

## **DIRECTORIO DE VARIABLES DE LA HOJA DE DATOS DEL PACIENTE. PROYECTO IQZ. Octubre-16.**

**La Hoja de Datos del Hospital** se ha concebido como un conjunto de variables que reúnen todos los datos de interés sobre el paciente. Debe ser renovada al menos cada año y siempre que se produzcan cambios importantes en la aplicación del protocolo. Por ejemplo: cambio en los factores de riesgo recogidos o cambio de los ítems de la intervención preventiva anual. Está disponible en la dirección [www.infeccionquirurgicazero.es](http://www.infeccionquirurgicazero.es), con acceso restringido y en la pestaña de Zona Privada (parte superior derecha de la página web).

### **DATOS DEL PACIENTE:**

**-CÓDIGO DEL PACIENTE:** Se apuntará el nº de identificación que use el hospital para cada paciente (SIP o número de identificación personal). Se utilizará solamente a nivel interno del hospital, para localizar mejor la información y no se exportará este dato a otras bases de datos.

**-HOSPITAL.** Se apuntará el código de hospital que corresponda al desplegable que sale en pantalla del Catálogo Nacional de Hospitales (895 registros).

**-SERVICIO QUIRÚRGICO DONDE SE ATIENDE AL PACIENTE.** Se apuntará el código de servicio que corresponda al desplegable que sale en pantalla.

Código	Nombre de la especialidad
1	CCA-Cirugía cardíaca.
2	CCV-Cirugía Cardio-vascular.
3	CGD-Cirugía General y Digestiva.
4	CTO-Cirugía Torácica.
5	DER-Dermatología.
6	GY-Ginecología y Obstetricia
7	NCR-Neurocirugía.
8	ORL-Otorrinolaringología.
9	TRA- Traumatología.
10	URO- Urología.
11	OFT- Oftalmología.
20	Otras especialidades quirúrgicas.

**-QUIRÓFANO DE LA INTERVENCIÓN:** Se apuntará el código numérico para denominar al quirófano dentro del hospital.

**-LOCALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.** Se apuntará el código de servicio que corresponda al desplegable que sale en pantalla.

Codigo	Procedimiento quirúrgico
AAA	Reparación de aneurisma aórtico abdominal.
AMP	Amputación de extremidad.
APPY	Cirugía de apéndice.
AVSD	Shunt para diálisis.
BILI	Cirugía de vías biliares, hepática o pancreática.
CEA	Endarterectomía carotídea
CHOL	Cirugía de vesícula biliar.
COLO	Cirugía de colon.
CSEC	Cesárea.
GAST	Cirugía Gástrica.
HTP	Transplante cardíaco.
HYST	Histerectomía abdominal.
KTP	Transplante renal.
BRST	Cirugía de mama.
CARD	Cirugía cardíaca.
CBGB	By-Pass aorto-coronario con doble incisión en tórax y en lugar de injerto
CBGC	By-Pass aorto-coronario con sólo incisión torácica..
CABG	By-Pass aorto-coronario no especificado.
CRAN	Craneotomía.
FUSN	Fusión espinal.
FX	Reducción abierta de fractura.
HER	Herniorrafía.
HPRO	Prótesis de cadera.
KPRO	Prótesis de rodilla.
PACE	Cirugía de marcapasos.
PVBY	Cirugía de By-Pass periférico.
VSHN	Shunt ventricular.
LAM	Laminectomía
LTP	Transplante hepático.
NECK	Cirugía del cuello.
NEPH	Cirugía renal.
OVRY	Cirugía ovárica.
PRST	Cirugía prostática.
COLO	Cirugía de colon.
REC	Cirugía rectal.
SB	Cirugía de intestino delgado.
SPLE	Cirugía del bazo.
THOR	Cirugía torácica.
THYR	Cirugía tiroidea y paratiroidea.
VHYS	Histerectomía vaginal.
XLAP	Laparatomía exploradora.
OTHR	Otra localización quirúrgica.

**-MOTIVO DEL ALTA:** Se apuntará alguna de las siguientes opciones del desplegable:

CODIGO	SITUACIÓN FINAL
--------	-----------------

1	Curación/Mejoría
2	Traslado a otro hospital
3	Alta voluntaria
4	Exitus

**-FECHA DE INGRESO:** En formato día/mes/año. Se apuntará la que marque el servicio de Admisión.

**-FECHA DE ALTA:** En formato día/mes/año. Se apuntará la que marque el servicio de Admisión.

**-FECHA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.** En formato día/mes/año. Obtener de la ficha de vigilancia de ISQ.

## **FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECO:**

**-SEXO:** Hombre/mujer.

**-DIABETES MELLITUS:** Sí/No/Desconocido. Se seguirán criterios del Estudio EPINE e-PPS:

**Diabetes mellitus:** Se considerará que el enfermo tiene diabetes cuando así conste en la historia o si se observan glucemias iguales o superiores a 145 mg/dl en pacientes no sometidos a fluidoterapia que pueda producir aumentos en la glucemia. En los pacientes a este tipo de tratamiento se considerarán niveles iguales o superiores a 200 mg/dl.

**-OBESIDAD:** Sí/No/Desconocido. Se utilizará para ello el Índice de Masa Corporal (IMC), medido en: Kg / (talla en metros)<sup>2</sup> Se seguirán los criterios de la World Gastroenterology Organization de la OMS, por los que se considera obesidad a partir de un IMC igual o mayor de 30. No se considerará obesidad el sobrepeso según la clasificación de la OMS (IMC entre 25 y 25.9).

**-TABAQUISMO:** Sí/No/Desconocido. Se apuntará este factor de riesgo cuando así venga recogido como antecedente en la historia clínica del paciente. No se apuntará en el caso de ex fumadores.

**-FECHA DE NACIMIENTO/EDAD:** En formato Día/Mes/Año. Servirá para calcular la edad en años.

**-INMUNODEFICIENCIA:** Sí/No/Desconocido. Se produce cuando hay situación de inmunodeficiencia o de neutropenia. Se seguirán criterios del Estudio EPINE e-PPS:

**Inmunodeficiencia:** Pacientes diagnosticados de algún tipo de inmunodeficiencia primaria o secundaria. Entre otros, se incluirán los pacientes con neutropenia  $<500$  neutrófilos/mm<sup>3</sup>, las leucemias linfáticas agudas y crónicas, los linfomas de Hodgkin y no Hodgkin, el SIDA y los pacientes con VIH+ que tengan un recuento de CD4  $<200$  células/mm<sup>3</sup>.

**Neutropenia:** Pacientes con un recuento de neutrófilos inferior a 1.000 (mil) en términos absolutos, en la última analítica realizada. El número de neutrófilos puede obtenerse aplicando el porcentaje de neutrófilos de la fórmula leucocitaria al número total de leucocitos (leucocitos/mm<sup>3</sup>).

**-INMUNODEPRESIÓN:** Sí/No/Desconocido.

**-HIPOALBUMINEMIA:** Sí/No/Desconocido. Se seguirán los criterios del Estudio EPINE e-PPS:

**Hipoalbuminemia-Desnutrición:** Pacientes con albúmina inferior a 30 g/l: a) en la analítica de ingreso si el paciente lleva ingresado menos de un mes; b) si el paciente lleva más de un mes ingresado se tendrá en cuenta la última analítica.

**DATOS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** Para consignar este apartado, se seguirán los criterios del Protocolo de Vigilancia y Control de la Infección de Localización Quirúrgica del SNS.

**-TIPO DE INTERVENCIÓN:** Urgente/programada. Resulta a veces difícil clasificar las intervenciones de acuerdo a este criterio. Una intervención urgente se realiza normalmente porque pelagra la vida del paciente (PE: hemorragia) o se requiere el efecto inmediato de la intervención quirúrgica (PE, obstrucción intestinal). En estas intervenciones no es factible preparar al paciente para la intervención ni aplicar con rigor algunas de las medidas preventivas incluídas en IQZ.

**-CIRUGÍA ENDOSCÓPICA:** Sí/no/Desconocido.

**-DURACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN MINUTOS:** Apuntar la duración en minutos. Comprende el tiempo transcurrido desde la incisión de la piel hasta el final de la intervención, es decir, el punto en el que todos los procedimientos quirúrgicos han terminado: recuentos completados, pruebas radiológicas completadas, drenajes y apósitos colocados, trabajo anestésico completado y trabajo quirúrgico completado (incluido cierre de la herida si procede).

**-GRADO DE CONTAMINACIÓN DE LA CIRUGÍA:** Opciones: limpia, limpia-contaminada, contaminada y sucia). Se refiere a la probabilidad teórica de

contaminación de cada intervención en condiciones normales. Se aplicarán los criterios del CDC y EPINE-ePPS:

**Cirugía limpia.** Intervención quirúrgica en la que no se penetra en tracto respiratorio, digestivo, genitourinario o cavidad orofaríngea, ni se accede a tejidos infectados. Además, se trata de cirugía electiva, cerrada de forma primaria, y en caso necesario, drenada con un sistema cerrado. Las heridas operatorias incisionales a consecuencia de traumatismo sin penetración se incluirán en esta categoría si cumplen los criterios.

**Cirugía limpia-contaminada.** Intervención quirúrgica en la que se penetra en tracto respiratorio, digestivo o genitourinario bajo condiciones controladas y sin contaminación inusual. Específicamente, las intervenciones de tracto biliar, apéndice, vagina y orofaringe se pueden incluir en esta categoría, siempre que no haya infección ni alteración importante de la técnica quirúrgica.

**Cirugía contaminada.** Heridas abiertas accidentales recientes (menos de 4 horas), operaciones con alteración importante de la técnica estéril o con salida importante de contenido del tracto gastrointestinal, e incisiones en las que se encuentre inflamación aguda no purulenta.

**Cirugía sucia o infectada.** Heridas traumáticas no recientes con tejido desvitalizado, que presentan infección clínica o víscera perforada.

Independientemente de esta clasificación, debe tenerse en cuenta la presencia o no de implantes en el sitio quirúrgico, que normalmente avala la aplicación de la profilaxis antibiótica y prolonga la vigilancia hasta 3 meses tras la intervención.

**Definición de implante:** Material o tejido de procedencia no humana (puede ser artificial o de origen animal) que se coloca al paciente de forma permanente durante un procedimiento quirúrgico (ejemplos: válvulas cardíacas de origen sintético o porcino, prótesis de cadera, rodilla, tornillos, placas, etc).

**-CLASIFICACIÓN ASA:** Rango de 1 a 6 puntos. Se marcará la opción que corresponda en el desplegable. Se trata de una clasificación realizada por el anestesiólogo, que define el estado general de salud del paciente previo a la intervención y su pronóstico de vida. Se utilizan los criterios de la American Society of Anesthesiologists y los CDC que definen estos grupos:

Puntos	Estado de salud
1	Pacientes sanos normales
2	Pacientes con enfermedad sistémica leve
3	Pacientes con enfermedad sistémica severa, no incapacitante
4	Pacientes con enfermedad sistémica severa que amenaza en forma constante la vida
5	Pacientes moribundos que no se espera que sobrevivan 24h con o sin operación
6	Desconocido

**-PUNTUACIÓN NNIS/NHSN:** Rango de puntuación: 0-3 puntos. Aparecerá una ventana informativa, especificando los criterios para asignar la puntuación. Se trata de un índice combinado de riesgo de ILQ, que agrupa 3 dimensiones de variables de riesgo de ILQ: 1. La duración de la intervención, 2. La gravedad del paciente medida por la clasificación ASA y 3. El grado de contaminación de la cirugía. Una excepción importante a esta clasificación es la presencia de cirugía endoscópica (en colecistectomías, colectomías, herniorrafias, apendicectomías, cirugía artroscópica, etc). Esto significa que habrá 5 tipos posibles de puntuación obtenida en el índice NNIS: -1 (no tiene ninguno de los puntos NNIS y es cirugía laparoscópica), 0 (no tiene ningún punto NNIS y es cirugía convencional), 1 (cumple uno de los 3 criterios NNIS), 2 (cumple 2 de los criterios NNIS) y 3 (cumple los 3 criterios NNIS). Se utilizan para su clasificación los criterios del NHSN:

**Duración: 1 punto:** Si la intervención excede en duración el percentil 75 del conjunto de las mismas localizaciones.

**ASA: 1 punto:** Si la clasificación ASA del paciente es mayor o igual a 3 puntos.

**Grado de contaminación: 1 punto:** si el grado de contaminación de la cirugía es de contaminada o sucia.

Se exponen a continuación las intervenciones quirúrgicas principales con sus grupos de puntuación NNIS habituales y los percentiles de duración de la intervención.

Localización de la intervención	Puntos valoración NNIS	Percentil 75º de la duración en min. De la intervención*
Cesárea.	0 , 1 y 2-3	56 <sup>1</sup>
Histerectomía abdominal	0,1 y 2-3	143 <sup>2</sup>
Histerectomía vaginal	0,1, 2 y 3	133 <sup>2</sup>
Cirugía de colon	M0, 1, 2 y 3	180 <sup>1</sup>
Colecistectomía.	-1, 0,1 y 2-3	99 <sup>1</sup>
Herniorrafía	-1, 0, 1 y 2-3	124 <sup>1</sup>
Cirugía de Recto	0, 1 y 2	252 <sup>1</sup>
Cirugía intestino delgado	0 y 1-2-3	192 <sup>2</sup>
Cirugía de hígado, páncreas y	0,1,2 y 3	321 <sup>2</sup>

vías biliares		
Cirugía Gástrica	0,1,2 y 3	160 <sup>2</sup>
Esplenectomía	0,1,2 y 3	217 <sup>2</sup>
Laparatomía exploradora	0,1,2 y 3	199 <sup>2</sup>
Cirugía de la mama	0,1	122 <sup>1</sup>
Prótesis de cadera	0, 1 y 2-3	120 <sup>1</sup>
Prótesis de rodilla	0, 1 y 2-3	120 <sup>1</sup>
Osteosíntesis	0, 1 y 2-3	138 <sup>2</sup>
Prótesis de hombro	0,1 y 2-3	200 <sup>1</sup>
Fusión espinal	0, 1 y 2-3	239 <sup>1</sup>
Laminectomía	0,1 y 2-3	167 <sup>2</sup>
Craneotomía	0,1,2 y 3	225 <sup>2</sup>
Shunt ventricular	0,1,2 y 3	79 <sup>2</sup>
By-pass coronario con injerto de safena	0,1 y 2-3	300 <sup>1</sup>
By-pass coronario con solo incisión torácica.	0,1 y 2-3	306 <sup>1</sup>
Cirugía Torácica	0,1,2 y 3	188 <sup>2</sup>
By pass periférico	0,1 y 2-3	221 <sup>1</sup>
Cirugía Cardíaca Valvular	0,1 y 2-3	280 <sup>1</sup>
Reparación de aneurisma de aorta abdominal	0,1 y 2-3	217 <sup>1</sup>
Endarterectomía carotídea	0,1,2 y 3	124 <sup>2</sup>
Amputación de extremidad	0,1 y 2-3	81 <sup>2</sup>
Apendicectomía	0E, 0, 1 y 2-3	81 <sup>2</sup>

Cirugía prostática	0, 1 y 2-3	245 <sup>1</sup>
Shunt A-V para Diálisis	0,1,2 y 3	112 <sup>2</sup>
Implantación marcapasos	0,1,2 y 3	73 <sup>2</sup>
Transplante renal	0,1,2 y 3	237 <sup>2</sup>

Procedencia de los datos: 1: VINCAT (2012), 2: NNIS-NSHN (2006-8).

## INTERVENCIÓN PREVENTIVA:

**-DISPONIBLE HOJA DE VERIFICACIÓN IQZ: Opciones:** Sí/No/Desconocido. Alude a si se ha rellenado y está disponible, en formato de papel o electrónico, algún formulario de verificación de que se cumplen realmente con este paciente las medidas preventivas de IQZ. El formulario puede ser muy completo (hospitales que comienzan la intervención) o más resumido (hospitales con el programa consolidado), conteniendo por ejemplo un solo ítem para valorar la aplicación de cada una de las medidas preventivas. Contestar sí sólo cuando exista esta información. **Es el documento clave para rellenar todas las variables del apartado de intervención preventiva.**

**-ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO PARA PROFILAXIS QUIRÚRGICA:** Seleccionar el antibiótico según el desplegable que aparece en la hoja del paciente. Algunos pacientes están recibiendo previamente un tratamiento antibiótico para sus enfermedades de base antes de de someterse a la cirugía y el médico puede considerar que ese tratamiento constituye ya una profilaxis antibiótica para la cirugía, que consideraríamos una opción correcta.

Codigo	antibiótico
1	Cefazolina.
2	Amoxicilina-clavulánico.
3	Cefuroxima.
4	Cefotaxima.
5	Ceftriaxona.
6	Ceftazidima.
7	Cefoxitina.
8	Fluorquinolona.
9	Aminoglicósido.
10	Clindamicina.
11	Vancomicina.
12	Teicoplanina.
13	Fosfomicina
14	Azitromicina
15	Doxiciclina



16	Aztreonam
17	Ertapenem
18	Ampicilina-sulbactam.
19	TMP-SMX
20	Vancomicina + Aminoglicósido.
21	Aminoglicósido + Metronidazol.
22	Cefazolina + Metronidazol.
23	Clindamicina + Aminoglicósido.
24	Amoxicilina + Aminoglicósido.
25	Metronidazol +Doxiciclina.
26	Neomicina + Claritromicina.
27	Amoxicilina + levofloxacino.
90	Otras monoterapias.
91	Otras combinaciones.

**-VALORACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA SEGÚN INDICACIÓN / APLICACIÓN:** Se realiza una valoración mixta sobre la profilaxis antibiótica, acerca de su administración e indicación. Se seleccionará la que corresponda según el desplegable que aparece en la web:

Código	Valoración profilaxis
1	Administrada, adecuada.
2	No indicada, no administrada.
3	Administrada, inadecuada por momento administración.
4	Administrada, inadecuada por elección.
5	Administrada, inadecuada por duración.
6	Administrada, inadecuada por varias causas.
7	No indicada, si administrada.
8	Si indicada, no administrada.

**-INTERVALO ANTIBIÓTICO-INCISIÓN <60 MINUTOS:** Opciones: Sí/No/Desconocido. Esta información procede normalmente de la Hoja de Verificación, donde se recoge la hora de inicio de administración del antibiótico y se marca sí cuando este periodo ha sido menor de 60 minutos.

**-PROFILAXIS ANTIBIÓTICA GLOBAL CORRECTO:** Opciones: Sí/No/Desconocido. En esta variable se realiza una valoración sintética de si **todos los aspectos de la administración de la profilaxis antibiótica han sido o no correctos**. Si no estaba indicada la profilaxis y no se administró se pondrá como correcta.

**-ANTISÉPTICO PARA LA PREPARACIÓN DE LA PIEL.**

**-CLORHEXIDINA ALCOHÓLICA:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-USO DE APLICADOR:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-CLORHEXIDINA ACUOSA:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-POVIDONA YODADA U OTROS:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-CONSUMO DE ANTISÉPTICO EN CC:** Apuntar consumo aproximado..

**-REALIZADA FRICCIÓN Y MOVIMIENTO ADELANTE-ATRÁS:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-PREPARACIÓN DE LA PIEL GLOBAL CORRECTO:** Opciones: Sí/No/Desconocido. En esta variable se realiza una valoración sintética de si todos los aspectos de la administración antisepsia de la piel han sido o no correctos. Si no estaba indicada la antisepsia con clorhexidina alcohólica y no se administró se pondrá como correcta.

**-ELIMINACIÓN DEL VELLO:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-USO DE CORTADORA DE VELLO:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-USO DE CUCHILLA/RASURADO:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-OTROS MÉTODOS/DEPILACIÓN:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-BAÑO O DUCHA PREVIO DEL PACIENTE:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-PROCEDIMIENTO VELLO GLOBAL CORRECTO:** Opciones: Sí/No/Desconocido. En esta variable se realiza una valoración sintética de si todos los aspectos de la eliminación del vello han sido o no correctos. Si no estaba indicada la eliminación del vello y no se hizo, se pondrá como correcta.

**-NORMOTERMIA. ¿ESTÁ INDICADA?** Opciones: Sí/No/Desconocido. Cada hospital definirá previamente el listado de intervenciones y los criterios concretos para indicar la normotermia, así como los medios aplicables para conseguirla. Se responde a la pregunta de si se han cumplido los protocolos del centro respecto a la normotermia.

**- ¿SE HA APLICADO LA NORMOTERMIA?** Opciones: Sí/No/Desconocido. Se responde a la pregunta de si se ha realizado el proceso que permite controlar la normotermia, que exigiría al menos: 1. Medición de la temperatura, 2. Aplicación de algún método de calentamiento en las fases pre-intra y post-intervención.

**-APLICACIÓN DE COBERTORES DE CALOR:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-APLICACIÓN DE CALENTADORES DE FLUIDOS:** Opciones: Sí/No/Desconocido.

**-PROCEDIMIENTO GLOBAL CORRECTO:** Opciones: Sí/No/Desconocido. En esta variable se realiza una valoración sintética de si todos los aspectos de la normotermia han sido o no correctos. Si no estaba indicada la normotermia y no se hizo, se pondrá como correcta. Esta valoración general es de aplicación de medios y de resultado, es decir, que deben haberse aplicado los medios de normotermia que estaban indicados y la temperatura corporal del paciente no puede haber sido inferior a 35.5 °C.

**-NORMOGLUCEMIA. ¿ESTÁ INDICADA?:** Opciones: Sí/No/Desconocido. Cada hospital definirá previamente el listado de intervenciones y los criterios concretos para indicar la normogluceemia, así como los medios aplicables para conseguirla. Se responde a la pregunta de si se han cumplido los protocolos del centro respecto a la normogluceemia.

**-¿SE HA APLICADO LA NORMOGLUCEMIA?:** Opciones: Sí/No/Desconocido. Se responde a la pregunta de si se ha realizado el proceso que permite controlar la normogluceemia, que exigiría al menos: 1. Medición de la gluceemia, 2. Aplicación de algún método de control de la gluceemia (administración de insulina, evitar ayunos prolongados, uso de maltodextrinas) en las fases pre-intra y post-intervención.

**-PROCEDIMIENTO NORMOGLUCEMIA GLOBAL CORRECTO:** Opciones: Sí/No/Desconocido. En esta variable se realiza una valoración sintética de si todos los aspectos de la normogluceemia han sido o no correctos. Si no estaba indicada la normogluceemia y no se hizo, se pondrá como correcta. Esta valoración general es de aplicación de medios y de resultado, es decir, que deben haberse aplicado los medios de normogluceemia que estaban indicados y la gluceemia del paciente no puede haber sido superior a los 180 mg/dl en la fase intra-operatoria ni superior a los 150 mg/dl en las fases pre y post-operatorias.

**-PROCEDIMIENTO CORRECTO EN LAS 3 ÁREAS BÁSICAS:** Opciones: Sí/No/Desconocido. Deben haberse marcado como correctas las 3 primeras.

**-PROCEDIMIENTO CORRECTO EN LAS 5 ÁREAS BÁSICAS:** Opciones: Sí/No/Desconocido. Deben haberse marcado como correctas las 5 áreas.

**-¿SE HA APLICADO ALGÚN OTRO BUNDLE AMPLIADO?** Algunos hospitales y servicios concretos pueden aplicar, para un mismo paciente y además del protocolo IQZ, determinados bundles específicos o complementarios de IQZ. Sólo se tendrán en cuenta si hay evidencia científica

de que pueden disminuir el riesgo de infección quirúrgica. Opciones: No/Otros diferentes a IQZ/Bundle específico de colon/Protocolos de Fast-Track.

**DATOS SOBRE LA INFECCIÓN:** Para consignar este apartado, se seguirán los criterios del Protocolo de Vigilancia y Control de la Infección de Localización Quirúrgica del SNS.

**-¿HA HABIDO IN EN EL PACIENTE OPERADO?** Opciones: Sí/No/Desconocido. Se marcará no si no ha habido **NINGUNA** de las infecciones nosocomiales referidas más abajo. Esta variable busca conocer la carga global de infecciones nosocomiales que sufre el paciente quirúrgico.

**-¿HA HABIDO INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA (ILQ)?** Opciones: Sí/No/Desconocido. Esta variable se rellenará cuando acabe el periodo de vigilancia post-alta (30 o 90 días fijado para cada intervención). **Hay que seguir para consignar correctamente esta variable los criterios del Protocolo de Vigilancia de las ILQ del Sistema Nacional de Salud.**

**-TIPO DE INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA:** Opciones: superficial/ profunda/ de órgano-espacio. Mide el grado de profundidad de la infección quirúrgica. Si hay afectación de más de un nivel (PE: infección profunda y de órgano-espacio), se pondrá la opción de infección más grave. Medida según criterios de los CDC-NHSN y del protocolo EPINE-ePPS. En la tabla adjunta se reproducen los criterios para la clasificación de las ILQ y la bacteriemia asociada a ILQ. **Hay que seguir para consignar correctamente esta variable los criterios del Protocolo de Vigilancia de las ILQ del Sistema Nacional de Salud.**

Clasificación de la ILQ	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
<b>Superficial*</b>	<p>- Se produce durante los 30 días posteriores a la cirugía y afecta sólo a la piel y tejido celular subcutáneo del lugar de la incisión. Debe hallarse presente al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Exudado purulento</u> de la incisión superficial con o sin confirmación de laboratorio.</li> <li>2. <u>Aislamiento de un microorganismo en el cultivo de un líquido o de un tejido</u> procedente de la incisión superficial (a partir de una muestra obtenida de forma aséptica).</li> <li>3. <b>Al menos uno de los siguientes signos o síntomas de infección:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <u>Dolor o hipersensibilidad</u> al tacto o a la presión</li> <li>b. <u>Inflamación localizada</u> (calor, tumefacción, eritema).</li> </ol> <p><b>Y en ambos casos la incisión superficial ha sido abierta deliberadamente</b> por el cirujano, a menos que el cultivo sea negativo.</p> </li> <li>4. <b>Diagnóstico de infección superficial de la incisión realizado por un cirujano</b> u otro médico a cargo del paciente.</li> </ol>

<p><b>Profunda**</b></p>	<p>- Se produce durante los 30 días posteriores a la cirugía si no se ha colocado ningún implante (cualquier cuerpo extraño de origen no humano como válvula cardíaca, prótesis vascular, de cadera, o corazón artificial, que se implanta de forma permanente), o dentro de los primeros 90 días si se había colocado alguno, Y la infección está relacionada con el procedimiento quirúrgico Y, además, la infección <b>afecta los tejidos blandos profundos</b> (p.e., fascia y paredes musculares). En todo caso, además debe hallarse <b>al menos uno de los siguientes criterios</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Exudado purulento</u> de la zona profunda de la incisión pero no de los órganos o espacios.</li> <li>2. <u>La incisión profunda se abre espontáneamente o la abre el cirujano</u> cuando el paciente presenta al menos uno de estos signos o síntomas:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fiebre (&gt;38° C)</li> <li>b. <u>Dolor localizado</u> o <u>hipersensibilidad al tacto</u> o <u>a la presión</u> Todo ello a menos que el cultivo sea negativo.</li> </ol> </li> <li>3. Durante una reintervención o por inspección directa o por estudio histopatológico o radiológico, <u>se halla un absceso u otra evidencia de infección</u> que afecta los tejidos profundos de la incisión.</li> <li>4. <u>Diagnóstico de infección profunda</u> de la incisión realizado por un cirujano u otro médico a cargo del paciente.</li> </ol>
<p><b>De órgano o espacio***</b></p>	<p>- Se produce <b>en los 30 días posteriores a la intervención</b> si no se han colocado implantes, o <b>en el curso de los primeros 90 días post-intervención</b> si se han colocado, y <b>la infección está relacionada con el procedimiento quirúrgico</b> y, además, la infección afecta cualquier parte de la anatomía (p.e.: órganos y espacios) <b>distinta de la incisión</b> que fue abierta o manipulada durante el procedimiento operatorio.</p> <p><b>Además</b> debe hallarse presente <b>al menos uno</b> de los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Líquido purulento</u> en drenaje colocado en un órgano o espacio.</li> <li>2. <u>Aislamiento de microorganismos</u> en muestras obtenidas de forma aséptica a partir de fluidos o tejidos procedentes de órganos o espacios.</li> <li>3. Durante una reintervención, o por inspección directa, o por estudio histopatológico o radiológico, <u>se halla un absceso u otra evidencia de infección</u> que afecta a algún órgano o espacio.</li> <li>4. <u>Diagnóstico de infección quirúrgica de órgano/espacio</u> realizado por un cirujano u otro médico a cargo del paciente.</li> </ol>
<p><b>Bacteriemia asociada a infección del lugar quirúrgico.</b></p>	<p>- Se ha aislado el mismo microorganismo en el hemocultivo y en el exudado de la herida, el cual presenta signos/síntomas de ILQ,</p> <p style="text-align: center;">○</p> <p>- El origen más probable de la bacteriemia ha sido la infección del lugar quirúrgico, NO existe otro foco primario evidente de infección Y NO se ha practicado cultivo del exudado de la herida.</p>

\* Los siguientes casos no se consideran infecciones superficiales: absceso mínimo del punto de sutura, quemadura infectada, o infección incisional que se extiende hacia la fascia y paredes musculares (que es de tipo profundo).

\*\* Infecciones que afectan a más de un sitio específico: las infecciones que afecten tanto a la incisión superficial como a la profunda se clasificarán como infección profunda de la incisión y como infección de órgano o espacio si además cumplen criterios de infección profunda.

\*\*\* Las zona anatómicas que se consideran espacios, a efectos de ILQ de órgano o espacio, serían éstas: Osteomielitis, absceso mamario o mastitis, espacio discal, oído, mastoides, endometritis, endocarditis, ojo (no conjuntivitis), tracto gastrointestinal, hepatitis, espacio intra-abdominal no especificado, espacio intracraneal, cerebral o duramadre, articulaciones y bursa, otras infecciones del tracto respiratorio, vías respiratorias altas, mediastinitis, meningitis o ventriculitis, cavidad oral, otras infecciones del aparato reproductivo masculino o femenino, otras infecciones del aparato urinario, infección de articulación protésica, absceso espinal sin meningitis, sinusitis, infección arterial o venosa e infección de manguito vaginal.

**-EN CASO DE CBGB, ¿QUÉ TIPO DE ILQ?** Opciones: Primaria / secundaria. Sólo se aplica esta variable a las intervenciones de By-pass aorto-coronario con doble incisión en tórax y en el lugar del injerto, donde se producen 2 heridas quirúrgicas.

**-EXISTENCIA DE BACTERIEMIA-SEPSIS SOCIADA A ILQ:** Opciones: Sí/No/ desconocido. **Contabilizar en esta apartado sólo las bacteriemias asociadas a ILQ**, siguiendo los criterios de la tabla anterior, que están basados en los CDC y Estudio e-PPS.

**-EXISTENCIA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A DISPOSITIVOS VASCULARES:** Sí/No/Desconocido. Se seguirán los criterios de los CDC y Estudio e-PPS.

**-EXISTENCIA DE NEUMONÍA:** Opciones: Sí/No/Desconocido. Apuntar sólo en caso de infección nosocomial, siguiendo los criterios de los CDC y Estudio e-PPS.

**-EXISTENCIA DE INFECCIÓN URINARIA:** Sí/No/Desconocido. Apuntar sólo en caso de infección nosocomial, siguiendo los criterios de los CDC y Estudio e-PPS.

**-EXISTENCIA DE OTRAS INFECCIONES:** Sí/No/Desconocido. Apuntar sólo en caso de infección nosocomial, siguiendo los criterios de los CDC y Estudio e-PPS. Se incluyen aquí todo el resto de localizaciones nosocomiales, **incluyendo las bacteriemias de causa distinta a las ILQ.**

**-FECHA DE INICIO DE ILQ (DÍA / MES / AÑO):** Se refiere al primer día en que aparecen los síntomas y signos de infección de la herida.

**-PERIODO DONDE APARECIÓ LA INFECCIÓN QUIRÚRGICA:** Opciones: No ILQ/Durante el ingreso hospitalario/durante el periodo post-alta.

**EVENTOS OCURRIDOS DURANTE LOS 30-90 DÍAS DEL PERIODO DE SEGUIMIENTO:** Se incluyen en este apartado los eventos adversos asociados o no a la presencia de ILQ y ocurridos en el periodo de 30 o 90 días que dura el seguimiento de la intervención.

**-TRASLADO A UCI-Q:** Opciones: No/ Sí debido a ILQ/Sí debido a otras causas. Se apuntará cuando haya una estancia postoperatoria en estas unidades igual o superior a 1 día y excluyendo la estancia en el despertar post-anestésico.

**-REINGRESO HOSPITALARIO:** Opciones: No/ Sí debido a ILQ/Sí debido a otras causas.

**-REINTERVENCIÓN:** Opciones: No/ Sí debido a ILQ/Sí debido a otras causas.

**-MORTALIDAD POSTQUIRÚRGICA:** Opciones: No/ Sí debido a ILQ/Sí debido a otras causas. Se refiere a la ocurrencia de éxitus durante el ingreso hospitalario o durante un reingreso derivado de la misma intervención quirúrgica.

**-INCIDENTE LIGADO A LA APLICACIÓN DE IQZ:** Opciones: No/Sí. Se refiere a algún Incidente ligado exclusivamente a la aplicación de cualquiera de las 5 medidas preventivas de IQZ y que tiene la condición de grave (produce algún daño al paciente u ocasiona la necesidad de tratamientos o cuidados adicionales).

**-¿SE HA FINALIZADO LA VIGILANCIA DE LA CIRUGÍA (30 o 90 días)?:** Opciones: Sí/No/Desconocido. Esta información se completa al final del seguimiento marcado (30 o 90 días) para cada intervención. Servirá para dar por finalizado el relleno de la ficha del paciente.

**Tabla 14:** Periodos de vigilancia post-alta según localización de las intervenciones recomendados por el Proyecto NNIS-NHSN en 2014

<b>PERÍODOS DE SEGUIMIENTO DE LAS DIFERENTES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS RECOMENDADOS POR EL NHSN PARA LA ISQ PROFUNDA O DE ESPACIO</b>	
<b>Vigilancia mínima de 30 días</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reparación de aneurisma aórtico abdominal.</li> <li>• Amputación de extremidad.</li> <li>• Cirugía de apéndice, gástrica, de vesícula biliar, conductos biliares, hepáticos o pancreáticos y cirugía de colon, recto e intestino delgado.</li> <li>• Endarterectomía carotídea.</li> <li>• Cesáreas y cirugía ovárica.</li> <li>• Transplantes de corazón, hígado y riñón.</li> <li>• Histerectomía abdominal y vaginal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laminectomía.</li> <li>• Cirugía torácica.</li> <li>• Cirugía nasal.</li> <li>• Cirugía renal.</li> <li>• Cirugía prostática.</li> <li>• Cirugía esplénica.</li> <li>• Cirugía de tiroides y paratiroides.</li> <li>• Shunt para diálisis.</li> <li>• Laparatomía exploradora.</li> </ul>



**Vigilancia mínima de 90 días**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía cardíaca.</li> <li>• Injerto de by-pass de arteria coronaria con incisión en tórax y con o sin incisión en parte donante.</li> <li>• Reducción abierta de fractura.</li> <li>• Prótesis de cadera o rodilla.</li> <li>• Cirugía vascular periférica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía de mama.</li> <li>• Craneotomía y shunt ventricular.</li> <li>• Fusión espinal.</li> <li>• Herniorrafía.</li> <li>• Fusión espinal.</li> <li>• Cirugía de marcapasos.</li> </ul>
--	---

Tomado de CDC 2014.

**MICROORGANISMOS Y RESISTENCIAS:** Se refiere este apartado a la detección de microorganismos **en la herida infectada o en la sangre**, cuando se considera bacteriemia asociada a ILQ. Existe la posibilidad de consignar hasta 3 microorganismos (ver desplegable en la Hoja del Paciente), con su correspondiente perfil de resistencia, expuesto en la tabla siguiente, procedente del Estudio e-PPS.

Microorganismos	Códigos			
	0	1	2	9
<i>Staphylococcus</i> spp.	Oxa-S <b>MSSA</b>	Oxa R <b>MRSA</b>		Desconocido
<i>Enterococcus</i> spp.	Gly-S	Gly-R <b>VRE</b>		Desconocido
Enterobacteriaceas: <i>Escherichiacoli</i> , <i>Klebsiellaspp.</i> , <i>Enterobacterspp.</i> , <i>Proteusspp.</i> , <i>Citrobacterspp.</i> , <i>Serratiaspp.</i> , <i>Morganellaspp.</i>	C3G-S, Car-S	C3G-R, Car-S	C3G-R, Car-R	Desconocido
<i>Pseudomonasspp.</i> <i>Acinetobacterspp.</i>	Car-S	Car-R		Desconocido

S: Sensible; R: Resistente, Oxa = Oxacilina, Gly = Glicopéptidos (Vancomicina, Teicoplanina), C3G = Cefalosporinas de tercera generación (Cefotaxima, Cetriaxona, Ceftazidima), Car = Carbapenems (Imipenem, Meropenem, Doripenem), **MSSA** = *Staphylococcus aureus* sensible a la Meticilina, **MRSA** = *Staphylococcus aureus* resistente a la Meticilina, **VRE** = Enterococo resistente a la Vancomicina (Vancomycin-resistant enterococci).



**AGENTE CAUSAL 1:** Marcar opción del desplegable, si procede. Si se detectan varios gérmenes en la herida, se aconseja seguir un orden jerárquico para apuntar los gérmenes. Se consignarán en primer lugar los gérmenes más resistentes, después los menos resistentes y finalmente, los que sugieran contaminación de la herida por otras causas. Por ejemplo: si en un cultivo de herida se aísla: SARM, Escherichia Coli y candida albicans, éste será el orden en el que se consignarán.

**AGENTE CAUSAL 2:** Marcar opción del desplegable, si procede.

**AGENTE CAUSAL 3:** Marcar opción del desplegable, si procede.

**GUARDAR DATOS DEL PACIENTE:** Al terminar de rellenar la encuesta y, cada vez que se pase a rellenar otra encuesta o finalizar la sesión, se hará click en el botón para que queden guardados los datos.