

DOCUMENTO DE CONSENSO EN BIOSEGURIDAD



ÍNDICE

Presentación	4
Introducción	5
Adopción de dispositivos de seguridad: La mejor práctica. Definiciones	6
Reducción de los costes por lesiones causadas por pinchazos con aguja	7
Riesgo legal y costes de compensación.....	8
Conclusiones a la introducción.....	9
Documento de consenso	10
Utilización universal de dispositivos de seguridad y su uso obligatorio. Argumentos.....	10
Adecuada selección de los dispositivos de seguridad para garantizar el éxito en la protección de los profesionales sanitarios y de los pacientes	11
La formación del personal como elemento fundamental para el éxito en la reducción de accidentes con dispositivos cortantes y punzantes	12
Garantía de éxito en la gestión del cambio de conversión de un centro sanitario a uno de seguridad	13
Fecha de comienzo de la elaboración de los proyectos de seguridad	13
Consideraciones adicionales en relación a la baja incidencia de declaraciones de accidentes	14
Foro metodológico de Bioseguridad	14
Referencias bibliográficas de la introducción	15
Relación de asistentes	16
Junta Directiva ANDE	17

ISBN: 978-84-694-3755-1

Dep: M-22645-2011

Publicado por Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.

Imprime: Gramar A.G., Alonso Núñez, 29 - 28039 Madrid

PRESENTACIÓN

Este documento que presentamos, supone un eslabón más en la línea editorial de la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería, mediante la cual vamos perfilando nuestro posicionamiento sobre diversos temas que consideramos de interés. De esta manera, hemos publicado los siguientes documentos que podrás encontrar en nuestra página:
<http://www.ande.org/> :

- Gestión del producto de la actividad de enfermería.
- Gestión clínica de los cuidados de enfermería.
- Profesionalización de las direcciones de enfermería
- La excelencia en los cuidados de enfermería.
- Carrera profesional y gestión por competencias.

El escrito que tienes en tus manos, recoge las aportaciones y conclusiones consensuadas por un grupo de personas expertas, reunidas en una jornada de trabajo. Las conclusiones que os presentamos, ratificadas por la Junta Directiva, han permitido su publicación.

La nueva Directiva Europea UE 2010/32/EU del 10 de mayo de 2010 sobre la prevención de lesiones por objetos punzantes y cortantes en el sector sanitario exige que todas las organizaciones sanitarias implementen normas obligatorias de seguridad para proteger a los profesionales en el ámbito sanitario.

Esta directiva entró en vigor el 1 de junio de 2010 y debe llevarse a cabo en los estados miembros de la Unión Europea, como muy tarde el 11 de mayo de 2013.

Con el fin de facilitar la puesta en marcha de esta directiva a escala nacional, consideramos fundamental el desarrollo de un documento de consenso sobre la bioseguridad, amparado por la profesión sanitaria implicada y por las diversas asociaciones, colegios y sindicatos que la representan, La Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo (AET), La Asociación Nacional de Enfermería Coordinadora de Recursos Materiales (ANECORM), La Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), El Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), El Sindicato de Enfermería (SATSE), La Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) de Sevilla, a todos, queremos expresar nuestro agradecimiento por su colaboración para definir y establecer los contenidos.

Jesús Sanz Villorojo.
Presidente de ANDE

INTRODUCCIÓN

La Unión Europea (UE) ha publicado una nueva directiva especialmente diseñada para ayudar a prevenir lesiones e infecciones en profesionales del ámbito sanitario por objetos cortantes y punzantes, como agujas y catéteres intravenosos. La UE estima que los pinchazos con aguja "causan más de un millón de lesiones al año", por tanto, su prevención se ha convertido en un problema que todas las organizaciones sanitarias de Europa tienen que abordar. Dicha directiva, que debe transponerse en ley nacional en todos los estados miembros en mayo de 2013 como plazo límite, trata específicamente, entre otros temas, la necesidad de "proporcionar dispositivos médicos que incorporen mecanismos de seguridad", ya que numerosos estudios han demostrado su papel fundamental en la reducción de lesiones por pinchazos con aguja.

Esta directiva confirma que es responsabilidad de las empresas proteger a los profesionales de las lesiones ocasionadas por objetos cortantes y punzantes, siendo su cumplimiento obligatorio. A pesar de la presión a que están sometidos en Europa los presupuestos destinados al área sanitaria, muchas organizaciones han podido crear un argumento financiero sólido para incluir los dispositivos de seguridad en la práctica asistencial. Algunas ya se han adaptado¹ para proporcionar un entorno laboral más seguro, mejorar la calidad de sus procesos, eliminar el coste que supone el tratamiento derivado de los accidentes, el absentismo laboral del personal en un intento de evitar el daño y los costosos procesos jurídicos.

Actualmente en España existe legislación que obliga al uso de dispositivos de seguridad en cinco comunidades autónomas. La iniciativa legislativa tuvo su origen en la comunidad de Madrid, a la que siguieron las comunidades de Castilla La Mancha, Baleares, Navarra y Galicia. El ámbito de aplicación es, sin embargo, desigual, mientras que en los casos de Madrid, Navarra y Galicia la legislación que obliga al uso de dispositivos de seguridad solo afecta al sistema sanitario público, en las comunidades de Castilla La Mancha y Baleares afecta tanto al sector público como al privado. Asimismo, la puesta en marcha de esta legislación es irregular, en Madrid, Castilla La Mancha y Baleares está casi totalmente implementada, mientras que, en Galicia y Navarra, debido a los plazos de aplicación incluidos en la legislación, aún no ha comenzado.

Las lecciones aprendidas por algunas de estas comunidades en materia de prevención de accidentes y utilización de dispositivos de seguridad han inspirado gran parte del contenido de este documento de consenso.

Así mismo, existe el compromiso de todos los participantes, en su elaboración, de garantizar el bienestar y la protección de los pacientes y profesionales sanitarios además de incrementar la eficiencia económica en las organizaciones sanitarias a las que representan.

ADOPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD: LA MEJOR PRÁCTICA. DEFINICIONES

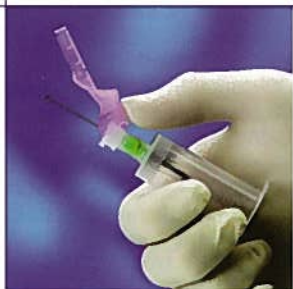
La adopción generalizada de los dispositivos de seguridad no es más que una parte de la política de seguridad destinada a reducir radicalmente la incidencia de las lesiones e infecciones por pinchazo con aguja. Existe una jerarquía de prioridades reconocida en lo que respecta a la prevención de lesiones por instrumentos cortantes y punzantes:

Primero. Es necesario eliminar, siempre que sea posible, y/o reducir, cuando no lo sea, el uso de agujas y otros instrumentos cortantes y punzantes. Ciertos procedimientos contemplan el uso de dispositivos sin agujas y otros medios para la administración de fármacos.

Segundo. Cuando se tengan que usar instrumentos cortantes y punzantes, deben adoptarse medidas que reduzcan al mínimo el riesgo que representan. Por ejemplo, mediante el uso de dispositivos que incorporen mecanismos de seguridad, como son los de recubrimiento o retracción.

Tercero y último, las prácticas profesionales más seguras y los programas periódicos de formación, respaldados por direcciones expertas y por personalidades destacadas, tanto de la profesión de enfermería como de medicina, son absolutamente imprescindibles para que los dispositivos de seguridad se utilicen con la mayor eficacia posible.

Según la Secretaría General de la Federación Europea de Asociaciones de Enfermería, estudios independientes desarrollados en Europa y en otras partes del mundo demuestran que "una combinación de formación, prácticas más seguras en el trabajo y el uso de dispositivos en medicina que incorporen mecanismos de seguridad, pueden prevenir más del 80% de las lesiones por pinchazo con aguja".



+ + +
Una vez aceptado que el uso de dispositivos de seguridad es una parte fundamental de la prevención de lesiones por pinchazos accidentales, es importante que se lleve a cabo una utilización universal de los mismos en los centros sanitarios.
+ + +

Para que la inversión destinada a tal equipamiento cuente con la máxima probabilidad de lograr los objetivos de reducción de lesiones en una organización sanitaria, es necesario definir exactamente qué es un dispositivo de seguridad y cuáles son las características y requisitos que deben cumplir. Diversos estudios ayudan a concretar las características de los "mecanismos de protección de seguridad" citados en la nueva directiva de la UE.^{2,3,4,5,6,7,8,9,10}

REDUCCIÓN DE LOS COSTES POR LESIONES CAUSADAS POR PINCHAZOS CON AGUJA

Durante los últimos diez años, se han producido una serie de debates y estudios sobre los costes asociados a las lesiones por pinchazo con aguja. La mayoría de ellos identifican los costes derivados de las lesiones por pinchazo con aguja, exclusivamente, como los gastos del tratamiento de la persona lesionada, con una cifra genérica para el tratamiento que oscila entre unos cientos y algunos miles de euros.

Sin embargo, estos artículos científicos excluyen específicamente factores como el absentismo del personal empleado, la inversión en formación perdida durante la ausencia del mismo, así como los elevados costes de contratación del nuevo personal sanitario. En el caso de lesiones graves por pinchazo con aguja, que tienen como resultado una infección por un agente patógeno de transmisión hemática, los costes que podrían evitarse son mucho mayores, afirmando el Servicio Nacional de Salud de Escocia que "para tales casos, los costes financieros y humanos son elevados y se estima que oscilan aproximadamente entre 10.000 y 620.000 libras."¹¹

Si bien la adopción de dispositivos de seguridad implica inversiones adicionales, estos costes no son excesivos. Un estudio europeo¹², por ejemplo, reveló que "el incremento de los costes directos (del uso de dispositivos de seguridad) era de 0,558 euros por paciente en el servicio de urgencias y de 0,636 euros por paciente y día en las áreas de hospitalización", aunque "el uso apropiado de dispositivos de seguridad para prevenir las lesiones percutáneas es una medida muy eficaz para prevenir estas lesiones entre los profesionales sanitarios". Los estudios normalmente contemplan la adopción de dispositivos de seguridad como una medida que ofrece una rentabilidad viable a la inversión, ya que su uso reduce significativamente el riesgo de lesiones por pinchazo con aguja y los costes asociados, y es más atractivo para el personal sanitario que desea trabajar para instituciones prestigiosas con elevados estándares de calidad. Esto viene apoyado por la experiencia, en Italia, que demuestra que la adopción de estos dispositivos, junto con la formación y concienciación, es extremadamente eficaz reduciendo las lesiones por pinchazo con aguja "la reducción oscila del 63% al 100%, dependiendo del dispositivo utilizado"^{13,14,15}, siendo su adopción asequible y rentable.



En España, cinco comunidades autónomas ya han establecido que el uso de dispositivos de seguridad sea un requisito legal. La prueba demostrativa del liderazgo que España desempeña en este campo se puede ver en un estudio realizado hace algunos años por el Consejo General de Enfermería, que señaló cómo la adopción de dispositivos de seguridad supondría un ahorro aproximado de 30 millones de euros al año¹⁶.

RIESGO LEGAL Y COSTES DE COMPENSACIÓN

A pesar de que algunas organizaciones han establecido, de forma parcial o total, políticas sobre el uso de dispositivos de seguridad basándose en las cifras que arroja el análisis económico, con frecuencia, el factor económico, no es el factor inicial que induce a los responsables de la gestión a priorizar la adopción de tales dispositivos. En ocasiones, el punto de partida radica en los procesos judiciales potencialmente perjudiciales o en las elevadas indemnizaciones compensatorias por lesiones por pinchazo con aguja. Por tanto, merece la pena revisar los casos de este tipo que se dan en Europa para tener una idea de la amenaza que constituyen.

En Italia, el tribunal de Campobasso dictó una sentencia que indemnizaba con 400.000 euros a una enfermera que al administrar una inyección a un paciente con VCH positivo, sufrió una lesión por pinchazo accidental, se infectó con el virus y transmitió dicha infección a su bebé¹⁷. El tribunal admitió que era necesario adoptar medidas de seguridad más eficaces en el ámbito sanitario donde la enfermera trabajaba. En Francia, según el Artículo 452-1 del Code de la Sécurité Sociale, una empresa comete una grave negligencia al incumplir las obligaciones relativas a seguridad y resultados. En el caso de negligencia grave por parte de la empresa contratante, la compensación concedida al empleado se incrementa y, según el Artículo L452-4 del Code de Sécurité Sociale, la empresa es responsable de pagar al empleado la compensación adicional de su capital personal.

En Alemania, en el marco de la normativa denominada "Agentes biológicos en el ámbito sanitario y las instalaciones de servicios sociales" (TRBA 250), las partes infractoras pueden ser condenadas a un máximo de tres años de prisión.



El Reino Unido es el país que más datos ofrece acerca de reclamaciones e indemnizaciones conseguidas con éxito, generalmente acordadas tras la intervención de algún sindicato. Hace muy poco, un caso jurídico de importancia sentó precedentes, no solo por los daños físicos que ocasionó al trabajador la propia lesión por pinchazo, sino también por los trastornos provocados, cuando la organización sanitaria responsable no proporcionó los estándares de tratamiento correctos, ni la atención posterior a la lesión¹⁸.

¿Qué compensación recibirá un trabajador infectado con VCH o VIH?¹⁸ La UE estima que se producen alrededor de un millón de lesiones por pinchazos accidentales con aguja cada año. Las indemnizaciones tienen poca relación con el problema que suponen los gastos de tratamiento de dichas lesiones, que un estudio realizado en un país europeo ha calculado en torno a los 600.000 euros por año para cada organización sanitaria¹⁹. En Alemania, un experto sitúa el coste del tratamiento solo en 40 millones de euros, con un coste adicional de 130 millones de euros por gastos derivados, sin incluir las horas de trabajo perdidas²⁰.

CONCLUSIONES A LA INTRODUCCIÓN

¿Cuál podría ser la conclusión si consideramos estas diversas líneas de argumentación? El aparato legislativo de la UE se ha puesto en marcha y no es posible volver atrás. En menos de tres años, todas las organizaciones sanitarias europeas estarán sujetas a la obligación legal de cumplir la nueva directiva, que menciona específicamente la necesidad de "proporcionar dispositivos sanitarios que incorporen mecanismos de seguridad".

También es un hecho que algunas organizaciones sanitarias, tanto del sector público como privado, han reconocido la influencia de los argumentos económicos para adoptar inmediatamente el uso de dispositivos de seguridad. En su razonamiento, generalmente, aúnan motivos económicos, prevención de riesgos y factores éticos.

Comprenden que los costes que representan las lesiones por pinchazos accidentales con aguja, pueden ser sustanciosos si tenemos en cuenta los gastos que originan el tratamiento, las horas de trabajo perdidas y la rotación del personal. Estas organizaciones han elaborado un análisis económico que justifica la adopción de los dispositivos de seguridad, medida que, como mínimo, no representa una pérdida de rentabilidad; de hecho, es más probable que redunde en un verdadero ahorro de costes.

Asimismo desean evitar procesos judiciales perjudiciales, reclamaciones de indemnizaciones elevadas y publicidad negativa, elementos que desvían la atención de su objetivo primordial: ofrecer una atención sanitaria de alta calidad.

Finalmente, estas organizaciones sanitarias desean crear un entorno para sus trabajadores y especialistas clínicos que ofrezca una mejor protección frente a lesiones que, al menos, son molestas e incluso pueden llegar a arruinar carreras profesionales.

El presente documento de consenso se ha desarrollado con el fin de ayudar a las organizaciones sanitarias, españolas y europeas, a implementar de forma efectiva sistemas de prevención de lesiones por pinchazo con objetos cortantes y punzantes en el sector sanitario, y realizar una adecuada adaptación a la nueva directiva europea.

En el mismo se presentan las cuestiones clave en torno a las lesiones por pinchazo y la utilización de dispositivos de seguridad. Además, se incluyen las recomendaciones para el establecimiento de un adecuado sistema de protección para el personal sanitario.

En su preparación han colaborado representantes de los distintos colectivos que participan, dentro de las instituciones sanitarias, en la prevención de lesiones por objetos cortantes y punzantes: las direcciones de enfermería, las unidades de salud laboral y las de medicina preventiva, el colectivo de enfermería relacionado con recursos materiales, los colegios profesionales, las asociaciones y los sindicatos. Las personas que han participado acumulan una dilatada experiencia en el desarrollo e implantación de programas de bioseguridad en sus respectivos centros sanitarios.

DOCUMENTO DE CONSENSO

El documento recoge las conclusiones a las que llegó el grupo de trabajo citado sobre las siguientes cuestiones relativas a materia de bioseguridad:

- Utilización universal de dispositivos de seguridad y su uso obligatorio.
- Selección de los dispositivos para garantizar el éxito en la protección de los profesionales sanitarios y de los pacientes.
- Formación del personal como elemento fundamental para conseguir la reducción de accidentes con dispositivos cortantes y punzantes.
- Garantías de éxito en la gestión del cambio que convierta un centro sanitario en un centro seguro.
- Planificación de las fechas para comenzar la elaboración de los proyectos de seguridad.
- Consideraciones adicionales en relación a la baja incidencia de declaraciones de accidentes.
- Foro metodológico de bioseguridad.



UTILIZACIÓN UNIVERSAL DE DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD Y SU USO OBLIGATORIO. ARGUMENTOS

La utilización universal de dispositivos de seguridad en los centros sanitarios debe ser obligatoria. La conversión parcial a dispositivos de seguridad, en determinadas prácticas clínicas o únicamente en ciertas especialidades, conllevaría serios riesgos y por eso concluimos que:

a. La utilización debe ser universal (cuando un paciente entra en un centro sanitario es imposible conocer su nivel de riesgo a priori), obligatoria (así está regulado por una Directiva Europea, la Constitución Española y la Ley de Prevención), ética (política de recursos humanos) y eficiente (coste en relación a beneficio).

b. De manera paralela a la implementación de dispositivos de seguridad, debe darse la retirada de los dispositivos convencionales, ya que es desaconsejable la coexistencia de ambos por dos razones principales:

- La percepción errónea de menor riesgo en áreas donde se produce el mayor número de accidentes (con sistemas de inyección). No se lograría, por tanto, el objetivo de disminuir el número de accidentes por su utilización discriminada.
- Es impropio e injusto, éticamente incorrecto, dotar de un mayor nivel de seguridad a determinados profesionales sanitarios, que trabajan en áreas donde se introduzcan los dispositivos de seguridad, frente a otros que trabajan en áreas donde no se introduzcan (responsabilidades éticas y legales de los directivos).

c. Las organizaciones sanitarias deben disponer de la posibilidad de diseñar un plan de viabilidad que contemple diferentes fases de puesta en marcha por dispositivo/servicio en función de sus recursos económicos, tamaño y otras variables.

ADECUADA SELECCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD PARA GARANTIZAR EL ÉXITO EN LA PROTECCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y DE LOS PACIENTES

La selección de los artículos sanitarios en general y de los dispositivos de seguridad, de forma específica, debe asegurar el éxito en la protección a los trabajadores sanitarios y a los pacientes. Además, debe ser adecuada y evaluada por una comisión multidisciplinar de selección, valoración y evaluación de productos sanitarios, formada por:

- Profesionales con experiencia que utilizan el artículo en su versión convencional.
- Profesionales con experiencia en bioseguridad, materiales de bioseguridad e implementación.
- Profesionales del ámbito de los servicios de prevención de riesgos laborales.
- Delegados de prevención.
- Responsables de suministros y de recursos materiales.

La evaluación debe contemplar tanto el aspecto de calidad y seguridad del propio artículo en sí mismo, como la seguridad en los nuevos hábitos y técnicas para el personal que lo utiliza ¿Cómo se siente de seguro el profesional en relación al nuevo artículo y a la nueva técnica?

En la preparación de los concursos, así como en cualquier otro documento de compras, se debe contar con el personal sanitario incluido en la comisión multidisciplinar de selección, valoración y evaluación de productos sanitarios y reflejar los requisitos mínimos que se ajusten a la legislación vigente.

Tanto si la compra viene centralizada o no, se deben cumplir los mismos estándares de calidad mínimos. Para concretar cuáles son los requisitos correspondientes a cada artículo/dispositivo sanitario, es necesario desarrollar, de forma interna en el centro sanitario, un protocolo de selección de productos de seguridad basado en La Guía de Implementación de la Directiva Europea de Seguridad, publicada por el European Biosafety Network, en la que se define que el producto seguro debe ser:

- De sencilla activación del mecanismo de seguridad y permitir que el profesional sanitario mantenga el control adecuado sobre el procedimiento.
- Irreversible una vez activado.
- La activación se debe manifestar por sí sola al profesional sanitario, por medio de una señal auditiva, táctil o visual.
- Con garantías en lo que se refiere a la seguridad del paciente.
- Constituido como una pieza integral del dispositivo y no un accesorio independiente.
- Sencillo de manejar y con un requerimiento mínimo en el cambio de técnica por parte del profesional sanitario.
- Fiable.
- Activación automática (seguridad pasiva) o con una sola mano que no se exponga a la parte filosa del material.
- No debe crear otros peligros para la seguridad ni fuentes de exposición a la sangre.

Añadimos también que tiene que contemplar la posibilidad de adaptarse en el caso de personal con alguna discapacidad, diseñando para ello una formación específica.

Es recomendable disponer de una guía de selección actualizada y específica de bioseguridad donde cada producto tenga detallada su especificación técnica.

Si no existe disponibilidad de un artículo en concreto, proponemos seleccionar el que más se acerque a la máxima seguridad y el de menor riesgo para trabajar, así como colaborar con los proveedores de artículos sanitarios en el diseño de una propuesta concreta.

La experiencia nos demuestra la utilidad de realizar pruebas piloto en uno o varios servicios, de manera previa a la compra.

LA FORMACIÓN DEL PERSONAL COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA EL ÉXITO EN LA REDUCCIÓN DE ACCIDENTES CON DISPOSITIVOS CORTANTES Y PUNZANTES

Consideramos la formación del personal como un elemento fundamental en el éxito para la reducción de accidentes con dispositivos cortantes y punzantes, debiendo ser regulada e incluida en la formación pregrado de los estudios de ciencias de la salud, con la aportación y participación de las entidades colegiales y las sociedades científicas.

Estamos todos de acuerdo en que dicha formación debe respetar los principios éticos de universalidad y de equidad, asegurando que el personal en prácticas o de nueva incorporación reciben los conocimientos adecuados a este respecto, ya que está demostrado que el porcentaje de accidentes aumenta en el colectivo que tiene menos experiencia.

La formación para adquirir las habilidades en el manejo de los productos de seguridad debe ser teórico-práctica (incluyendo conceptos básicos de bioseguridad), realizada por el suministrador y exigible en todos los documentos de compra, no solo concursos públicos, para garantizar su correcta utilización y adecuación a las necesidades del centro (rotación del personal, eventualidades, etc.).

Por otro lado, la formación ha de ser continuada, para mantener la sensibilización, reglada y obligatoria. Es responsabilidad del propio centro, y no solo del proveedor, el velar por el cumplimiento de los estándares mencionados, a través de:

- Evaluaciones de conocimientos.
- Cortes de prevalencia para valorar la correcta utilización de los dispositivos.
- Incorporación a los protocolos de los servicios y unidades (protocolos de actuación generales de la organización).
- Supervisión por expertos de los centros para reforzar la formación inicial del proveedor.



La formación debe desarrollarse en tres aspectos de la práctica profesional:

- De sensibilización/mentalización, que ayude a disminuir las resistencias a los cambios tanto en relación a los productos sanitarios en sí, como en relación a los hábitos en el desarrollo de las técnicas.
- De comportamiento/utilización eficaz de los dispositivos e implementación de nuevos hábitos y técnicas.
- De cumplimiento de los protocolos, su aplicación y mantenimiento.



GARANTÍA DE ÉXITO EN LA GESTIÓN DEL CAMBIO DE CONVERSIÓN DE UN CENTRO SANITARIO A UNO DE SEGURIDAD

En el grupo de trabajo nos planteamos la pregunta ¿Cómo garantizar el éxito de la conversión de un centro sanitario en uno de seguridad? Concluimos que la gestión del cambio de un centro sanitario a uno de seguridad debe ser un proyecto integral liderado, planificado y programado por el responsable del centro y el equipo directivo:

- a. Proyecto integral porque no es simplemente el cambio de productos sanitarios convencionales por dispositivos de seguridad. Debe ir acompañado por el desarrollo y la puesta en marcha de unas buenas prácticas en bioseguridad a las que la dirección del centro sanitario y el equipo directivo deben proporcionar el seguimiento adecuado.
- b. Proyecto integral, además, porque incluye la gestión de todos los aspectos logísticos, de compras, de los protocolos de actuación, de la formación, de la concienciación y de una adecuada selección de dispositivos. Solo de esta manera se logrará reducir el número de accidentes, además de obtener un impacto económico neutro o de una reducción significativa de costes para la organización sanitaria.
- c. La planificación de las fechas y las fases de implantación la debe realizar también el responsable del centro, junto con el equipo directivo, dejando que cada uno defina su plan de viabilidad y de puesta en marcha en función del tamaño del centro, de los recursos económicos y de los tipos de dispositivos, así como, las necesidades de formación.

FECHA DE COMIENZO DE LA ELABORACIÓN DE LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD

A continuación recogemos diferentes razones por las que argumentamos que los proyectos de bioseguridad asociados a material cortante y punzante deben comenzar de manera inmediata, con independencia de que cada centro pueda planificar las fechas de ejecución e implementación en función de las diferentes fases que haya definido en el punto anterior, apartado c, según tamaño, recursos disponibles y otras necesidades:

- a. El riesgo al que está expuesto el personal sanitario está constatado. Del mismo modo, hay un uso desigual de dispositivos de seguridad en las distintas especialidades y los distintos centros sanitarios, poniendo en una situación desigual a distintos trabajadores sanitarios. El compromiso ético de las organizaciones sanitarias debe ser proporcionar seguridad, tanto para los profesionales como para los pacientes.
- b. Los centros sanitarios ya no tendrán elección a la hora de poner en marcha programas de conversión a seguridad en base a la nueva Directiva Europea, cuya fecha límite de implementación es el 11 de mayo de 2013.
- c. La conversión a seguridad y el correspondiente análisis de riesgos, asociados al cambio y asociados a la seguridad de los pacientes frente a las ventajas que aporta la utilización de los nuevos dispositivos para los profesionales, definición de protocolos, formación, cambio de concursos, logística, etc., consume mucho tiempo y recursos. Se calcula que se necesitan varios meses para ejecutar de forma apropiada un proyecto de conversión a seguridad en un centro sanitario.

CONSIDERACIONES ADICIONALES EN RELACIÓN A LA BAJA INCIDENCIA DE DECLARACIONES DE ACCIDENTES

A la hora de medir resultados debe tenerse en cuenta la baja incidencia de declaraciones de accidentes en los centros sanitarios. Cuando se realizan campañas de sensibilización de declaración de exposiciones ocupacionales accidentales, éstas tienden a incrementarse. Recomendamos la realización de campañas de información y sensibilización para fomentar la declaración de exposiciones.



FORO METODOLÓGICO DE BIOSEGURIDAD

Proponemos la creación de un foro metodológico en bioseguridad que permita un uso común y aprovechar sinergias en relación a los análisis de los riesgos, herramientas de evaluación, informes técnicos etc., de modo que los distintos actores puedan beneficiarse de las diferentes iniciativas y actividades que se han desarrollado, ya de manera exitosa, en otros lugares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LA INTRODUCCIÓN

1. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, Orden 827-2005.
2. Unison, Preventing Needlesticks with safer Needles, 2008.
3. Royal College of Nurses, Needlestick Injury 2008.
4. Die Welt, A needlestick decides, 5th July 2005, quoting Andreas Wittmann, Department of Occupational Medicine and Infection Protection, University of Wuppertal.
5. G.E.R.E.S. – Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition au Sang. Guide des matériels de sécurité. Paris, Avril 1996.
6. CDC-NIOSH Alert. Preventing Needlestick Injuries in Health Care Setting. DHHS (NIOSH) Publication No. 2000-108, November 1999.
7. ISPESL – Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro LINEE GUIDA SUGLI STANDARD DI SICUREZZA E DI IGIENE DEL LAVORO NEL REPARTO OPERATORIO, December 2009.
8. FDA. Supplementary Guidance on the Content of Premarket Notification (510K) Submissions for Medical Devices with Sharps Injury Prevention Features (borrador). Rockville, MD: General Hospital Devices Branch, Pilot Device Evaluation Division, Office of Device Evaluation, 1995.
9. OSHA-U.S. Department of Labor. Enforcement Procedures for the Occupational Exposure to Bloodborne Pathogens. Número de directiva: CPL 2-2.69, 27 de noviembre de 2001.
10. OSHA-U.S. Department of Labor. Safer Needle Devices: Protecting Health Care Workers. Prepared by the Occupational Safety and Health Administration Directorate of Technical Support Office of Occupational Health Nursing, October 1997.
11. NHS Scotland, Needlestick Injuries; Sharpen your Awareness, Annex 3, Safer Devices Cost Benefit Assessment, <http://www.sehd.scot.nhs.uk/publications/nisa/nisa-13.htm>
12. Valls V, Lozano MS, Yanez R et al. Use of safety devices and the prevention of percutaneous injuries among healthcare workers. Infection Control and Hospital Epidemiology 2007;28:1352-60.
13. S.I.R.O.H; reports 1986-2009.
14. E.Console, G. Del Giudice, P. Fabbri, F. Greco, F. Meliga, M.Miniero, M.Nelli, "Esperienza multicentrica sull'introduzione di dispositivi medici per la prevenzione della puntura accidentale" GILO 2003; 10 (3): 120-125.
15. C.Catalano, E.Console, G. Del Giudice, P. Fabbri, F. Greco, C. Marino, F. Meliga, M.Miniero, M.Nelli, A. Scandurra "Dispositivi medici per la prevenzione della puntura accidentale: esperienza multicentrica a distanza di un anno" GILO 2004; 11 (4): 172-177.
16. El Consejo General de Enfermería de España y la Fundación Española de Riesgos Laborales Salud e Higiene, Estudio Epinetac 1996 – 2002.
17. Fryers vs Royal Victoria Hospital, Thompsons, Health & Safety News, Spring 2010.
18. Unison, Preventing Needlesticks with safer Needles, 2008.
19. Royal College of Nurses, Needlestick Injury 2008.
20. Die Welt, A needlestick decides, 5th July 2005, quoting Andreas Wittmann, Department of Occupational Medicine and Infection Protection, University of Wuppertal. Ration Directorate of Technical Support Office of Occupational Health Nursing, October 1997.

RELACIÓN DE ASISTENTES

PARTICIPANTES

Miguel A. Alonso López
Francisco Luis Álvarez

José Antonio Ávila Olivares

Pilar Bravo Agui
Carmen Castilla
José Manuel Corbelle Álvarez

María José Domingo
Pilar Elola Vicente
José Antonio Forcada Segarra

Dolores García
Fiona Garin
M^a Victoria Gumiel
Reyes Herce Tomas
Isabel Inchusta Hualde
Carmen Jiménez Zarco

Montserrat Llinás
José Manuel Luque
Ángel Martín
Manuel Martínez Vidal
Domingo Morón
Carmen Muñoz Ruipérez
M^a Soledad Neria Agujetas
Miguel Pichardo Cabrera
Miguel Sánchez

Jesús Sanz Villorejo
Antoni Trilla
Ana Vecino Soler
José Joaquín Vélez López

PROCEDENCIA

Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.
Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) de Sevilla
Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Hospital Universitario La Paz de Madrid
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla
Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo (AET)
Hospital Universitario La Paz de Madrid
Hospital Universitario La Paz de Madrid
Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla
Experta en Bioseguridad
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
Forum Trainers
Sindicato de Enfermería (SATSE)
Asociación Nacional de Enfermería Coordinadora de Recursos Materiales (ANECORM)
Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona
Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla
Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla
Jefe S. Laboral de la Comunidad de Madrid
Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla
Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid
Hospital Universitario La Paz de Madrid
Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva
Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF) de Sevilla
Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE)
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza
Sindicato de Enfermería (SATSE)

JUNTA DIRECTIVA ANDE

Presidente:
Jesús SANZ VILLOREJO
Vicepresidenta:
Mercedes FERRO MONTIU
Secretaria:
Charo VAQUERO RUIPEREZ
Vicesecretario:
José MOGUER MARTÍN
Tesorera:
Isabel ZALDÍVAR LAGUÍA
Vocal de Andalucía:
Alfonso J. CRUZ LENDINEZ
Vocal Aragón:
Juan PARICIO MUÑOZ
Vocal de las Islas Baleares:
Patricia GÓMEZ PICARD
Vocal de las Islas Canarias:
Rafael GARCÍA MONTESDEOCA
Vocal de Cantabria:
M^a del Rosario OLORIZ RIVAS
Vocal de Castilla La Mancha:
M^a Luisa TEIJEIRA RODRÍGUEZ
Vocal de Castilla y León:
Araceli TEJEDOR FRANCO
Vocal de Cataluña:
Concepció CABANES DURÁN
Vocal de Extremadura:
Raquel RODRÍGUEZ LLANOS
Vocal de Galicia:
Alfredo MORENO ALEGRE
Vocal de Madrid:
Marilia SEGARRA CAÑAMARES
Vocal de Murcia:
Mercedes LASSO GONZÁLEZ
Vocal de Navarra:
Mercedes FERRO MONTIU
Vocal del País Vasco:
M^a Carmen YARRITU FERNÁNDEZ
Vocal del Principado de Asturias:
Manuel Bernardo GARCIA-SUAREZ
Vocal de La Rioja:
Blanca LENZANO PÉREZ
Vocal de la Comunidad Valenciana:
M^a del Remedio YAÑEZ MOTOS

