Título

BACTERIEMIA ZERO EN CASTILLA Y LEON. RESULTADOS DE UNA APUESTA POR LA SEGURIDAD Y LA EFICIENCIA

Clasificación

01- Proceso Asistencial del Paciente

Palabras clave: eficiencia, liderazgo

Autores

MARIA JOSE PEREZ BOILLOS, CELIA DIAZ TOBAJAS, MARIA JESUS LOPEZ CAMBRA, CRISTINA HERNANDEZ DE DIEGO, BEGOÑA MORRAS PINEDA, DANIEL FONTANEDA LOPEZ, Mª LUZ ROBLES LOPEZ, ANGEL AGUADO GARCIA, JUAN CARLOS BALLESTEROS HERRAEZ, MARISOL BENITO ESTEVEZ,

Entidad

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEON-SACYL

INTRODUCCION

A finales de 2007 nace bacteriemia zero como un proyecto piloto en el que participan las unidades de cuidados intensivos de tres CCAA. Su objetivo, replicar la experiencia desarrollada en 103 UCIs de EEUU, que había sido publicada en el NEJM en el año 2006, y en la que a través de la implantación de un paquete de medidas muy sencillas se había conseguido disminuir en un 66% el riesgo de desarrollar una bacteriemia. En enero de 2009 el proyecto se extiende a nivel nacional y nuestra comunidad, una de las tres que había comenzado a trabajar en el 2007, participa con 10 hospitales en ese momento. El objetivo a lograr, mantener una tasa de bacteriemia inferior a cuatro.

MATERIAL Y METODOS

El proyecto llevaba aparejada la constitución de un equipo líder en cada UCI integrado por un médico y una enfermera y suponía la introducción de algunos pequeños cambios en la forma habitual de trabajar de las unidades: • Comenzaba con un refuerzo de la formación de los profesionales en aquellas prácticas que se saben eficaces para prevenir la aparición de una de estas infecciones • Incorporaba el uso de listados de verificación en la práctica diaria, similares a los que emplean los pilotos. Listados, que se utilizaban en el momento en el que se colocaba el catéter y durante la estancia del paciente en la unidad. El objetivo de estas herramientas era ayudar a que no se olvidara ninguna de las medidas que se saben eficaces en ninguno de los pacientes (higiene de manos, desinfección con clorhexidina, uso de medidas barrera durante la inserción, preferencia de la vía subclavia, retirada del catéter lo más precozmente posible..). • Promovía el uso de nuevos antisépticos como la clorhexidina y los geles alcohólicos, y la utilización de carros que ayudaban a que todo el material que se utilizaba durante la colocación del catéter estuviera siempre agrupado y disponible. • E incluía además la monitorización mensual de las tasas de bacteriemia, su difusión a todos los profesionales de la unidad y el análisis de las causas que habían promovido la aparición de nuevas infecciones, cuando a pesar de haber puesto en marcha todas estas medidas, no se habían conseguido prevenir.

CONCLUSIONES

En dieciocho meses se consiguió alcanzar tasas inferiores a 2 y reducir la cifra de bacteriemias en más de un 50% en las UCIs de la Comunidad. Un resultado importante para una infección que prolonga la estancia en UCI en 12 días y que en el 9% de los casos provoca el fallecimiento del paciente. Una reducción que se ha traducido en trece muertes y más de un ciento cincuenta bacteriemias evitadas y

1776 días de estancia en UCI ahorrados en nuestra comunidad. Un gran impacto, conseguido gracias a la participación y la preocupación de los profesionales de las unidades por mejorar la atención de sus pacientes, a la sencillez de las medidas puestas en marcha y al liderazgo desarrollado.