

**PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”**

**Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)**

0	2	0	5	7	1	M
---	---	---	---	---	---	---

**TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:**

DISEÑO, VALIDACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUCACIÓN DEL LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD EN EL PROCESO DE PARTO EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DE UN HOSPITAL

**CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres): ámbito, destinatarios, objetivos, organización, implicación de profesionales, implicación de pacientes/familiares, desarrollo, duración, presupuesto, evaluación.**

El parto es un fenómeno biológico complejo y una de las experiencias vitales más importantes en la vida de las personas. La tasa de mortalidad materna y neonatal en nuestro entorno es muy baja, pero tiene un alto impacto. En cuanto a morbilidad, la bibliografía refiere que el 52% de las complicaciones en el parto se producen por intervenciones, omisiones o tratamientos incorrectos.

La media de partos atendidos los últimos 5 años por el servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital del mar fue de 1393 partos/año. La tasa de complicaciones obstétricas reportada en el 2018 fue del 1,15 %.

La OMS, en la estrategia para la seguridad del paciente, propone la implementación de la lista de verificación de seguridad en el parto, como una acción encaminada a evitar causas de morbi-mortalidad materna y neonatal. Como estrategia para la mejora de la calidad asistencial y la seguridad de las pacientes en obstetricia, se propuso implementar la lista de verificación del parto, vinculada al plan de cuidados, en el entorno XXXXX.

**Objetivo general:**

Mejorar la calidad de la atención prestada a madres y recién nacidos implementando la lista de verificación del parto seguro en el servicio de obstetricia del Hospital XXXXX.

**Metodología**

Para la validación e implementación de la lista de verificación para la seguridad en el parto se ha seguido la metodología propuesta por la OMS en su guía de aplicación. Esta metodología consta de tres pasos: **involucrar** a los profesionales, **lanzar** la implementación de la lista y **apoyar** su utilización y cumplimiento mediante asesoramiento, seguimiento e implementación de mejoras.

La primera fase se llevó a cabo, en el periodo de septiembre de 2018 a enero de 2019. Se realizó el trabajo de validación de la lista de verificación de parto seguro de la OMS. Para ello se seleccionó un panel de expertos, de diferentes perfiles profesionales, que intervienen en la atención al

binomio madre-hijo. Se sometieron los ítems de las cuatro fases de la lista de verificación a tres rondas de valoración.

La fase de lanzamiento tuvo lugar durante los meses de febrero y marzo de 2019.

A partir de marzo de 2019, se inició la fase de apoyo a la utilización.

### **Evaluación**

La lista de verificación de seguridad del parto integrada, en el sistema de información IMASIS, se implementó el 27 de febrero de 2019.

En el periodo del 27 de febrero al 27 de febrero de 2020, se atendieron 1431 partos.

La edad media de las parteras fue de 31,5 años (DE±5,9). 984 partos fueron eutócicos, 121 partos fueron instrumentados, 7 partos fueron de nalgas y 319 acabaron en cesárea.

De las 319 cesáreas, 92 fueron electivas y 233 urgentes (30 emergentes).

En las cesáreas electivas no se realiza, esta lista de verificación. En el caso de las cesáreas emergentes, por ser una urgencia vital, no se puede realizar la lista de verificación.

En el caso de las cesáreas urgentes, si se inicia la lista de verificación, pues la decisión quirúrgica se produce en el proceso de trabajo de parto.

Según los criterios de inclusión, se debería haber iniciado la cumplimentación de la lista en 1314 casos. El registro obtenido fue de 1249 casos, lo que sitúa el porcentaje de cumplimiento en un 95,1 %.

La tasa de complicaciones obstétricas reportada en este periodo fue de 0,78 %.

### **Conclusiones**

- Ha sido muy positivo involucrar a los profesionales que participan en el proceso asistencial. Esto ha contribuido en el alto porcentaje de cumplimentación.
- A pesar de que es difícil poder medir el impacto sobre resultados de morbilidad y mortalidad materna y neonatal, si se ha evidenciado una disminución de la tasa de complicaciones obstétricas a 0,78%.

**DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta**

**BIBLIOGRAFÍA**

1- Servei de Gestió i Anàlisi de la Informació per a la Planificació Estratègica, Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2016. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, juny 2016.

2-Valle L, Cortés E, Roldan L, Cabrera F, García JA. Mortalidad materna 1991–2007. Por qué mueren las madres en un hospital de tercer nivel. Clin Invest Gin Obst [Internet] 2010 [20 de diciembre 2018] 37(5) : 192-197. Disponible en :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X09001981?via%3Dihub>

3-Maxfield, Lyndon A, Kennedy HP, O’Keeffe D, Zlatnik MG. Confronting Safety Gaps across Labor and Delivery Teams. Am J Obstet Gynecol. 2013, 209 (5). doi:10.1016/j.ajog.2013.07.013

4-Lyndon A, et al. Transforming Communication and Safety Culture in Intrapartum Care A Multi-Organization Blueprint. Obstetrics & Gynecology.2015, 125 (5):1049-1055

5-OMS. Lista OMS de verificación de la seguridad del parto Guía de aplicación. *Mejorar la calidad de la atención prestada a la madre y al recién nacido en instituciones sanitarias. Ginebra: OMS, 2015*

6- Standards for Maternal and Neonatal Care. Geneva: WHO, 2007

7.Albolino S, Dagliana G, Meda M, Ranzani F, Tanzini, M. (2015). Safety and quality of maternal and neonatal pathway: a pilot study on the childbirth checklist in 9 Italian hospitals. Procedia Manuf [Internet] 2015[Citado fecha], 3: 242-249. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2351978915001365>

8.Albolino S, Dagliana G, Illiano D, Tanzini M, Ranzani F, Bellandi T, et al.(2018) Safety and quality in maternal and neonatal care: the introduction of the modified WHO Safe Childbirth Checklist, Ergonomics[Internet] 2018[citado fecha], 61(1): 185-193, DOI:10.1080/00140139.2017.1377772

9-Pettker CM, Thung SF, Norwitz ER, et al. Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events. Am J Obstet Gynecol 2009; 492.e1-492.e8.

National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. Clinical Guideline. London: RCOG Press, 2014

Van den Broek N R, Graham W J. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. BJOG [Internet] 2009 [20 de diciembre 2018] ,116: 18-21. Disponible en:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-0528.2009.02333.x>

Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD002961. DOI:10.1002/14651858.CD002961.pub2.

Recio A . La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema.Dilemata.2015, 7(18): 13:26

European perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 J Zeitlin, A Mohangoo, M Delnord[Ed].2010

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.

**Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.**

## Instrucciones para rellenar el código

El código se compone de seis números y una letra

### CREACIÓN DEL CÓDIGO

0	0	0	0	0	0	M/N
El primer y 2º número corresponderá al de la CCAA*		El 2º , 3º y 4º número corresponderán al centro			El 5º número corresponderá al nº de práctica la Práctica	M: corresponde a práctica de madres N: Corresponde a práctica NEONATAL
En la lista de abajo aparecen los códigos de cada CCAA						

Por ejemplo:

1	1	1	5	0	2	M
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Castilla la Mancha

Centro: 150

Práctica: 2

Madres

Otro ejemplo:

0	4	0	0	1	1	N
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Andalucía

Centro: 1

Práctica: 1

Neonatos

### Tabla de los Números de código de las CCAA

CCAA	Código
Andalucía	4
Aragón	10
Asturias, Principado de	5
Balears, Illes	15
Canarias	12
Cantabria	6
Castilla y León	17
Castilla - La Mancha	11
Cataluña	2
Comunitat Valenciana	9
Extremadura	14
Galicia	3
Madrid, Comunidad de	16
Murcia, Región de	8
Navarra, Comunidad Foral de	13
País Vasco	1
Rioja, La	7
Ceuta	18
Melilla	19

**PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “ IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”**

**Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)**

0 2 0 5 7 2 M

**TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:**

Incorporación de la formación basada en la simulación en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital XXXXX como estrategia para reducir la morbimortalidad obstétrica.  
Abolición de la Parálisis Braquial Obstétrica

**CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres): ámbito, destinatarios, objetivos, organización, implicación de profesionales, implicación de pacientes/familiares, desarrollo, duración, presupuesto, evaluación.**

La parálisis braquial obstétrica (PBO) es una lesión en los nervios periféricos del plexo braquial, causada por un traumatismo producido durante el parto

En la mayoría de los casos, las lesiones se producen de forma iatrogénica. Es una situación grave potencialmente evitable mediante programas de simulación en entornos seguros.

La simulación en el entrenamiento de la distocia de hombros ha sido desarrollada ampliamente por el equipo PROMT en Reino Unido, donde se ha conseguido abolir la parálisis braquial obstétrica.

**Objetivos:**

Introducción progresiva de la formación basada en la simulación para reducir la morbimortalidad obstétrica en nuestro paritorio, concretamente la parálisis braquial obstétrica permanente.

**Metodología:**

En octubre de 2018, un equipo multi profesional realizó un curso de formación para acreditarse como instructores en simulación obstétrica en la Unidad de Simulación del Hospital Universitario Puerta de Hierro con quien se han establecido sinergias imprescindibles para la puesta en marcha de nuestro programa de formación en el Hospital XXXXX.

A partir de 2019 se implementó la acción formativa: organización de 3 cursos de atención integral a la distocia de hombros dirigidos a todos los profesionales que desempeñan su trabajo en la sala de partos (de forma prioritaria obstetras y matronas e ir introduciendo a la formación a TCAEs del bloque obstétrico).

Los cursos son de 10 horas: 8 horas no presenciales de trabajo individual y 3 horas presenciales en forma de talleres:

- Taller de repaso teórico y repaso de algoritmo de actuación
- Taller de maniobras: entrenamiento de habilidades en maniobras internas y externas.
- Taller de tracción axial: se entrena la tracción correcta sobre la cabeza fetal.
- Escenarios clínicos simulados: se entrenan habilidades comunicativas y trabajo en equipo.

Como parte de la intervención, se puso en marcha un registro sistemático de todas las distocias de hombro y sus resultados. Esta hoja de registro nos sirve además como apoyo memorístico.

### **Resultados:**

Al no tener datos de calidad previos a la intervención no hemos podido objetivar el impacto en la reducción de la morbilidad materna y neonatal. No se ha registrado ningún caso de parálisis braquial obstétrica en los últimos 2,5 años.

Con las ediciones anuales de esta intervención educativa han recibido la formación al menos una vez el 99% de los obstetras que prestan asistencia en el bloque obstétrico y al 85% de las matronas. El objetivo es que el 80% de la plantilla reciba una actualización del entrenamiento al menos cada 2 años.

La acogida por parte de nuestros profesionales ha sido muy positiva, con un alto grado de satisfacción en cuanto a la consecución de los objetivos de aprendizaje.

### **Líneas de futuro:**

Está previsto la implementación a corto - medio plazo de otras acciones formativas basadas en la simulación:

- Curso de tocurgia y asistencial parto de nalgas
- Curso de técnicas invasivas para residentes
- Formación en emergencias obstétricas: hemorragia postparto, eclampsia, Reanimación cardiopulmonar en gestante.

- Talleres de entrenamiento en comunicación

**Conclusiones:**

El servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital XXXXX presenta un proyecto de mejora de la seguridad del paciente en nuestro paritorio basado en la formación de nuestros profesionales utilizando la simulación. Una técnica con demostrada eficacia que nos permite formarnos tanto en habilidades técnicas de procesos poco habituales, como en técnicas de trabajo en equipo y comunicación.

**DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta**

**Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.**

## Instrucciones para rellenar el código

El código se compone de seis números y una letra

### CREACIÓN DEL CÓDIGO

0	0	0	0	0	0	M/N
El primer y 2º número corresponderá al de la CCAA*		El 2º , 3º y 4º número corresponderán al centro			El 5º número corresponderá al nº de práctica la Práctica	M: corresponde a práctica de madres N: Corresponde a práctica NEONATAL
En la lista de abajo aparecen los códigos de cada CCAA						

Por ejemplo:

1	1	1	5	0	2	M
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Castilla la Mancha

Centro: 150

Práctica: 2

Madres

Otro ejemplo:

0	4	0	0	1	1	N
---	---	---	---	---	---	---

CCAA: Andalucía

Centro: 1

Práctica: 1

Neonatos

### Tabla de los Números de código de las CCAA

CCAA	Código
Andalucía	4
Aragón	10
Asturias, Principado de	5
Balears, Illes	15
Canarias	12
Cantabria	6
Castilla y León	17
Castilla - La Mancha	11
Cataluña	2
Comunitat Valenciana	9
Extremadura	14
Galicia	3
Madrid, Comunidad de	16
Murcia, Región de	8
Navarra, Comunidad Foral de	13
País Vasco	1
Rioja, La	7
Ceuta	18
Melilla	19



**ANEXO I HOJA 2**

**PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “ IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”**

**Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)**

0	2			1	N
---	---	--	--	---	---

**TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:**

**Neowheel: Una herramienta de seguridad en neonatología**

**CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres): ámbito, destinatarios, objetivos, organización, implicación de profesionales, implicación de pacientes/familiares, desarrollo, duración, presupuesto, evaluación.**

**Ámbito:**

Las situaciones de emergencia son comunes en la UCI neonatal, generalmente inesperadas. Acostumbran a ser momentos de estrés donde se dan prescripciones médicas verbalmente y los cálculos se realizan, en ocasiones, mentalmente.

Actualmente no existen presentaciones de medicaciones con concentraciones y volúmenes adecuados al peso del neonato, debemos diluirlas y volver a calcular la dosis a administrar.

Este conjunto de factores en una situación de emergencia puede dar lugar a errores humanos, poniendo en riesgo la seguridad y la vida del paciente.

La incidencia de errores de medicación en pacientes hospitalizados es variable dependiendo de la tasa de notificaciones y del servicio, siendo mayor en servicios de críticos y urgencias. Encontramos incidencias entre el 5-20 %.

Las características inherentes del paciente neonatal hacen que sean el grupo de población con más riesgo de padecer estos errores. Un estudio muestra que los errores de medicación potencialmente dañinos pueden ser 3 veces más comunes en la población pediátrica que en la adulta.

**Destinatarios:**

Recién nacidos que precisan reanimación en sala de partos y neonatos ingresados en la UCI neonatal.

**Objetivos:**

- Aumentar la seguridad de la administración de medicación de urgencia en la UCI neonatal y sala de partos.
- Crear de una herramienta que facilite la preparación de diluciones estandarizadas y cálculo de dosis ml/kg de medicaciones más utilizadas en situaciones de urgencia en la UCI neonatal y sala de partos.
- Ofrecer herramientas de apoyo al personal, buscando aumentar la seguridad en dichas situaciones.

**Organización:** UCI neonatal del Hospital XXXX de XXXXX.

**Implicación de profesionales:**

El equipo de enfermería de la UCI neonatal comprobamos que las estrategias para aumentar la seguridad del paciente en la administración de medicación es una preocupación común entre profesionales. Las soluciones existentes, no se ajustaban a nuestras necesidades y decidimos diseñar una herramienta cómoda y fácil de consultar en estas situaciones.

Formamos un grupo de trabajo con la colaboración del equipo médico y la unidad de innovación del centro. Seleccionamos las medicaciones de urgencias, las dosis/kg y el material para la vía aérea.

**Implicación de pacientes/familiares**

No aplicable.

**Desarrollo:**

Se ha desarrollado la herramienta de seguridad llamada Neowheel para la preparación de medicación y material de urgencia en la UCI neonatal. Se compone de dos discos, dependiendo del peso del paciente, uno para los neonatos de 500g a 2200g y otro para los neonatos de 2300g a 4000g. Por un lado, encontramos información del material y medicación para la vía aérea, por otro lado, las medicaciones emergentes y cómo preparar las diluciones. Girando el disco, seleccionamos el peso en gramos del neonato, y nos sugiere la dosis (ml de la dilución) o material más indicado.

Realizamos una pequeña formación al equipo médico y de enfermería, acerca del funcionamiento del dispositivo.

**Duración:**

El desarrollo de Neowheel se inició en el año 2019 y su implantación en la práctica clínica de la UCI neonatal y sala de partos está prevista para Septiembre de 2021.

**Presupuesto:**

Los dos discos de la Neowheel requieren un pequeño gasto de edición e impresión, por lo que consideramos que puede convertirse en una práctica segura de una elevada relación coste-efectividad

**Evaluación:**

Creemos que la estandarización, tanto de las diluciones, como del cálculo de ml/kg de cada medicación, puede ayudar a reducir la tasa de error en la administración de medicación y reducir el estrés del personal, aumentando la seguridad de nuestros pacientes.



PROPUESTA PARA EL RECONOCIMIENTO A “IMPLEMENTACIÓN DE PRACTICAS SEGURAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE. “PRACTICAS SEGURAS DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO, PRACTICAS SEGURAS EN NEONATOLOGÍA”

Código de la CCAA (Lea más abajo las instrucciones para rellenar el código)

0	2	0	0	0	1	N
---	---	---	---	---	---	---

TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA PROPUESTA:

**Bacteriemia Zero en neonatología. Aplicación de un programa de seguridad**

CONTENIDO DE LA PROPUESTA (máximo 3.000 caracteres): ámbito, destinatarios, objetivos, organización, implicación de profesionales, implicación de pacientes/familiares, desarrollo, duración, presupuesto, evaluación.

La Bacteriemia relacionada con el catéter (BRC) es una de las infecciones más frecuentes en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (55%). La tasa de BRC en recién nacidos de menos de 1000 gr oscila entre 4,4 y 6,4 infecciones por 1000 días de catéter venoso central.

Es una de las causas más importantes de morbilidad, mortalidad y de incremento de días de estancia hospitalaria en nuestros pacientes, en especial en los más inmaduros o los recién nacidos a término de mayor complejidad en situación clínica grave. Por tanto, la implantación de programas de vigilancia y control de la BRC es necesaria para la mejoría de estos parámetros.

El estudio Pronovost, publicado en New Engl J Med, demostró que, utilizando medidas sencillas y reforzadas de eficacia como higiene de manos, uso de técnica estéril durante la inserción del catéter, antisepsia de la piel con clorhexidina, evitar la colocación femoral y retirar los catéteres innecesarios, se podía reducir la tasa de BRC de 2,7/1000 días de catéter a 0 a los 3 y 18 meses del estudio en pacientes adultos.

Nuestro **objetivo** es reducir la incidencia de BRC en una unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un Hospital Terciario, fomentando una adhesión estricta a las medidas de control de eficacia probada para este tipo de infecciones.

Con este fin se han desarrollado una serie de **actuaciones**:

- Constitución de un **Grupo de Bacteriemia Zero**, formado por profesionales multidisciplinares tanto internos del Servicio de Neonatología como Externos (Medicina Preventiva e Infecciosas).
- Desarrollo de **un sistema de vigilancia** epidemiológica de las BRC de nuestro servicio.
- Establecimiento de sistemas de **control** mensuales y con un informe anual.
- **Diseño y realización** de un estudio observacional con un periodo de seguimiento del 1 de enero hasta el 31 de diciembre de cada periodo anual. Se realiza un seguimiento diario de los pacientes con catéter central y de los hemocultivos positivos. Se realiza una recogida de las variables clínicas de cada paciente con bacteriemia.

- Elaboración de **critérios** de inserción y mantenimiento de los catéteres y de protocolos de cuidados y manipulación de catéteres vasculares en todo el proceso, avalados por la evidencia científica en los procedimientos.
- **Acceso fácil** de los protocolos y procedimientos.
- **Disponer** del material necesario.
- Realizamos un **“Check list”** en cada inserción de catéter de las medidas tomadas y actuaciones realizadas.
- **Informamos y formamos** a los profesionales de la unidad a través de cursos presenciales y on-line.
- Definición y selección de un conjunto de medida (**“Bandels”**) :
  - ✓ Evitar en todo lo posible la vía central femoral
  - ✓ Higiene de manos
  - ✓ Técnica aséptica de infección de catéteres
  - ✓ Clorhexidina 2% como antisepsia de piel
  - ✓ Retirada precoz de catéter
- Fomento de la cultura **de seguridad** y aprendizaje de nuestros **errores**. Se identifican referentes de seguridad encargados de fomentar las buenas prácticas en el Servicio de Neonatología, promoviendo las notificaciones de incidentes, su análisis y posterior implantación de acciones de mejora resultantes.



- Implantación una vez cada dos meses del **“el día de lavados de manos”** en que se refuerza la necesidad continua del lavado de manos en todos los profesionales y familiares que interactúan con nuestros pacientes.
- Regalo de desinfectantes de piel y puesta a disposición de los profesionales y familias un sistema de luz que te indica el grado de corrección del lavado de manos

Fruto de estas acciones se redujeron a la mitad la tasa de incidencia de Bacteriemia asociada a catéter venosos central (CVC), pasando de **8,98** bacteriemias por 1000 días de CVC a **4,02** bacteriemias por 1000 días de CVC

Nuestros resultados los comparamos con las tasas del “National Healthcare Safety Net work (NHSN) de EUA (2012).

*(Dudeck MA, Weiner LM, Allen-Bridson K, Malpiedi PJ, Peterson KD, Pollock DA, Sievert DM, Edwards JR. National Healthcare Safety Network (NHSN) report, data summary for 2012, Device-associated module. Am J Infect Control. 2013 Dec;41(12):1148-66)*

Nuestro Servicio es el primero en implantar este tipo de programas en la UCI neonatal. Hemos conseguido reducir las infecciones asociadas a catéter venoso central en más de un 50 %.

Sin embargo, lo importante es ir mejorando los resultados sin empeorarlos.



**DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA: si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta**

**Se advierte que existe la obligatoriedad de presentar una comunicación de cada una de las propuestas seleccionadas para reconocimiento, durante la Celebración del Día Mundial de la Seguridad del Paciente del 17 de septiembre de 2021.**