

**ACTUALIZACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA NACIONAL
DE VIGILANCIA DE LAS IRAS. Noviembre 2017**

Los cambios realizados en las actualizaciones de los protocolos de vigilancia del Sistema Nacional de Vigilancia de las IRAS (Noviembre 2017) están basados en las últimas actualizaciones realizadas por los estándares de referencia, CDC y el ECDC y en modificaciones realizadas para homogeneizar la codificación en todos los protocolos del Sistema nacional de vigilancia de las IRAS. Los cambios en la estructura de la encuesta epidemiológica se basaron en recomendaciones originadas a raíz del *Taller de verificación de los cuestionarios para la notificación homogénea de las IRAS*, realizado el 20 de junio de 2017, que tuvo como objetivo el de verificar y homogeneizar la estructura de los cuestionarios de los protocolos del sistema, antes de cerrar el *metadata* a nivel central y de Comunidades autónomas. Este taller se basó en casos prácticos que representaban diferentes posibles escenarios para cada uno de los módulos de vigilancia. En el taller participaron responsables del sistema de vigilancia en la CA y un responsable de la vigilancia (que haga o vaya a hacer la vigilancia) de un hospital de la CA. A raíz del taller se recomendaron algunos cambios, en relación principalmente con la estructura, orden de la encuesta, alguna aclaración de variables, sin cambios mayores en el contenido de los protocolos.

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA (Protocolo-ILQ. Noviembre 2017). PRINCIPALES CAMBIOS

Los principales cambios en esta nueva versión del Protocolo-ILQ son los siguientes:

1. Se actualiza la clasificación del estado físico del paciente: ASA score siguiendo la última versión de 2014.
2. Se revisa la última actualización de los CDC de Enero de 2017. Se incluye un criterio de exclusión en la definición de procedimiento quirúrgico NHSN, y es que “todos aquellos procedimientos que tengan asignado un ASA score de 6 no serán incluidos en la vigilancia nacional de las ILQ”.
3. Se modifica la clasificación de la variable “Tipo de hospital”. En la anterior versión del protocolo se incluía la clasificación por grupo de hospital- cluster, basándonos en la clasificación establecida por el Registro de altas de los hospitales del Sistema nacional de salud (CMBD). En esta nueva versión utilizaremos la clasificación de hospitales basada en la OMS, que es la que

viene utilizando el estudio EPINE de la SEMPSPH y con la que ya viene manejando la gran mayoría de los hospitales. Es también la que utiliza el protocolo europeo de vigilancia de las ILQ del ECDC. Se homogeneizará en todos los protocolos del sistema nacional de vigilancia de las IRAS.

4. Se añade un nuevo anexo de “Códigos de servicios/especialidades/unidades hospitalarias” para la codificación de la variable “Servicio de ingreso”, adaptado del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de datos) y del anexo sobre especialidades asistenciales y sus códigos del Protocolo del Estudio EPINE-EPPSS 2017, versión 10.0. Se homogeniza en todos los protocolos.

5. Se actualiza el listado de microorganismos (WHOCARE), según última versión del protocolo EPPS v. 5.3 de ECDC y del EPINE 2017 v.10.0. Se añade la *Candida auris*.

6. Se cambia la codificación del listado de microorganismos anterior para homogeneizar todos los protocolos del sistema nacional de las IRAS, utilizando la misma codificación del SIVIes, sistema informático para la vigilancia en la RENAVE (Red nacional de vigilancia epidemiológica).

7. Se modifica la definición de la variable Cirugía múltiple añadiendo algunas especificaciones, siguiendo la actualización de mayo de 2017 del protocolo de vigilancia de ILQ europeo del ECDC (HAI-Net SSI protocol, v. 2.2.)

8. Se añade la variable “Asociado a brote: Sí/ No” e “Identificación del brote”, al igual que aparece en el resto de protocolos y teniendo en cuenta que la vigilancia de brotes de IRAS forma parte del sistema nacional.

9. Respecto al Índice NHSN¹, desde el informe del año 2008 (resultados 2006-2007) los NHSN construyen el índice de riesgo con los 3 factores sin descontar 1 punto para las cirugías laparoscópicas y lo mismo ECDC en su protocolo HAISSE v 2.2. Seguiremos recogiendo la variable Cirugía laparoscópica/endoscópica Si/No, pero no se incluirá en el índice anterior, es decir, no se restará un punto al procedimiento COLO por vía laparoscópica. Además, CDC en los informes más recientes, ya no publican estratificando por índice NHSN; en nuestro protocolo nacional dado que nos compararemos con Europa, mantenemos el índice de riesgo construido con los 3 factores (duración, ASA, contaminación), pero en el protocolo nos referiremos a un índice de riesgo básico de ILQ, no índice NHSN (que ya no lo utiliza).

10. Desde CNE y CCAES estamos trabajando en la conversión de la codificación CIE-9-MC a CIE-10-ES-Procedimientos de las categorías NHSN sujetas a vigilancia. Por el momento en el protocolo se mantienen los códigos CIE-9. Europa (protocolo de ECDC) mantiene también por el momento CIE-9.

¹ Ref 2: Edwards JR, Peterson KD, Andrus ML, et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report, data summary for 2006 through 2007, issued November 2008. Am J Infect Control. 2008;32:470-85.
Malpiedi PJ, Peterson KD, Soe MM et al. 2011 National and State Healthcare-Associated Infection Standardized Infection Ratio Report. Published February 11, 2013

11. Cambios en la estructura del cuestionario, basados en las recomendaciones obtenidas del Taller de verificación de los cuestionarios para la notificación homogénea de las IRAS, realizado el 20 de junio de 2017:

- Se cambia de apartado la variable “Especialidad de la Unidad donde se realiza la cirugía” y se pone en el apartado de “Datos de hospitalización”.
- Se añade un apartado dentro de datos de hospitalización con *datos del reingreso*. Se introduce la variable “Reingreso del paciente por ILQ en el periodo de vigilancia según definición de caso”. En caso de respuesta afirmativa se cumplimenta apartado de reingreso. Y, se añade, por tanto, el término de primer ingreso (definido en nota a pie de página). Las primeras variables del apartado de datos de la hospitalización: “Servicio de ingreso”, “fecha de ingreso”, Fecha de alta” y Motivo de alta”, harán referencia a este “primer ingreso”.
- Al añadir este apartado de reingreso y especificar primer ingreso, se elimina variable “Tipo de ingreso”
- Se recoge la recomendación de clarificar la definición de la variable Servicio de ingreso, con lo que se modifica la redacción de la variable.
- Se modifica en la encuesta el apartado correspondiente a la notificación de las resistencias, para poder notificar S, R o I según consta en el protocolo (Anexo Marcadores de resistencia antimicrobiana).
- Para evitar sesgos de notificaciones se acuerda que **cada hospital SÓLO notificará a su comunidad autónoma las ILQ de procedimientos quirúrgicos realizados en su hospital.**
Esta actuación es a efectos de notificación.

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN LAS UCIs (Protocolo-UCIs. Noviembre 2017). PRINCIPALES CAMBIOS

1. Se actualizan definiciones según última actualización de ECDC (protocolo v 2.2._Mayo 2017): En neumonía se añade una nota a pie página: “En caso de disponer de radiografías de tórax recientes para pacientes con enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente, una radiografía de tórax definitiva o un TAC realizados durante la estancia actual en UCI puede ser suficiente”. Y un comentario: ** Los criterios N1 y N2 fueron validados sin tratamiento antimicrobiano previo. Sin embargo, el tratamiento antibiótico previo no excluye el diagnóstico de N1 y N2.
2. Se modifica la clasificación de la variable “Tipo de hospital”. En la anterior versión del protocolo se incluía la clasificación por grupo de hospital- cluster, basándonos en la clasificación establecida por el Registro de altas de los hospitales del Sistema nacional de salud (CMBD). En esta nueva versión utilizaremos la clasificación de hospitales basada en la OMS, que es la que viene utilizando el estudio EPINE de la SEMPSPH y con la que ya viene manejando la gran mayoría de los hospitales. Es también la que utiliza el protocolo europeo de vigilancia de las ILQ del ECDC. Se homogeneizará en todos los protocolos del sistema nacional de vigilancia de las IRAS.
3. Variable “Tipo de UCI” dentro del apartado Variables relativas al hospital y a la unidad (Anexo 1. Estructura de la base de datos). Se cambia el nombre de mixta por *Polivalente*, que es como las están denominando en la mayoría de hospitales.
4. En Factores de riesgo del paciente se añade la categoría Desconocido: Sí/No/Desconocido. Para poder diferenciar si los vacíos son porque no se han contestado o realmente porque es una información difícil de obtener.
5. Se actualiza el listado de microorganismos (WHOCARE), según última versión del protocolo EPPS v. 5.3 de ECDC y del EPINE 2017 v.10.0. Se añade la *Candida auris*.
6. Se cambia la codificación del listado de microorganismos anterior para homogeneizar todos los protocolos del sistema nacional de las IRAS, utilizando la misma codificación del SiViEs, sistema informático para la vigilancia en la RENAVE (Red nacional de vigilancia epidemiológica).
7. Se añade la variable “Asociado a brote: Sí/ No” e “Identificación del brote”, al igual que aparece en el resto de protocolos y teniendo en cuenta que la vigilancia de brotes de IRAS forma parte del sistema nacional.

8. Cambios en la estructura del cuestionario, basados en las recomendaciones obtenidas del Taller de verificación de los cuestionarios para la notificación homogénea de las IRAS, realizado el 20 de junio de 2017:

- Se modifica en la encuesta el apartado correspondiente a la notificación de las resistencias, para poder notificar S, R o I según consta en el protocolo (Anexo Marcadores de resistencia antimicrobiana). Y se añade colistina, que sí estaba listada en el Anexo 1. Estructura de la base de datos, pero no en la encuesta epidemiológica.
- Se modifica ligeramente formato de encuesta para poder registrar datos de más de una infección.

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO GENERAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES Y DE ESPECIAL RELEVANCIA CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA (Protocolo-MMR. Noviembre 2017). PRINCIPALES CAMBIOS

1. Cambios en la estructura del cuestionario, basados en las recomendaciones obtenidas del Taller de verificación de los cuestionarios para la notificación homogénea de las IRAS, realizado el 20 de junio de 2017:

- Las variables “Fecha del cultivo (o técnica diagnóstica empleada) positivo” y “Localización de la muestra que define el caso”, se quitan del apartado de datos de infección y se colocan en el apartado de datos microbiológicos.
- La variable “Agente causal” del apartado de datos microbiológicos, sólo sería necesaria en el caso de la información específica de EPC (especificar especie), no para CD o SARM, se mueve al apartado de “Información microbiológica específica para EPC”.
- Se redefinen y se corrigen las categorías de la variable “Tipo de muestra”
- En el caso de la Información microbiológica específica para ICD, el “algoritmos microbiológicos utilizados para el diagnóstico”, se registrará si se dispusiera de esa información al igual que la información en relación al ribotipo.

ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LOS BROTES DE LAS IRAS (Protocolo-BROTOS. Noviembre 2017).

Se revisa el protocolo sin hacer actualizaciones a la versión anterior.