

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA,
CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS
GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS**

**MANUAL DE
DEFINICIONES Y TERMINOS
ANEXO ENVIN-CoVID**



**“ESTUDIO NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN
NOSOCOMIAL EN UCI”
(ENVIN- HELICS)
2023**

Programa y estudio colaborativo, multicéntrico, organizado por el
**Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y
Sepsis de SEMICYUC**

Índice ENVIN-CoVID

JUSTIFICACIÓN	3
MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
1.- Sujetos de Estudio.....	3
2.- Período de estudio:.....	4
3.- Período de seguimiento de los sujetos de estudio:.....	4
4.- Infecciones objeto de estudio: las.....	4
ANEXO DE VARIABLES A LA BASE DE DATOS DEL ENVIN-HELICS	4
1.- Ubicación del paciente	4
2.- Diagnóstico del paciente COVID.	5
3.- Comorbilidades previas asociadas al paciente CoVID.	5
4.- Factores de riesgo durante el ingreso en UCI asociadas al paciente CoVID.	6
5.- Factores analíticos de mal pronóstico del paciente CoVID.	6
7.- Tratamiento inmunomodular recibido.	7
8.- Tratamiento corticoesteroideo recibido.....	7
9.- Otros tratamientos recibidos:	8

JUSTIFICACIÓN

La pandemia producida por SARS-Cov-2 en nuestro país, durante los meses de marzo a mayo de 2020, ha obligado a los intensivistas a dedicarse plenamente a la asistencia de este tipo de pacientes no pudiendo analizar el comportamiento de esta patología en las UCI.

Desde la Coordinación del Registro ENVIN-HELICS se ha valorado la necesidad de realizar un esfuerzo añadido, motivado por el interés por conocer las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en este tipo de pacientes en las UCI y muy especialmente las relacionadas con los dispositivos y procedimientos invasivos.

Se ha planteado realizar la recogida de datos en el ENVIN completo, de todos los pacientes con SARS-CoV-2, ingresados en las UCI y otras unidades de críticos habilitadas durante la pandemia en los hospitales, desde el 1 de Marzo hasta el 31 de Mayo de 2020.

Para poder realizar un análisis más profundo de los factores de riesgo que favorecen la aparición de IRAS en este tipo de pacientes se ha añadido al registro ENVIN una serie de variables, a cumplimentar, con datos específicos relativos a este tipo de pacientes, denominado “**ENVIN-CoVID**”, que nos pueden ayudar a extrapolar conclusiones globales a nivel nacional y de manera individual en cada UCI. La incorporación de estas variables en la base de datos nos permitirá, a partir de ahora, recoger la información de los pacientes que ingresen en nuestras unidades con SARS-CoV-2 en cualquier momento.

Sabemos que después de esta dura experiencia vivida durante tanto tiempo, el sobreesfuerzo que va a suponer el cumplimentar el ENVIN completo puede resultar agotador, sin embargo consideramos que merece la pena conocer más profundamente el comportamiento de este tipo de pacientes ya que la infección por SARS-Cov-2 no es algo eventual, sino que ya se ha incorporado dentro del manual de enfermedades infecciosas del ser humano.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Sujetos de Estudio

Se introducirán, en la base de datos ENVIN-HELICS realizando el ENVIN completo, **a todos los pacientes ingresados con sospecha clínica o confirmación de SARS-CoV-2** en la UCI y unidades que han funcionado a tal efecto en los hospitales **durante la pandemia COVID-19**.

La sistemática de cumplimentación del ENVIN completo es la habitual realizada por las unidades, salvo que se ha creado una ficha denominada **VARIABLES CoVID (SARS-CoV-2)**, específicamente relacionadas con este tipo de patología y que se despliega cuando se confirma PACIENTE CoVID19 (SARS-Cov-2).

Los pacientes se incluirán en el registro ENVIN con el motivo de ingreso que se especifica en la ficha inicial Variable DIAGNÓSTICO. Por ejemplo:

- Si el paciente ingresa con el DIAGNOSTICO de Neumonía o Bronconeumonía, se clasificará como tal y posteriormente en la etiología de infección se pondrá microorganismo SARS-Cov-2.

- Si el paciente ingresa con el DIAGNOSTICO de Accidente cerebrovascular y en el screening de CoVID tiene una PCR positiva en exudado nasofaríngeo asintomática. Se pondrá en el apartado de infecciones “*Infección asintomática por SARS-Cov-2*”.

2.- Período de estudio:

La recogida de datos se realizar desde el inicio de la pandemia COVID-19 el 1 de Marzo hasta el 31 de Mayo de 2020.

3.- Período de seguimiento de los sujetos de estudio:

Desde el ingreso en UCI hasta 48 horas después del alta de la UCI.

4.- Infecciones objeto de estudio: las mismas que se analizan en el ***Estudio Nacional de vigilancia de infección nosocomial en UCI “ENVIN-HELICS”***:

- ***Neumonías asociadas a ventilación mecánica.***
- ***Infección urinaria asociada a sondaje urinario.***
- ***Bacteriemia de origen desconocido.***
- ***Bacteriemia secundaria a infección de catéter.***
- ***Bacteriemia secundaria a otros focos.***

Además, se van a analizar las traqueobronquitis relacionada con la ventilación mecánica dada las dificultades existentes para diferenciar neumonía de traqueobronquitis relacionada con ventilación mecánica en este tipo de pacientes.

ANEXO DE VARIABLES A LA BASE DE DATOS DEL ENVIN-HELICS

Existe una ficha específica denominada “*Variable CoVID*” que contiene variables específicas de los pacientes CoVID.

1.- Ubicación del paciente.

Se asignará las características de la unidad donde ha sido ingresado el paciente, haciendo referencia al tipo de unidad. Si es la UCI de intensivos habitual o es una unidad temporal/extendida que ha funcionado a tal efecto durante la pandemia. Así mismo, se define si la coordinación de la unidad temporal/ extendida se ha realizado por un médico intensivista o por un médico de otra especialidad (anestesiólogos/anestelistas; pediatras; cirujanos; neumólogos, etc...).

- **UCI propia:** UCI correspondiente al código de acceso.
- **UCI extendida coordinada por un intensivista:** Área establecida temporalmente para ingresar a pacientes que requieren cuidados críticos con diagnóstico de CoVID, formada por un equipo multidisciplinar y coordinada por un médico intensivista.

- **UCI extendida coordinada por un médico de otra especialidad diferente a intensivos:** Área establecida temporalmente para ingresar a pacientes que requieren cuidados críticos con diagnóstico de CoVID, formada por un equipo multidisciplinar y coordinada por un médico no intensivista.

El paciente CoVID tendrá solo una ficha de ingreso en UCI, independientemente en que unidad ingrese y será asignado a la UCI donde ha permanecido más tiempo.

2.- Diagnóstico del paciente COVID.

Definir los criterios utilizados para establecer el diagnóstico de infección por SARS-Cov-2.

- **PCR:** Únicamente presenta PCR positiva en exudado nasofaríngeo y/o secreción bronquial.
- **Clínico:** Diagnóstico por los síntomas y signos que presenta el paciente exclusivamente.
- **PCR + Clínico:** El paciente presenta PCR positiva en cualquier muestra respiratoria y síntomas y signos compatibles con infección por CoVID.
- **Clínico + Serología:** El paciente es diagnosticado por los síntomas y signos y por presencia de anticuerpos

3.- Comorbilidades previas asociadas al paciente CoVID.

Se refiere a aquellas enfermedades previas que tiene el paciente que pueden estar relacionadas con el pronóstico con la enfermedad CoVID y que no están definidas previamente en el manual ENVIN.

- **Hipertensión arterial:** Se considerará que el enfermo tiene hipertensión arterial cuando así conste en la historia o si se observan cifras de tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg.
- **Dislipemia:** Se considerará que el enfermo tiene dislipemia cuando así conste en la historia o si se observan cifras de colesterol total ≥ 240 mg/dl y/o LDL-Colesterol ≥ 160 mg/dl y/o Triglicéridos ≥ 200 mg/dl.
- **Cardiopatía isquémica:** Se considerará que el enfermo tiene cardiopatía isquémica cuando así conste en la historia
- **Obesidad:** Se considerará que el enfermo tiene obesidad cuando así conste en la historia o presenta un índice de masa corporal ≥ 30 .
- **Hipotiroidismo:** Se considerará que el enfermo tiene hipotiroidismo cuando así conste en la historia y se encuentre con tratamiento sustitutivo.

- **Preeclampsia:** Se considerará que la paciente gestante tiene preeclampsia cuando así conste en la historia y/o presente hipertensión arterial.

4.- Factores de riesgo durante el ingreso en UCI asociadas al paciente CoVID.

Se refiere a aquellos factores de riesgo que aparecen durante la estancia en UCI y que pueden estar relacionados con el pronóstico con la enfermedad CoVID y que no están definidas previamente en el manual ENVIN.

- **Maniobra de decúbito prono:** Se cuantificará el número total de maniobras de decúbito prono que se realizan al paciente durante el ingreso en la UCI. Así mismo, se valorará la duración de las maniobras de decúbito prono considerando periodos de menor o igual a 24 horas y más de 24 horas.
- **Fracaso renal agudo durante el ingreso en UCI:** Se refiere a aquellos pacientes que deterioran la función renal durante el ingreso en UCI según criterios AKI "Acute Kidney Injury".

Estadio AKI	Criterio Creatinina	Criterio Flujo Urinario
AKI I	Incremento de la creatinina sérica por $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,4$ $\mu\text{mol/L}$) o incremento de $\geq 150\%$ – 200% del basal	Flujo urinario $< 0,5$ ml/kg/hora por > 6 horas
AKI II	Incremento de la creatinina sérica > 2 mg/dl (200%) – 3mg/dl (300%) del límite basal	Flujo urinario $< 0,5$ ml/kg/hora por > 12 horas
AKI III	Incremento de la creatinina sérica $> 300\%$ del basal o creatinina sérica $\geq 4,0$ mg/dl (≥ 354 $\mu\text{mol/L}$) después de un aumento de al menos 44 $\mu\text{mol/L}$ o tratamiento con terapia de reemplazo renal	Flujo urinario $< 0,3$ ml/kg/hora por > 24 horas o anuria por 12 horas

Ostermann M, Chang R; Riyadh ICU Program Users Group. Correlation between the AKI classification and outcome. Crit Care. 2008; 12 (6): R144

Además, en el registro se clasificarán a los pacientes en aquellos que presentan fracaso renal agudo sin necesidad de técnica de depuración renal (TDER) de los que no la precisan.

5.- Factores analíticos de mal pronóstico del paciente CoVID.

Son aquellos valores de laboratorio que reflejan el grado de inflamación del paciente CoVID al ingreso en la UCI y que parecen ser específicos en esta patología.

Se elegirá el peor valor obtenido de estos parámetros analíticos al ingreso en el hospital, al ingreso en UCI y al séptimo día de evolución en UCI. Se admitirán los valores obtenidos en las 24 horas previos o posteriores.

"Atención a las unidades". Los valores admiten 2 decimales.

- Proteína C reactiva (PCR) [mg/dl]
- Procalcitonina [ng/ml]
- IL-6 [pg/m]
- Linfopenia (valor absoluto)
- Ferritina [ng/ml]
- Fibrinogeno total [mg/dl]
- LDH [U/L]
- Dímeros D [ng/ml]
- Troponina TnTs [ng/L]

7.- Tratamiento inmunomodular recibido.

En la etiopatogenia de la enfermedad por CoVID, la respuesta inflamatoria es un factor determinante de la evolución. Durante la pandemia se han utilizado fármacos inmunomoduladores de manera empírica. Se valora el momento de evolución en el que se administra el fármaco y el número de dosis totales utilizadas.

- Tocilizumab
- Sarilumab
- Ruxolitinib
- Siltuximab
- Baricitinib
- Anakinra
- Interferón β -1B (IFN β)
- Interferón α -2B

8.- Tratamiento corticoesteroideo recibido.

- **Corticoesteroides:** Se especificará si el paciente ha recibido dosis elevadas; intermedias o bajas de corticoesteroides durante su estancia en UCI. Se define como **dosis elevada** aquella dosis de metilprednisolona superior o igual a 250mg iv al día o dosis equivalente de otro tipo de corticoesteroide; **dosis intermedia** cuando la dosis de metilprednisolona administrada es superior a 1mg/Kg/24h iv y menor a 250mg/24h iv ó dosis equivalente de otro tipo de corticoesteroide y **dosis bajas** cuando la dosis de metilprednisolona es inferior o igual a 1mg/Kg/24h iv ó dosis equivalente de otro tipo de corticoesteroide. Para facilitar el cálculo de equivalencias entre la dosis de corticoesteroides se proporciona direcciones de página web de calculadoras

<https://www.rccc.eu/ppc/calculadoras/corticoides.htm>

<https://interna.es/calculadora-ventana/equivalencia-corticoides2/>

Si el paciente ha recibido a lo largo de su estancia en UCI diferentes pautas de corticoesteroides se especificarán individualmente.

Así mismo, se define pauta de corticoesteroides de **corta duración** cuando se administra menos de 7 días y **duración prolongada** cuando la administración es mayor o igual 7 días.

9.- Otros tratamientos recibidos: Hace referencia a la administración de suero hiperinmune durante la estancia del paciente en la UCI. Únicamente se se incluirán aquellos pacientes que han recibido fármaco activo.

