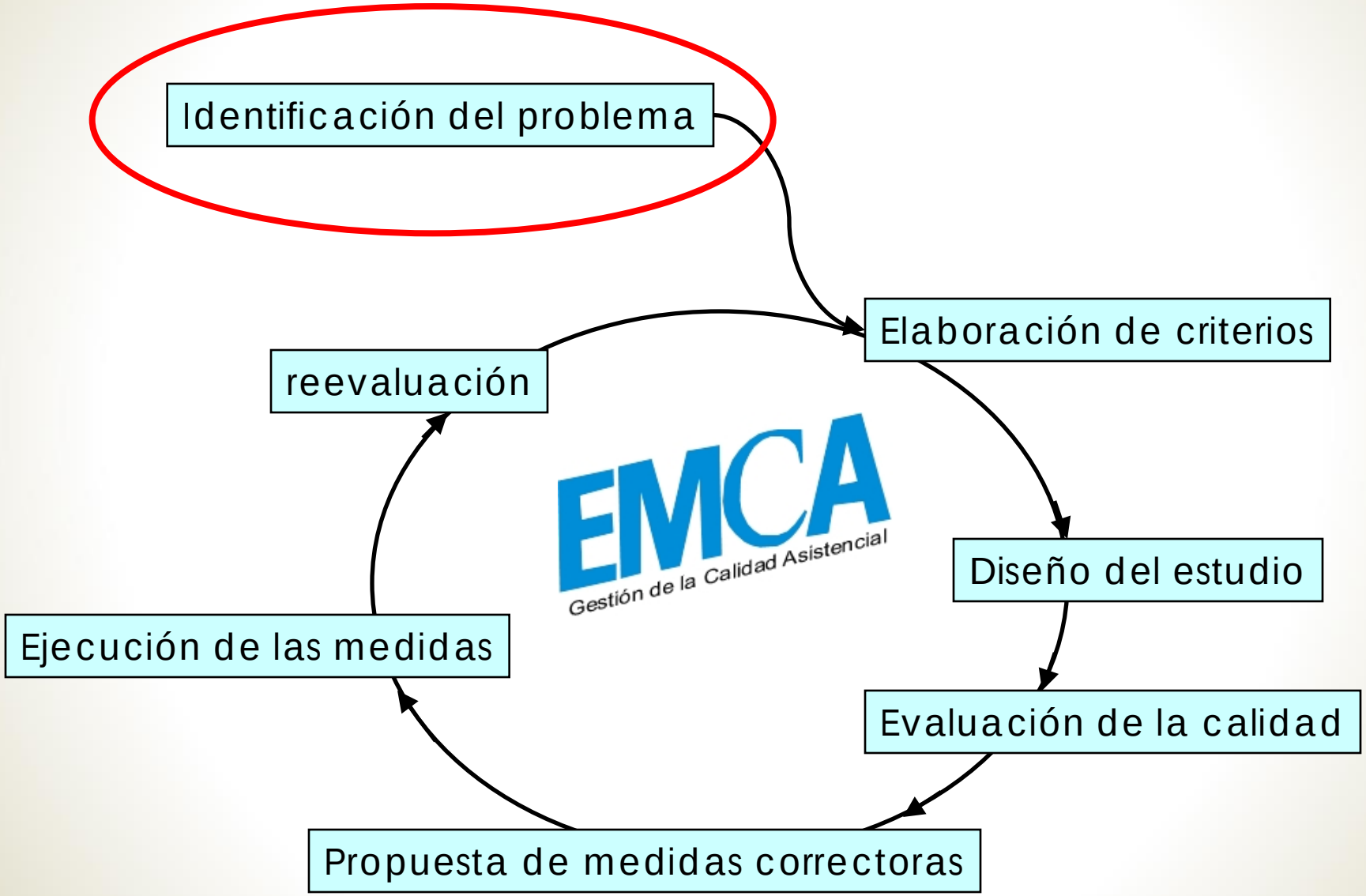
Mesa I: La gestión de la calidad asistencial en el Servicio Murciano de Salud.

"Seguridad del Paciente"

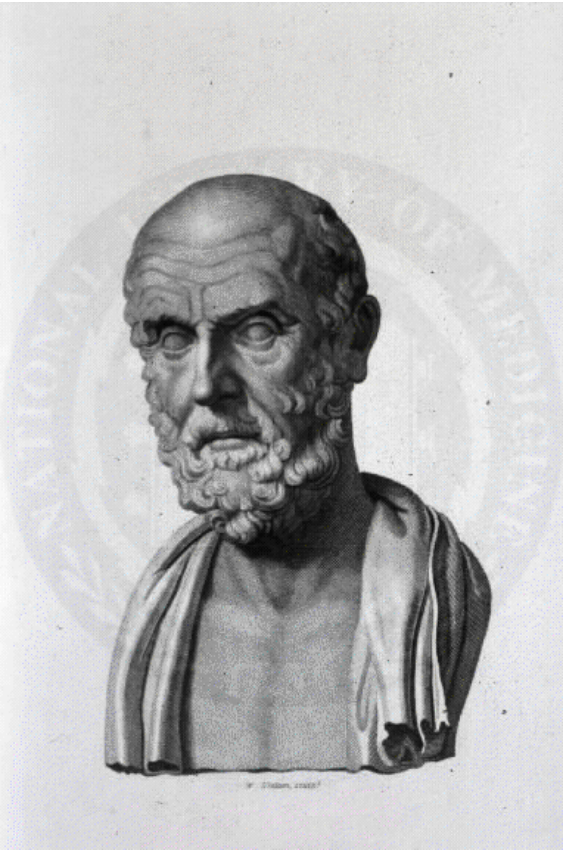
D. Julián Alcaraz Martínez.
Coordinador de Calidad Médico.
H. G. U. JM Morales Meseguer

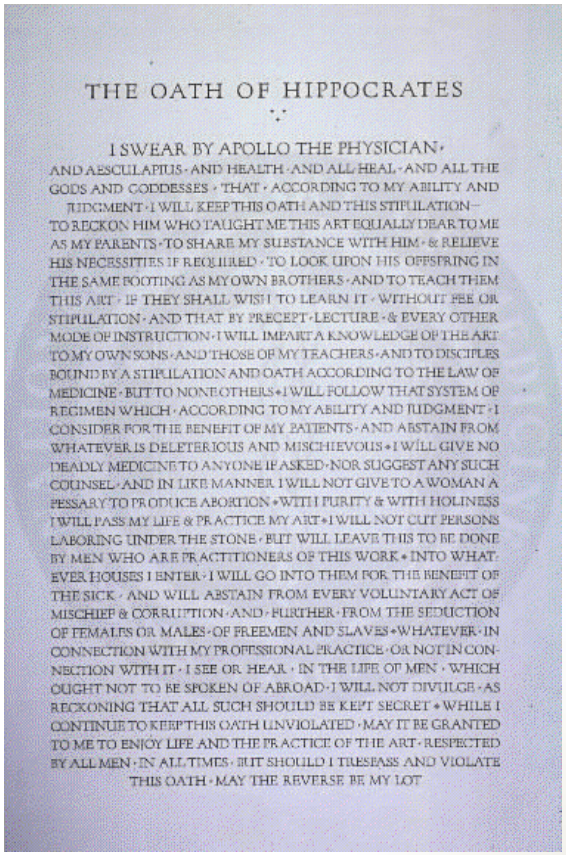
El objetivo es aprovechar la celebración para reflexionar sobre los cambios producidos en la calidad de la atención sanitaria a lo largo de estos 20 años.

Ciclo de garantía de calidad



PRIMUM NON NOCERE

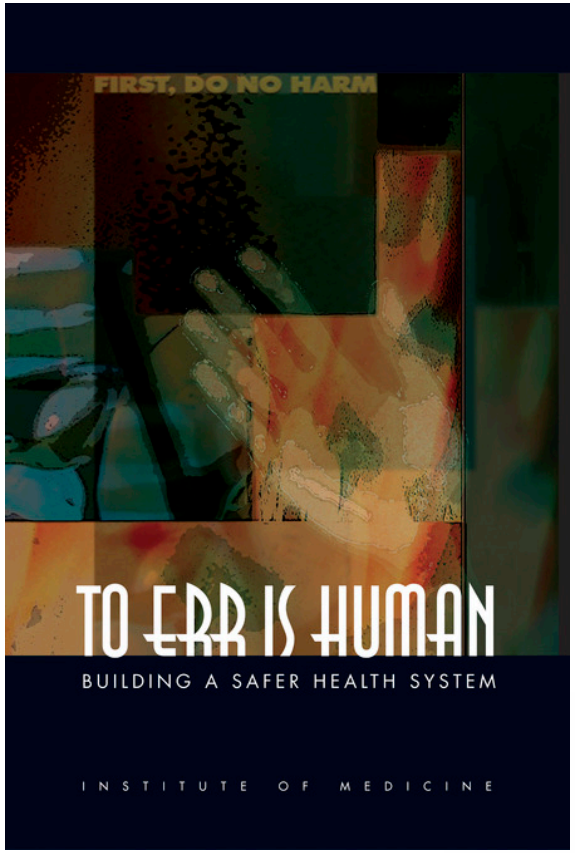




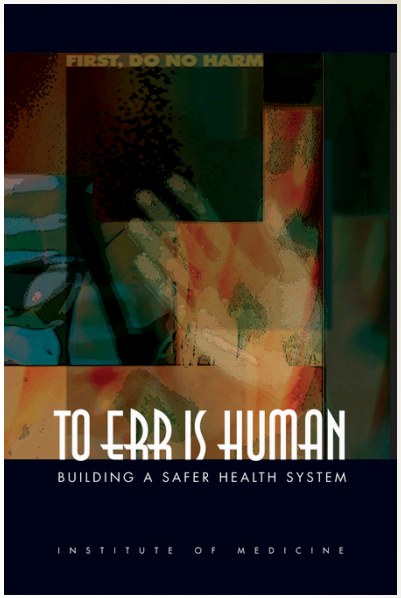
THE OATH OF HIPPOCRATES

I SWEAR BY APOLLO THE PHYSICIAN · AND AESCULAPIUS · AND HEALTH · AND ALL HEAL · AND ALL THE GODS AND GODDESSES · THAT · ACCORDING TO MY ABILITY AND JUDGMENT · I WILL KEEP THIS OATH AND THIS STIPULATION— TO RECKON HIM WHO TAUGHT ME THIS ART EQUALLY DEAR TO ME AS MY PARENTS · TO SHARE MY SUBSTANCE WITH HIM · & RELIEVE HIS NECESSITIES IF REQUIRED · TO LOOK UPON HIS OFFSPRING IN THE SAME FOOTING AS MY OWN BROTHERS · AND TO TEACH THEM THIS ART · IF THEY SHALL WISH TO LEARN IT · WITHOUT FEE OR STIPULATION · AND THAT BY PRECEPT · LECTURE · & EVERY OTHER MODE OF INSTRUCTION · I WILL IMPART A KNOWLEDGE OF THE ART TO MY OWN SONS · AND THOSE OF MY TEACHERS · AND TO DISCIPLES BOUND BY A STIPULATION AND OATH ACCORDING TO THE LAW OF MEDICINE · BUT TO NONE OTHERS · I WILL FOLLOW THAT SYSTEM OF REGIMEN WHICH · ACCORDING TO MY ABILITY AND JUDGMENT · I CONSIDER FOR THE BENEFIT OF MY PATIENTS · AND ABSTAIN FROM WHATEVER IS DELETERIOUS AND MISCHIEVOUS · I WILL GIVE NO DEADLY MEDICINE TO ANYONE IF ASKED · NOR SUGGEST ANY SUCH COUNSEL · AND IN LIKE MANNER I WILL NOT GIVE TO A WOMAN A PESSARY TO PRODUCE ABORTION · WITH PURITY & WITH HOLINESS I WILL PASS MY LIFE & PRACTICE MY ART · I WILL NOT CUT PERSONS LABORING UNDER THE STONE · BUT WILL LEAVE THIS TO BE DONE BY MEN WHO ARE PRACTITIONERS OF THIS WORK · INTO WHATEVER HOUSES I ENTER · I WILL GO INTO THEM FOR THE BENEFIT OF THE SICK · AND WILL ABSTAIN FROM EVERY VOLUNTARY ACT OF MISCHIEF & CORRUPTION · AND · FURTHER · FROM THE SEDUCTION OF FEMALES OR MALES · OF FREEMEN AND SLAVES · WHATEVER · IN CONNECTION WITH MY PROFESSIONAL PRACTICE · OR NOT IN CONNECTION WITH IT · I SEE OR HEAR · IN THE LIFE OF MEN · WHICH OUGHT NOT TO BE SPOKEN OF ABROAD · I WILL NOT DIVULGE · AS RECKONING THAT ALL SUCH SHOULD BE KEPT SECRET · WHILE I CONTINUE TO KEEP THIS OATH UNVIOLATED · MAY IT BE GRANTED TO ME TO ENJOY LIFE AND THE PRACTICE OF THE ART · RESPECTED BY ALL MEN · IN ALL TIMES · BUT SHOULD I TRESPASS AND VIOLATE THIS OATH · MAY THE REVERSE BE MY LOT

Identificación del problema



Identificación del problema



TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM
Health care in the United States is not as safe as it should be--and can be. At least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented, according to estimates from two major studies.

Even using the lower estimate, preventable medical errors in hospitals exceed attributable deaths to such feared threats as motor-vehicle wrecks, breast cancer, and AIDS.

Beyond their cost in human lives, preventable medical errors exact other significant tolls. They have been estimated to result in total costs (including the expense of additional care necessitated by the errors, lost income and household productivity, and disability) of between $17 billion and $29 billion per year in hospitals nationwide

Identificación del problema

New York 1984:

-Los eventos adversos afectan al 3,7% de los pacientes hospitalizados, y de ellos el 27,6 se deben a negligencias

Utah and Colorado in 1992 :

- 2,9% de pacientes hospitalizados
- 27,4-32,6% se deben a negligencias

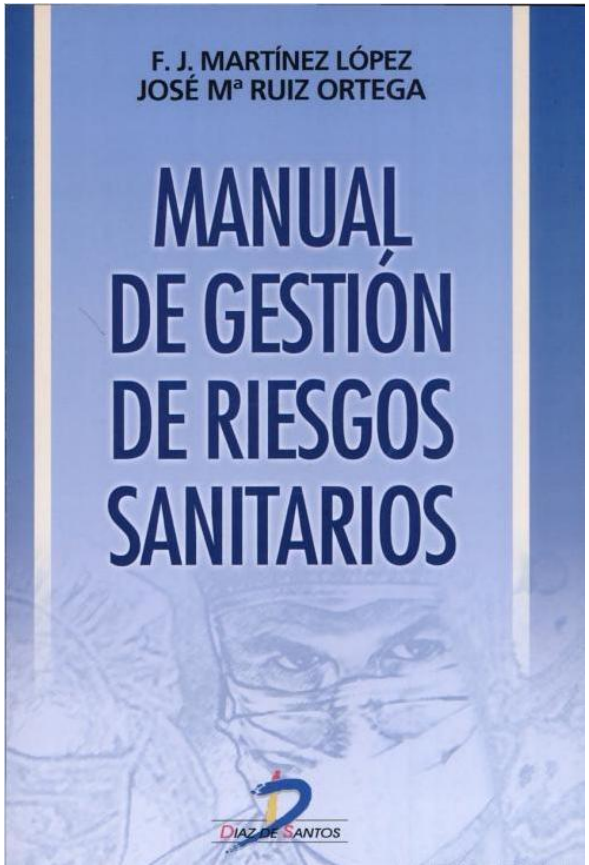
Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I.
Brennan TA1, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. N Engl J Med. **1991** Feb 7;324(6):370-6.

Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado.
Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, Howard KM, Weiler PC, Brennan TA. Med Care. **2000** Mar;38(3):261-71

EMCA 20
Gestión de la Calidad Asistencial

Identificación del problema

JM. Ruiz Ortega
Una vacuna contra el azar sanitario: la gestión de riesgos sanitarios.
Rev Administración Sanitaria. **1999**;3:167-81



Identificación del problema

<u>Australia 1995:</u> 16,6% de eventos adversos en 14.000 hospitalizacion 51% prevenibles

The quality in Australian health care study. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison Hamilton JD. Med J Aust. 1995;163:458–471

<u>Londres 1999</u> :

-Eventos adversos en pacientes ingresados 10,8%

-90.000 efectos adversos/año

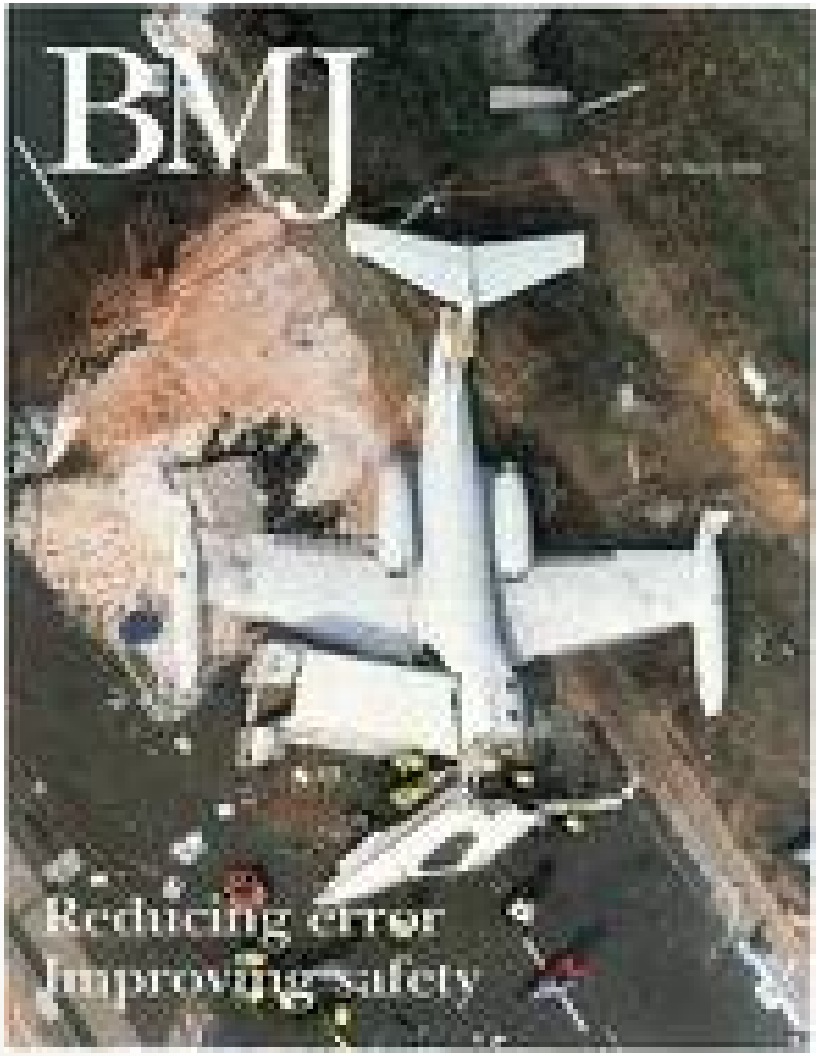
-13.500 fallecimientos

-7.000 reclamaciones

-El 50% potencialmente prevenibles

Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review
Vincent C. et al. BMJ 2001;322:517

Identificación del problema

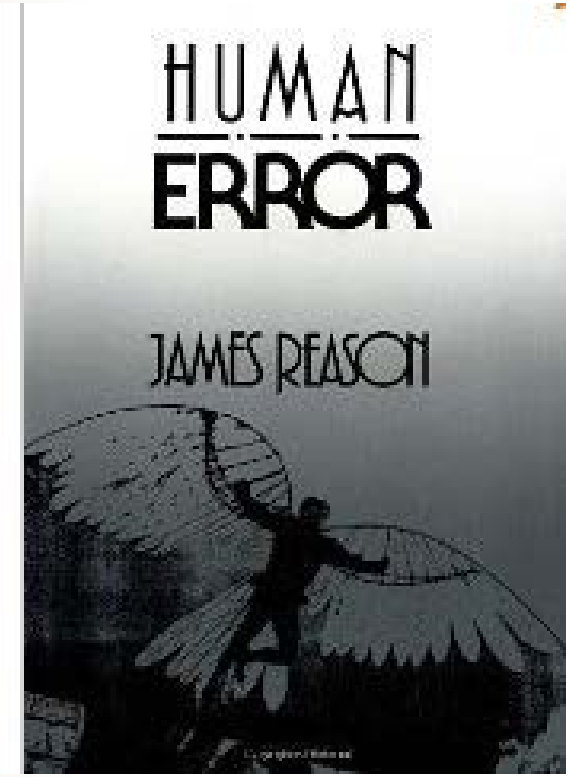


I Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente:
“La seguridad, componente crítico de la calidad”
Madrid, 8 de febrero de 2005

Importancia del problema

I Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente:
“La seguridad, componente crítico de la calidad”
Madrid, 8 de febrero de 2005

Identificación del problema

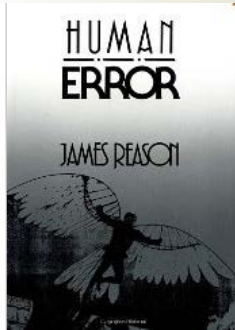


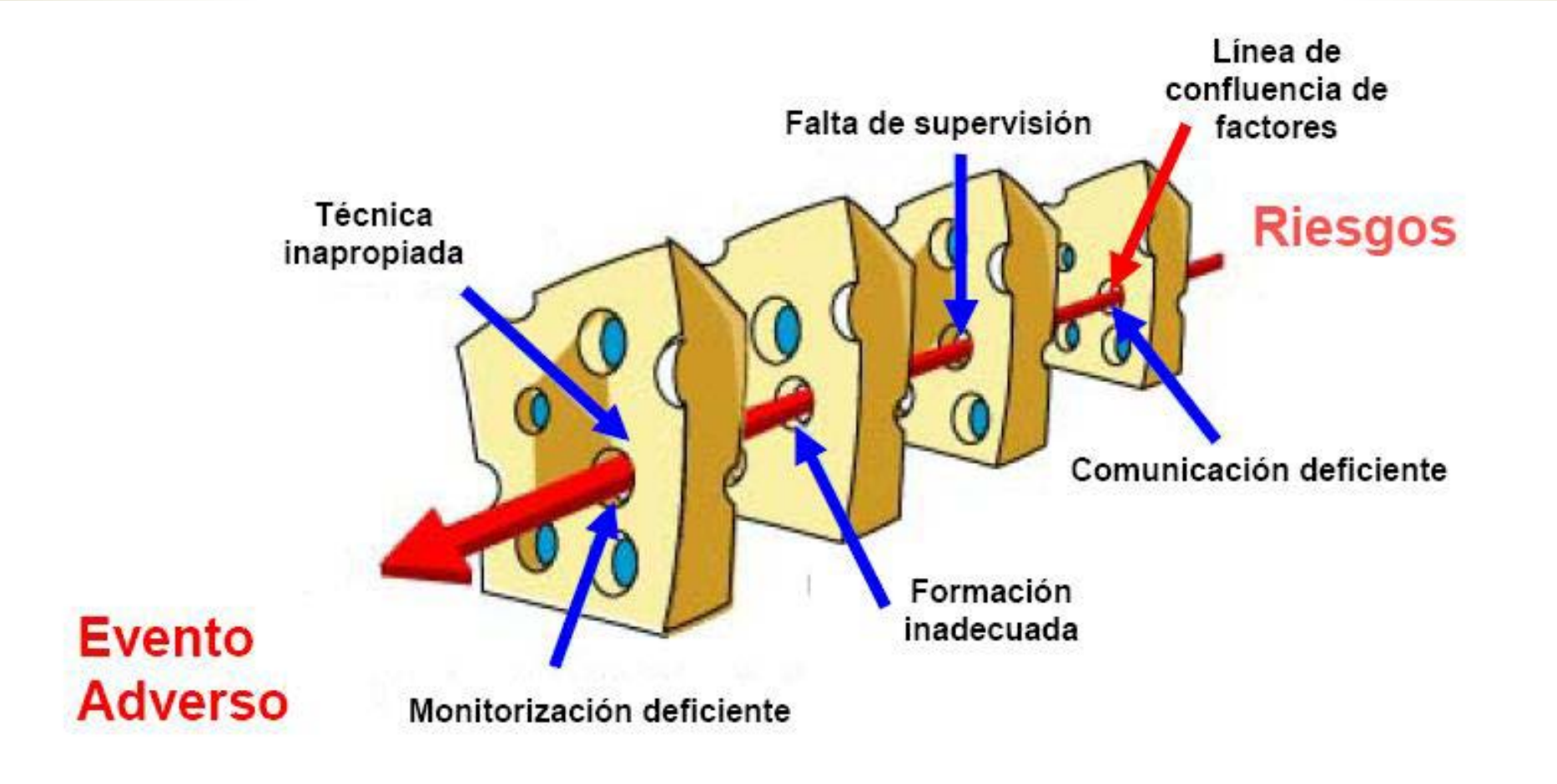
Errar es de humanos: ¿quién tiene la culpa?

"Los fallos se producen habitualmente por fallos del sistema y no por incompetencia de los profesionales"

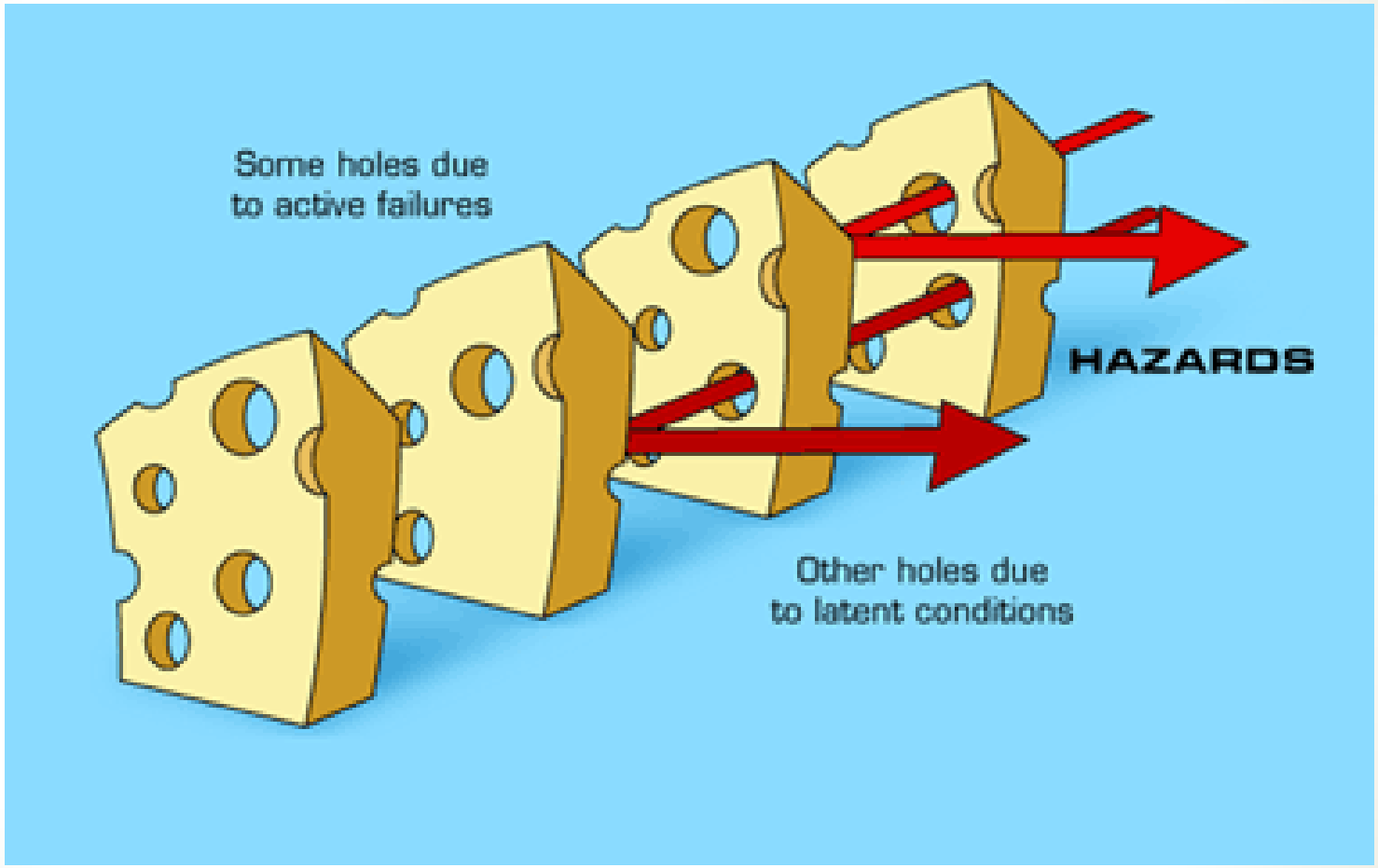
"Cuando se produce un error, no se trata de buscar QUIÉN, sino de analizar CÓMO y PORQUÉ las defensas fallaron"

James Reason 1990



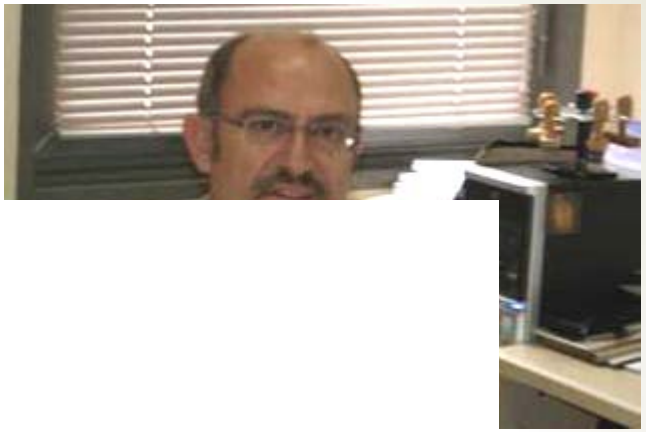


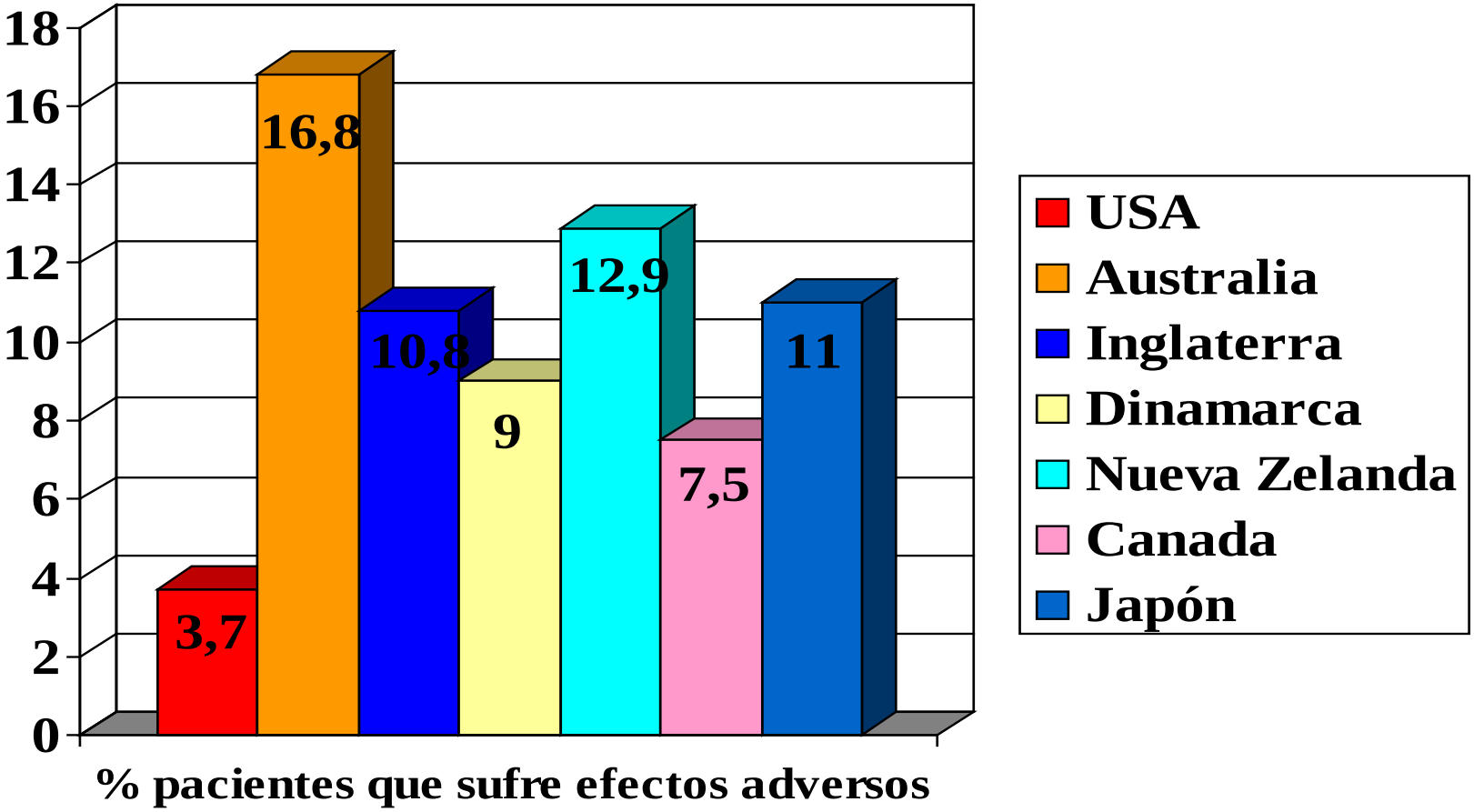
James Reason 1990



James Reason 1990

Identificación del problema





nal de

nte

2005

Identificación del problema

Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes

Fundación Avedis Donavedian
Fundación Mapfre medicina

I Conferencia Internacional de Seguridad del Paciente:
“La seguridad, componente crítico de la calidad”
Madrid, 8 de febrero de 2005

Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes

Fundación Avedis Donavedian
Fundación Mapfre medicina

Alertas:
Mejoras seleccionadas en función de:
-Evidencia científica de mejora
-Impacto
-Coste de aplicación

Alerta 1: **Inadecuada identificación de los pacientes**

Todos los pacientes deben llevar un brazalete en la muñeca o tobillo, con nombre y nº de historia.
No realizar pruebas diagn.
Ni administrar medicación **si no hay identificación**

Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes

Fundación Avedis Donavedian
Fundación Mapfre medicina

Alerta 3: Riesgo del potasio intravenoso

-retirar el CLK almacenado en planta
-Preparar soluciones diluidas fuera de la unidad
-estandarizar y limitar las concentraciones del fármaco

Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes

Fundación Avedis Donavedian
Fundación Mapfre medicina

Logotipo de la American Academy of Orthopaedic Surgeons, que promueve la identificación de las iniciales del cirujano en el sitio del procedimiento.

Alerta Nº4: CIRUGÍA EN EL LUGAR ERRÓNEO

RELEVANCIA DEL PROBLEMA

La cirugía en el lugar incorrecto es un problema relevante en el ámbito de la seguridad de los pacientes, no solamente porque las consecuencias pueden ser graves, sino porque además tiene un gran impacto mediático y legal.

Puede referirse a:

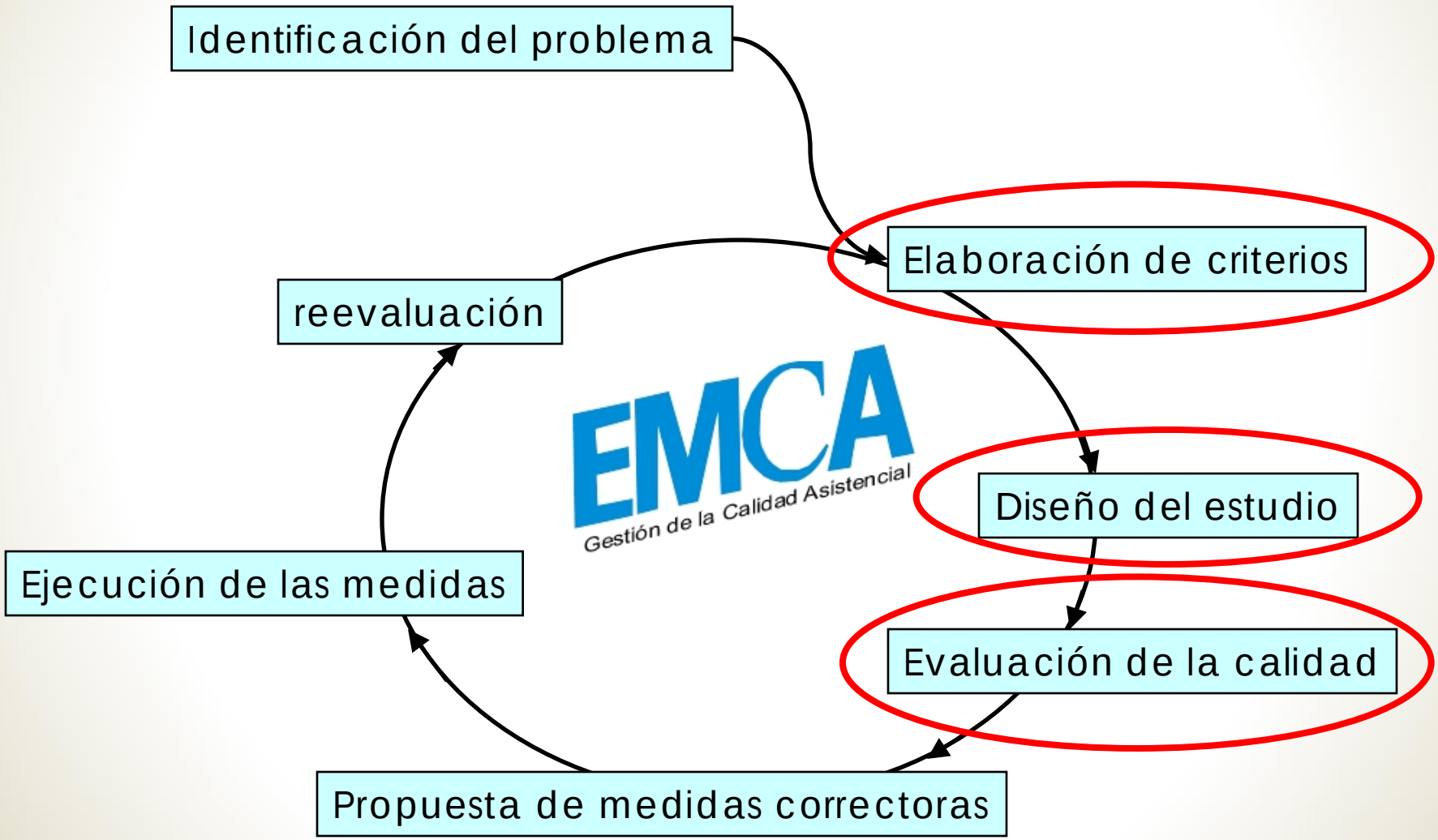
- **lado incorrecto (pierna derecha o izquierda),**
- **a la posición o el nivel incorrecto (dedo incorrecto de la mano correcta) o**
- **al procedimiento incorrecto (procedimiento quirúrgico incorrecto en el ojo correcto).**

Los problemas más frecuentes de cirugía en el lugar erróneo se producen en extremidades inferiores o cirugía de columna.

Desde la **American Academy of Orthopaedic Surgeons** se plantea que un cirujano ortopédico tiene una **25% de probabilidad de realizar, al menos en una ocasión, una cirugía en un sitio erróneo en 35 años de profesión**.

"LUGAR CORRECTO, PROCEDIMIENTO CORRECTO y PERSONA CORRECTA"

Ciclo de garantía de calidad



Elaboración de criterios

- Error médico
- Evento adverso
- Incidente
- Negligencia

Problema en la definición de “caso”: Taxonomía común

Elaboración de criterios

seguridad del paciente se define como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a los cuidados de salud al mínimo aceptable.

OMS 2009

definiciones reproducidas con el consentimiento escrito de la WHO, traducidas del documento:

The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Enero 2009

Elaboración de criterios

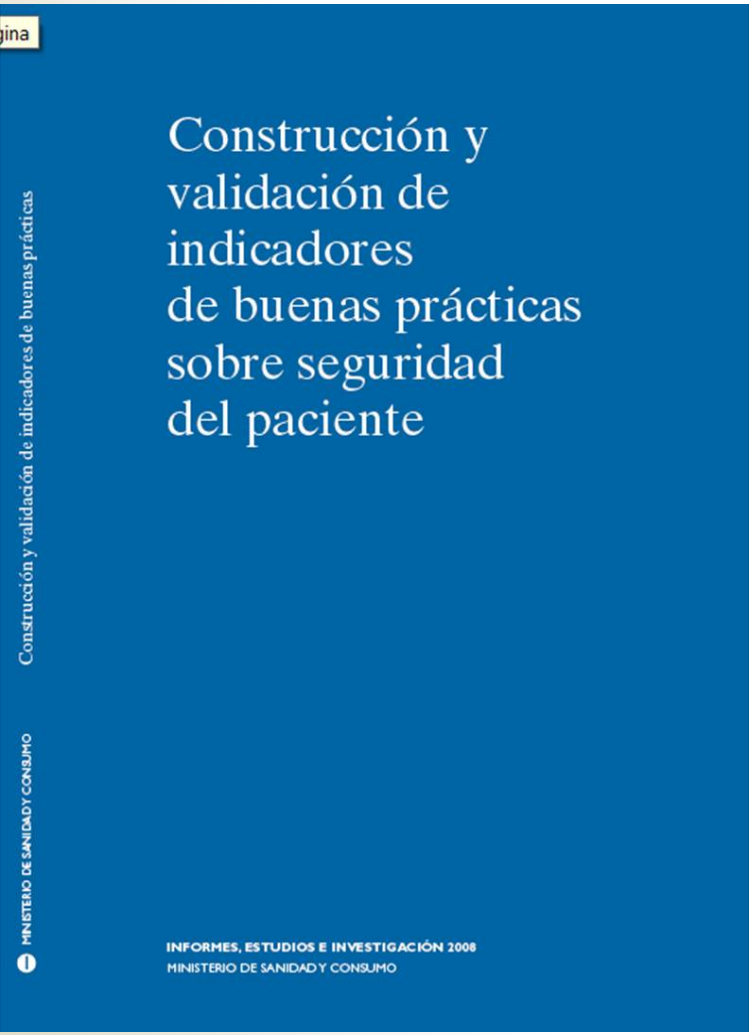
Un **incidente** es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Hay **incidentes** que no llegan a causar daño, bien porque no llegan a aplicarse al paciente (ejemplo, fallo en tratamiento que se detecta antes de su aplicación)
bien porque su aplicación no tiene consecuencias negativas (realización de una ecografía al paciente equivocado).

Un **evento adverso** es un incidente que produce daño al paciente.

Elaboración de criterios

2006



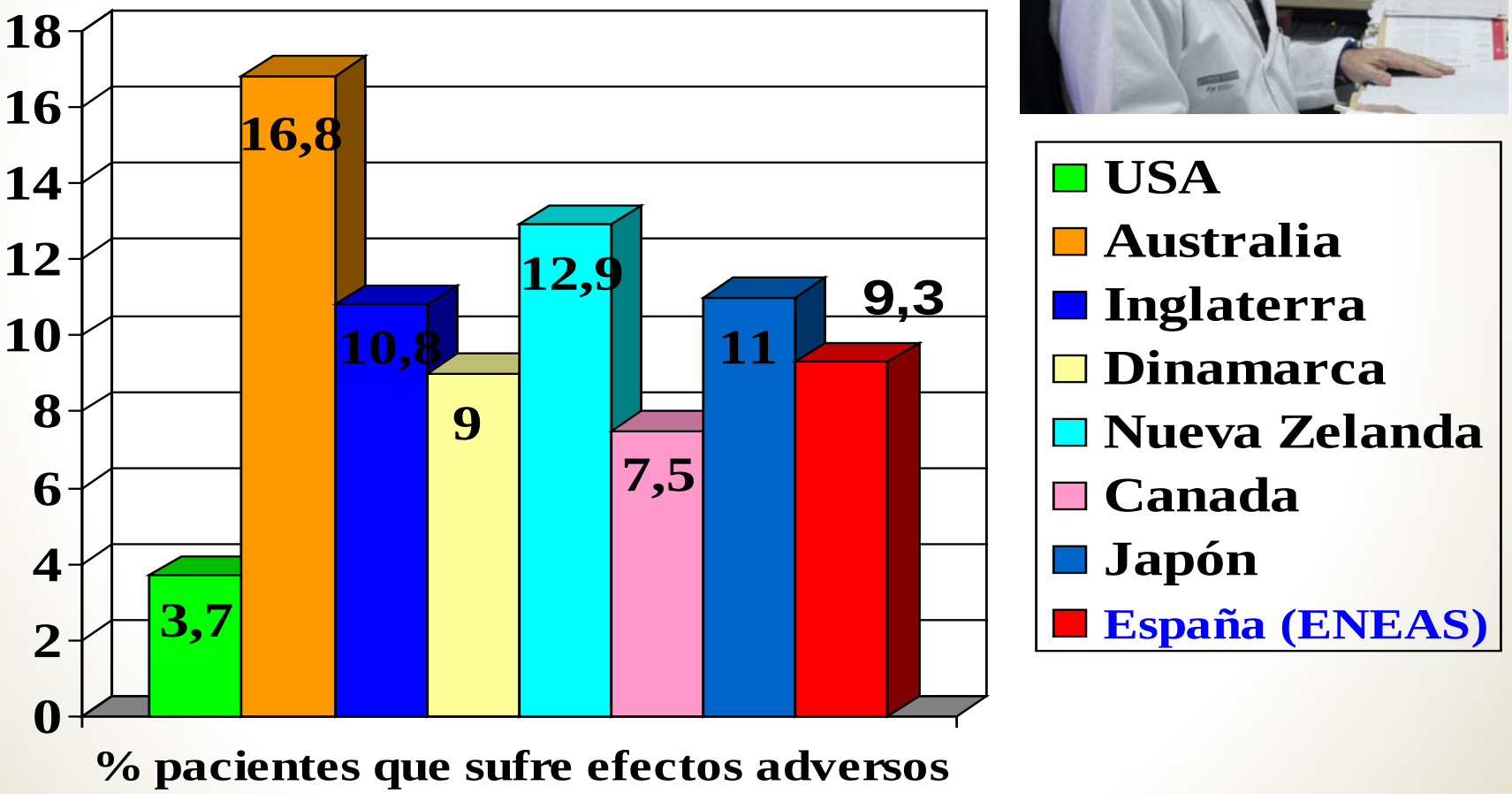
Titularidad del Estudio
Agencia de Calidad del
Sistema Nacional de Salud 2006
Ministerio de Sanidad y Consumo
Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid

Dirección Científica del Proyecto
Pedro J. Saturno.
Universidad de Murcia
U. D. Medicina Preventiva y Salud Pública.

Elaboración de indicadores:

Carmen Castillo
M.ª José López
Teresa Ramón
Andrés Carrillo
M.ª Dolores Iranzo
Víctor Soria
Pedro Parra
Rafael Gomis
Juan José Gascón

Evaluación de resultados



Evaluación de resultados

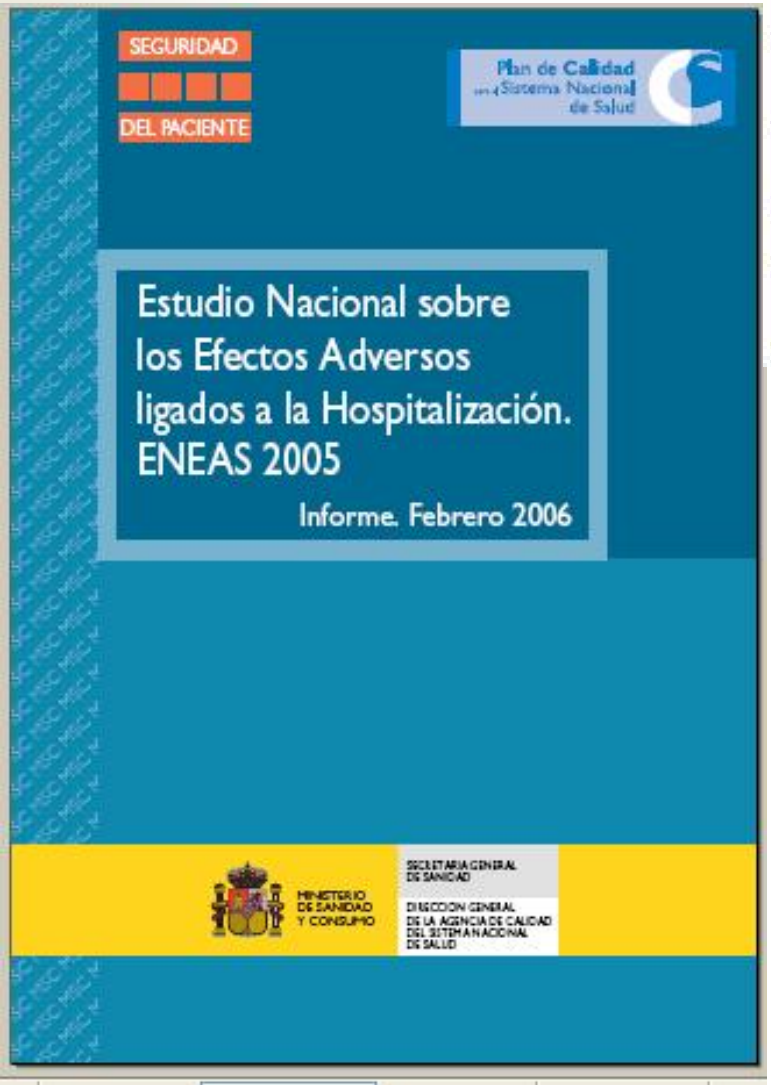


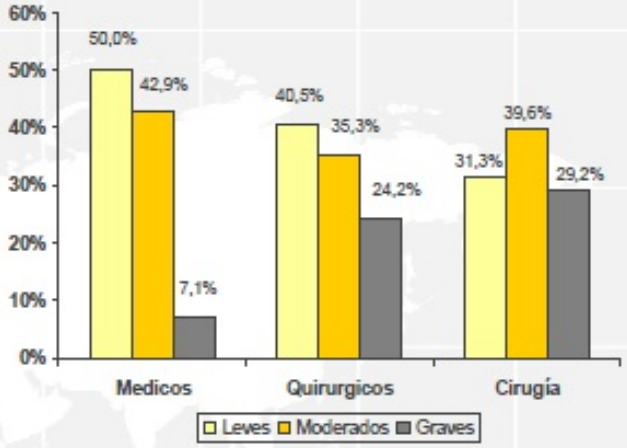
Tabla 9.- Distribución de pacientes por tipo de hospital.			
Hospitales	N	Pacientes estimados	Pacientes reales
Grandes	5	3742	2288
Medianos	13	2018	2885
Pequeños	6	740	451
Total	24	6500	5624

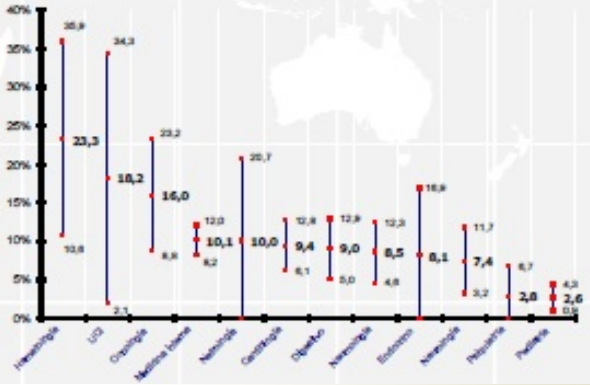
Eventos adversos: **9,3%** pacientes

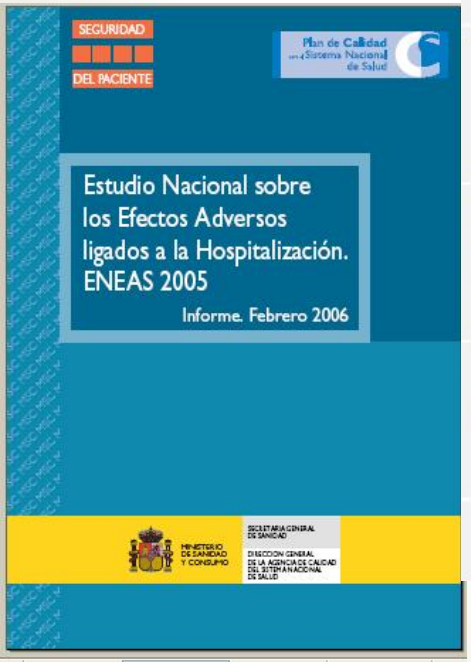
Evaluación de resultados

	Servicio	EA	Total	Incidencia
Servicios Médicos	Hematología	10	43	23,3
	UCI	4	22	18,2
	Oncología	16	100	16,0
	Medicina interna	98	969	10,1
	Nefrología	3	30	10,0
	Cardiología	27	286	9,4
	Digestivo	18	201	9,0
	Neumología	17	201	8,5
	Endocrino	3	37	8,1
	Neurología	11	148	7,4
	Psiquiatría	2	71	2,8
	Pediatría	9	342	2,6
	Total Médicos	218	2.450	8,9
Servicios Quirúrgicos	Cirugía cardíaca	9	45	20,0
	Cirugía torácica	6	30	20,0
	Cirugía vascular	15	89	16,9
	Urología	29	279	10,4
	Cirugía general y digestiva	76	735	10,3
	Neurocirugía	5	56	8,9
	Traumatología	53	595	8,9
	Otorrinolaringología	10	187	5,3
	Ginecología y obstetricia	50	980	5,1
	Cirugía maxilofacial	1	25	4,0
	Oftalmología	1	83	1,2
	Dermatología	0	17	0,0
	Cirugía pediátrica	0	27	0,0
	Cirugía plástica	0	26	0,0
	Total Quirúrgicos	255	3.174	8,1
	TOTAL	473	5.624	8,4

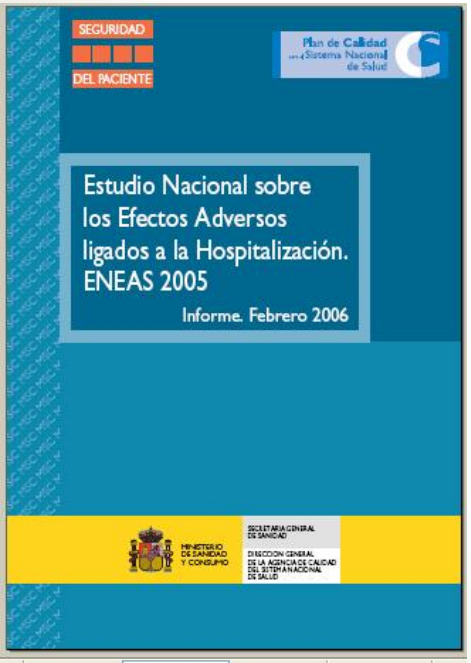
...distinto nivel de riego







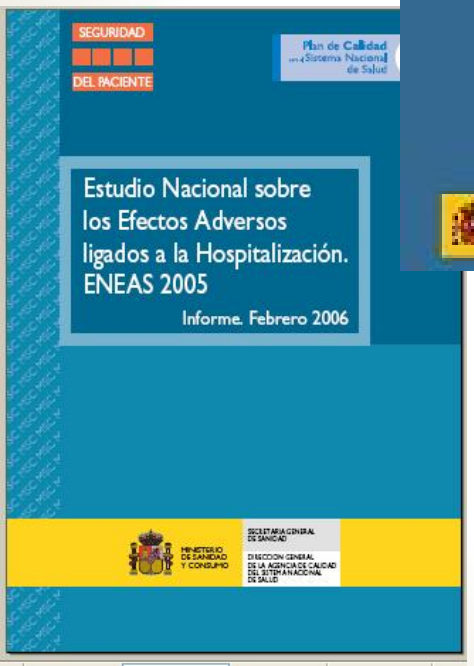
Evaluación de resultados



Tipos de EA

NATURALEZA DEL PROBLEMA	Totales (%)	Evitables (%)
Relacionados con un procedimiento	25,0	31,7
Relacionados infección nosocomial	25,3	56,6
Relacionados con la medicación	37,4	34,8
Relacionado con los cuidados	7,6	56,0
Relacionados con el diagnostico	2,7	84,2
Otros	1,8	33,4
Total	**655 (100%)**	**278 (42,6%)**

Evaluación de resultados



Evaluación de resultados

Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva.
Seguridad y riesgo en el enfermo crítico.
SYREC 2007
Informe. Mayo 2009

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2010
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Tabla 22. Número de incidentes por clase

	n = 1424	%
Medicación	350	24,58%
Transfusión	5	0,35%
Vía aérea y ventilación mecánica	144	10,11%
Accesos vasculares, sondas	148	10,39%
Aparatos	219	15,38%
Error diagnóstico	16	1,12%
Pruebas diagnósticas	102	7,16%
Cuidados	207	14,54%
Procedimientos	70	4,92%
Infección nosocomial	116	8,15%
Cirugía	47	3,30%

79 UCIs de España
1 día
1017 pacientes

↓

1424 incidentes

598 pacientes con incidentes (58,1%)

Evaluación de resultados

Incidentes y eventos adversos en medicina intensiva.
Seguridad y riesgo en el enfermo crítico.
SYREC 2007
Informe. Mayo 2009

ESTUDIO APEAS
ESTUDIO SOBRE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud

Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización.
ENEAS 2005
Informe. Febrero 2006

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SECRETARÍA GENERAL DE SANIDAD
DIRECCIÓN GENERAL DE LA AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

EVADUR:
EVentos Adversos en URgencias

EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles

SANTIAGO TOMÁS[1], MANEL CHANOVAS[2], FERMÍ ROQUETA[3], JULIÁN ALCARAZ[4], TOMÁS TORANZO[5] Y GRUPO DE TRABAJO EVADUR-SEMES

[1]Servicio Integral de Urgencias, Hospital Municipal de Badalona-Badalona Serveis Assistencials (BSA). Barcelona, España. [2]Servicio de Urgencias, Hospital Verge de la Cinta-Tortosa. Tarragona, España. [3]Servicio de Urgencias. Fundació Althaia. Manresa. Barcelona, España. [4]Servicio de Urgencias, Hospital Morales Messeguer. Murcia, España. [5]Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Concha. Zamora, España.

Emergencias 2010; 22: 415-428

EVADUR

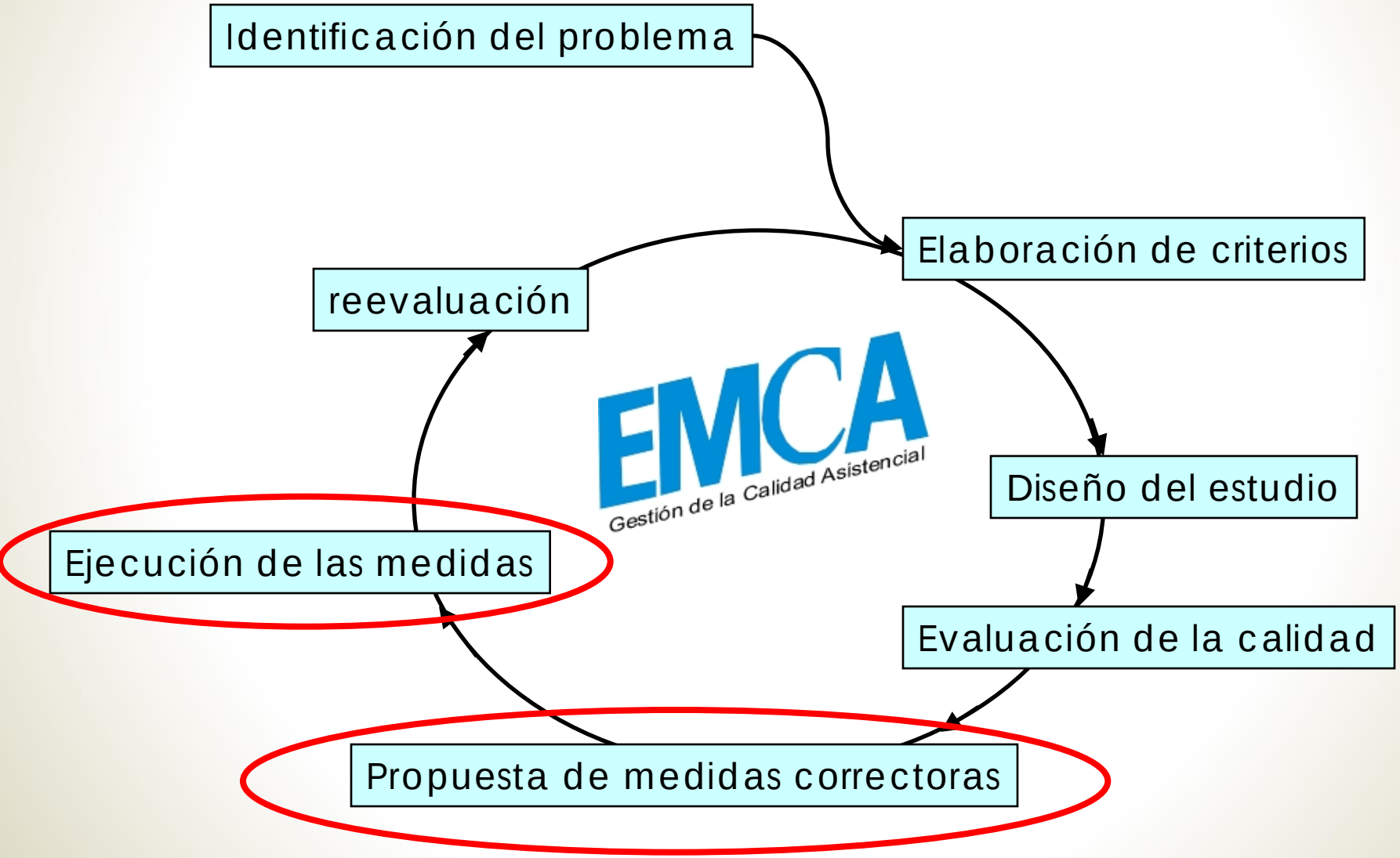
Método:

- Estudio observacional multicéntrico (21 SU)
- 7 días de la semana, 24 horas
- Revisión telefónica a la semana
- 3.854 pacientes

Resultados:

- 462 pacientes con incidente o eventos adversos **(12%)**
- Se consideraron evitables el 70%
- Sólo constaban en el informe el 17% de EA/Incidentes

Ciclo de garantía de calidad



Intervención

ESTRATEGIA 8 **MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LOS CENTROS SANITARIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**. 2010

Objetivo 8.1 Promover y desarrollar el conocimiento y la **cultura de seguridad** de los pacientes entre los profesionales y los pacientes, en cualquier nivel de atención sanitaria

Objetivo 8.2 Diseñar y establecer sistemas de información y **notificación de incidentes** relacionados con la seguridad de pacientes

Objetivo 8.3 Implantar **prácticas seguras** en el Sistema Nacional de Salud

Objetivo 8.4 Promover la **investigación en seguridad** de los pacientes

Objetivo 8.5 **Participación de los pacientes** en la estrategia de seguridad de pacientes

Objetivo 8.6 Reforzar la participación de España en todos los **foros sobre seguridad** de pacientes de las principales organizaciones internacionales

Intervención

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

-curso online de formación

-Master en seguridad del paciente

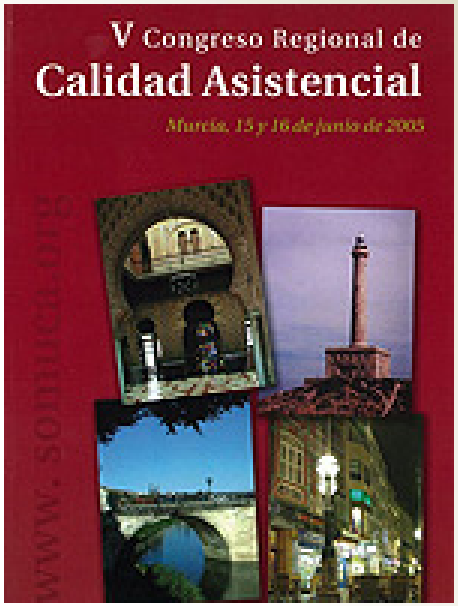
-becas de colaboración para el impulso de prácticas seguras

-SINASP

SINASP
Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

Intervención

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social



Julián Paredes Martínez
Coordinador Regional de Programas para la Seguridad del Paciente. Murcia

Proyectos:

- (I).- Estudio de incidencia de efectos adversos en los hospitales de la Región de Murcia.
- (II).- Programas de formación en gestión de riesgos sanitarios
- (III).- Proyecto para mejorar la identificación de pacientes,
- (IV).- Estudio de la situación actual de los hospitales de nuestra Región en materia de Bioseguridad

Intervención

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Susana Valbuena Moya
Coordinadora Regional Programa Seguridad del Paciente

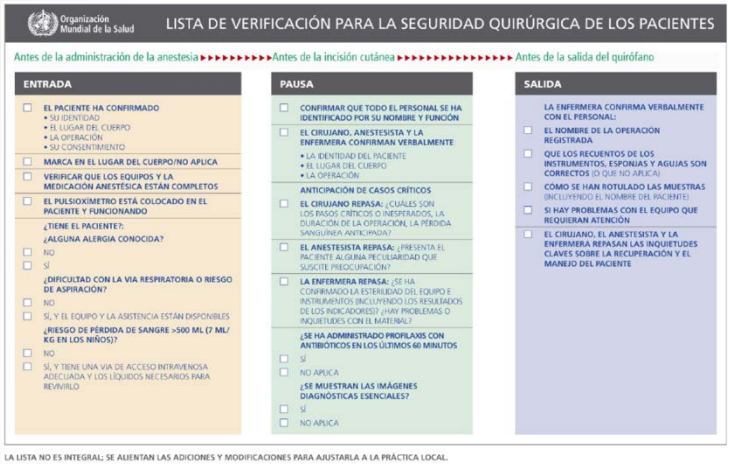
Identificación inequívoca
Prevención de la Infección Nosocomial
Proyecto Higiene de manos
Bacteriemia y neumonía zero
Seguridad del medicamento
Unidades Funcionales para la Seguridad del Paciente
Cirugía Segura
SINASP
Información a pacientes y profesionales sobre seguridad del paciente
Protección radiológica
Instrucciones Previas
Acciones Formativas

Intervención

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Taller: Gestión de la Calidad en Servicios Clínicos

Intervención



Organización Mundial de la Salud

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES

Antes de la administración de la anestesia ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de la incisión cutánea ▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸▸ Antes de la salida del quirófano

ENTRADA

- ☐ **EL PACIENTE HA CONFIRMADO**
  - SU IDENTIDAD
  - EL LUGAR DEL CUERPO
  - LA OPERACIÓN
  - SU CONSENTIMIENTO
- ☐ **MARCA EN EL LUGAR DEL CUERPO/NO APLICA**
- ☐ **VERIFICAR QUE LOS EQUIPOS Y LA MEDICACIÓN ANESTÉSICA ESTÁN COMPLETOS**
- ☐ **EL PULSIOXÍMETRO ESTÁ COLOCADO EN EL PACIENTE Y FUNCIONANDO**

¿TIENE EL PACIENTE?:
¿ALGUNA ALERGIA CONOCIDA?
- ☐ NO
- ☐ SÍ

¿DIFICULTAD CON LA VÍA RESPIRATORIA O RIESGO DE ASPIRACIÓN?
- ☐ NO
- ☐ SÍ, Y EL EQUIPO Y LA ASISTENCIA ESTÁN DISPONIBLES

¿RIESGO DE PÉRDIDA DE SANGRE >500 ML (7 ML/KG EN LOS NIÑOS)?
- ☐ NO
- ☐ SÍ, Y TIENE UNA VÍA DE ACCESO INTRAVENOSA ADECUADA Y LOS LÍQUIDOS NECESARIOS PARA REVIVIRLO

PAUSA

- ☐ **CONFIRMAR QUE TODO EL PERSONAL SE HA IDENTIFICADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN**
- ☐ **EL CIRUJANO, ANESTESISTA Y LA ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE**
  - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE
  - EL LUGAR DEL CUERPO
  - LA OPERACIÓN

ANTICIPACIÓN DE CASOS CRÍTICOS
- ☐ **EL CIRUJANO REPASA:** ¿CUÁLES SON LOS PASOS CRÍTICOS O INESPERADOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN, LA PÉRDIDA SANGUÍNEA ANTICIPADA?
- ☐ **EL ANESTESISTA REPASA:** ¿PRESENTA EL PACIENTE ALGUNA PECULIARIDAD QUE SUSCITE PREOCUPACIÓN?
- ☐ **LA ENFERMERA REPASA:** ¿SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD DEL EQUIPO E INSTRUMENTOS (INCLUYENDO LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES)? ¿HAY PROBLEMAS O INQUIETUDES CON EL MATERIAL?

¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS CON ANTIBIÓTICOS EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS
- ☐ SÍ
- ☐ NO APLICA

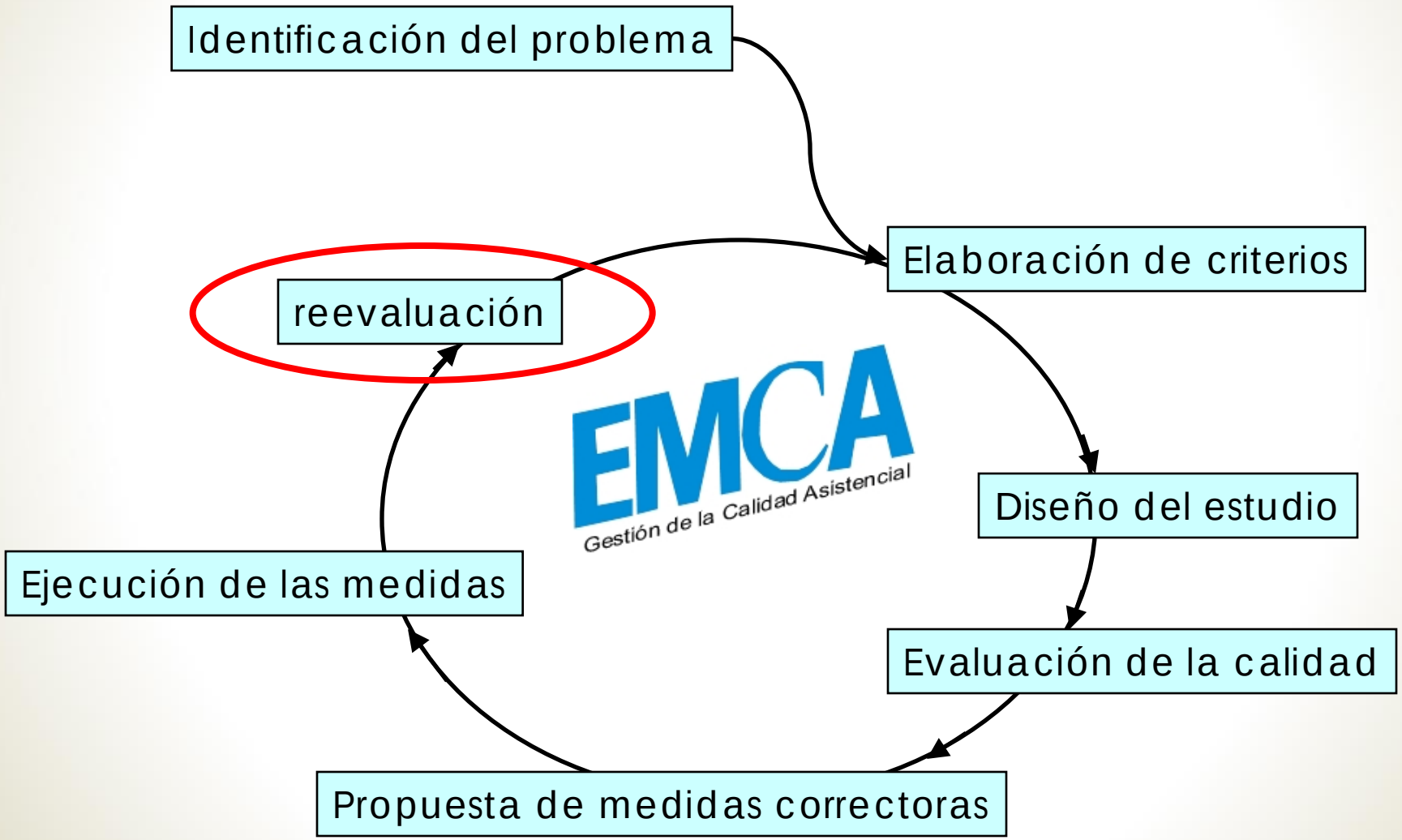
¿SE MUESTRAN LAS IMÁGENES DIAGNÓSTICAS ESENCIALES?
- ☐ SÍ
- ☐ NO APLICA

SALIDA

LA ENFERMERA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL PERSONAL:
- ☐ **EL NOMBRE DE LA OPERACIÓN REGISTRADA**
- ☐ **QUE LOS RECUENTOS DE LOS INSTRUMENTOS, ESPONJAS Y AGUJAS SON CORRECTOS** (O QUE NO APLICA)
- ☐ **CÓMO SE HAN ROTULADO LAS MUESTRAS** (INCLUYENDO EL NOMBRE DEL PACIENTE)
- ☐ **SI HAY PROBLEMAS CON EL EQUIPO QUE REQUIERAN ATENCIÓN**
- ☐ **EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y LA ENFERMERA REPASAN LAS INQUIETUDES CLAVES SOBRE LA RECUPERACIÓN Y EL MANEJO DEL PACIENTE**

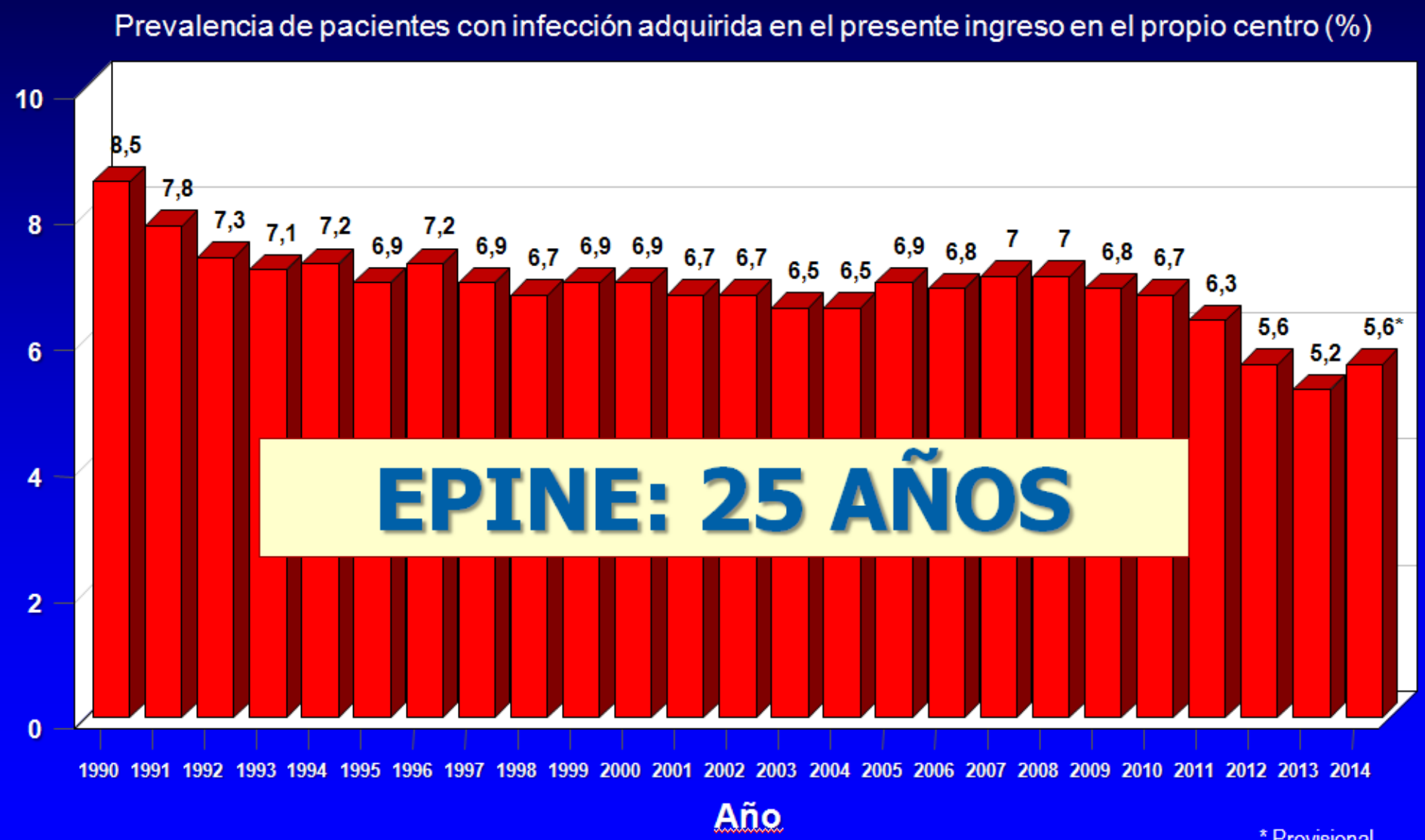
LA LISTA NO ES INTEGRAL; SE ALIENTAN LAS ADICIONES Y MODIFICACIONES PARA AJUSTARLA A LA PRÁCTICA LOCAL.

Ciclo de garantía de calidad



¿Hemos mejorado?

Prevalencia de pacientes con infección nosocomial ESPAÑA. EPINE 1990-2014



* Provisional

An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU

Peter Pronovost, M.D., Ph.D., Dale Needham, M.D., Ph.D., Sean Berenholtz, M.D., David Sinopoli, M.P.H., M.B.A., Haitao Chu, M.D., Ph.D., Sara Cosgrove, M.D., Bryan Sexton, Ph.D., Robert Hyzy, M.D., Robert Welsh, M.D., Gary Roth, M.D., Joseph Bander, M.D., John Kepros, M.D., and Christine Goeschel, R.N., M.P.A.

N Engl J Med 2006; 355:2725-2732

7,7 ⟶ 1,4

INTERVENCIONES PARA PREVENIR LAS BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTER: PROGRAMA DE MICHIGAN. 5 PUNTOS DE "MEJORES PRÁCTICAS"

- Higiene de manos antes del procedimiento
- Uso de medidas de barrera máximas
- Desinfección de la piel con Chlorhexidina
- Evitar femorales
- Retirar las vías innecesarias

Resultados:

El objetivo principal era reducir la incidencia de la BRCV en un 40% respecto a la tasa media de los 5 años previos en las UCI españolas.

Tras 18 meses de implantación:

se había reducido de 3.07 infecciones por 1000 días de catéter a 1.12

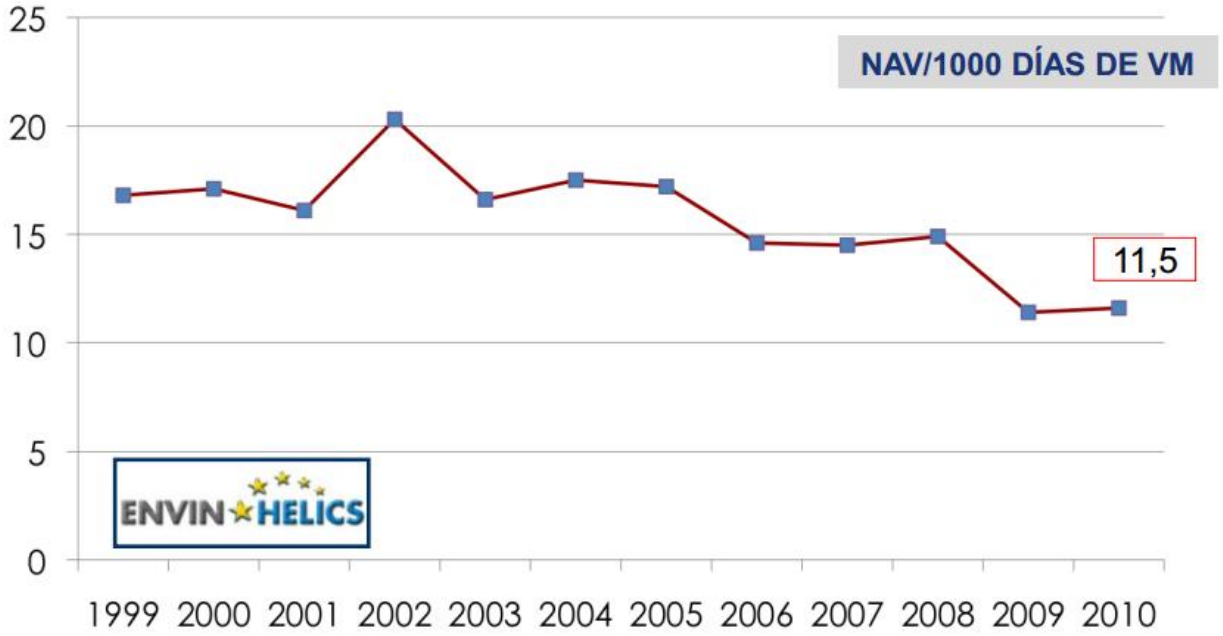
El impacto para los pacientes:

- se han evitado 742 episodios de sepsis, **1092,**
- 66 muertes por BRCV y **98 muertes,**
- un ahorro de casi 28 millones de euros. **26,208.000 €.**

Las UCI que han aportado datos de forma regular han sido 184, 171 pertenecientes a H públicos,

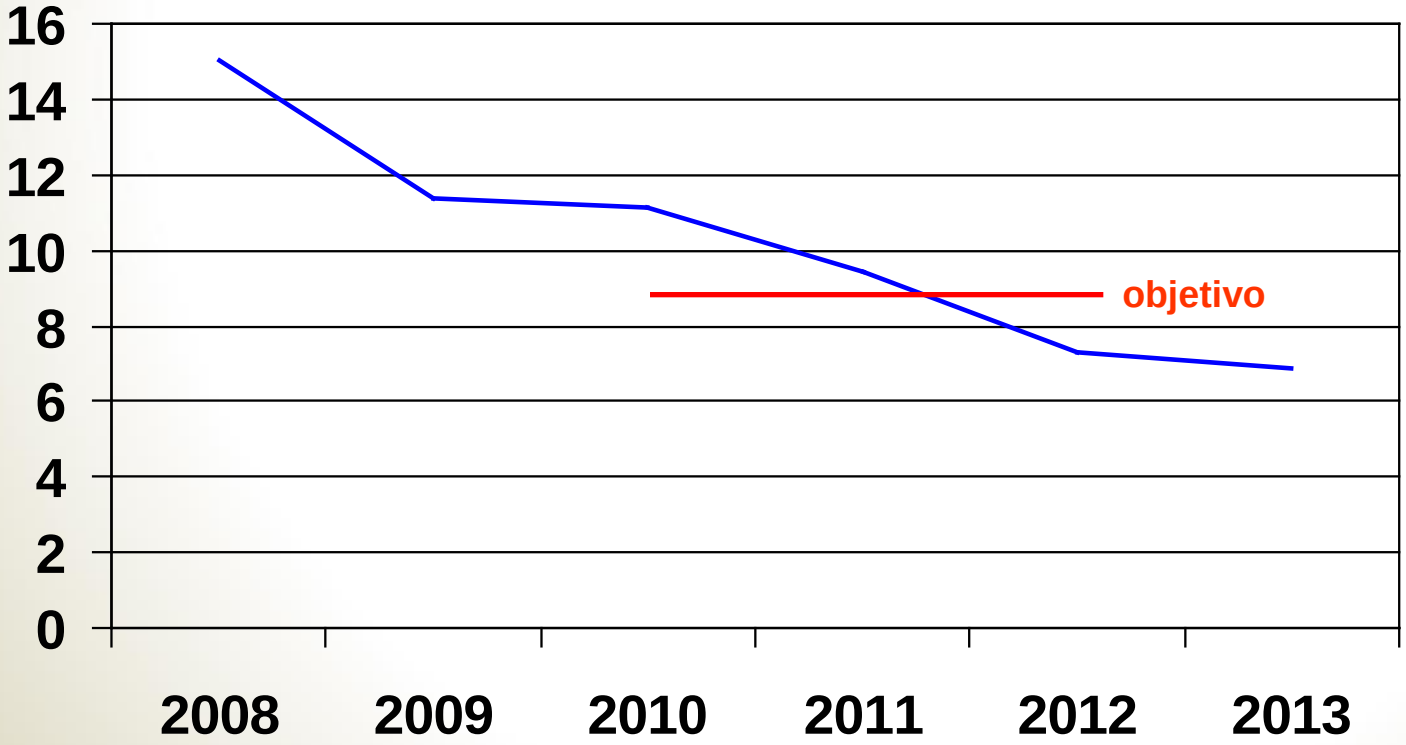
Neumonía Zero

EPIDEMIOLOGÍA DE LA NAV EN ESPAÑA

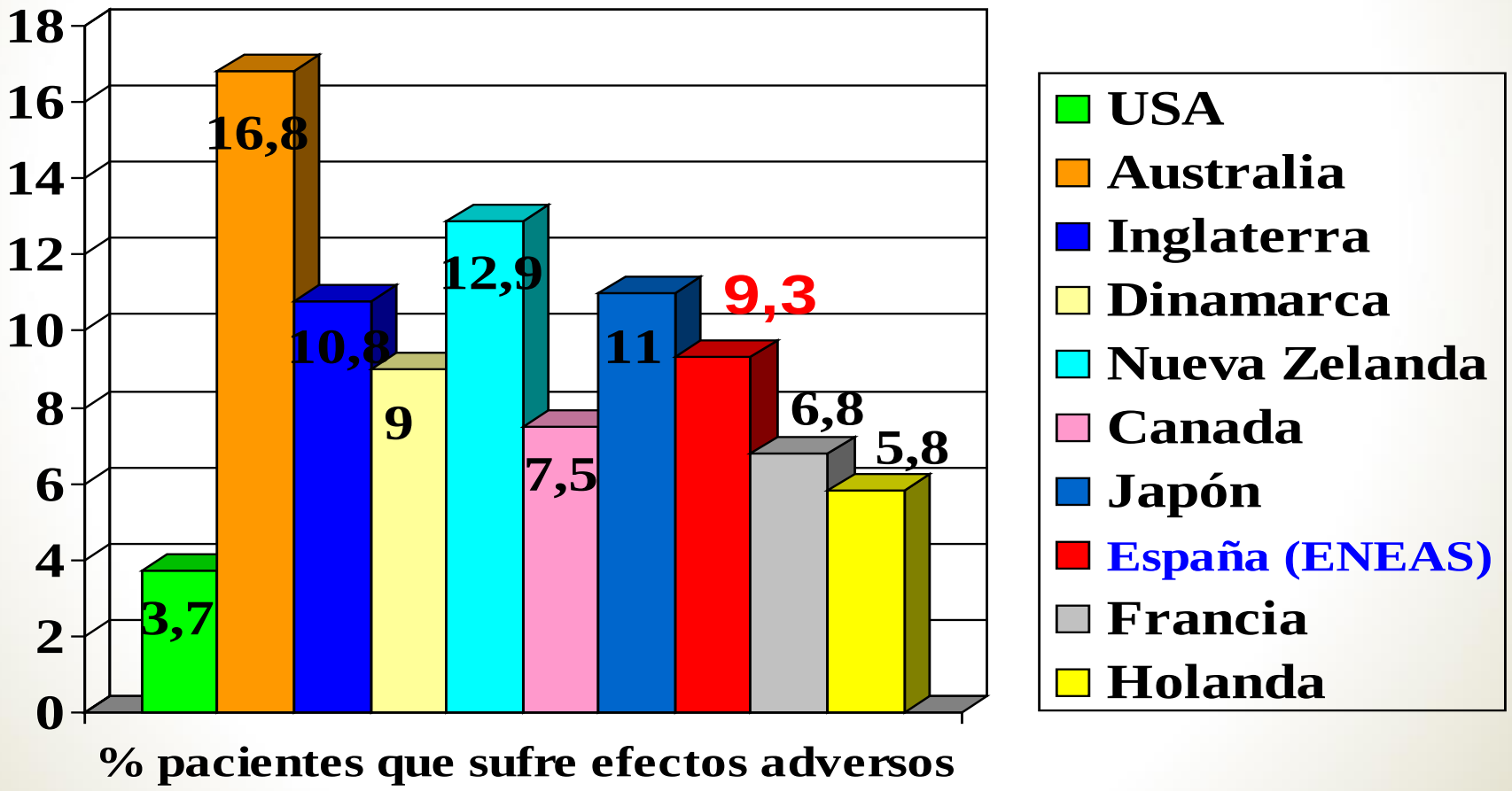


Neumonía Zero

neumonia /1000 dias VM



¿Hemos mejorado?



Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención en los Servicios de Urgencia del SMS

ERIDA

en los servicios de urgencias del SMS

Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Consumo

Servicio Murciano de Salud

Area Vega Media del Segura

Estudio Regional de Incidentes Derivados de la Atención en los Servicios de Urgencia del SMS

EVADUR (2010) 12% pacientes con incidente

2012: Muestra de 397 casos

Se detectaron incidentes en 47 pacientes

11,95% (8,7-15,1%)

2014: muestra 270 pacientes, detectándose en 17 incidentes,
El **6,29%** (i.c. 2,8-9,2%).

¿Hemos mejorado?

EVADUR (2010) 12% pacientes con incidente

ERIDA

2012: Muestra de 397 casos

Se detectaron incidentes en 47 pacientes

11,95% (8,7-15,1%)

2014: muestra 270 pacientes, detectándose en 17 incidentes,

6,29% (i.c. 2,8-9,2%).

Conclusión

¡MUCHAS GRACIAS!

¡Enhorabuena por los 20 años!