

PREGUNTAS FRECUENTES
FE DE ERRATAS
CAMBIOS MENORES

SiNaVIR mayo 2019

PROTOCOLO-ILQ

PREGUNTAS FRECUENTES

P1: ¿Se vigila la cirugía ambulatoria para los procedimientos sujetos a vigilancia?

R1: Sí. En protocolo-ILQ de SINAVIR no se incluye ninguna variable que sea C^a ambulatoria sí o no, se deducirá por las fechas de ingreso y de alta.

En CDC (criterios enero 2019) sí la incluyen y diferencia 2 variables: *NHSN inpatient operative procedure* (fecha de ingreso y de alta son diferentes) y *NHSN outpatient operative procedure* (fecha de ingreso y de alta son iguales).

En ECDC (protocolo v 2.2.) no especifica que la incluye, pero tampoco que la excluye.

P2: ¿Cuál es el periodo de seguimiento en los reingresos por ILQ?

R2: Cuando un paciente, intervenido de algunos de los procedimientos quirúrgicos sujetos a vigilancia, reingresa por una ILQ, se realizará control de este paciente dentro del periodo de los 30 días posteriores a la cirugía (siendo día 1 el día de la cirugía), para la cirugía de colon (COLO) y para las infecciones incisionales superficiales de los procedimientos de prótesis de cadera (HPRO), prótesis de rodilla (KPRO) y bypass (CBGB y CBGC) y dentro del periodo de los 90 días posteriores a la cirugía, para infecciones incisionales profundas y de órgano-espacio de los procedimientos HPRO, KPRO y CBGB y CBGC.

Se modifica el texto en el protocolo para que quede más claro.

P3: ¿Se vigilan las cirugías urgentes de colon?

R3: Sí. En el *apartado 3. Alcance* del protocolo ya se especifica: “Se vigilará para cada uno de los procedimientos tanto la cirugía urgente como la programada”.

P4: ¿Cuál es el mínimo de intervenciones a vigilar para los procedimientos CBGB y CBGC? ¿30 entre los 2 o 30 para cada uno?

R4: 30 para cada uno. La vigilancia se realizará durante 3 meses consecutivos o más (hasta 1 año máximo) si no se alcanzan los mínimos establecidos en esos tres meses. Estos mínimos son de 30 intervenciones para CBGB y de 30 intervenciones para CBGC.

Se modifica el texto en el protocolo para que quede más claro.

FE DE ERRATAS

E1: En el *Anexo 3. Estructura de la base de datos del protocolo-ILQ* hay un error en la variable fecha para estadística del grupo de variables técnicas. Donde dice “Es la fecha del procedimiento quirúrgico o la más cercana en caso de **con** conocerla...”, debe decir “Es la fecha del procedimiento quirúrgico o la más cercana en caso de **no** conocerla...”.

E2: En el *Anexo 3. Estructura de la base de datos del protocolo-ILQ*, en variables relativas a la ILQ, en fecha de inicio donde dice SSI, debe decir ILQ.

CAMBIOS

C1. Definiciones de ILQ

Según la nueva Decisión de ejecución (UE) 2018/945 de la Comisión Europea del 22 de junio de 2018, sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes (http://data.europa.eu/eli/dec_impl/2018/945/oj), el criterio de “diagnóstico médico o quirúrgico de ILQ” es válido para las tres tipos de ILQ (ILQ-IS, ILQ-IP e ILQ-OE). Este criterio aplicado en los tres tipos de ILQ ya estaba en la Decisión de 2012 (2012/506/EU), que modificaba los criterios de 2002 (2002/253/EC) (http://data.europa.eu/eli/dec_impl/2012/506/oj).

En el último protocolo actualizado de SSI del ECDC v.2.2 también aplican el criterio “diagnóstico médico o quirúrgico de SSI” a las tres localizaciones.

Según CDC (actualización de enero 2019) este criterio (“diagnosis of a superficial incisional SSI by the surgeon or attending physician** or other designee”) es sólo aplicable a ILQ-IS, no a ILQ-IP ni a ILQ-OE. Similar a protocolo-ILQ de SiNaVIR.

No se hará modificación inmediata en el protocolo ILQ, por estar ya el sistema en la fase de puesta en marcha, pero sí habrá que valorar en un futuro (2020) modificarlo para adaptarlo a los criterios de ECDC.

C2. En relación a P2: ¿Cuál es el periodo de seguimiento en los reingresos por ILQ?, **se modifica el texto para que quede más claro.**

C3. En relación a P4: ¿Cuál es el mínimo de intervenciones a vigilar para los procedimientos CBGB y CBGC? ¿30 entre los 2 o 30 para cada uno?, **se modifica el texto para que quede más claro.**

C4. Anexo 3. Estructura de la base de datos del protocolo-ILQ.

NOTA: Las modificaciones que se detallan a continuación afectan sólo al texto del protocolo ILQ, en el SiViEs estos cambios ya estaban insertados al iniciar la implementación del sistema, pero no se habían actualizado en los protocolos escritos. Por tanto, no afectan a la fase de implementación para las CCAA, que ya están trabajando con estas modificaciones.

C4.1. En variables relativas al hospital y a la unidad, se quita de este grupo la variable “comunidad autónoma”, porque ya está en el grupo de variables técnicas. Se quita también la variable “especialidad de la unidad” y se traslada al grupo de variables relativas al paciente y a la hospitalización.

C4.2. En variables relativas al paciente y a la hospitalización, los valores de la variable “Especialidad de la unidad” se cambian según Anexo 4.

C4.3. En variables relativas a la ILQ, en los valores de la variable “Tipo de infección según localización” se quitan las siglas S, D y O, para no llevar a confusión con la codificación de metadata de SiViEs (ILQ-IS, ILQ-IP, ILQ-OE).

C4.4. En todas las variables con valores Sí y No, se cambian la codificación y se pone Si=Sí y No=No, para seguir la codificación de metadata de SiViEs.

C5. Anexo 8. Encuesta epidemiológica

C5.1. En datos de hospitalización, en la variable “Especialidad de la unidad”, donde pone C^a vascular cambiar por Angiología y C^a vascular, para seguir nomenclatura de Anexo 4. Aplicar también para la variable “Servicio del primer ingreso”.

C5.2. En Datos de la ILQ, en la variable “Tipo de infección según localización”, se quitan las siglas S, D y O.

C5.3. En datos de laboratorio, en la variable “Agente causal”, en la tabla se añade el ertapenem, para homogeneizar con resto de protocolos, en donde sí se recoge la sensibilidad a este antibiótico.

PROTOCOLO-UCIs

FE DE ERRATAS

E1: Error en la definición de Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria asociadas a dispositivos (apartado 4.3).

Donde dice: “...es una IRAS en un paciente portador de un dispositivo invasivo que aparece *después de* las primeras 48 horas...”, debe decir: “...es una IRAS en un paciente portador de un dispositivo invasivo que aparece *en* las primeras 48 horas...”.

Según la Decisión de ejecución (UE) 2018/945 de la Comisión Europea del 22 de junio de 2018, sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes (http://data.europa.eu/eli/dec_impl/2018/945/oj): “al paciente se le ha colocado un dispositivo invasivo el día 1 o día 2 y se produce una infección hospitalaria antes del día 3”, (siendo el día 1 el día del ingreso hospitalario).

E2: Definición de ITU sintomática no confirmada microbiológicamente (ITU2). Donde dice: “al menos 2 urocultivos positivos con más de 10^2 colonias/mL del mismo patógeno”, debe decir: “al menos 2 urocultivos positivos con $\geq 10^2$ colonias/mL del mismo patógeno”.

CAMBIOS

C1. Anexo 1. Estructura de la base de datos del protocolo-UCIs

C1.1. En variables relativas a la infección y a la exposición, el valor de la variable “Origen de la bacteriemia secundaria”, BS-OTH, se cambia a BS-OTR, para homogeneizarlo con metadata SiViES

C1.2. En todas las variables con valores Sí y No, se cambian la codificación y se pone Si=Sí y No=No, para seguir la codificación de metadata de SiViEs.

C2. Anexo 5. Encuesta epidemiológica

C2.1. Se quita nota pie de página “Catálogo de UCIs”, ya que no existe de momento un Catálogo nacional.

C2.2. En datos de la infección y laboratorio, se cambia el valor de la variable “Localización de la infección” BS-OTH por BS-OTR.

PROCOLO-MMR

PREGUNTAS FRECUENTES

P1. En relación a la definición de Casos a declarar al nivel nacional (apartado 5.1).

En el caso de que un paciente debute con dos infecciones simultáneas por el mismo microorganismo (por ejemplo, bacteriemia e infección urinaria por SARM), dado que según la definición de caso a declarar, “sólo se declarará la primera infección detectada por cada microorganismo en cada ingreso”, ¿cuál habría que declarar?.

R1: La que consideré el clínico y/o preventivista que puede haber sido la primera.

P2. En relación a la variable “Ingreso hospitalario previo”, ¿las personas institucionalizadas cuya residencia es un centro sociosanitario están ingresadas en un hospital?, por tanto, en esta variable todos los institucionalizados son “sí” y en “centro sociosanitario”?

R2: La variable “Ingreso hospitalario previo” hace referencia a si ha existido algún ingreso en los 3 meses previos al ingreso actual, en un hospital de agudos o en un centro sociosanitario. Como centro sociosanitario se incluyen tanto centros de cuidados intermedios como residencias de mayores con estancias temporales o permanentes.

P3. En relación con la variable PCR-ribotipo, ¿Cuáles son las categorías de esta variable? O es variable texto?

En esta variable hay que especificar el PCR-ribotipo obtenido por el método de ribotipificación utilizado, es una variable texto. Se aclara esto en anexo 4 (estructura de la base de datos) del protocolo-MMR.

P4. Traslados en pacientes con infección por MMR, dudas de notificación.

R4: Ver *Supuestos prácticos en caso de TRASLADOS para la notificación de MMR*

CAMBIOS

C1. En el apartado 7. Medidas de control y prevención de la transmisión de infecciones/colonización, se añade referencia a pie de página del documento realizado por el grupo de trabajo del PRAN al respecto. Y se actualiza párrafo: “Se seguirán las correspondientes medidas y recomendaciones de acuerdo a las guías que se están desarrollando a nivel nacional

por el grupo de trabajo de la medida III.3. del Plan Estratégico y de Acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de las resistencias a antibióticos”. Por: Se seguirán las correspondientes medidas y recomendaciones de acuerdo a las recomendaciones que se han desarrollado a nivel nacional por el grupo de trabajo de la medida III.3. del Plan Estratégico y de Acción para reducir el riesgo de selección y diseminación de las resistencias a antibióticos”

C2. En Bibliografía, se corrige la URL de la referencia 26.

C3. Anexo 4. Estructura de la base de datos del protocolo-MMR

C3.1. En todas las variables con valores Sí y No, se cambian la codificación y se pone Si=Sí y No=No, para seguir la codificación de metadata de SiViEs.

C3.2. En variables relativas a la infección y al diagnóstico microbiológico, se añade en la variable Brote, “dar identificador de brote” y se quita el valor Desc=Desconocido de esta variable, para homogenizarlo con los valores de esta variable en resto de protocolos SiNaVIR

C3.3. En variables relativas a la infección y al diagnóstico microbiológico, en la variable “tipo de muestra”, se eliminan las codificaciones, ya que no son las del metadata de SiViEs, y así evitar confusiones.

C4. Anexo 2. Encuesta epidemiológica

C4.1. En datos de la infección, se añade en la variable Brote, se quita el valor Desc=Desconocido de esta variable y se añade “identificador de brote”.

C4.2. En datos microbiológicos, en la variable “tipo de muestra”, se eliminan las codificaciones.

C4.3. En Variable PCR-ribotipo, dentro de la información microbiológica específica, en valores de la variable se añade: “Especificar el PCR-ribotipo del aislamiento del *Clostridium difficile* determinado por el método de ribotipificación utilizado”.

C5. Anexo 6. Códigos servicios.

Se pone código de primera especialidad (Angiología y Cirugía Vasculard), ACV, que faltaba.

Supuestos prácticos en caso de TRASLADOS para la notificación de MMR

1. Traslado de un paciente con una infección activa por MMR entre hospitales pertenecientes a un mismo complejo hospitalario

Supuesto práctico: Paciente que ingresa en un hospital del complejo con fecha 01/12/2018 siendo caso incidente de infección por SARM en ese hospital del complejo (hospital 1) con fecha 15/12/2018, el paciente permanece en aislamiento siendo trasladado a un segundo hospital del complejo (hospital 2) con fecha 20/12/2018, donde sigue aislado por SARM y se declara incidente para una infección por EPC con fecha 25/12/2018.

R: El hospital 1 abriría una ficha epidemiológica para caso incidente de infección por SARM y el hospital 2 abriría otra ficha para el caso incidente de infección por EPC. Los dos hospitales pertenecen a un mismo Complejo hospitalario, se trataría por tanto, de 2 casos incidentes de infección por MMR para ese CH. Hospital 2 no declararía el SARM como infección prevalente, ni hospital 1 declararía (si volviese a ser trasladado el paciente del hospital 2 al 1) la EPC como prevalente.

Concluyendo, sólo se abrirían 2 fichas epidemiológicas: para SARM como caso incidente del CH y para EPC como caso incidente de ese CH.

2. Traslado de un paciente con una infección activa por MMR entre hospitales no pertenecientes a un complejo hospitalario dentro de una misma Comunidad Autónoma.

Supuesto práctico: Paciente que ingresa en un hospital (hospital 1) con fecha 01/12/2018 siendo caso incidente de infección por SARM con fecha 15/12/2018, el paciente permanece en aislamiento siendo trasladado a un segundo hospital (hospital 2) por necesidad de una unidad determinada (UCI) con fecha 20/12/2018. En el hospital 2 se declara incidente para una infección por EPC con fecha 25/12/2018 y es trasladado de nuevo a su hospital de origen (Hospital 1) el 31/12/2018 donde permanece hasta su alta hospitalaria.

R: El caso de SARM es un caso incidente de infección por un MMR para esa Comunidad autónoma (hospital 1 abre encuesta epidemiológica para caso incidente de SARM). Si la CA dispone de sistema único, el hospital 2 sólo actualizaría las variables que sean necesarias en la encuesta epidemiológica (microbiológicas o de medidas de contacto, etc), pero no abre nueva encuesta como caso conocido, prevalente de SARM). Ese caso si es incidente en su inicio, será incidente hasta que se cierre en un hospital u otro. El hospital 2 declararía, es decir abriría una ficha nueva para el caso incidente de infección por EPC. Al volver al hospital 1, éste actuaría como se ha dicho

antes, sólo actualizaría las variables que sean necesarias en la encuesta epidemiológica de EPC, no abre nueva encuesta como caso conocido o prevalente de EPC.

Concluyendo, sólo se abrirían 2 fichas epidemiológicas: para SARM como caso incidente del hospital 1 y para EPC como caso incidente del hospital 2, independiente de los traslados entre hospitales donde se han ido declarando ya que se consideran un mismo episodio, dando la visibilidad y la opción de cerrar al último hospital sin duplicar declaraciones con declaraciones de prevalentes.

3. Traslado de un paciente con una infección activa por MMR en un hospital de una Comunidad Autónoma "X" y es trasladado todavía con la infección activa a otro hospital de otra Comunidad Autónoma "Y".

Supuesto práctico: Paciente que ingresa en un hospital de la CA "X" con fecha 01/12/2018 siendo caso incidente de infección por SARM con fecha 15/12/2018, el paciente permanece en aislamiento siendo trasladado a un hospital de otra CA "Y" con fecha 20/12/2018.

R: Si la CA a la que se traslada (CA "Y") tiene constancia de esa infección por SARM diagnosticada en la CA "X" y esa infección sigue activa al llegar a hospital de la CA "Y", éste debería declararlo como caso prevalente de SARM. Aquí la recomendación a las Comunidades Autónomas es que nos comuniquen al CNE los traslados de pacientes con infección por MMR sujeto a vigilancia a otras CA, para poder nosotros contactar con esa CA a la que se traslada y evitar duplicados al nivel nacional.

PROTOCOLO-BROTOS DE IRAS

PREGUNTAS FRECUENTES

P1. En relación a la cumplimentación de la variable “Forma de presentación clínica” de la encuesta epidemiológica. En el caso por ejemplo de un brote por EPC, si un paciente tiene dos infecciones por la misma EPC (por ejemplo, una neumonía y una ITU), ¿se contabilizan las 2 infecciones o como en el caso de la cumplimentación del protocolo-MMR, sólo la primera infección?

R1: habrá que cumplimentar la presentación clínica que defina el caso. Si el caso estuviera definido por la primera muestra clínica positiva y ésta fuera la orina por ejemplo, pues sería la ITU la que habría que cumplimentar.

P2: Si un paciente con una infección sabemos que además está colonizado (por ejemplo, Infección herida por SARM y exudado nasofaríngeo positivo para SARM), ¿en la **tabla de Distribución de casos**, se contabilizaría la infección y la colonización, o sólo la infección?

R2: Un caso de infección, en la tabla de Distribución de casos, iría sólo en la columna de infectados, aunque se conozca que también es colonizado.

CAMBIOS

C1. Anexo 2. Informe final de brote de IRAS

C1.1. En datos epidemiológicos de los pacientes, se quita la fila de TOTAL de la tabla de distribución de casos y se añade a pie de tabla: “**Si no fuera posible la estratificación de los casos por edad, rellenar en la tabla los **totales estratificados por sexo**, en la fila del grupo de Edad desconocida (Des)*”.

La razón es porque SiViEs no reconoce la variable Total y no se podría rellenar esa fila.

C1.2. En datos de laboratorio de los casos, se quita la variable “Otro detalle del agente” subvariable de la variable Agente causal.

C1.3. En datos del riesgo, se quita la variable “Otro detalle del agente en la fuente de infección”, dentro de la variable Tipo de evidencia de implicación en la fuente de infección.

C2. Anexo 3. Códigos servicios.

Se pone código de primera especialidad (Angiología y Cirugía Vasculard), ACV, que faltaba.

C3. Anexo 4. Lista de códigos de microorganismos por familias.

Se añade en el párrafo previo a la tabla: “No es una lista exhaustiva, cualquier microorganismo que cumpla criterios será declarado”.

5. PROTOCOLO-PREVALENCIA

FE DE ERRATAS

E1: Error en la definición de Infección relacionadas con la asistencia sanitaria asociada a dispositivo (apartado 4.4 Variables de estudio, subapartado D. variables relativas a las infecciones activas).

Donde dice: “...es una IRAS en un paciente portador de un dispositivo invasivo que aparece *después de* las primeras 48 horas...”, debe decir: “...es una IRAS en un paciente portador de un dispositivo invasivo que aparece *en* las primeras 48 horas...”.

Según la Decisión de ejecución (UE) 2018/945 de la Comisión Europea del 22 de junio de 2018, sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes (http://data.europa.eu/eli/dec_impl/2018/945/oj): “al paciente se le ha colocado un dispositivo invasivo el día 1 o día 2 y se produce una infección hospitalaria antes del día 3”, (siendo el día 1 el día del ingreso hospitalario).

E2: Error en la definición de infección del tracto urinario sintomática no confirmada microbiológicamente (ITU2) (ver Anexo 6. Códigos y definiciones de caso de IRAS según localización de la infección. Apartado de Definiciones de caso de IRAS según localización de la infección activa)

Donde dice: “Paciente que tiene al menos uno de los siguientes síntomas sin otra causa reconocida: fiebre >38oC, urgencia urinaria, polaquiuria, disuria o sensibilidad suprapúbica,”, debe decir: “Paciente que tiene al menos dos de los siguientes síntomas sin otra causa reconocida: fiebre >38oC, urgencia urinaria, polaquiuria, disuria o sensibilidad suprapúbica,”.

Donde dice: “al menos 2 urocultivos positivos con más de 10² colonias/mL del mismo patógeno”, debe decir: “al menos 2 urocultivos positivos con $\geq 10^2$ colonias/mL del mismo patógeno”.

E3: Error en la definición de Sepsis clínica (NEO-CLIN) (Apartado 15.1 del Anexo 6. Códigos y definiciones de caso de IRAS según localización de la infección)

En criterio 1 donde dice: “El médico ha prescrito tratamiento antimicrobiano apropiado para la sepsis por lo menos para 5 días”, debe decir: “El médico inició tratamiento antimicrobiano apropiado para la sepsis hace al menos 5 días”.

En criterio 3, donde dice “CRP”, debe decir “CPR”.

CAMBIOS

C1. Anexo 1. Encuesta epidemiológica.

C1.1. En datos del hospital declarante se eliminan las siguientes variables:

- Tamaño del hospital (número de camas)
- Número de camas de agudos
- Número de camas de UCI
- Número de camas incluidas en el estudio
- Número de pacientes incluidos en el estudio
- Tipo de hospital
- Número de altas hospitalarias
- Número de estancias (pacientes-día)

Estas variables se incluyen en la “Estructura de la base de datos relativos al hospital y a la unidad de los protocolos del sistema nacional de vigilancia de las IRAS”, ya que son datos que se solicitarán a la Comunidad autónoma una vez al año, al inicio del comienzo de la vigilancia.

C1.2. En datos del paciente, se añade a los valores de la variable Dispositivos invasivos la posibilidad de marcar Si o No para cada dispositivo:

Catéter vascular central: Sí No

Catéter vascular periférico: Sí No

Catéter urinario: Sí No

Intubación: Sí No

C2. Anexo 6. Códigos y definiciones de caso de IRAS según localización de la infección.

C2.1. En Apartado 1. Infección de localización quirúrgica.

Ver lo dicho en Cambio C1 del Protocolo-ILQ

C2.2. En apartado 4. Bacteriemia, en origen de la BCM se añade lo resaltado en cursiva para dejar más claro el texto.

a. Asociada a catéter: Si en una bacteriemia confirmada microbiológicamente (BCM) los síntomas han mejorado en las 48 horas posteriores a la retirada del catéter y *no hay confirmación microbiológica en el cultivo del catéter*, se considerará una bacteriemia asociada a catéter no clasificable como una IAC3 (*IAC3 precisa para diagnóstico la confirmación microbiológica en el cultivo del catéter*).

C2.3. En apartado 11. Infecciones del aparato digestivo, la Decisión de ejecución (UE) 2018/945 de la Comisión Europea del 22 de junio de 2018, sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes (http://data.europa.eu/eli/dec_impl/2018/945/oj), no incluye la Hepatitis crónica por el virus de la hepatitis B (apartado 11.5) ni la Hepatitis crónica por el virus de la hepatitis C (apartado 11.6) y el grupo de Hepatitis aguda (apartado 11.4) lo denomina Hepatitis, aunque en este apartado 11.4 los criterios de definición son iguales.

El protocolo de la Encuesta de prevalencia europea del ECDC (Protocolo versión 5.3, ECDC PPS 2016–2017) tampoco incluye los apartados 11.5 y 11.6 y a la Hepatitis aguda la denomina también sólo Hepatitis. Igual a la DE 2018.

De momento se deja como está en Protocolo Nacional, ya que EPINE si mantiene las 2 definiciones de Hepatitis crónica (apartados 11.5 y 11.6) y al apartado 11.4 lo denomina Hepatitis aguda.

C2.4. En apartado 12.3. Infección del fondo de saco vaginal (REPR-FSV), añadir NOTA: “Las infecciones del fondo de saco vaginal deben codificarse como ILQ-OE si se cumplen otros criterios de infección de localización quirúrgica (en los 30 días siguientes a una histerectomía)”. Actualización de la definición según la Decisión de ejecución (UE) 2018/945 de la Comisión Europea del 22 de junio de 2018, sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes (http://data.europa.eu/eli/dec_impl/2018/945/oj)

6. DOCUMENTO MARCO

CAMBIOS

C1. Se actualizan listados de grupos de trabajo.

C2. Se añade referencia a pie de página de la Definición de IRAS de la actual **Decisión de ejecución (UE) 2018/945** de la Comisión Europea del 22 de junio de 2018, sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes.

APLICABLE A TODOS LOS PROTOCOLOS

CAMBIOS

C.1. Cambio de nombre de *Clostridium difficile*, que pasa a denominarse ***Clostridioides difficile***.

Las abreviaturas: *C. difficile*, *C. Diff* e ICD no cambian).

C.2. EUCAST ha cambiado las definiciones de las categorías de la **prueba de sensibilidad S, I y R:**

- S (sensible, dosis estándar): un microorganismo se clasifica como "Sensible, dosis estándar", cuando existe una alta probabilidad de éxito terapéutico utilizando un régimen de dosificación estándar del agente.
- I (sensible, exposición elevada): un microorganismo se clasifica como "Sensible, exposición elevada" cuando existe una alta probabilidad de éxito terapéutico debido a que la exposición al agente aumenta al ajustar la pauta o su concentración en el lugar de la infección.
- R (resistente): un microorganismo se clasifica como "Resistente" cuando existe una alta probabilidad de fracaso terapéutico, incluso cuando hay una mayor exposición.

******Cambian las definiciones, la nomenclatura sigue siendo S,I, R**

Los aislamientos se clasificarán como sensibles (categorías S e I) o resistentes (categoría R).

- Cuando un aislamiento se describe como sensible, esto excluye resistente.
- Cuando un aislamiento se describe como resistente, esto excluye las categorías sensibles (S e I).
- Para fines de vigilancia, evitar el agrupamiento de categorías; se registrará como S, I y R.
En el caso de que se decida agrupar categorías, nunca se agrupará I y R, solo S y I.

Estos cambios afectan a:

- **Protocolo-ILQ:**
 - Anexo 7. Marcadores de resistencia a antimicrobianos: donde dice “S (sensible), R (resistente) o I (Intermedia)”, debe decir “S (sensible, dosis estándar), I (sensible, exposición elevada) o R (resistente)”.
- **Protocolo-UCIS:**
 - Anexo 4. Marcadores de resistencia a antimicrobianos: donde dice “S (sensible), R (resistente) o I (Intermedia)”, debe decir “S (sensible, dosis estándar), I (sensible, exposición elevada) o R (resistente)”.
- **Protocolo-MMR:**
 - Anexo 7. Encuesta epidemiológica de infecciones por MMR, en el apartado de información microbiológica específica para ICD
 - Protocolo-EPC: En Definiciones y conceptos claves, cambia la definición de Enterobacterias resistentes a carbapenémicos. Donde decía “enterobacterias categorizadas como de sensibilidad intermedia o resistentes al menos a un antibiótico carbapenémico”, debe decir “enterobacterias categorizadas como resistentes al menos a un antibiótico carbapenémico”.
 - Protocolo-ICD: En el punto 5.3 Sensibilidad antimicrobiana. Donde dice “S (sensible), R (resistente) o I (Intermedia)”, debe decir “S (sensible, dosis estándar), I (sensible, exposición elevada) o R (resistente)”.
- **Protocolo-Prevalencia:**
 - Anexo 3. Estructura de la base de datos. En el grupo de variables relativas a las infecciones activas. La variable Resultados del test de sensibilidad: Donde dice “S (sensible), R (resistente) o I (Intermedia)”, debe decir “S (sensible, dosis estándar), I (sensible, exposición elevada) o R (resistente)”
 - Anexo 8. Marcadores de resistencia a antimicrobianos: lo mismo
 - Al apartado 6.2.2. Indicadores de etiología microbiana y marcadores de resistencias a antimicrobianos: indicador d. Como indica EUCAST, para fines de vigilancia se evitara el agrupamiento de categorías y en el caso de agrupar, nunca cat R con I, por lo tanto, **el indicador N° de microorganismo no susceptibles incluiría sólo los microorganismos de cat R** (no cat R + cat I) y lo recomendable sería hacerlo para cada categoría, es decir, n° de microorganismos con cat R, n° de microorganismos con cat I y n° de microorganismos con cat S, pero no agrupar.