

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

MANUAL DE DEFINICIONES Y TÉRMINOS

RESUMEN DE LOS CAMBIOS REALIZADOS. 2026



**“ESTUDIO NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN
NOSOCOMIAL EN UCI”**

**(ENVIN- UCI)
2026**

Estudio colaborativo, multicéntrico, organizado por el
Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas y Sepsis de SEMICYUC

MANUAL DE DEFINICIONES Y TÉRMINOS

REGISTRO “ENVIN-UCI”

RESUMEN DE LOS CAMBIOS REALIZADOS. 2026

Este documento resume los cambios en el manual del usuario realizados en la actualización de 2026. Los cambios estarán resaltados en amarillo en el texto del manual para facilitar su identificación.

1.- INTRODUCCIÓN (página 7)

ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS “PROYECTOS ZERO”

Desde el año 2026 la **encuesta de autoevaluación de los Proyectos Zero (PZ)** estará accesible desde la web del registro ENVIN. La encuesta de autoevaluación es una **herramienta** que permite a cada unidad **evaluar** de forma sistemática **cómo están aplicando las medidas de los PZ y Seguridad del Paciente**. Su función es doble: medir el grado de implantación real y orientar planes de mejora tanto a nivel de centro como a nivel nacional. **Las unidades deben de completarla anualmente durante el periodo de vigilancia anual (abril-junio)**. Es aconsejable que la contesten conjuntamente los referentes médicos y de enfermería de los **PZ** de la unidad. La encuesta puede llevarse a cabo, en cualquier época del año, pero la que se utilizará para el análisis a nivel local, autonómico y nacional, será la realizada durante el periodo ENVIN (abril-junio). Por este motivo es importante que durante este periodo se realice solo una vez. El acceso a la encuesta se hace desde la página inicial del registro una vez hayamos accedido con nuestro código de unidad.

2.- MATERIAL Y METODO (página 8)

Se añade la **traqueobronquitis asociada a ventilación mecánica como infección ENVIN-UCI**.

4.- Infecciones objeto de estudio:

Para el estudio Nacional las infecciones **Intra-UCI** objeto de estudio son:

- **Neumonías asociadas a ventilación mecánica.**
- **Traqueobronquitis 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.**

3.- COLONIZACIÓN-INFECCIÓN (páginas 23, 24 y 25)

Se actualiza la tabla de microorganismos multirresistentes de acuerdo con el nuevo protocolo del **Proyecto “Resistencia Zero”**.

Los microorganismos multirresistentes que se registran son los siguientes:

- **SARM (MRSA):** Para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina antes o durante su estancia en UCI.
- ***Enterococcus* resistente a Vancomicina:** Para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por *Enterococcus* resistente a vancomicina antes o durante su estancia en UCI.
- **Enterobacterales - BLEE.** Para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por Enterobacterales productores de betalactamasas de espectro extendido antes o durante su estancia en la UCI informados como productores de BLEE por el laboratorio de Microbiología o aquellos categorizados localmente como tales según su procedimiento diagnóstico. En general, se considera que aquellas Enterobacterales que sean resistentes a cefalosporinas de 3ª generación son productoras de betalactamasas y entrarían en esta definición.
- **Enterobacterales productores de Carbapenemasa:** Para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por Enterobacterales productores de carbapenemasas (que confieren resistencia a los carbapenémicos) antes o durante su estancia en la UCI. Informados como productores por el laboratorio de Microbiología o aquellos categorizados localmente como tales según procedimiento diagnóstico.
- ***Pseudomonas* con dificultad de tratamiento (difficult-to-treat)** Para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por *Pseudomonas* con resistencia a: piperacilina-tazobactam, ceftazidima, cefepime, aztreonam, meropenem, imipenem-cilastatina, ciprofloxacino, y levofloxacino.
- **-*Pseudomonas* productoras de carbapenemasas.** Para todos los casos en que el enfermo haya presentado colonización o infección por *Pseudomonas* informadas como productoras de carbapenemasas, por el laboratorio de microbiología o aquellas categorizadas localmente como tales según su procedimiento diagnóstico, antes o durante su estancia en la UCI. No deben de incluirse en este apartado colonización o infección causada por *Pseudomonas* resistentes a carbapenemes por mecanismos distintos a la producción de carbapenemasas.
- ***Acinetobacter* R-Imipenem:** Para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por *Acinetobacter sp* resistente a carbapenémicos antes o durante su estancia en UCI.
- ***Stenotrophomonas maltophilia*:** para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por *S. maltophilia* resistente a levofloxacino y cotrimoxazol.
- **Otros BGN multirresistente:** Para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por Bacilos Gram negativos con resistencia **a 3 o más familias** de antibióticos, antes o durante su estancia en UCI, y que no hayan sido incluidos en categorías previas. (por ejemplo *Achromobacter sp.*)
- ***Candida parapsilosis* resistente a fluconazol:** Para todos los casos en los que el enfermo presente colonización o infección por *C. parapsilosis* resistente a azoles.
- ***Candida auris*:** Para todos los casos en los que el enfermo presente colonización o infección por *C. auris*.

Para los Enterobacterales y *Pseudomonas sp.* Productoras de carbapenemasas. Se ha incluido una desplegable para poder tipificar el tipo de carbapenemasa:

- A- KPC
- B- Metalobetalactamasas (IMP / VIM / NDM)
- C- OXA- 48 y otras OXA
- Sin clasificación

4.- TABLA MENSUAL DE FACTORES (Página 29)

Se enfatiza que el factor de riesgo es la presencia de la vía aérea artificial, independientemente que el paciente se halle ventilado o no.

- **Pacientes con vía aérea artificial:** Se consignará el número de pacientes **intubados o con traqueostomía** en el momento de recogida de datos, (independientemente de si está conectado a ventilación mecánica o no).

5.- DEFINICIONES DE LAS INFECCIONES

DEFINICIONES DE CASOS EN LAS INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UCI (página 37)

Definición de segunda infección. Se establecen condiciones de temporalidad

- **Episodio de segunda infección:**

Para considerar una infección como un **nuevo episodio infeccioso**, se requiere una combinación de los siguientes criterios:

- a. Aparición de nuevos signos y síntomas tras una mejoría sustancial del episodio inicial;
- b. Evidencia radiográfica (en el caso de la neumonía) u otras pruebas diagnósticas; e
- c. Inicio del nuevo episodio más de 14 días después del inicio de la infección previa en el caso de las infecciones del torrente sanguíneo (Bacteriemia) y más de siete días en el caso de la neumonía y las infecciones del tracto urinario.

Debe existir resolución clínica previa del episodio inicial

DEFINICIÓN DE CASO DE NEUMONIA (páginas 41 y42)

Incorporación de "necesidad de incrementar la PEEP" en los criterios clínicos y categorización en métodos diagnósticos alternativos (N3) el diagnóstico con PCR múltiple

DEFINICIÓN DE CASO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN UCI (N)

En pacientes sin enfermedad cardíaca o pulmonar basta con una placa de tórax o una TAC positivos. Dos o más sucesivas radiografías de tórax o TAC con una imagen sugestiva de neumonía para pacientes con enfermedad cardíaca subyacente o enfermedad pulmonar.

y al menos uno de los siguientes:

- Fiebre $>38^{\circ}$ C sin otro origen,
- Leucopenia (<4.000 mm³) o leucocitosis (≥ 12.000 /mm³).

y al menos uno de los siguientes:

(al menos dos si sólo neumonía clínica = criterios N4 y N5)

- Aparición de esputo purulento, o cambio en las características del esputo (color, olor, cantidad, consistencia),
- Tos o disnea o taquipnea,
- Auscultación sugestiva: crepitantes, roncus, sibilancias,
- Deterioro del intercambio gaseoso (desaturación de O₂ o aumento de las demandas de oxígeno o de la demanda ventilatoria, o **necesidad de incrementar la PEEP**).

Y según el **método diagnóstico utilizado**

b- Métodos microbiológicos alternativos (N3)

- Hemocultivo positivo no relacionado con otro foco de infección.
- Crecimiento positivo en cultivo de líquido pleural.
- Punción aspirativa positiva pleural o de absceso pulmonar.
- Evidencia de neumonía en examen histológico pulmonar.
- Examen positivo para infección pulmonar viral, bacteriana (incluidas bacterias atípicas y micobacterias) o fúngica

(p. ej., virus de la gripe, *Legionella*, *Mycoplasma*, *Aspergillus*, *Pneumocystis jirovecii* [anteriormente *P. carinii*):

- Detección positiva de antígeno microbiano o material genético en secreciones respiratorias, líquido pleural o tejido, p. ej., NAAT (incluyendo RT-PCR y PCR múltiple), RADT, EIA;
- Examen microscópico directo positivo o cultivo positivo (incluido el ensayo en vial concha) a partir de secreciones bronquiales o tejido;
- Seroconversión (ejemplo: *Legionella*, *Chlamydia*);
- Detección de antígenos en orina (*Legionella*).

DEFINICIÓN DE TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (páginas 42 y 43)

Actualización de la definición

TRAQUEOBRONQUITIS

A partir del periodo ENVIN 2026, la **traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica** pasa a ser una **infección** considerada objeto de estudio, y por lo tanto de **monitorización obligatoria**.

Se considerará como caso de **traqueobronquitis**:

Pacientes que no tienen evidencia clínica o radiológica de neumonía y que tienen al menos 2 de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: Fiebre > 38º C, tos, nuevo o incremento de la producción de esputo, roncus, sibilancias y al menos uno de los siguientes:

- a) Cultivo positivo obtenido de aspirado traqueal profundo o broncoscopia.**
- b) Test de antígenos positivos en muestras respiratorias.**

Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control 2008; 36: 309 - 332.

Junto a esta definición clínica de caso. Se requerirá que se haya indicado tratamiento antimicrobiano, sistémico y/o nebulizado, por parte del facultativo responsable

Por lo tanto, se registrarán como traqueobronquitis asociada a ventilación mecánica todas aquellas infecciones que cumplan la definición de caso, que se asocien a la presencia de vía aérea artificial y en las que el facultativo responsable decide iniciar tratamiento antimicrobiano.

DEFINICION DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (página 41)

Énfasis en la ausencia de otros focos y en los criterios del urinoanálisis y microbiología para evitar el sobrediagnóstico

En pacientes sedados, ventilados o con imposibilidad para expresar síntomas urinarios, el diagnóstico deberá apoyarse prioritariamente en fiebre **sin otro foco**, piuria y criterios microbiológicos compatibles, **evitando sobrediagnóstico**.

6.- ANTIBIÓTICOS

MOTIVO DE ANTIBIÓTICO (página 52)

Modificación de la definición de tratamiento dirigido

- **Motivo:**

Elegir una de las dos opciones.

Tratamiento Empírico:

Cuando el antibiótico se prescriba sin conocimiento del agente etiológico.

Tratamiento Dirigido (documentado):

Cuando el antibiótico se prescriba en base a resultados microbiológicos, con o sin los resultados de susceptibilidad antimicrobiana. Esto incluye las pruebas rápidas.