentaje elevado del personal ha hecho los cursos sobre los Proyectos Zero.

2.2 Asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad por parte del personal de las Unidades de Críticos

Mediante la realización de auditorías externas en el que participe personal de la dirección del hospital.

El resultado de las auditorías formará parte de los acuerdos de gestión (ADX) de la unidad.

2.3 Reforzar la higiene de manos en las Unidades de Críticos

Se realizarán auditorías externas para evaluar el cumplimiento de una adecuada higiene de manos (5 momentos de la OMS) por el personal de las Unidades de Críticos.

Estos datos formarán parte de los ADX.

3 Indicadores: 2023

3.1 Asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad por parte del personal de las Unidades de Críticos

Mediante la realización de auditorías externas en el que participe personal de la dirección.

- **Indicador:** nº de ítems cumplidos en las auditorías*100/ nº total de ítems evaluados.
- **Estándar:** cumplimiento $\geq 60\%$.

3.2 Reforzar la higiene de manos en las Unidades de Críticos

Se realizarán auditorías externas para evaluar el cumplimiento de una adecuada higiene de manos.

- **Indicador:** nº de oportunidades en las que se realiza correctamente la higiene de manos entre las observadas por los auditores*100/ todas las oportunidades posibles para la higiene de manos observadas durante la auditoría observacional.
- **Estándar:** cumplimiento $\geq 60\%$.

4 Cronograma

- **25-10-2022.** 1ª reunión Subdirecciones de Calidad Asistencia de las Áreas sanitarias.
- **01-12-2022.** Reunión representantes de UCI/REA de todas las áreas sanitarias para explicar el plan a desarrollar en 2023.
- **20-12-2022.** Formación de los equipos auditores.
- **Abril de 2023.** 1ª auditoría Externa.
- **Junio de 2023.** Informes resultados auditoría.
- **Julio de 2023.** Análisis datos ENVIN primer semestre proyectos Zero.
- **Octubre de 2023.** Reunión resultados auditoría y estándares.
- **Noviembre de 2023.** 2ª auditoría externa

5 Proyectos Zero: ¿qué hacer en las Unidades de Críticos?

5.1 Equipos médicos/enfermería para la coordinación de los proyectos Zero

- El coordinador de los Proyectos Zero en la unidad será el responsable del control del uso de antimicrobianos.
- Nombrar una persona de Enfermería responsable del cumplimiento de los Proyectos Zero.

5.2 Acciones para el cumplimiento de los Proyectos Zero

- Dotar a la unidad del material y de los recursos para el cumplimiento de las medidas.
- Elaboración de protocolos para el cumplimiento de las medidas (protocolos de limpieza, protocolos de no hacer, protocolos de uso óptimo de antibióticos...)

5.3 Asegurar el cumplimiento de las medidas de seguridad por parte del personal

- Participación en Auditorías periódicas.
- Asegurar que el personal esté formado en las medidas de los Proyectos Zero.
- Realizar reuniones tras las auditorías analizando cuales son los puntos fuertes y cuales los aspectos de mejora. Aprender de los errores.

6 Proyectos Zero: auditorías externas

6.1 Frecuencia de las auditorías

- Dos al año.
- Para los ADX se hará el promedio de los resultados obtenidos en ambas auditorías.

6.2 Equipos auditores

- Personal UCI-Reanimación (facultativos//supervisor/a de enfermería) acompañados de personal de las unidades de calidad de las áreas.
- Se emitirán Certificados de participación a los auditores.
- Propuesta para que compute para la carrera profesional.

7 Proyectos Zero: equipos auditores

7.1 Equipo auditoría en a Coruña

- Facultativo/a UCI-REA Santiago enfermero/a UCI-REA Santiago persona UCI Povisa.
- Equipo calidad Santiago.

7.2 Equipo auditoría en Santiago

- Facultativo/a UCI-REA coruña enfermero/a UCI-REA Coruña persona UCI CHUVI.
- Equipo calidad Coruña.

7.3 Equipo auditorías en Ourense-Lugo-Burela

- Facultativo/a UCI-REA Ferrol
- Enfermero/a UCI-REA CHUVI
- Equipo calidad Pontevedra

7.4 Equipo auditorías en Pontevedra-Vigo-Ferrol

- Facultativo/a UCI-REA Lugo
- Enfermero/a UCI-REA Ourense
- Equipo calidad Burela

8 Proyectos Zero: auditorías externas

8.1 Cuestionarios

Se establecieron dos cuestionarios con la finalidad de agilizar el proceso de la auditoría:

- Cuestionario para facultativos
- Cuestionario para enfermería

8.2 Items a auditar

- Basados en los bundles de medidas de cada programa Zero y en el cuestionario de implementación de proyectos Zero que la SEMICYUC pasó a las Unidades de críticos.
- Se auditará la dotación de material y cumplimiento de las medidas adecuadas, las adaptaciones de los recursos humanos y de su formación y las adaptaciones organizativas.
- Ítems específicos sobre la higiene de manos y el uso de guantes.



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

HOSPITAL:	
UNIDAD:	
FECHA:	

Nº ITEM	ITEM A EVALUAR	CUMPLE (si)	NO CUMPLE (no)
Dotación y medidas adecuadas			
1	Si dispone/se utilizan ecógrafos para asistir en la colocación ecoguiada de los dispositivos vasculares.		
2	Si dispone de sistemas automáticos de control continuo autorregulable de la presión de neumotaponamiento en los dispositivos que ocupan la vía aérea (tubos orotraqueais, cánulas traqueales).		
3	Preferencia de localización del catéter venoso central en subclavia.		
4	Favorecer el proceso de extubación.		
5	Retirar sonda vesical cuando non sea precisa.		
6	Retirada de CVC innecesario.		
7	Existen sistemas de monitorización de sedación (BIS) y de la relajación (TOF).		
Adaptaciones de recursos humanos y de su formación			
8	Identificar un médico Intensivista responsable del control de antimicrobianos.		
9	Se forma al nuevo personal sanitario, en las primeras semanas de su incorporación a las UCI, en el cumplimiento de las recomendaciones de los Proyectos Zero.		
10	Se forma al personal sanitario, susceptible de ser incorporado a las UCI, en situaciones de crisis (pandemia), en el cumplimiento de las recomendaciones de los Proyectos Zero.		
11	Se forma de forma periódica, durante el año, a los profesionales de nueva incorporación (a través de cursos/sesiones, etc..) sobre el manejo de la vía aérea y de los equipos de ventilación mecánica.		
12	Existe, a disposición de los profesionales, un programa/curso o sesiones de formación en la inserción y mantenimiento de catéteres vasculares.		
13	Existe, a disposición de los profesionales, un programa/curso o sesiones de formación en la inserción y mantenimiento de la sonda uretral.		
14	Existe, a disposición de los profesionales, formación en la técnica de aspiración de secreciones bronquiales con sistemas abiertos y cerrados.		
15	Existe, a disposición de los profesionales, formación para realizar a higiene bucal con soluciones de clorhexidina 0,12-0,2% en pacientes con dispositivos invasivos en orofaringe		
16	Existe, a disposición de los profesionales, formación para administrar la pomada y solución poliantibiótica (DDS) en pacientes ventilados.		
17	Existe, a disposición de los profesionales, formación para manejar los tubos traqueales con sistemas de aspiración continua de secreciones subglóticas.		
18	Se selecciona y se forma al personal sanitario susceptible de incorporarse a la atención de pacientes críticos en períodos de pandemias y/o de incremento de la demanda de camas de pacientes críticos.		



Adaptaciones organizativas

19	Al ingreso del paciente en UCI, cumplimentar el listado de verificación de riesgo para identificar posibles portadores de BMR. Si es positiva iniciar precauciones de contacto y cultivos de vigilancia.		
20	Administrar antibióticos durante las 24h siguientes a la intubación a pacientes con disminución de consciencia previo a la intubación.		
21	En los pacientes con riesgo de transmitir BMR o virus, durante la inserción de dispositivos invasivos programados, se colocan los elementos de barrera inmediatamente después del equipo EPI que se precise.		
22	Controlar el cumplimiento de las precauciones estándar y de contacto		
23	Se dispone de infografías como recordatorios de las normas de inserción de cada dispositivo invasivo.		
24	Se dispone de listados de verificación de la inserción de los distintos dispositivos invasores.		
25	Se realiza tipaje molecular en sospecha de agentes causales de brotes epidémicos por BMR.		
26	La valoración de la necesidad de los dispositivos invasivos presentes en el paciente se integran en los objetivos diarios.		
27	Existen equipos asistenciales (para la UCI o para todo el hospital) destinados de forma exclusiva a la inserción de catéteres vasculares.		
28	Se utiliza la descontaminación digestiva selectiva completa como técnica habitual de prevención de la Neumonía asociada a ventilación mecánica.		
29	Se dispone de una guía sobre el uso de antibióticos que incluye los tratamientos más adecuado para cada infección adaptados a la flora predominante en cada UCI y/o área geográfica.		
30	Dispone de protocolos de "No administración de antibióticos por sospecha de infección" y de "NO administración de antibióticos para prevención de infecciones".		
31	Se toman muestras de vigilancia al ingreso en UCI para la detección precoz de BMR.		
32	Se toman muestras de vigilancia durante la estancia en UCI y, por lo menos, una vez a la semana para la detección precoz de BMR.		
33	Se identifican, de forma visible, los pacientes con BMR.		
34	Existe un protocolo de cambio de guantes, batas y mascarillas del personal sanitario que utiliza un EPI en la asistencia de pacientes con BMR u otros patógenos transmisibles.		
35	Existe algún sistema o protocolo para detectar precozmente la existencia de un brote epidémico en la UCI.		
36	Se transmite al personal sanitario de UCI la información de las tasas de las infecciones relacionadas con dispositivos invasivos y las tasas de las BMR adquiridas en UCI de forma periódica (por lo menos una vez al año).		
37	Identificar y analizar los riesgos/errores a través de la herramienta SINAPS.		

EQUIPO
AUDITOR:

OBSERVACIONES:



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

HOSPITAL:	
UNIDAD:	
FECHA:	

Nº ITEM	ITEM A EVALUAR	CUMPLE (si)	NO CUMPLE (no)
Dotación y medidas adecuadas			
1	Existen dispensadores de PBA en el 100% de los puntos de atención.		
2	Existen "kits" o "carros" de inserción de dispositivos invasivos con la finalidad de disponer de todo el material necesario de forma unificada (incluidas las soluciones de clorhexidina).		
3	Se dispone de ecógrafos para asistir en la colocación ecoguiada de los dispositivos vasculares.		
4	Se dispone de tubos o cánulas traqueales con sistemas de aspiración continua de secreciones subglóticas.		
5	Se dispone de sistemas cerrados de aspiración de secreciones bronquiales.		
6	Se dispone de sistemas cerrados de sondaje uretral.		
7	Se dispone de sistemas de humidificación eficaces para evitar la formación de tapones de moco.		
8	Se dispone de apósitos transparentes para visualizar el punto de inserción de los catéteres vasculares.		
9	Se usan equipos de tubuladuras desechables para los respiradores.		
10	Se usan equipos de tubuladuras desechables para los ventiladores portátiles de transporte.		
11	No cambiar de forma programada las tubuladuras del respirador.		
12	Se dispone de productos para la higiene diaria que contienen clorhexidina. En la boca clorhexidina al 0,12-0,2%.		
13	Utilizar guantes estériles de un solo uso.		
14	Bolsa recolectora de orina por debajo de la vejiga.		
15	Utilizar técnica aséptica durante la inserción del catéter uretral.		
16	Mantener la posición de la cama por encima de 30°, salvo contraindicación.		
17	Incluir en la higiene diaria del paciente colonizado/infectado por BMR productos que contengan clorhexidina al 4%.		
Adaptaciones de los recursos humanos y de su formación			
18	Identificar un/a enfermero/a responsable del control de antimicrobianos.		
19	Se forma al nuevo personal sanitario, en las primeras semanas de su incorporación a las UCI, en el cumplimiento de las recomendaciones de los Proyectos Zero.		
20	Se forma al personal sanitario, susceptible de ser incorporado a las UCI, en situaciones de crisis (pandemia), en el cumplimiento de las recomendaciones de los Proyectos Zero		
21	La ratio de enfermera/número de camas está adecuada a las necesidades asistenciales (mínimo 1 enfermera/2 camas)		
22	Se forma periódicamente, durante el año, a los profesionales de nueva incorporación (a través de cursos/sesiones, etc...) sobre el manejo de la vía aérea y de los equipos de ventilación mecánica.		
23	Existe un protocolo actualizado de limpieza diaria y terminal de las habitaciones de pacientes con BMR.		
24	Existe ficha/documento de limpieza de material clínico/aparatos de exploración existentes en UCI.		
25	Existe, a disposición de los profesionales, un programa/curso o sesiones de formación en la inserción y mantenimiento de catéteres vasculares.		
26	Existe, a disposición de los profesionales, un programa/curso o sesiones de formación en la inserción y mantenimiento de sonda uretral.		
27	Existe, a disposición de los profesionales, formación en la técnica de aspiración de secreciones bronquiales con sistemas abiertos y cerrados.		



28	Existe, a disposición de los profesionales, formación para realizar a higiene bucal con soluciones de clorhexidina en pacientes con dispositivos invasivos en orofaringe.		
29	Existe, a disposición de los profesionales, formación para administrar la pomada y solución poliantibiótica (DDS) en pacientes ventilados.		
30	Existe, a disposición de los profesionales, formación para manejar los tubos traqueales con sistemas de aspiración continua de secreciones subglóticas.		
31	Se forma a todo el personal sanitario en el manejo y movilización del paciente en posición de decúbito prono (DP).		
32	Se forma a todo el personal sanitario en el manejo y movilización del paciente en el traslado interno de pacientes.		
33	Se forma al personal de limpieza para aplicar los protocolos establecidos para pacientes Covid y/o para pacientes con BMR.		
34	Se selección y se forma al personal sanitario susceptible de incorporarse a la atención de pacientes críticos en períodos de pandemias y/o de incremento de la demanda de camas de pacientes críticos.		
Adaptaciones organizativas			
35	En cada turno existe un responsable de enfermería de referencia para apoyar al nuevo personal.		
36	En los pacientes con riesgo de transmitir BMR o virus se planifica y se sincroniza las tareas (cambios posturales y/o a higiene corporal) para realizar los cuidados e inspección de los dispositivos invasivos.		
37	En los pacientes con riesgo de transmitir BMR o virus, durante la inserción de dispositivos invasivos programados, se coloca los elementos de barrera inmediatamente después del equipo EPI que se precise.		
38	Existen equipos asistenciales (para la UCI o para todo el hospital) destinados de forma exclusiva a la inserción de catéteres vasculares.		
39	Si dispone de un registro de la presión de neumotaponamiento en la hoja de enfermería al instaurar y retirar el decúbito prono, durante los traslados con ventiladores portátiles (salida y regreso a la UCI) y periódicamente (por lo menos cada 8 horas).		
40	Se registra en la hoja de enfermería la posición del paciente y los grados en posición semi-incorporada, cada 8 horas y especialmente después de cualquier manipulación sobre la elevación de la misma.		
41	Se identifica, de forma visible, los pacientes con BMR.		
42	Existe un responsable de enfermería, por turno, que controla el cumplimiento de las medidas para evitar la transmisión de BMR y/o de otros patógenos transmisibles.		
43	Existe un protocolo de cambio de guantes, batas y máscaras del personal sanitario que utiliza un EPI en la asistencia de pacientes con BMR o otros patógenos transmisibles.		
44	Se dispone de listados de verificación del cumplimiento de las normas de limpieza del material clínico reutilizable y/o compartido, como esfigmomanómetros, pulsoxímetros, aparatos, ecógrafos, aparatos de radiología, material de uso administrativo (ordenadores, teléfonos,..)		
45	Se transmite al personal sanitario de UCI la información de las tasas de las infecciones relacionadas con dispositivos invasivos y las tasas de las BMR adquiridas en UCI de forma periódica (por lo menos una vez a año).		
46	Identificar y analizar los riesgos/errores a través de la herramienta SINAPS.		
47	Controlar el cumplimiento de las precauciones estándar y de contacto.		

**EQUIPO
AUDITOR:**

OBSERVACIONES: