



Proyecto “INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO”

Dra. Virginia Fernández Espinilla
Jefe Sección de Medicina Preventiva HCUV

INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA (IRAS)



- Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria son un **efecto adverso asociado con prácticas asistenciales** en pacientes que están hospitalizados o ambulatorios, pero en contacto con el sistema.
- La Infección nosocomial **prolonga la hospitalización**, incrementa los **gastos sanitarios** y supone un **coste emocional añadido para el paciente y su familia**.

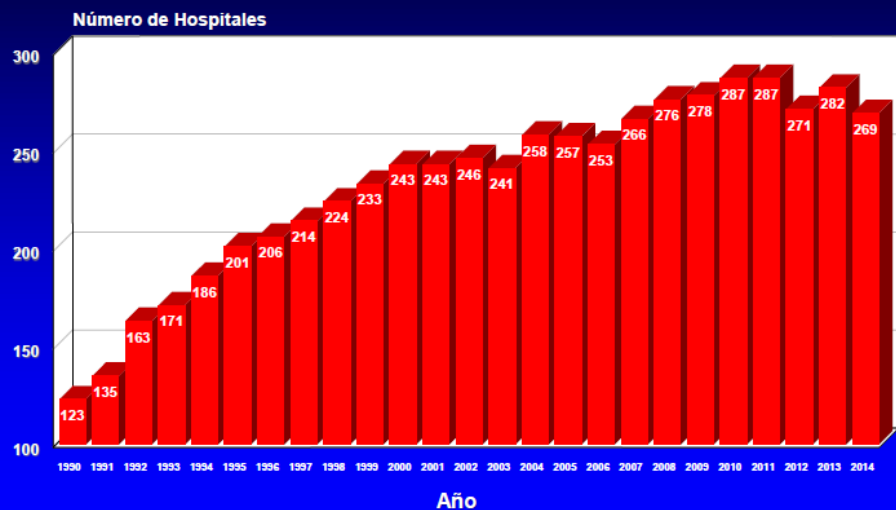


La aplicación de **listados de verificación y paquetes de medidas preventivas** son de utilidad en la prevención y control de estas infecciones .

EPINE-EPPS

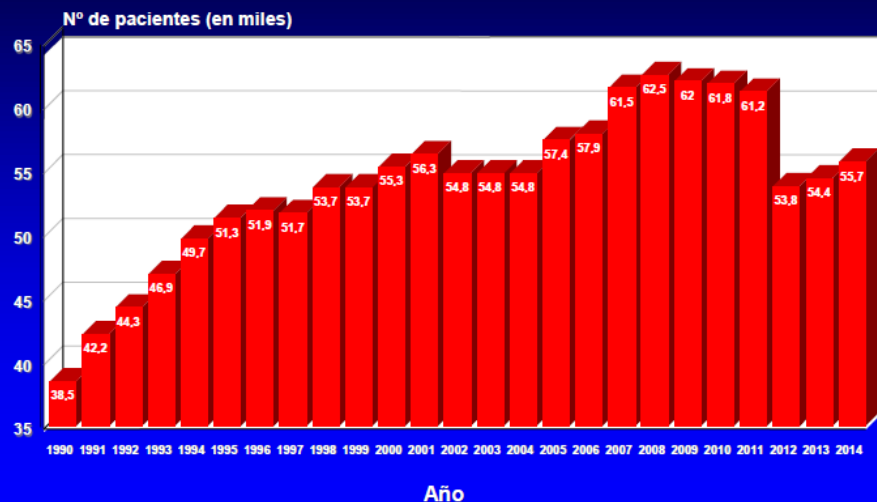
- El Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España que se realiza desde hace 2 décadas y que desde 2012 es de ámbito europeo.

Hospitales incluidos. EPINE 1990-2014



1990-2011: Protocolo EPINE. 2012-2014: Protocolo EPINE-EPPS

Número de pacientes estudiados EPINE 1990-2014

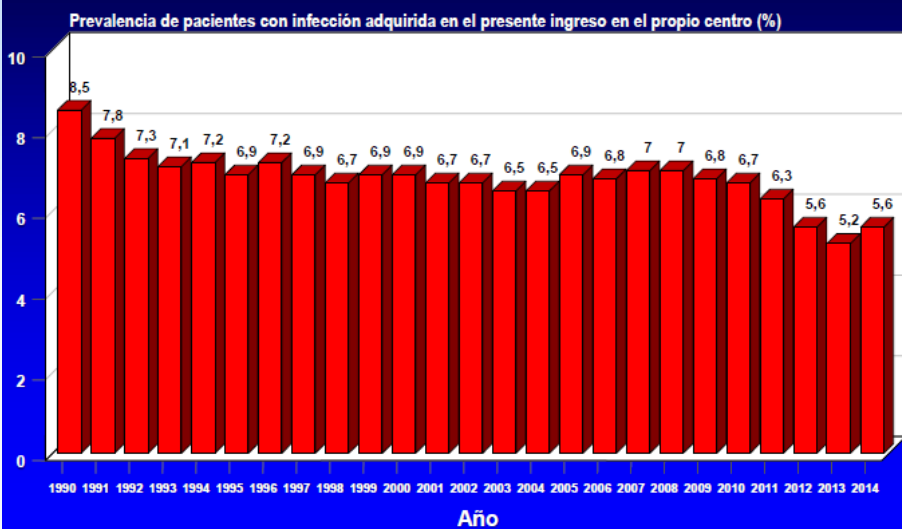


1990-2011: Protocolo EPINE. 2012-2014: Protocolo EPINE-EPPS

EPINE-EPPS

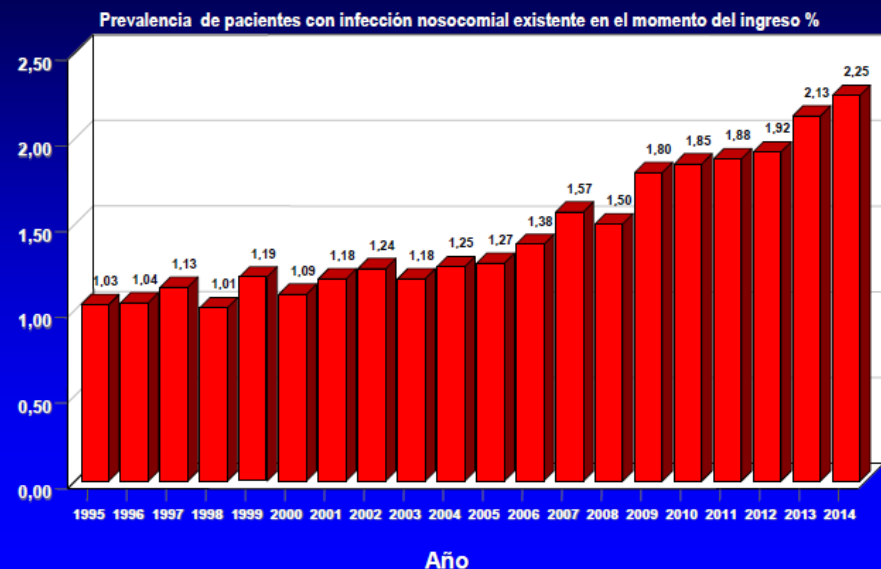
Alrededor del 7% de los pacientes hospitalizados presentan una infección relacionada con la asistencia

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



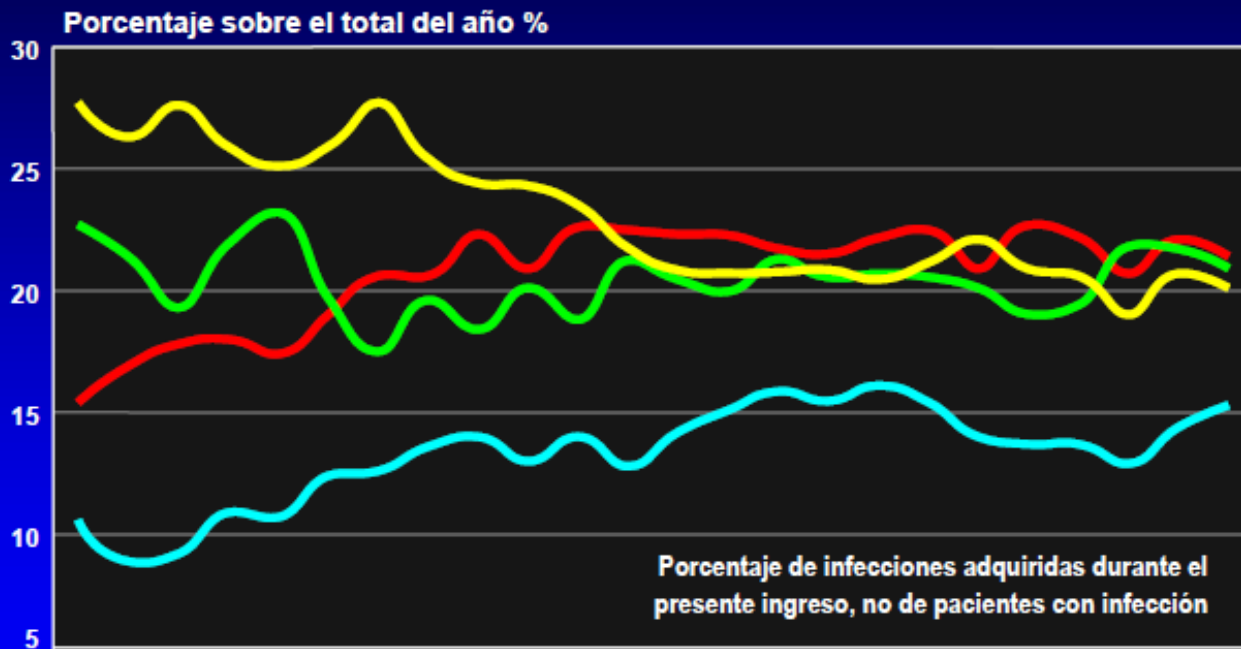
1990-2011: Protocolo EPINE. 2012-2014: Protocolo EPINE-EPPS

Prevalencia de pacientes con infección nosocomial al ingreso. EPINE 1995-2014



Los principales tipos de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria están relacionadas con procedimientos invasivos y son **respiratorias, quirúrgicas, urinarias y las bacteriemias** asociadas a catéter vascular

Evolución de la localización de las infecciones nosocomiales. EPINE 1990-2014



| | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Urinarias | 27,7 | 26,3 | 27,6 | 25,9 | 25,1 | 25,9 | 27,7 | 25,4 | 24,4 | 24,3 | 23,5 | 21,7 | 20,8 | 20,7 | 20,8 | 20,9 | 20,5 | 21,1 | 22,1 | 20,9 | 20,6 | 19 | 20,7 | 20,1 |
| Quirúrgicas | 22,7 | 21,4 | 19,3 | 21,9 | 23,2 | 19,7 | 17,5 | 19,6 | 18,4 | 20,1 | 18,8 | 21,2 | 20,4 | 20 | 21,3 | 20,3 | 20,7 | 20,6 | 20,1 | 19 | 19,4 | 21,8 | 21,7 | 20,9 |
| Respiratorias | 15,4 | 16,9 | 17,8 | 18 | 17,4 | 19 | 20,6 | 20,6 | 22,3 | 20,9 | 22,6 | 22,5 | 22,3 | 22,3 | 21,7 | 21,5 | 22,2 | 22,5 | 20,9 | 22,7 | 22,2 | 20,7 | 22,1 | 21,4 |
| Bacteriemias | 10,6 | 8,9 | 9,2 | 10,9 | 10,7 | 12,4 | 12,6 | 13,6 | 14 | 13 | 14 | 12,8 | 14,2 | 15,1 | 15,9 | 15,5 | 16,1 | 15,4 | 14 | 13,7 | 13,7 | 12,9 | 14,4 | 15,3 |

Año

- Los estándares de **infección nosocomial** global en el **Área quirúrgica** son
 - Incidencia acumulada: < **5%** de enfermos intervenidos.
 - Densidad de incidencia: 5 a 8 episodios por 1000 enfermos-día.

- Si consideramos la **infección de sitio quirúrgico** de forma **global los estándares** son:
 - Incidencia acumulada: < **5%** de enfermos intervenidos.

- **Según el grado de contaminación de la cirugía** tomando como indicador la Incidencia Acumulada (IA) los estándares serían:
 - **Cirugía limpia: < 1,5%** de los pacientes intervenidos.
 - **Cirugía limpia-contaminada: < 3%** de los pacientes intervenidos.
 - Cirugía contaminada: < 9% de los pacientes intervenidos.
 - Cirugía sucia: < 20% de los pacientes intervenidos.

Proyecto “INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO”

Presenta: **Juan Francisco Navarro Gracia.**
Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Elche.



Sociedad Española
de Medicina Preventiva
Salud Pública e Higiene



Salón de Actos del MSSSI. Madrid. 7 de Noviembre de 2014.



MADRID, 7 DE NOVIEMBRE

SALÓN DE ACTOS ERNEST LLUCH
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



JORNADA INTERCONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGÍA, PEDIATRÍA, SALUD PÚBLICA E HIGIENE **INFECCIÓN relacionada con los CUIDADOS SANITARIOS**

“Un problema de todos que necesita de todos para su vigilada prevención y control.”

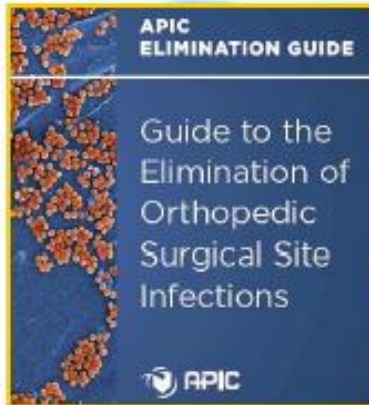


Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene

¿Qué es (o qué puede ser) Infección Quirúrgica Zero?



- UN PROYECTO DE DESARROLLO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO.
- UN ESTUDIO PARA VALORAR LA FACTIBILIDAD Y LA EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS ISQ EN CONDICIONES HABITUALES DE TRABAJO.
- UNA ESTRATEGIA NECESARIA DE TRABAJO EN VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.
- UN OBSERVATORIO DINÁMICO Y UN BANCO DE PRUEBAS PARA INTRODUCIR NUEVAS INTERVENCIONES DE PREVENCIÓN DE ISQ.



OBJETIVO PRINCIPAL:

Determinar si la intervención multifactorial del estudio es **factible** en su aplicación y **efectiva** para disminuir la frecuencia de ISQ en las condiciones habituales de aplicación de un programa de VCIN de los hospitales españoles.

LOS FUNDAMENTOS DE TRABAJO DEL PROYECTO INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO

Incorporar
IQZ a la
“cultura” de
seguridad.

Identificar
los puntos
críticos.

Verificar el
cumplimiento.
Check-list.

Medidas
preventivas
de eficacia
probada.

Obtener
resultados,
comunicar
y felicitar.

Implicación
de todos
los equipos



INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO

- Es un estudio piloto de Intervención Multifactorial Para La Prevención De **La Infección Del Sitio Quirúrgico** (ISQ).
- Es un Proyecto de la Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene (**SEMPSPH**)
- Pretende realizar una intervención **multifactorial** de prevención



- Cabe esperar que la aplicación conjunta de las **medidas “clásicas”** de prevención de la ISQ , unidas a las **medidas** más recientes, agrupadas en un paquete (**bundle**) y verificadas por medio de un **check-list** de intervenciones preventivas, tendrán un efecto significativo y demostrable.

Variables de la intervención*:

1. Profilaxis quirúrgica antibiótica
Correctamente aplicada.

2. Uso de clorhexidina al 2%
alcohólica tintada.

3. Cumplimiento de las normativas
de retirada del vello

4. Aplicación efectiva de medidas
de normotermia perioperatoria.

5. Aplicación efectiva de las medidas
de normoglucemia perioperatoria.



Risk Factors:
Final infection associated with surgical site. Clippers can be used after. Never use a razor.

Preoperative Antibiotics:
Indicated preoperatively to reduce the risk of surgical site infection. 2g of Cefazolin IV 30 min before surgery.

Warming:
Covered surgical patients should be normothermic (36.0-37.5°C) by the time of surgery.

Glucose Control:
Critical surgery patients should have controlled glucose (100-180 mg/dL) perioperatively. Day 1 and Day 2.

Clippers

Antibiotics

Temperature

Sugar

* Las medidas de intervención 1,2 y 3 son obligatorias. La 4 y 5, opcionales.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

- ESTUDIO DE PREVENCIÓN MULTICÉNTRICO, QUASI-EXPERIMENTAL, DE TIPO “ANTES-DESPUÉS”, CON GRUPO DE CONTROL HISTÓRICO NO EQUIVALENTE, REALIZADO PARA ESTUDIAR LA APLICACIÓN Y EL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL DE MEDIDAS PREVENTIVAS DE EFICACIA AMPLIAMENTE RECONOCIDA EN LA LITERATURA CIENTÍFICA EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (ISQ).

Variables respuesta principales:

- **PROPORCIÓN GLOBAL Y ESPECÍFICA DE CUMPLIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN.**
- **INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)** superficial, profunda o de órgano-espacio, medida según criterios de los CDC y del protocolo ePPS.
- **BACTERIEMIA ASOCIADA A ISQ** según criterios de los CDC y el protocolo ePPS.
- **ESTANCIA MEDIA EN ENFERMOS INTERVENIDOS** con y sin ISQ.
- **REINGRESOS Y REINTERVENCIONES** con y sin ISQ.
- **EFFECTO ADVERSO (EA)** ligado a alguna de las intervenciones preventivas.
- **MORTALIDAD GLOBAL EN ENFERMOS QUIRÚRGICOS** con y sin ISQ.

Criterios de verificación: **Clorhexidina alcohólica**

- Aplicación previa de CA en planta (si procede).
- Aplicación con gasa estéril, cápsula y jeringa.
- Aplicación lenta y concienzuda (al menos 30 segundos en cada zona) en círculos concéntricos, pasando al menos 2 veces por cada zona. Del centro a la periferia. Extensión suficiente según protocolo (50-150 cm³).

No será verde,
será naranja



Criterios de verificación: **Clorhexidina alcohólica**

- Ajuste del consumo de CA en cm³ al intervalo estándar según tipo de intervención.
- **Dejar actuar al menos 1 minuto.**
- Control visual de posibles derrames en pliegues, tejido quirúrgico y bajo la espalda, glúteos y piernas.
- Chequeo de la corrección global del procedimiento.

2. Aplicar al menos 2 capas de CA2%.



4. Aplicar en círculos concéntricos, del centro a la periferia y haciendo fricción.



3. Recurrir a una 1ª aplicación en planta si es preciso (TRAUMA).



6. Extender la zona de pincelado cumpliendo el protocolo por intervención.



Responsable: cirujano de quirófano y enfermero de planta.

CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA

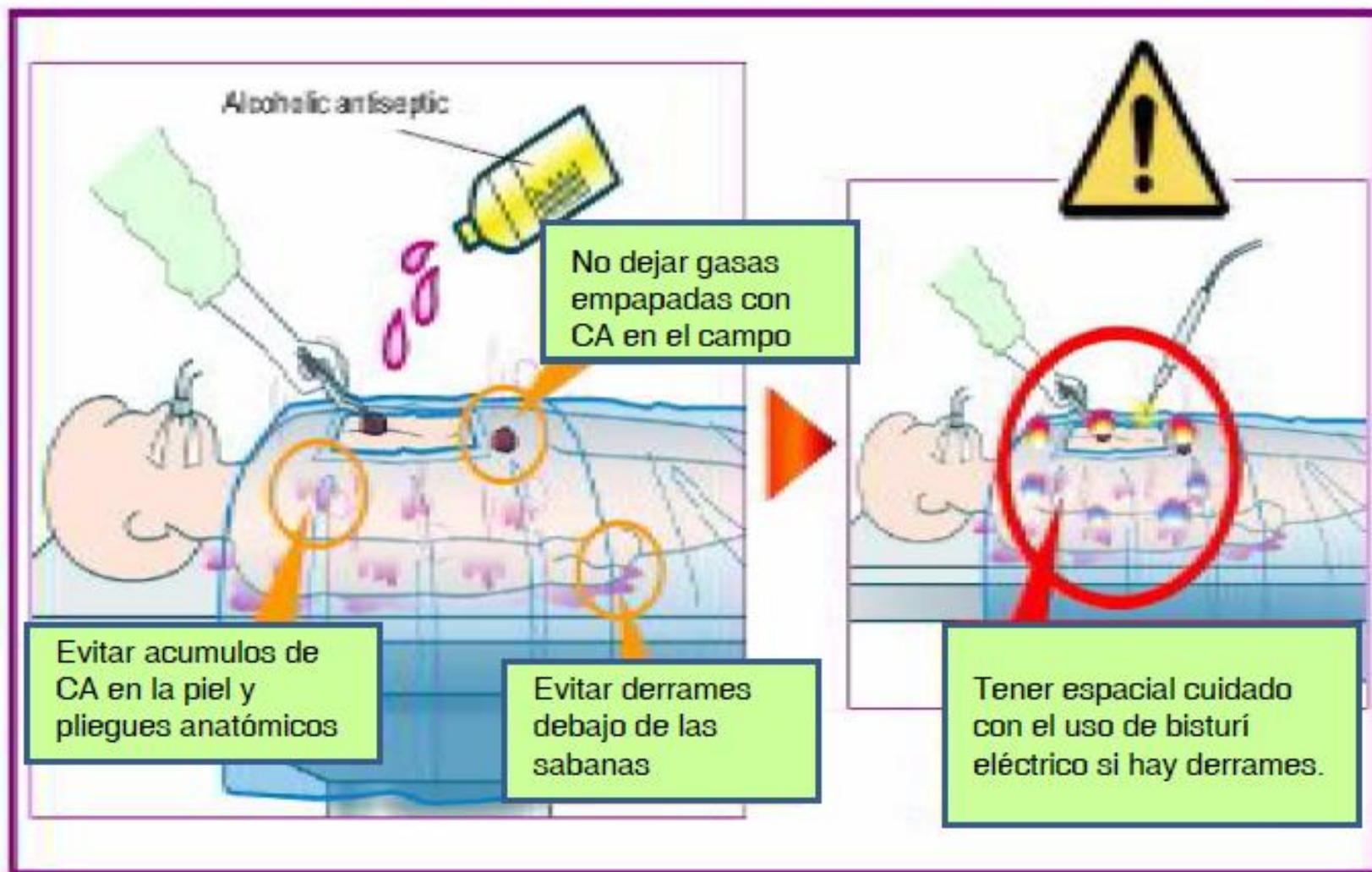
5. Dosificar CA2% hasta el PCT 75 del consumo teórico previsto. Cumplir protocolo de seguridad de inspección visual de derrames.

1. Asegurar la higiene corporal previa del paciente con jabón hace < 12 horas.

7. Usar 2 cápsulas estériles y torundas estériles para aplicar la CA2%.

8. Aplicar un procedimiento de revisión del **CASO NO CUMPLIMENTADO.**

Precauciones cuando no pueda utilizarse un aplicador específico.



RETIRAR INCLUSO EL EMPAPADOR Y CAMBIARLO POR UNO SECO SI HAY SOSPECHA DE DERRAMES.

Estudio Piloto de Infección Quirúrgica Zero de la SEMPSPH.

Criterios de verificación: **Profilaxis antibiótica.**

- Administración en quirófano.
- Tiempo <60 min. entre PA e intervención.
- Puesta 2ª dosis de PA si fuera preciso por prolongación de la intervención.
- Chequeo de la corrección global del procedimiento.

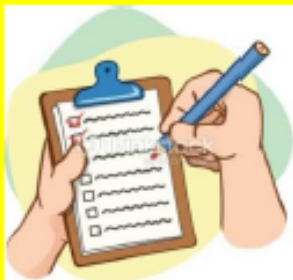


1. Actualización hace < 3-5 años del protocolo de PA.

4. Dispositivos de aviso si se prolonga la intervención de modo imprevisto.



6. Ajuste de dosis de PA a: peso, edad, obesidad, hemodilución.



3. Intervalo hasta la administración < 60 minutos.



Responsable: cirujano de planta, cirujano de quirófano y enfermero de planta.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

5. Tener preparada 2ª dosis de PA en intervenciones de larga duración prevista y algunos tipos de PA.

2. Verificar la adecuación de la PA según indicación, elección de AB y duración.

7. Combinar la PA con adecuados protocolos de descontaminación (intestinal, vaginal, oral, nasofaríngea).



8. Aplicar un procedimiento de revisión del **CASO NO CUMPLIMENTADO.**

1. No eliminar el vello si no es necesario.

7. Asegurar la higiene corporal del pacientes **TRAS** la eliminación del vello.



4. Zona de eliminación del vello delimitada por protocolos y centrada en la zona de incisión.

2. Eliminar vello con cortadora eléctrica de pelo. Disponer de 1 cortadora/planta. **NO RASURAR.**



Responsable: enfermero de planta.

ELIMINACIÓN DEL VELLO

3. Intervalo desde la eliminación del vello hasta intervención < 12-16 horas.

5. Verificar en planta que **NO** hay escoraciones o dermatitis en zona de incisión. Tratar si procede.



6. Protocolizar estrictamente las excepciones (NCG, depilaciones en domicilio, otros métodos de depilación.

8. Aplicar un procedimiento de revisión del **CASO NO CUMPLIMENTADO.**

Criterios de verificación: **Normotermia.**

- Verificar si precisa normotermia según protocolos del centro.
- Temperatura ambiental del quirófano > de 22º C.
- Temperatura corporal del paciente >36º C.
- Uso de cobertores de superficie.
- Uso de calentadores de fluidos.
- Chequeo de la corrección global del procedimiento.



1. Verificar si el paciente precisa normotermia según protocolos del centro.

3. Monitorizar T^a cada hora antes, durante y después de la cirugía, manteniéndola siempre >35,5 ° C.

2. Usar dispositivos fiables de medición de la T^a del paciente.



4. Aplicar, si procede, cobertores de calor.



Responsable: Enfermero de planta y Anestesiólogo..



NORMOTERMIA PERIOPERATORIA

5. Aplicar, si procede, calentadores de fluidos.



6. Utilizar algoritmos internacionales de regulación de la T^a (Guía NICE-2008 o ASPAN-2010) .

7. Mantener T^a de quirófano entre 21-23° C. Adaptar a cambios estacionales y en verano usar deshumectadores.

8. Aplicar un procedimiento de revisión del **CASO NO CUMPLIMENTADO.**

1. Verificar si el paciente precisa normoglucemia según protocolos del centro.

2. Identificar previamente a los pacientes que precisarán NG y ajustarla ya antes del quirófano.



7. Identificar responsables de NG en planta, quirófano y Reanimación.

6. Tener preparadas las dosis de insulina para administración en quirófano.

3. Controlar la glucemia antes, durante y después de la cirugía en cifras < 180 mg/dl.

Responsable: Enfermero de planta y Anestesiólogo..

NORMOGLUCEMIA PERIOPERATORIA

8. Aplicar un procedimiento de revisión del **CASO NO CUMPLIMENTADO.**

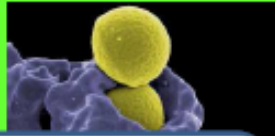
4. Usar dispositivos adecuados (glucómetros) para monitorizar la glucemia.



5. Utilizar siempre algoritmos internacionales (Surgical Clinical Outcomes Assessment Program (SOAP) para regular la glucemia.

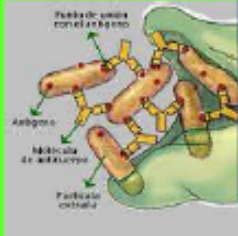


**Defensa
inmunológica
del huésped.**



NORMOTERMIA

NORMOGLUCEMIA



**Antisepsia de la piel
y de las cavidades.**

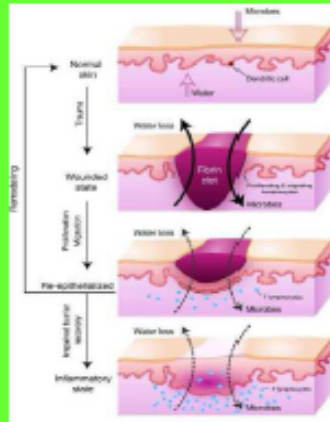
**CLORHEXIDINA
ALCOHÓLICA 2%**



**ELIMINACIÓN
DEL VELLO**



**PROFILAXIS
ANTIBIÓTICA**



**OTROS FACTORES:
septicemia, cuerpo
extraño, isquemia**



**Gérmenes patógenos
y gérmenes Multi-R**

Servicio (PLA):.....
 Fecha intervención (PLA): ___ / ___ / ___
 Intervención (PLA):.....
 (MP) Código Servicio EPINE: ___
 (MP) Código Intervención EPINE: ___
 (MP) Puntuación NNIS: ___

Etiqueta

Profilaxis antibiótica (PLA):..... Hora de inicio de administración del AB (PLA):.....

• Clasificación según aplicación e indicación (MP):

| | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si, es la indicada. | • Tiempo transcurrido < 60 minutos: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Si, no es la indicada. | • Ha sido necesaria 2ª dosis: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> No, pero subsanada en Planta. | • Procedimiento Global Correcto: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> No, y no subsanada. | | | |
| <input type="checkbox"/> No precisa profilaxis. | | | |

Preparación piel con Clorhexidina Alcoh. al 2%: SI NO • Cantidad en cc: _____

• Aplicación en círculos concéntricos: SI NO • Tiempo (minutos) de aplicación: _____

• Aplicación 2 veces en cada zona: SI NO • Dejar actuar 1-2 minutos: SI NO

• Hecho control visual de derrames: SI NO • Se ajusta a consumo previsto: SI NO

• Observaciones: • Procedimiento Global Correcto: SI NO

Eliminación del VELLO (PLA): Rasurado cuchilla Maquinilla eléctrica Ninguno Otros

• Hecho baño/ducha (PLA): SI NO • Presencia de heridas o dermatitis: SI NO

• Han pasado < 16 h hasta interv. SI NO

• Hecho inspección visual correcta SI NO • Procedimiento Global Correcto: SI NO

¿Cumple criterios para NORMOTERMIA?: SI NO

• (MP) Temperatura Quiróf. >22° C: SI NO • Uso de cobertores de superficie: SI NO

• Tª paciente a la entrada >36° C: SI NO • Uso de calentador de fluidos: SI NO

• Tª paciente a la salida >36° C: SI NO • Procedimiento Global Correcto: SI NO

¿Indicado control GLUCEMIA?: SI NO • Último control glucemia en planta (PLA): ___ mg/dl

• Hecho control horario de dextro: SI NO • ¿Se han superado los 200 mcg? SI NO

• Procedimiento Global Correcto: SI NO

Lista de verificación

- Cumplimentación en planta y en quirófano.
- Contiene los 5 pasos básicos de la intervención (3 primeras obligatorias y las 2 restantes a elegir por cada centro).
- Informa de aspectos clave de cada intervención.
- Redactada en sentido positivo para identificar la conducta correcta.
- Incluye valoración final de cada procedimiento.

NORMAS GENERALES:

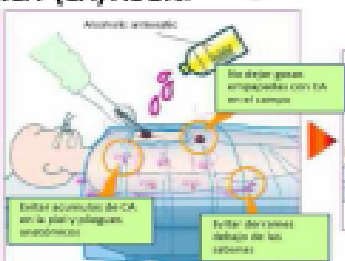
Los apartados con la nota (MP) serán rellenados en Medicina Preventiva. Los apartados con la nota (PLA) en la Planta (enfermera/o responsable) y el resto de apartados en el Quirófano (enfermera/o volante). Todos ellos recibirán la ayuda necesaria por parte de cirujanos y anestesiólogos para rellenar la hoja. Esta LV se iniciará en la Planta y se grapará a la "hoja verde" (Registro de Paciente Quirúrgico) cuando pase el enfermo de la planta a quirófano. Se recomienda ir rellenando en cada paso a verificar y no hacerlo al final de la intervención.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: El enfermero/a de planta apuntará el AB y la hora de administración. MIP codificará la indicación, rellena ndo una de las 5 opciones. Se cumplirán, en cuanto a la indicación, vía de administración, dosis y tiempo de administración, los protocolos de profilaxis antibiótica del hospital. Si es necesaria una 2ª dosis lo decidirá el cirujano. Puede darse otro AB diferente al del protocolo y estar justificado. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.



PREPARACIÓN DE LA PIEL CON CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA (CA) AL 2%:

Apuntar si se va a usar CA o hay alguna contraindicación de uso. Depositaren cápsula estéril la cantidad máxima prevista a usar de CA para esa intervención. Aplicar con gasa estéril presionando bien sobre la piel y siguiendo una trayectoria helicoidal (de dentro a afuera). Dejar secar 1-2 minutos y aplicar nuevam ente hasta completar 2 aplicaciones. Comprobar que no queda CA acumulada en pliegues anatómicos o encima del empapador y que no quedan gasas empapadas en el campo. Apuntar la cantidad de CA aplicada, el tiempo total de aplicación en minutos y si se ajusta al consumo previsto. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.



TRATAMIENTO DEL VELLO: Lo correcto es no eliminar el vello o utilizar maquinilla eléctrica, que es capaz de recortar hasta 0.3 mm. de vello. Se admite el baño o ducha y eliminación del vello la noche anterior a Cirugía programada de mañanas. Se admite no hacer baño/ducha ni eliminación de vello en cirugía urgente. Revisar con detenimiento la presencia de heridas, forúnculos o dermatitis en la zona próxima a la incisión. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.



CONTROL DE LA NORMOTERMIA NECESARIO: Lo valora el Anestesiólogo.

Sólo indicado en intervenciones de duración superior a 1 hora + con importante sangrado + cavidades abiertas. La temperatura ambiental (>22º C) viene regulada por el SP de Mantenimiento y será apuntada por MIP. La temperatura se medirá en sondados con termómetro en sonda vesical y en no sondados con termómetro de oído. No debe bajar de los 36 º c. Se controlará de modo continuo y a la entrada y salida del paciente en quirófano. El antiséptico y los fluidos estarán calientes. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.






CONTROL DE LA GLUCEMIA NECESARIO: Lo valora el Anestesiólogo.

Indicado sólo en pacientes diabéticos. La glucemia no debe superar los 200 mg. Apuntar en planta la última determinación de glucemia. Se realizará un control con dextros al inicio y al final de la intervención y cada hora. Apuntar Procedimiento Global Correcto si TODOS los componentes han sido correctos.



Lista de verificación: Manual de instrucciones

| HOSPITALES | COORDINADOR | PERIODO | INTERVENCIONES | Nº Inter | ADHERENCIA 3A PERIODO TOTAL | ADHERENCIA 2 ULTIM. MESES |
|--|-------------------------------|----------------------|--|--------------|-----------------------------|---------------------------|
| Hospital General Univ. de Elche  | Juan F Navarro | Nov-13 a Jun-14 | Toda la cirugía programada. | 2.276 | 1270/2276=55.8% | 579/769= 75.3% |
| Hospital Univ. Central de Asturias | Carmen Martínez y María Fdez. | Feb- Mayo 2014 | PC, PR, colon, recto, colecist, cardíaca, gastr, apéndice, hernia. | 279 | 66/279=23.7% | 65/138=47.1% |
| Hospital de Cruces | Begoña Carrandi | Ene-May 2014 | PR, colon, recto, cardíaca. | 233 | 203/233=87.1% | 106/124=85.5% |
| Complejo Hospit. Univ. de Burgos. | Javier Lozano | Feb-Junio 2014 | PC, PR, colon, recto. | 214 | 175/214=81.8% | 54/68=79.4% |
| Hospital Clínico Univ. de Valencia  | Rafael Ortí | Ene- Junio 2014 | PC, PR, colon, recto. | 132 | 119/132=90.4% | 46/48=95.8% |
| Hospital San Eloy de Baracaldo | Marga Viciola | Feb- Junio 2014 | Colon, herniorrafia. | 98 | 75/98=76.5% | 35/40=87.5% |
| Hospital Malvarrosa de Valencia  | Natividad Tolosa | En- Junio 2014 | PC y PR. | 84 | 72/84=85.7% | 29/38=76.3% |
| Hospital Clínico de Valladolid | Virginia Fernández | Julio-Sep 2014 | Colon, recto. Cir Torac y Cardíaca | 81 | 42/76=55.3% | 30/53=56.6% |
| Hospital Univ. Río Ortega de Valladolid | Sonsoles Paniagua | Feb- Mayo 2014 | PC y PR | 68 | 68/68=100% | 23/23=100% |
| Hospital de Cuenca | Mar Gómez Santillana | Feb-Julio 2014 | PC, PR, colon, colecistectomía. | 69 | 54/61=88.5% | 35/39=89.7% |
| Hospital del Bierzo de Ponferrada | Marta Eva González | Feb- Mayo 2014 | Colecistectomía. | 54 | 37/54=68.5% | 25/44=56.8% |
| Hospital Clínica Univ. de Navarra | Francisco Guillén | Abril-Jun 2014 | PC, PR, colon. | 44 | 2/44=4.5% | 2/37=5.4% |
| TOTALES | 12 HOSPITALES | Nov-13 Jun-14 | 10 tipos de intervenciones | 3.624 | 1270/2276=55.8% | 1029/1421=72.4% |

Ejemplo: Simulación del impacto del Programa de Prevención de Infección Quirúrgica en ESPAÑA. Datos 2012: 2.821.531 intervenciones (100% de la cirugía mayor con hospitalización + 50% CMA) Se excluye Cirugía Menor.

| CONCEPTO   | Año 2015 | Año 2016 |
|---|----------------------|----------------------|
| Efectividad preventiva esperada | 25% | 40% |
| Nº ISQ producidas sin IQZ | 166.752 | 166.752 |
| Nº ISQ evitadas por IQZ | 41.688 | 66.701 |
| Nº Reingresos evitados. | 30.331 | 48.530 |
| Nº Re-intervenciones evitadas. | 7.759 | 12.414 |
| Nº Días de estancia evitados. | 958.824 | 1.534.123 |
| Nº Muertes peri-operatorias evitadas. | 2.187 | 3.498 |
| Ahorro de costes económicos para el SNS (13.803 € por ISQ) | 575.419.464 € | 920.673.903 € |

PRIMER BORRADOR

DOCUMENTO DEL PROTOCOLO

Aproximadamente 200 páginas.

- **Resumen del Proyecto** Piloto.

- **8 Módulos de trabajo:**

- 1. Introducción.
- 2. La intervención de IQZ.
- 3. Pacientes y métodos.
- 4. Indicadores y estándares.
- 5. Formación continuada.
- 6. Organización y gestión.
- 7. Procedimientos específicos de Cirugía.
- 8. Procedimientos específicos de Anestesiología.

- **3 Formularios de datos:** Check list, formulario de hospitales y formulario de pacientes.

- **Bibliografía.**

- **Anexos.**

PROYECTO INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO



Protocolo del Proyecto. Fecha de revisión del borrador: 24 de Septiembre de 2014.

EL PROYECTO PILOTO DE INFECCIÓN QUIRÚRGICA ZERO ESTÁ DEMOSTRANDO QUE LA INTERVENCIÓN ES:

- **FACTIBLE:** incluso si se abarca desde el principio toda la cirugía no urgente.
- **SEGURA:** Se ha logrado un uso seguro de la CA y no hay EA mayores .
- **ECONÓMICA:** Coste extra inmediato entre 10-20 euros/paciente y relación beneficio/coste entre 30-40 euros por cada euro gastado.
- **EFFECTIVA:** En condiciones normales de trabajo de los hospitales españoles, podría ser superior al 20% en el primer año de aplicación.

¿QUÉ NECESITAMOS A PARTIR DE AHORA?:



- **ENTUSIASMO Y COLABORACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.**
- **APOYO INSTITUCIONAL DEL MSSSI, DE LAS AUTONOMÍAS Y DE OTRAS SSCC PARA IMPLANTARLO EN ESPAÑA EN 2015.**

27-28-29

Mayo 2015

Maridaje de
Experiencias y Evidencia

Valladolid



**MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN**

