



Auditorias proyecto Resistencia Zero: Experiencia de la Comunidad de Madrid

Alberto Pardo
13 diciembre 2017

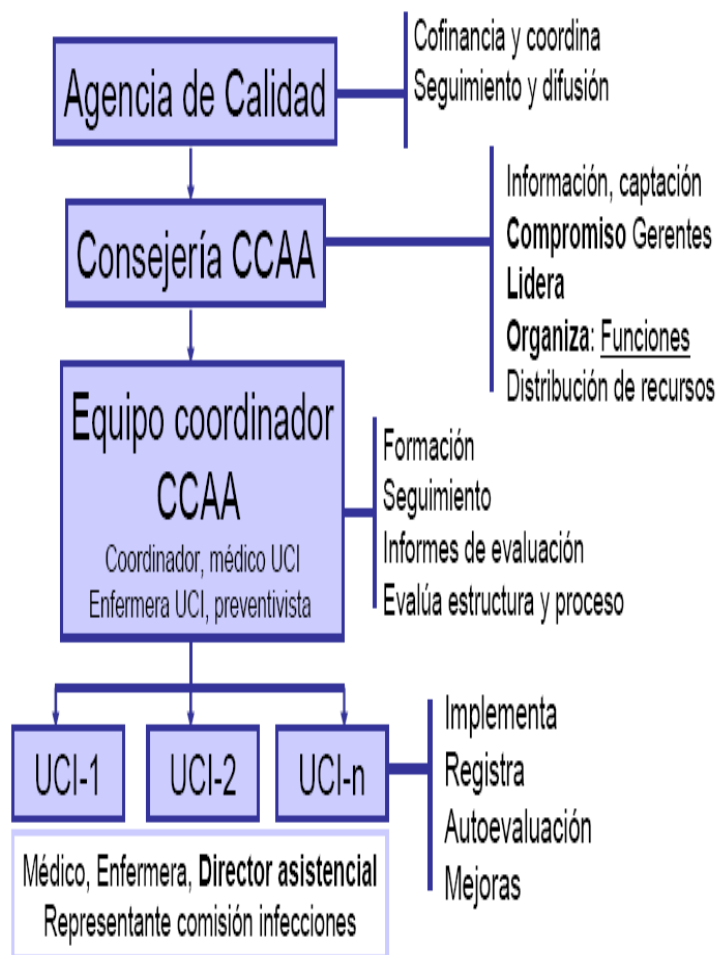
1. De donde venimos: antecedentes.

- 2004 Creación Observatorio Regional Riesgos Sanitarios
- 2005 Primer Plan de Gestión de Riesgos Sanitarios. Objetivos
- 2005 Unidades Funcionales Riesgos Sanitarios
- 2007 Sistema semestral información
- 2010 Nueva estrategia seguridad paciente 2010-2012

Prácticas seguras en el SNS						
2005	2006	2007	2008	2009	2010	
6.000.000	13.100.000	10.000.000	8.500.000	9.000.000	8.000.000	
Formación en Seguridad de Pacientes						
IRAS: Higiene de manos						
Identificación inequívoca de pacientes						
Uso seguro del medicamento						
UPP y caídas						
Creación y desarrollo Unidades de Gestión de Riesgos						
IRAS: Bacteriemia zero						
Cirugía segura						
Red Ciudadana						
2011: Evaluación						



1. De donde venimos: antecedentes.



Resistencia Zero

- Referente seguridad CCAA
- Coordinador técnico clínico (médico y enfermera)
- Dos representantes intensivos (ENVIN)
- Unidades directivas:
 - hospitales, (PC)
 - prevención y promoción, (PC)
 - farmacia,
 - calidad.
- Microbiología (PC)
- Medicina Preventiva (PC)
- Infecciosas (PC)

2. Establecer el “por qué” y “para qué” de las auditorías

1. Introducción

1.1. Justificación.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud participan desde 2009 en dos proyectos implementados a nivel nacional “Bacteriemia Zero” y “Neumonía Zero”, que mediante la aplicación de recomendaciones específicas y de un programa de seguridad del paciente han mostrado su efectividad a la hora de disminuir la incidencia de determinados procesos patológicos en las UCI: bacteriemia relacionada con catéteres venosos centrales y neumonía asociada a ventilación mecánica.

Utilizando la misma estructura organizativa y como continuidad de los anteriores, desde abril de 2014 a 30 de junio de 2016, se ha desarrollado asimismo en las UCI el proyecto “Resistencia Zero”, cuyo objetivo es reducir la tasa de pacientes de UCI en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR) y contribuir a la prevención de la aparición de resistencias a los antibióticos, que suponen una grave amenaza para la salud pública en todo el mundo.

Estos proyectos han sido promovidos por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) en colaboración con las Sociedades Científicas y se han desarrollado en todas las CCAA.

En la Comunidad de Madrid el proyecto es coordinado por la Subdirección General de Calidad Asistencial que ha solicitado la evaluación de su implantación en las UCI para conocer su desarrollo e identificar las mejores prácticas y oportunidades de mejora.

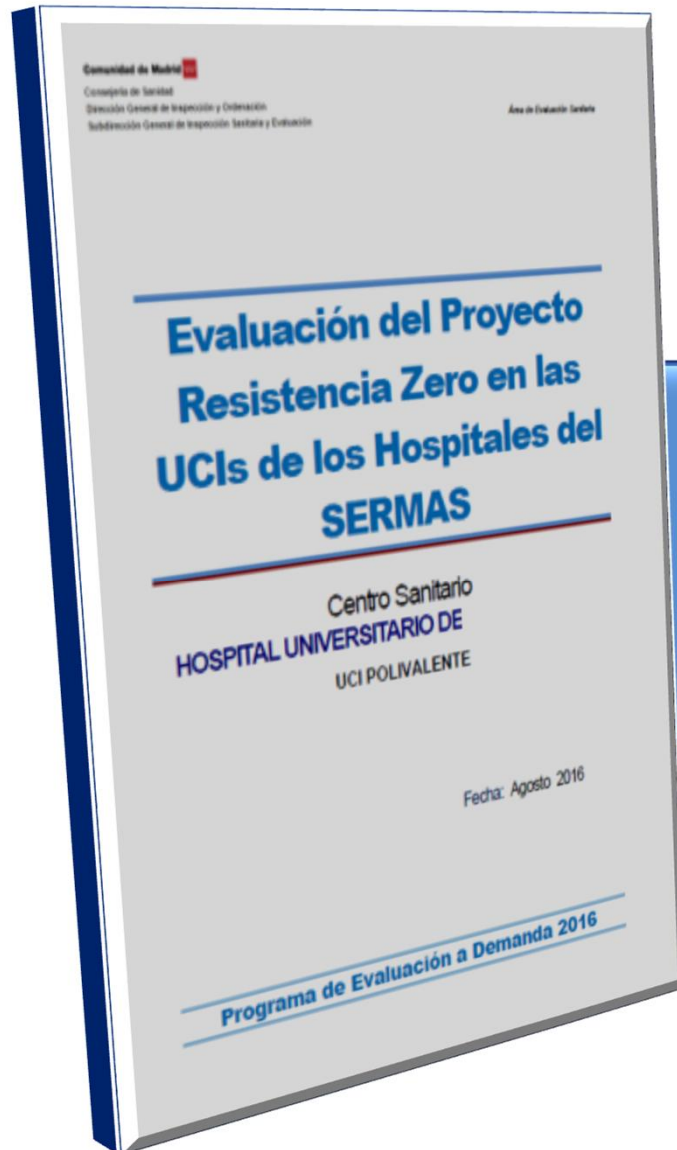
1.2. Objetivos del Programa.

Evaluar la implantación del proyecto “Resistencia Zero” en las UCI participantes del Servicio Madrileño de Salud.

- *Verificar el cumplimiento de la aplicación de las Recomendaciones para prevenir la aparición y/o diseminación de BMR en pacientes críticos (STOP BMR).*
- *Verificar el cumplimiento del Plan de Seguridad Integral (PSI).*

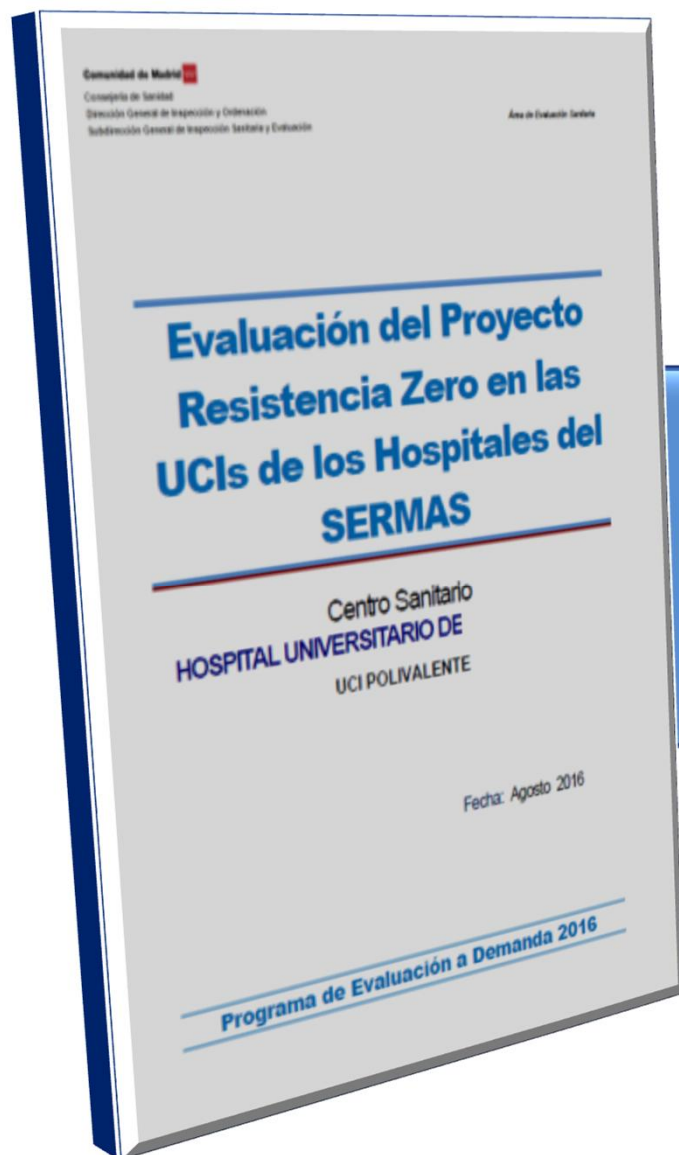
- **Contratar los datos existentes: no teníamos datos a nivel central de cada UCI.**
- **Conocer la situación real del proyecto.**
- **Dar herramientas de mejora: informes de auditoría.**
- **“Tensionar” a la organización.**

2. Establecer el “por qué” y “para qué” de las auditorias; Puntos claves de partida



Verificar el cumplimiento de la aplicación de las Recomendaciones para prevenir la aparición y/o diseminación de BMR en pacientes críticos (STOP BMR).

2. Establecer el “por qué” y “para qué” de las auditorias; Puntos claves de partida



1. Identificar en cada UCI, al menos, un médico intensivista responsable del proyecto y del control de antibióticos.
2. Administrar de forma empírica antibióticos activos frente a BMR, sólo en infecciones con respuesta sistémica compatible con sepsis grave o shock séptico y alta sospecha de multirresistencia en base a los factores de riesgo presentes y/o a la epidemiología local.
3. Identificar en cada UCI a una enfermera, al menos, como referente del proyecto RZ y responsable del control de las precauciones dirigidas a evitar la transmisión de las BMR.
4. Se recomienda realizar una búsqueda activa de la presencia de BMR en todos los pacientes en el momento de ingreso en la Unidad y, por lo menos, una vez a la semana a lo largo de toda su estancia.
5. Al ingreso de un paciente en la UCI, se cumplimentará una “lista de verificación” con el objetivo de identificar a aquellos con elevado riesgo de ser portadores de BMR.
6. Controlar el cumplimiento de los diferentes tipos de precauciones que deban aplicarse: Estándar o basadas en los Mecanismos de Transmisión (aislamientos).
7. Disponer de un protocolo actualizado de limpieza diaria y terminal de las habitaciones ocupadas por pacientes con BMR.
8. Elaborar una ficha/documento de limpieza del material clínico y de los aparatos de exploración existentes en la UCI, que son de uso común en los pacientes ingresados.
9. Incluir en la higiene diaria de los pacientes colonizados o infectados por BMR productos que contengan clorhexidina.

3. Todos trabajamos dentro de un entorno: equipos de trabajo



4. Hay que establecer una estructura....

1. Identificar en cada UCI, al menos, un médico intensivista responsable del proyecto y del control de antibióticos.
2. Administrar de forma empírica antibióticos activos frente a BMR, sólo en infecciones con respuesta sistémica compatible con sepsis grave o shock séptico y alta sospecha de multirresistencia en base a los factores de riesgo presentes y/o a la epidemiología local.
3. Identificar en cada UCI a una enfermera, al menos, como referente del proyecto RZ y responsable del control de las precauciones dirigidas a evitar la transmisión de las BMR.
4. Se recomienda realizar una búsqueda activa de la presencia de BMR en todos los pacientes en el momento de ingreso en la Unidad y, por lo menos, una vez a la semana a lo largo de toda su estancia.
5. Al ingreso de un paciente en la UCI, se cumplimentará una "lista de verificación" con el objetivo de identificar a aquellos con elevado riesgo de ser portadores de BMR.
6. Controlar el cumplimiento de los diferentes tipos de precauciones que deban aplicarse: Estándar o basadas en los Mecanismos de Transmisión (aislamientos).
7. Disponer de un protocolo actualizado de limpieza diaria y terminal de las habitaciones ocupadas por pacientes con BMR.
8. Elaborar una ficha/documento de limpieza del material clínico y de los aparatos de exploración existentes en la UCI, que son de uso común en los pacientes ingresados.
9. Incluir en la higiene diaria de los pacientes colonizados o infectados por BMR productos que contengan clorhexidina.
10. Ante la sospecha de un brote epidémico se recomienda tipificar a nivel molecular el microorganismo causante para conocer el clon/es responsable/s del brote y su trazabilidad.

Índice

	<u>Página</u>
1. Introducción.....	4
1.1. Justificación.....	4
1.2. Objetivos.....	4
1.3. Metodología y Actuaciones.....	5
2. Datos generales de la UCI.....	6
2.1. Instalaciones.....	6
2.2. Recursos humanos.....	6
3. Profesionales responsables del Proyecto Resistencia Zero (RZ) y Uso Racional de antibióticos.....	8
4. Identificación de factores de riesgo relacionados con BMR.....	9
5. Vigilancia de gérmenes multirresistentes.....	10
6. Registro en el Programa ENVIN.....	12
7. Protocolo de limpieza diaria de habitaciones de pacientes con BMR.....	13
8. Higiene de pacientes y personal.....	14
8.1. Higiene diaria en pacientes colonizados.....	14
8.2. Precauciones estandar de contacto e higiene de manos.....	14
9. Formación e información del personal de la UCI en BMR.....	16
9.1. Formación del personal en BMR.....	16
9.2. Información al equipo de los resultados del Proyecto RZ.....	16
10. Seguridad del paciente: Estructura, rondas de seguridad y objetivos diarios.....	18
11. Conclusiones.....	19
12. Anexo I. Datos ENVIN.....	21

5. Cómo lo realizo: metodología

1.3. Metodología y Actuaciones.

El equipo evaluador se desplazó al Hospital Universitario de Fuenlabrada el día 24 de agosto de 2016 para realizar el trabajo de campo.

1.3.1. Entrevistas.

- Jefe de Servicio UCI.
- Facultativo responsable del Proyecto Resistencia Zero (RZ)-
- Enfermera responsable Proyecto RZ.
- Personal de limpieza de la UCI.

1.3.2. Análisis Documental.

- Revisión de historias clínicas electrónicas de los pacientes que permanecían ingresados en la UCI el día de la evaluación.
- Registros ENVIN.
- Listados de profesionales que han obtenido la acreditación en el curso de formación sobre BMR.
- Actas de las rondas generales de seguridad en UCI
- Acta reuniones grupo higiene de manos de la UCI.

1.3.3. Observación Directa.

- Visita al área de hospitalización de la UCI.

6. Incluir apartados estratégicos:



Comunidad de Madrid
Consejo de Sanidad
Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación
Jefe de Evaluación Sanitaria

Evaluación del Proyecto Resistencia Zero en las UCIs de los Hospitales del SERMAS

Centro Sanitario
[]
UCI []

Fecha: []

Programa de Evaluación a Demanda 2016

2. Datos Generales de la UCI

2.1. Instalaciones.

- Tipo de UCI []
- Número total de camas []
- Número de camas funcionantes []
- La UCI dispone de habitaciones de aislamiento []
- Número total de boxes de aislamiento []
 - De presión positiva []
En caso afirmativo, especificar el número total: []
 - De presión negativa []
En caso afirmativo, especificar el número total: []
 - Cerradas, sin presión negativa ni positiva []
En caso afirmativo, especificar el número total: []
- Horarios especiales de visita en la UCI []
Especificar horario de visitas: []

Observaciones y Comentarios

[]

2.2. Recursos humanos.

- Número de profesionales que trabajan en la unidad
 - Médicos especialistas de Medicina Intensiva []
 - Médicos Residentes de Medicina Intensiva []
 - Enfermeros/as []
 - Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería []
 - Otros trabajadores de plantilla en contacto directo con el paciente (celadores, técnicos, etc.)
[]
- Otros médicos residentes en rotación []
Especificar especialidades: []

6. Incluir apartados estratégicos:



Comunidad de Madrid
Consejo de Sanidad
Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación
Área de Evaluación Sanitaria

Evaluación del Proyecto Resistencia Zero en las UCIs de los Hospitales del SERMAS

Centro Sanitario
[]
UCI []

Fecha: []

Programa de Evaluación a Demanda 2016

3. Profesionales responsables del proyecto RZ y Uso Racional de Antibióticos

- Existencia en UCI de un médico intensivista responsable del Proyecto RZ []
- Existencia en UCI de un médico intensivista responsable del control antimicrobiano..... []
- Existe un protocolo de uso racional de antibióticos []
Fecha última actualización: []
- Disponen periódicamente de las Dosis Diarias Definidas de antibióticos (DDD) como indicador de consumo de antibióticos..... []
Periodicidad con la que se reciben: []
- Existencia de un enfermero/a responsable/referente del Proyecto RZ y del control de las medidas de precaución dirigidas a evitar la transmisión de las BMR en UCI..... []

Observaciones y Comentarios

[]

6. Incluir apartados estratégicos:



Comunidad de Madrid
Consejo de Sanidad
Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación
Área de Evaluación Sanitaria

Evaluación del Proyecto Resistencia Zero en las UCIs de los Hospitales del SERMAS

Centro Sanitario
[]
UCI []

Fecha: []

Programa de Evaluación a Demanda 2016

4. Identificación de factores de riesgo relacionados con las bacterias multirresistentes (BMR) y aplicación de precauciones de contacto.

- Se valoran los factores de riesgo BMR en todos los ingresos []
Relación de Factores de riesgo para BMR recogidos en el proyecto RZ
 - Ingreso hospitalario >5 días en los tres meses previos..... []
 - Pacientes institucionalizados (prisión, centros sociosanitarios, residencias de ancianos...)..... []
 - Colonización o infección conocida por BMR []
 - Antibioterapia \geq a 7 días en el mes previo (especialmente Cefalosporinas de 3ª y 4ª generación, Quinolonas y Carbamacepina). []
 - Pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal ambulatoria continua []
 - Pacientes con patología crónica y alta incidencia de colonización/infección por BMR: Fibrosis Quística, bronquiectasias []
- Se realiza aislamiento preventivo a todos los pacientes que cumplen algún criterio de riesgo al ingreso en UCI []
- Existe un protocolo específico de manejo y aislamiento de los pacientes colonizados/infectados por BMR []
- Se identifica el tipo de aislamiento, en lugar de fácil visibilidad, con carteles que indiquen las medidas de barrera []
- Se dispone del material necesario para cada tipo de aislamiento en lugar accesible..... []
- Se aplican las medidas de precaución correspondiente a todos los pacientes con cultivos positivos para alguna de las 6 bacterias multirresistentes []
- Se evalúa periódicamente el cumplimiento de los aislamientos []

Observaciones y Comentarios

[]

6. Incluir apartados estratégicos:

Comunidad de Madrid
Consejo de Salud
Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación
Área de Gestión Sanitaria

Evaluación del Proyecto Resistencia Zero en las UCIs de los Hospitales del SERMAS

Centro Sanitario
[]
UCI []

Fecha: []

Programa de Evaluación a Demanda 2016

5. Vigilancia de gérmenes multirresistentes.

- Se realizan cultivos de vigilancia activa a todos los pacientes que ingresan en UCI..... []
- Se realizan cultivos de vigilancia semanal a todos los pacientes ingresados en UCI..... []
- Cultivos de vigilancia que se solicitan:
 - Muestras epidemiológicas básicas:
 - Exudado Nasal
 - Exudado Faríngeo
 - Frotis Rectal
 - Aspirado bronquial (en pacientes intubados).
 - Otras muestras epidemiológicas básicas:
 - Frotis inguinal
 - Frotis Axilar
 - Urocultivo
 - Otras Muestras. Especificar: []
- Ante la sospecha de brote epidémico se realiza tipificación molecular del microorganismo..... []
- El cultivo se realiza para las siguientes bacterias:
 - Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM).
 - Enterococcus spp. resistente a glucopéptidos.
 - Enterobacterias productoras de BLEE.
 - Enterobacterias productoras de carbapenemasa.
 - Acinetobacter baumannii multirresistente.
 - Pseudomonas aeruginosa resistente a carbapenemasa por producción de MBL.
 - Otras. Especificar: []

Motivo de la petición: []

6. Incluir apartados estratégicos:

Comunidad de Madrid
Consejo de Sanidad
Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación
Área de Calidad Sanitaria

Evaluación del Proyecto Resistencia Zero en las UCIs de los Hospitales del SERMAS

Centro Sanitario

UCI

Fecha:

Programa de Evaluación a Demanda 2016

6. Registro en el Programa de Encuesta Nacional de Infección Nosocomial (ENVIN).

- Se realiza el Registro ENVIN.....
- Tipo de ENVIN cumplimentado
Mínimo requerido
 Registro ENVIN completo en los meses de abril, mayo y junio
Voluntario
 Registro ENVIN simplificado todo el año solo en los casos BZ, NZ y RZ
 Registro ENVIN simplificado todo el año
 Registro ENVIN completo todo el año
- Existen una o varias personas encargadas de cumplimentar el registro ENVIN.....
En caso afirmativo, especificar el número total y el tipo de personal (médico, enfermero/a, responsable del proyecto, etc.):

Observaciones y Comentarios

6. Incluir apartados estratégicos:



Comunidad de Madrid
Consejo de Sanidad
Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación
Área de Evaluación Sanitaria

Evaluación del Proyecto Resistencia Zero en las UCIs de los Hospitales del SERMAS

Centro Sanitario:
UCI:

Fecha:

Programa de Evaluación a Demanda 2016

7. Protocolo de limpieza diaria de habitaciones con BMR.

- Existe un protocolo de limpieza y desinfección diario de los boxes
- Fecha última actualización:
- Existe un protocolo de limpieza y desinfección final, al alta del paciente, de los boxes
- Fecha última actualización:
- Existe un documento de registro de la limpieza realizada del material clínico y de los aparatos de exploración depositados en la UCI
- Existe un responsable del cumplimiento de los protocolos de limpieza
- En caso afirmativo, especificar :
- El personal de limpieza de la UCI conoce los protocolos de limpieza
- Existe algún tipo de formación para el personal de limpieza
- Especificar sistemática de limpieza:

8. Higiene de manos y de pacientes.

8.1. Higiene diaria en pacientes colonizados

- Existe un protocolo de higiene de pacientes ingresados en UCI
- Fecha última actualización:
- El Protocolo incluye, en la higiene diaria de estos pacientes, el uso de productos con clorhexidina ..

8.2. Precauciones estándar de contacto e higiene de manos.

- Hay una enfermera responsable de la higiene de manos específica para la UCI
- Se evalúa de alguna manera el grado de cumplimiento de la higiene de manos
- Especificar:

6. Incluir apartados estratégicos:



Comunidad de Madrid
Consejo de Sanidad
Dirección General de Inspección y Ordenación
Subdirección General de Inspección Sanitaria y Evaluación
Área de Evaluación Sanitaria

Evaluación del Proyecto Resistencia Zero en las UCIs de los Hospitales del SERMAS

Centro Sanitario
[]
UCI []

Fecha: []

Programa de Evaluación a Demanda 2016

9. Formación e Información del Personal de la UCI en BMR

9.1. Formación del Personal en BMR

- Hay una persona encargada del seguimiento de la realización de los cursos..... []
En caso afirmativo, especificar: []
- La persona responsable, conoce el número de trabajadores de la UCI que están formados en el curso básico on line STOP-BMR..... []
- Se ha formado el siguiente personal
 - Número de médicos especialistas de la Unidad formados..... []
 - Número de residentes de Medicina Intensiva formados []
 - Número de personal de enfermería formados []
 - Número de TCAE (auxiliares de enfermería) formados..... []
- Los trabajadores nuevos, sustitutos o residentes que rotan por la Unidad, hacen el curso STOP-BMR..... []

10. Seguridad del Paciente: Estructura, Rondas de Seguridad y Objetivos Diarios.

- La UCI tiene Grupo de Seguridad []
Periodicidad con la que se reúne: []
- Se realizan Rondas de Seguridad []
 - Generales con personal de la Dirección..... []
Frecuencia de realización de las rondas generales: []
- Se realizan rondas específicas internas con presencia del Jefe del Servicio []
Se realizan con una frecuencia semanal..... []
- Disponibilidad de lista de verificación de objetivos diarios en la atención al paciente []
Cómo se verifican: []

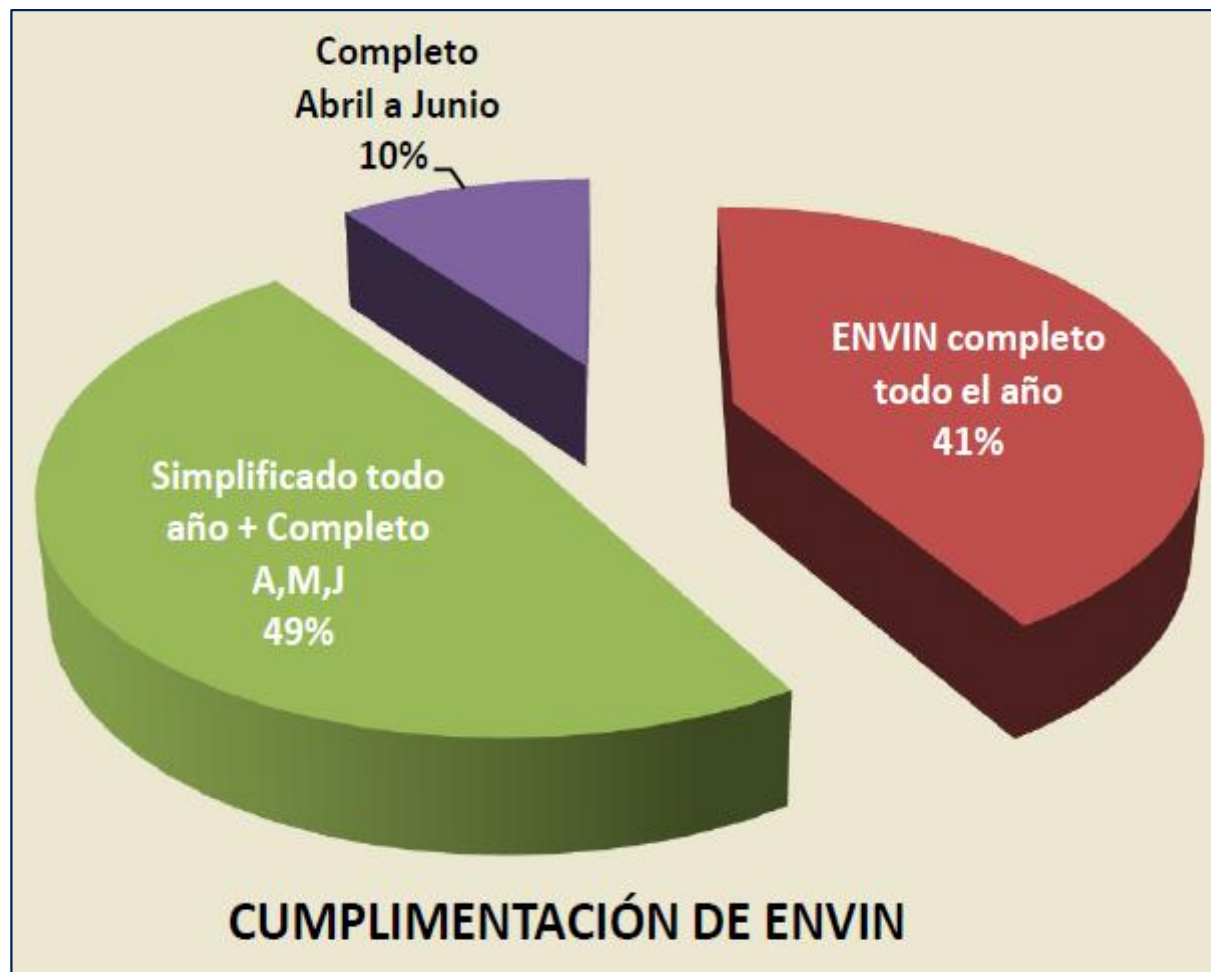
7. Establecer indicadores operativos:

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LAS BACTERIAS MULTIRRESISTENTES (BMR)

Los factores de riesgo recogidos en el proyecto son:

- 1) Ingreso hospitalario >5 días en los tres meses previos.
- 2) Pacientes institucionalizados (Centros socio-sanitarios, Residencias de ancianos, prisión, etc.)
- 3) Colonización o Infección conocida por BMR.
- 4) Antibioterapia ≥ 7 días en el mes previo.
- 5) Pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal ambulatoria continua.
- 6) Pacientes con patología crónica y alta incidencia de colonización/infección por BMR: Fibrosis quística, bronquiectasias, úlceras crónicas, etc.

7. Establecer indicadores operativos:



7. Establecer indicadores operativos:

LIMPIEZA DIARIA Y FINAL DE LAS HABITACIONES

En todos los hospitales existe un protocolo de limpieza inicial y final de los boxes o habitaciones. En la mayoría de los casos se utiliza el general del Centro.

En el 72% de los casos hay un responsable del cumplimiento del protocolo de limpieza que suele ser la supervisión de enfermería.

HIGIENE DIARIA DE PACIENTES E HIGIENE DE MANOS

Todos los hospitales incluyen en la higiene diaria de los pacientes colonizados o infectados por BMR productos que contienen *clorhexidina*, aunque algunos de ellos no disponen de protocolo o no viene recogido en el mismo este uso.

Solución hidroalcohólica. En todos los hospitales se dispone de dispensadores de solución en lugares próximos a la cama del paciente. Sin embargo, el 17% de las UCIs no cuantifica su consumo.

8. Importancia del feedback: informes y anexos

11. Conclusiones

RESPONSABLES DEL PROYECTO RESISTENCIA ZERO.

- ✓ HAY UN FACULTATIVO DESIGNADO QUE REALIZA EL SEGUIMIENTO DEL PROYECTO Y EL CONTROL DE ANTIMICROBIANOS Y UNA ENFERMERA RESPONSABLE DE RZ Y DEL CONTROL DE MEDIDAS DE AISLAMIENTO. NO HAY NOMBRAMIENTO OFICIAL PARA NINGUNO DE ELLOS.

USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS.

- ✓ EN LUGAR DE UN PROTOCOLO PARA USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS SE UTILIZAN VARIOS SEGÚN LA PATOLOGÍA.
- ✓ NO SE MANEJAN LAS CIFRAS DE LAS DDD.

RECOGIDA DE FACTORES DE RIESGO DE BMR.

- ✓ SE INVESTIGAN LOS 6 FACTORES DE RIESGO RECOMENDADOS EN EL PROYECTO EN TODOS LOS INGRESOS EN LA UCI. COMO FACTOR DE RIESGO ADICIONAL SE VALORA UNO MÁS LA PROCEDENCIA DEL PACIENTE DE OTRO HOSPITAL CON ALTA PREVALENCIA DE BACTERIAS CON CARBAPENEMASA.

APLICACIÓN DE MEDIDAS DE PRECAUCIÓN DE CONTACTO.

- ✓ SE COMPROBÓ LA EXISTENCIA DE CARTELES DE FÁCIL VISIBILIDAD INDICATIVOS DE LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN NECESARIAS Y LA EXISTENCIA DE MATERIAL DISPONIBLE EN LA ZONA PRÓXIMA A CADA UNA DE LAS CAMAS, ASÍ COMO LA LOCALIZACIÓN CORRECTA DE LOS DISPENSADORES DE SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA.

VIGILANCIA DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES.

- ✓ SE VERIFICÓ LA RECOGIDA AL INGRESO Y SEMANALMENTE DE TODOS LOS EXUDADOS RECOMENDADOS EN EL PROYECTO, Y TAMBIÉN EL CULTIVO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.
- ✓ ADEMÁS DE LOS CULTIVOS PARA LAS SEIS BACTERIAS MULTIRRESISTENTES SE REALIZA UNO MÁS PARA STENOTROPHOMONA MALTOPHILIA RESISTENTE A IMIPENEM; POR CONSIDERARSE DE IMPORTANCIA CLÍNICA EN PACIENTES INTUBADOS.

Recomendaciones

9. Necesitamos aprender y mejorar



OBJETIVO 2: IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS

Año 2017

Apartados /Sub-indicadores	Fórmula y/o criterio de evaluación	Meta	Información adicional de cada subindicador	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO
<p align="center">2.1. PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA Y DEL DESARROLLO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS (UCI)</p>	<p>Cumplimentación adecuada del registro ENVIN</p>	<p>Registro completo abril-junio</p>	<p>Se considerará cumplimentación adecuada si registro ENVIN completo los meses de abril, mayo y junio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alcanzado 100% Si: <ul style="list-style-type: none"> 1) cumplimentación adecuada registro ENVIN ; 2) ≤ 8 NAV/1000 días; 3) < 3 bacteriemias CVC/1000días; 4) < 4 o 10% de reducción respecto al valor de 2015 • 80% Si no se cumple uno de los 4 requisitos • 60% Si no se cumplen dos de los cuatro requisitos • 40% Si solo se cumple uno de los cuatro requisitos
	<p>Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) y bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC)</p>	<p>≤ 8 NAV y < 3 bacteriemias (BACV)</p>	<p>De aplicación en las UCI de adultos</p>	
	<p>Tasa de pacientes con una o más bacterias multi-resistentes (BMR) adquiridas en UCI por 1000 días de estancia en UCI</p>	<p>< 4 o 10% de reducción respecto al valor de 2015</p>	<p>De aplicación en las UCI incluidas en Resistencia Zero (adultos)</p>	

10. No funciona sin liderazgo



- Liderazgo institucional
- Incluir en objetivos anuales
- Grupo coordinador multiprofesional
- Coordinación EPC
- Insistir en el aprendizaje
- Flexibilidad por centros
- Madurez.