

Jornada Anual

Seguridad en Paciente Crítico 2025

ACTUALIZACIÓN DEL PROYECTO RESISTENCIA ZERO

José Garnacho Montero
Unidad Clínica de Cuidados Intensivos
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
Responsable de Resistencia Zero



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



V2.0



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Resistencia Zero v2.0



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico – 27 noviembre 2025



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

COORDINADOR DEL PROYECTO

José Garnacho Montero. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

COMITÉ ASESOR

Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades

Coronarias (SEMICYUC)

Xavier Nuvials. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. xavier.nuvials@vallhebron.cat

Mercedes Catalán. Unidad de Cuidados Intensivos. H Universitario 12 Octubre. Madrid. mmcgcs@gmail.com

Francisco Álvarez Lerma. Hospital del Mar, Barcelona. falvarez@parcdesalutmar.cat

Cruz Soriano. Unidad de Cuidados Intensivos. H Universitario Ramón y Cajal. Madrid. cruzsoriano@gmail.com

David Andaluz Ojeda. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Palencia. davidandaluz78@yahoo.es

Montserrat Rodríguez Aguirregabiria. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid. montseara17@gmail.com

Pablo Vidal Cortés. Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Pablo.Vidal.Cortes@sergas.es

Naia Más Bilbao. Servicio de Medicina Intensiva. HRI BioBizkaia-Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Galdakao (Bizkaia). naia.masbilbao@osakidetza.eus

Borja Suverbiola. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Marqués de Valdecillas. Santander. borjasuberviola1977@gmail.com

Paula Ramírez. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario La Fe. Valencia. paula.ramirez.galleymore@gmail.com





Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC)

Rosa García Díez. OSI URIBE. rosagarcia27@gmail.com

MARIAROSARIO.GARCIADIEZ@osakidetza.eus

M Dolores González Caro. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital
Universitario Virgen Macarena. Sevilla. lolagcaro@gmail.com

Mónica Vázquez Calatayud. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona
(Navarra) mvazca@unav.es

Mónica Delicado Domingo. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.
monica.delicado@gmail.com

MONICA.DELICADODOMINGO@OSAKIDETZA.EUS

Susana Arias Rivera. Hospital Universitario Getafe Madrid.
ariasrivera@gmail.com





Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Clínica (SEIMC)

Juan M. García Lechuz. S. Microbiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. jmgarcialechuz@salud.aragon.es

Patricia Ruiz Garbajosa. S. de Microbiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. pruizg@salud.madrid.org

Nieves Larrosa. S. de Microbiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron., Barcelona. nieves.larrosa@vallhebron.cat

José Luis del Pozo. S. de Microbiología y EEEII. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. jdelpozo@unav.es

Susana Sancho. S. de Medicina Intensiva, HUyP La Fe, Valencia. sanchosus@gmail.com

Francisco Javier Candel. S. de Microbiología. Hospital Universitario San Carlos, Madrid. fj.candel@gmail.com

Ángel Estella. S. de Medicina Intensiva, Hospital Universitario General de Jerez. Jerez de la Frontera, Cádiz. litoestella@hotmail.com

Miguel Salavert. Unidad de Enfermedades Infecciosas, HUyP La FE, Valencia. salavert_mig@gva.es





Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



Asociación española de enfermería de prevención y control de infecciones (AEEPYCI)

Inmaculada Fernández Moreno. Enfermera de PyCI de CS Parc Taulí, Sabadell (Barcelona). IFernandezM@tauli.cat

María Luisa Rodríguez Navas. Enfermera de Py CI del Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. luisarn08@yahoo.es

Carlota Hidalgo López. Hospital del Mar. Barcelona. chidalgo@psmar.cat

Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS)

Jesús María Aranaz Andrés. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del hospital. Universitario Ramón y Cajal. Madrid. jesusmaria.aranaz@salud.madrid.org

Javier Lozano García. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. jlozanoga@saludcastillayleon.es

Paloma Moreno Núñez. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del hospital. Universitario Ramón y Cajal. Madrid. pmorenon@salud.madrid.org

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD ASISTENCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. MINISTERIO DE SANIDAD

Rebeca Padilla Peinado rpadilla@sanidad.gob.es
rpadilla@sanidad.gob.es





Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

OBJETIVOS

Objetivo principal

Mantener por debajo del 40% el porcentaje de MMR que se adquieren en la Unidad de Cuidados Intensivos respecto al total de MMR identificados.



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

OBJETIVOS

Objetivos secundarios

Mantener por debajo del 40% el porcentaje de pacientes con MMR que lo adquieren en la Unidad de Cuidados Intensivos respecto al total de pacientes con colonización/infección por MMR.

Reducir anualmente un 2% el número de infecciones por MMR que se adquieren en las Unidades de Cuidados Intensivos españolas (tras 48 horas de ingreso).

Reducir anualmente un 2% la mortalidad cruda en UCI de los pacientes con bacteriemia por MMR que se adquieren en las Unidades de Cuidados Intensivos españolas (tras 48 horas de ingreso).



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

OBJETIVOS

Objetivos secundarios

Conocer el mapa de MMR en las Unidades de Cuidados Intensivos españolas de forma dinámica de tal modo que permita ver la evolución temporal de los diferentes MMR.

Homogeneizar las prácticas de vigilancia y control de MMR en las Unidades de Cuidados Intensivos españolas.

Promover y reforzar la cultura de seguridad en estas Unidades.

Potenciar la red de las Unidades de Cuidados Intensivos, a través de las distintas CCAA, que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada.



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Política de Antibióticos

Identificación de pacientes con MMR

Transmisión cruzada

Identificación de reservorios en UCI



Política de Antibióticos

1. Se debe implementar un PROA estructurado en todas las UCI liderado por un intensivista experto en infecciones y compuesto por un equipo colaborativo y multidisciplinar. Es muy importante mantener una comunicación estrecha entre microbiología y UCI para una interpretación de los resultados, especialmente en caso de MMR, y el ajuste inmediato del esquema antibiótico.
2. Basándose en la epidemiología local, se recomienda iniciar cobertura antibiótica dirigida frente a MMR si presentan criterios de sepsis y presencia de factores de riesgo para dichos MMR. Si existe colonización por un MMR, este micro-organismo deberá quedar cubierto en la antibioterapia empírica.
3. Se recomienda realizar desescalada antibiótica en cuanto se obtengan resultados microbiológicos como estrategia para disminuir la incidencia de MMR.



Política de Antibióticos

4. Se recomienda implementar herramientas de diagnóstico microbiológico rápido, en las primeras 24 horas y en muestras clínicas de calidad, con el objeto de identificar el agente causal y su perfil de resistencia, y de esta manera optimizar el tratamiento antimicrobiano lo antes posible (Recomendación basada en el Consenso Delphi).

Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

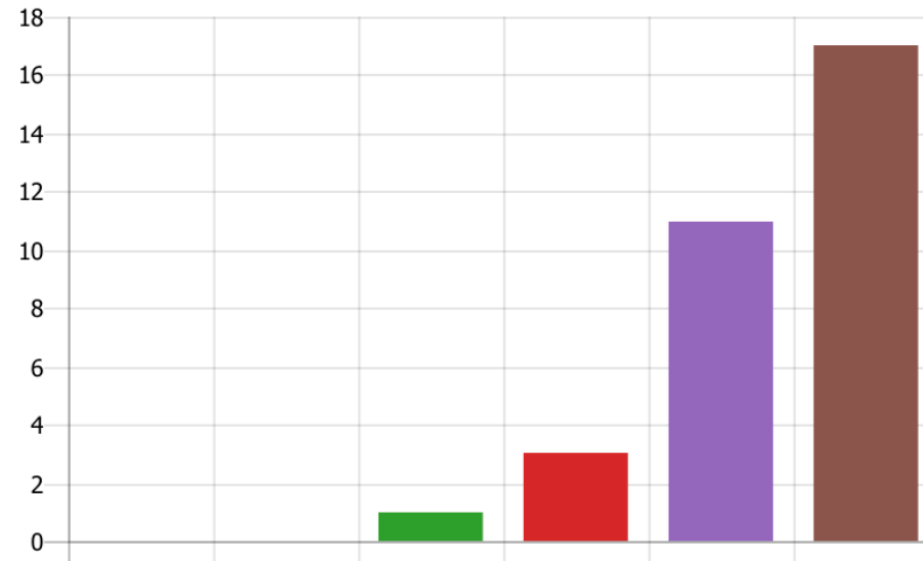


Grupo 1. DELPHI. Primera Ronda

1. 1.1 Se recomienda implementar herramientas de diagnóstico microbiológico rápido, en las primeras 24 horas de ingreso y en muestras clínicas de calidad, con el objeto de identificar el agente causal y su perfil de resistencia, y de esta manera optimizar el tratamiento antimicrobiano lo antes posible



0
0
1
3
11
17





Identificación de pacientes con MMR

5. Se deben realizar cultivos de vigilancia a todos los pacientes al ingreso en UCI y semanalmente de seguimiento. Se recomienda realizar triple frotis (nasal, faríngeo y rectal). En caso de querer descartar colonización por *Candida* spp multi-resistente añadir frotis axilar y/o inguinal.
6. Se debe instaurar precauciones de contacto preventivo en pacientes con factores de riesgo de MMR las cuales se deberán levantar cuando se reciba el resultado negativo de las pruebas de vigilancia.
7. En el contexto de brotes, se recomienda emplear las técnicas moleculares de diagnóstico rápido (PCR multiplex) complementando con cultivos convencionales de colonización.



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Criterio actual de RZ	Evidencia científica	Recomendación
Colonización previa por MMR	Confirmada como el criterio más sólido	Mantener
Ingreso hospitalario en los últimos 3 meses	La duración es más importante que la mera hospitalización	Modificar → Priorizar hospitalizaciones prolongadas
Antibioterapia previa	Factor de riesgo más relevante	Mantener
Institucionalización	Válido	Mantener
Enfermedades crónicas de alto riesgo (bronquiectasias, fibrosis quística)	Insuficiente	Modificar → Ampliar a <u>inmunosupresión</u> , estado crítico y comorbilidades de alto riesgo



Identificación de pacientes con MMR

8. Se deben instaurar precauciones de contacto en todos los pacientes colonizados o infectados por los MMR que se muestran en el Anexo 1. (Recomendación basada en el Consenso Delphi).
9. Se recomienda instaurar precauciones de contacto en todos los pacientes colonizados o infectados por *S.maltophilia* resistentes a cotrimoxazol y levofloxacin. (Recomendación basada en el Consenso Delphi).
- 10.No existe una recomendación sobre si se deben instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos precauciones de contacto en pacientes con colonización/infección por *E. coli* productor de BLEE. (Recomendación basada en el Consenso Delphi).



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

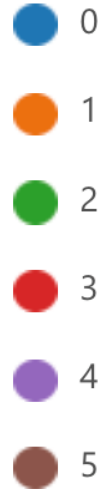
Bacteria	Marcador de resistencia	Situación
Bacterias Gram positivas		
<i>Staphylococcus aureus</i>	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia a meticilina 	Rutina
<i>Enterococcus faecium</i>	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia a vancomicina 	Rutina
Bacterias Gram negativas		
<i>Enterobacterales</i>	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia a cefalosporinas de 3ª generación / productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) Resistencia a carbapenémicos /Productoras de carbapenemasas 	Rutina
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<ul style="list-style-type: none"> “Difícil de tratar” Productoras de carbapenemasas 	Rutina
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	<ul style="list-style-type: none"> Cepas R TMP/SMX y Levofloxacino 	Rutina
<i>Acinetobacter baumannii</i>	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia a carbapenémicos 	Rutina
Hongos		
<i>C.parapasilosis</i>	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia a azoles 	En situación de brote
<i>C. auris</i>	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia intrínseca 	En situación de brote



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Grupo 2. DELPHI. Primera Ronda

5. 2.4 Deben instaurarse precauciones de contacto en todos los pacientes colonizados o infectados por *S.maltophilia* resistentes a cotrimoxazol y levofloxacinó?



1

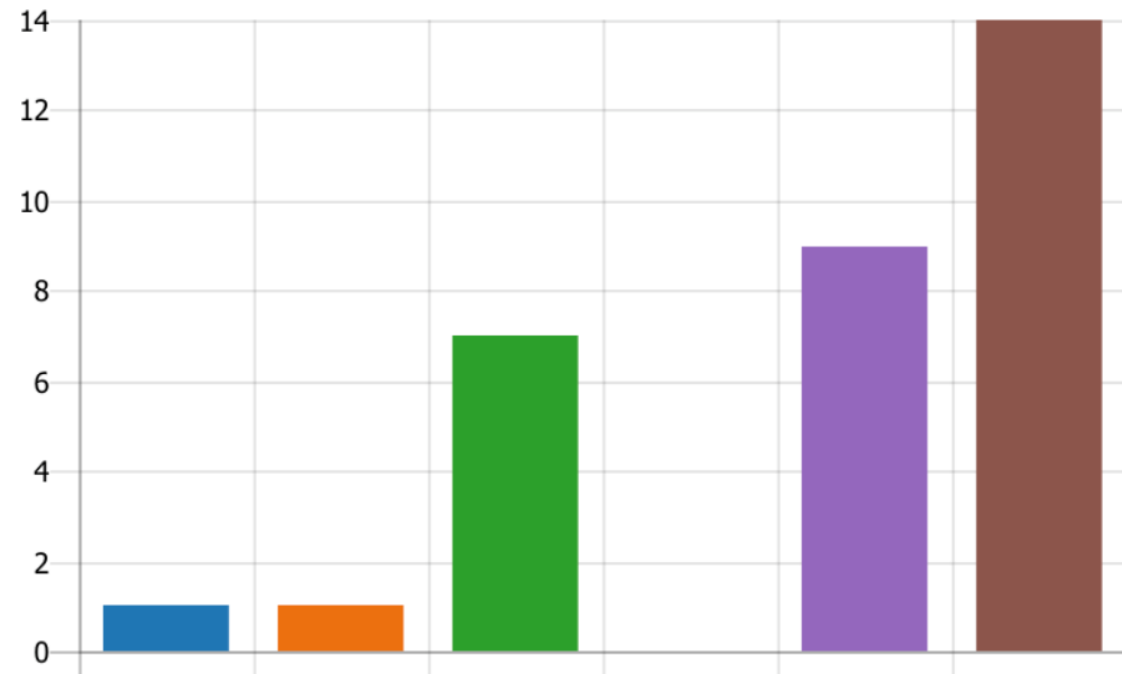
1

7

0

9

14





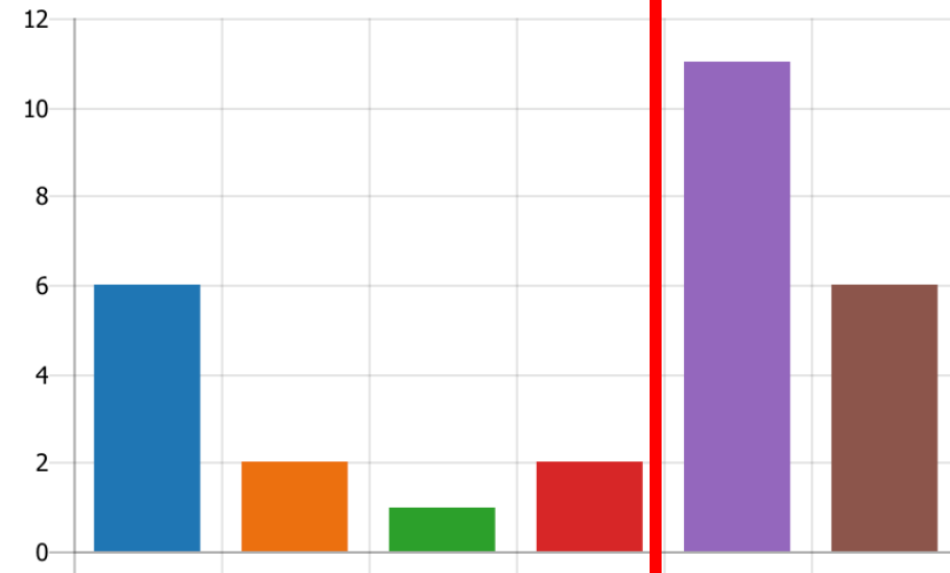
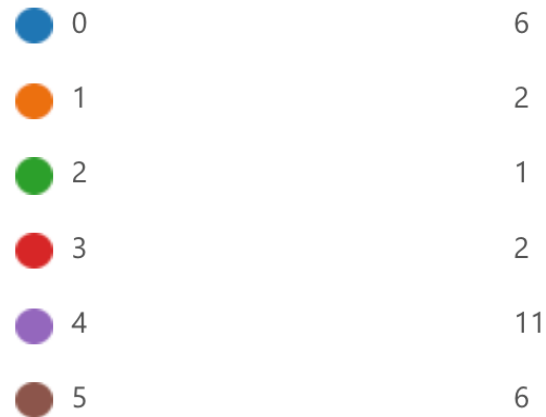
Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Grupo 2. DELPHI. Primera Ronda

28 Respuestas 19:42 Tiempo medio para finalizar Activo Estado

1. 2.1 Deben implementarse en UCI precauciones de contacto a los pacientes con colonización/infección por E. coli productor de BLEE.

60,7%

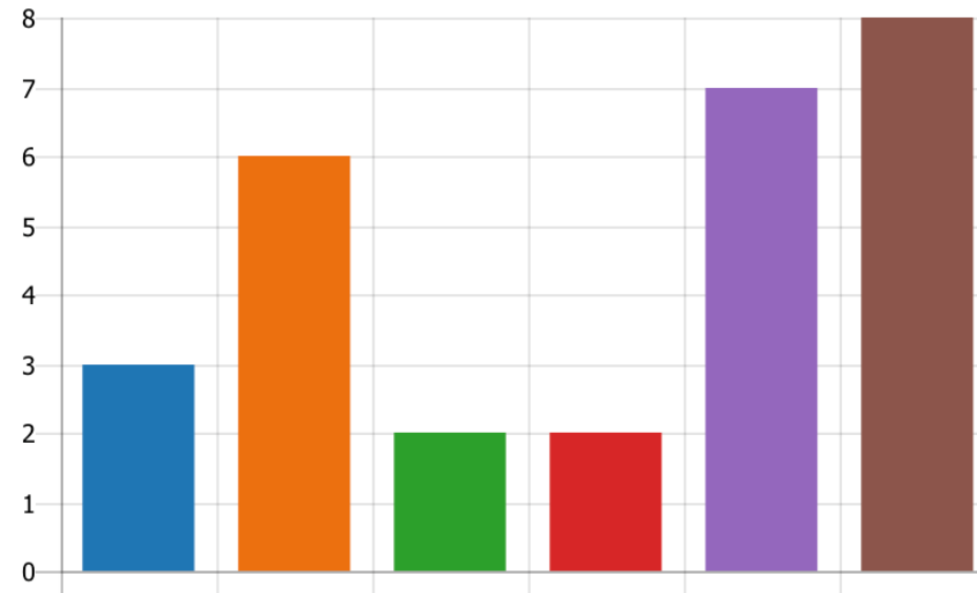




Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Grupo 2. DELPHI. Primera Ronda

2. 2.2 Se debe incluir *S. maltophilia* en el cribaje de patógenos multirresistentes del proyecto Resistencia Zero?





Transmisión cruzada

11. Se debe controlar el cumplimiento de las precauciones estándar y de las precauciones basadas en la transmisión de microorganismos.
12. Las Unidades deben disponer de una ficha/documento de limpieza del material clínico y de los aparatos de exploración existentes en la UCI, que sean de uso común en los pacientes ingresados. (Recomendación basada en el Consenso Delphi).
13. Las Unidades deben disponer de un protocolo específico y actualizado de limpieza diaria y terminal de las habitaciones ocupadas por pacientes con MMR. (Recomendación basada en el Consenso Delphi).



Transmisión cruzada

14. En situación de endemia o brote, es recomendable adecuar e incrementar la frecuencia de la limpieza en las áreas de trabajo con los pacientes, así como en las superficies de contacto cercanas a los mismos. (Recomendación basada en el Consenso Delphi).
15. En la higiene diaria de los pacientes colonizados o infectados por BMR, deben incluirse productos que contengan clorhexidina. (Recomendación basada en el Consenso Delphi).



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Momento de retirada de precauciones para evitar transmisiones, normalmente de contacto, en pacientes colonizados o infectados por MMR.

- La recogida de muestras se debe realizar cuando el paciente no está bajo tratamiento antimicrobiano sensible al microorganismo a estudiar.
- El inicio de la recogida de muestras debe empezar como mínimo a las 48h de haber finalizado el tratamiento antimicrobiano en caso de infección.
- El periodo de tiempo entre recolecciones de muestras debe ser como mínimo de 48h-72h y siempre que se tenga el resultado previo informado definitivamente por el laboratorio.



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

- Se recomienda retirar las precauciones de contacto si (NO ACUERDO)
 - *Enterobacterales* productoras de BLEE: No acuerdo del grupo si retirarlo tras 2 o 3 cultivos negativos
 - Enterobacterales resistentes a carbapenémicos / Productoras de carbapenemasas: No acuerdo del grupo si retirarlo tras 3 cultivos negativos o NO retirar durante hospitalización.
 - *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos: No acuerdo del grupo si retirarlo tras 3 cultivos negativos o NO retirar durante hospitalización.
 - *Pseudomonas aeruginosa* cepas difíciles de tratar: No acuerdo del grupo si retirarlo tras 3 cultivos negativos o NO retirar durante hospitalización.
 - *Stenotrophomonas maltophilia* Resistente a TMP/SMX y levofloxacino: No acuerdo del grupo si retirarlo tras 2 o 3 cultivos negativos
 - *S aureus* resistente a meticilina: No acuerdo del grupo si retirarlo tras 2 o 3 cultivos negativos



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

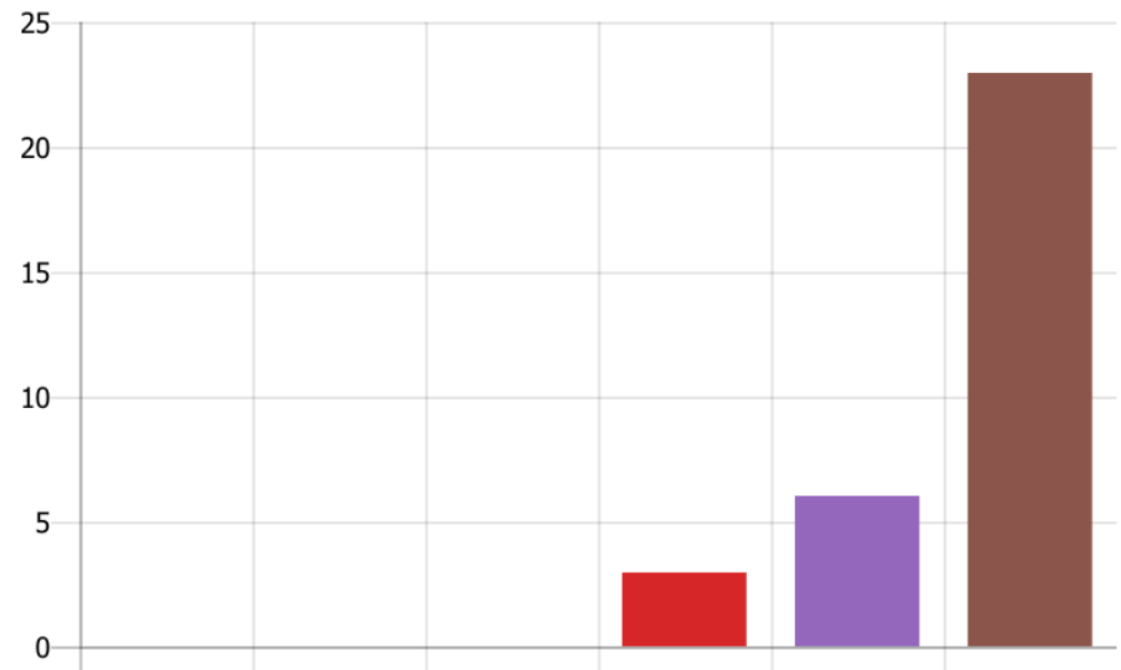
- Se recomienda retirar las precauciones de contacto si se cumplen las condiciones antes expuestas si existen:
 - *Enterococcus faecium* resistente a vancomicina: **3 cultivos negativos**.
 - *C.parapasilosis* resistente a los azoles: **3 cultivos negativos**.
 - *Candida auris* con resistencia intrínseca: Acuerdo de **NO retirar aislamiento durante la hospitalización**.



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Grupo 3. DELPHI. Primera Ronda

15. 3.1. las Unidades deben disponer de una ficha/documento de limpieza del material clínico y de los aparatos de exploración existentes en la UCI, que sean de uso común en los pacientes ingresados.

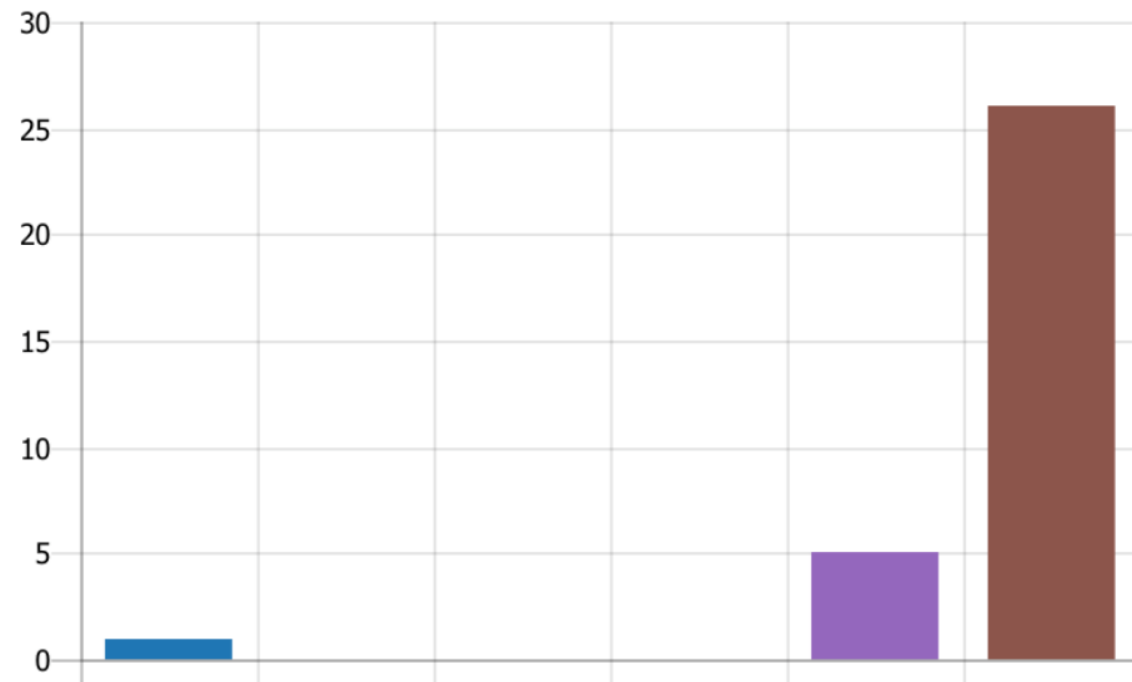


Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



Grupo 3. DELPHI. Primera Ronda

16. 3.2. Las Unidades deben disponer de un protocolo específico y actualizado de limpieza diaria y terminal de las habitaciones ocupadas por pacientes con MMR.

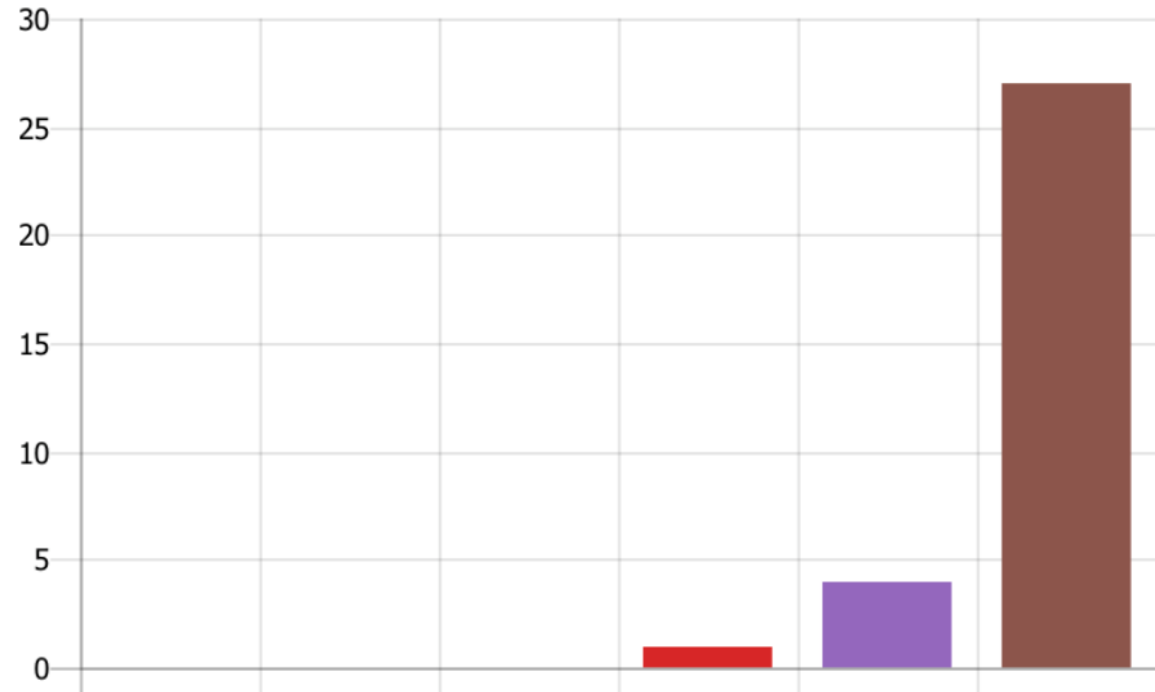




Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Grupo 3. DELPHI. Primera Ronda

17. 3.3. En periodo epidémico (ej brote), es recomendable incrementar la frecuencia de la limpieza en las áreas de trabajo con los pacientes, así como en las superficies de contacto frecuente cercanas a los mismos.





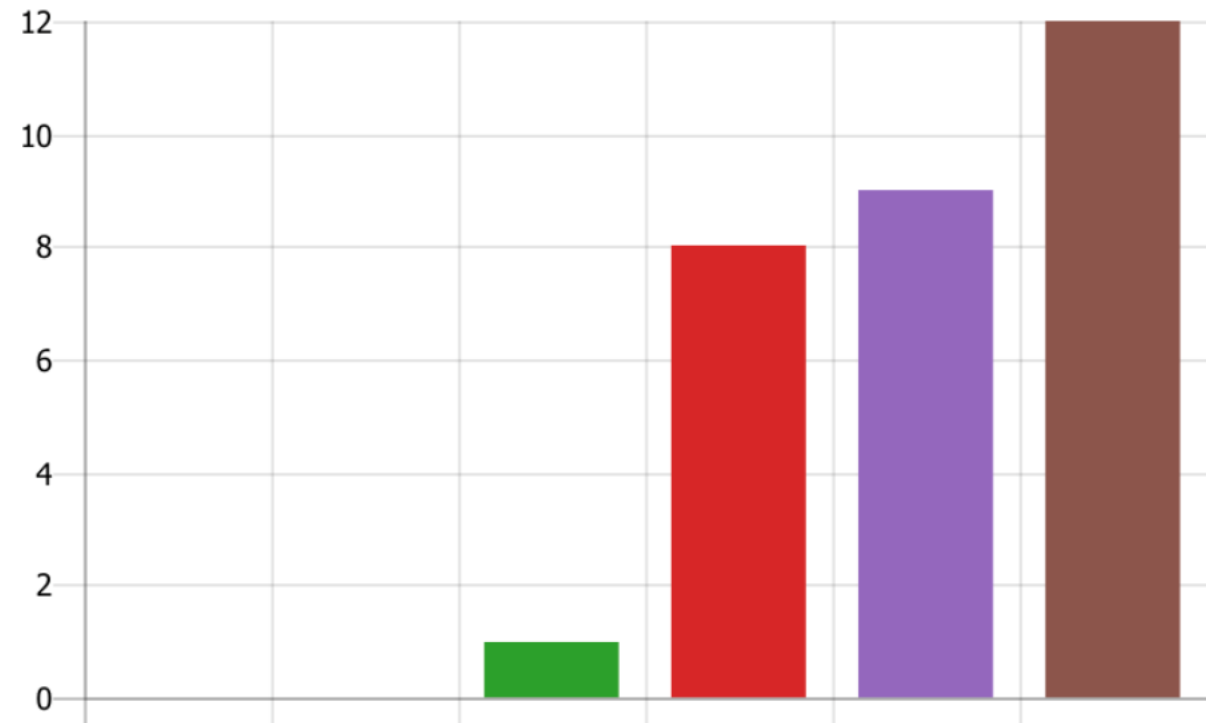
Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Grupo 3. DELPHI. Primera Ronda

18. 3.4. En la higiene diaria de los pacientes colonizados o infectados por BMR, deben incluirse productos que contengan clorhexidina



0
0
1
8
9
12



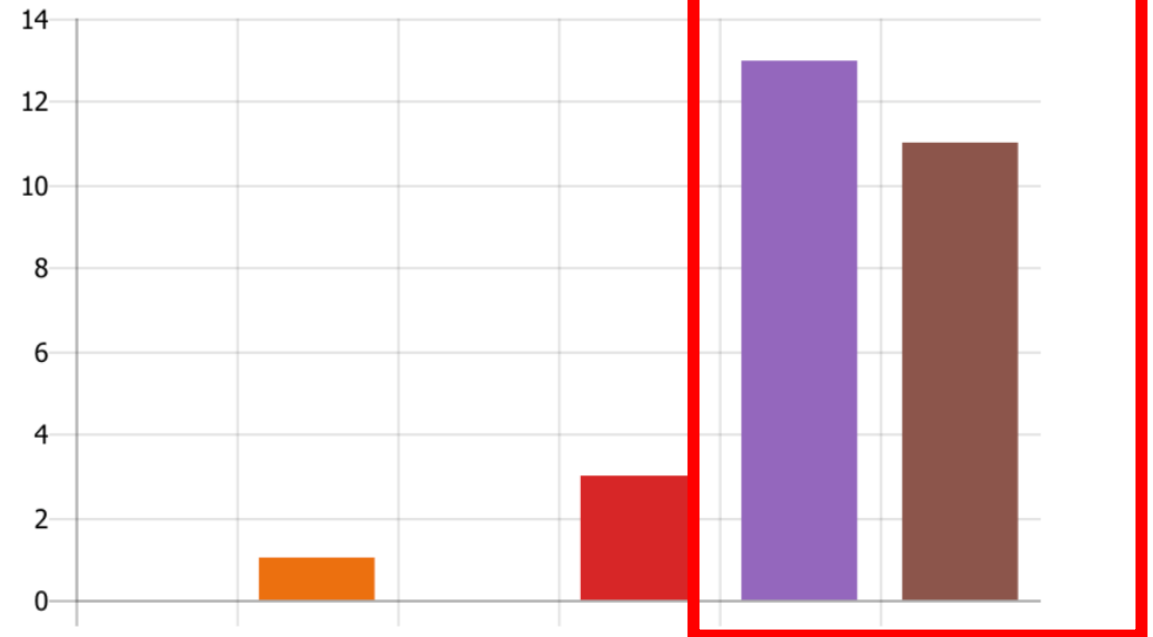


Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Grupo 3. DELPHI. Primera Ronda

13. 3.4. En la higiene diaria de los pacientes colonizados o infectados por BMR, deben incluirse productos que contengan clorhexidina

85,7%





Identificación de reservorios en UCI

16. Las medidas de control aplicadas en los brotes deben diseñarse por un equipo multidisciplinar en el marco de una intervención coordinada integral, adaptadas al tipo de población y a las características epidemiológicas del microorganismo causante del brote, la estructura y recursos disponibles.
17. No se justifica la realización rutinaria de búsqueda de reservorios, a excepción de:
- Situación de Brote
 - Monitorización de intervenciones realizadas principalmente en aquellas relacionadas con el proceso de desinfección



Identificación de reservorios en UCI

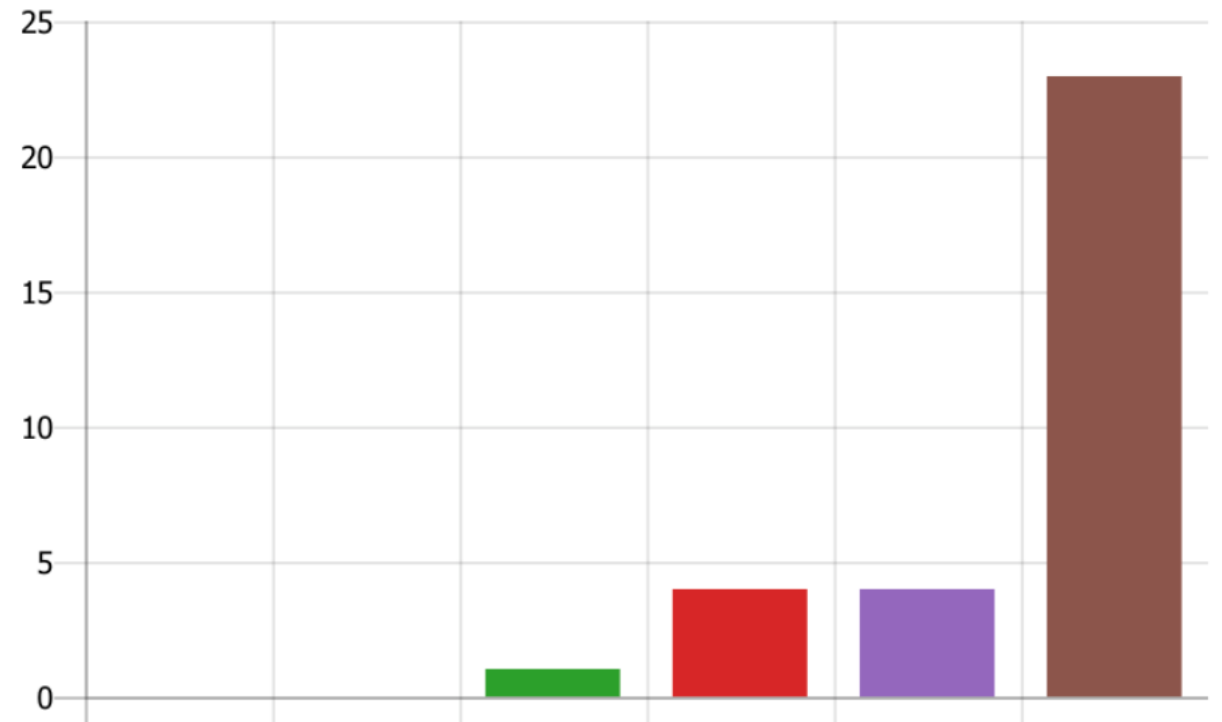
18. Se recomienda hacer un uso racional del agua en las UCI y establecer medidas para minimizar la transmisión cruzada de microorganismos de lavabos y/o desagües a pacientes.
19. Realizar estudio de reservorios en grifos y sifones en brotes de BGN multi-resistente. (Recomendación basada en el Consenso Delphi).
20. No hacer cribado sistemático al personal sanitario sano, excepto en situaciones excepcionales definidas por la Comisión de Infecciones de cada centro. (Recomendación basada en el Consenso Delphi).

Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025



Grupo 4. DELPHI. Primera Ronda

19. 4.1. Realizar estudio de reservorios en grifos y sifones en brotes de BGN multi-resistente.



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

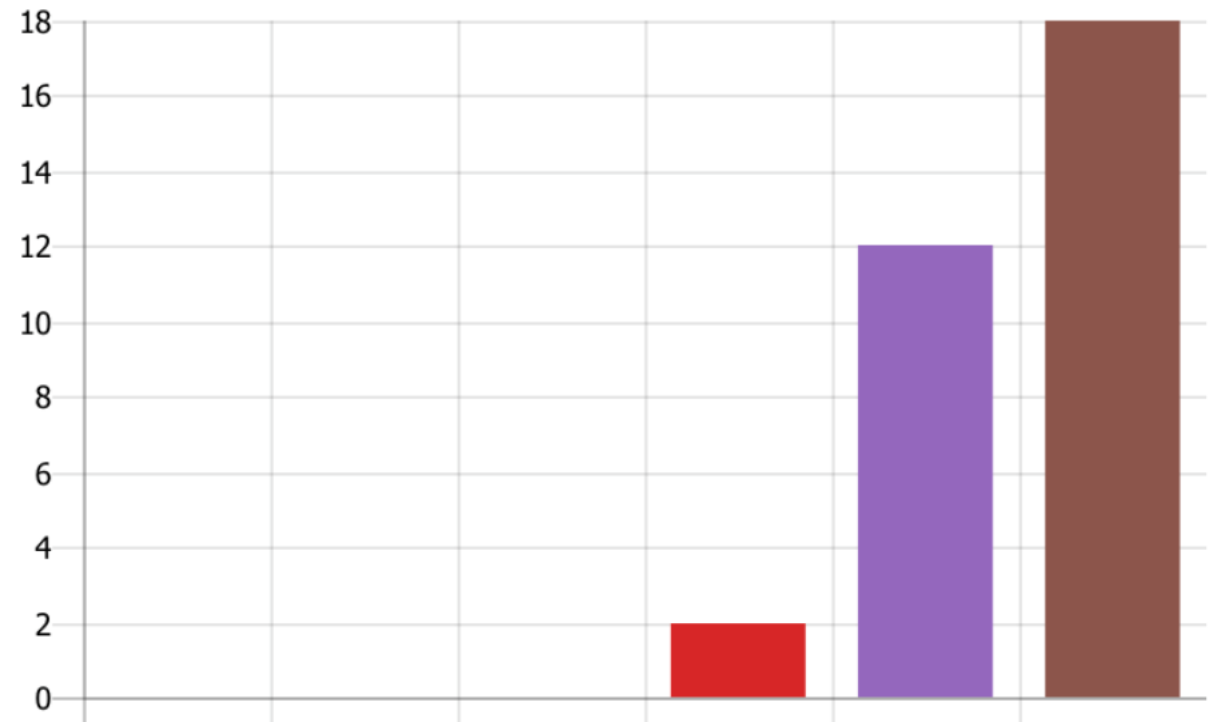


Grupo 4. DELPHI. Primera Ronda

22. 4.4. No hacer cribado sistemático al personal sanitario sano, excepto en situaciones excepcionales definidas por la Comisión de Infecciones de cada centro.



0
0
0
2
12
18



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

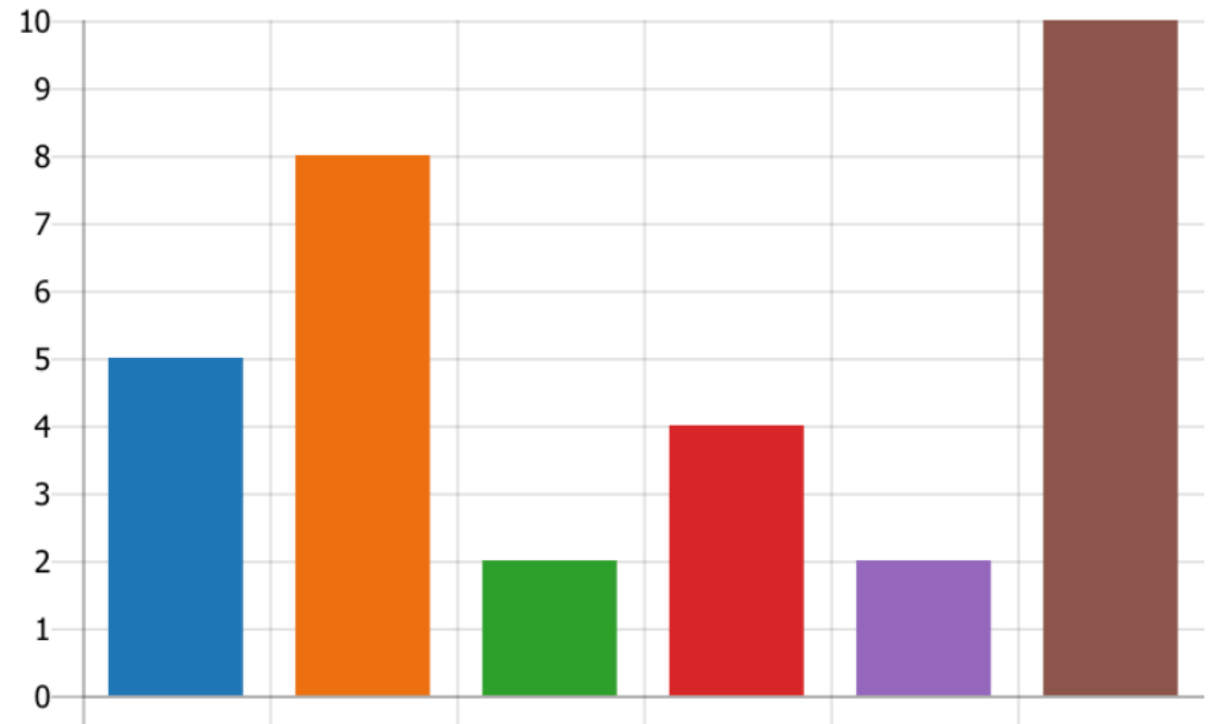


Grupo 4. DELPHI. Primera Ronda

20. 4.2. Realizar estudio de reservorios en grifos y sifones en brotes de SARM o ERV



5
8
2
4
2
10



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

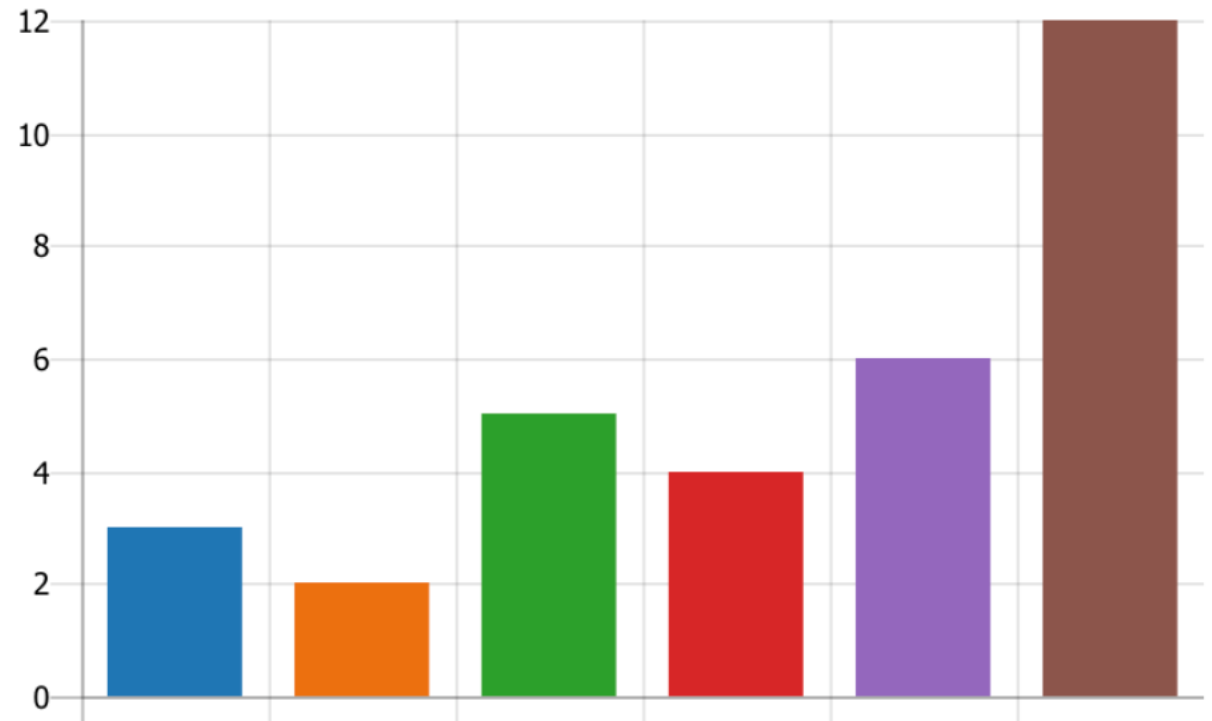


Grupo 4. DELPHI. Primera Ronda

21. 4.3. Realizar estudio de reservorios en grifos y sifones en brotes de *Candida auris* o *C. parapsilosis* resistente a azoles.



3
2
5
4
6
12





Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025





Nuevos Anexos

- **Propuesta de protocolo de limpieza**
- **Productos de limpieza y desinfección para superficies y equipamiento**
- **Productos para higiene de pacientes**
- **Protocolo de toma de muestra de superficies**
- **Protocolo toma de muestras de sifones y desagües**



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Objetivo/recomendación	Indicador	Tipo	Fuente	Periodicidad	Estándar
Mantener <40% el porcentaje de pacientes con MMR adquiridos en UCI/ Total de pacientes con MMR	Nº de pacientes ingresados en UCI colonizados-infectados con ≥ 1 MMR identificados a partir de las 48 horas de ingreso o tras 48 horas del alta X 100 pacientes ingresados en UCI con MMR	R	RZ	Mensual	< 40%
Mantener <40% el porcentaje de MMR (Colonización/Infección) adquiridos en UCI/ Total de MMR (Colonización/Infección) al ingreso y durante la estancia en UCI	Nº de MMR (Colonización/Infección) adquiridos en UCI/ Total de MMR (Colonización/Infección) al ingreso y durante la estancia en UCI x 100	R	RZ	Mensual	<40%
Reducir un 2% el nº pacientes con infección adquirida durante el ingreso en UCI	Nº de pacientes con infecciones por MMR adquiridas en UCI /nº total de pacientes ingresados x 100	R	RZ	Mensual	↓ 2% anual
Reducir anualmente un 2% la mortalidad cruda en UCI de los pacientes con bacteriemia por MMR adquirida en UCI	Nº de pacientes con bacteriemia por MMR adquirida en UCI fallecidos durante el ingreso en UCI / nº de pacientes con bacteriemia por MMR adquirida en UCI x 100	R	Análisis de los datos ENVIN	Anual	↓ 2%
Nº de pacientes ingresados en UCI colonizados-infectados con ≥ 1 MMR identificados a partir de las 48 horas de ingreso o tras 48 horas del alta X	Nº de pacientes ingresados en UCI colonizados-infectados con ≥ 1 MMR identificados a partir de las 48 horas de ingreso o tras 48 horas del alta X 100 pacientes ingresados en UCI	R	RZ	Mensual	< 2,5%
Nº de pacientes ingresados en UCI colonizados-infectados con ≥ 1 MMR identificados a partir de las 48 horas de ingreso o tras 48 horas del alta X 1.000 días de estancia en UCI	Nº de pacientes ingresados en UCI colonizados-infectados con ≥ 1 MMR identificados a partir de las 48 horas de ingreso o tras 48 horas del alta X 1.000 días de estancia en UCI	R	RZ	Mensual	<3,5‰

 GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD  					
Objetivo/recomendación	Indicador	Tipo	Fuente	Periodicidad	Estándar
Tasa de días libres de uso de antibióticos	Nº de días-paciente que no recibe antibióticos sistémicos / días de estancia en UCI x 100	P	RZ	Anual	30-40%
Tasa de días libres de uso de antibióticos en pacientes que reciben antibióticos	Nº de días sin antibióticos de los pacientes que reciben antibióticos sistémicos/días de estancia en UCI de pacientes con antibióticos x 100	P	ENVIN abril-junio	Anual	<15-20%
Tasa de uso de antibióticos en infecciones adquiridas en UCI	Nº de días de antibióticos utilizados para el tratamiento de infecciones intra-UCI x 1.000 días de estancia en UCI	P	ENVIN abril-Junio	Anual	
Tasa de ajuste de tratamiento antimicrobiano	Nº de antibióticos empíricos administrados que se cambian o retiran durante el tratamiento de una infección en base a la microbiología /antibióticos administrados de forma empírica en infecciones de cualquier origen (comunitario / nosocomial) x 100	P	ENVIN abril-Junio	Anual	
Tasa de ajuste de tratamiento antimicrobiano por desescalada terapéutica	Nº de antibióticos empíricos administrados que se cambian por desescalada durante el tratamiento de una infección en base a la microbiología /antibióticos administrados de forma empírica en infecciones de cualquier origen (comunitario / nosocomial) x 100	P	ENVIN Abril-Junio	Anual	>20%
Dosis diaria definida (DDD) global de antibióticos	Todos los antibióticos sistémicos administrados en UCI por cualquier motivo	P	Farmacia	Anual	
Consumo global de antimicrobianos en UCI	Suma de DDD / 100 estancias de antimicrobianos	P	Farmacia	Anual	
Consumo global de Carbapenémicos en UCI	Suma de DDD / 100 estancias de Carbapenémicos	P	Farmacia	Anual	
Cultivos de vigilancia	Se realizan cultivos de ingreso a todos los pacientes y por lo menos una vez a la semana de seguimiento	P	Encuesta	Anual	100%
Tasa de pacientes en los que se aplican precauciones de contacto	Nº de pacientes-día en los que se aplican precauciones de contacto x 100 pacientes-día ingresados cada mes	P	Hoja de factores de riesgo	mensual	evolutivo
Observaciones de higiene de manos	Nº de observaciones de higiene de manos correctas /nº de observaciones realizadas (mínimo 150 observaciones)	P	Política unidad/hospital	mensual	60%
Consumo solución alcohólica	Nº litros de solución alcohólica x 1.000 días de estancia	P	Suministro	anual	Evolutivo
Formación específica del Proyecto	Nº de profesionales sanitarios adscritos a la unidad formados en el proyecto RZ/ nº total de profesionales adscritos a la unidad x 100	P	Plataforma de formación	Anual	>80%



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Objetivo/recomendación	Indicador	Tipo	Fuente	Periodicidad	Estándar
Puntos de atención de solución alcohólica	Nº de camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención / total de camas	E	Encuesta	Anual	100%
PROA-UCI	Existencia de un programa de optimización de antimicrobianos estructurado, multidisciplinar, liderado por intensivista experto en patología infecciosa	E	Encuesta	Anual	√



Jornada Anual de Seguridad en Paciente Crítico 2025

Muchas
gracias