

PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (PROTOCOLO-UCIS)

PILOTAJE AÑO 2026



PROTOCOLOS DE
VIGILANCIA Y
RESPUESTA EN
SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (PROTOCOLO-UCIS)

Versión 1.0 – 31/03/2026

Cambios versión 1.0:

Se actualizan los datos a 2026. Se añade la variable tratamiento vasopresor en los casos de IRAS y se añade los valores de defunción del protocolo ICU-HAI 2.3 del ECDC (2025) para evaluar la relación del exitus con la IRAS.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. 2026

[Sevilla]: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, [2026]

EDITA: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

Edificio Arena 1, Avda. de la Innovación, 5

41020-Sevilla

Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

En España el [Real Decreto 568/2024](#)¹, de 18 de junio de 2024, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública amplía la vigilancia a todos los aspectos de interés para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Salud Pública (33/2011), e incluye dentro del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles la vigilancia de las resistencias a los antimicrobianos y de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). La vigilancia nacional de las IRAS incluye la vigilancia de las infecciones de localización quirúrgica, las IRAS en las Unidades de Cuidados Intensivos, la prevalencia de las IRAS y uso de antimicrobianos, brotes de IRAS y la vigilancia de tres grupos de microorganismos seleccionados por su problema de resistencias a los antimicrobianos (Enterobacterales productoras de carbapenemasas y *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina) o por su relevancia clínico epidemiológica (*Clostridioides difficile*) en los hospitales de agudos.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
2.1. OBJETIVO GENERAL	4
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3. ALCANCE	5
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS CLAVES	6
4.1. DEFINICIÓN DE CASO DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA ADQUIRIDA EN LA UCI (NAV)	6
4.2. DEFINICIONES DE CASO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A SONDAJE VESICAL ADQUIRIDA EN LA UCI (ITU-SU).....	10
4.3. DEFINICIÓN DE CASO DE BACTERIEMIA ADQUIRIDA EN LA UCI	12
5. METODOLOGÍA	16
5.1. POBLACIÓN A VIGILAR.....	16
5.2. PERIODO DE VIGILANCIA	16
5.3. MÉTODO DE LA VIGILANCIA	17
5.4. VARIABLES DE ESTUDIO	19
6. SOPORTE INFORMÁTICO DE LA INFORMACIÓN	20
7. ANÁLISIS DE DATOS	21
7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	21
7.2. CÁLCULO DE INDICADORES	21
8. PILOTAJE DEL PROGRAMA	23
9. BIBLIOGRAFÍA	26
10. ACRÓNIMOS	29
11. ANEXOS	30
ANEXO 1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES A ESTUDIO	30

ANEXO 2. ESCALAS PRONÓSTICAS UTILIZADAS EN LAS UCIS	38
ANEXO 3. MARCADORES Y CÓDIGOS DE RESISTENCIA A ANTIMICROBIANOS EN LAS UCIS.....	40
ANEXO 4. DUDAS FRECUENTES	42
ANEXO 5. TABLA CÓDIGOS UCI.....	44
ANEXO 6. FICHA DE RECOGIDA DE DATOS DE IRAS EN UCI	47
ANEXO 7. FICHA DE RECOGIDA SIMPLIFICADA DE DATOS DE IRAS EN UCI	49

1. INTRODUCCIÓN

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad clave para la Salud Pública y garantiza que dispongamos de la información adecuada en el momento oportuno para basar las decisiones y acciones que la administración sanitaria, en sus distintos niveles de competencia, tiene que realizar para proteger la salud de la población. Los protocolos de las enfermedades que integran el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles sirven para homogeneizar la vigilancia y la notificación en España y también la vigilancia en la Unión Europea (UE), liderada por el Centro para el Control y Prevención de enfermedades (ECDC). Así mismo, establecen las medidas consensuadas para el control y prevención de casos y brotes. Debemos garantizar que nuestros sistemas de vigilancia sigan siendo adecuados para su propósito, de lo contrario, se verá directamente afectada nuestra capacidad para abordar los desafíos tecnológicos a los que nos enfrentamos y la capacidad para prevenir y detectar problemas de salud que afecten a la población.

Los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) tienen un alto riesgo de adquirir infecciones debido a sus enfermedades de base y a la frecuente exposición a dispositivos invasivos. Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) constituyen uno de los problemas más importantes que pueden darse en las UCIs, conllevando una mayor mortalidad y unos costes sanitarios más elevados ⁽²⁾. La encuesta de prevalencia del European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sobre infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y resistencia a antimicrobianos (RAM) 2022-2023⁽³⁾, actualiza los datos previos, mostrando que el 20.5% de los pacientes ingresados en UCIs tienen al menos una IRAS, cifra que aumenta con respecto al 19.1% que mostraba la segunda encuesta de prevalencia del ECDC realizada en 2016-2017 ⁽⁴⁾. El 14,6% de todos los pacientes ingresados en los hospitales europeos que presentan alguna IRAS son pacientes de UCIs ⁽³⁾. Una gran proporción de estas infecciones son adquiridas en las UCIs, aunque otras veces son el motivo de ingreso en las mismas ⁽⁵⁾.

En España, los últimos resultados publicados por el registro ENVIN-HELICS (Estudio Nacional de Vigilancia de la Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva) de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), revelan que durante los últimos años el porcentaje de pacientes que adquirieron alguna IRAS en UCI está

en descenso en los últimos años: en 2021 fue del 10,2%, en 2022 del 6,6% y en 2023 del 5,6% y en 2024 el porcentaje de pacientes que adquirieron alguna infección en UCI fue de 5,3% ⁽⁵⁾.

Las principales IRAS en las UCIs se asocian al uso de un dispositivo invasivo concreto (tubos traqueales, catéteres, sondas uretrales) o a la realización de algún procedimiento diagnóstico o terapéutico que alteran las barreras defensivas naturales y facilitan la transmisión cruzada de los agentes patógenos ⁽⁶⁾. La distribución de las infecciones vigiladas por el registro ENVIN evidencia el predominio de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (36,6%), seguida por la infección urinaria relacionada con sonda uretral (27,8%), la bacteriemia secundaria a otro foco (15,1%), bacteriemia de origen desconocido (10,7%) y la bacteriemia secundaria a catéter (9,9%).

La vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales (IN) es uno de los principales componentes de los programas de prevención y control de estas infecciones en las UCIs. Nos permite conocer la epidemiología, los factores de riesgo y el impacto que estas infecciones tienen en el paciente, con el fin de establecer medidas de prevención y control adecuadas para disminuir la incidencia de estas infecciones ⁽⁷⁾.

La Recomendación del Consejo del 9 de junio de 2009 sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (2009/C 151/01), recomienda crear o reforzar sistemas de vigilancia activa, vigilando la incidencia de tipos específicos de infección. Así las IN en las UCIs son un importante objetivo de la vigilancia de las IRAS y una prioridad de los sistemas de vigilancia en varios países europeos ⁽⁸⁾.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA) está integrado desde los años 90 en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) y la Red Europea de Vigilancia. El SVEA recoge información a través de la plataforma RedAlerta dentro de la que se ha desarrollado un módulo específico para la vigilancia de IRAS en UCI.

Los sistemas de vigilancia precisan para el éxito de su implementación de una estandarización de las definiciones y de la recogida de datos, para que los hospitales puedan comparar sus tasas de infección entre sí, con las nacionales (estándares de referencia) y a nivel europeo. La

información de las encuestas se traducirá en los correspondientes metadatos para facilitar la notificación electrónica de los casos permitiendo avanzar en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y cumplir con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en vigilancia de las enfermedades transmisibles.

Este documento detalla el protocolo de vigilancia y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), adaptando el protocolo nacional a las especificidades de Andalucía ⁽⁹⁾.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de las IRAS en las UCIs en Andalucía, de adultos y pediátricas, para promover la prevención y el control de estas infecciones; garantizando la estandarización de las definiciones, la recopilación de datos y los procedimientos de información para los hospitales participantes, para poder obtener unos indicadores homogéneos y estandarizados que permitan a los hospitales comparar sus tasas de infección, entre ellos y con el total de su comunidad y el nacional.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia acumulada y la densidad de incidencia de las IRAS bajo vigilancia en las UCIs.
- Proporcionar a los hospitales del territorio andaluz datos que sirvan como estándares de referencia
- Contribuir a disminuir las tasas de estas infecciones mediante el retorno e intercambio de información entre los diferentes niveles del sistema de vigilancia.
- Participar en la red nacional y en la red europea de vigilancia de las IRAS en las UCIs (ECDC), lo que permitirá obtener datos de referencia necesarios para establecer comparaciones con otras comunidades autónomas y con otros países participantes, así como facilitar la comunicación y el intercambio de experiencias entre redes nacionales de vigilancia de las IRAS.

3. ALCANCE

La vigilancia de las IRAS en las UCIs es de **carácter obligatorio** para todos los hospitales- con UCIs de adultos y pediátricas. En Andalucía, este año 2026 se mantiene el programa a modo de pilotaje a través de las unidades de Medicina Preventiva y Salud Pública. Los hospitales interesados podrán participar de forma voluntaria.

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS:

Las IRAS incluidas en la vigilancia son las definidas por el protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE):

1. Infecciones asociadas a dispositivos adquiridas en las UCIs.

- Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva (N-VM)
- Infección del tracto urinario asociada a sondaje urinario (ITU-SU)
- Bacteriemia relacionada con catéter vascular central (BRC-CVC)

2. Bacteriemias adquiridas en las UCIs.

Los criterios utilizados para definir las infecciones son los publicados por los ECDC (HAIICU-protocolo⁽¹⁰⁾ y los que sigue el ENVIN–HELICS⁽¹¹⁾, adaptado desde 2004 al proyecto europeo de vigilancia de las IRAS en las UCIs.

4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS CLAVES

4.1. DEFINICIÓN DE CASO DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA ADQUIRIDA EN LA UCI (NAV)

Neumonía diagnóstica en el día 3 o posterior al ingreso en la UCI (considerando día de ingreso en UCI como día 1) en un paciente portador de ventilación mecánica invasiva, aunque sea de manera intermitente, debiendo estar el dispositivo en las 48 previas al inicio de la infección.

Se considerará **ventilación mecánica invasiva** (criterios CDC 2025)⁽¹²⁾ al dispositivo utilizado para apoyar, asistir o controlar la respiración, mediante la administración de presión positiva a la vía aérea cuando se administra a través de una vía aérea artificial, específicamente a través de traqueostomía o por intubación endotraqueal oral o nasal.

DEFINICIÓN DE CASO DE NEUMONÍA:

Se precisa para su diagnóstico: criterio radiológico, clínico y criterios microbiológicos.

A. CRITERIOS RADIOLÓGICOS

- La existencia de **una** radiografía de tórax o un TAC con infiltrado sugestivo.
- En el caso de pacientes con enfermedad cardíaca o pulmonar subyacente, se precisa para su diagnóstico de **dos o más** radiografías de tórax sucesivas con una imagen sugestiva de neumonía. En caso de disponer de radiografías de tórax recientes, una radiografía de tórax o un TAC concluyentes realizados durante la estancia actual en UCI pueden ser suficientes para considerar que cumple el criterio radiológico.

B. CRITERIOS CLÍNICOS

– EN UCI DE ADULTOS:

Debe cumplirse al menos **UNO** de los siguientes criterios clínicos:

- Fiebre > 38° C sin otro origen.
- Leucopenia (< 4.000/mm³) o leucocitosis (≥ 12.000 /mm³).

Y al menos **UNO** de los siguientes criterios: (o, al menos dos, en el caso de que el diagnóstico de neumonía sea solo clínico= criterios N4 y N5):

- Aparición de esputo purulento o cambio en las características del esputo (en color, olor, cantidad y/o consistencia).
 - Tos, disnea o taquipnea.
 - Auscultación sugestiva: estertores crepitantes, roncus o sibilancias.
 - Deterioro del intercambio de gases (desaturación de O₂ o aumento de las demandas de oxígeno (FiO₂) o mayor necesidad de presión positiva al final de la espiración [PEEP]).
- **EN UCI PEDIÁTRICA** ⁽¹¹⁾:
- **Pacientes menores de un año:** Empeoramiento en las características ventilatorias (aumento de las necesidades de oxigenoterapia, aumento de los parámetros del ventilador, desaturaciones) y al menos **TRES de los siguientes criterios**:
 - Temperatura inestable sin causa reconocida.
 - Leucopenia < 4.000/mm³ o leucocitosis (> 15.000/mm³) y desviación a la izquierda (> 10% NB).
 - Bradicardia < 100 ppm o taquicardia > 170 ppm.
 - Esputo purulento, cambios en las características del esputo, aumento de Secreciones respiratorias o aumento de las necesidades de aspiración.
 - Distrés respiratorio / apnea.
 - Auscultación patológica (sibilantes, crepitantes, roncus).
 - Bradicardia o taquicardia (< 100 lpm o > 170 lpm respectivamente).
 - **Pacientes entre 1 y 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:
 - Fiebre (> 38°C) o hipotermia (< 37°C) sin causa reconocida.
 - Leucopenia (< 4.000 /mm³) o leucocitosis (> 15.000/mm³).
 - Esputo purulento, cambios en las características del esputo, aumento de secreciones respiratorias o aumento de las necesidades de aspiración.
 - Distrés respiratorio/ apnea.

- Auscultación patológica (sibilantes, crepitantes, roncus).
- **Pacientes mayores de 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:

- Fiebre > 38º C sin causa reconocida.
- Leucopenia < 4.000/mm³ ó leucocitosis > 15.000/mm³.

Y DOS de los siguientes signos:

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

C. CRITERIOS MICROBIOLÓGICOS (según el método utilizado hablamos de neumonía N1 a N5):

a) Diagnóstico bacteriológico realizado mediante cultivo cuantitativo positivo del tracto respiratorio inferior:

– **A partir de una muestra mínimamente contaminada (N1):**

- Lavado broncoalveolar (LBA) con un recuento de $\geq 10^4$ UFC/ml o $\geq 5\%$ de células conteniendo bacterias intracelulares en el examen microscópico de la muestra del LBA.
-
- Catéter telescopado con cepillo protegido (Wimberley) con un recuento de $\geq 10^3$ UFC/ml.
-
- Aspirado distal protegido (ADP) con un recuento de $\geq 10^3$ UFC/ml.

– **A partir de una muestra posiblemente contaminada (N2):**

- Cultivo cuantitativo de muestra del tracto respiratorio inferior (aspirado endotraqueal) $\geq 10^6$ UFC/ml.

NOTA: 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.

b) Diagnóstico bacteriológico en otro tipo de muestras y métodos microbiológicos alternativos (N3):

- Hemocultivo positivo no relacionado con otro foco de infección.
- Cultivo positivo en una muestra de líquido pleural.
- Punción aspirativa positiva pleural o de absceso pulmonar.
- Evidencia de neumonía en el examen histológico pulmonar.
- Diagnóstico positivo de neumonía para virus, bacterias (incluidas bacterias atípicas y micobacterias) y micosis pulmonar (Por ejemplo: *Legionella*, *Aspergillus*, *Micobacterias*, *Mycoplasma*, *Pneumocystis jirovecii*).
 - Detección de antígenos virales o material genético en secreciones respiratorias, líquido o tejido pleural (por ejemplo, pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN), enzimo inmunoanálisis (EIA), fluorescencia antimembrana (FAMA)).
 - Detección por métodos moleculares (PCR).
 - Examen directo positivo o cultivo positivo de secreciones bronquiales o tejido (incluida shell vial assay).
 - Seroconversión (ej: *Virus influenza*, *Legionella*, *Chlamydia*, *Mycoplasma*).
 - Detección de antígenos en orina (*Legionella*).

c) Diagnóstico bacteriológico realizado en esputo o aspirado traqueal no cuantitativo de muestra del tracto respiratorio inferior (N4).

d) Sin microbiología positiva (N5), aunque se hayan realizado técnicas de alto rendimiento para su diagnóstico.

4.2. DEFINICIONES DE CASO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A SONDAJE VESICAL ADQUIRIDA EN LA UCI (ITU-SU)

ITU en paciente portador de sonda urinaria, diagnóstica en el día 3 o posterior al ingreso en la UCI (considerando día de ingreso en UCI como día 1), debiendo estar la sonda presente en los 7 días previos al inicio de signos y síntomas de la infección (o al resultado de laboratorio positivo).

Se considerará **sonda urinaria permanente** (criterios CDC 2025)⁽¹³⁾ a un tubo de drenaje insertado en la vejiga urinaria por vía transuretral que se conecta a una bolsa de drenaje, incluyendo bolsas para las piernas. Estos dispositivos se llaman también catéteres de Foley. No se incluyen los catéteres tipo condón, ni los catéteres rectos de entrada y salida, ni los tubos de nefrostomía, los conductos ileales o los catéteres suprapúbicos, a menos que esté presente un catéter Foley.

DEFINICIÓN DE CASO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

En la infección del tracto urinario asociada a sondaje urinario (ITU-SU) los signos clínicos y/o microbiológicos necesarios para el diagnóstico de infección urinaria no deben de estar presentes ni estar en período de incubación, en el momento del sondaje urinario.

A. ITU sintomática confirmada microbiológicamente (ITU1)

- Paciente que tiene al menos UNO de los siguientes síntomas sin otra causa reconocida:
 - Fiebre > 38°
 - Urgencia urinaria
 - Polaquiuria
 - Disuria
 - Sensibilidad suprapúbica
- Y urocultivo positivo: $\geq 10^5$ colonias/mL con aislamiento de no más de dos especies de microorganismos.

B. ITU sintomática no confirmada microbiológicamente (ITU2)

- Paciente que tiene al menos UNO de los siguientes síntomas sin otra causa reconocida:
 - Fiebre > 38°C
 - Urgencia urinaria
 - Polaquiuria

- Disuria
- Sensibilidad suprapúbica
- Y al menos UNO de los siguientes:
 - Tira reactiva en orina positiva a esterasa leucocítica y/o nitratos.
 - Piuria con ≥ 10 leucocitos por ml o ≥ 3 leucocitos/ml en la inspección de una muestra de orina no centrifugada.
 - Tinción Gram de orina no centrifugada positiva.
 - Al menos 2 urocultivos positivos con $\geq 10^2$ colonias/ml del mismo patógeno.
 - $\leq 10^5$ colonias/ml de un único patógeno en un paciente que está siendo tratado con un antimicrobiano efectivo para la ITU.

En UCI Pediátrica:

- Criterios clínicos: Debe de cumplir al menos uno de los siguientes síntomas o signos:
 - Fiebre $> 38^\circ$
 - Tensión en zona suprapúbica o urgencia urinaria
 - 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: Debe de cumplir al menos uno de los siguientes:
 - Pacientes sin tratamiento antibiótico: Cultivo de orina con aislamiento de $\geq 10^5$ ufc/mL de no más de dos microorganismos.
 - Pacientes con tratamiento antibiótico: Cultivo de orina con aislamiento en un urocultivo de $< 10^5$ ufc/mL de un único microorganismo.

4.3. DEFINICIÓN DE CASO DE BACTERIEMIA ADQUIRIDA EN LA UCI

Bacteriemia diagnosticada en el día 3 o posterior al ingreso del paciente en la UCI (considerando día de ingreso en UCI como día 1), que tiene lugar tras presencia de al menos 48 horas del catéter vascular y hasta 48 horas después de la retirada del catéter.

Se considera **catéter vascular central** (criterios CDC 2025)^{(14)(*)} al catéter intravascular que termina en o cerca del corazón o en uno de los grandes vasos y que es utilizado para infusión o extracción de sangre o para monitorización hemodinámica. Se consideran grandes vasos para el registro de bacteriemia relacionada con catéter vascular central y para el recuento de los días con CVC los siguientes: aorta, arteria pulmonar, vena cava superior, vena cava inferior, vena braquiocefálica, vena yugular interna, vena subclavia, vena iliaca externa, vena iliaca común, vena femoral común y en neonatos la arteria/vena umbilical.

Comentarios(*):

1. Las guías metálicas utilizadas para el cateterismo son consideradas catéteres intravasculares.
2. Los catéteres sin luz interna insertados en vasos sanguíneos centrales o en el corazón que no son usados para infusión, extracción de sangre ni monitorización hemodinámica no se deben considerar catéteres centrales. Por ejemplo, los cables de marcapasos, a menos que éstos tuvieran luz interna.
3. Los siguientes dispositivos no son considerados catéteres vasculares centrales:
 - a. Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)
 - b. Catéteres arteriales
 - c. Fístulas arteriovenosas
 - d. Injerto arteriovenoso
 - e. Balón intraaórtico de contrapulsación
 - f. Catéter de diálisis HeRO (Hemodialysis reliable outflow)
 - g. Dispositivo de asistencia ventricular
 - h. Catéter central sin entrada (no se accede ni se inserta durante la hospitalización)
 - i. Catéter periférico intravenoso o catéter venoso medial.

DEFINICIÓN DE CASO DE BACTERIEMIA

UCI adultos:

Se considera una sola opción:

- Al menos un hemocultivo positivo para un patógeno reconocido,
 - o
- El paciente presenta al menos uno de los siguientes signos o síntomas:
 - o fiebre >38°C, escalofríos o hipotensión
 - Y
 - o aislamiento del mismo microorganismo contaminante habitual de la piel en dos o más hemocultivos, obtenidos de forma no simultánea pero sí con menos de 48 h entre ellos.

UCI pediátrica:

*En las UCIs pediátricas aplicaremos los siguientes criterios⁽¹¹⁾:

Se considera una sola opción:

- Al menos un hemocultivo positivo para un patógeno reconocido,
 - o
- El paciente presenta al menos uno de los siguientes signos o síntomas:
 - o fiebre >38°C, escalofríos o hipotensión. (En pacientes **menores de un año**, se aceptan síntomas como fiebre >38°C (central), hipotermia <36°C (central), apnea o bradicardia).
 - Y
 - o Uno de los siguientes apartados:
 - Aislamiento del mismo microorganismos contaminante habitual de la piel (*Staphylococos* 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*).

ORIGEN DE LA BACTERIEMIA

1. Bacteriemias primarias (BP)

Es la suma de las bacteriemias de origen desconocido y las relacionadas con catéter.

– **Bacteriemias relacionadas con catéter vascular central (BRC):**

Aislamiento del mismo microorganismo (mismo género, especie y antibiograma) del catéter o mejora de los síntomas en las 48 horas posteriores a la retirada del catéter vascular central.

Criterios de bacteriemia relacionada con catéter confirmada microbiológicamente:

- Bacteriemia que tiene lugar tras presencia de al menos 48 horas del catéter vascular central y hasta 48 horas después de la retirada del catéter

y

- Cultivo positivo, con el mismo microorganismo en CVC, cuantitativo $\geq 10^3$ UFC/ml o cultivo CVC semicuantitativo > 15 UFC

O

- Bacteriemia que ocurre con o sin retirada del catéter, y al menos uno de los siguientes:
 - Ratio hemocultivo positivo cuantitativo: muestra sangre CVC/muestra sangre periférica >5
 - Diferencia en el tiempo de positividad de los cultivos: hemocultivo CVC positivo 2 horas o más antes de la positividad del hemocultivo periférico (tomadas las muestras al mismo tiempo)
 - Hemocultivo positivo con el mismo microorganismo que del exudado o del lugar de inserción.

– **Bacteriemia de origen desconocido (BOD):**

Episodio de bacteriemia en un paciente portador de catéter, en el que no es posible identificar ningún foco (catéter u otros focos).

2. Bacteriemias secundaria a otra infección (BSI)

Aislamiento del mismo microorganismo en otro lugar, es decir, en otro foco de infección, o existencia de fuerte evidencia clínica de que la bacteriemia es secundaria a otro foco infeccioso, procedimiento diagnóstico invasivo o a un cuerpo extraño.

- Infección pulmonar
- Infección del tracto urinario
- Infección del tracto digestivo
- Infección de localización quirúrgica
- Infección de piel y partes blandas

Otras: Sistema nervioso central, infección ósea (por ejemplo, osteomielitis, etc.), procedimiento diagnóstico invasivo, cuerpo extraño, catéter venoso periférico, etc.

5. METODOLOGÍA

5.1. POBLACIÓN A VIGILAR

Se vigilarán las UCIs de adultos y pediátricas. Las UCIs neonatales no son obligatorias en esta vigilancia de acuerdo con el protocolo nacional y, por tanto, quedan excluidas. No obstante, dado que existen indicadores específicos de PIRASOA que requieren información sobre las UCIs neonatales, se permite el registro de estos datos en la plataforma, los cuales serán analizados de forma independiente.

La población de estudio serán los pacientes mayores de 1 mes (de cualquier edad si se vigilan las UCIs neonatales) que permanezcan ingresados en UCI más de 2 días, durante el periodo de seguimiento (fecha de alta de UCI-fecha de ingreso en UCI +1 > 2 días). Los pacientes que permanezcan ingresados en UCI menos de 3 días serán excluidos.

Se excluyen las infecciones que aparecen después del alta de la UCI (post-alta).

La inclusión de los pacientes será prospectiva, los pacientes se incluyen si la fecha de ingreso en la UCI cae dentro del periodo de vigilancia. Tras finalizar el periodo de vigilancia, los pacientes que continúan en seguimiento se “censuran” (se consideran dados de alta de forma arbitraria). El día de calendario abarca desde las 00:00 a las 23:59 horas.

Fecha de alta de UCI - Fecha de ingreso en UCI + 1 >2 días

Se recomienda la creación de una base de datos local para registrar todos los ingresos y así valorar qué pacientes cumplen los criterios de inclusión.

5.2. PERIODO DE VIGILANCIA

El periodo de vigilancia se refiere al **periodo de inclusión** de nuevos pacientes en la vigilancia, siendo el seguimiento de cada paciente el acorde a su ingreso. El periodo de vigilancia se realizará durante al menos 3 meses consecutivos. Aquellas UCIs en las que en ese periodo de tiempo no se hayan conseguido al menos 30 pacientes ingresados en la UCI con estancias mayores de 48 horas, podrán alargar el periodo de seguimiento hasta conseguir dicho número de pacientes.

El periodo de vigilancia recomendado es del 1 de abril al 30 de junio.

5.3. MÉTODO DE LA VIGILANCIA

RECOGIDA DE DATOS

Para todas las UCIs participantes se utilizará el presente protocolo como guía común para la recogida de datos.

Las fuentes de información serán:

- La historia clínica del paciente (datos médicos y de enfermería).
- Técnicas de diagnóstico y cultivos microbiológicos realizados al paciente.
- Información directa obtenida del equipo médico y asistencial, así como la observación directa del paciente cuando sea necesario.

Para todo paciente ingresado en UCI que cumpla criterios de inclusión y, por tanto, esté bajo vigilancia, se abrirá una **ficha de registro de datos en RedAlerta**, en la cual se recogerá información sobre variables sociodemográficas, factores de riesgo de infección intrínsecos y extrínsecos, variables relacionadas con la hospitalización, con los dispositivos invasivos utilizados y con la infección.

Deberá marcarse la variable “Estado de ficha” en la ficha de registro en RedAlerta según proceda: En seguimiento, finalizado (una vez se haya completado el seguimiento del paciente) o descartado.

TIPO DE VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Se realizará una vigilancia **prospectiva y continua**, de frecuencia diaria, de los pacientes ingresados en UCI que cumplan criterios de inclusión durante el periodo de estudio. El seguimiento se hará hasta 48 horas después del alta de la UCI. El periodo máximo de seguimiento para un paciente será de 60 días.

NOTAS PARA LA GESTIÓN DE LA VIGILANCIA

- Cada paciente tendrá un solo registro por ingreso, pudiendo tener varios registros si ingresa más de una vez. Se considerará que se trata de un nuevo ingreso cuando sea por la misma causa y hayan pasado más de 48 horas (2 días de calendario) entre la fecha de

alta de UCI y la nueva fecha de ingreso en UCI, o bien, hayan pasado menos de 48 horas pero el reingreso sea motivado por otra causa.

- Para considerar una infección como un nuevo episodio del mismo tipo de infección (en el mismo paciente y en el mismo ingreso), se requiere la combinación de los siguientes criterios:

- nuevos signos y síntomas tras una mejora sustancial del episodio inicial y
- evidencia radiográfica (para neumonía) o de otras pruebas diagnósticas y
- inicio de un nuevo episodio > 14 días desde bacteriemia, o > 7 días desde neumonía e infección del tracto urinario.

- En relación con las **neumonías asociadas a la ventilación mecánica:**

Es esencial que todas las UCIs informen de los grupos N4 y N5, con el fin de lograr la comparabilidad general, aunque se realizará examen microbiológico con resultados negativos (en el caso de N5). También se aconseja, tanto para fines clínicos como de vigilancia, promover, tanto como sea posible, la confirmación microbiológica (N1-3) como práctica rutinaria en las UCIs.

En relación con las **ITU asociadas a sonda vesical:**

La bacteriuria asintomática está excluida de la vigilancia de las ITUs adquiridas en las UCIs. Ante el aislamiento en el cultivo de orina de *Candida* y *Staphylococcus coagulasa negativo* valorar repetir el urocultivo para dar validez a la infección, dada la alta frecuencia de colonización, y sólo si el paciente tiene signos y síntomas de infección.

- En relación con las **bacteriemias adquiridas en la UCI:**

Se consideran contaminantes cutáneos: *Staphylococcus coagulasa negativo* (*S. epidermidis*, *S. saprophyticus*, etc), *Micrococcus sp.*, *Propionibacterium acnes.*, *Bacillus sp.*, *Corynebacterium sp.*

Las muestras de sangre para hemocultivos deberán recogerse en 2 extracciones de venas periféricas de localizaciones diferentes (por ejemplo, vena antecubital derecha e

izquierda) y no a través de catéter vasculares. Estas extracciones deben ser realizadas simultáneamente o en un breve periodo de tiempo (unas pocas horas como máximo).

No se registrará la colonización del CVC, si no hay un hemocultivo positivo.

- BRC no confirmada microbiológicamente:

Bacteriemia en paciente portador de un catéter vascular central (CVC) que aparece tras la presencia de este durante al menos 48 horas o bien hasta 48 horas después de la retirada del catéter

Y No se aísla o no se ha cultivado el CVC

Y al menos UNO de los siguientes:

- Pus o inflamación en el punto de inserción/túnel.
- Mejora de los síntomas en las 48 horas posteriores a su retirada.

- Si una IRAS asociada a dispositivo produce una bacteriemia secundaria, la bacteriemia secundaria se registrará como otra IRAS si cumple el siguiente criterio: se ha confirmado la infección asociada a dispositivo microbiológicamente y se ha aislado el mismo microorganismo en la bacteriemia. Es decir, se declararán las bacteriemias secundarias a N 16/48 VM de tipo NEU1, NEU2 o NEU3; y las bacteriemias secundarias a ITU-SU confirmada microbiológicamente.

5.4. VARIABLES DE ESTUDIO

Se recogerán variables relativas al hospital y la unidad, al paciente y a la hospitalización, a la exposición a dispositivos y a la infección, así como las relativas a los microorganismos aislados y a las resistencias a los antimicrobianos (Ver [Anexo 1](#)).

6. SOPORTE INFORMÁTICO DE LA INFORMACIÓN

La notificación a la comunidad autónoma (CA) la realizarán los equipos de vigilancia de las IRAS en las UCIs designado en cada hospital. La CA notificará, de forma individualizada, los casos en la plataforma establecida para el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles con periodicidad anual, en el **módulo específico para la vigilancia de IRAS** dentro de la plataforma RedAlert en el que se configuran las especificaciones técnicas necesarias para incorporar la vigilancia de las infecciones en las UCIs.

Se recogerán variables relativas al paciente, a los dispositivos invasivos, a la infección y microbiológicas.

Así, dentro del módulo de IRAS, se incorpora una ficha similar a las fichas de declaración de la vigilancia epidemiológica general, donde **deberá registrarse, de forma individual, cada paciente que cumpla criterios de inclusión para la vigilancia de IRAS en UCI**, independientemente de que desarrolle o no el evento IRAS.

Por tanto, a diferencia de la vigilancia epidemiológica general en la que se registran eventos, en la vigilancia de IRAS en UCI se registrará cada paciente que cumpla criterios de inclusión con las variables de interés especificadas en la ficha. La ficha podrá modificarse y registrar los cambios diarios convenientes hasta el final del periodo de seguimiento.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

La vigilancia continua constituye un componente esencial de los programas de prevención y control de la infección ⁽¹⁵⁾, y debe generar indicadores que resulten útiles para orientar y evaluar las acciones de control, así como servir de estándares de referencia a nivel regional y nacional.

El Ministerio de Sanidad promueve los Programas Zero de seguridad de pacientes críticos, que incluye los proyectos de bacteriemia Zero, neumonía Zero, ITU Zero y Resistencia Zero. Estos proyectos incluyen aspectos relacionados con la mejora de la cultura de seguridad en unidades de pacientes críticos y la aplicación de prácticas clínicas seguras de efectividad demostrada, para mejorar la calidad de la atención a los pacientes en UCI. En Andalucía se ha desarrollado el módulo específico de vigilancia de IRAS en Red de alerta para cubrir dichos aspectos de la vigilancia y control de la infección relacionada con la asistencia sanitaria en las unidades de cuidados intensivos adaptado a la vigilancia realizada a nivel nacional ⁽¹⁶⁾.

7. ANÁLISIS DE DATOS

Se elaborará un informe autonómico anual y se realizarán informes ad hoc de acuerdo a la situación epidemiológica. Se realizará un informe final y, al menos, un informe a mitad del periodo de vigilancia por hospital. Los análisis de los datos que se realizarán desde el Servicio de Vigilancia de la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía serán los especificados a continuación. Los datos relativos a los hospitales y a las UCIs se solicitarán a la CA 1 vez al año, al inicio.

7.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Análisis descriptivo de las características de la población estudiada y de los microorganismos.

7.2. CÁLCULO DE INDICADORES

INFECCIONES URINARIAS ASOCIADAS A SONDAJE URINARIO (ITU-SU) ADQUIRIDAS EN UCI

INDICADORES DE RESULTADOS

1. Incidencia acumulada (IA) de ITU-SU: n° de ITUs nuevas detectadas en el periodo de estudio*100/ n° de pacientes sondados en la unidad en el periodo de estudio.
2. Densidad de incidencia (DI) de ITU-SU: n° de ITUs nuevas detectadas en el periodo de estudio*1000/ Σ paciente-día sometido a sondaje urinario.

INDICADORES DE GESTIÓN

4. Ratio de utilización: total de días de SU/total de estancia en UCI.

NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (NEUMONÍAS-VM) ADQUIRIDAS EN UCI

INDICADORES DE RESULTADOS

1. IA de neumonías-VM: n° de neumonías nuevas detectadas en el periodo de estudio*100/ n° de pacientes con VM en la unidad en el periodo de estudio.

2. DI de neumonías-VM: nº de neumonías nuevas detectadas en el periodo de estudio*1000/ Σ paciente-día con VM Indicadores de gestión Ratio de utilización: total de días con VM/total de estancia en UCI.

BACTERIEMIAS ADQUIRIDAS EN LAS UCIS

A. BACTERIEMIAS PRIMARIAS (BP): Bacteriemias de origen desconocido (BOD) + bacteriemias relacionadas con catéter (BRC).

INDICADORES DE RESULTADOS

1. IA de BP: nº de BP nuevas detectadas en el periodo de estudio*100/ total pacientes con CVC en la unidad en el periodo de estudio.
2. DI de BP: nº de BP nuevas detectadas en el periodo de estudio*1000/ Σ paciente-día con CVC en la unidad en el periodo de estudio.

B. BACTERIEMIAS RELACIONADAS CON CATÉTER (BRC)

INDICADORES DE RESULTADOS

1. IA de BRC: nº de BRC nuevas detectadas en el periodo de estudio*100/ nº de pacientes con CVC en la unidad en el periodo de estudio.
2. DI de BRC: nº de BRC nuevas detectadas en el periodo de estudio*1000/ Σ paciente-día con CVC en la unidad en el periodo de estudio.

INDICADORES DE GESTIÓN

1. Ratio de utilización: Total de días con CVC/total de estancia en la unidad en el periodo de estudio.

C. BACTERIEMIAS SECUNDARIAS A OTRA INFECCIÓN (BS)

Estratificación por tipo de infección.

INDICADORES DE RESULTADOS

1. IA de BS: nº de BS nuevas detectadas en el periodo de estudio*100/ nº de pacientes en la unidad en el periodo de estudio.
2. DI de BS: nº de BS nuevas detectadas en el periodo de estudio*1000/ total de estancias individuales en la unidad en el periodo de estudio.

8. PILOTAJE DEL PROGRAMA

En el 2026, el pilotaje del programa se iniciará el 1 de abril, con fecha de finalización de inclusión el 30 de junio inclusive.

Los hospitales interesados en participar en el pilotaje del Programa de Vigilancia y control de las IRAS en Unidades de Cuidados Intensivos deberán ponerse en contacto con el Servicio de Vigilancia y Salud laboral para solicitar el acceso al nuevo módulo de IRAS de RedAlerta, a través de la siguiente dirección de correo electrónico:

epidemiologia.csalud@juntadeandalucia.es.

Asimismo, será necesario aportar la siguiente información según el protocolo actual:

- **Nombre del hospital**
- **Siglas del Hospital**
- **Tamaño del hospital**, según el número de camas:
 - Menos de 200 Camas
 - 200-500 Camas
 - 501-1000 Camas
 - Más de 1000 Camas
- **Tipo de hospital**, según su nivel de dotación y capacidad de atención sanitaria:
 - Hospital Primario o “de primer nivel”: Cuenta con pocas especialidades (principalmente medicina interna, obstetricia-ginecología, pediatría, cirugía general o solo medicina general) y servicios de laboratorio de diagnóstico general (existiendo limitaciones para estudios especializados, p.e., de anatomía patológica).
 - Hospital Secundario u “hospital provincial”: Es un hospital con elevado grado de diferenciación en cuanto a funciones. Puede tener de cinco a diez especialidades clínicas (hematología, oncología, nefrología, etc.) y recibe pacientes referidos desde otros hospitales primarios.
 - Hospital Terciario o “central”, “regional”, “de tercer nivel”: Cuenta con personal y equipos técnicos muy especializados y altamente diferenciados en cuanto a sus funciones (hematología, trasplantes, cirugía cardio-torácica, neurocirugía, etc.).

Asimismo cuenta con equipos especializados de imagen y diagnóstico, proporcionando servicios a otros hospitales y recibiendo de forma regular pacientes referidos desde hospitales primarios y secundarios.

- Hospital Especializado: Hospital con una especialidad clínica definida y posibles subespecialidades.
- **Especialización del hospital:** En caso de tratarse de un hospital especializado.
- **Grupo PIRASOA:** I/II/III/IV/V/VI. Según los informes que publica en su web.
- **Número de módulos de UCI:** Se deberá categorizar la Unidad de Cuidados Intensivos, según su riesgo y perfil de pacientes, en un único módulo o en varios módulos específicos (ej. UCI coronaria, polivalente, quirúrgica, neuroquirúrgica, etc.).
- **Tipo de módulo UCI:** Especificar el tipo de cada módulo de UCI, es decir, si es adulta o pediátrica y si atiende específicamente a un perfil de pacientes (UCI coronaria, polivalente, etc.).
- **Tamaño de cada módulo UCI** (nº de camas).

Una vez recibida la información solicitada, se enviará a los hospitales participantes el “Identificador de UCI”, nominativo de cada módulo de UCI ([Anexo 4](#)). La variable “**Identificador de UCI**” es primordial para la correcta identificación y la posterior creación de indicadores e informes por hospital. Se ruega revisar cuidadosamente el código identificador de cada hospital y la variable “código UCI” en la ficha de registro de RedAlerta creada para cada paciente.

Como estrategia de pilotaje del programa se permitirá la realización de una ficha simplificada por paciente. El uso de la ficha simplificada deberá ser avisado al SVSL. Las variables a recoger serán:

- ID del Hospital
- Datos del paciente
- Estado de ficha
- Tipo de UCI
- Identificador de UCI
- Tipo de ingreso en UCI

- Fecha de ingreso hospital
- Fecha ingreso/alta UCI
- Defunción y fecha de la misma
- UCIP: Peso al nacimiento
- Dispositivos invasivos y su fecha de inclusión y retirada.
- Diagnóstico de IRAS
- Localización de la infección y fecha de inicio

Se ha creado una ficha simplificada en el [Anexo 7](#).

9. BIBLIOGRAFÍA

1. BOE-A-2024-12379 Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2024-12379>
2. Olaechea PM, Insausti J, Blanco A, Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. Med Intensiva [Internet]. 2010;34(4):256-67. DOI: [10.1016/S0210-5691\(09\)00167-3](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(09)00167-3)
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/PPS-HAI-AMR-acute-care-europe-2022-2023>
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals: 2016-2017. [Internet]. LU: Publications Office; 2023. DOI: [10.2900/474205](https://doi.org/10.2900/474205)
5. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas. Estudio Nacional de vigilancia de la infección nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva. ENVIN HELICS. Informe 2023 [Internet]. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2024/03/Informe-ENVIN-UCI-2023.pdf>
6. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. Informe anual casos y brotes por infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS). Año 2020. Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, 2021 [Internet]. Disponible en: <https://repositoriosalud.es/rest/api/core/bitstreams/6302d068-09c8-4ec6-a2b0-eb7097740115/content>
7. Alvarez Lerma F, Palomar Martínez M, Olaechea Astigarraga P, Insausti Ordeñana J, Bermejo Fraile B, Cerda Cerda E, et al. Estudio nacional de vigilancia de infección nosocomial

en Unidades de Cuidados Intensivos. Informe del año 2002. Med Intensiva [Internet]. 1 de enero de 2005;29(1):1-12. DOI: [10.1016/S0210-5691\(05\)74197-8](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(05)74197-8)

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones: Informe de la segunda reunión de la Red Oficiosa de Prevención y Control de Infecciones en la Atención Sanitaria, 26 y 27 de junio de 2008, Ginebra, Suiza. 2010. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/70299>

9. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria en unidades de cuidados intensivos (Protocolo-UCIs). Madrid, 2016 [Internet]. Disponible en: <https://rb.gy/m5g4d6>

10. European Centre for Disease Prevention and Control. Protocol for the Surveillance of healthcare-associated infections and prevention indicators in European intensive care units. HAI-Net ICU protocol, version 2.3. Stockholm: ECDC; 2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/protocol-surveillance-healthcare-associated-infections-intensive-care.pdf>

11. Sociedad española de medicina Intensiva, crítica y unidades coronarias. Grupo de trabajo de enfermedades infecciosas. Estudio nacional de vigilancia de la infección nosocomial en UCI (ENVIN-HELICS). Manual de definiciones y términos. Abril 2023. Disponible en: https://hws.vhebron.net/envin-helics/Help/Manual_2023.pdf

12. CDC. Device-associated Module PNEU “Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator-associated Pneumonia [PNEU]) Event”. January 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/6pscvcapcurrent.pdf>

13. CDC. National Health Safety Network “Urinary Tract Infection (Catheter-Associated Urinary Tract Infection [CAUTI] and Non-Catheter-Associated Urinary Tract Infection [UTI]) Events”. January 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/7pscscauticurrent.pdf>

14. CDC. Device-associated Module BSI “Bloodstream Infection Event (Central Line-Associated Bloodstream Infection and Non-central Line Associated Bloodstream Infection)”. January 2025. Disponible en: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/4psc_clabscurrent.pdf

15. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nivel nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Ginebra (Suiza). OMS. 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255764/9789275319635-spa.pdf>

16. Seguridad del Paciente - Programa de Seguridad en los Pacientes Críticos (Proyectos Zero). Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/practicaseguras/seguridadPacienteCritico/home.htm>

17. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med. octubre de 1985;13(10):818-29.

18. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. JAMA. 22 de diciembre de 1993;270(24):2957-63. DOI: 0.1001/jama.270.24.2957

19. Pollack MM, Patel KM, Ruttimann UE. PRISM III: an updated Pediatric Risk of Mortality score. Crit Care Med. mayo de 1996;24(5):743-52. DOI: 10.1097/00003246-199605000-00004

20. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals: protocol version 5.3: ECDC PPS 2016–2017. [Internet]. LU: Publications Office; 2016. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2900/374985>

21. European Committee on antimicrobial susceptibility testing (EUCAST). New definitions of S, I and R from 2019 [Internet]. Disponible en: <https://www.eucast.org/newsiandr>

10. ACRÓNIMOS

APACHE	Acute Physiology Age Chronic Health Evaluation score
BOD	Bacteriemia de origen desconocido
BP	Bacteriemia primaria
BRC	Bacteriemia relacionada con catéter
BSI	Bacteriemia secundaria a otra infección
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CVC	Catéter vascular central
CCAA	Comunidades autónomas
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
DI	Densidad de incidencia
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Centro Europeo de Control de Enfermedades)
ENVIN	Estudio nacional de vigilancia de la infección nosocomial en servicios de medicina intensiva
IA	Incidencia acumulada
ITU-SU	Infección del tracto urinario asociada a sondaje urinario
IN	Infección nosocomial
IRAS	Infección relacionada con la asistencia sanitaria
N-VM	Neumonía asociada a ventilación mecánica
PRIMS	Pediatric Risk of Mortality Score
RAM	Resistencia a antimicrobianos
RENAVE	Red nacional de vigilancia epidemiológica
SAPS	Simplified Acute Physiology score
SENIC	Study of the Efficacy of Nosocomial Infection Control
SVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UCIP	Unidad de cuidados intensivos pediátrica

11. ANEXOS

ANEXO 1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES A ESTUDIO

Nombre de la variable	Descripción de las variables	Valores de las variables
Registro ID RedAlerta	Identificador único para cada registro en RedAlerta	
Fecha registro	Fecha en la que se inicia la grabación de la ficha en RedAlerta	
Centro declarante		Unidad de Medicina Preventiva
Estado de ficha		En seguimiento Finalizada Descartada
Datos del hospital		
Hospital ID	Código identificativo del hospital: debería permanecer idéntico todos los años/periodos de vigilancia	Se rellena automáticamente al elegir el hospital a través de otros campos.
Provincia hospital		Elige la provincia
Municipio hospital		Elige el municipio
Hospital		Elige el edificio de tu hospital
Datos del paciente		
NUHSA	NUHSA	
Nombre	Nombre y apellidos del paciente	En RedAlerta se capta de BDU
Sexo		H = Hombre M = Mujer En RedAlerta se capta de BDU
F. Nacimiento		Fecha (DD-MM-YYYY) En RedAlerta se capta de BDU
Edad (años)		En RedAlerta se capta de BDU
País de residencia		En RedAlerta se capta de BDU
CC.AA de residencia		En RedAlerta se capta de BDU
Provincia de residencia		En RedAlerta se capta de BDU
Municipio de residencia		En RedAlerta se capta de BDU

Nombre de la variable	Descripción de las variables	Valores de las variables
Hospitalización		
Tipo de UCI	<p>Tipo de UCI. Si el 80% de los pacientes pertenecen a una categoría en particular, la UCI caerá dentro de esa categoría.</p> <p>Si durante el ingreso está en más de un tipo de UCI se elegirá en la que pase más tiempo ingresado.</p>	<p>PED = Pediátrica</p> <p>POL = Polivalente</p> <p>MED = Médica</p> <p>SURG = Quirúrgica</p> <p>CORO = Coronaria</p> <p>QUEMAD = De quemados</p> <p>NEUR = Neuroquirúrgica</p> <p>NEON = Neonatología</p> <p>OTR = O: Otras</p> <p>AD = Adultos sin especificar</p>
Identificador de la UCI	<p>Único identificador para cada UCI dentro de un hospital; debería permanecer idéntico todos los años/periodos de vigilancia</p>	<p>Tiene este formato: 123456-78.</p>
Tipo de ingreso en UCI	<p>Tipo de ingreso como está definido en el índice SAPS II:</p> <p><u>Médico</u>: no cirugía en la semana previa al ingreso en UCI</p> <p><u>Cirugía programada</u>: la Cª fue programada al menos con 24 h por adelantado a +/-7 días del ingreso en UCI</p> <p><u>Cirugía no programada</u>: los pacientes son incluidos en la programación de la cirugía dentro de las 24 horas de la intervención</p>	<p>MED = Médico</p> <p>PROG = Cirugía programada</p> <p>NOPROG = Cirugía no programada</p>
Fecha de ingreso en hospital	<p>Fecha de ingreso hospitalario del paciente</p>	<p>Fecha (DD-MM-YYYY)</p>
Fecha de ingreso en UCI	<p>Fecha de ingreso del paciente en la UCI. Debe ser igual o mayor que la Fecha de ingreso en hospital</p>	<p>Fecha (DD-MM-YYYY)</p>
Fecha de alta de la UCI	<p>Fecha de alta de la UCI o fecha del fallecimiento en la UCI o fecha del último seguimiento realizado en la UCI, si se desconoce la fecha de alta. Debe ser posterior a la Fecha de ingreso en UCI</p>	<p>Fecha (DD-MM-YYYY)</p>

Nombre de la variable	Descripción de las variables	Valores de las variables
Defunción	<p>Defunción durante el seguimiento</p> <p>**Variable mejorada tras el nuevo protocolo ICU-HAI 2.3 del ECDC.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Exitus, sin contribución de la IRAS: El paciente falleció, pero la infección no tuvo nada que ver. La muerte era inevitable debido a su patología de base, incluso si no hubiera tenido la infección. La contribución de la infección fue nula o redundante.</p> <p>Exitus, la IRAS fue causa contribuyente: La infección ayudó a precipitar la muerte, pero no forma parte de la cadena directa de eventos que llevó al fallecimiento.</p> <p>Exitus, la IRAS formó parte de la secuencia causal: La infección es un eslabón/causa necesario en la cadena de eventos que llevó a la muerte. Sin la infección, la muerte no habría ocurrido en ese momento, aunque el paciente tuviera otras patologías.</p> <p>Exitus, la IRAS fue la causa única: La infección por sí sola fue suficiente para matar al paciente. No había otra condición patológica concurrente que pudiera haber causado la muerte.</p>	<p>No = No</p> <p>Si, IRAS no relacionada = Sí, sin contribución de la IRAS</p> <p>Si, IRAS contribuyente = Sí, la IRAS fue causa contribuyente</p> <p>Si, IRAS necesaria = Sí, la IRAS fue causa necesaria</p> <p>Si, IRAS causa única = Sí, la IRAS fue la causa única</p> <p>Si, relación desconocida = Sí, relación con la IRAS desconocida o no verificada.</p>
Fecha de defunción		Fecha (DD-MM-YYYY)
Fecha fin seguimiento		Fecha (DD-MM-YYYY)
Origen del paciente	<p>Origen del paciente en el momento que es ingresado en la UCI.</p> <p>Si ingresa a UCI desde Urgencias sin haber pasado por planta o quirófano no será HOSP.</p>	<p>HOSP = Servicio de este hospital</p> <p>HOSP_O = Servicio de otro hospital</p> <p>UCI = otra UCI de este hospital</p> <p>UCI_O = otra UCI de otro hospital</p> <p>COM = Comunidad</p> <p>RLE = Residencia de larga estancia</p> <p>OTR = Otra</p>

Nombre de la variable	Descripción de las variables	Valores de las variables
Factores de riesgo asociados		
Inmunodepresión	Inmunodepresión como viene definida en APACHE II: debido a tratamiento (quimioterapia, radioterapia, inmunosupresores, corticoides durante un periodo largo de tiempo o a altas dosis recientemente), debido a enfermedad (leucemia, linfoma, SIDA), o <500 pmn/mm3	Si = Sí No = No Des = Desconocido
Traumatismo	El ingreso en UCI es a consecuencia de un traumatismo abierto o cerrado con o sin intervención quirúrgica	Si = Sí No = No Des = Desconocido
Nutrición parenteral (NP)	Paciente tiene o no este dispositivo	Si = Sí No = No Des = Desconocido
Tratamiento antibiótico en las 48 horas previas o posteriores al ingreso en la UCI	Especificar "Sí", si se ha dado algún tto antibiótico en las 48h previas al ingreso en UCI y/o durante los primeros 2 días de la estancia en UCI (tratamiento antibiótico para una infección, se excluye tratamiento antifúngico y antivírico la profilaxis antibiótica, descontaminación selectiva del tracto digestivo y el tratamiento local)	Si = Sí No = No Des = Desconocido
Cirugía previa al ingreso en UCI	Especificar si el paciente ha sido intervenido en los 30 días anteriores a su ingreso en UCI, y si es así, especificar la localización de la cirugía	Si = Sí No = No Desc = Desconocido
Localización de la cirugía	Si afirmativo seleccionar la localización de la cirugía	ABDO = Abdominal CARD = Cardíaca CORO = Coronaria MAX = Maxilofacial NEURO = Neurocirugía ORL = Otorrinolaringológica TOR = Torácica URO = Urológica VASC = Vasculares OTR = Otra cirugía

Nombre de la variable	Descripción de las variables	Valores de las variables
Necesidad de cuidados coronarios agudos	Todas las enfermedades cardíacas no quirúrgicas. Más que dolor coronario	Si = Sí No = No Des = Desconocido
APACHE II score	Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation Score, a las 24 horas del ingreso en UCI. Alternativa al SAPS II. UCIs de adultos	
SAPS II score	Simplified Acute Physiology Score, a las 24 horas del ingreso en UCI. UCIs de adultos.	
PRIMS III score	Pediatric Risk of Mortality Score. A las 12-24 horas del ingreso en UCI. En UCIs pediátricas	
Peso al nacimiento	Sólo en UCIs Neonatales	En gramos
Dispositivos invasivos		
Fecha de inicio de la exposición al dispositivo invasivo	Fecha de inicio de la exposición al dispositivo invasivo en la UCI (se registrará para cada uno de los dispositivos colocados). En caso de retirada y nueva colocación del dispositivo, se registrarán, hasta 3 fechas máximo.	Fecha (DD-MM-YYYY)
Fecha de retirada del dispositivo invasivo	Fecha de retirada del dispositivo invasivo en la UCI (se registrará para cada uno de los dispositivos colocados). En caso de nueva colocación del dispositivo, se registrarán, hasta 3 fechas máximo.	Fecha (DD-MM-YYYY)
Infección relacionada con la asistencia sanitaria 1/2/3		
Diagnóstico de IRAS	La persona bajo vigilancia ha desarrollado una infección adquirida en UCI	Si = Sí No = No
Localización de la infección	Lugar de la infección de acuerdo a la definición de caso	N = Neumonía (categoría desconocida) N1 = Neumonía categoría 1 N2 = Neumonía categoría 2 N3 = Neumonía categoría 3 N4 = Neumonía categoría 4 N5 = Neumonía categoría 5

		<p>ITU = Infección del tracto urinario (categoría desconocida)</p> <p>ITU1 = Infección del tracto urinario categoría 1</p> <p>ITU2 = Infección del tracto urinario categoría 2</p> <p>BRC = Bacteriemia relacionada con catéter</p> <p>BS = Bacteriemia secundaria</p> <p>BOD = Bacteriemia de origen desconocido</p>
Fecha de inicio de la infección	Fecha del inicio de síntomas o, si se desconoce, fecha de inicio de tratamiento antibiótico o fecha del primer cultivo realizado	Fecha (DD-MM-YYYY)
Origen de la bacteriemia secundaria	Origen de la bacteriemia secundaria. Aislamiento del mismo microorganismo en otro lugar o existencia de fuerte evidencia clínica de que la bacteriemia es secundaria	<p>BS-PUL = Infección pulmonar</p> <p>BS-ITU = Infección del tracto urinario</p> <p>BS-ILQ = Infección de localización quirúrgica</p> <p>BS-DIG = Infección del aparato digestivo</p> <p>BS-PPB = Infección de piel/partes blandas</p> <p>BS-OTR = Otras</p>
Antimicrobianos recibidos durante la estancia en UCI previos a la infección	Si el paciente ha recibido tratamiento antibiótico durante su estancia en UCI de forma previa al inicio de la infección	<p>Si = Sí</p> <p>No = No</p>
Dispositivo invasivo presente en las 48 horas previas a la infección	Variable necesaria para distinguir las infecciones asociadas a dispositivo	<p>Si = Sí</p> <p>No = No</p>
Resultado del cultivo		<p>Positivo</p> <p>Negativo</p> <p>No realizado</p> <p>Indeterminado</p>
Fecha de toma de muestra	Fecha de recogida del cultivo que define el caso	Fecha (DD-MM-YYYY)
Asociado a brote/clúster	La infección está asociada a un brote o clúster. Dar identificador del brote	<p>Si = Sí</p> <p>No = No</p>

Agente causal 1/2/3	Microorganismo aislado o la razón de por qué no está disponible	Microorganismo encontrado NoExa = No se ha realizado cultivo u otra prueba de laboratorio Neg = Resultado negativo en el cultivo u otra prueba de laboratorio NA = Resultado no disponible o perdido
Tratamiento vasopresor	Se inició tratamiento con fármacos vasopresores (ej. noradrenalina, adrenalina, vasopresina, fenilefrina, dopamina) para tratar las consecuencias de la IRAS (como marcador de shock séptico).	Si = Sí No = No
Agente resistencias ATB IRAS		
Nº agente causal	Nº del agente causal del cual se va a registrar el antibiograma	De 1 a 9
Agente causal	Microorganismo del agente causal del cual se va a registrar el antibiograma	
Antibiograma del agente causal	Antibiograma del agente causal	Aminopenicilinas (Ampicilina y/o Amoxicilina) Amoxicilina/ácido clavulánico Carbapenémicos - Doripenem Carbapenémicos - Ertapenem Carbapenémicos - Imipenem Carbapenémicos - Meropenem Cefalosporinas de 3ª generación - Cefotaxima Cefalosporinas de 3ª generación - Ceftazidima Cefalosporinas de 3ª generación - Ceftriaxona Colistina Glicopéptidos Vancomicina y/o Teicoplanina) Otros marcadores de SARM (cefoxitina, cloxacilina, dicloxacilina, flucloxacilina o meticilina) Oxacilina Piperacilina/Tazobactam Sulbactam Ceftazidima-avibactam

<p>Sensibilidad ATB</p>	<p>Especificar resistencia a los antibióticos considerados como marcadores para cada microorganismo.</p>	<p>Sensible = sensible, a dosis estándar Intermedio = sensible, exposición elevada Resistente = resistente Desconocido = Sensibilidad desconocida</p>
--------------------------------	--	--

ANEXO 2. ESCALAS PRONÓSTICAS UTILIZADAS EN LAS UCIS

Las escalas pronósticas utilizadas en las UCIs para valorar la severidad de la enfermedad y para predecir mortalidad serán el APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) ⁽¹⁵⁾ y el SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) ⁽¹⁶⁾ y en las UCIs de adultos y el PRISM (Pediatric Risk of Mortality Score) ⁽¹⁷⁾ en las UCIs pediátricas.

APACHE. La versión utilizada es la II. Se utiliza en pacientes mayores de 15 años. Utiliza 17 variables y se calcula una puntuación de la gravedad con los peores valores medidos durante las primeras 24 horas del ingreso en UCI ⁽¹⁵⁾.

Variables APACHE II	
AaDO ₂ o PaO ₂ (dependiendo de la FiO ₂)	K plasmático (mmol/L)
Temperatura rectal (°C)	Creatinina (mg/dL)
Presión arterial media (mmHg)	Hematocrito (%)
pH arterial	Leucocitos (x 1000)
Frecuencia cardiaca	Glasgow
Frecuencia respiratoria	Edad (años)
Na plasmático (mmol/L)	Enfermedades crónicas

SAPS. La versión más utilizada es la SAPS II. Se utiliza también en pacientes mayores de 15 años. Utiliza 17 variables y se calcula una puntuación de la gravedad con los peores valores medidos durante las primeras 24 horas del ingreso en UCI. En comparación con el APACHE, el SAPS simplifica la recopilación de datos y el análisis y el índice resultante es mejor para comparar pacientes con diferentes enfermedades ⁽¹⁶⁾.

Variables SAPS II	
Edad (años)	Nitrógeno urémico en sangre (mg/dL)
Frecuencia cardiaca	Na (mEq/L)
Presión arterial sistólica (mmHg)	K (mEq/L)
Temperatura (°C)	Bicarbonato (mEq/L)
Escala de coma Glasgow	Bilirrubina (mg/dL)
Ventilación mecánica o CPAP	Leucocitos (x 1000)
Na plasmático (mmol/L)	Enfermedades crónicas
FiO ₂	Tipo de ingreso
Diuresis (ml/hora-s)	

PRISM. Para pacientes pediátricos se utiliza el PRISM III, que ha sido diseñado en las primeras 12 o 24 horas del ingreso en la UCI. Incluye 17 variables, recogiendo el peor valor de cada una durante las primeras 12 o 24 horas ⁽¹⁷⁾.

VARIABLES PRISM III	
Presión arterial sistólica (mmHg)	PaCO2 (mmHg)
Temperatura axilar (°C)	Glucosa (mg / dL)
Estado mental (escala de coma de Glasgow)	K (mEq / L)
Frecuencia cardiaca	Creatinina (mg / dL)
Reflejos pupilares	BUN (mg / dL)
Acidosis	Leucocitos (X1000)
pH	Plaquetas (X1000)
CO2 (mmol / L)	Tiempos de protrombina y tromboplastina
PaO2 arterial (mmHg)	

ANEXO 3. MARCADORES Y CÓDIGOS DE RESISTENCIA A ANTIMICROBIANOS EN LAS UCIS

Marcadores de resistencia antimicrobiana mínimos y códigos (ajustados al Protocolo Europeo Point Prevalence Survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in acute care hospitals) ⁽¹⁸⁾. Corresponde a los mínimos requeridos en el protocolo de vigilancia de las IRAS en las UCIs (ver abajo).

Para cada marcador antimicrobiano, indicar si el microorganismo es “sensible, a dosis estándar” (S), “sensible, exposición elevada” (I), “resistente” (R) o de sensibilidad desconocida (Desc) ⁽²⁰⁾.

Staphylococcus aureus:

SARM: Resistente a oxacilina (OXA) o a otro marcador de *S. aureus* resistente a la meticilina (SARM), como cefoxitina (FOX), cloxacilina (CLO), dicloxacilina (DIC), flucloxacilina (FLC), meticilina (MET).

VRSA: Resistente a glicopéptidos (GLY): vancomicina (VAN) o teicoplanina (TEC)

Enterococcus spp.:

VRE: Resistente a glicopéptidos (GLY): vancomicina (VAN) o teicoplanina (TEC).

Resistencia a aminopenicilinas (AMP) (Ampicilina y/o amoxicilina)

Enterobacterales (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.*, *Citrobacter spp.*, *Serratia spp.*, *Morganella spp.*)

Cefalosporinas de 3ª generación (C3G): cefotaxima (CTX), ceftriaxona (CRO), ceftazidima (CAZ)

Carbapenémicos (CAR): imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR), Ceftazidima-avibactam (CZA)

Amoxicilina/ácido clavulánico

Pseudomonas aeruginosa:

Carbapenémicos (CAR): imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR)

Piperacilina/Tazobactam

Ceftazidima

Colistina

Acinetobacter spp.:

Carbapenémicos (CAR): imipenem (IPM), meropenem (MEM), doripenem (DOR)

Colistina

Sulbactam

Ceftazidima

ANEXO 4. DUDAS FRECUENTES

- **Si comenzamos el periodo el día 1 de abril, los pacientes que a día 1 de abril se encuentran ingresados en UCI con fecha de ingreso anterior al día 1, ¿se incluyen en la vigilancia? ¿O solo se incluyen aquellos que ingresan del día 1 en adelante?**

Se incluyen los pacientes que ingresan a partir del día 1 de abril inclusive. Los que estuvieran ingresados de antes no entran.

- **¿Pueden no rellenarse en RedAlerta los "datos del hospital"? Dado que el código de UCI ya identifica al hospital.**

Se aconseja completar en RedAlerta todos los campos. En este caso, los datos del hospital funcionan como control de calidad, permitiendo detectar posibles errores que se produzcan al grabar el "código UCI".

- **En cuanto a la variable “tipo de UCI”, si en la UCI coronaria ingresa un paciente polivalente, ¿se clasifica como UCI coronaria? Y si trasladan el paciente de la UCI coronaria a la UCI polivalente, ¿se le cambia la clasificación? ¿Se le abre ficha nueva?**

Debe haber una única ficha por paciente e ingreso, a menos que el paciente sea dado de alta y vuelva a ingresar en UCI por otra causa o bien, reingrese por la misma causa tras pasar más de 48 horas (2 días de calendario) entre la fecha de alta de UCI y la nueva fecha de ingreso en UCI.

La variable “tipo de UCI” es relativa al módulo, por lo que un paciente ingresado en la UCI coronaria será clasificado como tal, aún siendo un paciente polivalente. Sin embargo, si hay traslados y durante el ingreso el paciente está en más de un tipo de UCI, se elegirá la UCI en la que pase más tiempo ingresado.

- **En cuanto a la variable “tipo de ingreso en UCI”, los procedimientos realizados en hemodinámica (ej: reemplazo de válvula aórtica transcatóter o TAVI), ¿se consideran motivo de ingreso médico?**

Exacto, todo procedimiento que no sea considerado quirúrgico, como serían los procedimientos de hemodinámica, será clasificado como tipo de ingreso médico.

- **En cuanto a la variable “fecha de ingreso en hospital”, ¿sería la fecha de ingreso en urgencias para los pacientes que ingresan directamente desde urgencias? O bien, en este caso, ¿coincide la fecha de ingreso en hospital con la fecha de ingreso en UCI? Los que ingresan desde planta, ¿la fecha de ingreso en hospital sería la de ingreso en planta?**
 La fecha de ingreso en hospital sería, en el caso de ingresar directamente desde urgencias, la fecha de ingreso en UCI, es decir, coincide la variable “fecha de ingreso en hospital” con la variable “fecha de ingreso en UCI”. En caso de ingresar desde planta, la fecha de ingreso en hospital sería la fecha de ingreso en planta.
- **¿Se considera catéter vascular central algún tipo de catéter arterial? El ENVIN considera catéter central los catéteres arteriales y el CDC los considera si están en arteria pulmonar, aorta o arteria umbilical.**
 El protocolo de RENAVE, sobre el cual se basa el protocolo andaluz del SVEA, especifica que los catéteres arteriales no son considerados catéteres vasculares centrales.
- **El seguimiento de IRAS de un paciente de alta de la UCI es hasta 48 horas después, ¿quiere esto decir que la fecha de IRAS puede ser posterior a la fecha de alta de UCI?**
 Exacto, el seguimiento del paciente, en caso de ser trasladado a planta, se hará hasta 48 horas después de la fecha de alta de UCI. Esto es porque se considera que una IRAS que se desarrolle en las 48 horas posteriores al alta seguiría estando asociada a la UCI.
- **En el caso anterior, con seguimiento durante 48 horas, ¿la fecha de retirada del dispositivo invasivo es la fecha de alta de UCI aunque se traslade a planta con una vía central y/o una sonda vesical?**
 Exacto, en caso de traslado del paciente a planta, la fecha de retirada del dispositivo invasivo será la fecha de alta de UCI.
- **Los pacientes que son dados de alta a domicilio, ¿hay que seguirlos durante 48 horas?**
 Sí, los pacientes deben seguirse durante 48 horas tras ser dados de alta en UCI. En caso de alta a domicilio, los pacientes se seguirán en su historia de Salud Digital.

ANEXO 5. TABLA CÓDIGOS UCI

Provincia	Siglas	Código Hospital CNH	Código Hospital RedAlerta	Edificio	Tipo UCI	Tipo UCI Específico	Identificador de UCI	Nombre UCI
Almería	HLI	040084	10046	Hospital Comarcal La Inmaculada	Adultos	POL	040084-01	UCI HLI Polivalente
Almería	HUP	040118	10050	Complejo Hospitalario De Poniente	Adultos	POL	040118-01	UCI HUP Polivalente
Cádiz	HJER	110110	10012	Hospital De Especialidades De Jerez De La Frontera	Adultos	CORO	110110-01	UCI HJER Coronaria
Cádiz	HJER	110110	10012	Hospital De Especialidades De Jerez De La Frontera	Adultos	POL	110110-02	UCI HJER Polivalente
Cádiz	HLLC	110316	10346	Nuevo Hospital De La Línea De La Concepción	Adultos	POL	110316-01	UCI HLLC Polivalente
Córdoba	HURS	140044	10176	Hospital Reina Sofía	Adultos	CORO	140044-01	UCI HURS Coronaria
Córdoba	HURS	140044	10176	Hospital Reina Sofía	Adultos	POL	140044-02	UCI HURS Polivalente
Córdoba	HURS	140044	10176	Hospital Reina Sofía	Adultos	SURG	140044-03	UCI HURS Quirúrgica
Córdoba	HURS	140044	10176	Hospital Reina Sofía	Adultos	NEUR	140044-04	UCI HURS Neuroquirúrgica
Córdoba	HIM	140116	10025	Hospital Comarcal Infanta Margarita	Adultos	POL	140116-01	UCI HIM Polivalente
Córdoba	HVP	140121	10026	Hospital Comarcal Valle De Los Pedroches	Adultos	POL	140121-01	UCI HVP Polivalente
Córdoba	HURS	140142	10178	Hospital Materno Infantil	Pediátrica	PED	140142-01	UCI HURS Pediátrica
Córdoba	HURS	140142	10178	Hospital Materno Infantil	Pediátrica	NEON	140142-02	UCI HURS Neonatos

Provincia	Siglas	Código Hospital CNH	Código Hospital RedAlerta	Edificio	Tipo UCI	Tipo UCI Específico	Identificador de UCI	Nombre UCI
Córdoba	HMON	140195	10226	Hospital De Montilla	Adultos	POL	140195-01	UCI HMON Polivalente
Granada	HUCSC	180021	10336	Hospital San Cecilio	Adultos	CORO	180021-01	UCI HUCSC Coronaria
Granada	HUCSC	180021	10336	Hospital San Cecilio	Adultos	POL	180021-02	UCI HUCSC Polivalente
Granada	HUVN	180016	10203	Hospital General del H.U. Virgen De Las Nieves	Adultos	CORO	180016-01	UCI HUVN Coronaria
Granada	HUVN	180016	10203	Hospital General del H.U. Virgen De Las Nieves	Adultos	POL	180016-02	UCI HUVN Polivalente
Granada	HUVN	180016	10203	Hospital General del H.U. Virgen De Las Nieves	Adultos	SURG	180016-03	UCI HUVN Quirúrgica
Granada	HUVN	180016	10203	Hospital General del H.U. Virgen De Las Nieves	Adultos	NEUR	180016-04	UCI HUVN Neuroquirúrgica
Granada	HUVN	180016	10206	Hospital Materno-Infantil del H.U. Virgen De Las Nieves	Pediátrica	PED	180016-05	UCI HUVN Pediátrica
Granada	HUVN	180016	10206	Hospital Materno-Infantil del H.U. Virgen De Las Nieves	Pediátrica	NEON	180016-06	UCI HUVN Neonatos
Granada	HUCSC	180021	10336	Hospital San Cecilio	Coronaria	CORO	180021-01	UCI HUCSC Coronaria
Granada	HUCSC	180021	10336	Hospital San Cecilio	Polivalente	POL	180021-02	UCI HUCSC Polivalente
Granada	HBAZ	180093	10015	Hospital de Baza				

Provincia	Siglas	Código Hospital CNH	Código Hospital RedAlerta	Edificio	Tipo UCI	Tipo UCI Específico	Identificador de UCI	Nombre UCI
Huelva	HIEL	210025	10036	Hospital Comarcal Infanta Elena	Adultos	POL	210025-01	UCI HIEL Polivalente
Jaén	HSJC	230098	10044	Hospital Comarcal San Juan De La Cruz	Adultos	POL	230098-01	UCI HSJC Polivalente
Málaga	HANT	290154	10028	Hospital Comarcal De Antequera	Adultos	POL	290154-01	UCI HANT Polivalente
Málaga	HSR	290192	10345	Hospital Comarcal De La Serranía	Adultos	POL	290192-01	UCI HSR Polivalente
Málaga	HUCS	290287	10034	Complejo Hospital Costa Del Sol	Adultos	POL	290287-01	UCI HUCS Polivalente
Sevilla	HUV	410021	10004	Hospital Nuestra Señora De Valme	Adultos	POL	410021-01	UCI HUVV Polivalente
Sevilla	HSJDA	410353	10051	Hospital San Juan De Dios del Aljarafe	Adultos	POL	410353-01	UCI HSJDA Polivalente

ANEXO 6. FICHA DE RECOGIDA DE DATOS DE IRAS EN UCI

Ficha RedAlerta UCI V14 - 14/01/2026

DATOS COMUNES

Centro Declarante		ID REDALERTA	
Fecha Registro		Unidad que registra	

Datos del hospital

Id del hospital:	Provincia hospital:
Municipio:	Hospital:

Datos del paciente

NUHSA:	Nombre:
Sexo:	F. Nacimiento:
Edad (años):	
País de residencia:	Comunidad autónoma de residencia:
Provincia de residencia:	Municipio de residencia:

DATOS ESPECÍFICOS

Hospitalización

Tipo UCI:	Identificador de UCI:	Tipo de ingreso en UCI:
Fecha de ingreso hospital: ...../...../26	Fecha de ingreso UCI: ...../...../26	Fecha de alta UCI: ...../...../26
Defunción: NO / Sí, IRAS no relacionada Sí, IRAS contribuyente / Sí, IRAS necesaria / Sí, IRAS causa única / Sí, desconocido	Fecha de defunción: ...../...../26	Fecha fin seguimiento: ...../...../26
	Origen del paciente:	

Factores de riesgo asociados:

Inmunodepresión: SI / NO / Desc	Traumatismo: SI / NO / Desc	Tratamiento antibiótico: SI / NO / Desc
Cirugía previa: SI / NO / Desc	Localización cirugía:	
Nutrición parenteral (NP): SI / NO / Desc	Necesidad de cuidados coronarios agudos: SI / NO / Desc	
APACHE II:	SAPS II:	UCIP: PRIMS II:
UCI-Neo: Peso al nacimiento (gramos):		

Dispositivos invasivos

Dispositivo	Fecha de colocación	Fecha de retirada	Dispositivo	Fecha de colocación	Fecha de retirada
SU 1	...../...../26	...../...../26	VM 1	...../...../26	...../...../26
SU 2	...../...../26	...../...../26	VM 2	...../...../26	...../...../26
SU 3	...../...../26	...../...../26	VM 3	...../...../26	...../...../26
CVC 1	...../...../26	...../...../26			
CVC 2	...../...../26	...../...../26			
CVC 3	...../...../26	...../...../26			

Infección relacionada con la asistencia sanitaria 1:

Diagnóstico de IRAS: SI / NO		
Fecha inicio infección 1:...../...../26	Localización de la infección 1:	
Origen de la bacteriemia secundaria 1	Antimicrobianos recibidos durante la estancia en UCI previos a la infección 1: SI / NO	Dispositivo invasivo presente en las 48 horas previas a la infección 1 SI / NO
Resultado cultivo IRAS 1:	Fecha de toma de muestra 1:	...../...../26
Tratamiento vasopresor 1: SI / NO	Asociado a brote 1: SI / NO	Identificador del Brote 1:
Agente causal 1:		
Agente causal 2:		
Agente causal 3:		

Infección relacionada con la asistencia sanitaria 2:

Fecha inicio infección 2:...../...../26	Localización de la infección 2:	
Origen de la bacteriemia secundaria 2	Antimicrobianos recibidos durante la estancia en UCI previos a la infección 2: SI / NO	Dispositivo invasivo presente en las 48 horas previas a la infección 2: SI / NO
Resultado cultivo IRAS 2:	Fecha de toma de muestra 2:	...../...../26
Tratamiento vasopresor 2: SI / NO	Asociado a brote 2: SI / NO	Identificador del Brote 2:
Agente causal 4:		
Agente causal 5:		
Agente causal 6:		

Infección relacionada con la asistencia sanitaria 3:

Fecha inicio infección 3:...../...../26	Localización de la infección 3:	
Origen de la bacteriemia secundaria 3	Antimicrobianos recibidos durante la estancia en UCI previos a la infección 3: SI / NO	Dispositivo invasivo presente en las 48 horas previas a la infección 3: SI / NO
Resultado cultivo IRAS 3:	Fecha de toma de muestra 3:	...../...../26
Tratamiento vasopresor 3: SI / NO	Asociado a brote 3: SI / NO	Identificador del Brote 3:
Agente causal 7:		
Agente causal 8:		
Agente causal 9:		

Agente resistencias ATB IRAS

Nº agente causal	Agente causal	Antibiograma del agente causal	Sensibilidad ATB (S/ I/ R/ Desc)

ANEXO 7. FICHA DE RECOGIDA SIMPLIFICADA DE DATOS DE IRAS EN UCI

Ficha RedAlerta UCI V14 simplificada - 14/01/2026

DATOS COMUNES

Centro Declarante		ID REDALERTA	
Fecha Registro		Unidad que registra	

Datos del hospital

Id del hospital:	Provincia hospital:
Municipio:	Hospital:

Datos del paciente

NUHSA:	Nombre:
Sexo:	F. Nacimiento:

DATOS ESPECÍFICOS

Hospitalización

Tipo UCI:	Identificador de UCI:	Tipo de ingreso en UCI:
Fecha de ingreso hospital: ...../...../26	Fecha de ingreso UCI: ...../...../26	Fecha de alta UCI: ...../...../26
Defunción: NO / Sí, IRAS no relacionada / Sí, IRAS contribuyente / Sí, IRAS necesaria / Sí, IRAS causa única / Sí, desconocido	Fecha de defunción: ...../...../26	Fecha fin seguimiento:...../...../26
	Origen del paciente:	

Dispositivos invasivos

Dispositivo	Fecha de colocación	Fecha de retirada	Dispositivo	Fecha de colocación	Fecha de retirada
SU 1	...../...../26	...../...../26	VM 1	...../...../26	...../...../26
SU 2	...../...../26	...../...../26	VM 2	...../...../26	...../...../26
SU 3	...../...../26	...../...../26	VM 3	...../...../26	...../...../26
CVC 1	...../...../26	...../...../26			
CVC 2	...../...../26	...../...../26			
CVC 3	...../...../26	...../...../26			

Infección relacionada con la asistencia sanitaria 1:

Diagnóstico de IRAS: SI / NO	
Fecha inicio infección 1:...../...../26	Localización de la infección 1:

Infección relacionada con la asistencia sanitaria 2:

Fecha inicio infección 2:...../...../26	Localización de la infección 2:
---	---------------------------------

Infección relacionada con la asistencia sanitaria 3:

Fecha inicio infección 3:...../...../26	Localización de la infección 3:
---	---------------------------------



Junta de Andalucía

Consejería de Sanidad, Presidencia
y Emergencias