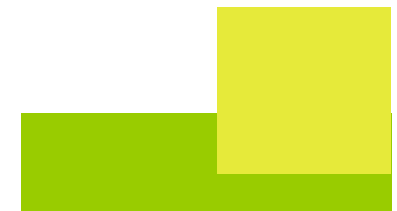


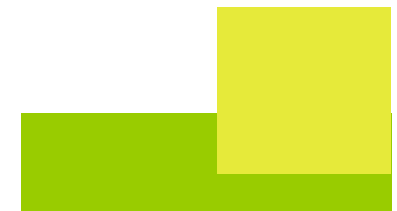
Control de Procesos en Infección Asociada a la Asistencia Sanitaria

David Cantero González
Subdirección de Calidad
Organización Central de Osakidetza



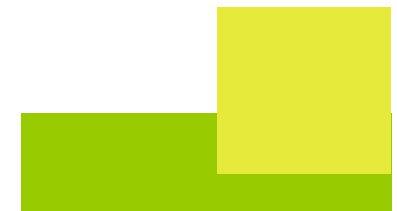
Infección asociada a la asistencia sanitaria

- Evento adverso que afecta a la seguridad del paciente que más ampliamente ha sido estudiado, debido a su mortalidad y morbilidad



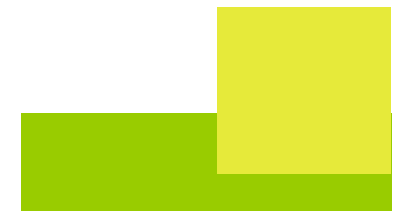
Evolución histórica

- Años 50: primeras actividades de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial (IN)
- Años 70: Se inicia discusión ¿son realmente efectivas estas prácticas?
- Años 80: SENIC. Los programas de vigilancia prevención y control son efectivos (reducen un 32% la aparición de IN) y coste-efectivos si consiguen una reducción de la incidencia de IN superior al 6%)



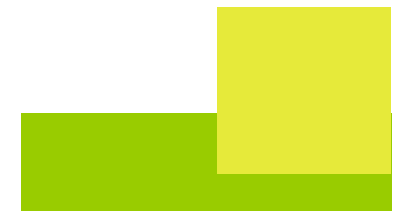
Evolución histórica

- SENIC:
 - Desarrollo organizado de las actividades de vigilancia y control
 - Personal médico preparado en el control de IN
 - Una enfermera/o dedicada al control por cada 250 camas
 - Desarrollo de sistemas de información (sistemas de vigilancia)
- JCAHO (1976): estándares sobre actividades en vigilancia, prevención y control como condición de acreditación



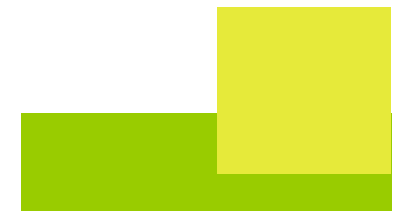
Evolución histórica

- 1990: CAPV siguiendo metodología del estudio SENIC. 10 hospitales. El programa de Vigilancia Prevención y Control más desarrollado obtiene una reducción de la tasa de IN del 26%
- Pago por proceso (GRD): escaso peso de la IN en el reembolso. La posibilidad de adecuar la facturación hospitalaria a los costes que genera la IN es remota. Esto facilita el desarrollo de programas enfocados a disminuir el riesgo de IN y por tanto los costes.



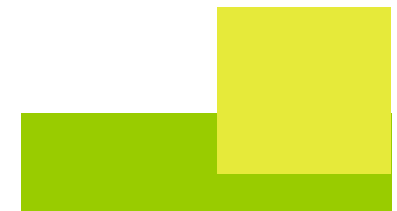
Evolución histórica

- 1998: EEUU panel de consenso sobre los requerimientos de infraestructura y actividades esenciales de control de IN
 - Recomendaciones 1 a 3: Manejo de datos críticos e información
 - Recomendaciones 4 y 5: Políticas y procedimientos de prevención
 - Recomendaciones 6 a 8: Cumplimiento de la legislación, guías de actuación, y requerimientos de acreditación
 - Recomendaciones 9 a 13: Salud Laboral
 - Recomendaciones 14 a 16: Intervención directa para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas
 - Recomendaciones 17 y 18: Educación sanitaria del personal sanitario
 - Recomendaciones 19 a 21: Personal (ICP)
 - Recomendaciones 22 y 23: Recursos materiales



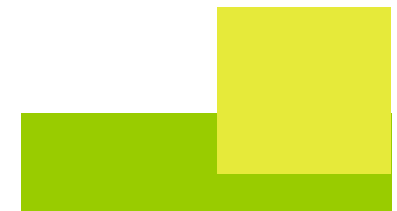
Actividades en Osakidetza (I)

- 1990: Constitución de la Comisión INOZ. Vigilancia de algunos procesos. EPINE
- 1994: Primeras Guías /Manuales
- 1997: “Libro Blanco de la IN”: Propone desarrollo de planes específicos
- 1998 – 2000: **Plan INOZ**. Compromiso de la D. General y Direcciones de las OOS. Se integran ítems del PVPCIN en Contrato-Programa



¿Qué es un Plan?

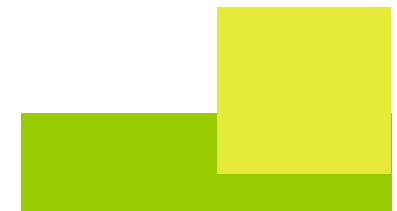
“... es un conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas para conseguir que, un requisito se convierta en un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido..”



¿Qué son los Planes de Vigilancia Prevención y Control de la Infección Nosocomial?

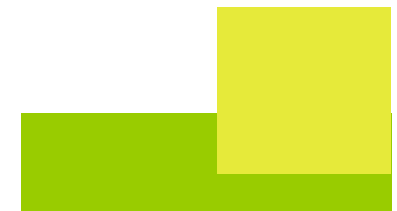
Documento que se elabora en cada centro en base a un documento marco (PLAN INOZ), en el que se recogen los diferentes aspectos (estructurales y operativos) que se llevan o se llevarán a cabo en el centro en materia de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial.

El Plan tiene un responsable (el gerente) y un coordinador. Así mismo, es la Comisión de Infecciones o una Comisión gestora del Plan, la que lo aprueba anualmente.



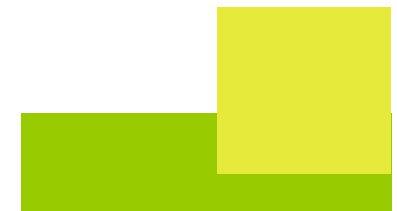
Plan INOZ (1998)

- Objetivos generales:
 - Proteger al paciente, personal sanitario y toda persona en relación con el medio sanitario
- Objetivos específicos:
 - Proceso VIGILANCIA: Recoger y gestionar los datos críticos de las IN
 - Proceso PREVENCIÓN: Implementar políticas, recomendaciones y protocolos para prevenir la IN
 - Proceso CONTROL: Intervenir directamente para interrumpir la transmisión de enfermedades infecciosas
 - Formación y Educación Sanitaria
 - Equipos de Vigilancia Prevención y Control



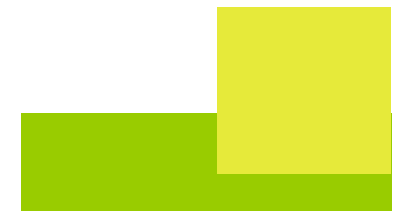
Actividades en Osakidetza (II)

- 2000: Primera Evaluación **EXTERNA** (H. Agudos)
- 2000-2003: Revisión y mejora de los PVPCIN
- 2004: Segunda Evaluación **EXTERNA** (H. Agudos)
- 2006: Primera Evaluación **EXTERNA** (H. Media-Larga estancia)



Evaluación externa 2004 (52 criterios)

- Criterios de estructura
 - Existencia de Plan, Coordinador y equipo PVPCIN
- Criterios de proceso
 - Vigilancia
 - Prevención
 - Control
- Criterios de resultado (revisión)
 - Se revisa el Plan de manera sistemática



Crterios que reciben en una valoración positiva en:

	TODOS LOS CENTROS	75-99% DE LOS CENTROS	50-74% DE LOS CENTROS	25-49% DE LOS CENTROS	< 25% DE LOS CENTROS
ENFOQUE Y ESTRUCTURA	C1. El centro dispone de PVPCIN escrito	C2. PVPCIN consensuado en el centro	C7. Dedicación exclusiva del equipo al PVPCIN	C6. Equipo adecuadamente dotado según SENIC	
	C3. Responsable del plan=gerente	C4. Definido coordinador del PVPCIN	C9. El equipo cuenta con espacio físico adecuado		
	C5. Funciones del coordinador definidas	C11. El equipo participa en actividades de formación continuada	C12. El equipo cuenta con mecanismos de actualización bibliográfica		
	C8. Funciones del equipo definidas		C13. Funciones de servicios/unidades en relación con PVPCIN, definidas		
	C10. El equipo dispone de soporte informático básico		C14. Comisión de Infecciones activa		
	C15. Funciones y normativa de funcionamiento de Comisión de Infecciones definidas				
	C16. Central de esterilización con personas con formación y experiencia				
REVISIÓN				C35. Revisión sistemática del PVPCIN	

Equipo= equipo de Medicina Preventiva /Unidad de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial

		TODOS LOS CENTROS	75-99% DE LOS CENTROS	50-74% DE LOS CENTROS	25-49% DE LOS CENTROS	< 25% DE LOS CENTROS
P R O C E S O	VIGILANCIA			C24. Sistema de alerta activo ante la detección de germen que requieren medidas de vigilancia y/o control posterior	C17. Difusión de resultados de estudios de incidencia C18. Plan de mejora según resultados de estudios de incidencia C22. Control microbiológico en quirófanos según recomendaciones C23. Sistema de alerta para la detección, al ingreso, de casos con antecedentes de infección/colonización previa por MR	C19. Monitorización de prevalencia/incidencia de MR. C20. Monitorización de patrones de resistencia antimicrobiana C21. Monitorización de uso de antimicrobianos C25. Sistema de alerta activa para la detección de brotes
	CONTROL			C28. Pautas de control de MR Cobertura del seguimiento de aislamientos de casos de germen MR	C27. Pautas sobre precauciones basadas en la transmisión. Cobertura del seguimiento de aislamientos de germen no MR	C26. Pautas de actuación ante casos infectados por germen ambiental de probable origen hospitalario
	PREVENCIÓN		C31. Limpieza . Protocolo refrendado y monitorizado por Servicio de Medicina Preventiva/UVPCIN	C29. Estrategias para favorecer el uso adecuado de antimicrobianos C30. Gestión del proceso de esterilización C32. Puesta en marcha de las medidas de mantenimiento recogidas en "Minimización..."	C33. Circuito activo para minimizar el riesgo de IN durante el diseño y puesta en marcha de obras	
	FORMACIÓN			C34. Programa anual de formación en IN destinado a los profesionales del centro		

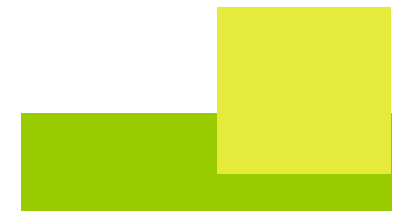
Aspecto clave

Reduciendo la variabilidad del proceso



Se reduce la tasa de defectos del producto final
(tasa de IAAS)

ORIENTACIÓN A PROCESOS DE LOS PVPCIN





Misión del Plan

Reducir la
IAAS



Factores Intrínsecos

IAAS

Factores Extrínsecos



Factores Intrínsecos

BIOSEGURIDAD

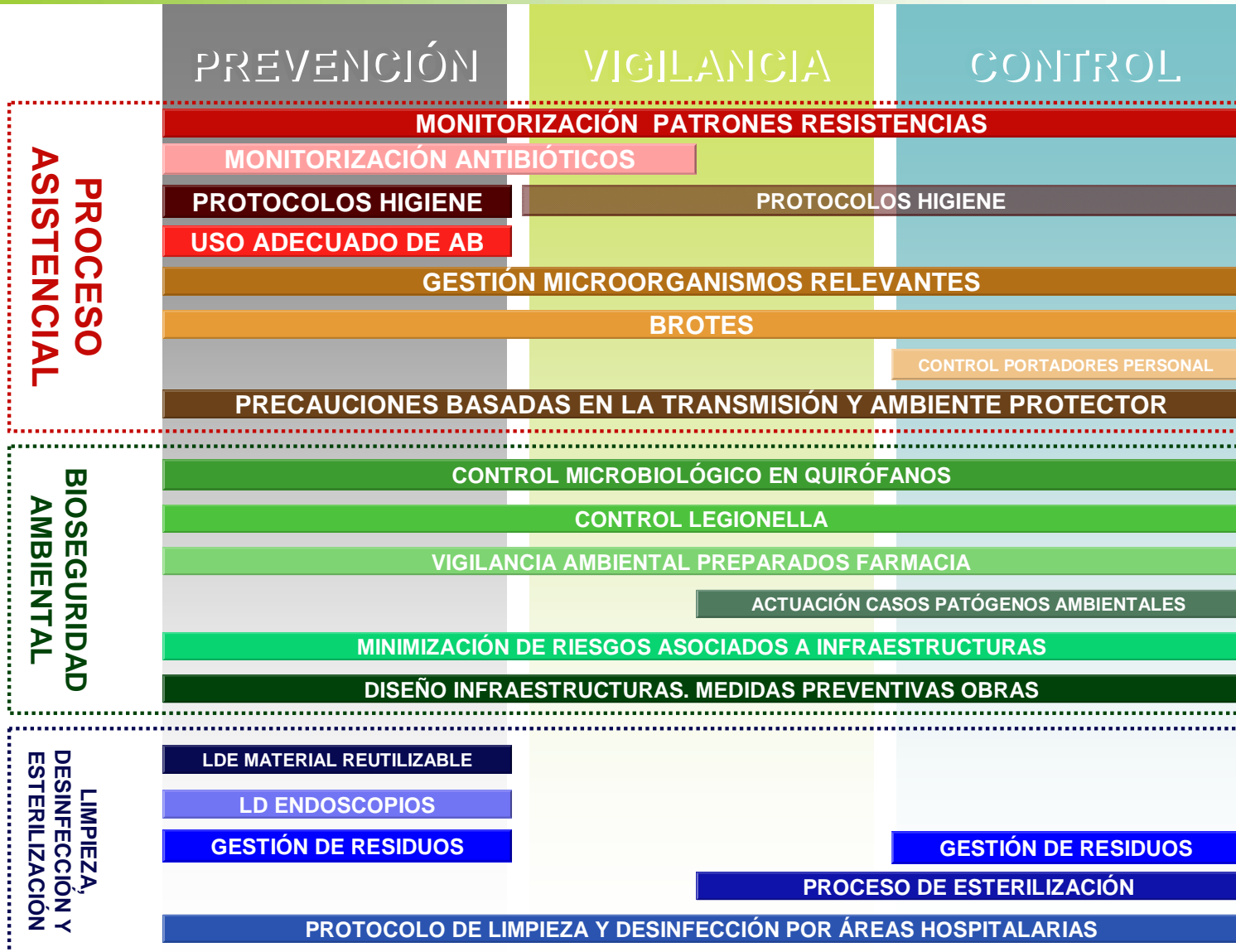
**FORMACIÓN
Y EDUCACION SANITARIA**

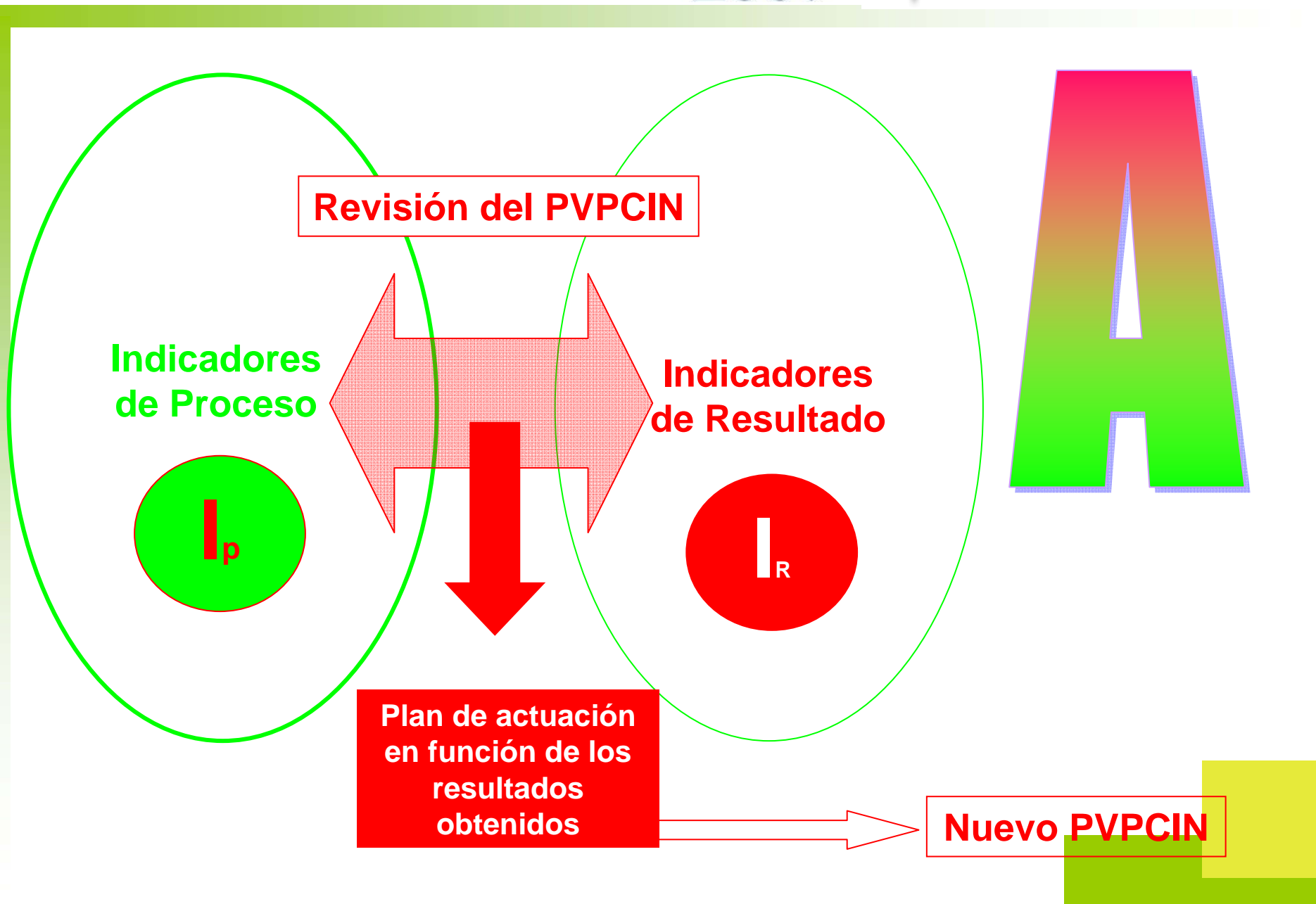
IAAS

PROCESO ASISTENCIAL

**COMPRAS
LIMP. DESINF. ESTERIL.**







Sistema de Autoevaluación (2008)

✦ Equipo Pvpcin (Servicio de Medicina Preventiva o en su defecto UVPCIN)

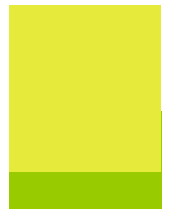
A05: El hospital cuenta con un equipo (servicio de Medicina Preventiva o en su defecto UVPCIN) suficientemente dotado según las recomendaciones SENIC

A06: El personal médico y de enfermería del equipo tiene dedicación exclusiva al PVPCIN (en hospitales de >250 camas)

✦ Procesos implicados en el PVPCIN.

A08: Se han definido las funciones relativas al PVPCIN de los servicios/unidades/procesos.

A09: Se han definido los objetivos anuales de la Comisión de Infecciones respecto del Pvpcin.



AREA I: BIOSEGURIDAD AMBIENTAL

A11: Control microbiológico en quirófanos

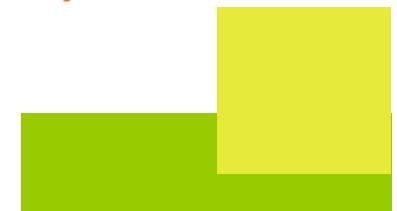
A12: Control microbiológico en hemodiálisis

A13: Vigilancia de parámetros físicos, químicos y biológicos dentro del programa de prevención de legionelosis (Real Decreto 865/2003).

A14: Pautas de actuación ante la detección de casos infectados por patógenos ambientales de probable origen hospitalario

A15: Medidas concretas de mantenimiento según lo establecido en el libro “Recomendaciones para la minimización de los riesgos microbiológicos asociados a las infraestructuras hospitalarias de Osakidetza-Servicio vasco de salud” y en especial, las medidas concretas de mantenimiento (apartado IV) y los “Procedimientos de gestión” (apartado V).

A16: Circuito para el diseño de infraestructuras que minimicen el riesgo de Infección Nosocomial. Puesta en marcha de medidas de aislamiento y sellaje durante obras.



AREA 2: PROCESO ASISTENCIAL

A21: Existe un sistema de monitorización de patrones de resistencia antimicrobianas

A22: Existe un sistema de monitorización del uso de antimicrobianos

A23: El centro ha definido un proceso de actualización y difusión de medidas preventivas de IN a utilizar en el proceso asistencial

A24: El centro ha evaluado la difusión en al menos uno de los protocolos, ligados al proceso asistencial, con el objetivo de conocer el nivel de conocimiento de los profesionales respecto del mismo.

A25: Se han fijado objetivos anuales de monitorización de la adherencia a las medidas preventivas a tener en cuenta en el proceso asistencial (Incluye actividades a realizar, periodicidad y responsables).

A26: Se han establecido estrategias para favorecer el uso adecuado de antimicrobianos

ÁREA 3: LIMPIEZA DESINFECCIÓN Y ESTERILIZACIÓN

A31: Gestión del material reutilizable utilizado en el cuidado del paciente. Limpieza, desinfección y esterilización del equipo utilizado en el cuidado del paciente.

A32: Protocolo de limpieza y desinfección de gastroscopios, broncoscopios, colonoscopios, cistoscopios.

A33: Gestión del material desechable utilizado en el cuidado del paciente. Gestión de residuos

A34: Central de Esterilización

A35: Gestión del proceso de esterilización. Se han establecido los sistemas de control mecánicos, químicos y biológicos adecuados. Se ha definido su periodicidad. Se han designado los responsables. Se mantienen registros de los resultados y se han fijado los criterios de actuación ante resultados positivos

A36: Proceso de Limpieza.



AREA 4: INFECCIÓN CRUZADA

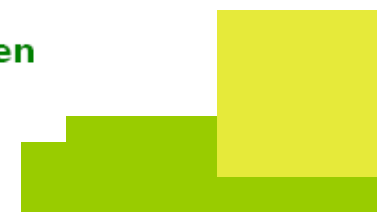
A41: El centro cuenta con un programa para la detección de casos de infección/colonización por microorganismos multirresistentes en el momento del ingreso, que se aplica a poblaciones de alto riesgo definidas en el hospital.

A42: Se ha definido un sistema de alerta ante la aparición de microorganismos resistentes o el aislamiento de determinados gérmenes que precisan medidas de vigilancia, ambientales o de aislamiento.

A43: Se ha planificado un sistema de alerta microbiológica y clínica con circuito de repuesta para la detección y control de brotes. Se han definido las actividades a realizar y sus responsables

A44: Se ha definido un sistema de alerta ante la detección, entre los profesionales del centro, de casos/portadores de microorganismos que pueden ser transmitidos durante la atención al paciente . Existe un circuito, con los canales de comunicación a utilizar, las actividades a realizar y sus responsables.

A45: Pautas de actuación en casos que requieren precauciones basadas en la transmisión o ambiente protector (incluye Multirresistentes).





AREA 5: CRITERIOS MISCELÁNEA

A51: Plan de minimización de riesgos de IN en la adquisición de productos, equipamiento y material sanitario. Se ha definido un circuito de petición de asesoramiento al Servicio de Medicina Preventiva o UVPCIN ante la adquisición de material que pueda tener repercusión sobre la IN. Constan los responsables y las actividades a llevar a cabo, incluidas las de registro.

A52: Programa anual de educación sanitaria. o divulgación de las medidas de prevención y control, prescripción de antibióticos... Se han definido sus objetivos, actividades y responsables (1 seminario al año mínimo).





AREA 6: RESULTADOS EN INFECCIÓN

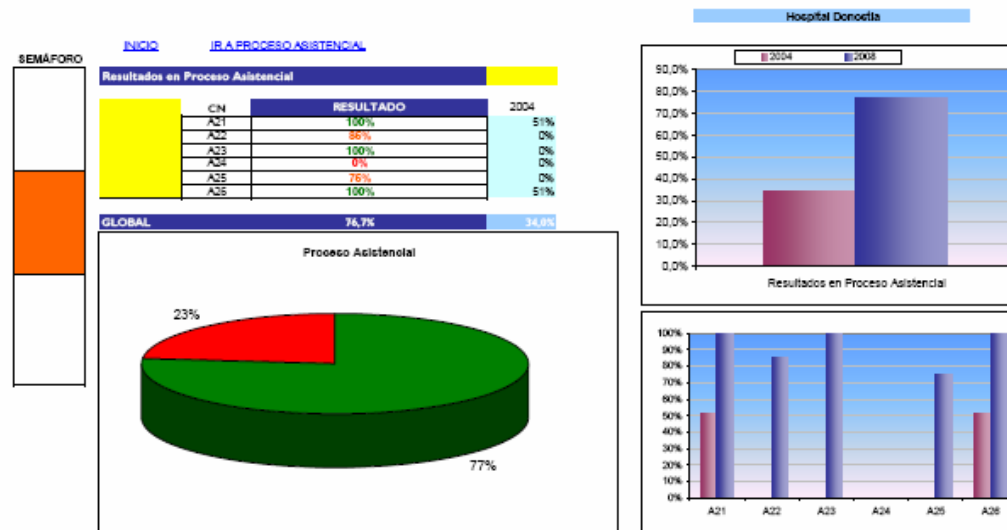
A61: Programa de Vigilancia en Infección Nosocomial. Se elabora anualmente un programa de vigilancia donde constan: los estudios a llevar a cabo, cronograma, metodología a emplear, recursos, responsables, canales de difusión de resultados y los objetivos a alcanzar. Existe un sistema de monitorización en el tiempo de los resultados de los estudios de vigilancia, y existe un plan de actuación en función de los resultados

A62: Existe un sistema de monitorización en el tiempo de la prevalencia/incidencia de determinados gérmenes multirresistentes.



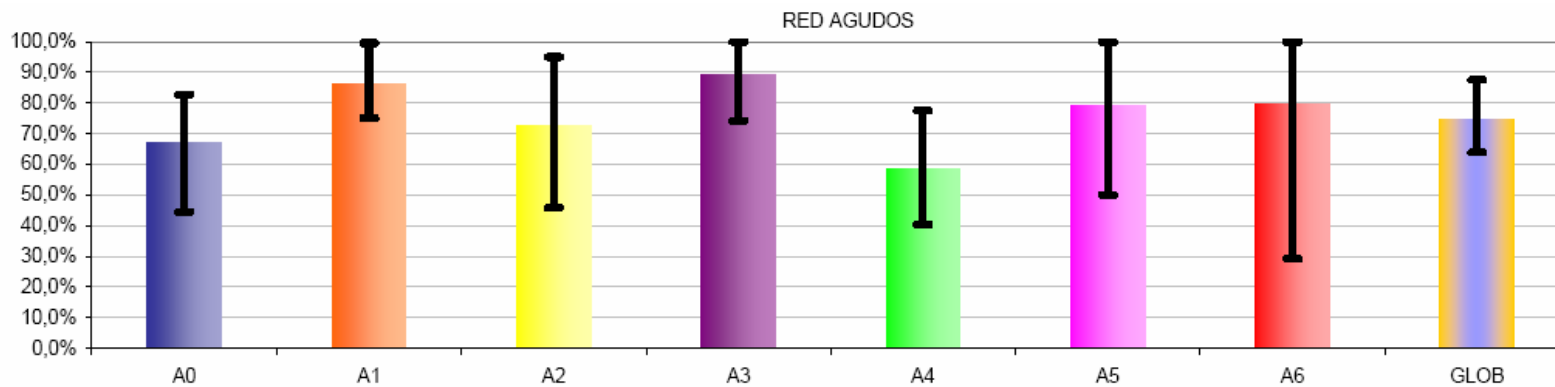


Proceso Asistencial

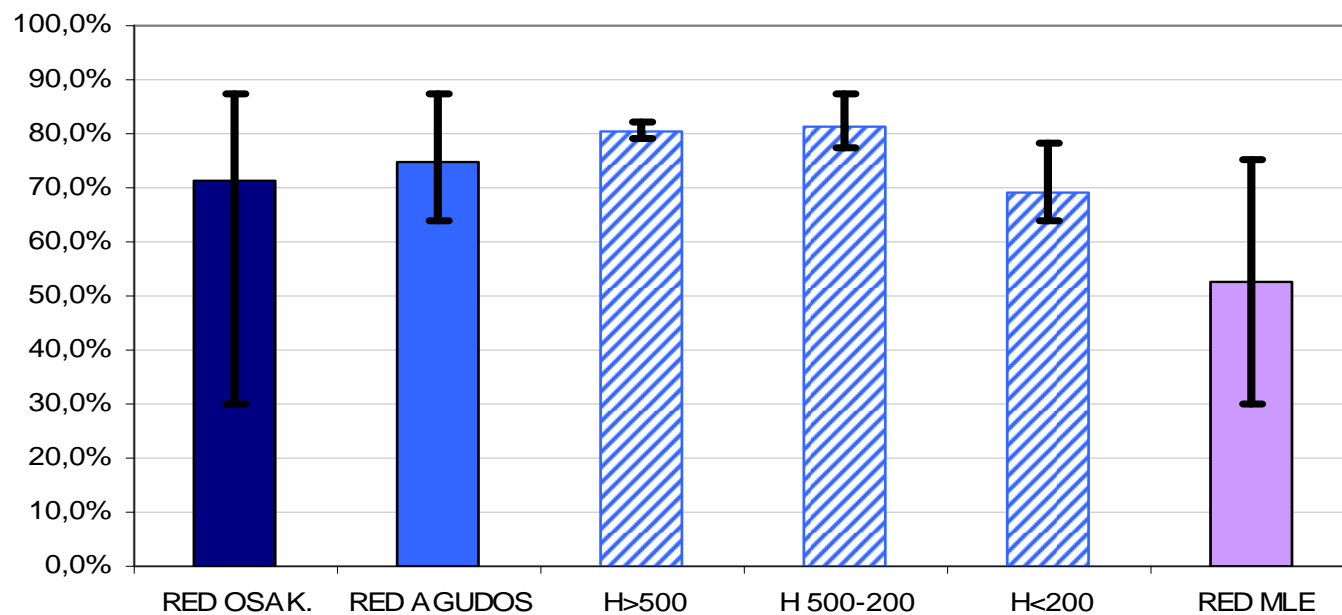


AUTOEVALUACIÓN DEL PLAN DE VIGILANCIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

RESULTADOS GLOBALES		HOSPITAL			RED OSAKIDETZA											
		2004	2008		Red	RS red	RI Red	H>500	RS >500	RI>500	H500-200	RS 500-200	RI500-200	H<200	RS 200	RI 200
E	A0 Enfoque y Estructura	94%	58,6%		62%	20%	62%	71%	2%	2%	68%	15%	23%	65%	18%	9%
Proceso	A1 Bioseguridad Ambiental	26%	95,1%		82%	18%	82%	84%	8%	8%	93%	6%	9%	83%	12%	8%
	A2 Proceso Asistencial	100%	81,3%		67%	28%	67%	86%	9%	9%	78%	5%	7%	65%	17%	19%
	A3 Limpieza, Desinfección y Esterilización	84%	84,2%		85%	15%	85%	91%	9%	9%	98%	2%	3%	83%	7%	9%
	A4 Infección Cruzada	51%	64,9%		59%	36%	59%	68%	1%	1%	69%	8%	12%	48%	17%	8%
	A5 Miscelánea	-	87,5%		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Res	A6 Resultados de Infección	50%	100,0%		74%	26%	74%	98%	2%	2%	97%	3%	6%	62%	28%	33%
RESULTADO GLOBAL		72,2%	78,1%		71%	17%	71%	81%	1%	1%	81%	6%	4%	69%	9%	5%



AUTOEVALUACIÓN PVPCIN 2008. PUNTUACIONES GLOBALES



Control de Procesos en Infección Asociada a la Asistencia Sanitaria

David Cantero González
Subdirección de Calidad
Organización Central de Osakidetza

