

# Jornada de Actualización del **PROGRAMA DE SEGURIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS**

13  
noviembre  
2018



Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social  
Salón de Actos Ernest Lluch

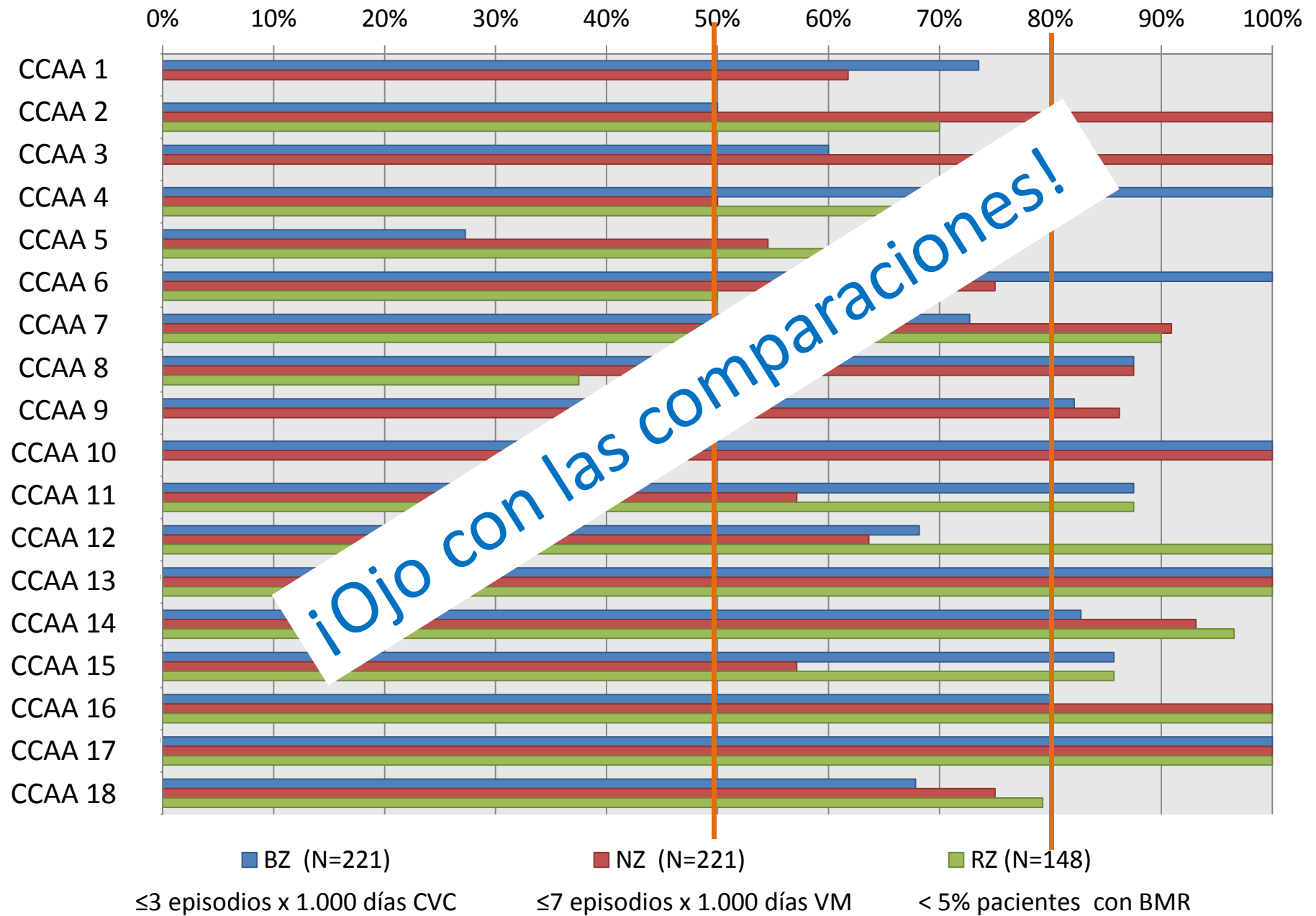


## Resultados del cuestionario a las CCAA

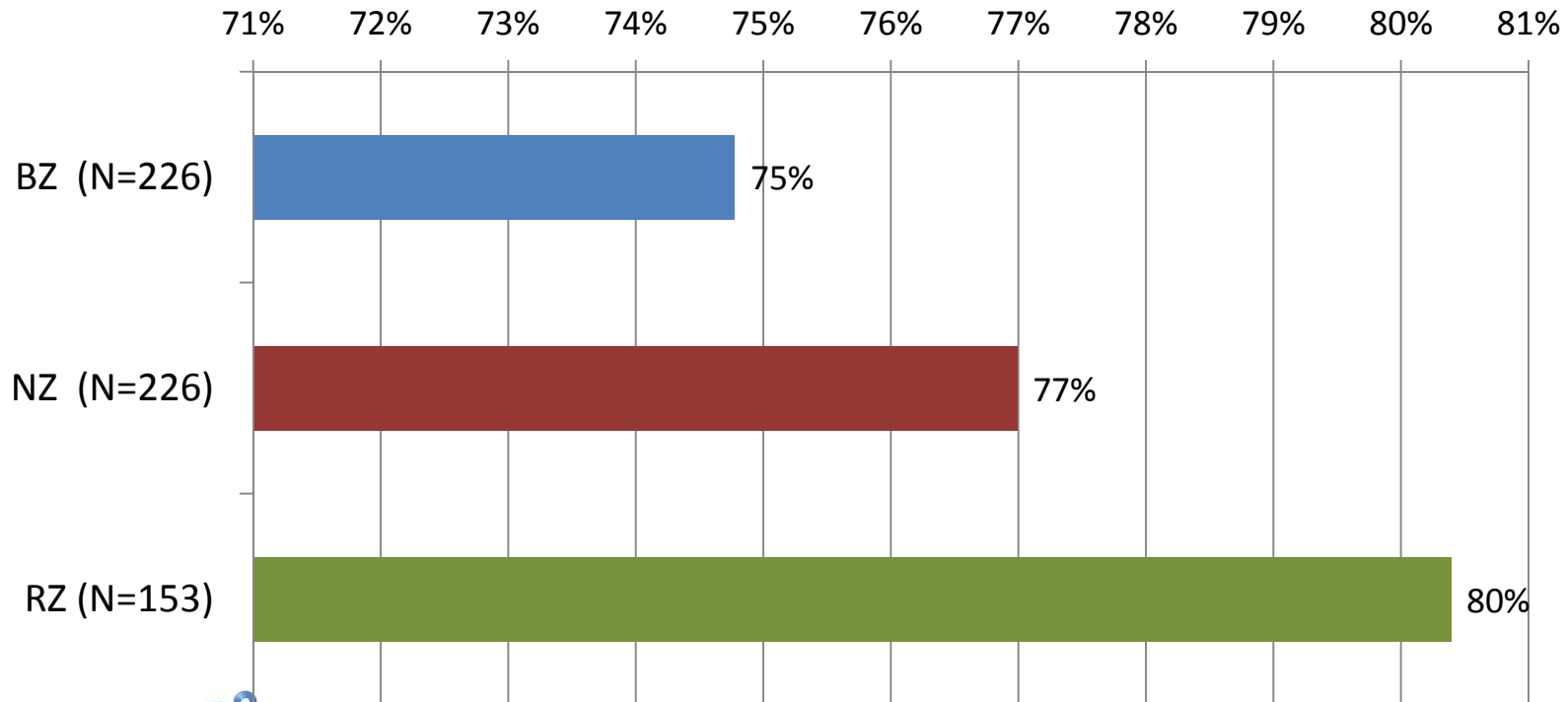
13 de noviembre de 2018  
Salón de Actos Ernest Lluch  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



# 1. Estándares alcanzados por UCI participantes



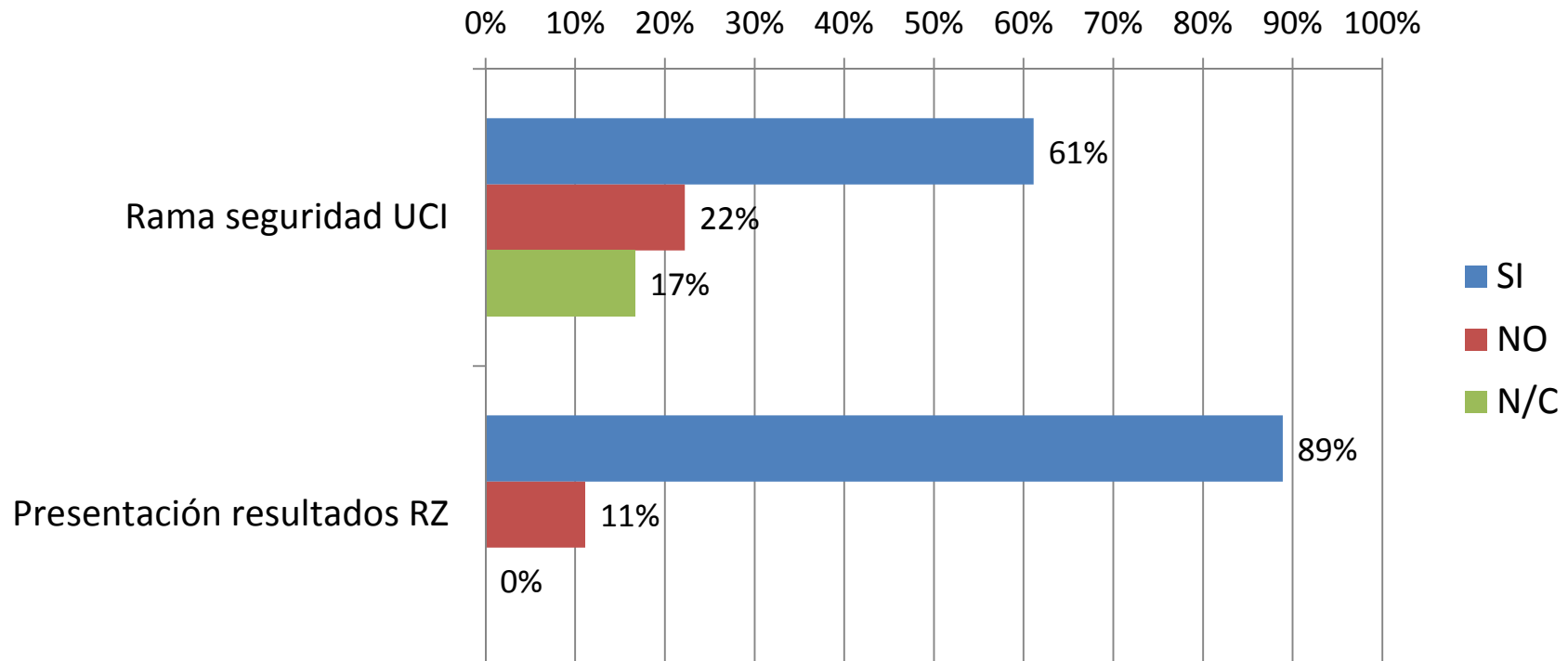
# 1. Estándares alcanzados: promedio global de cumplimiento



¿POR QUÉ NO?

- Relajación de las medidas con el tiempo
- Alto índice de rotación
- A mayor screening tasas más elevadas.
- Inexactitud en los registros
- Importante variabilidad en las UCIs participantes

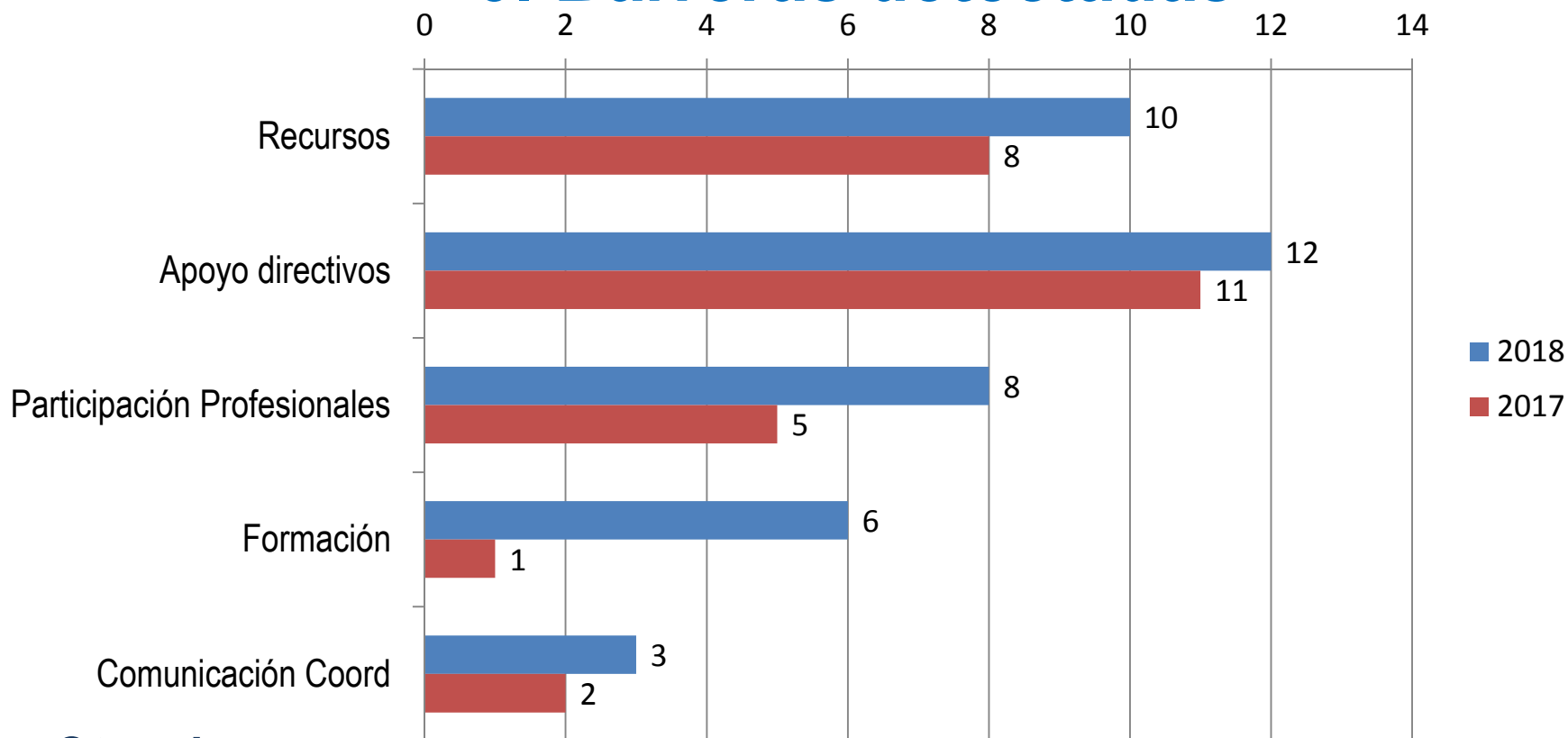
## 2. Otros resultados (Datos de 18 CCAA)



### ¿Por qué no?

- La **rama de seguridad en UCI** está pendiente de evaluación, no se aplica o el registro es incompleto.
- **Presentación de resultados de RZ** no se ha realizado por pérdida de la estructura de grupo en las unidades, o está pospuesta hasta 2018.

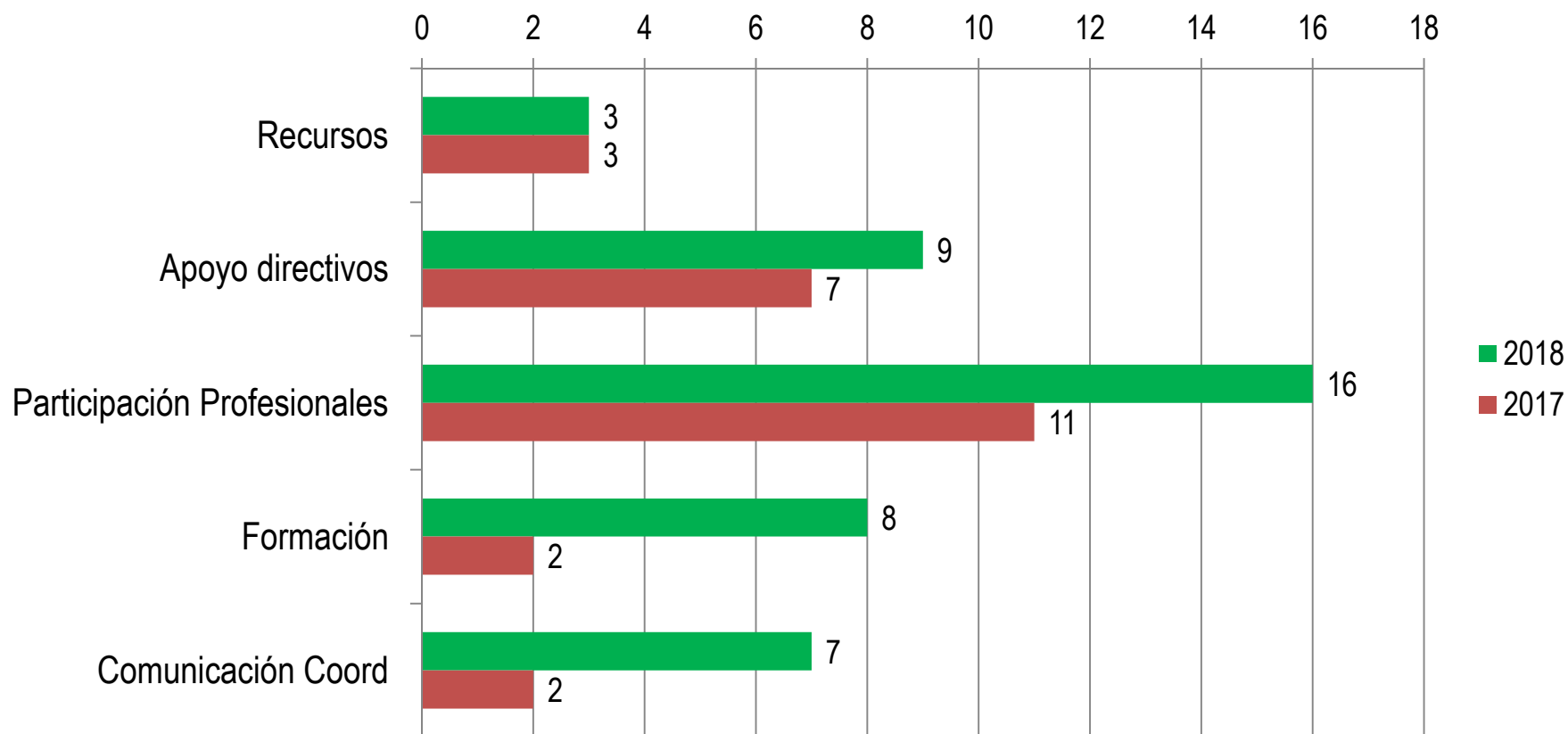
### 3. Barreras detectadas



#### Otras barreras:

- Resistencia de otros especialistas a aplicar las recomendaciones de RZ
- Cambios en la coordinación de unidades y del personal adiestrado en los programas.
- Falta de tiempo y de personal dedicado. Es un trabajo añadido
- Falta de compromiso por parte de algún sector implicado
- Alta rotación de personal, formación online poco útil

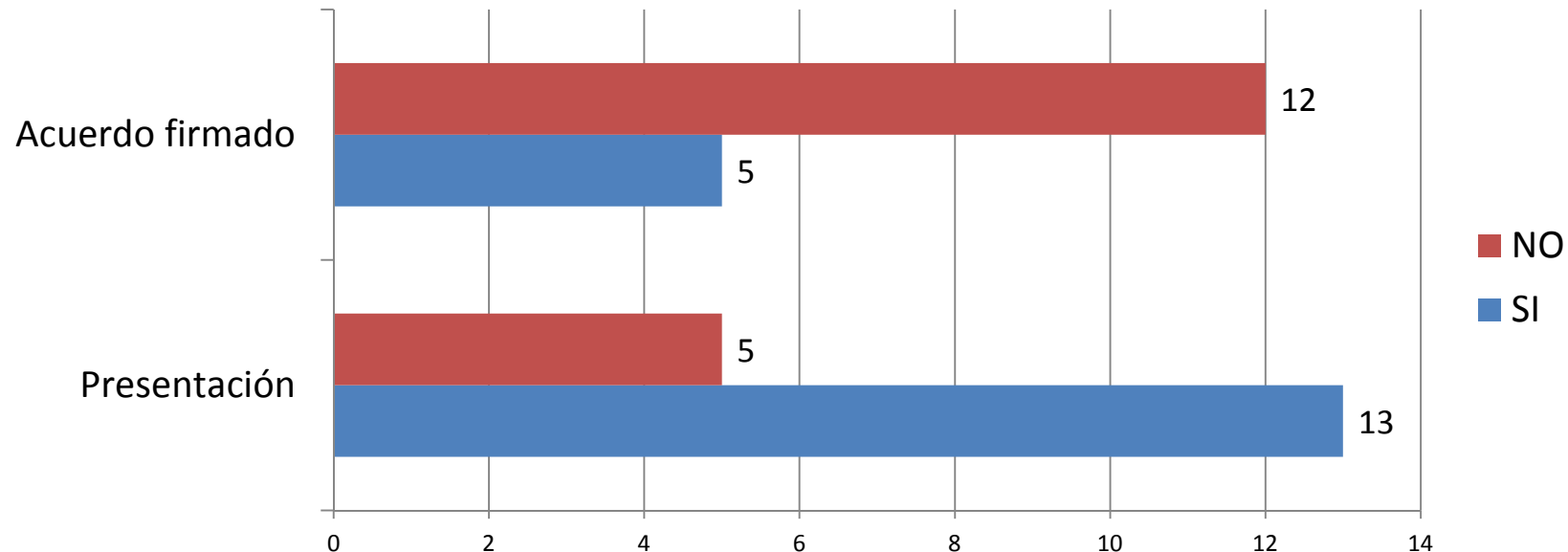
## 4. Facilitadores



### Otros aspectos:

- Importancia de la implicación y apoyo de los Servicios Centrales.
- Reconocimiento a las unidades que aplican planes de mejora
- Liderazgo

## 5. Acuerdo de colaboración-Proyecto ITU-ZERO



### ¿Por qué no?

- La CCAA no se ha adherido al programa
- Adherencia desigual en los centros de la CCAA
- Falta de RRHH
- El acuerdo de gestión se firmó antes del lanzamiento del proyecto
- Falta de coordinación entre la dirección del Proyecto y las UCI. Se da comienzo al proyecto sin formación disponible
- La implantación de ITU\_ZERO es estratégico para la Consejería y el Servicio de Salud

## 6. Acciones afianzamiento

### Acciones realizadas

Inclusión en objetivos anuales y contrato de gestión

Inclusión en plan de formación corporativo

Implicación de la Consejería y reconocimiento unidades

Acompañamiento y seguimiento unidades. Presentación resultados. Revisión desempeño. Identificación áreas de mejora

Difusión en jornadas de SP

Celebración día mundial HM

Auditorías de UCI

Creación de Comités específicos

Formación continuada

Dos reuniones de presentación de resultados (intermedios y finales), análisis de datos, planificación de mejoras por unidad y en conjunto para la comunidad



# 7. Auditoría



Si, hechas (3)  
Planificadas 2019 (1)



Sí, sin fecha prevista (6)



No previsto (8)

## 8. Acciones informativas

Acciones	Pacientes	Otros profesionales
SI	11 (61%)	17 (94%)
NO	7(39%)	1 (6%)
<b>TOTAL</b>	<b>18 (100%)</b>	<b>18 (100%)</b>

### Pacientes

Se informa de los aislamientos y medidas para prevenir IAAS  
 Difusión en PRENSA y TV  
 Información en Boletín público sobre RZ  
 Publicación en Memoria Anual y Observatorio de SP  
 Proyecto humanización en atención a pacientes críticos  
 Difusión resultados a las asociaciones de pacientes y familiares

### Otros profesionales

Otros servicios del hospital  
 Comisión infecciones, Grupos gestión riesgos, Comisión de Calidad  
 Servicio de limpieza  
 Convenio COM, COF, COE  
 Vídeos buenas prácticas de los programas en web  
 presentación para todo el hospital, parte de las acciones se  
 implantarán en otras unidades

# 9. Reuniones grupo coordinador de la CCAA



$$\mu = 1,83$$

## 10. Otros aspectos a señalar

- Dentro de la Estrategia para la Seguridad del Paciente, a través del Programa PIRASOA se lleva a cabo el seguimiento de resultados de forma global en todas las UCIs del Servicio de Salud.  
En RZ, en lugar de incluir la tasa media anual, se decidió incluir el indicador de la densidad de incidencia (DI) para medir el impacto de las medidas de mejora implementadas
- IRASPROA: promover disminución IAAS y optimizar uso AB.
- Las reuniones a nivel nacional se debería facilitar la presentación por videoconferencia
- Mejorar la comunicación con grupo coordinador nacional sobre cortes prevalencia y encuestas con más margen de tiempo
- Desarrollar protocolo único que englobara las acciones comunes a BZ/NZ/RZ/ITU ZERO sólo explicitara las diferencias por grupo (catéter, sondaje, etc) y que le diera la importancia que requiere la formación en seguridad del paciente y en higiene de manos

# 10. Otros aspectos a señalar

- Jornada lideres invitando a directivos y otros servicios (Med Preventiva, Micro). Presentaciones de ITUZ a las Direcciones y Gerencia de los 2 hospitales con UCI y 6 reuniones del grupo de la CCAA. Comunicación fluida y permanente con gerencia, jefaturas de servicio y supervisoras de área.
- Se han presentado los resultados de todos los proyectos, incluida la rama de seguridad e ITU zero y se ha acordado analizar las causas en las UCIs en las que no se alcanzan estándares y definir el plan de mejora.

# 10. Otros aspectos a señalar

- “Consell Assessor del Projecte ITU-Zero” con la participación de equipos multidisciplinarios que trabajan con pacientes críticos. Se continuarán las auditorias de las UCI, de los proyectos Zero y otros proyectos de seguridad durante el año 2019
- Hay limitaciones importantes en las Unidades de Microbiología por gran volumen de trabajo y escasez de personal. Lo mismo en las UCIs
- Formación. Acceso a las reuniones informativas de los proyectos zero por parte de la dirección del hospital. Mejorar la comunicación con la coordinación de la comunidad autónoma.

# Conclusiones: Datos

- El 75% de las UCIs que participan en BZ y aportan datos, dicen cumplir el objetivo propuesto.
- El 77% de las UCIs que participan en NZ y aportan datos, dicen cumplir el objetivo propuesto.
- El 80% de las UCIs que participan en RZ y aportan datos, dicen cumplir el objetivo propuesto.
- Inexactitud en los registros, relajación en las medidas, alta rotación, reticencia de otros especialistas, son los factores señalados para no alcanzar los objetivos
- Falta de apoyo de los directivos (65%), falta de RRHH y tiempo específico, alta rotación de personal y resistencia de algunos profesionales, son las barreras principales
- Participación de profesionales, implicación de la administración y reconocimiento son los factores de éxito principales
- El 94% ha informado a otros colectivos (otras unidades). El 61% a Pacientes (HM y IAAS)
- El 17% ya ha realizado auditorías, el 39% las va a realizar y el 44% no lo considera
- La media de reuniones a nivel de la CCAA es muy variable (0 a 4)
- La rama de seguridad se cumple poco y no se registra adecuadamente

# Conclusiones: Recomendaciones

- La implicación de los gestores y mandos intermedios es clave
- Revisar la validez de los registros
- Reuniones periódicas de los equipos de coordinación
- Valorar en las CCAA la dedicación de RRHH al apoyo de los proyectos
- Buscar estrategias para comprometer a los gestores
- Presentar los proyectos en el CISNS
- Implicar a las SSCC en la información y compromiso de los profesionales con estos proyectos
- Formación de nuevos profesionales
- Valorar incentivos para las UCI cumplidoras
- El grupo coordinador nacional puede apoyar en las auditorías



**¡Gracias!**