

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

**MANUAL DE
DEFINICIONES Y TÉRMINOS**



**“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

ÍNDICE ENVIN

PRESENTACIÓN	4
Contactos.....	5
INTRODUCCIÓN	6
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
1.- Sujetos de Estudio	8
2.- Período de estudio:	8
3.- Período de seguimiento de los sujetos de estudio:	8
4.- Infecciones objeto de estudio:.....	8
BASE DE DATOS DEL ENVIN-UCI	9
1.- Ficha de ingreso.....	9
2.- Factores de riesgo	9
3.- Tabla mensual de factores	9
4.- Infecciones	9
5.- Microorganismos.....	9
6.- Antibiogramas	9
7.- Antibióticos	10
8- Acceso a aplicaciones y recursos	10
INTRODUCCIÓN DE DATOS.....	13
Datos iniciales.....	13
Ficha de ingreso en la unidad	15
TABLA MENSUAL DE FACTORES	28
TABLA INDIVIDUAL DE FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECO.....	31
INFECCIONES	33
- Tipo de infecciones.....	33
- Introducción de datos y definición de variables	33
- Respuesta inflamatoria	36
DEFINICIONES DE LAS INFECCIONES	37
DEFINICIONES DE CASOS, EN LAS INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UCI	37
DEFINICION DE CASO DE BACTERIEMIA (B)	38
BACTERIEMIA SECUNDARIA A INFECCIÓN DE CATETER (BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER).	38
BACTERIEMIA SECUNDARIA.	39
BACTERIEMIA DE FOCO DESCONOCIDO.....	40
BACTERIEMIA PRIMARIA.	40
DEFINICIÓN DE CASO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN UCI (N)	41
DEFINICION DE CASO DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE URINARIO.....	45
MICROORGANISMOS.....	46
ANTIBIÓTICOS.....	51
Introducción y definición de variables	51
RESULTADOS (INFORMES).....	55
VALIDACION DE LOS DATOS	58

ENVIN SIMPLIFICADO	60
Objetivo	60
Pacientes de estudio	60
Período de seguimiento	61
Infecciones objeto de estudio	61
Formularios del ENVIN SIMPLIFICADO	61
Manual pediátrico	62
MATERIAL Y MÉTODOS.....	62
1.- Sujetos de Estudio	62
2.- Período de estudio: durante tres meses cada año.	62
3.- Período de seguimiento de los sujetos de estudio.	62
4.- Infecciones objeto de estudio.	62
INTRODUCCIÓN DE DATOS.....	63
INFECCIONES	63
TABLA DE CONSTANTES VITALES.....	65
DEFINICIONES DE LAS INFECCIONES EN PEDIATRÍA.....	65
DEFINICION DE CASO DE BACTERIEMIA	65
BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER.....	66
BACTERIEMIA SECUNDARIA	67
BACTERIEMIA DE FOCO DESCONOCIDO.....	67
BACTERIEMIA PRIMARIA	67
DEFINICIÓN DE CASO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN UCI	67
TRAQUEOBRONQUITIS	70
DEFINICION DE CASO DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE URINARIO.	71
TABLAS DE CÓDIGOS	72
1.- Códigos de las Unidades colaboradoras	72
2.- Códigos del Diagnóstico	81
3.- Códigos de la Localización de la Infección	84
4.- Códigos de la Muestra.....	85
5.- Códigos del Diagnóstico de la Infección.....	86
6.- Códigos de los Microorganismos	87
7.- Códigos de los Antibióticos	94

PRESENTACIÓN

Los **objetivos** de este manual son:

1. *Proporcionar un instrumento de referencia para la correcta cumplimentación de los datos del programa **ENVIN-HELICS** y asegurar la *homogeneidad* en la recogida de *información* entre las unidades participantes.*
2. *Especificar el *conjunto mínimo de datos necesario para el Estudio Nacional*.*

¡Recuerda que la información necesaria para el Estudio Nacional es sólo una parte de las utilidades de la aplicación informática!

¡Recuerda qué si cumplimentas todos los datos posibles de la aplicación informática, esta información es válida para el Estudio Nacional!

Todos los programas de recogida de datos complejos como el **ENVIN-HELICS** necesitan una constante renovación y actualización.

Las personas más indicadas para sugerir modificaciones sois los que lo usáis, por lo que os insistimos en que hagáis todas las sugerencias que puedan resultar útiles al conjunto de los usuarios del programa, tanto en los formatos como en el contenido de todos los elementos: bases de datos, programas, e incluso, este manual.

Los códigos de microorganismos, antimicrobianos, etc..., que se relacionan en el anexo de este manual, se pueden importar desde el servidor en formato Access. También están a disposición del usuario que los solicite, en formato Excel. Estos códigos pueden ser necesarios para hacer estudios del propio hospital, a partir de los datos que se hayan introducido y que se pueden importar también en cualquier momento desde el servidor a través de la web.

A partir del año 2025 no se publica el informe Envin-CoVID porque el número de pacientes con el diagnóstico de Neumonía o Bronconeumonía por SARS-Cov-2 es muy bajo. Sin embargo, la ficha que contiene las variables específicas de los pacientes COVID seguirá disponible como hasta ahora, para que las unidades que quieran seguir rellenándola por motivos de vigilancia o investigación propios puedan seguir haciéndolo.

CONTACTOS

¡Si tienes alguna duda, consúltala!

Los teléfonos y correos electrónicos (preferiblemente) de contacto son:

- **Secretaría de comunicación (Sonia Uriona y Laia Pinos)**

Teléfono: 608985474 (WhatsApp)

e-mail: infoenvin@gmail.com

- **Francisco Álvarez Lerma**

Teléfono: 660641881

e-mail: FAlvarez@hmar.cat

- **Mercedes Catalán González**

Teléfono: 629436649

e-mail: mmcges@yahoo.es

- **Ricardo Gimeno Costa**

e-mail: Gimeno_ric@gva.es

- **Mapi Gracia Arnillas**

e-mail: mgraciaa@hmar.cat

- **Joaquín Lobo Palanco**

e-mail: joaquin.lobo.palanco@navarra.es

- **Naia Mas Bilbao**

e-mail: naia.masbilbao@osakidetza.eus

- **Montserrat Martínez Alonso**

e-mail: Montserrat.Martinez.Alonso@gmail.com

- **Xavier Nuvials Casals**

e-mail: Xavier.nuvials@vallhebron.cat

Responsables del área pediátrica

- **Iolanda Jordan García**

e-mail: ijordan@hsjdbcn.org

- **Juan Carlos de Carlos**

e-mail: juanc.decarlos@ssib.es

- **María Slocker Barrio**

e-mail: mslocker@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los **objetivos** del proyecto **ENVIN-UCI** a nivel nacional son:

- a. *Conocer las tasas de infecciones* más relevantes en las UCI, como las relacionadas con instrumentación, tasas que puedan ser comparables entre diferentes unidades y tipos de pacientes.
- b. *Conocer las tendencias de la flora infectante* y de sus *patrones de sensibilidad/resistencia* en cada unidad.
- c. *Comparar la evolución del consumo de antibióticos* en UCI.
- d. *Proporcionar una herramienta* a cada unidad para mantener su propio *sistema de vigilancia* en el tiempo de acuerdo con sus necesidades o sus pretensiones.

En el año 2002, se incorporó el ENVIN simplificado, cuyo objetivo es proporcionar una herramienta de vigilancia continua de las tasas de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria más importantes en relación con los factores de riesgo global de la unidad.

En el año 2004 se adoptaron algunas reformas dentro del programa para hacerlo compatible con la red de vigilancia europea ("*Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance*") (HELICS) financiada por la Dirección General de Salud y Consumidores de la Comisión Europea, e implementado progresivamente en los Estados miembros por HELICS y, posteriormente, como parte del proyecto "*Improving Patient Safety in Europe*" (IPSE).

En julio de 2008, la coordinación de la vigilancia europea de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) fue transferida al Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC). El ECDC continuó la vigilancia de las IRAS siguiendo el modelo de HELICS en 2008 y 2009.

En 2010, se acordaron cambios menores en el protocolo HELICS-UCI con expertos de los Estados miembros, lo que dio lugar a la publicación del primer protocolo ("*Healthcare associated Infections in Intensive Care Units*") HAI-Net ICU del ECDC.

El manual del registro ENVIN se ha ido actualizando de acuerdo con las modificaciones en el protocolo de vigilancia europeo. **En el momento actual este manual recoge los cambios introducidos en la última versión del protocolo del ECDC del año 2024.** European Centre for Disease Prevention and Control. *Protocol for the surveillance of health care associated infections and prevention indicators in European intensive care units*. Stockholm: ECDC; 2025.

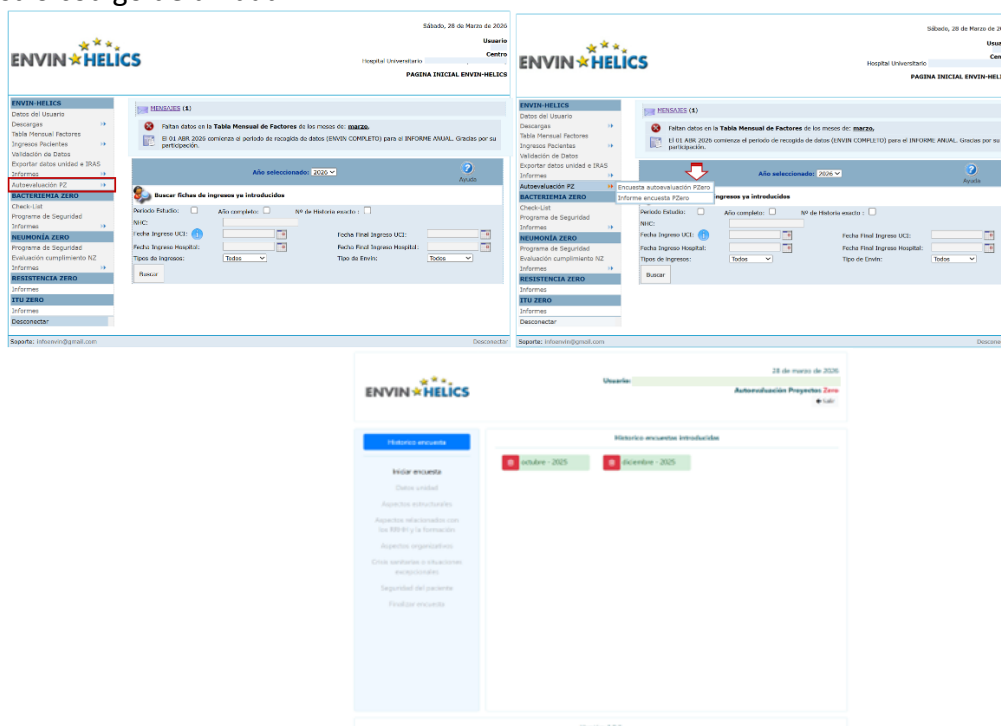
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/protocol-surveillance-healthcare-associated-infections-intensive-care.pdf>

En este manual se describen las definiciones y pasos a seguir para rellenar adecuadamente los datos que de forma periódica recoge el ENVIN-UCI. La dirección de la página web para acceso a la introducción y consulta de datos es: <http://hws.vhebron.net/envin-helics>.

Tras introducir la clave, que será proporcionada por el grupo coordinador, se encuentra la página principal donde hay un icono de ayuda. Pulsando en ese icono se abre un manual de explicaciones de los aspectos informáticos y movimientos a través de la página web. Por lo tanto, tanto el manual encontrado en la web como este manual de definiciones y términos son complementarios.

En el año 2013 se incorporaron unidades pediátricas. Los códigos que identifican a esas unidades permiten el acceso al ENVIN-HELICS adaptado para esas unidades, que difiere ligeramente del resto de registros para pacientes adultos.

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.



Esperamos que este manual ayude a aclarar cómo cumplimentar el programa ENVIN-UCI.

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Sujetos de Estudio

1.1.- Criterios de Inclusión

Se incluirán los pacientes con estancia en los Servicios de Medicina Intensiva superior a 24 horas durante el periodo de estudio.

1.2.- Criterios de exclusión

Los pacientes *ingresados antes del periodo de estudio* y que siguen ingresados durante la fase de estudio, no serán incluidos en el estudio.

2.- Período de estudio:

Durante tres meses cada año. Cada año se comunicará con antelación el periodo de estudio obligatorio en el que se deben incluir los datos del ENVIN-HELICS completo.

La recogida de datos se hará durante **3 meses**, habitualmente **de abril a junio**.

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

El seguimiento se realizará **desde el ingreso en UCI hasta el alta de la unidad**. Para el **informe ENVIN** se analizarán los **primeros 60 días de estancia** y para los **Proyectos Zero**: “Bacteriemia Zero”, “Neumonía Zero”, “Resistencia Zero” e “ITU-Zero” **hasta el alta de UCI del paciente**

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.**

BASE DE DATOS DEL ENVIN-UCI

El programa ENVIN-HELICS se encuentra alojado en un servidor corporativo y las tablas de datos en una base de datos SQL Server del mismo servidor. La base de datos consta de un conjunto de tablas que están relacionadas entre sí. Para rellenar los datos en esas tablas se utilizan unos formularios, que hacen más cómodo el proceso.

Además, hay otras tablas que contienen varias opciones (infecciones, antibióticos, etc.) y que facilitan rellenar algunos aspectos de los formularios.

Finalmente, otras partes del programa sirven para controlar los posibles errores (fechas, diagnósticos, etc....) o para confirmar los datos introducidos.

Se tendrá acceso a los siguientes archivos:

1.- Ficha de ingreso

Constituye la entrada a la hora de introducir un paciente nuevo, recogiendo los datos de filiación, diagnóstico, origen del paciente, factores de riesgo globales del paciente y estado de colonización-infección por multirresistentes

2.- Factores de riesgo

Se refiere a la tabla de factores de instrumentación individual del paciente que supone el riesgo extrínseco del paciente.

3.- Tabla mensual de factores

En esta tabla se recogen los factores de riesgo globales de la unidad, es decir, del número de pacientes expuestos a los factores de riesgo extrínseco.

4.- Infecciones

Se introducen los datos referentes a cada una de las infecciones de los pacientes.

5.- Microorganismos

Se introducen los microorganismos aislados en cada infección.

6.- Antibiogramas

Son tablas correspondientes a los antibiogramas de *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, Enterobacterales (*Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca*, *Proteus mirabilis*, *Serratia marcescens*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* (sensible y resistente a meticilina), *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus coagulasa negativo*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Candida albicans* y *Candida glabrata*.

7.- Antibióticos

Se recogen los datos referentes a cada uno de los antibióticos.

8- Acceso a aplicaciones y recursos

Se puede obtener información del funcionamiento y resultados del ENVIN-UCI en distintas páginas, dentro del programa: en la página de presentación, y antes de introducir las claves, se puede obtener *el manual del usuario del programa* y *plantillas para recogida de datos*, así como los *informes de los años anteriores*, las *modificaciones de cada año* y *enlaces para webs relacionadas con el registro*.

Una vez dentro del programa, tras la introducción del usuario y contraseña, se puede acceder a otras aplicaciones y recursos.

- Datos del Usuario:

Se debe introducir la información de la unidad y de los colaboradores. Es importante mantener este apartado actualizado, ya que de aquí se extrae la información de autoría para los informes y la emisión de certificados. **Es recomendable sustituir la clave de entrada original (una letra más el código de unidad) por otra clave.**

- Descargas:

Se accede a la información sobre el ENVIN, la **producción científica**, los **programas de "Tolerancia Zero"** y a las **presentaciones de la última reunión**, así como otra documentación que puede ser de utilidad. Aconsejamos navegar por este apartado para explorar opciones que puedan interesar a usuarios

- Tabla mensual de factores:

Se accede a la tabla de cada mes de factores de riesgo de la unidad.

- Ingresos de pacientes:

Para nuevos ingresos o para buscar y consultar registros ya introducidos lo que permitirá modificarlos si fuera preciso.

- Validación de datos:

Se tiene la posibilidad de recuperar ficheros incompletos o incorrectos o que tienen algunos datos que pudieran ser erróneos (por ejemplo, infecciones con cultivos negativos). (Ver apartado correspondiente en la página 58).

- Exportar datos de la unidad e IRAS:

Se pueden importar todos los datos introducidos por la unidad en una base Access de manera que puedan explotarse los resultados. Existe un tutorial con las principales utilidades en la extracción de datos propios de la unidad.

Asimismo, Se puede generar un fichero Excel en torno a las IRAS eligiendo las fechas y la provincia. Contiene los datos del registro de IRAS que es un reflejo parcial de los datos que se recogen en ENVIN completo. Hasta ahora este fichero

se empleaba para transferir los datos de IRAS a las CCAA, pero a partir del año 2025 la transferencia de la información al registro de IRAS se realiza a través de los coordinadores autonómicos del registro ENVIN a sus respectivos referentes de salud pública de las CCAA. Por lo que no es necesario que las unidades descarguen el fichero con esta finalidad. Sin embargo, se mantiene la posibilidad de realizar esta descarga para el uso individual de las unidades.

- Informes:

Se elaboran informes con los datos de la unidad en formato.

Además de eso, están los apartados específicos de **“Bacteriemia Zero”**, **“Neumonía Zero”**, **“Resistencia Zero”** e **“ITU Zero”**, donde se puede obtener información de cada programa.

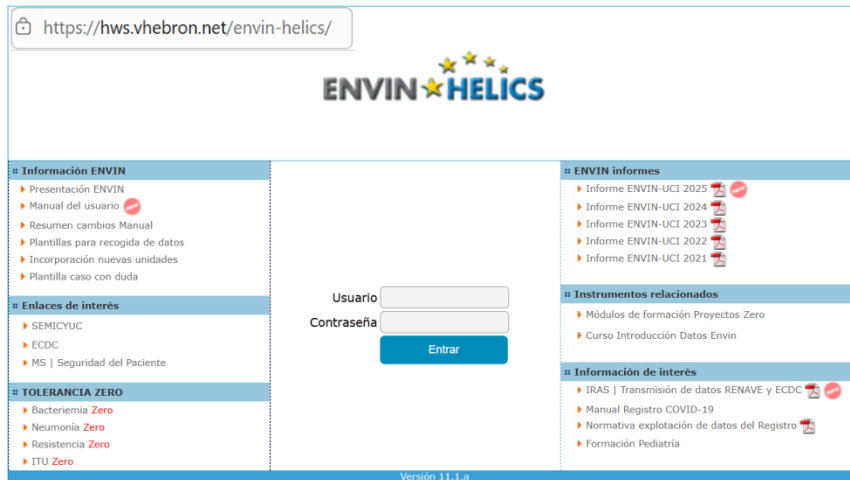
Un paciente concreto tendrá un solo registro para los datos de la ficha de ingreso, puede o no tener un registro para los datos correspondientes a los factores de riesgo extrínsecos, puede no tener, o tener varios registros de infecciones y lo mismo ocurre con los antibióticos. A su vez cada registro de infecciones puede no tener o tener varios registros de microorganismos. Sin embargo, si el paciente reingresa en la unidad, al tratarse de un nuevo episodio, se debe generar un nuevo registro.

En este manual no se explicará la cumplimentación de los proyectos Tolerancia Zero, pero tanto ENVIN en su forma completa o simplificada como BZero, NZero, RZero e ITUZero tienen aspectos comunes y comparten la misma base de datos, por lo que algunos aspectos que se rellenan para una base sirven en realidad para todas; por ejemplo, el número de historia, la fecha de ingreso en UCI o la tabla mensual de factores.

Hay que tener en cuenta lo siguiente:

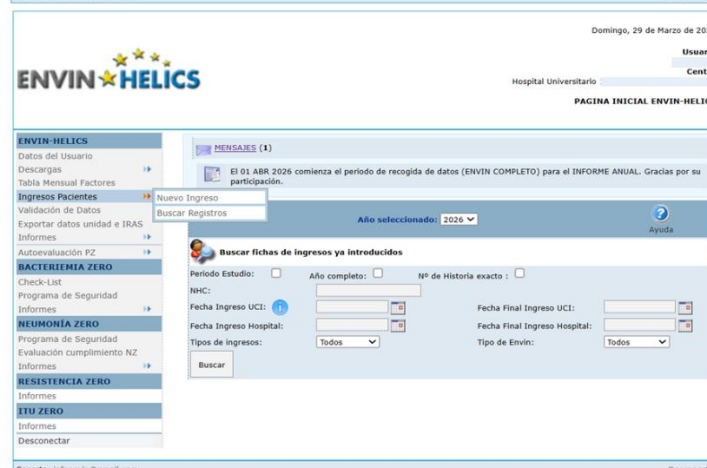
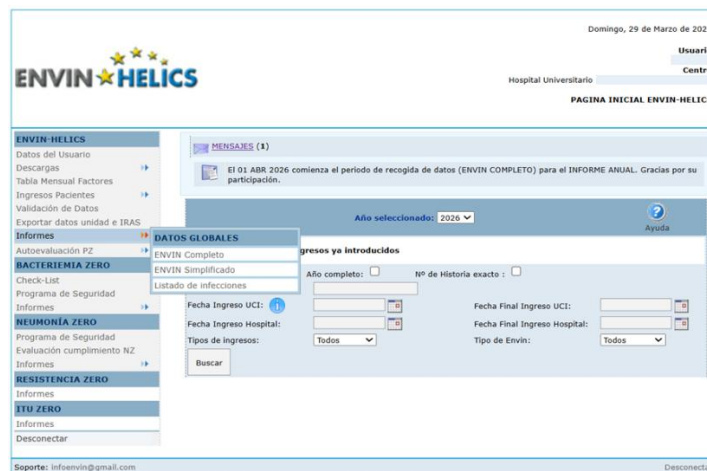
- El código de acceso de las unidades es el mismo para las cuatro webs. La contraseña también es la misma.
- Únicamente se deben introducir datos en un solo tipo de programa.
- La base de datos es la misma para las cuatro modalidades de programas.
- Para participar conjuntamente en los programas “*Tolerancia Zero*”, se debe acceder únicamente a través de la web ENVIN e introducir los datos en la modalidad ENVIN Simplificado o Completo.
- Las bacteriemias introducidas en el registro ENVIN Completo o en ENVIN Simplificado, son analizadas también en programa “*Bacteriemia-Zero*”.
- Las neumonías introducidas en los registros ENVIN Completo o ENVIN Simplificado, son analizadas también en programa “*Neumonía-Zero*”.
- Las infecciones urinarias introducidas en los registros ENVIN Completo o ENVIN Simplificado, son analizadas también en programa “*ITU-Zero*”.
- Las infecciones/colonizaciones introducidas en el registro ENVIN Completo o en ENVIN Simplificado, son analizadas también en programa “*Resistencia-Zero*”.

INTRODUCCIÓN DE DATOS



Datos iniciales

Tras la introducción de la clave y si la intención es añadir un nuevo ingreso (**Ingresos Pacientes: Nuevo Ingreso**), se accede a los dos campos más importantes de la base de datos que servirán para relacionar entre sí todas las tablas.



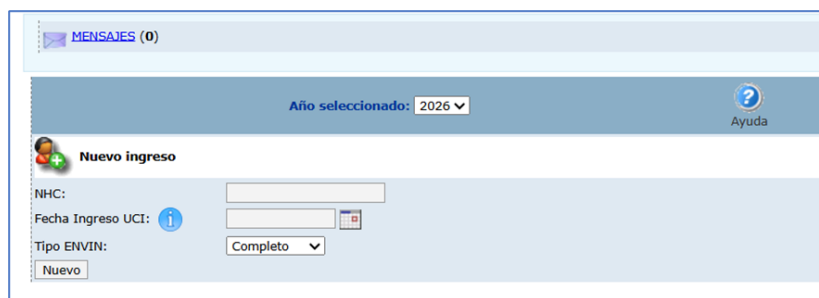
Estos dos campos se denominan **campos clave** y una vez introducidos **no se podrán modificar**. En caso de error se tendrá que borrar todo el registro y se tendrán que volver a introducir de nuevo todos los datos relacionados.

NHC (Número de Historia Clínica):

Identificador interno del paciente dentro del hospital. Debe introducirse exactamente como figura en el sistema del centro, ya que se utilizará como campo de búsqueda y vinculación entre registros.

Este dato se almacena en la base de datos de forma encriptada para garantizar la confidencialidad del paciente.

Fecha de ingreso UCI.



MENSAJES (0)

Año seleccionado: 2026

Ayuda

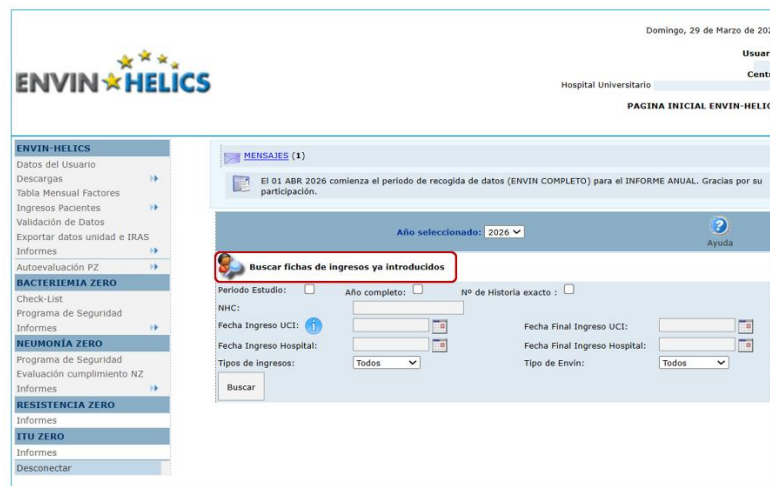
Nuevo ingreso

NHC:

Fecha Ingreso UCI:

Tipo ENVIN:

Si la ficha ya estaba creada de antemano, se accederá a la opción **"Buscar registros"** en el mismo menú. En la parte inferior se desplegarán todos los registros introducidos en el año elegido. Al seleccionar el episodio correspondiente se abrirá la ficha de ingreso.



Domingo, 29 de Marzo de 2025

Usuario

Centro

Hospital Universitario

PAGINA INICIAL ENVIN-HELICS

ENVIN-HELICS

- Datos del Usuario
- Descargas
- Tabla Mensual Factores
- Ingresos Pacientes
- Validación de Datos
- Exportar datos unidad e IRAS
- Informes
- Autoevaluación PZ

BACTERIEMIA ZERO

- Check-List
- Programa de Seguridad
- Informes

NEUMONÍA ZERO

- Programa de Seguridad
- Evaluación cumplimiento NZ
- Informes

RESISTENCIA ZERO

- Informes

ITU ZERO

- Informes

Desconectar

MENSAJES (1)

El 01 ABR 2026 comienza el periodo de recogida de datos (ENVIN COMPLETO) para el INFORME ANUAL. Gracias por su participación.

Año seleccionado: 2026

Ayuda

Buscar fichas de ingresos ya introducidos

Periodo Estudio: Año completo: Nº de Historia exacto:

NHC:

Fecha Ingreso UCI:

Fecha Ingreso Hospital:

Tipos de ingresos:

Fecha Final Ingreso UCI:

Fecha Final Ingreso Hospital:

Tipo de Envín:

Ficha de ingreso en la unidad

Una vez que hemos localizado el paciente ya introducido o estamos ante un nuevo paciente, accedemos a la ficha de ingreso. Se reconoce la pestaña en la que estamos, porque figura debajo del centro a la derecha. Las otras pestañas son: Infecciones, Antibióticos y Factores de riesgo

En esta pantalla se rellenan los datos de filiación del paciente, tipo de ingreso, los factores de riesgo del paciente y el estado de infección colonización por microorganismos multirresistentes

Todas las **fechas** de esta y otras pantallas se deben rellenar con dos dígitos por día, dos dígitos por mes y cuatro dígitos por año (o sea en el formato 'ddmmaaaa'). El programa pone la barra de separación entre día, mes y año. El año se puede obtener automáticamente pulsando la tecla 'tabulador'.

Es importante rellenar los **factores de riesgo** que se observan en esta ficha, ya que sirve para conocer el **riesgo individual del paciente**. Es independiente de la tabla de factores de riesgo individual (en la que se incluyen fechas de comienzo y final de cada factor). En el momento de realizar los análisis estadísticos permite estratificar mejor a los pacientes.

1.- Datos de filiación

- **Iniciales del paciente:**

No se puede identificar externamente al paciente por la normativa de protección de datos personales, pero las iniciales permiten que se sepa de qué paciente se trata cuando estés completando sus datos. Posteriormente no se utiliza para los análisis estadísticos.

- **Fecha de nacimiento:**

En el caso de que no se disponga de la información necesaria se pondrá el 1 de enero del año que corresponda por su edad aproximada.

- **Edad:**

La calcula el propio programa, si se ha informado el campo anterior.

Para las **unidades pediátricas** se registrará la edad en meses y años y, además, el peso en kilogramos.

Para las **unidades de adultos** se genera una advertencia cuando los pacientes son menores de 18 años. Permite introducir el paciente, pero advierte que es menor.

- **Sexo:**

Hombre o mujer.

- **Fecha de ingreso en el Hospital.**

- **Fecha alta UCI.**

- **Fecha alta Hospital.**

No es necesaria rellenarla para el ENVIN, pero es un dato que se utiliza para el "The Healthcare-Associated Infections Surveillance Network" (HAI-Net) si se conoce.

- **Exitus:**

Se refiere a si el paciente fallece o no **en el Hospital**. Si el paciente fallece en UCI coincidirá con la fecha de alta de UCI.

- **Fecha de exitus:**

Es **obligatorio poner la fecha de exitus** si el paciente ha fallecido durante su estancia en el hospital, **para poder distinguir los fallecimientos en UCI o intrahospitalarios**.

Para los análisis de la mortalidad en UCI del ENVIN, se considerará solamente aquellos pacientes que fallecen en la unidad y por lo tanto, la fecha de exitus será la de alta en la unidad.

Los campos **Iniciales del paciente, fecha de nacimiento (edad) y sexo**, quedarán relacionados permanentemente con el **NHC** y no se tendrán que volver a introducir si ingresa en otra ocasión el mismo paciente.

2.- Diagnóstico

Es un cuadro de lista desplegable, de modo que al pulsar la flecha de la derecha aparecen todos los posibles diagnósticos a elegir.

Siempre tiene la opción de contestar OTRO DIAGNOSTICO O DESCONOCIDO (al final de la lista).

La tabla se modificó en 2020 incluyendo un nuevo epígrafe de procedimientos invasivos: CPRE; Punción y necrosectomía pancreática transgástrica; Prótesis endovasculares; TAVI Marcapasos/ DAI.

3.-SAPS II y/o APACHE II

Es obligatorio una de las dos. Se introduce el número obtenido con los peores datos obtenidos en las primeras 24 horas de su ingreso en UCI, pero teniendo en cuenta la situación del paciente en las horas previas. Se puede abrir una pantalla donde introduce los datos para calcular automáticamente el APACHE II o el SAPS II.

Para las unidades pediátricas se utilizará la escala PRISM III (ver manual específico)

4.- Test de Glasgow estimado

En los **pacientes conscientes** será el observado en el momento del ingreso o la exploración.

En **pacientes sedados** se registrará el valor estimado previo a la sedación.

En ambos casos se debe incluir el **peor valor de las primeras 24 horas**.

5.- Origen del paciente

Hay una lista desplegable que lo clasifica de la siguiente manera:

- **Unidad de hospitalización del propio hospital u otro hospital.**
- **Otra UCI.**
- **Comunidad** (de su propia casa, ya sea de urgencias o no).
- **Asilo, centro geriátrico, centro de larga estancia.**

6.- Tipo de admisión

Hay una lista desplegable que lo clasifica de la siguiente manera:

- **Paciente médico:**
No cirugía previa al ingreso.
Se considera también paciente médico aquellos que ingresan en la UCI tras un procedimiento de cirugía menor (marcapasos definitivos, CPRE) que en general no requieren anestesia profunda.
También se consideran paciente médico los pacientes que requieren intubación para cateterismos de cualquier localización y objetivo (prótesis endovascular, embolización, etc.).
- **Cirugía programada:**
Cuando la cirugía fue programada por lo menos con 24 horas de antelación en los 7 días previos al ingreso en UCI.
- **Cirugía urgente:**
Se entiende por urgente cuando la cirugía se realizó dentro de las primeras 24 horas de su indicación.
Incluye los pacientes que, requiriendo cirugía urgente, ingresan en UCI para su estabilización pre-operatoria y/o control postoperatorio.

En los informes anuales se considera paciente quirúrgico la suma de los asignados a cirugía programada y cirugía urgente.

7. –Otras características

Trauma

Cuando el ingreso en UCI fue la consecuencia de un traumatismo abierto o cerrado en un paciente con o sin intervención quirúrgica.

Coronario

Incluye todas las enfermedades coronarias agudas.

ATB 48 ingreso en UCI

Cuando el tratamiento antibiótico se administró en las **48 horas previas al ingreso en UCI y/o durante los primeros dos días de estancia en UCI** para el tratamiento de un proceso infeccioso presente en el ingreso en UCI.

Se excluyen los antimicrobianos administrados de forma profiláctica, SDD; tratamientos locales; eritromicina como procinético o antipalúdicos en el tratamiento de la enfermedad reumática.

8.- Cirugía en los 30 días previos al ingreso

Cuando el paciente ha sido intervenido quirúrgicamente en los 30 días anteriores al ingreso en UCI (**incluyendo la que motiva el ingreso en UCI**).

Hay una lista desplegable con las siguientes posibilidades:

- No cirugía
- Cirugía coronaria
- Cirugía cardiaca
- Cirugía vascular
- Neurocirugía
- Cirugía torácica
- Cirugía abdominal
- Cirugía maxilofacial
- Cirugía O.R.L.
- Cirugía urológica
- Trasplante de riñón
- Trasplante de corazón
- Trasplante de hígado
- Trasplante de pulmón
- Trasplante de páncreas
- Trasplante combinado
- Cirugía traumatológica
- Otra cirugía

El formulario muestra los siguientes campos:

- DIAGNÓSTICO:** Lista desplegable con "CARDIOCIRCULATORIO".
- SAPS II y APACHE II:** Campos de texto para "SAPS II:" y "APACHE:" con "(Cálculo)" a la derecha.
- GLASGOW:** Campo de texto "Estimado:" con "(Previo a la administración de sedantes)".
- ORIGEN DEL PACIENTE:** Opciones con radio buttons:
 - Unidad de hospitalización (mismo hospital u otro)
 - Otra UCI
 - Comunidad (de su propia casa, de urgencias o no)
 - Asilo, centro geriátrico, centro de larga estancia
- TIPO DE INGRESO:** Opciones con radio buttons:
 - Paciente médico
 - Cirugía programada
 - Cirugía urgente
- OTRAS CARACTERISTICAS:** Opciones con radio buttons:
 - Trauma Si No
 - Coronario Si No
 - ATB 48h previos al ingreso en UCI Si No
- CIRUGÍA PREVIA:** Texto "Cirugía en los 30 días previos al ingreso (Incluyendo la que motiva el ingreso en UCI)" y lista desplegable con "No cirugía".

9.- Factores de riesgo durante el ingreso en UCI

- **Cirugía Urgente (durante la estancia en UCI):**
Son aquellos que han sufrido cirugía de Urgencia **durante su estancia en dicha unidad.**
Se considera cirugía Urgente la realizada en las 24 horas desde su indicación.
No se incluyen en este apartado las técnicas de implantación de marcapasos o de catéteres de control de presión intracraneal, ni otros procedimientos terapéuticos que solo requieran una incisión quirúrgica mínima.
- **Derivación ventricular externa:**
Señalar en los pacientes portadores de derivaciones ventriculares no permanentes.
- **Depuración extrarrenal:**
Pacientes en los que se emplee sistemas de depuración renal sanguínea (no peritoneal) sea intermitente o continua (diálisis convencional, hemodiafiltración, etc.) y por cualquier acceso venoso u arterial (venovenoso o arteriovenoso).
- **Nutrición parenteral **total**:**
Para todos los casos en los que el enfermo haya recibido nutrición parenteral **total más de 5 días consecutivos.**
Se entiende por nutrición parenteral total, a la administración de **a la administración de los tres elementos de perfusión endovenosa (proteínas, lípidos y glucosa).**
- **Neutropenia:**
Paciente con recuento de neutrófilos inferior a 500 en términos absolutos en cualquier momento de su estancia en UCI.
- **ECMO:**
Paciente sometido a técnica de oxigenación con membrana extracorpórea durante el ingreso en UCI por **más de 24 horas.**
- **Balón de contrapulsación aórtica:**
Paciente portador de balón de contrapulsación por **más de 24 horas** durante su ingreso en UCI.
- **Impella:**
Paciente portador de Impella por **más de 24 horas** durante su ingreso
- **Asistencia ventricular:**
Paciente portador de asistencia ventricular por **más de 24 horas** durante su ingreso
- **Catéter venoso central:**

Paciente que ha tenido como dispositivo un catéter venos central por más de 24 horas durante su ingreso en UCI.

Ver definiciones de catéter venoso central en la página de la tabla mensual de factores (página 29).

- **Vía aérea artificial:**

Pacientes con colocación de vía aérea artificial (intubación traqueal o traqueotomía) por **más de 24 horas** durante su ingreso en UCI.

- **Sonda urinaria:**

Paciente portador de una sonda urinaria (convencional o mediante talla vesical) por **más de 24 horas** durante su ingreso en UCI.

Estos 3 últimos ítems deberán rellenarse en TODOS LOS CASOS, aun cuando se rellene las fechas de inicio y fin en la tabla individual de factores. El motivo de volver a rellenar este ítem es que con frecuencia no se rellena la tabla individual de factores de riesgo extrínseco (no obligatorio) por lo que se pierde información sobre el total de pacientes en riesgo de adquirir una infección relacionada con un dispositivo.

FACTORES DE RIESGO ?	
Cirugía urgente (durante la estancia en UCI)	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Derivación ventricular externa	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Depuración extrarrenal	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Nutrición parenteral	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Neutropenia	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
ECMO	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Catéter venoso central	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Vía aérea artificial	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Sonda urinaria	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Impella	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Asistencia ventricular	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
Balón de contrapulsación aórtica	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

10.- Comorbilidades previas

Se refiere solamente a enfermedades previas que tiene el paciente. Se han adoptado definiciones con criterios amplios, tomado de las definiciones que utiliza el estudio EPINE.

- **Diabetes:**

Antecedente documentado de diabetes mellitus o tratamiento antidiabético previo

- **Insuficiencia renal:**
Se considerará que el enfermo tiene insuficiencia renal cuando así conste en la historia o si se encuentran valores de creatinina superiores a 1,7 mgr/dl en analíticas previas al ingreso.
- **Inmunodepresión:**
Pacientes diagnosticados de algún tipo de inmunodeficiencia primaria o adquirida, o tiene una enfermedad suficientemente avanzada como para suprimir las defensas contra la infección, p. ej. leucemia o linfoma.
También se incluyen en este antecedente, cuando el paciente ha recibido tratamiento que disminuye la resistencia a la infección (inmunosupresión, inmunoterapia, quimioterapia, radiación, esteroides durante un período largo de tiempo y esteroides a altas dosis).
Esta variable es la fusión de las que previamente existían en el registro: inmunodepresión e inmunodeficiencia.
- **Neoplasia:**
Pacientes diagnosticados de neoplasia maligna de órgano sólido u hematológico en el curso de los últimos 5 años.
- **Cirrosis:**
Antecedente referido en la historia clínica.
- **EPOC.**
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Antecedente referido en la historia clínica.
- **Desnutrición-hipoalbuminemia.**
Albúmina inferior a 30 g/L en la analítica de ingreso.
- **Trasplante de órgano sólido:**
Cuando el paciente sea portador de un órgano sólido trasplantado previo al ingreso actual.

COMORBILIDADES PREVIAS		
Diabetes	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
Insuficiencia renal	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
Inmunodepresión	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
Neoplasia	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
Cirrosis	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
EPOC	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
Desnutrición-hipoalbuminemia	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No
Trasplante de órgano sólido	<input type="radio"/> Si	<input checked="" type="radio"/> No

11.- Colonización / infección

En este apartado se anotarán todos los pacientes que tienen una infección o colonización por microorganismos multirresistentes. Considerando:

- **Colonización:**
Detección microbiológica de un microorganismo sin signos clínicos atribuibles de infección en ese foco.
- **Infección:**
Presencia de signos clínicos y/o criterios microbiológicos compatibles con enfermedad infecciosa activa.

Hay tres posibilidades:

Previo:

Cuando se sabe que el paciente está colonizado o infectado por estos patógenos previamente al ingreso en la UCI. Se **incluye** como previo cuando los microorganismos multirresistentes se identifican en muestras clínicas obtenidas en las primeras 48 horas de estancia en la UCI (incluidas muestras de vigilancia).

Durante:

Cuando esta infección o colonización se adquiere durante su ingreso en la UCI, en muestras obtenidas a partir de las 48 horas de estancia en UCI.

No (por defecto):

Cuando no se tiene la colonización / infección por patógenos multirresistentes.

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.
- **Enterobacteriales – BLEE/AMPC.** Para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por Enterobacteriales 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. **Por tanto, las enterobacterales AMPc se incluirán en este grupo.**

- **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 su 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 spp* 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 (resistente a ambos antibióticos al mismo tiempo).
- **Otros BGN multirresistentes:** Para todos los casos en los que el enfermo haya presentado colonización o infección por Bacilos Gram negativos que no hayan sido incluidos en las categorías previas y con resistencia **a 3 o más familias de antibióticos a las que el microorganismo no sea intrínsecamente resistente**, antes o durante su estancia en UCI. (por ejemplo *Achromobacter sp.*). **Clasificación de familias de antibióticos disponible en el artículo de [Magiorakos A, et al. 2011.](#)**

- **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*.
- **Clostridium difficile:** Para todos los casos que en los que el enfermo presente infección por *Clostridium difficile* determinado por los métodos microbiológicos habituales y que requiera aislamiento y tratamiento.
- **Tuberculosis:** Para todos los casos que en los que el enfermo presente infección tuberculosa que requiera aislamiento y tratamiento.

Para los Enterobacteriales 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

Para cada uno de los microorganismos resistentes, cuando se considere infección / colonización, se debe rellenar la localización de la infección o colonización según un listado desplegable. **Solamente se incluirá un foco** (aunque puedan existir varios) priorizando el foco primario o el de más importancia.

Por ejemplo: en una neumonía bacteriémica, poner neumonía; en una bacteriemia y además el cultivo de la misma bacteria en un drenaje abdominal poner sangre. Los posibles focos son: Respiratorio, urinario, abdominal, rectal, piel/partes blandas, catéter, SNC (Sistema Nervioso Central), sangre y otros.

Para cada uno de los microorganismos resistentes que se hayan adquirido durante el ingreso en UCI se debe rellenar también la fecha en la que se ha detectado la misma.

Cuando se dan las dos posibilidades (colonización o infección) en el mismo paciente se seguirán los siguientes criterios:

1. La **colonización / infección previa**, se prioriza frente a la adquirida en UCI. Por ejemplo, un paciente que ingresa en UCI con colonización por SARM y en UCI adquiere una infección por SARM se prioriza la colonización previa por SARM.
2. La **infección se prioriza sobre la colonización** en las bacterias multirresistentes **adquiridas en UCI**.

3. Por cada patógeno solamente se incluirá un foco, aunque existan varias infecciones o colonizaciones. Se elegirá el foco que presuponga **mayor gravedad** (por ejemplo, sangre sobre drenaje abdominal).


COLONIZACIÓN / INFECCIÓN i		
SARM (MRSA)	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterococo resistente Vancomicina	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterobacteriales - BLEE	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterobacteriales R carbapenémicos	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Pseudomonas difciles de tratar/panresistentes	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Pseudomonas productoras de carbapenemasas	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Acinetobacter R-Imipenem	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Stenotrophomonas maltophilia R cotrimoxazol y levofloxacinó	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Otros BGN multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Cándida auris	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Cándida parapsilosis R azoles	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Clostridium difficile	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Tuberculosis	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	

COLONIZACIÓN / INFECCIÓN i		
SARM (MRSA)	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterococo resistente Vancomicina	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Pseudomonas multirresistente	<input checked="" type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Infección <input type="radio"/> Colonización Loc. - <input type="text" value=""/>		
Acinetobacter R-Imipenem	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterobacteria - BLEE	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
BGN - Carbapenemasa	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
BGN multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Clostridium difficile	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Tuberculosis	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	

COMORBILIDADES	
Diabetes	
Insuficiencia renal	Respiratorio
Inmunodepresión	Urinario
Neoplasia	Abdominal
Cirrosis	Rectal
EPOC	Piel/Partes Blandas
Desnutrición-hipoalbuminemia	Catéter
Trasplante de órgano sólido	SNC (Sistema Nervioso Central)
COLONIZACIÓN / INFECCIÓN	
SARM (MRSA)	<input type="radio"/> SNC (Sistema Nervioso Central)
Enterococo resistente Vancomicina	<input type="radio"/> Sangre
Pseudomonas multirresistente	<input checked="" type="radio"/> Otros
<input type="radio"/> Infección <input type="radio"/> Colonización Loc. - <input type="text" value=""/>	
Acinetobacter R-Imipenem	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
Enterobacteria - BLEE	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
BGN - Carbapenemasa	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
BGN multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
Clostridium difficile	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
Tuberculosis	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No

COLONIZACIÓN / INFECCIÓN i		
SARM (MRSA)	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterococo resistente Vancomicina	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Pseudomonas multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input checked="" type="radio"/> Durante <input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Infección <input type="radio"/> Colonización Loc. - <input type="text" value=""/> Fecha <input type="text" value=""/>		
Acinetobacter R-Imipenem	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterobacteria - BLEE	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
BGN - Carbapenemasa	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
BGN multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Clostridium difficile	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Tuberculosis	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	

COMORBILIDADES	
Diabetes	
Insuficiencia renal	Respiratorio <input checked="" type="radio"/> No
Inmunodepresión	Urinario <input checked="" type="radio"/> No
Neoplasia	Abdominal <input checked="" type="radio"/> No
Cirrosis	Rectal <input checked="" type="radio"/> No
EPOC	Piel/Partes Blandas <input checked="" type="radio"/> No
Desnutrición-hipoalbuminemia	Catéter <input checked="" type="radio"/> No
Trasplante de órgano sólido	SNC (Sistema Nervioso Central)
COLONIZACIÓN / INFECCIÓN	
SARM (MRSA)	<input type="radio"/> SNC (Sistema Nervioso Central) <input checked="" type="radio"/> No
Enterococo resistente Vancomicina	<input type="radio"/> Sangre <input checked="" type="radio"/> No
Pseudomonas multirresistente	<input type="radio"/> Otros <input checked="" type="radio"/> No
<input type="radio"/> Infección <input type="radio"/> Colonización Loc. - <input type="text" value=""/> Fecha <input type="text" value=""/>	
Acinetobacter R-Imipenem	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
Enterobacteria - BLEE	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
BGN - Carbapenemasa	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
BGN multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
Clostridium difficile	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No
Tuberculosis	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No

COLONIZACIÓN / INFECCIÓN 		
SARM (MRSA)	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterococo resistente Vancomicina	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Pseudomonas multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input checked="" type="radio"/> Durante <input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Infección <input type="radio"/> Colonización Loc. <input type="text" value="-"/> Fecha <input type="text"/>		
Acinetobacter R-Imipenem	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterobacteria - BLEE	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
BGN - Carbapenemasa	<input type="radio"/> Previo <input checked="" type="radio"/> Durante <input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Infección <input type="radio"/> Colonización Loc. <input type="text" value="-"/> Fecha <input type="text"/>		
Clase Carbapenemasa		
<input type="radio"/> A - KPC <input type="radio"/> B - Metalobetalactamasas (IMP/VIM/NDM) <input type="radio"/> D - OXA-48 y otras OXA <input type="radio"/> Sin clasificación		
BGN multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Clostridium difficile	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Tuberculosis	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	


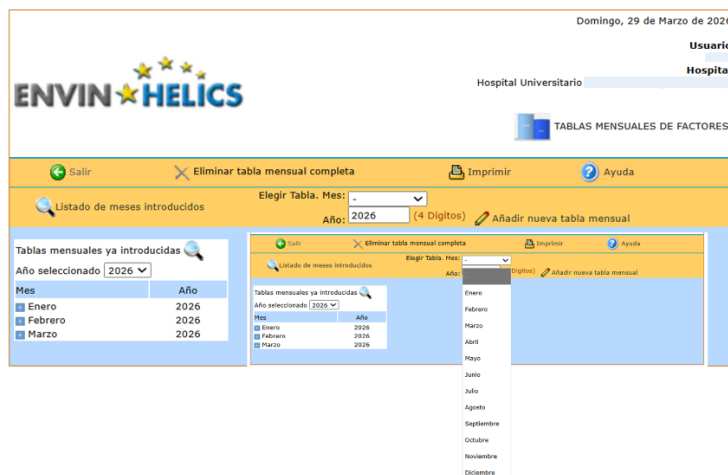
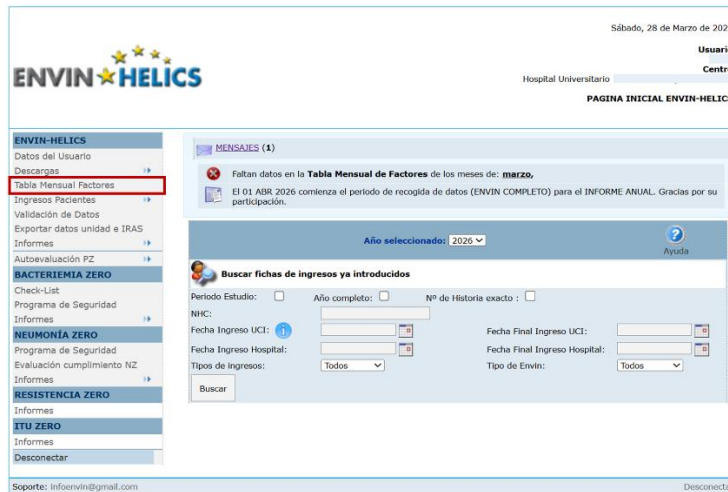
COLONIZACIÓN / INFECCIÓN 		
SARM (MRSA)	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterococo resistente Vancomicina	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Pseudomonas multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Acinetobacter R-Imipenem	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Enterobacteria - BLEE	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
BGN - Carbapenemasa	<input checked="" type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Infección <input type="radio"/> Colonización Loc. <input type="text" value="-"/>		
Clase Carbapenemasa		
<input type="radio"/> A - KPC <input type="radio"/> B - Metalobetalactamasas (IMP/VIM/NDM) <input type="radio"/> D - OXA-48 y otras OXA <input type="radio"/> Sin clasificación		
BGN multirresistente	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Clostridium difficile	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	
Tuberculosis	<input type="radio"/> Previo <input type="radio"/> Durante <input checked="" type="radio"/> No	

TABLA MENSUAL DE FACTORES

Para el estudio nacional se ha de rellenar **OBLIGATORIAMENTE** la **tabla de factores mensuales**. A esta tabla se accede desde la página inicial, no desde la ficha de ingreso del paciente, puesto que se refiere a factores recogidos de toda la unidad. Un mensaje advertirá la necesidad de rellenar la tabla mensual de factores cuando se haya introducido un paciente.



- **Modo de cumplimentación.**

Diariamente, de preferencia a la misma hora, se contará cada uno de los ítems y se apuntará en su casilla correspondiente.

Se utilizará una hoja por cada mes natural o fracción.

Los datos de cada día corresponden a una fila.

Definición de las variables (por orden de cumplimentación)

- **Pacientes nuevos:**

Son todos los pacientes que han ingresado el día anterior y permanecen ingresados en el momento de recogida de datos (todos los días a la misma hora; por ejemplo, a las 8.00 am).

- **Pacientes ingresados:**

Número de pacientes ingresados en el momento de recogida de datos.

- **Pacientes con ATB (antibióticos):**

Número de pacientes que están recibiendo **antibióticos sistémicos** (sea para tratamiento o profilaxis). Por lo tanto, se excluyen los tópicos (por ejemplo, los de protocolos de DDS).

- **Pacientes con BMR (bacterias multirresistentes):**

Número de pacientes que están infectados o colonizados por bacterias multirresistentes.

- **Pacientes aislados:**

Número de pacientes con precauciones de contacto independientemente del motivo de este aislamiento, es decir para profilaxis (por ejemplo, pacientes neutropénicos o pendientes de descartar colonización multirresistente) o porque ya estén colonizados / infectados.

- **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).

- **Pacientes con SU (sonda urinaria):**

Se consignará el número de pacientes con sonda urinaria en el momento de contarlos.

Se considerará sonda urinaria tanto las insertadas por vía transuretral como por talla vesical o nefrostomía.

- **Pacientes con CA (Catéteres arteriales):**

Se consignará el número de pacientes con catéter arterial sistémico en el momento de contarlos.

- **Pacientes con CVC (Catéteres venosos centrales):**

Se consignará el **número de pacientes** con catéter/es venoso/s central/es en el momento de contarlos.

Se define **catéter venoso central** al catéter intravascular que llega o está cerca de la cavidad cardiaca o está dentro de uno de los grandes vasos que se usan para infusión, extracción de sangre o monitorización

hemodinámica. Es decir, cualquier catéter localizado en grandes venas colocado con independencia de su uso.

Quedan incluidos el tipo "drum o PICC" canalizados por vía basilíca o cefálica (llamados catéteres centrales de inserción periférica), así como las sondas de marcapaso transitorio canalizadas de forma independiente.

Se consideran grandes vasos para el propósito de notificar infecciones por CVC: vena cava superior, vena cava inferior, venas braquiocefálicas, vena yugular interna, vena iliaca externa, y la vena femoral común.

Se puede **guardar los totales** de dos maneras: de manera **automática** o de manera **manual**. Por defecto, sale "totales manuales" "No", es decir, se hace automáticamente la suma de todos los días. Si se quiere incluir la suma total sin introducir cada día (opción también válida) se debe **clickar** "totales manuales "Sí".

La importancia de que los datos sean correctos radica en que **el denominador de las tasas de infección se extraerá de este apartado**. Por ello, conviene repasar los errores más frecuentes en la introducción de datos en la tabla de factores:

- Introducir los datos totales manuales como si fueran automáticos.
- No rellenar todos los días.
- Introducción de datos claramente erróneos (por ejemplo 120 pacientes ingresados en vez de 12, etc.).
- Tener activada la pestaña de totales manuales cuando se espera que se calculen automáticamente.

En algunas UCI disponen de sistemas de gestión clínica de los pacientes ingresados en UCI que les permite obtener de forma automática los datos mensuales necesarios para la tabla de factores de riesgo. En esos casos pueden proceder a incluir los datos en "totales mensuales". Es recomendable comprobar que los datos suministrados por el sistema de gestión clínica corresponden a la realidad.

TABLA INDIVIDUAL DE FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECO

Para el estudio nacional, sólo será completado **voluntariamente** por cada unidad. De todos modos, aporta información individual de los pacientes, por lo que es muy recomendable que se complete este apartado.

En este apartado lo importante son los **periodos de tiempo** durante los cuales se ha tenido un factor de riesgo determinado.

Las **definiciones** de las variables se utilizarán las mismas que las empleadas en la ficha principal. Como factor de riesgo, es más importante la vía aérea artificial que la propia ventilación mecánica, por lo que se registrará el periodo de tiempo de utilización de vía aérea artificial. Se considera **ventilación mecánica no invasiva (VMNI)** cuando el paciente recibe algún tipo de asistencia respiratoria mecánica, sin intubación ni traqueotomía (BiPAP, CIPAP). El oxígeno de alto flujo no se considera VMNI. La administración de **nutrición enteral** es la administración de nutrientes a través de sonda gástrica o enteral.

Se anotarán las **fechas** de inicio (primer día) y final (último día) de cada uno de los factores de riesgo. Si el paciente es dado de alta con alguno de los factores extrínsecos (catéter, sonda urinaria, etc.) se anota la fecha de alta. Pudiera ser que se quiera anotar la fecha de inicio de algún dispositivo antes del ingreso en UCI. Se podrá anotar así, aunque a la hora de contabilizar los días de los factores de riesgo, para el estudio nacional, se hará desde el ingreso en UCI.

Para la vía aérea artificial y la presencia de catéteres venosos centrales hay hasta 3 periodos que se rellenarán **cuando el paciente haya interrumpido la ventilación mecánica o de catéteres por más de 24 horas**; es decir hay un periodo intermedio de más de 24 horas sin el factor de riesgo.

Para el caso de catéteres centrales lo que importa es la fecha de inicio y final en la que el paciente es portador de uno o más catéteres centrales. **Cuando se cambia de localización del catéter en el mismo día, no hace falta registrar el cambio.** Hay que recordar que dos catéteres simultáneos no cuentan como dos, sino como uno.

Las fechas de traqueostomía y reintubación, son las fechas en los que se realiza el procedimiento.

Con algunos factores, que tienen una importancia menor (nutrición enteral, parenteral, catéter arteria, etc.) solamente se ha considerado un periodo por lo que se anotará globalmente desde la fecha de inicio hasta la fecha final, aunque hubiera interrupciones en el medio.

- Medidas de Seguridad de la tabla de factores de riesgo extrínseco.

No es obligatorio introducir las fechas de inicio y finalización de todos los factores de riesgo, pero si introduce la fecha de inicio de alguno de los factores debe introducir también la fecha de su finalización (excepto para la fecha de la traqueotomía y el inicio de la sonda nasogástrica).

Las fechas de inicio introducidas deben ser al menos iguales o posteriores a la fecha de ingreso en el hospital.

Las fechas de finalización deben ser al menos iguales o posteriores a las del inicio, y nunca posteriores a la fecha del alta o del exitus (si éste es el caso).

Si se equivoca en este sentido, el programa le enviará un mensaje informándole de dónde se encuentra el error.

INFECCIONES

- Tipo de infecciones

Infecciones para el estudio nacional

Para el estudio nacional será **obligatorio** incluir todos los episodios de las siguientes **infecciones adquiridas en la UCI**:

- *Neumonías asociadas a ventilación mecánica.*
- *Traqueobronquitis asociada 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 CALCULA LAS BACTERIEMIAS PRIMARIAS COMO LA SUMA DE LAS BACTERIEMIAS DE ORIGEN DESCONOCIDO Y LAS BACTERIEMIAS SECUNDARIAS A INFECCIÓN DE CATÉTER.

Durante el período de estudio de cada paciente: hasta el alta de la UCI o hasta una estancia de 60 días (aunque se pueden registrar las infecciones hasta el alta).

DENTRO DE ESTE APARTADO DE INFECCIONES PARA EL ESTUDIO NACIONAL NO SE REGISTRARÁN LAS COLONIZACIONES QUE AFECTEN A LOS PACIENTES, NI LAS INFECCIONES COMUNITARIAS NI LAS INFECCIONES ADQUIRIDAS EN EL HOSPITAL ANTES DE INGRESAR EN UCI.

El módulo de infecciones permite archivar otras infecciones, además de las incluidas en el estudio nacional. Esto permite que cada unidad, independiente del estudio nacional, registre las infecciones que le interese (por ejemplo, neumonías comunitarias, infecciones quirúrgicas, etc.). Se ha modificado el listado de infecciones para incluir algunas no registradas anteriormente. Ver al final del manual el listado de infecciones.

Ver las definiciones específicas de pediatría en la parte del manual de pediatría.

- Introducción de datos y definición de variables

- **Fecha de la infección:**

Fecha en la que el clínico determina que el paciente padece una infección. En el caso que se rellene una infección comunitaria, la fecha de adquisición no puede ser superior a la fecha de ingreso en el hospital. Si el diagnóstico se realiza después del ingreso, pero antes de 48 horas

(es decir infecciones comunitarias o extra-UCI), se pondrá como fecha de inicio de la infección el día del ingreso en UCI.

- **Origen de la infección:**

- **Comunitario:**

Cuando a juicio del clínico los signos de infección aparecen antes del ingreso en un hospital.

- **Intra-UCI:**

Cuando a juicio del clínico los signos de infección aparecen durante su estancia en la UCI y no estaban presentes en las primeras 48 horas de ingreso en UCI.

- **Extra UCI:**

Cuando a juicio del clínico los signos de infección aparecen durante su estancia hospitalaria antes de su ingreso en la UCI o en las primeras 48 horas de ingreso en la UCI.

- **Otro hospital:**

Cuando a juicio del clínico los signos de infección aparecen durante la estancia del paciente en otro hospital.

- **Localización.**

Es un cuadro de lista desplegable, de modo que al pulsar sobre la flecha de la derecha del campo aparecen todas las posibles localizaciones. Pulse el botón izquierdo del ratón para elegir la opción seleccionada.

Siempre tiene la opción de contestar OTRA LOCALIZACIÓN u OTRA INFECCION, si la presente infección no se corresponde con ninguna de la lista.

También en la lista se incluye síndromes febriles tratados con antibióticos (no obligatorio para el estudio nacional).

Cuando se marca la opción ***“Bacteriemia secundaria a infección de catéter”*** se abren dos ventanas: ***tipo de catéter*** (venoso central, arteria y periférico) y ***lugar de inserción*** (subclavia, femoral, basílica, axilar, yugular, radial, otros). Solamente se marcará aquel catéter que se considera (por los cultivos de la punta) como el origen de la infección, aunque el paciente pueda ser portador de más de un catéter (por ejemplo arterial y venoso).

- **Bacteriemia.**

Cuando la infección que se está rellenando sea una bacteriemia, el programa dejará inscrito la opción ***“Sí”***.

Cuando una ***infección de otro foco distinto de la sangre es*** además ***bacteriémica*** (solamente en el caso de neumonías e infecciones urinarias) se debe rellenar ***“Sí”*** en bacteriemia. ***En este caso se genera automáticamente una nueva infección como bacteriemia secundaria. Por lo tanto, será necesario rellenar la etiología de la infección (neumonía o infección urinaria) y además otra ficha rellenando la etiología de la bacteriemia secundaria (respiratoria o urinaria respectivamente).***

Para las otras infecciones no controladas en el ENVIN, si la infección produce bacteriemia aparece un mensaje: “Si esta infección es bacteriémica, deberá definirse como Bacteriemia Secundaria”

- **Muestra:**

Elegir la opción pertinente entre los ofrecidos.

Se puede elegir la opción “**NO HAY MUESTRA**” cuando no se ha obtenido ninguna muestra para el diagnóstico etiológico.

Si hay muestra es importante informar el microorganismo o señalar que el cultivo ha sido negativo.

- **Diagnóstico Clínico:**

Elegir la opción pertinente entre los ofrecidos. Sólo rellenar para el caso de las neumonías. Si se trata de otra infección esta variable permanecerá inactiva.

- **Exposición al factor de riesgo específico en las 48 horas, previas a la infección (NAVM, ITU-SU, BP-CV):**

Se marcará “**SÍ**” en caso afirmativo.

- **Ha recibido tratamiento antibiótico para esta infección:**

Se marcará “**SÍ**” en el caso de que la infección haya sido tratada con antimicrobianos.

- **¿El tratamiento es apropiado según el antibiograma?:**

Se marcará “**SÍ**” si el paciente ha recibido en algún momento tratamiento antibiótico empírico apropiado para esta infección, entendiendo por **apropiado el que el microorganismo que se trata es sensible al menos a un antibiótico administrado**.

Se marcará la opción **No APLICABLE** cuando no se dispone de microorganismo y/o antibiograma o el tratamiento es específico.

- **¿Se realizó ajuste del tratamiento antibiótico?:**

El término “**ajuste**” se refiere a la sustitución de algún antibiótico por otro de menor espectro o la suspensión de alguno/s de los antimicrobianos una vez recibido el antibiograma.

Se marcará la opción “**No APLICABLE**” cuando no se dispone de microorganismo y/o antibiograma.

The screenshot shows the 'INFECCIONES' section of the ENVIN-UCI web application. The interface includes a navigation bar with icons for 'FICHA INGRESO', 'ANTIBIOTICOS', and 'FACTORES DE RIESGO'. Below this is a menu with options: 'Salir', 'Listado de infecciones', 'Nueva infección', 'Guardar cambios', 'Imprimir', and 'Ayuda'. A header bar displays patient information: 'NHC: 140083', 'Fecha Ingreso UCI: 10/12/2025', and 'Fecha Ingreso Hospital: 09/12/2025'. The main form area contains several sections: 'Fecha de la infección:' with a date picker; 'Origen de la Infección' with radio buttons for 'Comunitario', 'Intra UCI', 'Extra UCI', and 'Otro hospital'; 'Respuesta Inflamatoria' with radio buttons for 'No Sepsis', 'Sepsis', and 'Shock séptico'; 'Localización:' with a dropdown menu; 'Bacteriemia' with radio buttons for 'Si' and 'No'; 'Muestra:' with a dropdown menu; 'Dx. Clínico:' with a dropdown menu; and a table of risk factors with radio buttons for 'Si' and 'No'. The table includes: 'Exposición al factor de riesgo específico en las 48h. previas a la infección (NVM, IU-SU, BP-PC):', '¿Ha recibido tratamiento antibiótico para esta infección?', '¿El tratamiento es apropiado según el antibiograma?', and '¿Se realizó ajuste del tratamiento antibiótico?'. The 'No' option for the first row is selected. At the bottom left, there is a 'Soporte: infoenvin@gmail.com' link, and at the bottom right, a 'Abandonar sesión' link.

- Respuesta inflamatoria

Se han actualizado las definiciones de sepsis, adaptándolas a las propuestas en 2016 (Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, et al. *Sepsis Definitions Task Force. Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3).* JAMA. 2016; 315 (8): 775 - 787. doi:10.1001/jama.2016.0289). Por lo tanto, se elimina el término de sepsis grave, quedando:

La **sepsis** se define como una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección. Se considerará sepsis cuando exista infección confirmada o sospechada asociada a un incremento ≥ 2 puntos en la escala SOFA basal del paciente. En pacientes sin disfunción orgánica preexistente se puede asumir que la puntuación basal de 0 puntos.

El **shock séptico** se define como hipotensión persistente que requiere vasopresores para mantener una presión arterial media de 65 mmHg y un lactato sérico > 2 mmol / L (18 mg/dL) a pesar de una reanimación con volumen adecuado.

Las infecciones en pacientes sin disfunción orgánica se categorizarán como **“no sepsis”**.

Ver las definiciones específicas de pediatría en la parte del manual de pediatría.

Cuando se incluye una infección en la que se considera que no hay respuesta inflamatoria sistémica, **NO SEPSIS** se mostrará una advertencia **“¿Confirma que tiene infección sin respuesta inflamatoria?”**.

DEFINICIONES DE LAS INFECCIONES

Estas definiciones, actualizadas de acuerdo al protocolo *Surveillance of health care-associated infections and prevention indicators in European intensive care units HAI-Net ICU protocol, version 2.3 de ECDC*, se utilizan como orientación, y ya fueron utilizadas los años anteriores.

El programa detectará el tipo de infección. Por ejemplo: pondremos como localización de la infección “neumonía asociada a ventilación mecánica”, después pondremos la muestra, por ejemplo “catéter telescopado” y después rellenaremos el microorganismo y el número de colonias. Con esa información sabemos que es una neumonía N1.

De acuerdo con las definiciones promovidas por el programa

Ver las definiciones específicas de pediatría en la parte del manual de pediatría.

DEFINICIONES DE CASOS, EN LAS INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UCI

- **Infección adquirida en UCI:**

Aquella que ocurre transcurridas 48 horas de estancia en UCI.

- **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

- **Infección asociada a dispositivo:**

Para establecer la relación es preciso que el paciente haya portado un dispositivo (tubo o cánula traqueal, catéter vascular o sonda uretral) dentro del período de 48 antes del inicio de la infección (incluso si se usó de forma intermitente).

Ejemplo: La neumonía se considera relacionada con la ventilación mecánica si se utilizó un dispositivo de vía aérea artificial dentro de las 48 horas previas al inicio de la infección (incluso si se usó de forma intermitente)

DEFINICION DE CASO DE BACTERIEMIA (B)

Se considera una sola opción:

- Un hemocultivo positivo para un patógeno reconocido, **ó**
- El paciente presenta al menos uno de los siguientes signos o síntomas:
Fiebre (>38° C), escalofríos, o hipotensión **y dos hemocultivos positivos a un microorganismo contaminante cutáneo habitual** (a partir de dos muestras de sangre diferentes extraídas dentro de un intervalo de 48 horas)
- **Microorganismos considerados contaminantes cutáneos:**
En el caso de microorganismos habitualmente considerados contaminantes cutáneos (*Staphylococcus coagulasa negativo*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, etc), *Micrococcus sp.*, *Propioni bacterium acnes.*, *Bacillus sp.*, *Corynebacterium sp.* se requerirá la confirmación mediante **al menos dos hemocultivos positivos independientes** con el mismo microorganismo para considerar el episodio como bacteriemia verdadera.
Un único hemocultivo positivo para estos microorganismos deberá interpretarse con cautela y, en ausencia de criterios clínicos compatibles o de confirmación microbiológica adicional, no se registrará como bacteriemia en el estudio.

Cuando se incluya uno de estos microorganismos saldrá un mensaje que dice: “Para seleccionar este microorganismo, debe tener dos frascos de hemocultivos positivos”.

BACTERIEMIA SECUNDARIA A INFECCIÓN DE CATETER (BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER).

Se considerará **bacteriemia relacionada con catéter (BRC)** cuando exista bacteriemia en un paciente portador de un catéter intravascular y no se identifique otro foco infeccioso evidente que explique el episodio.

Para su diagnóstico se aceptará cualquiera de los siguientes criterios microbiológicos o combinaciones clínico-microbiológicas:

1. Bacteriemia (o Funguemia) relacionada con catéter. Diagnóstico tras retirada del catéter:

Aislamiento del mismo microorganismo (especie e idéntico antibiograma) en hemocultivo extraído de vena periférica y en un cultivo cuantitativo o semicuantitativo de punta de catéter en un paciente con cuadro clínico de sepsis, y sin otro foco

aparente de infección. En caso de *Staphylococcus* coagulasa negativo (SCN) se exigirá el aislamiento del microorganismo al menos en dos 2 frascos de hemocultivos periféricos.

También se debe considerar bacteriemia relacionada con catéter **si el hemocultivo es positivo y el paciente mejora clínicamente en las 48 horas siguientes tras la retirada del catéter.**

2. Bacteriemia (o Funguemia) relacionada con catéter. Diagnóstico SIN retirada del catéter:

- **Cultivo cuantitativo de positividad:**
Cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección, en el que se aísla el mismo microorganismo en hemocultivos simultáneos cuantitativos en una proporción superior o igual a 5:1 en las muestras extraídas a través de catéter respecto a las obtenidas por venopunción.
- **Tiempo diferencial positividad:**
Cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección, en el que se constata un **retraso diferencial en la positividad de los hemocultivos**. El cultivo de la muestra de sangre obtenida del catéter venoso central (CVC) resulta positivo dos horas o más antes que el cultivo de sangre periférica (muestras de sangre extraídas al mismo tiempo);
- Cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección con cultivo positivo con el mismo microorganismo en pus procedente del sitio de inserción.

BACTERIEMIA SECUNDARIA.

- Bacteriemia (o funguemia o viremia) secundaria:

Cuadro clínico de sepsis, en el que se aísla uno o más microorganismos en uno o más hemocultivos en un paciente con un foco de infección conocido, siempre que exista:

- a) Coincidencia entre los microorganismos aislados en el foco de infección y en el hemocultivo;
- b) En ausencia de microorganismos en la infección conocida, si los microorganismos aislados en el hemocultivo son compatibles con el foco de infección (*Bacteroides fragilis* en sangre y foco de infección abdominal);
- c) La bacteriemia relacionada con los líquidos de infusión se considera secundaria.

BACTERIEMIA DE FOCO DESCONOCIDO.

- Episodio de bacteriemia en el que no es posible identificar ningún foco (catéter u otros focos).

BACTERIEMIA PRIMARIA.

- Es la suma de las bacteriemias secundarias a infección de catéter (o relacionadas con catéter) y las de foco desconocido.

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 ($<4.000 \text{ mm}^3$) o leucocitosis ($\geq 12.000 /\text{mm}^3$).

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 O_2 o aumento de las demandas de oxígeno o de la demanda ventilatoria, o **necesidad de incrementar la PEEP**).

Y según el **método diagnóstico utilizado**

a- Diagnóstico bacteriológico realizado mediante:

Cultivo cuantitativo positivo a partir de una muestra mínimamente contaminada del tracto respiratorio inferior (TRI)(N1)

- Lavado broncoalveolar (LBA) con un cutoff de $\geq 10^4 \text{ ufc/ml}$ o $\geq 5\%$ de células conteniendo bacterias intracelulares al examen microscópico directo en muestra de LBA (clasificado en la categoría diagnóstica LBA).
- Cepillo protegido (CP Wimberley) con un cutoff de $\geq 10^3 \text{ ufc/ml}$.
- Aspirado distal protegido (ADP) con un cutoff de $\geq 10^3 \text{ ufc/ml}$.

Cultivo cuantitativo positivo a partir de una muestra posiblemente contaminada del TRI(N2)

- Cultivo cuantitativo de muestra del TRI (aspirado endotraqueal) con un cutoff de 10^6 ufc/ml .

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*).

c- Otros

- Cultivo positivo de esputo o no-cuantitativo de muestra de TR (N4)

d- Sin microbiología positiva..... (N5)

El programa mostrará un encabezado con el grupo de técnica al que corresponde y con controles para que el número de colonias corresponda al grupo que se ha asignado.

El aislamiento de especies de *Candida* (independientemente de su concentración en la muestra respiratoria), *Staphylococcus* coagulasa negativo y el resto de los contaminantes de piel en secreciones respiratorias no debe considerarse, por sí solo, etiología de neumonía y habitualmente refleja colonización. Cuando se asigne esta etiología saldrá el mensaje “Este microorganismo es poco probable como etiología de una neumonía”, para recordar que lo más probable es que se trate de una colonización.

Las reactivaciones víricas de microorganismos previamente latentes en el hospedador, no tendrán consideración de neumonía asociada a ventilación mecánica, independientemente de la temporalidad en la que se da, ya que la fisiopatología y manejo de la misma difiere sustancialmente de aquellas sí catalogadas como tal.

En el caso de registrar una neumonía ocasionada por *Aspergillus* spp. en el momento de introducir el patógeno en la página de infecciones, se abrirá una pestaña donde se deben de seleccionar las pruebas microbiológicas y/o histológicas utilizadas para el diagnóstico (cultivo de BAS o BAL, Galactomanano en BAL y/o suero, tinciones, *Lateral Flow Assay*, PCR, etc.) o si existe confirmación definitiva de la infección (biopsia, histología, PCR por punción, etc.).

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 > 38° 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.

- **Traqueobronquitis por *Aspergillus sp.***

Para el diagnóstico de **traqueobronquitis aspergilar** se han adoptado la definición de consenso FUNDICU.

Bassetti M, et al Invasive Fungal Diseases in Adult Patients in Intensive Care Unit (FUNDICU): 2024 consensus definitions from ESGCIP, EFISG, ESICM, ECMM, MSGERC, ISAC, and ISHAM. Intensive Care Med. 2024 Apr;50(4):502-515. doi: 10.1007/s00134-024-07341-7. Epub 2024 Mar 21. PMID: 38512399; PMCID: PMC11018656.

- Para el diagnóstico de **traqueobronquitis probable** se requiere:

- a) Presencia de ulceraciones, nódulos, pseudomembranas, placas o escaras objetivadas en la exploración fibrobronoscópica

Y

- b) Al menos uno de los siguientes:

- Detección de elementos fúngicos en el BAL: cultivo o PCR de BAL positivos,
- ó Galactomanano > 0,5 en suero,
- ó Lateral flow assays (LFA) > 0,5 en suero,
- ó Galactomanano > 1,0 en BAL, o LFA en BAL > 1,0.

En el caso de pacientes con enfermedad respiratoria crónica, los resultados de cultivo y PCR de BAL, deben de confirmarse con test de galactomanano positivo para descartar la colonización o la aspergilosis crónica.

- Para el diagnóstico de **certeza de traqueobronquitis** se precisa:

Al menos uno de los siguientes:

- Detección de hifas en el examen histopatológico ó microscópico directo, mostrando crecimiento invasivo con lesión tisular,
- Aislamiento de *Aspergillus* sp. en cultivo o evidencia histológica o microscópica del mismo,
- o PCR obtenida mediante aspiración estéril
- o Biopsia pulmonar que evidencia un proceso infeccioso.

Al igual que la infección pulmonar invasiva por *Aspergillus* sp. al introducir el patógeno en la página de infecciones se abrirá una pestaña para seleccionar los test micológicos utilizados para el diagnóstico, o indicar que se trata de una infección probada.

DEFINICION DE CASO DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE URINARIO.

- Los signos clínicos y/o microbiológicos necesarios para el diagnóstico de Infección Urinaria no deben estar presentes ni en periodo de incubación en el momento del sondaje urinario.
- **Criterios clínicos:** Debe de cumplir al menos uno de los siguientes síntomas o signos:
 - a. Fiebre > 38° (sin otros focos posibles).
 - b. Tensión en zona suprapúbica o urgencia urinaria.
 - c. Piuria: ≥ 10 leucocitos/ mL. o ≥ 3 leucocitos/ mL. a la inspección de una muestra de orina no centrifugada con un objetivo de gran aumento.

y

- **Criterios microbiológicos:**
 - a. Pacientes **sin** tratamiento antibiótico:
Cultivo de orina: con aislamiento de $\geq 10^5$ ufc/mL de no más de dos microorganismos.
 - b. Pacientes **con** tratamiento antibiótico:
Cultivo de orina con aislamiento en un urocultivo de $<10^5$ ufc/mL de un único microorganismo.

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**.

En general, cuando se aísla más de un microorganismo en el urocultivo se considera que la muestra está contaminada y por lo tanto se debe repetir el urocultivo.

MICROORGANISMOS

Tras completar y guardar una nueva infección, aparece una lista con la o las infecciones introducidas. Para introducir el microorganismo se debe seleccionar la infección en el icono +. Dentro de la misma página aparece un nuevo cuadro **AÑADIR MICROORGANISMO** (Grabar aunque sea cultivo negativo, para que quede registrado adecuadamente).

Se puede seleccionar el microorganismo de la lista desplegable (pág. 87-93) o bien introducir las primeras letras del microorganismo con lo que se irá buscando las posibilidades según esas letras y se seleccionará finalmente el indicado.

Se debe rellenar el número de unidades formadoras de colonias (ufc) cuando se conozca esa información.

Tras señalar un microorganismo se marca el antibiograma en donde se despliega otra pantalla con los antibióticos que corresponden a ese microorganismo. Se señalan en rojo y con asterisco aquellos antibióticos que se deben cumplimentar obligatoriamente, aunque sea rellenando “No realizado”.

A continuación, se describen los **diferentes** antibiogramas, los microorganismos que pueden activarlos y los antibióticos de obligada introducción en cada uno de ellos.

Antibiograma de *Pseudomonas*:

- . *Pseudomonas aeruginosa*
- . *Burkholderia (Pseudomonas) cepacia*
- . *Pseudomonas mallei*
- . *Pseudomonas pseudomallei*
- . *Pseudomonas putida*
- . *Pseudomonas stutzeri*
- . *Pseudomonas* otras
- . *Pseudomonas* spp

Antibióticos de obligada introducción: amikacina, ceftazidima, cefepime, piperacilina-tazobactam, imipenem-cilastatina, meropenem, ciprofloxacino, levofloxacino, colistina-colimicina, ceftolozano-tazobactam, ceftazidima-avibactam y aztreonam-avibactam

Recomendados: cefiderocol

Antibiograma de *Acinetobacter*:

- . *Acinetobacter baumannii*
- . *Acinetobacter calcoaceticus*
- . *Acinetobacter haemolyticus*
- . *Acinetobacter lwoffii*
- . *Acinetobacter* spp

Antibióticos de obligada introducción: imipenem-cilastatina y ampicilina-sulbactam.

Recomendados: amikacina, colistina-colimicina y tobramicina.

Antibiograma de Enterobacterales:

- . *Escherichia coli*
- . *Klebsiella pneumoniae*
- . *Klebsiella oxytoca*
- . *Klebsiella ozaenae*
- . *Klebsiella aerogenes*
- . *Klebsiella spp*
- . *Proteus mirabilis*
- . *Proteus penneri*
- . *Proteus vulgaris*
- . *Proteus spp*
- .
- . *Enterobacter agglomerans*
- . *Enterobacter cloacae*
- . *Enterobacter sakazakii*
- . *Enterobacter spp*
- . *Citrobacter diversus*
- . *Citrobacter freundii*
- . *Citrobacter spp*
- . *Moraxella catharralis*
- . *Moraxella spp*
- . *Salmonella enteritidis*
- . *Salmonella paratyphi*
- . *Salmonella typhi*
- . *Salmonella otras*
- . *Salmonella spp*
- . *Serratia ficaria*
- . *Serratia liquefaciens*
- . *Serratia marcescens*
- . *Serratia rubidaea*
- . *Serratia spp*
- . *Shigella boydii*
- . *Shigella dysenteriae*
- . *Shigella flexneri*
- . *Shigella sonnei*
- . *Shigella spp*

Antibióticos de obligada introducción: amoxicilina-clavulánico, cefotaxima-ceftriaxona, ciprofloxacino, imipenem-cilastina y meropenem.

Recomendados: cefepime, gentamicina, amikacina, piperacilina-tazobactam, levofloxacin, ceftazidima, aztreonam y aztreonam-avibactam

Antibiograma de *Stenotrophomonas*:

Stenotrophomonas (Xantomonas) maltophilia

Antibióticos de obligada introducción: cotrimoxazol (trimetropim-sulfametoxazol) y ciprofloxacino.

Recomendados: cefepime, amikacina, ceftazidima, tigeciclina, levofloxacin, colistina-colimicina y aztreonam-avibactam

Antibiograma de *Haemophilus*:

- . *Haemophilus ducreyi*
- . *Haemophilus influenzae*
- . *Haemophilus parainfluenzae*
- . *Haemophilus spp*

Antibióticos de obligada introducción: ampicilina, amoxicilina-clavulánico, cefotaxima-ceftriaxona y ciprofloxacino.

Recomendados: aztreonam y levofloxacin.

Antibiograma de *Staphylococcus*:

- . *Staphylococcus aureus*
- . *Staphylococcus aureus* meticilin resistente
- . *Staphylococcus epidermidis*
- . *Staphylococcus coagulasa* negativo
- . *Staphylococcus saprophyticus*
- . *Staphylococcus* otros

Antibióticos de obligada introducción: oxacilina-meticilina y vancomicina.

Recomendados: teicoplanina, linezolid, gentamicina, rifampicina, levofloxacin, cotrimoxazol (trimetropim-sulfametoxazol), tigeciclina, mupirocina y daptomicina.

Antibiograma de *Enterococcus*:

- . *Enterococcus avium*
- . *Enterococcus durans*
- . *Enterococcus faecalis*
- . *Enterococcus faecium*
- . *Enterococcus spp*

Antibióticos de obligada introducción: ampicilina y vancomicina.

Recomendados: teicoplanina, levofloxacin, linezolid y tigeciclina.

Antibiograma de Streptococcus:

- . *Streptococcus* spp
- . *Streptococcus pneumoniae*
- . *Streptococcus pyogenes*
- . *Streptococcus* grupo viridans
- . *Streptococcus mitis*
- . *Streptococcus sanguis*
- . *Streptococcus* otros

Antibióticos de obligada introducción: penicilina y cefotaxima-ceftriaxona.

Recomendados: cotrimoxazol (trimetropim-sulfametoxazol), ciprofloxacino, levofloxacino, linezolid, tigeciclina y ceftarolina fosamil.

Antibiograma de Candida:

- . *Candida albicans*
- . *Candida* spp
- . *Candida tropicalis*
- . *Candida parapsilopsis*
- . *Candida auris*

Antibióticos de obligada introducción: anfotericina y fluconazol.

Recomendados: voriconazol, isavuconazol, caspofungina, anidulafungina, micafungina, itraconazol y 5-fluorocitocina.

Antibiograma de Aspergillus:

- . *Aspergillus* spp
- . *Aspergillus fumigatus*
- . *Aspergillus niger*
- . *Aspergillus terreus*
- . *Aspergillus flavus*
- . *Aspergillus nidulans*

Ningún antibiótico de obligada introducción.

Recomendados: anfotericina, voriconazol, isavuconazol, caspofungina, anidulafungina, micafungina y itraconazol.

La **eficacia de cada antibiótico frente al microorganismo** estudiado se valora en una de las **tres categorías** siguientes:

Sensible:

Valorado como tal por el Laboratorio de Microbiología sea cual sea el método empleado.

En esta categoría se deben de incluir los microorganismos categorizados como susceptible con régimen de dosis estándar (S) y susceptible, con incremento de dosis (I) (*increased exposure*) de acuerdo con puntos de corte establecidos por EUCAST.

https://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST_files/Breakpoint_tables/v_12.0_Breakpoint_Tables.pdf

Resistente:

Se incluyen en esta categoría los no sensibles (no susceptibles).

No realizado:

Cuando no conste el resultado por cualquier motivo y no se pueda conseguir mayor información del laboratorio de Microbiología.

ANTIBIÓTICOS

Introducción y definición de variables

Antibiótico: Se seleccionará entre las opciones del listado (ver anexo) o bien introducir las primeras letras del antibiótico con lo que se irá buscando las posibilidades según esas letras y se seleccionará finalmente el indicado.

- **Fecha de inicio:**

La que corresponda al inicio de la administración, aunque se produzca con anterioridad al ingreso en la UCI. Si es así, y se desconoce la fecha de inicio, se pondrá la del ingreso en UCI.
Campo clave (**no se puede modificar**).

- **Fecha final:**

La que corresponda al final de su administración.
Si la administración de un antibiótico se interrumpe durante ≤ 24 horas por cualquier motivo, se entenderá como fecha final la del final definitivo del tratamiento.
Cuando el enfermo sea dado de alta con tratamiento antibiótico se considerará fecha final la fecha de alta de la UCI

- **Indicación:** Se seleccionará una de las siguientes categorías:
 - **Infección Comunitaria:**

Cuando a juicio del clínico los signos de infección aparecen antes del ingreso en un hospital.
 - **Infección intrahospitalaria extra-UCI:**

Cuando a juicio del clínico los signos de infección aparecen durante su estancia hospitalaria antes de su ingreso en la UCI.
 - **Infección intrahospitalaria intra-UCI:**

Cuando a juicio del clínico los signos de infección aparecen durante su estancia en la UCI.
 - **Profilaxis quirúrgica:**

El antibiótico se indica con la finalidad de evitar la aparición de infecciones relacionadas con el acto quirúrgico.
En general, esta profilaxis será de corta duración.
No se valora si es correcto el criterio, la duración o el antibiótico.
 - **Otras profilaxis:**

Cuando a juicio del clínico, el antibiótico se emplea para profilaxis y no hay constancia de infección presente. Son ejemplos las profilaxis en fracturas de base de cráneo, pancreatitis, heridas abiertas no infectadas, etc.
Estas profilaxis suelen ser más largas que las postquirúrgicas. Los antibióticos administrados en solución o como pasta en la descontaminación selectiva del tubo digestivo (DDS faríngea-gástrica o DDS faríngea) se incluyen como otras profilaxis.

- **Desconocido.**
Cuando la administración del antibiótico no se puede atribuir a ninguna de las causas anteriores.
- **Tratamiento CoVID:**
El antibiótico utilizado (por ejemplo, azitromicina) se administra como tratamiento coadyuvante de la infección por CoVID

Si la respuesta es **profilaxis** se inactiva la variable '**Motivo del tratamiento**'.

- **Infección:**

Se elegirá la infección a la que va dirigida el tratamiento antibiótico. No se activa en caso de que la indicación sea profilaxis o desconocido. Se despliega la misma lista que la del módulo de infecciones. Cuando se han administrado antibióticos sin que se haya podido determinar el foco se elegirá "**síndrome febril tratado con antibióticos**" o "**infección sin foco**" dependiendo de que el paciente solamente tenga fiebre o un cuadro más complejo acompañado de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

- **Motivo:**

Elegir una de las dos opciones.

Tratamiento Empírico:

Quando el antibiótico se prescriba sin conocimiento del agente etiológico.

Tratamiento Dirigido (documentado):

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

En caso de que el tratamiento sea **dirigido**, se bloquea la variable '**Confirmación del tratamiento**'.

- **Confirmación:** Elegir una de las siguientes posibilidades.

Si, es adecuado.

Los resultados de los cultivos realizados confirman que el antibiótico es apropiado y además se ha administrado de forma adecuada.

No es adecuado:

Los resultados de los cultivos realizados confirman que el antibiótico NO es apropiado o no se ha administrado de forma adecuada.

Cultivos negativos:

Los resultados de los cultivos realizados son negativos.

Ningún cultivo solicitado:

No se ha enviado ninguna muestra para estudio de la etiología.

No es infección:

Se marca esta opción cuando tras los estudios iniciales se llega a la conclusión de que el cuadro clínico no corresponde a ninguna infección.

Nota: En castellano los términos **“adecuado”** y **“apropiado”** son sinónimos, pero en inglés y relativos al uso de antibióticos, se emplea el término **“appropriate”** para los antibióticos que son correctos según el antibiograma, mientras que **“adequate”** se refiere a los antibióticos que, además de estar de acuerdo con el antibiograma se administran en tiempo, dosis, vía de administración y ajuste a la función renal de forma correcta, lo que implica una definición mucho más compleja. Por costumbre, se deja la palabra adecuada referida a los resultados de los cultivos en relación con el antibiograma.

Otro factor que genera duda es la situación en la que se ha administrado más de un antimicrobiano para una adecuada cobertura empírica y uno de los fármacos no se corresponde con la microbiología. El ejemplo más frecuente sería la cobertura de grampositivos resistentes en infecciones por bacilos gramnegativos. En este caso, el antimicrobiano dirigido a grampositivos sería “no adecuado”. La infección ha podido ser tratada de forma apropiada (esto lo habremos reflejado en el apartado de “infecciones”), pero desde el punto de vista del fármaco, no era necesario en ese caso concreto.

- **Cambio de antibiótico:**

Elegir una de las opciones.

Opción “SÍ”: Se considera cambio, cuando se modifica intencionadamente el tratamiento antibiótico por uno de los siguientes **motivos**:

No cubierto: Si el patógeno tiene una sensibilidad disminuida o resistencia al antibiótico prescrito.

Reducción del espectro: Cuando, aunque sea sensible, se decide modificar el antibiótico eligiendo otro antibiótico con menor espectro de acción y que cubra el patógeno causante de la infección.

Resistencia durante el tratamiento: Cuando se considere que tras iniciado el tratamiento, persiste el microorganismo por aparición de resistencia al antibiótico que se estaba administrando.

Mala evolución clínica: Cuando a pesar de que el patógeno es sensible al antibiótico que se está administrando, se considera que la evolución clínica es mala y se decide sustituir por otro antibiótico.

Toxicidad (efectos adversos): Cuando el antibiótico deba sustituirse por efectos adversos, sean alérgicos o tóxicos.

Otros: En situaciones diferentes de las anteriores.

Opción “SUSPENSIÓN PRECOZ”. Se refiere cuando se ha suspendido un tratamiento sin haber completado el tiempo habitual de tratamiento. Puede deberse a dos causas:

- Porque el microorganismo no estaba cubierto (por ejemplo, comenzar tratamiento con vancomicina además de otros antibióticos y aislarse un Gram negativo). Esta opción se diferencia de cambio de antibiótico “Sí” y motivo “no cubierto” en el que se inicia un tratamiento en principio

con intención de que sea adecuado (por ejemplo, imipenem para *Pseudomonas*) y resulta ser resistente y requiere cambiar el antibiótico (no solo suspenderlo).

- Porque se hace ajuste de antibióticos aunque sea adecuado. Por ejemplo, se decide tratar una infección por *Pseudomonas* solamente durante 5 días con Amikacina y se mantiene todo el tratamiento con otro antibiótico. Esta es una actitud “adecuada” pero supone, en cierto sentido, un cambio.

Por lo tanto, la opción "suspensión precoz" es una opción clínicamente acertada y se refiere a eliminar antibióticos no necesarios.

Opción “NO”: Cuando no se cambia el antibiótico.

Se han introducido algunos controles para evitar datos incongruentes. Por ejemplo, cuando se introduce en confirmación la opción “**no adecuado**” saldrá un mensaje recordando la incompatibilidad con introducir la opción “**resistencia durante el tratamiento**” en cambio de antibiótico ya que lógicamente si el antibiótico no es adecuado no se mantendrá y por tanto no tendrá posibilidad de aparecer resistencias durante el tratamiento.

RESULTADOS (INFORMES)

Hay tres posibilidades sobre los datos globales (aparte de los relativos a “Bacteriemia Zero”, “Neumonía Zero”, “Resistencia Zero” e “ITU-Zero”): ENVIN COMPLETO, ENVIN SIMPLIFICADO Y LISTADO DE INFECCIONES

De la opción ENVIN COMPLETO se extraen los siguientes informes, divididos en 5 apartados:

The screenshot shows the ENVIN HELICS web application interface. At the top right, it displays the date "Domingo, 29 de Marzo de 2026" and the user information "Hospital Universitario" and "Centro". The main header includes the ENVIN HELICS logo and a "RESULTADOS ESTADÍSTICOS" button. Below the header, there is a navigation bar with a "Salir" button and a link to "Resultados globales del hospital según selección de fechas de ingreso en UCI". The main content area is divided into two columns. The left column contains a "Selección criterio de fecha:" section with radio buttons for "Ing. UCI" (selected) and "Infección". Below this are several categories of reports, each with a radio button: "DESCRIPTIVO GENERAL (Nuevas tablas)", "INFECCIONES INTRAUCI", "NEUMONIAS", "INFECCIONES URINARIAS", "BACTERIEMIAS PRIMARIAS", "BACTERIEMIAS SECUNDARIAS A INF. DE CATETER", "BACTERIEMIAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS A CATETER", "BACTERIEMIAS SECUNDARIAS A OTROS FOCOS", "ANTIBIOTICOS", "ANTIBIOTICOS (Nuevas tablas)", "ANTIBIOTICOS EN INFECCIONES COMUNITARIAS", "ANTIBIOTICOS EN INFECCIONES EXTRA UCI", "ANTIBIOTICOS EN INFECCIONES INTRAUCI", "ANTIBIOTICOS UTILIZADOS EN PROFILAXIS QUIRURGICA", "ANTIBIOTICOS UTILIZADOS EN OTRA PROFILAXIS", "ANTIBIOTICOS UTILIZADOS EN TTO EMPIRICO", "ANTIBIOTICOS UTILIZADOS EN TTO ESPECIFICO", "INFECCIONES", "INFECCIONES COMUNITARIAS", "INFECCIONES NOSOCOMIALES EXTRAUCI", and "INFECCIONES NOSOCOMIALES DE OTRO HOSPITAL". A small red asterisk indicates "control de sepsis". The right column contains a "TABLAS" section with radio buttons for "TABLAS GENERALES", "TABLAS NEUMONIAS", "TABLAS INFECCIONES URINARIAS", "TABLAS BACT. PRIMARIAS Y ASOCIADAS A CATETER", "TABLAS BACTERIEMIAS SECUNDARIAS", "FACTORES DE RIESGO", "INTERVALOS DE APARICIÓN DE LA INFECCION", "PACIENTES CON INFECCIONES NOSOCOMIALES", "PACIENTES SIN NINGUNA INFECCIÓN INTRAUCI", "NEUMONIAS POR VENTILACIÓN MECÁNICA", "INFECCIONES URINARIAS POR Sonda URETRAL", "BACTERIEMIAS PRIMARIAS Y ASOCIADAS A CATÉTER", "BACTERIEMIAS SECUNDARIAS", "INFECCIONES DEL ESTUDIO ENVIN", "TODAS LAS INFECCIONES INTRA UCI", and "INFECCIONES INTRA O EXTRA UCI".

- **Primer bloque. DESCRIPTIVO GENERAL.**

Describe el número de pacientes estudiados (en el periodo señalado), la descripción de la edad, el sexo, la enfermedad de base, cirugía urgente, APACHE II, SAPS II, estancia, exitus, y factores de riesgo extrínseco. Además, en infecciones adquiridas en UCI: lista del número de cada una de las infecciones intra-UCI y presenta diferentes tasas de incidencia y los microorganismos y sensibilidades.

También se extraen datos específicos (tasas, patógenos, sensibilidades y tiempo de aparición) relacionados a neumonías, infecciones urinarias, bacteriemias de foco desconocido, secundarias a catéter, la suma de ambas (bacteriemias primarias) y finalmente las bacteriemias secundarias a otros focos.

En este bloque se pueden elegir los informes por dos criterios de selección de fechas: Por la *fecha de ingreso en UCI* o por la *fecha de infección*. Esto permite obtener exactamente las tasas de infección que interesen puesto que cuando se calculan por meses pueden diferir ligeramente según el criterio elegido.

- **Segundo bloque. ANTIBIÓTICOS.**

Se describe, por un lado, la tasa global de utilización de antibióticos según el periodo elegido, con indicaciones, motivo del antibiótico, confirmación del tratamiento, cambio de tratamiento y motivo del cambio de tratamiento, así como un listado de las indicaciones absolutas de utilización.

Se puede obtener un listado de los antibióticos utilizados para infecciones comunitarias, extra-UCI, intra-UCI, profilaxis, tratamiento empírico y tratamiento específico

- **Tercer bloque. INFECCIONES.**

En este bloque se obtienen descripciones del número de infecciones y de los microorganismos aislados en las infecciones comunitarias, asociadas a la asistencia sanitaria extra-UCI y asociadas a la asistencia sanitaria de otro hospital.

- **Cuarto bloque. TABLAS.**

En este apartado se obtienen resultados en forma de tablas de los datos generales de todos los pacientes estratificados por cirugía urgente, rangos de edad, rangos de APACHE II y SAPS II, exitus y porcentaje de pacientes con infecciones estratificados por el APACHE II.

Estos datos también se obtienen para pacientes con neumonías, infecciones urinarias, bacteriemias de foco desconocido y asociada a catéter y bacteriemias secundarias a otros focos. Además, puede obtenerse el número de pacientes estratificado por edad y APACHE II, y otra tabla con la proporción de pacientes según el momento de aparición de la infección con respecto al ingreso hospitalario o al ingreso en UCI.

- **Quinto bloque. PACIENTES CON INFECCIONES ASOCIADAS A LA ASISTENCIA SANITARIA.**

Se obtienen datos generales (distribución por edad, sexo, vía aérea artificial, catéter venoso central y sonda urinaria, APACHE II, SAPS II y días de estancia) de pacientes agrupados de la siguiente manera:

- Pacientes sin ninguna infección intra-UCI.
- Pacientes con neumonías por ventilación mecánica.
- Pacientes con infecciones urinarias por sonda uretral.

- Pacientes con bacteriemias de foco desconocido y asociadas a catéter (pacientes con bacteriemia primaria).
- Pacientes con bacteriemia secundaria.
- Pacientes con infecciones del estudio ENVIN.
- Pacientes con todas las infecciones intra-UCI.
- Pacientes con infecciones intra o extra-UCI.

La opción **LISTADO DE INFECCIONES** permite visualizar todas las infecciones que se han registrado durante un tiempo determinado. Se recogen las infecciones (asociadas a la asistencia sanitaria y comunitarias) con la fecha de la infección, el número de historia del paciente la fecha de ingreso en UCI, el tipo de ENVIN que se ha completado (completo, simplificado, BZero; NZero ó ITU-Zero) y el diagnóstico. Esto permite identificar individualmente a los pacientes con infección con su número de historia y localizarlos si fuera necesario.

Hay dos opciones posibles según las fechas de elección: según la **fecha del ingreso** o según la **fecha en que se produce la infección** y como en los informes la posibilidad de verlo en pantalla o bajarlo en formato Word®.

VALIDACION DE LOS DATOS

Se ha añadido una utilidad a la base de datos, y es la posibilidad de comprobación de ciertos errores. A través de un botón que se encuentra en el formulario inicial y que se denomina **VALIDACION DE DATOS** se accede a una pantalla en la que se pueden imprimir las listas de:

The left screenshot shows the main interface of the ENVIN-HELICS system. The sidebar on the left contains a menu with 'Validación de Datos' highlighted. The main content area shows a message about missing data for March and a search form for incomplete records. The search form includes fields for 'Año seleccionado' (2026), 'Período Estudio', 'Año completo', 'Nº de Historia exacto', 'NHC', 'Fecha Ingreso UCI', 'Fecha Final Ingreso UCI', 'Fecha Ingreso Hospital', 'Fecha Final Ingreso Hospital', and 'Tipos de Ingresos'. A 'Buscar' button is at the bottom.

The right screenshot shows the 'VALIDACIÓN DE LOS DATOS' page. It features a search criteria section titled 'Criterios para la búsqueda de registros incompletos'. The criteria include checkboxes for 'Solo datos incompletos/dudosos', 'Fechas automáticas', 'Año completo', and 'Tipo de Envin'. There are also input fields for 'Fechas de ingreso en UCI' (Desde and Hasta) and a dropdown for 'Tipo de Envin'. Buttons for 'Iniciar búsqueda' and 'Limpiar formulario' are at the bottom.

- **Pacientes en los que no constan los factores de riesgo extrínsecos.**

Este dato es importante para calcular densidades de incidencia según exposición al factor. Si estos datos faltan es difícil saber si realmente el paciente no ha sido instrumentalizado en absoluto, o se han olvidado de introducir estos datos.

- **Pacientes en los que no consta la fecha del alta.**

Esta variable es de suma importancia, no sólo porque permite calcular la estancia en UCI, sino porque además una vez introducida la fecha del alta el programa obliga a introducir otros datos considerados de interés (edad, sexo, exitus, APACHE II o SAPS II, enfermedad de base, cirugía urgente hasta tratamiento antibiótico).

Si falta la fecha del alta en alguno de los pacientes no se podrá comprobar las fechas de finalización de los informes que vienen a continuación, primero tienen que estar los datos. Si se da el caso, el programa envía un mensaje avisando.

- **Antibióticos en los que la fecha de finalización** es posterior al alta.

- **Pacientes en los que la fecha de finalización de la intubación o traqueostomía** es posterior al alta.

- **Pacientes en los que la fecha de finalización del catéter venoso central o PICC** es posterior al alta.

- **Pacientes en los que la fecha de finalización del catéter arterial** es posterior al alta.
- **Pacientes en los que la fecha de finalización de la nutrición** es posterior al alta.
- **Pacientes en los que la fecha de finalización del sondaje urinario** es posterior al alta.

ENVIN SIMPLIFICADO

Dado que cada vez son más los hospitales que utilizan esta herramienta informática para la vigilancia continua de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, se ha creado una base de datos más simple, donde no es necesario introducir todos los datos que hasta ahora son obligatorios, el **ENVIN simplificado**.

Objetivo

El objetivo principal del ENVIN SIMPLIFICADO es conocer la incidencia de infección asociada a la asistencia sanitaria INTRAUCI con rapidez y regularidad.

Para ello es preciso:

- Recoger datos de una muestra representativa de las UCI, que permita la estimación válida de las tasas de infección asociada a la asistencia sanitaria.
- Analizar y difundir los datos de vigilancia de infección asociada a la asistencia sanitaria para reconocer la tendencia en las tasas de infección, los patógenos nosocomiales y la resistencia antimicrobiana.
- Proporcionar datos de infección asociada a la asistencia sanitaria ajustada al riesgo, con el fin de ser comparables.
- Ayudar a las UCI con métodos de vigilancia y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria que permitan un reconocimiento rápido de los problemas, y con ello las intervenciones adecuadas.
- Realizar estudios de colaboración entre las distintas UCI y con otras instituciones (NNIS, CDC), por ejemplo, en la descripción de infecciones y patógenos emergentes, en la valoración de la importancia potencial de los factores de riesgo, en caracterizar los patógenos nosocomiales y evaluar estrategias alternativas de prevención y control.
- Además, el ENVIN simplificado sirve **de puerta de entrada** para rellenar BZero, NZero, RZero e ITU-Zero.

Pacientes de estudio

En el **ENVIN SIMPLIFICADO** sólo se introducen los datos de los pacientes cuya estancia es mayor de 1 día y han adquirido al menos una infección relacionada con la asistencia sanitaria **INTRAUCI** (no se introducen los datos de los pacientes no infectados ni aquéllos que habiendo adquirido una infección IntraUCI, ésta no es de las contempladas en el estudio (ver más adelante). También se introducen los datos de los pacientes con colonización o infección por bacterias multirresistentes.

Advertencia: en los pacientes registrados con el ENVIN simplificado que se han introducido para registrar microorganismos multirresistentes pero que no han adquirido infecciones intraUCI, saldrá un aviso en el listado (un signo de advertencia) porque no hay ninguna infección incluida. Solo debemos prestar atención a esta advertencia si existe alguna infección que registrar.

Período de seguimiento

Desde el ingreso en la UCI hasta el alta de la Unidad.

Infecciones objeto de estudio

- Neumonías asociadas a ventilación mecánica
- Infecciones urinarias asociadas a sondaje
- Bacteriemias de foco desconocido
- Bacteriemias secundarias a infección de catéter
- Bacteriemias secundarias a infección de otro foco

Formularios del ENVIN SIMPLIFICADO

Este modelo de entrada de datos utiliza las **mismas tablas** que el ENVIN **completo**. Este hecho es importante porque de este modo durante los tres meses que dura el ENVIN COMPLETO, se introducen datos que se acumulan a los ya introducidos durante el resto del año en el ENVIN SIMPLIFICADO.

Los formularios en los que se pueden introducir datos en el ENVIN SIMPLIFICADO son las siguientes:

Ficha de ingreso: Similar al ENVIN completo.

Módulo de infecciones: Se rellena igual que en el ENVIN completo, incluyendo la selección de microorganismos y los antibiogramas.

Los resultados se obtienen en el apartado **Informes: ENVIN simplificado** y son los siguientes:

Infecciones intraUCI: Se obtiene un listado de todas las infecciones intraUCI introducidas en el periodo de tiempo seleccionado y todos los microorganismos. Además, un contaje y tasas globales de las infecciones recogidas en el ENVIN.

Neumonía, infecciones urinarias, bacteriemias de foco desconocido, secundarias a catéter y bacteriemias secundarias a otros focos: Se obtienen las tasas y etiología de cada infección recogida en el ENVIN. Se expresan por pacientes, días de estancia y días de dispositivo.

Marcadores de resistencia: Se describen la sensibilidad y resistencia de los antibióticos seleccionados para *Escherichia coli*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus coagulasa negativa*, *Enterobacter* y *Enterococcus*.

Gráficos (NAVM, ITU-SU, BAC): Se muestran distintas gráficas con la incidencia mensual de cada una de las infecciones.

MANUAL PEDIÁTRICO

Complementario al Manual General.

En caso de dudas contactar con las responsables:

Iolanda Jordan García: ijordan@hsjdbcn.org

Elena Fresán Ruiz: efresan@hsjdbcn.es

Juan Carlos de Carlos: juanc.decarlos@ssib.es

María Slocker Barrio: mslocker@gmail.com

MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Sujetos de Estudio

1.1.- Criterios de Inclusión

Los pacientes objeto de estudio son todos los niños mayores de 1 mes ingresados más de 1 día en los Servicios de Medicina Intensiva durante el periodo de control.

Se considera más de 1 día cuando la diferencia entre la fecha de alta menos la fecha de ingreso es mayor de 24 horas.

1.2.- Criterios de exclusión

Neonatos (menores 1 mes de vida).

Aquellos pacientes *ingresados antes del periodo de estudio* y que permanecen ingresados durante la fase de estudio, no serán incluidos en el estudio.

2.- Período de estudio: durante tres meses cada año.

Cada año se comunicará con antelación el periodo de estudio obligatorio en el que se deben incluir los datos del ENVIN-HELICS completo.

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

Desde el ingreso en UCI hasta el alta de la UCI.

El período de seguimiento de un paciente será **60 días** para el Informe Envin, aunque en el HELICS se hace una vigilancia durante todo el ingreso del paciente.

Para los proyectos Tolerancia **Zero** el tiempo de seguimiento es hasta el alta del paciente de la UCI, por lo tanto, si se siguen estos registros, deben recogerse las infecciones/colonizaciones independientemente del tiempo que estén ingresados.

4.- Infecciones objeto de estudio.

Para el estudio nacional será **obligatorio** incluir todos los episodios de las siguientes **infecciones adquiridas en la UCI:**

- *Neumonías asociadas a ventilación mecánica.*
- *Traqueobronquitis asociada 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 CALCULA LAS BACTERIEMIAS PRIMARIAS COMO LA SUMA DE LAS BACTERIEMIAS DE ORIGEN DESCONOCIDO Y LAS BACTERIEMIAS SECUNDARIAS A INFECCIÓN DE CATÉTER.

Durante el período de estudio de cada paciente: hasta el alta de la UCI o hasta una estancia de 60 días (aunque se pueden registrar las infecciones hasta el alta).

INTRODUCCIÓN DE DATOS

PRIMS III: debe ser calculado de forma manual e incorporar la cifra obtenida.

(Pollack MM, Patel KM, Ruttimann UE. PRISM III: An updated Pediatric Risk of Mortality score. *Crit Care Med.* 1996; 24: 743 – 52.)

INFECCIONES

Diagnóstico de sepsis:

En la recogida de datos de adultos se han actualizado las definiciones de sepsis, adaptándolas a las propuestas en 2016 (Shankar-Hari M, Phillips GS, Levy ML, et al. Sepsis Definitions Task Force. Developing a new definition and assessing new clinical criteria for septic shock: for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016; 315 (8): 775 - 787. doi:10.1001/jama.2016.0289). Por lo tanto, se elimina el término de sepsis grave.

En pediatría continuaremos de momento utilizando los **criterios de Goldstein de 2005**, por lo que se debe tener en cuenta para introducir los pacientes pediátricos en la base ENVIN que:

- **Los pacientes que según criterios pediátricos correspondan a sepsis y sepsis grave se introducirán como SEPSIS en la base ENVIN 2026.**
- **Los que por criterios pediátricos correspondan a shock séptico serán igualmente shock séptico en la base actual ENVIN 2026.**

Respuesta inflamatoria-Criterios Pediátricos (Goldstein B, Giroir B, Randolph A. *International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics*". *Pediatr Crit Care Med* 2005; 6: 2 - 8.)

• **Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS):** presencia de, al menos, dos de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser alteración de la temperatura o del recuento leucocitario:

- Temperatura >38,5°C o <36°C.
- Taquicardia (definida como FC media >2 DS por encima de la normal para la edad del paciente). Para niños menores de 1 año también se considera la bradicardia (< percentil 10 para su edad en ausencia de estímulo vagal, medicación betabloqueante o cardiopatía congénita).
- Taquipnea (definida como FR media >2 DS por encima de lo normal para la edad del paciente).

– Recuento leucocitario elevado o disminuido para su edad (no secundario a quimioterapia) o > 10 % de neutrófilos inmaduros.

• **Sepsis:** SIRS en presencia o como resultado de una infección sospechada o confirmada.

• **Sepsis grave:** sepsis y uno de los siguientes criterios:

- Disfunción cardiovascular.
- Síndrome de distrés respiratorio agudo.
- Disfunción de 2 o más órganos (definidos en “criterios de disfunción orgánica”).

• **Shock séptico:** sepsis grave con disfunción orgánica cardiovascular, que provoca hipoperfusión o hipotensión a pesar de un adecuado tratamiento con líquidos (≥ 40 ml/kg en 1 hora).

Criterios de disfunción orgánica:

Disfunción cardiovascular

Tras administración de fluidos isotónicos ≥ 40 ml/kg en 1h:

- Hipotensión arterial $< p5$ para su edad o TAS < 2 DE por debajo de normal para su edad.
- Necesidad de drogas vasoactivas para mantener TA en rango normal (dopamina > 5 mcg/kg/min o cualquier dosis de adrenalina, noradrenalina o dobutamina).
- Dos de los siguientes:
 - Acidosis metabólica inexplicable: déficit de bases < 5 mEq/L.
 - Incremento de lactato arterial > 2 veces por encima del normal.
 - Oliguria $< 0,5$ ml/kg/h.
 - Relleno capilar alargado > 5 seg.
 - Gradiente de Tª central-periférica $> 3^{\circ}\text{C}$.

Disfunción respiratoria

- PaO₂/FiO₂ < 300 , sin cardiopatía cianótica o enfermedad pulmonar previas.
- PaCO₂ > 65 mmHg (o 20 mmHg sobre la PaCO₂ basal).
- Necesidad de FiO₂ $> 50\%$ para SatO₂ $> 92\%$.

Disfunción neurológica

- Escala de coma de Glasgow ≤ 11
- Cambio brusco con descenso de ≥ 3 puntos desde una escala basal.

Disfunción hematológica

- Recuento plaquetario $< 80.000/\text{mm}^3$ o descenso del 50% del valor previo anterior a 3 últimos días (en pacientes crónicos hemato-oncológicos).
- Relación internacional normalizada (INR) > 2 .

Disfunción renal

- Creatinina sérica ≥ 2 veces por encima del límite para su edad o el doble de la basal.

Disfunción hepática

- Bilirrubina total ≥ 4 mg/dl (no en neonatos).
- ALT 2 veces por encima del límite normal para su edad.

TABLA DE CONSTANTES VITALES

Edad	Frecuencia Cardíaca (latidos/minuto)		Frecuencia Respiratoria (respiraciones/minuto)	Leucocitos (Leucocitos x $10^3/\text{mm}^3$)	TAS (mmHg)
	Taquicardia	Bradicardia			
0 días a 1 sem	>180	<100	>50	>34	<59
1 sem a 1 mes	>180	<100	>40	>19.5 ó <5	<69
1 mes a 1 año	>180	<90	>34	>17.5 ó <5	<75
2-5 años	>140	NA	>22	>15.5 ó <6	<74
6-12 años	>130	NA	>18	>13.5 ó <4.5	<83
13 a <18 años	>110	NA	>14	>11 ó <4.5	<90

Límites de normalidad

[Variables de signos vitales y de laboratorio en función de la edad (valor inferior de frecuencia cardíaca, leucocitos y presión arterial es el percentil 5 y valor superior de frecuencia cardíaca, respiratoria y leucocitos es el percentil 95)]

DEFINICIONES DE LAS INFECCIONES EN PEDIATRÍA

DEFINICION DE CASO DE BACTERIEMIA

Se considera una sola opción:

- Un hemocultivo positivo para un patógeno reconocido, **ó**
- El paciente presenta al menos uno de los siguientes signos o síntomas:
 - Fiebre $>38^\circ\text{C}$, temblores o hipotensión.
 - En pacientes **menores de un año**, se aceptan síntomas como fiebre $>38^\circ\text{C}$ (central), hipotermia $<36^\circ\text{C}$ (central), apnea o bradicardia.
 - Y uno de los siguientes apartados:
 - Aislamiento del mismo microorganismos contaminante habitual de la piel (*Staphylococcus* plasm-coagulasa negativos, *Propionibacterium sp.*, *Bacillus sp.*, *Difteroides...*) en **dos o más** hemocultivos, obtenidos de forma no simultánea pero sí en $<$ de 48 horas de diferencia.
 - Ag positivo en sangre (ej: *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* o *Streptococcus grupo B*).

Cuando se incluya uno de estos microorganismos saldrá un mensaje que dice: “Para seleccionar este microorganismo, debe tener dos frascos de hemocultivos positivos”.

BACTERIEMIA SECUNDARIA A INFECCIÓN DE CATÉTER (BACTERIEMIA RELACIONADA CON CATÉTER).

Se considerará **bacteriemia relacionada con catéter (BRC)** cuando exista bacteriemia en un paciente portador de un catéter intravascular y no se identifique otro foco infeccioso evidente que explique el episodio.

Para su diagnóstico se aceptará cualquiera de los siguientes criterios microbiológicos o combinaciones clínico-microbiológicas:

1. Bacteriemia (o funguemia) relacionada con catéter (diagnóstico tras retirada del mismo):

Aislamiento del mismo microorganismo (especie e idéntico antibiograma) en hemocultivo extraído de vena periférica y en un cultivo cuantitativo o semicuantitativo de punta de catéter en un paciente con cuadro clínico de sepsis, y sin otro foco aparente de infección. En caso de *Staphylococcus* coagulasa negativos (SCN) se exigirá el aislamiento del microorganismo al menos en dos 2 frascos de hemocultivos periféricos.

También se debe considerar bacteriemia relacionada con catéter si el hemocultivo es positivo y el paciente mejora clínicamente en las 48 horas siguientes tras la retirada del catéter.

2. Bacteriemia (o funguemia) relacionada con catéter (diagnóstico SIN retirada del mismo o SIN cultivo de la punta):

Hemocultivos pareados:

Cuadro clínico de sepsis, sin otro foco aparente de infección, en el que se aísla el mismo microorganismo en hemocultivos simultáneos cuantitativos:

- En una **proporción** superior o igual a 5:1 en las muestras extraídas a través de catéter respecto a las obtenidas por venopunción.

ó

- **Retraso diferencial** en la positividad de los hemocultivos. El cultivo de la muestra de sangre obtenida del catéter venoso central (CVC) resulta positivo 2 horas o más antes que el cultivo de sangre periférica ;

Hemocultivos seriados:

El crecimiento del primer hemocultivo con tiempo de detección inferior a la del segundo o tercero es sugestivo de infección por catéter. Normalmente se realizarán 2 hemocultivos seriados y se reservará hacer 3 seriados en los casos de

persistencia de fiebre tras antibiòticoterapia. Entre la toma de los dos hemocultivos no debe haber más de 30' de diferencia. En pacientes oncològicos en aplasia o lactantes suele ser el procedimiento habitual, por las dificultades en la venopunción.

Supurada: Cuadro clínicu de sepsis, sin otro foco aparente de infección con cultivo positivo con el mismo microorganismo en pus procedente del sitio de inserción.

BACTERIEMIA SECUNDARIA

- Bacteriemia (o funguemia o viremia) secundaria:

Cuadro clínicu de sepsis, en el que se aísla uno o más microorganismos en uno o más hemocultivos en un paciente con un foco de infección conocido, siempre que exista:

- a) Coincidencia entre los microorganismos aislados en el foco de infección y en el hemocultivo.
- b) En ausencia de microorganismos en la infección conocida, si los microorganismos aislados en el hemocultivo son compatibles con el foco de infección (*Bacteroides fragilis* en sangre y foco de infección abdominal).
- c) La bacteriemia relacionada con los líquidos de infusión se considera secundaria.

BACTERIEMIA DE FOCO DESCONOCIDO

- Episodio de bacteriemia en el que no es posible identificar ningún foco (catéter u otros focos).

BACTERIEMIA PRIMARIA

- Es la suma de las bacteriemias secundarias a infección de catéter (o relacionadas con catéter) y las de foco desconocido.

DEFINICIÓN DE CASO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN UCI

Criterios radiológicos: (siempre deben existir para el diagnóstico de neumonía)

- a) En pacientes sin patología pulmonar o cardíaca conocidas (SDRA, DBP, EAP) y no intubados con **UN** hallazgo radiográfico es suficiente.
- b) En pacientes ventilados o con enfermedad pulmonar o cardíaca de base, el diagnóstico de neumonía nosocomial es evolutivo y precisa de **DOS** imágenes radiológicas patológicas en el 2º y 7º día del proceso (*la neumonía es un proceso que no se resuelve rápidamente, y si desapareciese, se trataría de otro proceso*).
 - Consolidación / aumento de trama focal / aumento de densidad
 - Nuevo infiltrado o aumento de tamaño de un hallazgo previo
 - Infiltrado persistente
 - Cavitación
 - Pneumatoceles (< 1año)

Criterios clínico-analíticos

1.1- Pacientes menores de un año: empeoramiento en características ventilatorias (aumento de las necesidades de oxigenoterapia, aumento de los parámetros del ventilador, desaturaciones) y al menos **TRES** de los siguientes criterios:

- g) Temperatura inestable sin causa reconocida.
- g) Leucopenia $< 4.000/mm^3$ ó leucocitosis ($>15.000/mm^3$) y desviación a la izquierda ($>10\%$ NB).
- g) Bradicardia <100 ppm o taquicardia >170 ppm
- g) Espudo purulento, cambios en las características del esputo, aumento de secreciones respiratorias o aumento de las necesidades de aspiración.
- g) Distrés respiratorio / Apnea
- g) Auscultación patológica (sibilantes, crepitantes, roncus)
- g) Bradicardia o taquicardia ($<100x'$ o $> 170x'$ respectivamente)

1.2- Pacientes entre 1 año-12 años: empeoramiento en características ventilatorias (aumento de las necesidades de oxigenoterapia, aumento de los parámetros del ventilador, desaturaciones) y al menos **TRES** de los siguientes criterios:

- e) Fiebre ($<38^{\circ}C$) o hipotermia ($<37^{\circ}C$) sin causa reconocida.
- e) Leucopenia $< 4.000 /mm^3$ ó leucocitosis ($>15.000/mm^3$)
- e) Espudo purulento, cambios en las características del esputo, aumento de secreciones respiratorias o aumento de las necesidades de aspiración
- e) Distrés respiratorio/ Apnea
- e) Auscultación patológica (sibilantes, crepitantes, roncus)

1.3 Pacientes >12 años: empeoramiento en características ventilatorias (aumento de las necesidades de oxigenoterapia, aumento de los parámetros del ventilador, desaturaciones) y al menos:

UNO de los siguientes síntomas:

- a) Fiebre $>38^{\circ} C$ sin causa reconocida
- b) Leucopenia $<4.000 /mm^3$ ó leucocitosis $>15.000 /mm^3$

DOS de los siguientes signos:

- c) Espudo purulento, cambios en las características del esputo, aumento de secreciones respiratorias o aumento de las necesidades de aspiración.
- c) Distrés respiratorio.
- c) Auscultación patológica (roncus, estertores, crepitantes)

a- Diagnóstico bacteriológico realizado mediante:

Cultivo cuantitativo positivo a partir de una muestra mínimamente contaminada del tracto respiratorio inferior (TRI)..... (N1)

- Lavado broncoalveolar (LBA) con un cutoff de $\geq 10^4$ ufc/ml o $\geq 5\%$ de células conteniendo bacterias intracelulares al examen microscópico directo en muestra de LBA (clasificado en la categoría diagnóstica LBA).
- Cepillo protegido (CP Wimberley) con un cutoff de $\geq 10^3$ ufc/ml.
- Aspirado distal protegido (ADP) con un cutoff de $\geq 10^3$ ufc/ml.

Cultivo cuantitativo positivo a partir de una **muestra posiblemente contaminada del TRI**
..... (N2)

- Cultivo cuantitativo de muestra del TRI (aspirado endotraqueal) con un cutoff de 10^6 ufc/ml.

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*):
 - Detección positiva de antígeno microbiano o material genético en líquido pleural o tejido, p. ej.: NAAT (incluyendo RT-PCR y PCR múltiple), RADT, EIA, etc.
 - 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*).

c- Otros

- Cultivo positivo de esputo o no-cuantitativo de muestra de TR..... (N4)
- Sin microbiología positiva..... (N5)

El programa mostrará un encabezado con el grupo de técnica al que corresponde y con controles para que el número de colonias corresponda al grupo que se ha asignado.

Algunas **etiologías** son **muy improbables** como causantes de infección y su aislamiento en muestras respiratorias corresponde en realidad a colonizaciones. Estos patógenos son en general cualquier especie de *Cándida* (independientemente de su concentración en la muestra respiratoria), *Staphylococcus* coagulasa negativo y el resto de contaminantes de piel. Cuando se asigne esta etiología saldrá el mensaje “Este microorganismo es poco probable como etiología de una neumonía”, para recordar que lo más probable es que se trate de una colonización.

Las **reactivaciones víricas** de microorganismos previamente **latentes** en el hospedador, no tendrán consideración de neumonía asociada a ventilación mecánica, independientemente de la temporalidad en la que se da, ya que la fisiopatología y manejo de la misma difiere sustancialmente de aquellas sí catalogadas como tal.

En el caso de registrar una neumonía ocasionada por ***Aspergillus spp.*** en el momento de introducir el patógeno en la página de infecciones, se abrirá una pestaña donde se deben de seleccionar las pruebas microbiológicas y/o histológicas utilizadas para el diagnóstico (cultivo de BAS o BAL, Galactomanano en BAL y/o suero, tinciones, *Lateral Flow Assay*, PCR, etc.) o si existe confirmación definitiva de la infección (biopsia, histología, PCR por punción, etc.).

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:

- b) 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**.

Traqueobronquitis por *Aspergillus spp.*

Para el diagnóstico de traqueobronquitis aspergilar se han adoptado la definición de consenso FUNDICU.

Bassetti M, et al Invasive Fungal Diseases in Adult Patients in Intensive Care Unit (FUNDICU): 2024 consensus definitions from ESGCIP, EFISG, ESICM, ECMM, MSGERC, ISAC, and ISHAM. Intensive Care Med. 2024 Apr;50(4):502-515. doi: 10.1007/s00134-024-07341-7. Epub 2024 Mar 21. PMID: 38512399; PMCID: PMC11018656.

- Para el diagnóstico de **traqueobronquitis probable** se requiere:
 - b) Presencia de ulceraciones, nódulos, pseudomembranas, placas o escaras objetivadas en la exploración fibrobronoscópica

Y

- b) Al menos uno de los siguientes:
 - Detección de elementos fúngicos en el BAL: cultivo o PCR de BAL positivos,
 - ó Galactomanano > 0,5 en suero,
 - lateral flow assays (LFA) > 0,5 en suero,
 - ó Galactomanano > 1,0 en BAL, o LFA en BAL > 1,0.

En el caso de pacientes con enfermedad respiratoria crónica, los resultados de cultivo y PCR de BAL, deben de confirmarse con test de galactomanano positivo para descartar la colonización o la aspergilosis crónica.

- Para el diagnóstico de **certeza de traqueobronquitis** se precisa: Al menos uno de los siguientes:
 - Detección de hifas en el examen histopatológico ó microscópico directo, mostrando crecimiento invasivo con lesión tisular,
 - Aislamiento de *Aspergillus* spp. en cultivo o evidencia histológica o microscópica del mismo,
 - o PCR obtenida mediante aspiración estéril
 - o Biopsia pulmonar que evidencia un proceso infeccioso.

Al igual que la infección pulmonar invasiva por *Aspergillus* spp. al introducir el patógeno en la página de infecciones se abrirá una pestaña para seleccionar los test micológicos utilizados para el diagnóstico, o indicar que se trata de una infección probada.

DEFINICION DE CASO DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDAJE URINARIO.

- Los signos clínicos y/o microbiológicos necesarios para el diagnóstico de Infección Urinaria no deben estar presentes ni en periodo de incubación en el momento del sondaje urinario.
- Criterios clínicos: Debe de cumplir al menos uno de los siguientes síntomas o signos:
 - a.- Fiebre > 38º
 - b.- Tensión en zona suprapúbica o urgencia urinaria
 - c.- Piuria: ≥ 10 leucocitos/ mL. o ≥ 3 leucocitos/ mL. a la inspección de una muestra de orina no centrifugada con un objetivo de gran aumento.
- y**
- Criterios microbiológicos:
 - a.- Pacientes **sin** tratamiento antibiótico:
Cultivo de orina: con aislamiento de $\geq 10^5$ ufc/mL de no más de dos microorganismos.
 - b.- Pacientes **con** tratamiento antibiótico:
Cultivo de orina con aislamiento en un urocultivo de $< 10^5$ ufc/mL de un único microorganismo.

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 el sobrediagnóstico**.

En general, cuando se aísla más de un microorganismo en el urocultivo se considera que la muestra está contaminada y por lo tanto se debe repetir el urocultivo.

TABLAS DE CÓDIGOS

1.- Códigos de las Unidades colaboradoras

En la lista aparecen los códigos de las unidades que han colaborado en ENVIN durante los últimos años y las nuevas UCI-Pediátricas (UCI-P).

Hospital General Virgen del Rocío	0001
Hospital Materno-Infantil Virgen del Rocío (UCIP)	0002
Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío	0003
Hospital Universitario Virgen de Valme	0005
Hospital Universitario Virgen Macarena	0006
Hospital de la Merced	0010
Hospital Regional Universitario de Málaga	0015
Hospital Regional de Málaga (UCIP)	0017
Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón de Sevilla	0018
Hospital Emergencias CoVID Virgen del Rocío	0023
Hospital Comarcal de la Axarquía	0024
Hospital de la Serranía de Ronda	0025
Hospital Universitario Virgen de la Victoria	0027
Hospital Xanit Internacional	0028
Hospital Universitario Costa del Sol	0029
Hospital Médico-Quirúrgico. Complejo Hospitalario de Jaén	0030
Hospital San Juan de la Cruz	0031
Hospital San Agustín de Linares	0032
Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén	0033
Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario de Jaén (UCIP)	0034
Hospital Alto Guadalquivir	0035
Hospital Vithas La Salud de Granada	0039
Hospital Universitario Clínico San Cecilio	0041
Hospital Materno-Infantil Virgen de las Nieves (UCIP)	0042
Hospital Médico-Quirúrgico Virgen de las Nieves	0043
Hospital de Neurotraumatología y Rehabilitación Virgen de las Nieves	0044
Hospital General Básico de Baza	0045
Hospital General Básico Santa Ana	0046
Hospital Médico-Quirúrgico Virgen de las Nieves (UC y UCC)	0047
Hospital Médico-Quirúrgico Virgen de las Nieves (U Coronaria)	0049
Hospital Universitario Puerta del Mar	0051
Hospital Jerez de la Frontera	0056
Hospital Universitario de Puerto Real	0057
Hospital Punta de Europa	0058

Hospital Universitario Reina Sofía (UCIP)	0062
Hospital Quirónsalud de Córdoba	0064
Hospital Universitario Reina Sofía	0065
Hospital Valle de los Pedroches	0067
Hospital Infanta Margarita	0068
Hospital San Juan de Dios de Córdoba	0070
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Complejo Hospitalario de Huelva	0071
Hospital Infanta Elena	0072
Hospital General Básico de Riotinto	0073
Hospital Quirón Salud Huelva	0074
Hospital Universitario Torrecárdenas (UCIP)	0081
Hospital Universitario Torrecárdenas	0082
Hospital de Poniente	0083
Hospital Comarcal La Inmaculada	0085
Hospital de la Línea de la Concepción	0091
Hospital Comarcal de Melilla (INGESA)	0093
Hospital Universitario de Ceuta	0095
Hospital Universitario Miguel Servet (UCIP)	0100
Hospital Universitario Miguel Servet (U Polivalente)	0101
Hospital Universitario Miguel Servet (U Coronaria - UCI B)	0102
Hospital Universitario Miguel Servet (U Traumatología)	0103
Hospital Universitario Miguel Servet (UPCC)	0104
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (U Quirúrgica)	0105
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (U Médica)	0107
Hospital Royo Villanova	0108
Hospital Militar General de la Defensa Zaragoza	0109
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (U Polivalente)	0110
Hospital Real Nuestra Señora de Gracia	0112
Hospital Quirónsalud Zaragoza	0116
Hospital Viamed Montecanal	0120
Hospital General San Jorge	0121
Hospital de Barbastro	0123
Hospital Obispo Polanco	0126
Hospital Universitario Central de Asturias (U Polivalente)	0151
Hospital Universitario Central de Asturias (U Cardíaca)	0153
Hospital Universitario Central de Asturias (U Neurotrauma)	0155
Hospital Centro Médico de Asturias (U Polivalente)	0156
Hospital de Cabueñes	0161
Hospital Universitario de San Agustín	0164
Hospital Valle del Nalón	0176
Hospital Universitario Son Espases	0181

Hospital Quirón salud Palmaplanas	0182
Hospital Juaneda Miramar	0183
Hospital Son Llätzer	0184
Hospital Universitario Son Espases (Reanimación)	0185
Fundación Hospital Manacor	0186
Clínica Rotger	0187
Hospital Comarcal de Inca	0189
Hospital Universitario Son Espases (UCIP)	0190
Hospital Can Misses	0191
Hospital Mateu Orfila	0192
Policlínica Nuestra Señora del Rosario	0193
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria	0220
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín (U Cardiología)	0221
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín (Reanimación)	0222
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín (U Neurotrauma)	0225
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín (U Polivalente)	0226
Hospital Insular Materno Infantil de Gran Canaria (UCIP)	0227
Hospital Universitario Doctor José Molina Orosa de Lanzarote	0231
Hospital Universitario de Canarias (UPCC)	0234
Hospital General de Fuerteventura	0235
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (UCIP)	0238
Hospital Universitario de Canarias (U Polivalente)	0240
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (U Polivalente)	0241
Hospital Quirónsalud Tenerife	0242
Hospital Universitario de La Palma	0243
Hospital Universitario de Canarias (U Neurotrauma)	0245
Hospital Vithas Las Palmas	0250
Hospital Sierrallana	0263
Hospital General Universitario de Toledo (U Polivalente)	0302
Hospital Nacional de Paraplégicos	0303
Hospital Virgen de la Salud (UPCC)	0304
Hospital Quirónsalud Toledo	0306
Complejo Hospitalario Universitario de Toledo (UCIP)	0307
Hospital Nuestra Señora del Prado	0310
Hospital General Universitario de Albacete	0341
Hospital General de Almansa	0343
Hospital Santa Bárbara	0345
Hospital General de Ciudad Real	0348
Hospital La Mancha Centro	0349
Hospital Universitario de Guadalajara	0351
Hospital de Hellín	0352

Hospital Virgen de la Luz	0353
Hospital Universitario Río Hortega (U Quemados)	0400
Hospital Universitario Río Hortega	0401
Hospital Clínico Universitario de Valladolid	0402
Hospital Clínico Universitario de Valladolid (U Cardiología)	0403
Hospital Universitario Río Hortega (U Biocontención)	0406
Hospital Clínico Universitario de Valladolid (U Reanimación)	0407
Hospital Recoletas Campo Grande. Valladolid	0408
Hospital Virgen de la Vega	0411
Hospital Clínico Universitario de Salamanca	0412
Hospital Clínico de Salamanca (UCIP)	0416
Complejo Asistencial de Soria	0431
Complejo Asistencial de Segovia	0441
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles	0451
Hospital Universitario de Burgos	0461
Hospital Universitario de Burgos (UCIP)	0463
Hospital de León (U Reanimación)	0469
Hospital de León (U Polivalente)	0471
Hospital El Bierzo	0477
Hospital Río Carrión	0481
Hospital Virgen de la Concha	0485
Clínica del Pilar	0493
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron	0494
Hospital Vall d'Hebron Traumatología (U Quemados)	0495
Hospital Universitari General de Catalunya (UCIP)	0496
Hospital General Universitario Vall d'Hebron (U Reanimación)	0498
Idcsalud Hospital General de Catalunya	0500
Hospital General Universitario Vall d'Hebron (U Polivalente)	0501
Hospital General Universitario Vall d'Hebron (U Coronaria)	0502
Hospital de Traumatología Vall d'Hebron (U Traumatológica)	0503
Hospital General Vall d'Hebron (UPCC)	0504
Hospital Clínic de Barcelona (U Quirúrgica)	0505
Hospital Asepeyo Sant Cugat	0507
Hospital de Sant Pau (U Polivalente)	0508
Hospital Delfos	0510
Parc de Salut Mar. Hospital del Mar	0511
Hospital Plató	0514
Hospital Universitari Sagrat Cor	0516
Hospital Sant Joan de Déu (UCIP)	0517
Hospital Universitario de Bellvitge	0518
Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Hospital de Sant Boi	0520

Hospital de Barcelona (SCIAS)	0521
Hospital Quirónsalud Badalona	0523
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol	0524
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (UCIP)	0525
Clínica Nostra Senyora del Remei	0528
Clínica Corachan	0530
Hospital Universitario Mutua Terrassa	0531
Hospital de Terrassa	0532
Hospital Quirónsalud Barcelona	0533
Centro Médico Teknon	0534
Hospital Universitario Parc Tauli	0535
Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme	0536
Clínica Diagonal	0537
Hospital de Sant Camil. Consorci Sanitari Alt Penedès Garraf	0539
Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi	0542
Hospital Sant Joan de Deu de Manresa	0544
Hospital de Igualada	0546
Hospital Sanitas CIMA de Barcelona	0547
Hospital Universitari General de Granollers	0550
Clínica Girona	0559
Hospital Universitari de Girona Doctor Josep Trueta	0560
Hospital de Santa Caterina de Salt	0561
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida	0570
Hospital Universitario Santa María	0572
Hospital Universitari Joan XXIII	0580
Xarxa Sanitària i Social de Santa Tecla	0582
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus	0585
Hospital Verge de la Cinta	0587
Hospital NostraSenyora de Meritxell	0591
Hospital Universitario Parc Taulí (UCIP)	0592
Hospital Quirónsalud CLIDEBA	0649
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (UCI 2)	0651
Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (UCI 3)	0652
Hospital Universitario de Badajoz (UCI 1)	0654
Hospital Don Benito-Villanueva	0655
Hospital de Mérida	0657
Hospital San Pedro de Alcántara	0660
Hospital Universitario de Cáceres (U Médica)	0661
Hospital San Pedro	0665
Hospital Virgen del Puerto	0677
Hospital Quirón Salud A Coruña	0685

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (UCIP)	0687
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (Reanimación)	0688
Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo (U Quemados)	0689
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (UCI 6)	0690
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (UCI 5)	0691
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (U Polivalente)	0692
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (U Reanimación)	0693
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Hospital de Conxo	0696
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (U Coronaria)	0697
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago (UCIP)	0698
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. H. Arquitecto Marcide	0700
Hospital Da Costa de Burela	0712
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (U Reanimación)	0714
Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (U Polivalente)	0717
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra (U Reanimación)	0720
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Hospital Montecelo	0721
Hospital Quirónsalud Miguel Domínguez	0723
Hospital Povisa	0730
Hospital Universitario La Paz (Rea-CQ Infantil)	0731
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H Álvaro Cunqueiro (Rea 2)	0732
Hospital Álvaro Cunqueiro (UCIP)	0733
MD Anderson Cancer Center Madrid	0735
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H Álvaro Cunqueiro (U Polivalente)	0736
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H Álvaro Cunqueiro (Rea 1)	0737
Hospital Universitario Lucus Augusti (U Reanimación)	0738
Hospital Universitario La Paz (U Postquirúrgica)	0739
Hospital Universitario Lucus Augusti (U Polivalente)	0740
Hospital Universitario Sanitas La Moraleja (U Polivalente)	0741
Hospital Rey Juan Carlos	0744
Hospital Universitario 12 de Octubre (U Cardiológica)	0746
Hospital Quirón Madrid	0745
Hospital Clínico San Carlos (U Médico-Quirúrgica)	0748
Hospital Clínico San Carlos (U Neuro-Politrauma)	0749
Hospital Clínico Universitario San Carlos (UCIP)	0750
Hospital Universitario La Paz (UCIP)	0751
Hospital Universitario La Paz (U Quemados)	0752
Hospital Universitario La Paz (U Polivalente)	0753
Hospital Universitario Vithas Madrid La Milagrosa	0754
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz	0755
Hospital Universitario Puerta de Hierro	0756
Hospital Ramón y Cajal	0757

Hospital Clínico San Carlos (U Cardiovascular)	0758
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	0759
Hospital Gregorio Marañón	0760
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús	0762
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla Centro Sanitario de Vida y Esperanza	0763
Hospital HLA Universitario Moncloa	0764
Hospital Universitario La Paz (Rea-Pediátrica)	0765
Hospital Universitario 12 de Octubre (U Polivalente)	0766
Hospital Universitario 12 de Octubre (U Trauma y Emergencias)	0767
Hospital Universitario HM Sanchinarro	0768
Fundación Jiménez Díaz (UCIP)	0770
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	0771
Hospital Rúber Internacional	0772
Hospital Ramón y Cajal (UCIP)	0773
Hospital Universitario 12 de Octubre (UCIP)	0774
Hospital Universitario de Móstoles	0775
Hospital Virgen del Mar	0777
Hospital Universitario 12 de Octubre (Rea-Pediátrica)	0780
Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés	0781
Hospital del Henares	0782
Hospital Universitario de Getafe	0783
Hospital Infanta Cristina	0784
Hospital Universitario 12 de Octubre (U Cuidados Intensivos de Anestesia)	0785
Hospital General Universitario Gregorio Marañón (UCIP)	0787
Hospital Universitario de la Princesa	0790
Hospital Universitario de Fuenlabrada	0791
Hospital Universitario del Sureste	0792
Hospital Universitario del Tajo	0793
Hospital Universitario Infanta Sofía	0794
Hospital Universitario Vithas Madrid Aravaca	0795
Hospital Universitario HM Puerta del Sur	0796
Hospital Universitario HM Madrid	0797
Hospital Infanta Leonor	0798
Hospital Infanta Elena de Valdemoro	0799
Hospital de Torrejón	0800
Hospital Virgen de la Arrixaca	0801
Hospital General Universitario Morales Meseguer	0802
Hospital Universitario Vithas Arturo Soria	0803
Hospital Virgen de la Arrixaca (UCIP)	0804
Hospital La Vega	0806
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (U Quirúrgica)	0807

Hospital General de Villalba	0808
Hospital General Universitario Santa Lucía	0809
Hospital Quirónsalud Murcia	0810
Hospital Santa María del Rosell	0811
Hospital General Universitario Reina Sofía	0812
Hospital Rafael Méndez	0813
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor	0816
Hospital Universitario de Navarra (UCIP)	0820
Hospital Universitario de Navarra (UCI-A)	0821
Hospital Universitario de Navarra (UCI-B)	0822
Hospital Reina Sofía de Tudela	0823
Hospital García Orcoyen	0824
Hospital Universitario y Politécnico la Fe (UCIP)	0841
Hospital Universitario y Politécnico La Fe (U Reanimación)	0842
Hospital Universitario y Politécnico La Fe (U Médica)	0843
Hospital Arnau de Vilanova de Valencia	0845
Hospital Clínico Universitario de Valencia (U Polivalente)	0848
Hospital General Universitario de Valencia (U Polivalente)	0850
Hospital General de Requena	0853
Hospital Universitario Doctor Peset	0854
Hospital de Sagunto	0855
Hospital de la Ribera	0856
Hospital Clínico Universitario de Valencia (U Reanimación)	0857
Hospital Francesc de Borja de Gandía	0858
Hospital de Llíria	0859
Hospital Marina Baixa de Villajoyosa	0860
Hospital de Manises	0861
Hospital de Denia	0862
Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva	0871
Hospital Verge dels Liris de Alcoi	0873
Hospital de Torrevieja Salud	0877
Hospital de Vinalopó	0878
Hospital General Virgen de la Salud	0879
Hospital General Universitario de Alicante	0880
Hospital General Universitario de Elche	0881
Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant	0883
Hospital General Universitario de Alicante (UCIP)	0884
Clínica Vistahermosa. HLA Grupo Hospitalario	0885
Hospital General Universitario de Elche- UCI Quirúrgica	0886
Hospital Vega Baja de Orihuela	0890
Hospital General Universitario de Castellón	0891

Consortio Hospitalario Provincial de Castellón	0892
Hospital Comarcal de Vinaròs	0894
Hospital Universitario de La Plana. Villarreal	0896
Hospital Universitario de Alava - Santiago	0921
Hospital Universitario Donostia (UCIP)	0930
Hospital Universitario Donostia	0931
Hospital Universitario Donostia (U Reanimación)	0932
Hospital de Cruces (U Quemados)	0939
Hospital de Basurto (U Polivalente)	0940
Hospital de Galdakao	0941
Hospital de Cruces	0942
Hospital de Urduliz-Alfredo Espinosa	0944
Hospital de Basurto (Reacar)	0946
Hospital de Basurto (U Coronaria)	0947
Hospital de Galdakao (U Reanimación)	0951
Hospital Universitario de Cruces (UCIP)	0952
Hospital de Cruces (U Reanimación)	0953
Hospital San Eloy	0954
Hospital Vithas Málaga Parque San Antonio (U Polivalente)	0955
Hospital Universitari Dexeus	0956
Hospital Vithas Almeria	0957
Hospital Universitario de Vic (U Polivalente)	0958
Hospital Universitario La Paz (UCCQ)	0959
Hospital Universitario HM Rivas Vaciamadrid	0961
Hospital Universitario La Paz (U Quirúrgica 2)	0962
Hospital Universitario HM Madrid Río	0963
Hospital Universitario El Escorial	0964
Hospital Sanitas Valdedebas. Madrid	0965
Hospital Marqués de Valdecilla (UCI 1)	2611
Hospital Marqués de Valdecilla (U Politrauma -UCI 2)	2612
Hospital Marqués de Valdecilla (UCI 3)	2613
Hospital Marqués de Valdecilla (U Reanimación)	2615
Hospital Marqués de Valdecilla (UCIP)	2617

2.- Códigos del Diagnóstico

CARDIOCIRCULATORIO	100
Infarto de miocardio (I. ARRIT)	101
Ángor estable	102
Ángor inestable	103
Infarto agudo de miocardio complicado	104
Arritmias (inc. bloqueo aurículo ventricular)	105
Insuficiencia cardiaca congestiva	106
Edema agudo de pulmón cardiogénico	107
Paro cardiorrespiratorio	108
Crisis hipertensivas (Inc. ECLA)	109
Shock hipovolémico	110
Shock cardiogénico sin infarto	111
Shock séptico	112
Postoperatorio cirugía cardiaca	113
Sepsis	114
Politraumatismo sin trauma craneal	115
Shock anafiláctico	116
Otros (pericarditis..., etc.)	117
Endocarditis	118
Control postoperatorio de cirugía vascular	119
Cardiopatía congénita	125
Hipertensión pulmonar	126
RESPIRATORIO	200
Insuficiencia respiratoria crónica reagudizada. EPOC	201
Insuficiencia respiratoria aguda y S.D.R.A.	202
Asma	203
Insuficiencia ventilatoria postanestesia	204
Tromboembolia pulmonar	205
Neoplasias operadas o no	206
Neumonía o bronconeumonía	207
Postoperados tórax	208
Insuficiencia respiratoria de otras causas	209
Traumatismo torácico	210
Otros (laringuectomías, etc.)	211
Broncodisplasia	215
Hipoplasia pulmonar	216
Hernia diafragmática	217
Bronquiolitis	218
Estenosis traqueal congénita	220
Estenosis traqueal adquirida	221

DIGESTIVO	300
Hepatopatía crónica descompensada	301
Pancreatitis	302
Peritonitis	303
Fístulas digestivas	304
Hemorragia digestiva alta	305
Hepatitis	306
Postoperados neoplasias esofágicas	307
Postoperados resección intestinal	308
Otros postoperados	309
Traumas abdominales	310
Otros digestivo	311
Atresia de esófago	315
Atresia de vías biliares	316
Atresia-estenosis duodenal	317
Enterocolitis	318
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	400
Accidente vascular cerebral	401
Coma estructural no tóxico	402
Traumatismo craneoencefálico	403
TCE y otros traumas asociados	404
Postoperados neurológicos	405
Intoxicaciones farmacológicas	406
Tétanos	407
Guillain-Barré y otros síndromes.	408
Convulsiones	409
Meningitis o encefalitis	410
Otros sistema nervioso central	411
Sobredosis	412
Encefalopatía congénita	415
Encefalopatía adquirida	416
Meningitis secundaria a dispositivos ventriculares	417
RENAL	500
Fracaso renal agudo	501
Fracaso renal crónico agudizado	502
Postoperado urológico	503
Otros renal	504

METABÓLICO	600
Descompensación diabética	601
Deshidratación	602
Diselectrolitemias	603
Nutrición parenteral	604
Otros (incluye endocrinopatías)	605
Metabolopatía	607
HEMATOLÓGICO	700
Coagulación intravascular	701
Otros hematológico	702
SIDA	703
Anemia congénita	707
Inmunodeficiencia primaria	708
TRAUMATOLOGÍA	800
Lesión medular	801
Traumatismo facial	802
Cirugía en politraumatizados	803
TRASPLANTES	850
Trasplante de pulmón	851
Trasplante de riñón	852
Trasplante de hígado	853
Trasplante de corazón	854
Trasplante de órganos hematopoyéticos	855
Otros trasplantes	860
QUEMADOS	900
OTROS DIAGNÓSTICOS	
Control postoperatorio de cirugía maxilofacial	950
Celulitis / Fascitis necrosante	975
Otro diagnóstico o desconocido	999
PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	1000
CPRE [Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica]	1001
Punción y Necrosectomía pancreática transgástrica	1002
Prótesis endovasculares	1003
TAVI [Válvulas aórticas transcatóter]	1004
Marcapasos / DAI	1005

3.- Códigos de la Localización de la Infección

Neumonía relacionada con ventilación mecánica o intubación	1
Infección urinaria relacionada con sonda uretral	2
Bacteriemia de origen desconocido	3
Bacteriemia secundaria a infección de catéter	4
Bacteriemia secundaria a infección respiratoria	5
Bacteriemia secundaria a infección urinaria	6
Bacteriemia secundaria a infección abdominal	7
Bacteriemia secundaria a infección del SNC	8
Bacteriemia secundaria a otros focos	9
Bacteriemia secundaria a infección de partes blandas	10
Infección de catéter vascular	11
Neumonía NO relacionada con ventilación mecánica o intubación	12
Infección urinaria NO relacionada con sonda uretral	13
Infección superficial de incisión quirúrgica	14
Infección profunda de incisión quirúrgica	15
Infección quirúrgica de órgano o espacio	16
Infección no quirúrgica del aparato digestivo	17
Peritonitis sin herida quirúrgica	18
Infección del aparato genital	19
Infección cutánea y de tejidos blandos	20
Infección ósea y de articulaciones	21
Infección ocular	22
Infección de oído	23
Infección de nariz y senos	24
Infección de faringe	25
Infección de boca	26
Flebitis o arteritis	27
Infección del sistema nervioso central	28
Infección HIV sin criterios SIDA	29
Infección HIV con criterios SIDA	30
Tuberculosis pulmonar activa	31
Tuberculosis extrapulmonar activa	32
Síndrome febril tratado con antibióticos	33
Traqueobronquitis NO asociada a ventilación mecánica	34
Infección sin foco	35
Traqueobronquitis asociada a ventilación mecánica	36
Bronquiolitis VRS	41
Endocarditis	42
Infección de úlcera por presión	43
Infección asintomática por SARS-CoV-2	44
Otra infección	99

4.- Códigos de la Muestra

Sangre	101
Espuito	102
Aspirado bronquial / BAS	103
CT ciego	104
CT broncoscópico	105
BAL protegido	106
BAL brocoscópico	107
Mini BAL o ciego	108
Serología: (<i>Legionella</i> , <i>Chlamydia</i> , <i>Mycoplasma</i> , <i>Coxiella</i> SARS-CoV-2)	109
Biopsia pulmonar	110
Líquido pleural / pleura	111
Mediastino (exudado)	112
Pericardio (líquido, exudado, biopsia)	113
Orina	114
Líquido ascítico	115
Líquido peritoneal (drenajes)	116
Bilis (intervención, drenajes)	117
Páncreas (intervención, exudado)	118
Heces	119
Ginecología (exudado vaginal, biopsia)	120
Herida quirúrgica superficial	121
Herida quirúrgica profunda	122
Exudado de cavidad abdominal	123
Catéter vascular punta arterial	124
Catéter vascular punta venoso	125
Catéter vascular conexión	126
Piel-inserción catéter	127
Líquido suero	128
Líquido NTP	129
LCR (PL, catéter)	130
Absceso cerebral (intervención, drenaje)	131
Catéter PIC	132
Orofaringe (exudado)	133
Nasal (exudado)	134
Ótico (exudado)	135
Tejido osteoarticular (biopsia, exudado)	136
Piel-tejidos blandos (biopsia, exudado)	137
PCR Nasofaríngeo	138
PCR muestra de tracto respiratorio inferior	139
Otra muestra	198
No hay muestra	199

5.- Códigos del Diagnóstico de la Infección

NEUMONIAS ASOCIADAS O NO A VENTILACION MECANICA E INTUBACION	
Clínica compatible más nuevo y persistente infiltrado radiológico	101
Cavitación de un infiltrado pulmonar	102
Extensión de un infiltrado previo y empeoramiento clínico (2ª neumonía)	103
Cultivo de líquido pleural positivo al mismo microorganismo que en el BAS	104
Cultivo de sangre positivo al mismo microorganismo que en el BAS	105
BAS simple no cuantitativo	106
BAS cuantitativo (<10 ⁵ ufc)	107
BAS cuantitativo (≥10 ⁵ y <10 ⁶ ufc)	108
BAS cuantitativo (≥10 ⁶ ufc)	109
Cepillo bronquial a través de catéter telescópado. CTT (<10 ³ ufc)	110
Cepillo bronquial a través de catéter telescópado. CTT (≥10 ³ y <10 ⁴ ufc)	111
Cepillo bronquial a través de catéter telescópado. CTT (≥10 ⁴ ufc)	112
Demostración en estudio anatomopatológico (necropsia/biopsia)	113
Lavado broncoalveolar. BAL (<10 ⁴ ufc)	114
Lavado broncoalveolar. BAL (≥10 ⁴ y <10 ⁵ ufc)	115
Lavado broncoalveolar. BAL (≥10 ⁵ ufc)	116
Aislamiento de un patógeno primario (<i>Legionella</i> , <i>Mycobacterium</i>)	117
Serología positiva (<i>Legionella</i> , <i>Neumococo</i> , <i>Chlamydia psittacosis</i> , <i>Mycoplasma</i> , <i>Coxiella burneti</i> .)	118
BACTEREMIA SECUNDARIA	
Respiratorio	201
Urinario	202
Abdominal	203
Catéter	204
Sistema nervioso central	205
Partes blandas	206
Otros focos	207
INFECCION URINARIA	
<10 ⁴ ufc/mL	301
>10 ⁴ y <10 ⁵ ufc/mL	302
>10 ⁵ y <10 ⁶ ufc/mL	303
>10 ⁶ ufc/mL	304
INFECCIONES DE CATETER	
Cultivo cuantitativo	401
Cultivo cualitativo	402
SEROLOGIA O CULTIVO NO REALIZADOS O NEGATIVOS	999

6.- Códigos de los Microorganismos

Microorganismo	Código
<i>Acanthamoeba</i> spp	500
<i>Acinetobacter baumannii</i>	1
<i>Acinetobacter calcoaceticus</i>	2
<i>Acinetobacter haemolyticus</i>	3
<i>Acinetobacter lwofii</i>	4
<i>Acinetobacter</i> spp	5
<i>Acremonium</i> spp	427
<i>Actinobacillus actinomycetom.</i>	7
<i>Actinomadura madurae</i>	8
<i>Actinomyces</i> spp	10
<i>Adenovirus</i>	300
<i>Aerococcus</i>	227
<i>Aeromonas hydrophila</i>	12
<i>Aeromonas sobria</i>	13
<i>Aeromonas</i> spp	14
<i>Alcaligenes denitrificans</i>	17
<i>Alcaligenes</i> spp	20
<i>Alloicococcus otitidis</i>	228
<i>Alternaria</i> spp	428
<i>Aspergillus flavus</i>	463
<i>Aspergillus fumigatus</i>	460
<i>Aspergillus nidulans</i>	464
<i>Aspergillus niger</i>	461
<i>Aspergillus</i> spp	400
<i>Aspergillus terreus</i>	462
<i>Astrovirus</i>	301
<i>Bacillus anthracis</i>	22
<i>Bacillus</i> spp	23
<i>Bacteroides</i> grupo <i>fragilis</i>	25
<i>Bacteroides</i> grupo no <i>fragilis</i>	32
<i>Balantidium coli</i>	502
<i>Bartonella baciliformis</i>	34
BGN no fermentador	24
<i>Blastocystis hominis</i>	503
<i>Blastomyces capitatus</i>	433
<i>Blastomyces dermatitidis</i>	432
<i>Bordetella bronchiseptica</i>	35
<i>Bordetella parapertussis</i>	37
<i>Bordetella pertussis</i>	36
<i>Bordetella</i> spp	38

Microorganismo	Código
<i>Borrelia burgdorferi</i>	39
<i>Borrelia</i> otros	41
<i>Brucella</i> spp	42
<i>Burkholderia cepacia</i>	164
<i>Burkholderia</i> spp	232
<i>Campylobacter jejuni</i>	45
<i>Campylobacter</i> spp	46
<i>Candida albicans</i>	402
<i>Candida auris</i>	477
<i>Candida dubliniensis</i>	476
<i>Candida glabrata</i>	472
<i>Candida guilliermondii</i>	474
<i>Candida krusei</i>	473
<i>Candida lusitanae</i>	475
<i>Candida parapsilopsis</i>	470
<i>Candida</i> spp	403
<i>Candida tropicalis</i>	471
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	49
<i>Chlamydia</i> spp	52
Citomegalovirus	304
<i>Citrobacter diversus</i>	55
<i>Citrobacter freundii</i>	56
<i>Citrobacter</i> spp	57
<i>Clostridium botulinum</i>	58
<i>Clostridioides difficile</i>	59
<i>Clostridium novyi</i>	60
<i>Clostridium perfringens</i>	61
<i>Clostridium ramosum</i>	62
<i>Clostridium septicum</i>	63
<i>Clostridium</i> spp	64
<i>Clostridium tetani</i>	65
<i>Coccidioides immitis</i>	404
<i>Commamonas</i>	235
Coronavirus	305
SARS-CoV-2	303
<i>Corynebacterium d2 - ureal</i>	67
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	66
<i>Corynebacterium jeikeium</i>	69
<i>Corynebacterium</i> spp	70
<i>Coxiella burnetii</i>	71
Coxsackie virus	306
<i>Cryptococcus neoformans</i>	405

Microorganismo	Código
<i>Cryptosporidium</i> spp	504
Ebstein-Barr virus	309
<i>Echovirus</i>	307
<i>Eikenella corrodens</i>	74
<i>Entamoeba</i> spp	507
<i>Klebsiella aerogene</i>	75
<i>Enterobacter agglomerans</i>	76
<i>Enterobacter cloacae</i>	77
<i>Enterobacter sakazakii</i>	78
<i>Enterobacter</i> spp	79
<i>Enterococcus avium</i>	80
<i>Enterococcus durans</i>	81
<i>Enterococcus faecalis</i>	82
<i>Enterococcus faecium</i>	83
<i>Enterococcus</i> spp	84
Enterovirus (tipos 68-71)	308
<i>Escherichia coli</i>	86
<i>Eubacterium</i> gr	87
<i>Fusarium</i> spp	407
<i>Fusobacterium</i> spp	93
<i>Gardnerella vaginalis</i>	94
<i>Gemella</i> spp	96
<i>Geotrichum candidum</i>	408
<i>Haemophilus influenzae</i>	100
<i>Haemophilus parainfluenzae</i>	101
<i>Haemophilus</i> spp	102
<i>Hafnia alvei</i>	103
<i>Hansenula</i> spp	442
<i>Helicobacter pylori</i>	104
Hepatitis A	310
Hepatitis B	311
Hepatitis C	312
Hepatitis delta	313
Hepatitis E	341
Hepatitis otros virus	314
Herpes humano tipo 6	316
Herpes simplex	315
Herpes varicela-zoster	317
<i>Histoplasma capsulatum</i>	409
Influenza	318
Influenza (H1N1)	521
<i>Kingella</i> spp	105

Microorganismo	Código
<i>Klebsiella oxytoca</i>	107
<i>Klebsiella ozaenae</i>	108
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	106
<i>Klebsiella</i> spp	109
<i>Kluyvera</i> spp	110
<i>Lactobacillus</i> spp	113
<i>Legionella</i> otras	115
<i>Legionella pneumophila</i>	114
<i>Legionella</i> spp	116
<i>Leishmania donovani</i>	512
<i>Leishmania</i> otras	514
<i>Leishmania trópica</i>	513
<i>Leptospira interrogans</i>	117
<i>Listeria monocytogenes</i>	120
<i>Malassezia furfur</i>	411
<i>Methylobacterium</i> spp	238
<i>Microsporium</i> spp	412
<i>Molluscum contagiosum</i>	322
<i>Moraxella catarrhalis</i>	123
<i>Moraxella</i> spp	124
<i>Morganella morganii</i>	125
<i>Mucor</i> spp	413
<i>Mycobacterium avium</i>	126
<i>Mycobacterium bovis</i>	127
<i>Mycobacterium kansasii</i>	130
<i>Mycobacterium leprae</i>	131
<i>Mycobacterium</i> otras atípicas	135
<i>Mycobacterium scrofulaceum</i>	243
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	133
<i>Mycobacterium ulcerans</i>	244
<i>Mycoplasma hominis</i>	136
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	137
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	138
<i>Neisseria meningitidis</i>	139
<i>Neisseria</i> spp	140
<i>Nocardia asteroides</i>	141
<i>Nocardia</i> spp	142
<i>Norwalk virus</i>	323
Otra bacteria	226
Otro artrópodo	703
Otro germen	999
Otro helminto	617

Microorganismo	Código
Otro hongo	425
Otro protozoo	520
Otro virus	339
Papilomavirus	325
<i>Paracoccidioides</i> spp	414
<i>Parainfluenza</i> (1-4)	326
Parotiditis	327
Parvovirus B-19	328
<i>Pasteurella multocida</i>	145
<i>Pasteurella</i> spp	147
<i>Pediculus humanus</i>	700
<i>Peptococcus</i> spp	149
<i>Peptostreptococcus</i> spp	150
<i>Plasmodium</i> spp	516
<i>Plesiomona shigelloides</i>	151
<i>Pneumocystis jiroveгии</i>	416
Poliomielitis (1-39)	329
<i>Prevotella</i> spp	153
Priones	330
<i>Propionibacterium</i> spp	154
<i>Proteus mirabilis</i>	155
<i>Proteus penneri</i>	156
<i>Proteus</i> spp	158
<i>Proteus vulgaris</i>	157
<i>Providencia rettgeri</i>	160
<i>Providencia</i> spp	162
<i>Providencia stuartii</i>	161
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	163
<i>Pseudomonas</i> otras	169
<i>Pseudomonas pseudomallei</i>	166
<i>Pseudomonas putida</i>	167
<i>Pseudomonas</i> spp	170
<i>Pseudomonas stutzeri</i>	168
Retrovirus HTLV-I	332
Retrovirus HTLV-II	333
<i>Rhizomucorpusillus</i>	448
<i>Rhizopus</i> spp	417
<i>Rhodococcus</i> spp	171
<i>Rickettsia</i> otras	174
<i>Rickettsia typhi</i>	173
Rinovirus	334
Rotavirus	335

Microorganismo	Código
<i>Rothia</i> spp	175
Rubeola	336
<i>Salmonella choleraesuis</i>	176
<i>Salmonella enteritidis</i>	177
<i>Salmonella</i> otras	180
<i>Salmonella paratyphi</i>	178
<i>Salmonella</i> spp	181
<i>Salmonella typhi</i>	179
Sarampión	337
<i>Serratia liquefaciens</i>	183
<i>Serratia marcescens</i>	184
<i>Serratia</i> spp	186
<i>Shewanella putrefaciens</i>	250
<i>Shigella flexneri</i>	189
<i>Shigella sonnei</i>	190
<i>Shigella</i> spp	191
<i>Staphylococcus aureus</i>	194
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilín resistente	195
<i>Staphylococcus coagulasa</i> negativo	197
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	196
<i>Staphylococcus</i> otros	199
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	198
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	251
<i>Streptobacillus moniliformis</i>	200
<i>Streptococcus adjacens</i>	202
<i>Streptococcus agalactiae</i>	201
<i>Streptococcus anginosus</i>	203
<i>Streptococcus bovis</i>	204
<i>Streptococcus defectivus</i>	205
<i>Streptococcus</i> grupo viridans	208
<i>Streptococcus mitis</i>	209
<i>Streptococcus</i> otros	213
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	206
<i>Streptococcus pyogenes</i>	207
<i>Streptococcus salivarius</i>	211
<i>Streptococcus sanguis</i>	210
<i>Streptococcus</i> spp	214
<i>Streptococcus vestibularis</i>	212
<i>Strongyloides</i> G.	605
<i>Toxoplasma gondii</i>	518
<i>Treponema pallidum</i>	215
<i>Trichomonas vaginalis</i>	519

Microorganismo	Código
<i>Trichophytum</i> spp	422
<i>Trichosporum</i> spp	423
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	216
<i>Veillonella</i> spp	217
<i>Vibrio cholerae</i>	218
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	219
<i>Vibrio</i> spp	221
VIH 1	319
VIH 2	320
Virus respiratorio sincitial	331
Zoster-varicela	338

7.- Códigos de los Antibióticos

Algunos antibióticos pueden ser administrados por vía inhalatoria y tienen un código de administración distinto de la vía sistémica. Hay que buscarlos iniciando en inhalados-antibiótico. También se han añadido algunos antivíricos previamente no incluidos. La Descontaminación Digestiva Selectiva tiene una codificación específica que empieza por DDS (códigos 201 a 203).

NOMBRE	CODIGO
5-Fluorocitosina	62
Acedapsona	174
Aciclovir	1
Acido Fusídico	2
Acido Nalidíxico	3
Acido Pipemídico	4
Afivavir	438
Albendazol	5
Amantadina	222
Amikacina	6
Amoxicilina	7
Amoxicilina-Clavulánico	11
Ampicilina	8
Ampicilina-Sulbactam	119
Anfotericina B complejo lipídico	207
Anfotericina B deoxicolato	9
Anfotericina B liposomal	208
Anidulafungina	218
ARA-A (Vidarabina)	10
Azitromicina	12
Azlocilina	13
AZT (Zidovudina)	15
Aztreonam	14
Aztreonam-Avibactam	420
Capreomicina	17
Carbenicilina	18
Caspofungina	212
Cefalexina	22
Cefalotina	23
Cefamandol	24
Cefazolina	25
Cefepime	151
Cefepime-emmetazobactam	
Cefepime-Zidebactam	421
Cefiderocol	422
Cefixima	27
Cefmetazol	26
Cefminox	170
Cefonicid	28

NOMBRE	CODIGO
Cefotaxima	30
Cefoxitina	31
Cefpiroma	172
Ceftarolina-Avibactam (obsoleto)	423
Ceftarolina-fosamil	19
Ceftazidima	34
Ceftazidima-avibactam	21
Ceftizoxima	36
Ceftolozano-tazobactam	20
Ceftobiprole medocarilo	424
Ceftriaxona	35
Cefuroxima	37
Cefuroxima acetil	38
Cicloserina	39
Cidofovir	223
Ciprofloxacino	40
Claritromicina	41
Clindamicina	42
Cloranfenicol	43
Cloroquina	436
Clortetraciclina	193
Clotrimazol	179
Cloxacilina	44
Colistina (Colimicina)	45
Cotrimoxazol (Trimetroprim-Sulfametoxazol)	46
Dalvabancina	195
Dapsona	47
Daptomicina	216
ddC	48
ddI	49
DDS Farin-Gástrica	203
DDS Faringea	201
DDS Gástrica	202
Delafloxacino	425
Doripenem	220
Doxiciclina	52
Eravaciclina	426
Eritromicina	56
Ertapenem	214
Espectinomicina	177
Espiramicina	57
Estreptomomicina	58
Etambutol	59
Etionamida	60
Famciclovir	188
Favipiravir	439

NOMBRE	CODIGO
Rifaximina	116
Fidaxomicina	196
Finafloxacina	427
Flucitosina	180
Fluconazol	61
Foscarnet	64
Fosfomicina	65
Ganciclovir	66
Gentamicina	67
Glucantime	68
Grepafloxacino	206
Griseofulvina	69
Hidroxicloroquina	437
IDU	70
Imipenem-Cilastatina	71
Imipenem-Cilastatina-Relebactam	428
Inhalados-Amikacina	403
Inhalados-Anfotericina B	404
Inhalados-Aztreonam	405
Inhalados-Cefotaxima	406
Inhalados-Ceftazidima	407
Inhalados-Ciprofloxacino	408
Inhalados-Colistina	409
Inhalados-Gentamicina	410
Inhalados-Imipenem	411
Inhalados-Levofloxacino	412
Inhalados-Pentamidina	413
Inhalados-Tobramicina	414
Interferon	72
Isavuconazol	75
Isoniacida	73
Itraconazol	74
Kanamicina	76
Ketoconazol	77
Lamivudina	187
Levamisol	79
Levofloxacino	204
Lincomicina	80
Linezolid	210
Lopinavir/Retinavir	434
Mebendazol	83
Meropenem	161
Meropenem-Nacubactam	429
Meropenem-Vaborbactam	430
Metronidazol	85
Micafungina	219

NOMBRE	CODIGO
Miconazol	87
Minociclina	89
Moxifloxacino	213
Mupirocina	91
Murepavadina	431
Neomicina	92
Netilmicina	93
Nistatina	95
Nitrofurantoina	96
Norfloxacino	98
Ofloxacino	99
Omadaciclina	432
Ornidazol	100
Oseltamivir	221
Otro antibacteriano	133
Otro antifúngico	134
Otro antimicrobiano	138
Otro antiparasitario	137
Otro antivírico	135
Otro tuberculostático	136
Oxitetraciclina	101
Paromomicina	102
PAS	103
Penicilina	105
Pentamidina	106
Piperacilina-Tazobactam	107
Pirantel-Pamoato	108
Pirazinamida	109
Pirimetamina	110
Plazomicina	433
Polimixina B	111
Posaconazol	217
Praziquantel	112
Quinupristina-Dalfopristina	209
Remdesivir	435
Ribavirina	113
Rifabutina	114
Rifampicina	115
Stavudina (d4T)	118
Sulfadiazina	120
Sulfamida	122
Tedizolid	194
Teicoplanina	123
Terbinafina	182
Tiabendazol	124
Ticarcilina	126

NOMBRE	CODIGO
Ticarcilina-Clavulánico	127
Tigeciclina	215
Tinidazol	181
Tobramicina	129
Tolnaftato	183
Trifluridina	224
Trovafloxacino	205
Valaciclovir	225
Valganciclovir	226
Vancomicina	131
Vidarabina	190
Voriconazol	211
Zanamivir	227