



JORNADA
DE LA **Seguridad**
del **paciente crítico**

INICIOS, EVOLUCIÓN, AVANCES Y FUTURO DE LOS PROYECTOS ZERO

Francisco Álvarez Lerma
Fundación Hospital del Mar de Investigaciones Médicas

INICIOS

¿DE DONDE VENIMOS?

EVOLUCIÓN

¿QUE CAMINO SEGUIMOS?

AVANCES

¿DONDE ESTAMOS?

FUTURO

¿A DONDE VAMOS?



¿DE DONDE VENIMOS?

- 1980 SENIC-PROJECT
- 1984 GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA CRÍTICA Y CORONARIA (GTEI-SEMICYUC)
- 1994 REGISTRO ENVIN
- 2000 DOCUMENTO “TO ERR IS HUMAN”

AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY

Copyright © 1980 by The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health

All rights reserved

Vol. 111, No. 5

Printed in U.S.A.

THE SENIC PROJECT

STUDY ON THE EFFICACY OF NOSOCOMIAL INFECTION CONTROL (SENIC PROJECT)

SUMMARY OF STUDY DESIGN

ROBERT W. HALEY,¹ DANA QUADE,² HOWARD E. FREEMAN,³ JOHN V. BENNETT¹ AND THE
CDC SENIC PLANNING COMMITTEE⁴

El estudio sobre la eficacia del control de infecciones nosocomiales, o Proyecto SENIC, fue diseñado con tres objetivos principales:

- Determinar si la implementación de la vigilancia de infecciones y los programas de control de infecciones nosocomiales (ISCP) reducen la tasa de infección nosocomial.
- Describir el estado actual de los ISCP y las tasas de infección, y
- Demostrar las relaciones entre las características de los hospitales y los pacientes, los componentes de los ISCP y los cambios en la tasa de infección.

GRUPO DE TRABAJO DE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y
SEPSIS (GTEIS)
SEMICYUC



- El grupo de trabajo de enfermedades infecciosas (GTEI) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) **se creó** en 1984.
- **Agrupa** a los miembros de la sociedad que han focalizado su interés hacia las enfermedades infecciosas y la sepsis.
- Las **funciones principales** del grupo consisten en promover la investigación y la docencia en el campo de las enfermedades infecciosas, con la finalidad de mejorar la asistencia de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- La mayor parte de los proyectos de investigación desarrollados por el grupo están orientados a obtener **información epidemiológica** de la patología infecciosa en UCI y a mejorar el pronóstico de los pacientes ingresados mediante la **prevención de las infecciones** y la optimización del tratamiento.

ENVIN-HELICS

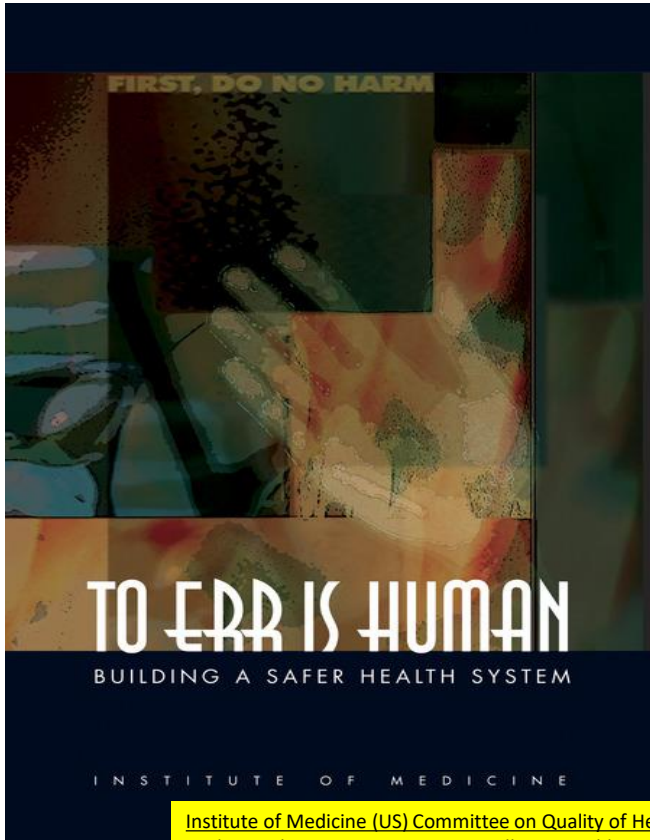


- Sistema de vigilancia de infección nosocomial
- En Servicios que atienden pacientes críticos
- Programa de elaboración propia (1994)
- Adaptado al programa europeo (HELICS)(2003)
- Incorporación del programa "on line" web (2006)
- Participación de más de 210 UCI españolas
- Información acumulada de >250.000 pacientes
- Consolidado concepto de vigilancia de IRDI

ENVIN-HELICS



- Datos administrativos de los pacientes-UCI
 - Edad, sexo, patología de base, gravedad (APACHE II), estancia en UCI, factores de riesgo, mortalidad
- Tasas de IN expresadas en Densidad de Incidencia
 - NVM, IU-SU, BP/BCV, BS
- Etiología de las infecciones controladas
- Evolución de marcadores de multirresistencia
- Consumo de antimicrobianos durante la estancia en UCI
- Datos de tasas agregados por percentiles



Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America
Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, Molla S. Donaldson, ed.
Washington (DC): National Academies Press (US) 2000.

- El informe, basado en datos de 1984, situaba los acontecimientos adversos como séptima causa de muerte en los EE.UU. (entre 44.000- 98.000 personas), después de la enfermedad cardíaca y el cáncer.
- Este informe fueron determinante:
 - Para promover, impulsar y desarrollar políticas y actuaciones en materia de calidad asistencial y seguridad
 - Para conseguir una mayor concienciación y sensibilización, de los profesionales, de las autoridades sanitarias y de la sociedad en general.
- Este informe comportó la sensibilización sobre
 - La seguridad de los procedimientos médicos y los errores derivados de la asistencia sanitaria
 - Los costes y las consecuencias en relación con la seguridad de los pacientes.



¿DE DONDE VENIMOS?

LAS INFECCIONES RELACIONAS CON DISPOSITIVOS INVASORES (IRDI) SON UN EFECTO ADVERSO RELACIONADOS CON LA ASISTENCIA SANITARIA Y POR ELLO, RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL SANITARIO QUE ATIENDE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS



¿QUÉ CAMINO SEGUIMOS?

- **CONSOLIDAR LA VIGILANCIA DE LA IRDI EN UCI (REGISTRO ENVIN)**
- **IDENTIFICAR INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL**
- **DISEÑAR PROYECTOS DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LOS INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL**

CONSOLIDAR LA VIGILANCIA DE LA IRDI EN UCI (REGISTRO ENVIN)

- REGISTRO ENVIN-HELICS (1994-2022)

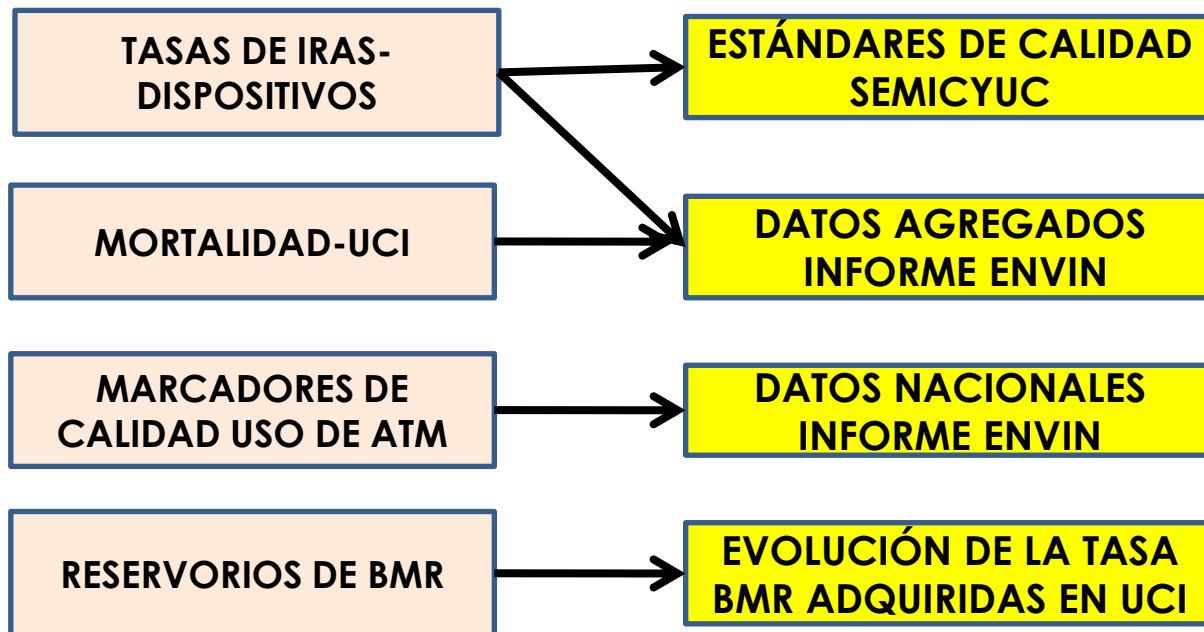
1994



- Liderado por intensivistas
- Red de Vigilancia Epidemiológica
- Unidades de Pacientes Críticos
- Vigilancia longitudinal (incidencia)
- Prospectiva
- Infecciones Relacionadas con dispositivos invasivos
- Control de BMR
- Control consumo antimicrobianos

<https://hws.vhebron.net/envin-helics/>

Indicadores de calidad interna que se obtienen de los datos del registro ENVIN



Indicadores de calidad interna que se obtienen de los datos del registro ENVIN



INDICADOR Nº 42 (INDICADOR RELEVANTE)

Nombre del
Indicador

BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL

INDICADOR Nº 43

Nombre del
Indicador

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON Sonda URETRAL

INDICADOR Nº 44 (INDICADOR RELEVANTE)

Nombre del
Indicador

NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)

Indicadores de calidad interna que se obtienen de los datos del registro ENVIN



INDICADOR Nº 42 (INDICADOR RELEVANTE)

Nombre del Indicador BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER VENOSO CENTRAL

< 3 BP por 1.000 d. de CVC

INDICADOR Nº 43

Nombre del Indicador INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) RELACIONADA CON SONDA URETRAL

< 4 ITU-SU por 1.000 d. de SU

INDICADOR Nº 44 (INDICADOR RELEVANTE)

Nombre del Indicador NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV)

< 7 NVM por 1.000 d. de VM

Indicadores de calidad interna que se obtienen de los datos del registro ENVIN

USO DE ANTIBIÓTICOS

Número de pacientes con antibióticos:	15.140
Número de antibióticos:	33.007
Número de antibióticos por paciente con antibióticos:	$33.007 / 15.140 = \mathbf{2,18}$
Relación pacientes con antibióticos/pacientes estudiados:	$15.140 / 24.616 = \mathbf{0,62}$
Días de estancia de los pacientes tratados con antibióticos	134.965
Días de estancia con al menos un antibiótico	106.016
Días sin antibiótico de pacientes tratados con antibiótico	28.949
Relación días sin atb. / estancias pacientes con atb.	$28.949 / 134.965 = \mathbf{0,21}$
Total días de estancia.	190.183
Días sin antibiótico según el total de estancias (individuales)	$190.183 - 106.016 = \mathbf{84.167}$
Relación días sin antibiótico / estancias totales	$84.167 / 190.183 = \mathbf{0,44}$

Med Intensiva. 2014;38(9):567-574



SPECIAL ARTICLE

Quality indicators on the use of antimicrobials in critically ill patients



P. Vera^a, M. Palomar^b, F. Álvarez-Lerma^c

^a Intensive Care Unit, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain

^b Intensive Care Unit, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida, Spain

^c Intensive Care Unit, Hospital del Mar, Barcelona, Spain

Indicadores de calidad interna que se obtienen de los datos del registro ENVIN

Colonización / Infección por:	N	%	Previo	%	Durante	%
<i>Acinetobacter</i> spp R-Imipenem	105	0,38	54	0,20	51	0,19
BGN multirresistente	260	0,94	147	0,53	113	0,41
Enterobacteria-BLEE	1.001	3,64	725	2,64	276	1,00
<i>Pseudomonas</i> multirresistente	319	1,16	158	0,57	161	0,59
Enterococo resistente a vancomicina	33	0,12	20	0,07	13	0,05
SARM	517	1,88	415	1,51	102	0,37
Tuberculosis	46	0,17	44	0,16	2	0,01
BGN-carbapenemasa	254	0,92	142	0,52	112	0,41
<i>Clostridium difficile</i>	91	0,33	60	0,22	31	0,11

Indicadores de calidad interna que se obtienen de los datos del registro ENVIN

TASA DE BMR
ADQUIRIDAS EN UCI

$$\frac{\text{Número de BMR adquiridas en UCI} \times 100}{\text{Número de pacientes ingresados en UCI} > 24 \text{ h}}$$

RATIO BMR

$$\frac{\text{Número de BMR adquiridas en UCI}}{\text{Número de BMR totales (previas y durante UCI)}}$$

“LA VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN ADQUIRIDA
EN UCI **NO TIENE NINGUN SENTIDO** SINO VA
ACOMPAÑADA DE **MEDIDAS DE**
INTERVENCIÓN ENCAMINADAS A REDUCIR
Y/O ELIMINAR LAS INFECCIONES QUE SE
ADQUIEREN EN LA UCI”



¿QUÉ CAMINO SEGUIMOS?

CONTROLAR LAS IRDI NO ES SUFICIENTE

**ES NECESARIO INTERVENIR APLICANDO LAS ESTRATEGIAS QUE HAN DEMOSTRADO
SU EFECTIVIDAD PARA REDUCIR LAS TASAS DE LAS DIFERENTES IRDI**



¿QUÉ CAMINO SEGUIMOS?

PROYECTOS ZERO

Objetivo: Promover la seguridad de los pacientes críticos

Patrocinio: Área de Seguridad del Ministerio de Sanidad

Coordinación: Consejo Asesor de Proyectos de Seguridad del Paciente Crítico

Liderazgo científico: SEMICYUC y SEEIUC

Estructura: **piramidal**, en la base el personal sanitario que trabaja en las UCI

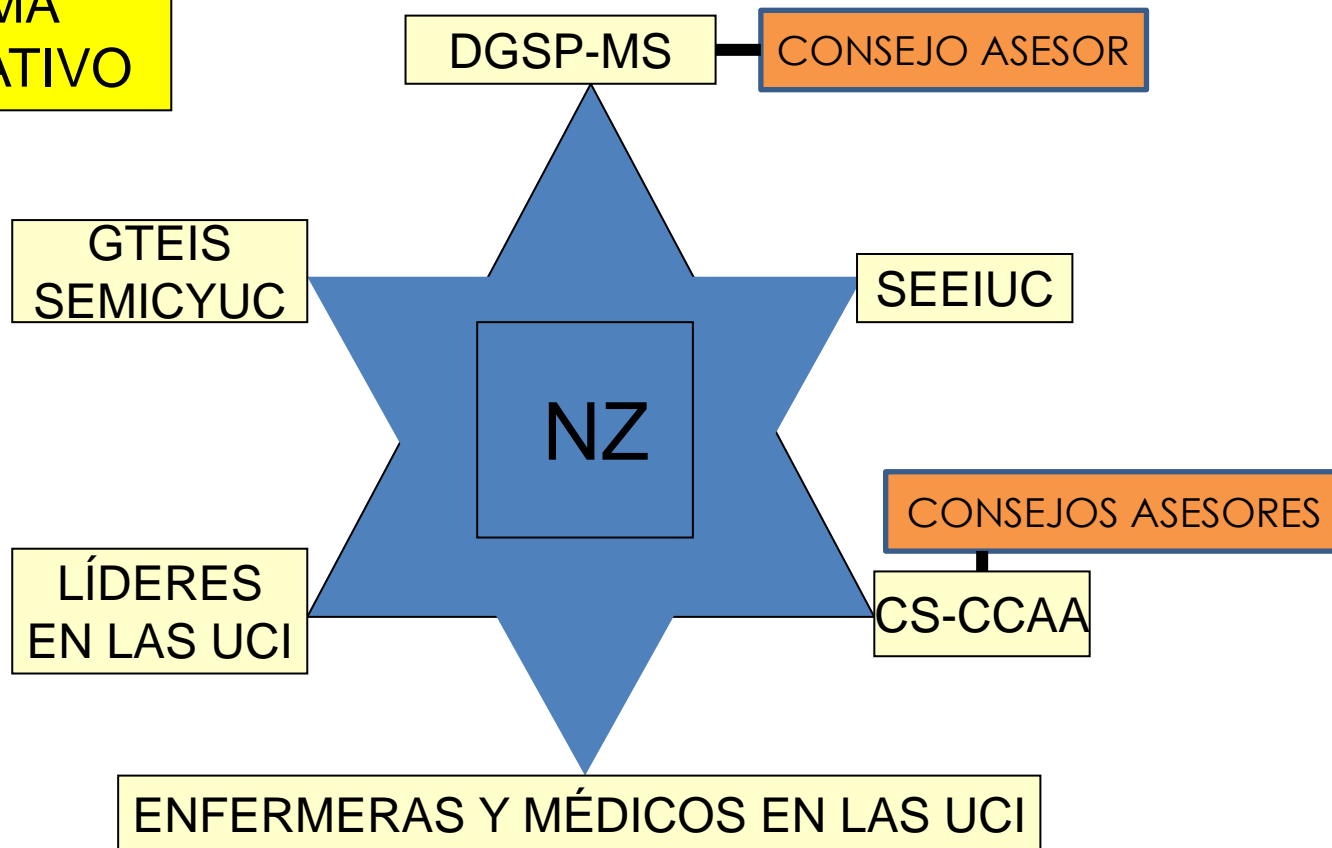




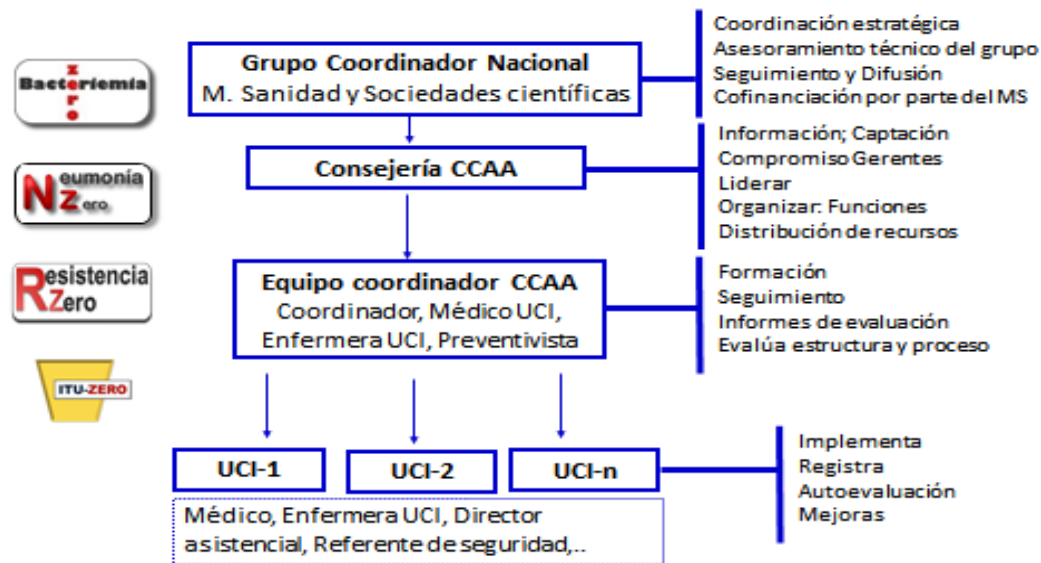
¿DONDE ESTAMOS?

- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA
- RED DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL
- CRONOGRAMA DE PROYECTOS DE INTERVENCIÓN
- RESULTADOS
- FLUJO DE INFORMACIÓN

ESQUEMA ORGANIZATIVO



ESQUEMA ORGANIZATIVO DE LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD "PROYECTOS-ZERO" EN LAS UCI ESPAÑOLAS



CONSEJO ASESOR DE PROYECTOS DE SEGURIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD

CONSEJOS ASESORES / EQUIPOS DE COORDINACION EN LAS CCAA

LIDERES DE LOS PROYECTOS EN LAS UCI

MODELO ACTUAL EN ESPAÑA DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES CRITICOS. **HERRAMIENTAS**

MÓDULOS DE FORMACIÓN

PLATAFORMA
GESTIÓN
CONTENIDOS
SECRETARIA

SEMICYUC

REGISTRO ENVIN-HELICS

GTEIS-SEMICYUC



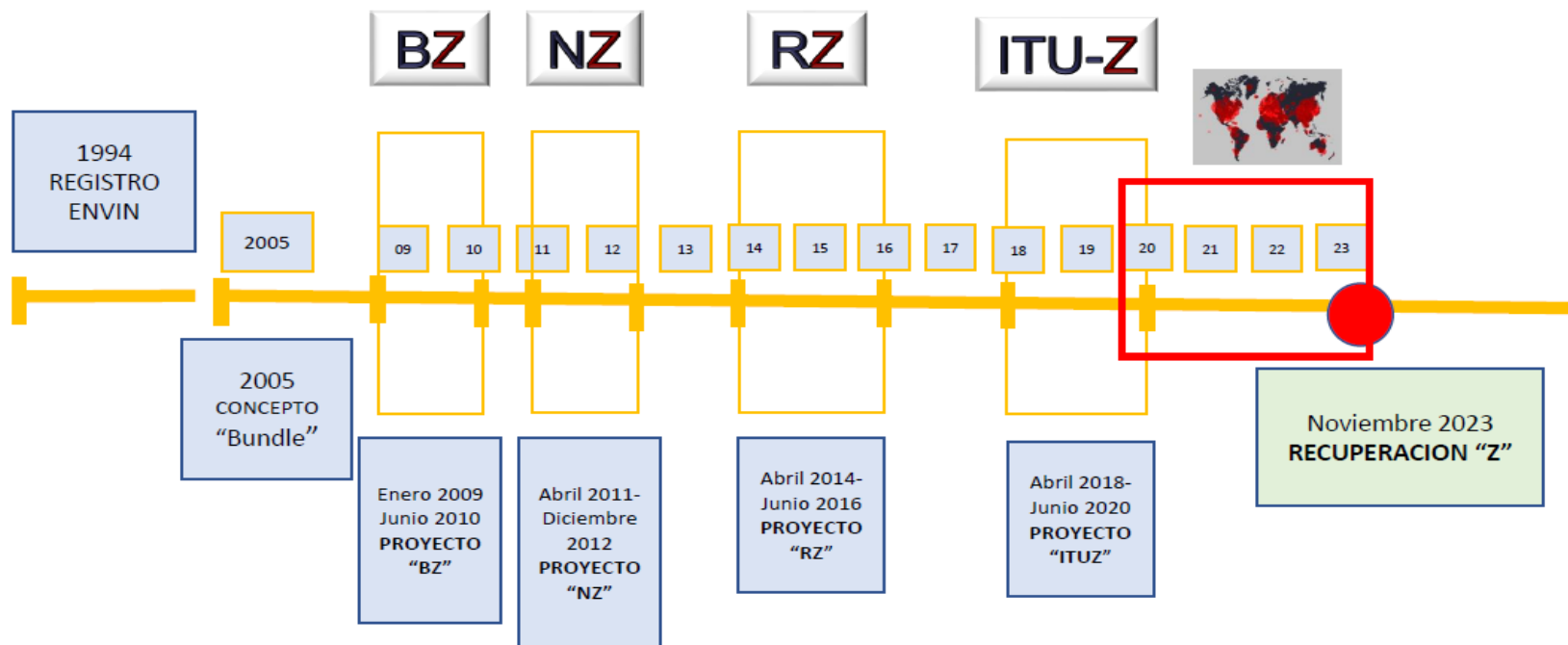


¿DONDE ESTAMOS?



Potente red de vigilancia
epidemiológica en la que
participan mas de 300
unidades de pacientes
críticos

CRONOGRAMA DE LOS PROYECTOS DE SEGURIDAD EN UCI ESPAÑOLAS



FLUJO DE LA INFORMACIÓN

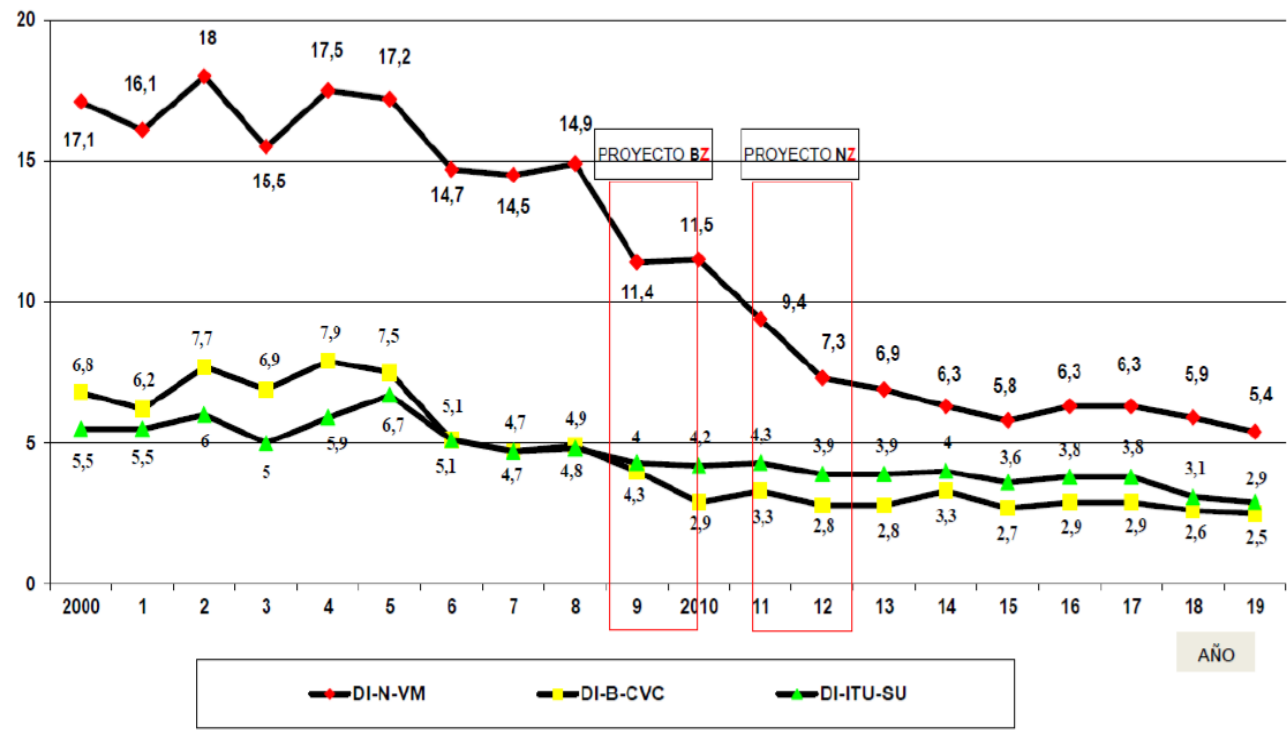


- Key facts**
- In 2017, 3,761 (51.7%) of the patients who died in intensive care units (ICU) for more than two days presented with at least one ICU-acquired healthcare-associated infection (HAI) under surveillance (Surveillance Nosocomial Infection - Infección Nosocomial Vigilada).
 - Of all patients admitted to ICU, 56.5% were female. The most common nosocomial infections were: bloodstream infection (BSI), and 29% with culture not performed (CNTP).
 - Mortality rate per ICU patient with nosocomial infection was 10.6% (95% CI: 9.9-11.3) compared with culture related, and 19% of ICU episodes were associated with presence of a urinary catheter. The most frequent isolated microorganism was *Pseudomonas aeruginosa* in 30% of total nosocomial infections. Nosocomial negative pathogens in ICU acquired BSIs, and *Stenotrophomonas maltophilia* in ICU acquired CNTP.
 - Among the top cause of hospitalization across countries were mainly respiratory (39.6%) and stroke of (28.9%) origin, with diarrhoeal (16.6%), fractures in ICU (16.6%) and sepsis (16.6%) as other causes. Catheter-associated infections were reported in 12% of patients (vs. 10.4% of ICU acquirers) and in 6% of nosocomial hospitalizations.

IMPACTO CLÍNICO DE LOS PROYECTOS BZ, NZ e ITUZ

TASAS DE IRDI
Episodios/1000 días del factor de riesgo

EPISODIOS POR 1000 DIAS DE DISPOSITIVO INVASOR



Critical Care Medicine October 2013 • Volume 41 • Number 10

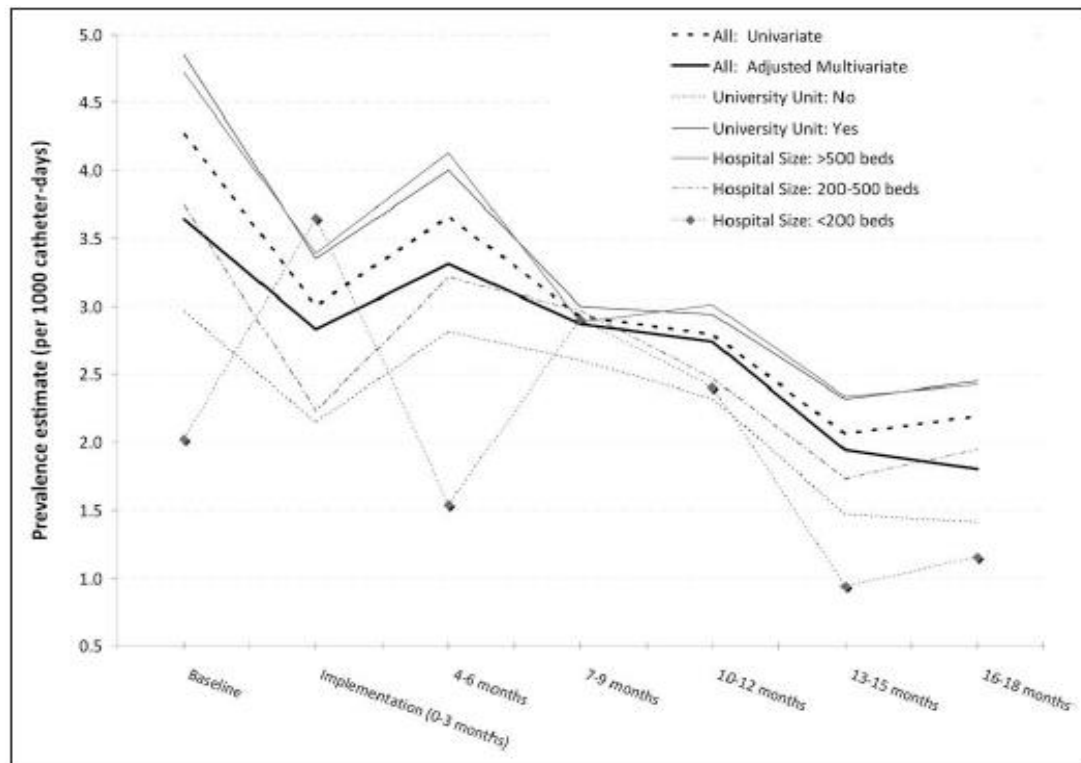
Impact of a National Multimodal Intervention to Prevent Catheter-Related Bloodstream Infection in the ICU: The Spanish Experience

Mercedes Palomar, MD, PhD¹; Francisco Álvarez-Lerma, MD, PhD²; Alba Riera, RN³; María Teresa Díaz, RN⁴; Ferrán Torres, MD, PhD⁵; Yolanda Agra, MD, PhD⁶; Itziar Larizgoitia, MD, MPH, PhD⁴; Christine A. Goeschel, ScD, MPA, MPS, RN⁷; Peter J. Pronovost, MD, PhD⁷; on behalf of the Bacteremia Zero Working Group

- . Participaron 192 UCI
- . Se incluyeron 102.645 pacientes
- . Días-CVC: 501.296
- . Identificaron 1.399 BP en 1.279 pacientes

La tasa ajustada de incidencia de BP disminuyó de 3,64 a 1,80 episodios por 1.000 días CVC

Reducción del 50% ($p < 0,001$)



Enero 2009-Junio 2010

ICU-ACQUIRED CENTRAL LINE-ASSOCIATED BLOODSTREAM INFECTION

Table 3. ICU-acquired central line-associated bloodstream infection (CLABSI) rates by country, EU/EEA, 2017

Country/Network	Number of ICUs	Number of patients	Average length of ICU stay (days)	CVC use (days per 100 patient days)	CLABSI rate (episodes per 1 000 catheter-days)			
					Country mean	25th percentile	Median	75th percentile
Belgium	3	614	8.6	71.2	2.7	1.9	3.2	3.8
Estonia	4	309	12.1	86.7	3.6	1.1	3.6	6.0
France	198	68 568	11.1	64.7	2.2	0.9	1.8	2.8
Hungary	8	797	9.6	21.7	4.3	0.0	0.0	7.9
Italy/GiViTI	63	13 950	9.8	82.8	3.0	1.3	2.3	4.1
Italy/SPIN-UTI	27	1 483	11.4	88.7	4.8	0.9	4.1	6.6
Lithuania	22	2 279	8.5	66.5	1.9	0.0	0.8	2.8
Luxembourg	8	2 843	9.8	66.4	1.7	0.0	1.7	2.8
Portugal	43	7 361	11.5	80.4	1.7	0.0	1.0	1.9
Slovakia	8	387	9.3	79.3	4.7	2.5	3.6	6.5
Spain	183	34 119	7.8	75.2	2.6	0.0	1.8	3.8
United Kingdom – Scotland	22	8 729	7.3	62.2	1.7	0.7	1.3	3.0

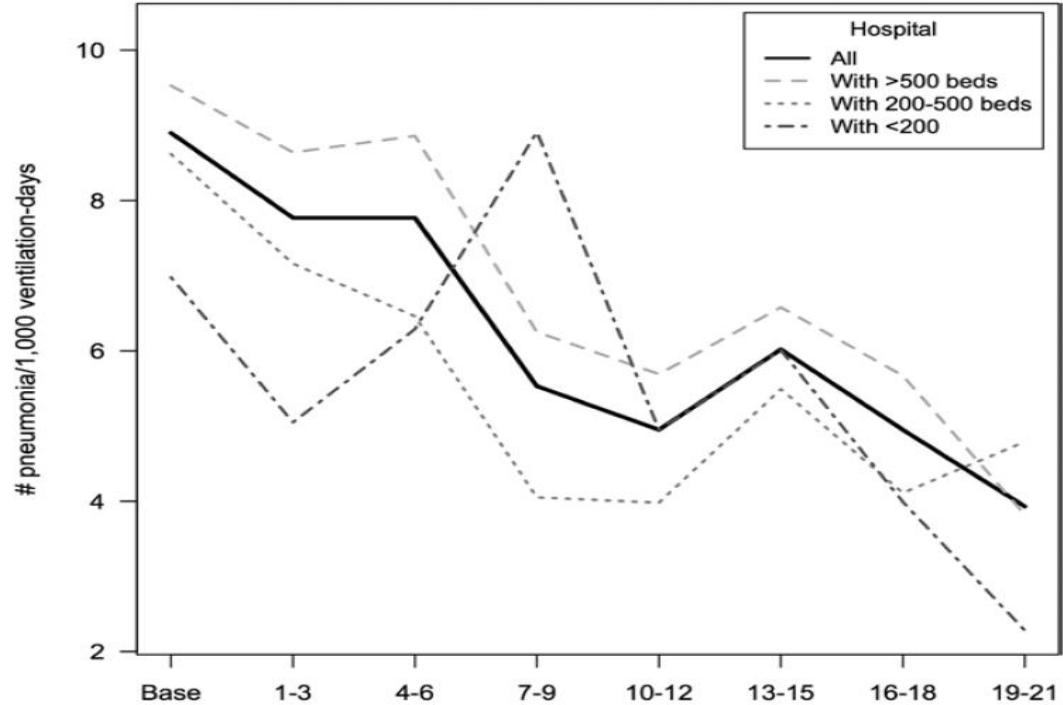
Crit Care Med 2018 Feb;46(2):181-88

Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: The Multimodal Approach of the Spanish ICU “Pneumonia Zero” Program*

Francisco Álvarez-Lerma, MD, PhD¹; Mercedes Palomar-Martínez, MD, PhD²; Miguel Sánchez-García, MD, PhD³; Montserrat Martínez-Alonso, PhD^{4,5}; Joaquín Álvarez-Rodríguez, MD, PhD⁶; Leonardo Lorente, MD, PhD⁷; Susana Arias-Rivera, RN⁸; Rosa García, RN⁹; Federico Gordo, MD, PhD¹⁰; José M. Añón, MD, PhD¹¹; Rosa Jam-Gatell, RN, MSN¹²; Mónica Vázquez-Calatayud, RN, MSc¹³; Yolanda Agra, MD, PhD¹⁴

- . Participaron 181 UCI
- . Se incluyeron 171.237 pacientes
- . Días-paciente de VM: 505.802
- . Identificaron 3.474 NVM en 3.186 pacientes

La mediana de NVM disminuyó de 9,89 a 4,34 episodios por 1.000 días VM
 Reducción del 55,8% ($p < 0,001$)



Abril 2011 - Diciembre 2012



ICU-acquired pneumonia



Table 1. ICU-acquired intubation-associated pneumonia rates by country/network, EU/EEA, 2017

Country/Network	Number of ICUs	Number of patients	Average length of ICU stay (days)	Intubation use (days per 100 patient-days)	Intubation-associated pneumonia rate (episodes per 1 000 intubation-days)			
					Country mean	25th percentile	Median	75th percentile
Belgium	3	614	8.6	34.5	20.1	8.0	10.7	27.4
Estonia	4	309	12.1	60.4	4.3	2.9	3.5	4.9
France	198	68 568	11.1	51.0	14.4	10.2	13.3	17.8
Hungary	8	797	9.6	70.2	15.0	8.2	13.7	18.9
Italy/GiViTI	63	13 950	9.8	57.8	6.0	2.3	5.3	8.9
Italy/SPIN-UTI	27	1 483	11.4	66.5	12.6	4.0	10.8	19.4
Lithuania	22	2 279	8.5	42.7	12.3	0.0	12.6	22.1
Luxembourg	8	2 843	9.8	31.6	2.3	0.0	2.1	4.2
Portugal	43	7 361	11.5	61.1	7.2	3.9	5.7	8.2
Slovakia	8	387	9.3	61.2	7.4	0.0	5.2	12.9
Spain	183	34 119	7.8	39.6	5.1	0.0	3.3	7.0
United Kingdom – Scotland	22	8 729	7.3	55.9	3.6	1.1	2.6	4.5

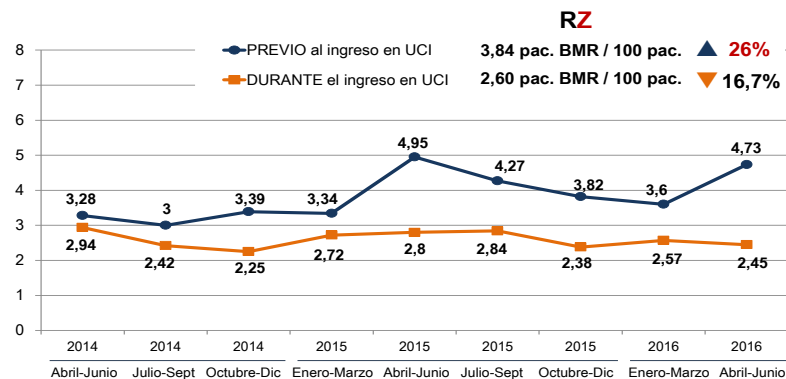
Source: ECDC, HAI-Net patient-based data 2017
 Percentiles: distribution of incidence per ICU

European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2017. Stockholm: ECDC; 2019.

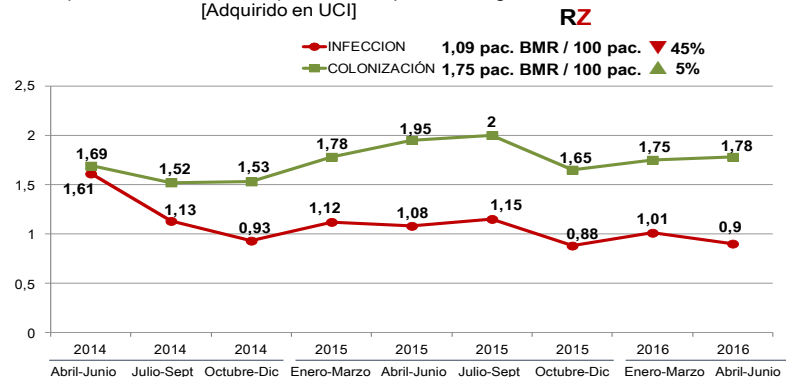
Impact of the “Zero Resistance” Program on Acquisition of Multidrug-Resistant Bacteria in Patients Admitted to Intensive Care Units in Spain. A prospective, intervention, multimodal, multicenter study

- Participaron 103 UCI
- Se incluyeron 139.228 pacientes
- Días-estancia en UCI: 833.228
- Identificaron 6.020 BMR en 5.409 pacientes
- La tasa de pacientes con **BMR previo** al ingreso en UCI se **incremento en un 26%**
- La tasa de pacientes con **BMR adquiridas durante** el ingreso en UCI **disminuyó 16%**
- La tasa de pacientes que **adquirieron una infección por BMR durante** el ingreso en UCI **disminuyó un 45%**

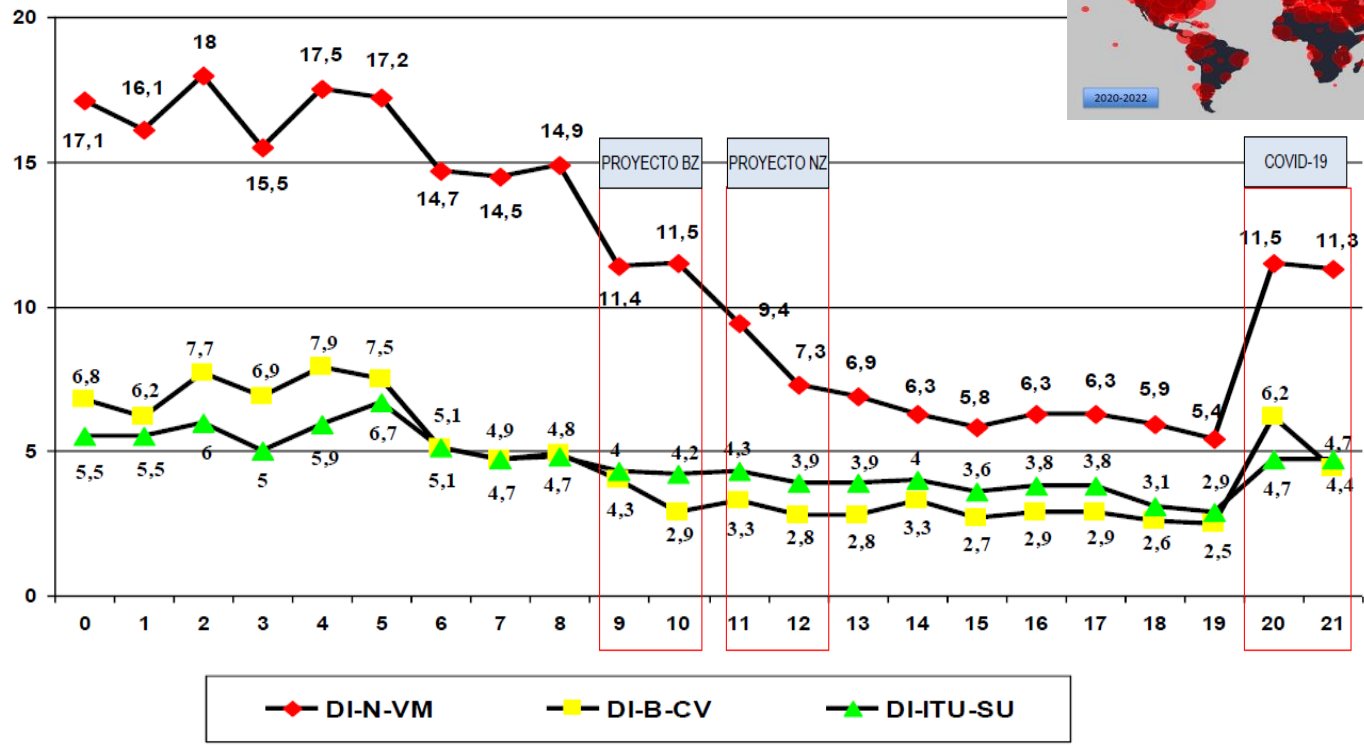
Nº de pacientes con ≥ 1 BMR por cada 100 pacientes ingresados.



Nº de pacientes con ≥ 1 BMR por cada 100 pacientes ingresados. [Adquirido en UCI]

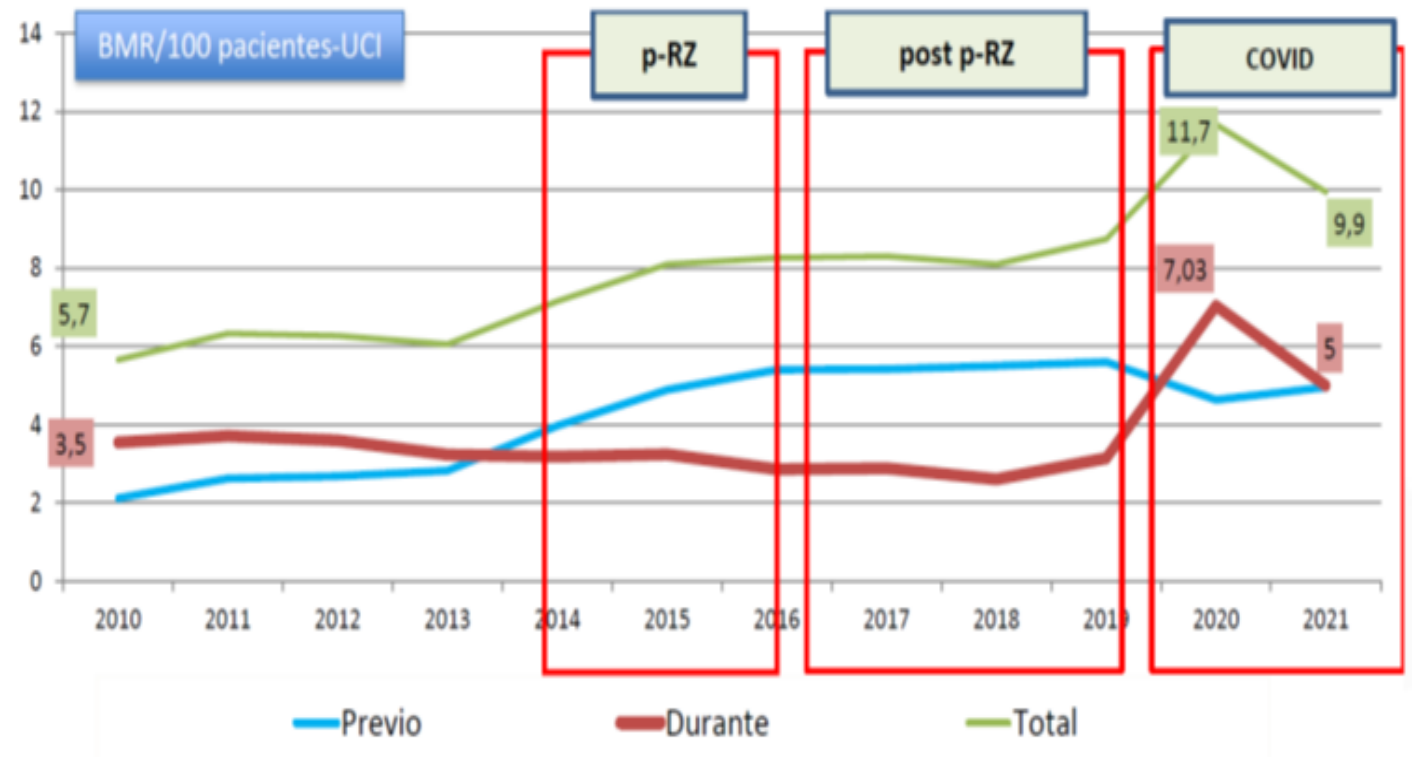


IMPACTO CLINICO





EVOLUCIÓN DE LA TASA DE BMR TOTAL, PREVIA Y ADQUIRIDAS EN UCI



Ratio de BMR

- > 0,5 periodo previo a RZ
- < 0,5 periodo p-RZ y post p-RZ
- > 0,5 periodo COVID

Ratio BMR: N° de BMR adquiridas en UCI/ N° de BMR totales (previas y durante UCI)

Resumen de acciones

Realizadas
Pendientes de realizar



Mayo 2020
Declaración

Octubre 2020
Recomendaciones

Febrero 2021
Declaración

Julio a sept 2021
Reunión de las CCAA con las UCI



Junio 2021:

FORMULARIO DE ADAPTACIÓN DE LOS PROYECTOS ZERO (PZ) A SITUACIONES DE PANDEMIA

El objetivo de esta encuesta es conocer cuáles han sido las barreras que se han detectado en las unidades que han atendido a pacientes críticos con COVID-19 para aplicar las recomendaciones de los diferentes Proyectos Zero (PZ) y conocer qué propuestas de adaptación de las recomendaciones para tiempos de pandemia propuestas desde el Consejo Asesor se han llevado a cabo.
Se aceptará UNA SOLA ENCUESTA POR CÓDIGO ENVIN, por tanto, se recomienda que para rellenar la encuesta se haga de forma consensuada con los diferentes líderes de los Proyectos Zero de las unidades.

Plan de Acción por CCAA



6 octubre 2021
Reunión con las CCAA:

- Actualización formación BZ y NZ
- Plan de acción de las CCAA



Resumen de acciones

Reunión del Consejo Asesor PZ 22 noviembre 2021

Actualización de los Proyectos BZ y NZ
Actualización cursos formación PZ
Plan de Acción para 2022

Recuperación PZ

Solicitud de los
Planes de Acción
a CCAA

Diciembre 2022

Octubre 2022

Mayo-Junio 2022

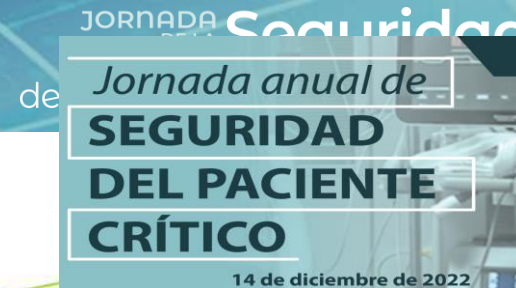
Actualización de los líderes de los PZ

Listado de > 500 líderes médico /DUE

Curso de formación de formadores en

PROYECTOS de SEGURIDAD

¿Cómo mejorar la seguridad de los pacientes críticos
en situaciones de crisis?. Enseñanzas de la pandemia.



CUESTIONARIO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROYECTOS ZERO EN LAS UCI

La pandemia del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha supuesto un reto para todos los profesionales sanitarios. En los Servicios de Medicina Intensiva (SMI), la presión asistencial y la respuesta de las Sociedades Científicas de nuestra especialidad (SEMICYUC y SEEIUC) han comportado importantes cambios estructurales, organizativos y funcionales. Una de las consecuencias del nuevo modelo de paciente, y de los cambios en su tratamiento, ha sido el importante incremento de las infecciones relacionadas con dispositivos invasivos (IRDI) así como el aumento de pacientes en los que se aisló una o más bacterias multirresistentes (BMR).



¿A DONDE VAMOS?

“En el camino de la
nueva normalidad”

REUNIÓN ANUAL DEL REGISTRO NACIONAL DE
INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI. ENVIN-HELICS.

RETOS PENDIENTES EN EL CONTROL DE INFECCIONES EN PACIENTES CRÍTICOS/PROYECTOS ZERO

CONSOLIDAR LA PARTICIPACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (SINAVE)

CONSOLIDAR LA ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LOS PROYECTOS ZERO

POTENCIAR LA EXTRACCIÓN AUTOMÁTICA DE DATOS DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN DE LAS UCIS

PROCEDER A UN CAMBIO GENERACIONAL EN LA DIRECCIÓN DE LOS PROYECTOS ZERO A NIVEL NACIONAL, CCAA Y LOCALES

INTRODUCIR AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DE LOS PZ

ESTRUCTURA
ORGANIZACIÓN



RETOS PENDIENTES EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN PACIENTES CRÍTICOS/PROYECTOS ZERO

RECUPERAR LA PARTICIPACIÓN EN LOS PZ PREVIA A LA PANDEMIA

CONSEGUIR Y MEJORAR LAS TASAS NACIONALES Y LOCALES DE IRDI,
PREVIAS A LA PANDEMIA

FORMACIÓN CONTINUADA EN PREVENCIÓN DE TODO EL PERSONAL
SANITARIO QUE ATIENDE A PACIENTES CRITICOS

FORMACIÓN NUEVAS GENERACIONES EN EL REGISTRO ENVIN

FORMACIÓN CONTINUADA EN EL CONCEPTO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
CRÍTICO

RESULTADOS



FORMACIÓN



**CON EL
ESFUERZO DE
MUCHOS**

**HEMOS MEJORADO
LA SEGURIDAD DE
LOS PACIENTES EN
UCI AL DISMINUIR
LAS IRDI Y AL
REDUCIR LAS BMR
ADQUIRIDAS EN UCI**



¡GRACIAS!

**A TODOS POR VUESTRO ESFUERZO
PASADO, PRESENTE Y FUTURO
EN MEJORAR LA SEGURIDAD DE
NUESTROS PACIENTES EN LAS UCI**