



Instituto Nacional
Epidemiología
"Dr. Juan H. Jara"



ANLIS
MALBRÁN
ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LABORATORIOS
E INSTITUTOS DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRÁN"

MANUAL DE VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN ARGENTINA

Áreas Críticas y Cirugía

Programa Nacional VIHDA 2020

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA DR. JUAN H. JARA

**PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE
INFECCIONES HOSPITALARIAS**

**PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE
INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA**

MAR DEL PLATA, DICIEMBRE DE 2019

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara. Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalaria
MANUAL DE VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN ARGENTINA - Áreas Críticas y Cirugía -
Programa Nacional VIHDA 2020

Editado por Irene Pagano - 1a ed. – Mar del Plata. Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS)
Dr. C. Malbrán, 2019.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga
ISBN: 978-987-47568-0-0

1. Epidemiología. 2. Vigilancia Epidemiológica. 3. Infección Hospitalaria. Título.
CDD 614.409

“Este recurso es resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto queda sujeto al cumplimiento de la Ley N° 26.899 y la política de gestión del conocimiento de la ANLIS”



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)



PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Autoridades

PRESIDENCIA DE LA NACIÓN

Dr. Alberto FERNÁNDEZ

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Ginés GONZÁLEZ GARCÍA

ADMINISTRACION NACIONAL DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD

“DR. CARLOS G. MALBRÁN”

Dra. Claudia PERANDONES

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA “DR. JUAN H. JARA”

Dra. Irene PAGANO

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Dra. Irene PAGANO

EQUIPO DE TRABAJO

PU Diego ARCIDIÁCONO

Ing. Carolina DÍAZ

Sec. Anabella DI MARINO

Dra. María ECHAIDE

Ing. Laura Elena FERNÁNDEZ

Ing. Roberto GIORDANO LERENA

Tec. Fernando HINOJAL

Bq. Belén IBARRA CAMOU

Farm. Karina LESZCZUK

Dra. Irene PAGANO



PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

ÍNDICE

I. INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	7
II. EL PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA (VIHDA)	9
III. EL PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA	12
IV. LA VIGILANCIA INTENSIFICADA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN ARGENTINA	13
IV.1 VIGILANCIA GLOBAL DE TODO EL HOSPITAL	13
IV.2 VIGILANCIA ESPECÍFICA	14
IV.3 VIGILANCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS	15
IV.4 VIGILANCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS NEONATALES	16
IV.5 VIGILANCIA EN CIRUGÍA	18
IV.6 EGRESO DE LA UNIDAD Y CIERRE DE EPISODIOS	19
IV.7 CRITERIOS PARA DETERMINAR LOS SITIOS DE INFECCIÓN EN VIHDA	20
V. SITIOS PRIMARIOS DE INFECCIÓN Y SITIOS ESPECÍFICOS DE INFECCIÓN	21
DEFINICIONES DE SITIO PRIMARIO Y SITIO ESPECÍFICO DE INFECCIÓN	21
INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)	22
SITIOS ESPECÍFICOS DE CLASIFICACIÓN DE ISQ DE ORGANOS Y ESPACIOS	23
NEUMONIA (NEU)	26
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)	33
INFECCIÓN PRIMARIA DE LA SANGRE (IPS)	38
INFECCION ÓSTEOARTICULAR (IOST)	45
INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (ISNC)	47
INFECCION DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (ICCV)	50
INFECCIÓN DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR (ITRI)	54
INFECCIÓN OCULAR Y GARGANTA, NARIZ, OÍDO Y BOCA (IORL)	55
INFECCIÓN GASTROINTESTINAL (IGI)	58
INFECCION DEL TRACTO REPRODUCTOR (IREPR)	60
INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS (IPPB)	61
INFECCIÓN SISTÉMICA (ISIS)	64
VI. EPISODIOS DE IACS	65
VI.1 ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO VIGILADOS	65
o ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM)	65
o CATÉTER CENTRAL (CC)	65
o CATÉTER URINARIO (CU)	65
o PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	65
VI.2 ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO NO VIGILADOS	65
VII. INDICADORES Y PARÁMETROS	68
VII.1 INDICADORES UCIA UCIP	68
VII.2 INDICADORES UCN	70
VII.3 INDICADORES CIRUGÍA	72
VII.4 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y TIEMPOS ESTIMADOS (SEGÚN NHSN)	75



PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

I. INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

Las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) se definen como:

“Una condición localizada o sistémica que resulta de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso(s) o su toxina(s), que no estaba presente al momento del ingreso a la institución de salud”. En el caso de un recién nacido, cuando ésta fuese adquirida durante su pasaje a través del canal del parto.

Las “Infecciones adquiridas en la comunidad” se definen como:

Todas las infecciones que estuviesen presentes o incubándose al momento del ingreso del paciente a la institución de salud, o bien en el caso del recién nacido cuando ésta hubiese sido adquirida por vía transplacentaria.

Las siguientes condiciones NO son consideradas infecciones:

- Colonización: significa la presencia de microorganismos en la piel, en membranas mucosas, en heridas abiertas, o en excreciones o secreciones, pero que no causan signos o síntomas clínicos de infección.
- Inflamación: (dolor, robor y calor) que responde a una injuria o estimulación por agentes no infecciosos, tales como químicos.

Las IACS constituyen un grave problema sanitario debido al impacto asistencial, económico y social que generan, representando uno de los principales eventos adversos, vinculados con la seguridad del paciente, en el marco del proceso de atención médica. Se trata de una enfermedad endemo-epidémica de los establecimientos de salud, controlable pero difícilmente erradicable, que está directamente relacionada con la calidad de la atención médica de cada establecimiento.

Las IACS afectan desde un 3% a un 17 % de las personas que requieren internación, según la calidad de los pacientes y la atención que se brinda. Provocan un aumento de los días de internación, costos adicionales para los sistemas de salud, los pacientes y sus familias; discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos y muertes innecesarias.

Las IACS pueden ser endógenas (causadas por la flora del mismo paciente,) o exógenas (provenientes del ambiente, personal de salud, otros pacientes o personas relacionadas con él).

El Personal de los Hospitales puede adquirir una IACS durante el desarrollo de sus actividades.

Se estima que más de 100 millones de personas en el mundo adquieren al menos una IACS por año y que más de 20 millones fallecerán a causa de ellas¹. En los países desarrollados entre el 5% y 10% de los pacientes ingresados en centros de internación de agudos adquieren uno o más episodios de IACS^{1 2}.

¹ World Health Organization. Allegranzi B, et al. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. A systematic review of the literature. 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501507_eng.pdf

² World Health Organization. Health care-associated infections Fact Sheet. https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf. Accedido 17 de diciembre 2019.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Debido a que sólo el 15,6% de los países en vías de desarrollo cuenta con sistemas de vigilancia a nivel nacional o regional, resulta difícil poder estimar las tasas de IACS en estos países. Basados en los pocos estudios disponibles se calcula que la cifra es 2 a 20 veces más elevada que en los países desarrollados ³.

En nuestro país se estima que, en promedio, las IACS incrementan los días de internación en 6,4 días, con una mortalidad atribuible del 11,5% ⁴. Esto representa, a nivel nacional, 1.600.000 días extras de internación y 29.000 muertes atribuibles ³.

Los costos que generan las IACS se pueden disminuir en un 30% si se implementa un buen Programa de Prevención y Control, por lo que el funcionamiento de los mismos no sólo se autofinanciaría sino que originaría importantes ahorros.

La implementación efectiva de Programas de Prevención y Control de las IACS ha logrado reducir en nuestro país la tasa de infecciones asociadas a dispositivos en al menos un 24% en las Unidades de Cuidados Intensivos ^{5 6 7 8}.

³ Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, Pittet D. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011; 377: 228–41.

⁴ Quirós R. Impact of nosocomial infections in Argentina: net cost associated with implementing effective infection control programs. 5th Decennial International Conference on Healthcare-Associated Infections, March 2010. Atlanta, Georgia, USA.

⁵ Quirós R, Del Castillo M, Maimone S, et al. Multicenter Study to Implement a National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) System in Argentinean Hospitals: Analysis of Adult and Pediatric ICU and the Antimicrobial Use and Resistance Components. 15th Annual Meeting of the Society for Healthcare Epidemiology of America, 2005. Los Angeles, California, USA.

⁶ Andión E, Aquino N, Carbonaro M, Talanda P, Haimovich A, Magliola R. Programa de intervención para disminuir las bacteriemias asociadas a catéter venoso central. Estrategias multimodales. XI Congreso Argentino de Epidemiología, Control de Infecciones y Seguridad del Paciente. 21-23 de septiembre del 2011, Mar del Plata, Argentina

⁷ Giuffré C, Efrón E D, Azario A, Jordan R, Martínez JV, Verbanaz S, Giorgio P, Koury M Impact of the implementation of process controls (PC) and strategies to improve adherence to hand hygiene (HHA), in device-associated infections (DAI) in Intensive Care Unit of Adults (AICU) of a high complexity acute teaching hospital. 2nd International Conference on Prevention & Infection Control. 25-28 June- Ginebra. Switzerland. ICPI 2013

⁸ Quirós R, Fabbro L, Novau A, Kremer G, Casanova M, Pereyra Acuña M. Impact of a prevention and control infection program in a tertiary care teaching hospital. 2nd International Conference on Prevention & Infection Control. 25-28 June- Ginebra. Switzerland. ICPI 2013.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

II. EL PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA (VIHDA)

En 1971, en el Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" (INE), un grupo de profesionales comienzan a estudiar la problemática de las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) y a colaborar en el control de los brotes de que se producían en diferentes hospitales del país. En 1978 se crea en el INE el Servicio de Infecciones Hospitalarias. Sobre esa base, en 1983, por Resolución Nº 2885/83 del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación se crea el Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias, con sede en el INE y bajo la dirección de su promotor, el Dr. Guillermo Lossa[†].

El Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias es el Programa Oficial del Ministerio de Salud de la Nación para el abordaje de la problemática de las Infecciones Hospitalarias en la República Argentina. Tiene como propósito "*Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por IACS y a la mejora de la calidad de atención médica en los hospitales del país*".

Son objetivos generales del Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias:

- La investigación de los distintos aspectos relacionados con las infecciones en los establecimientos asistenciales.
- Elaborar propuestas para la normatización del control.
- La capacitación y adiestramiento del personal para tareas de investigación y aplicación de normas de control.

El Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias trabaja articuladamente en 6 ejes: Docencia, Investigación, Normatización, Vigilancia, Asesoramiento y Educación para la salud.

Desde 2004, las tareas propias del eje vigilancia son enmarcadas en el Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina y soportadas, fundamentalmente, por una plataforma de software ad hoc Sistema VIHDA (por su sigla **V**igilancia de **I**H De **A**rgentina). Esta plataforma tecnológica, desarrollada en el marco de un convenio interinstitucional con la Universidad FASTA, fue una característica distintiva del Programa Nacional de Vigilancia, lo que hizo que sus propios usuarios lo identifiquen con ese nombre. Así, el Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina tomó, informalmente, el nombre de VIHDA.

Luego, y con la consolidación de la vigilancia intensificada continua y permanente en la Argentina y el incremento de hospitales adheridos, el nombre VIHDA fue ganando terreno e integrando todas las actividades que el Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias realiza (en los 6 ejes), dado que todas ellas se interrelacionan y retroalimentan. Así, cuando nos referimos al Programa Nacional VIHDA, aludimos al Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias, que tiene entre sus ejes al Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina, que es, a su vez, soportado por el software VIHDA. Este software VIHDA fue la plataforma tecnológica de soporte de la vigilancia de IACS en áreas críticas en más de 150 hospitales de todo el país durante 15 años.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

VIHDA WEB, LA PLATAFORMA TECNOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA

En el 2019 se concluye el desarrollo de una nueva versión del sistema informático, que corre directamente sobre la Web; de ahí su denominación "VIHDA Web". VIHDA Web es la versión del software de soporte del Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina. Se encuentra operativa desde el 1 de enero de 2020 y se puede acceder a ella directamente desde un explorador. Esto le brinda ubicuidad a la solución permitiendo que varios usuarios de la institución puedan trabajar concurrentemente en el sistema desde PCs, tablets y teléfonos celulares.

VIHDA Web es producto de la experiencia de casi 20 años de cientos de usuarios y del equipo desarrollador, que se materializa en una herramienta muy amigable, ágil, que mejora sustancialmente el trabajo cotidiano y facilita la efectiva prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Vigilancia es "Información para la acción". Vigilamos para poder contar con información que nos permita, luego, actuar; tomar decisiones fundadas, diseñar planes, implementar medidas y evaluar su impacto. La recolección y registro de la información, en el marco de un proceso de vigilancia tiene, precisamente, ese fin: actuar.

VIHDA Web ha sido diseñado con una visión moderna y práctica de la vigilancia, para optimizar los procesos de recolección y registro diario de la información y la consulta instantánea de los indicadores de vigilancia en la institución. VIHDA Web le permite llevar el "tablero de control" de la vigilancia en su PC o dispositivo móvil, posibilitando saber en cada momento cuál es la situación en su terapia, de sus pacientes, de las intervenciones quirúrgicas y de la multiresistencia. Todos los indicadores se calculan automáticamente y están disponibles desde la aplicación con un solo click.

El registro de los episodios, intervenciones quirúrgicas y diagnóstico microbiológico se ha reducido a su mínima expresión de forma tal de cargar la información estrictamente relevante para el análisis de situación y la toma de decisiones. La posibilidad de cargar desde varios dispositivos simultáneamente permite que el registro sea diario y no haya demoras de días en la carga de las planillas. Esto hace posible el monitoreo instantáneo y que la vigilancia sea tal, pudiendo conocer la situación y actuar en el momento.

VIHDA Web es una evolución de VIHDA que propone nuevas y mejores rutinas de trabajo, minimiza el volumen de información que se carga, extrema las medidas de garantía de la calidad en el registro, emite automáticamente las alarmas y recomendaciones pertinentes, ofrece los indicadores de vigilancia en forma instantánea, y puede utilizarse desde cualquier dispositivo conectado a Internet.

VIHDA Web es una potente y eficiente herramienta para la Vigilancia; hace que la recolección, registro y análisis de la información permita actuar en el corto, mediano y largo plazo para mejorar efectivamente la calidad de la atención médica y disminuir la morbimortalidad y costos por infecciones asociadas al cuidado de la salud.

VIHDA Web, en síntesis:

- Propone nuevas y mejores rutinas de trabajo
- Se ejecuta directamente desde la web
- No requiere instalación
- Varios usuarios pueden trabajar a la par



PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- Se puede acceder desde PCs, tablets y teléfonos celulares
- Minimiza el volumen de información que se carga
- Es amigable, ágil, mejora sustancialmente el trabajo cotidiano y facilita la efectiva prevención, vigilancia y control de IACS
- Optimiza los procesos de recolección y registro diario de la información y la consulta instantánea de los indicadores
- Permite conocer la situación en su terapia, de sus pacientes, de las intervenciones quirúrgicas y de la multiresistencia
- Extrema las medidas de garantía de la calidad en el registro
- Emite automáticamente las alarmas y recomendaciones pertinentes
- Ofrece los indicadores de vigilancia en forma instantánea
- Permite actuar en el corto, mediano y largo plazo para mejorar efectivamente la calidad de la atención médica y disminuir la morbilidad y costos por infecciones asociadas al cuidado de la salud

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

III. EL PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA

En el 2004, y a efectos de implementar la vigilancia de IACS a nivel nacional, se pone en marcha el Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina que pretende la integración de las instituciones de salud de alta complejidad del país en una Red Nacional de prevención, vigilancia y control continuo, permanente y sistematizado de las IACS, que le permita a cada centro conocer su realidad respecto de esta patología y disponer de sus propios indicadores de forma instantánea para actuar inmediatamente, contribuyendo así a la disminución de la morbimortalidad y costos por IACS y mejorar la calidad de atención médica.

Asimismo, la consolidación de los datos recolectados por las instituciones en un Registro Nacional de IACS, permite la generación de indicadores y reportes nacionales de IACS, la retroalimentación a efectos de la actualización de la normatización vigente, el desarrollo de tareas de docencia, investigación, vigilancia, asesoramiento y educación para la salud en la población y contar con la información consolidada necesaria para el diseño de políticas sanitarias a nivel nacional. Asimismo, permite el desarrollo de estudios de investigación multicéntricos con la participación de las instituciones adheridas y la redacción de documentos de consenso, guías y recomendaciones de buenas prácticas para la mejora de la calidad de la atención médica. Este Registro Nacional de IACS es el único banco de datos oficial nacional de incidencias del Ministerio de Salud de la Nación quien garantiza la confidencialidad respecto de la identificación de las instituciones y pacientes.

El Programa Nacional VIHDA plantea su Estrategia de Vigilancia en base a diferentes instrumentos:

- Diagnóstico Institucional (Evaluación de Programas Hospitalarios de Prevención y Control de IACS).
- Prevalencia de IACS (en áreas de cuidados críticos y no críticos).
- Vigilancia Intensificada de IACS (en áreas críticas y cirugía).
- Vigilancia de Uso de Antimicrobianos (en IACS y otros tipos de infecciones).

La participación de las instituciones de salud en las diversas actividades y componentes del Programa Nacional VIHDA es voluntaria y sin costo alguno, tanto sean públicas o privadas.

Cada componente dispone de una plataforma tecnológica que permite su implementación a nivel nacional, respetando las normas y pautas de trabajo correspondientes. En cualquier caso, las instituciones de salud pueden conocer sus propios indicadores y contribuyen a la información consolidada a nivel nacional que permite al Programa Nacional VIHDA emitir los reportes e indicadores pertinentes.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

IV. LA VIGILANCIA INTENSIFICADA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN ARGENTINA

El Ministerio de Salud de la Nación (2013) adhiere la definición de "Vigilancia" de OPS (2002) como "El análisis, interpretación y difusión sistemática de datos colectados, generalmente usando métodos que se distinguen por ser prácticos, uniformes y rápidos, más que por su exactitud o totalidad, que sirven para observar las tendencias en tiempo, lugar y persona, con los que pueden observarse o anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y/o la aplicación de medidas de control".⁹

"Vigilancia" refiere, entonces, al proceso sistemático, ordenado y planificado de observación y medición de ciertas variables, para luego describir, analizar, evaluar e interpretar tales observaciones y mediciones con propósitos definidos.

La "Vigilancia Epidemiológica" consiste en recolectar, procesar, analizar, interpretar, presentar y difundir de manera sistemática y continua los datos sanitarios, incluidos los estudios epidemiológicos relativos a las categorías de enfermedades transmisibles, en particular los relativos a la forma de propagación temporal y espacial de estas enfermedades y el análisis de los factores de riesgo de contraerlas, con objeto de poder tomar las medidas de prevención y control pertinentes.

La "Vigilancia Epidemiológica Intensificada" se fundamenta en conceptos generales de vigilancia y los aplica en forma intensiva frente a situaciones particulares, por ejemplo: una determinada patología (IACS), un determinado lugar (una provincia, una ciudad, un hospital, un servicio, una sala, etc.) que tengan características de particular interés en vigilar.

Existen diferentes formas de implementar la Vigilancia Epidemiológica Intensificada de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud. La Vigilancia Pasiva surge del análisis de los registros y tiene como inconveniente la calidad de ese registro (por ejemplo, la subnotificación o sesgos). La Vigilancia Activa, en cambio, es la que se realiza con fines determinados y con personal entrenado; requiere de un proceso de organización específico y se puede hacer sobre los factores de riesgo. Es la metodología más adecuada para la vigilancia epidemiológica intensificada.

En cuanto a las opciones para la implementación de la Vigilancia Epidemiológica Intensificada, se pueden mencionar:

IV.1 VIGILANCIA GLOBAL DE TODO EL HOSPITAL

Tiene como alcance a toda la institución. Trabaja sobre las siguientes fuentes de datos: historias clínicas, registros de enfermería, observación directa y resultados de laboratorio. Brinda información de todo el hospital. Proporciona datos de referencia sobre todas las áreas de interés. Requiere gran disponibilidad de recurso humano.

⁹ Guía para el fortalecimiento de la vigilancia de la salud en el nivel local. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Marzo 2013.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

IV.2 VIGILANCIA ESPECÍFICA

Tiene un alcance acotado a determinadas áreas de riesgo, prácticas de riesgo, tipo de patologías, etc. También trabaja sobre las siguientes fuentes de datos: historias clínicas, registros de enfermería, observación directa y resultados de laboratorio. Brinda información de todo el hospital. Proporciona datos de referencia sobre todas las áreas de interés. Concentra los recursos en los pacientes de mayor riesgo, las infecciones de mayor morbimortalidad y alto costo, y en problemas susceptibles de modificación. Además, facilita la recopilación cuidadosa y meticulosa de problemas selectos permitiendo evaluar el efecto de las intervenciones.

Para su implementación se requiere de un equipo entrenado, definiciones claras y manuales operativos e instrumentos de recolección de datos adecuados.

Los Programas de Vigilancia Epidemiológica Intensificada de IACS tienen una serie de ventajas que hacen recomendable su implementación. Entre ellas, cabe señalar:

- Ayudan a definir o reorientar políticas y planes de salud de la institución de salud.
- Permiten una revisión permanente de las prioridades en los distintos servicios.
- Contribuyen al seguimiento y evaluación de las medidas de prevención y control.
- Identifican los cambios que puedan ocurrir en los patrones de las enfermedades relacionadas con las IACS.
- Identifican problemas y necesidades.
- Facilitan el diagnóstico precoz de ciertas enfermedades.
- Contribuyen a la metodología de evaluación de riesgos.
- Orientan las investigaciones.
- Aportan información y conocimientos a la comunidad científica y profesional.
- Enriquecen la docencia.
- Contribuyen a perfeccionar, en calidad y cobertura, a los registros o los sistemas de información médica (mortalidad, letalidad, morbilidad, etc.) y los servicios de monitoreo ambiental.
- Permiten mejorar la calidad y prestigio del Hospital.
- Evalúan la utilización de los recursos, el desarrollo de las actividades y los resultados.

La continuidad y sistematicidad son factores claves en los programas de vigilancia, ya que permiten obtener y analizar índices y tasas de infecciones, monitorear la tendencia de las infecciones, identificar brotes de infección, conocer los microorganismos prevalentes y su patrón de resistencia, educar al personal de salud y tomar acciones apropiadas en el momento oportuno. Para ello, requieren de la recolección permanente de la información de pacientes expuestos a procedimientos de alto riesgo, de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos, de los pacientes en áreas críticas (o seleccionadas para la vigilancia) de la institución.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

La Vigilancia Epidemiológica Intensificada de IACS en la Argentina se realiza mediante el componente ad hoc diseñado oportunamente por el Programa Nacional VIHDA con la colaboración de sociedades científicas tales como la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y la Asociación De Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI) y está circunscripta a las áreas críticas y cirugía.

La participación de las instituciones de salud en este componente es voluntaria y para adherir, las instituciones deben cumplir con una serie de requisitos de admisión (se los puede consultar en www.vihda.gov.ar) y cumplimentar un proceso de incorporación que prevé capacitación general y específica sobre IACS y el sistema de vigilancia intensificado (parte virtual y parte presencial), un estudio de diagnóstico institucional (autoevaluación de su Programa de Prevención y Control de IACS), un estudio de prevalencia de IACS del área crítica a vigilar y la confección de una serie de informes institucionales.

La solicitud de adhesión puede realizarse en cualquier momento, mediante el formulario pertinente, debidamente suscripto por el director de la institución. En esta solicitud, que tiene carácter de declaración jurada, la institución acepta los compromisos que significa la participación en el Programa. El proceso de incorporación es anual y se desarrolla conforme una agenda de actividades comunes y obligatorias para todas las instituciones admitidas al principio de cada año.

A continuación se presentan los protocolos para la implementación de la Vigilancia Intensificada de IACS en las áreas críticas y cirugía. En cada caso, el Programa Nacional VIHDA implementa planillas ad hoc para el registro de la información de vigilancia que luego será volcada al sistema informático.

IV.3 VIGILANCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS

Los pacientes internados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) poseen un alto riesgo de desarrollar una infección hospitalaria, dado que se encuentran frecuentemente expuestos a dispositivos invasivos y poseen comorbilidades asociadas.

La información recolectada realizando la vigilancia intensificada en UCI, ayuda al personal de control de infecciones a enfocar sus esfuerzos en las buenas prácticas en los procedimientos invasivos que incrementan el riesgo de infección.

Un aspecto importante de este componente es la medición del riesgo de infección hospitalaria en pacientes internados en UCI. Este puede ser medido por el uso de indicadores, tales como el PRODE (PROmedio de Duración de la Estadía), días de utilización de procedimientos vigilados: catéteres centrales (CC), catéteres urinarios (CU) o asistencia respiratoria mecánica (ARM), Tasa de IACS asociada a días-procedimiento vigilados, etc.

Estas medidas permiten ajustar los índices de infección para que puedan ser comparados en el tiempo y entre los servicios de un mismo hospital (o de diferentes hospitales) con variables epidemiológicas similares (densidad de incidencia).

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

¿Cómo implementar la vigilancia en UCI?

- Seleccionar uno o más tipos de UCI Pediátrico (UCIP) o de Adultos (UCIA).
- Registrar los factores de riesgo (ARM, CC, CU) en todos los pacientes en la(s) UCI(s) seleccionada(s) a vigilar, en forma diaria, el número de ingresos de nuevos pacientes y el número de egresos.
- Recolectar los datos desde el primer día del mes que se elija comenzar con la vigilancia, y continuar en forma sistemática mes a mes. Estos datos serán registrados en la "Planilla de registro mensual de exposición de pacientes a factores de riesgo vigilados".
- Registrar si un paciente desarrolla una IACS en la "Planilla de registro de episodio de IACS asociado a paciente".
- Ingresar los datos en el software VIHDA de acuerdo a la rutina elaborada por cada centro.

Comentarios:

- Todos los pacientes deben ser monitoreados para vigilar infecciones hospitalarias 48 horas luego de ser transferidos desde la UCI a otras salas u áreas de internación del hospital. En caso de aparecer la infección en las primeras 48 horas debe ser reportada como infección de la unidad vigilada.
- Si un paciente internado en la UCI, debe ser intervenido quirúrgicamente, y contrae una Infección Asociada al Sitio Quirúrgico (ISQ), pero la institución no se encuentra vigilando ese procedimiento quirúrgico, esta infección NO debe ser registrada. En caso de vigilar dicho procedimiento debe cargarse la "Planilla registro de intervención quirúrgica" y luego, "Planilla de registro de episodio de IACS asociado a Intervención quirúrgica".
- En la columna de notas se podrá registrar todo aquel dato que sea de valor, por ejemplo, número de enfermeras en la UCI ese día.

IV.4 VIGILANCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS NEONATALES

Los pacientes de las Unidades de Cuidados Neonatales (UCN) de alto riesgo poseen, generalmente, el índice de infección más alto de todos los pacientes pediátricos.

Con el uso extendido de CC, ARM y otros procedimientos invasivos en estos recién nacidos con enfermedades severas, la UCN de alto riesgo es un área donde la información de la vigilancia puede ser utilizada particularmente en el control de infecciones, para tomar medidas de prevención.

Uno de los factores de riesgo más importantes para las infecciones hospitalarias en los recién nacidos críticos es el peso al nacer. Los recién nacidos de < 1000 gramos de peso al momento de nacer poseen un mayor riesgo de adquirir infecciones que aquellos recién nacidos cuyo peso sea > 2500 gramos.

Otro indicador de riesgo de infección es el promedio de la duración de la estadía PRODE, que puede ser útil para ajustar los índices de infecciones de la UCN basados en el número de pacientes.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

¿Cómo implementar la vigilancia en UCN?

- Realizar el seguimiento de los factores de riesgo (ARM, CC, CU) en todos los pacientes en la UCN, registrando en forma diaria, el número de ingresos nuevos de pacientes y el número de egresos.
- Recolectar los datos desde el primer día del mes que se elija comenzar con la vigilancia, y continuar en forma sistemática mes a mes. Estos datos serán registrados en la "Planilla de registro mensual de exposición de pacientes a factores de riesgo vigilados".
- Registrar a todos los pacientes por categoría de peso al nacer, dentro de una de las siguientes cuatro categorías: ≤ 1000 gramos, 1001 – 1500 gramos, 1501 – 2500 gramos y ≥ 2501 gramos, **estos deben permanecer en la misma categoría hasta el alta, dado que se considera el peso al nacer y no la variabilidad del mismo durante la internación.**
- Registrar si un paciente desarrolla una IACS en la "Planilla de registro de episodio de IACS asociado a paciente". La infección debe haber sido adquirida mientras el paciente se encontraba en la UCN, es decir, que no estaba presente o incubándose en el momento de su ingreso a la misma, a menos que la infección fuera adquirida durante el pasaje a través del canal de parto, siendo este practicado en la institución.
- Ingresar los datos en el software VIHDA de acuerdo a la rutina elaborada por cada centro.

Comentarios:

- La población de pacientes de la UCN de alto riesgo está compuesta en su totalidad de recién nacidos que requieren cuidados de nivel III.
- Si la población es una combinación de pacientes con cuidados de nivel I, II y III, y su distribución, personal que los atiende y ubicación es tal que no pueden realmente ser separados para los objetivos de la recolección de datos, todos deben ser incluidos en el registro.
- Todos los pacientes deben ser seguidos para vigilar infecciones hospitalarias 48 horas luego de ser transferidos desde la UCN a otras salas u áreas de internación del hospital. En caso de aparecer la infección en las primeras 48 horas debe ser reportada como infección de la unidad vigilada.
- Si un paciente internado en la UCN, debe ser intervenido quirúrgicamente, y contrae una ISQ, pero la institución no se encuentra vigilando ese procedimiento quirúrgico, esta infección NO debe ser registrada. En caso de vigilar dicho procedimiento debe cargarse la "Planilla registro de intervención quirúrgica" y luego, "Planilla de registro de episodio de IACS asociado a Intervención quirúrgica".
- En la columna de notas se podrá registrar todo aquel dato que sea de valor, por ejemplo, número de enfermeras en la UCN ese día.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

IV.5 VIGILANCIA EN CIRUGÍA

El riesgo de desarrollar una ISQ varía según la intervención, la severidad de las comorbilidades de los pacientes, el tipo y localización del procedimiento.

La intervención quirúrgica y los procedimientos relacionados, además de significar un riesgo de ISQ, también contribuyen a incrementar el riesgo de otras IACS distintas a las quirúrgicas. Por ejemplo, un paciente puede desarrollar una neumonía luego de una intubación endotraqueal para anestesia general. En forma similar, una bacteriemia puede desarrollarse luego de la inserción o manipulación de los accesos vasculares durante una operación.

El componente de vigilancia del paciente quirúrgico es fundamentalmente diferente a los otros componentes de vigilancia.

En el Programa VIHDA el Comité de Infecciones puede optar por uno de 3 criterios de inclusión en la vigilancia: a) Todas las cirugías; b) Algún(os) o tipo(s) de cirugías; por ejemplo, todas las traumatológicas o todas las cirugías limpias; c) Algún procedimiento quirúrgico específico; por ejemplo, dentro de las traumatológicas, sólo el reemplazo de cadera.

Los pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico deben ser monitoreados de acuerdo a la intervención (con colocación de implante o sin ella) hasta el alta de la institución de salud.

Aunque no se requiere vigilancia luego de que el paciente es dado de alta, se sugiere realizar al alta del paciente un monitoreo del mismo, ya que entre un 10% a un 50% de todas las ISQ se evidencian luego de que el paciente es dado de alta. Para ello cada hospital deberá definir la forma de seguimiento del paciente intervenido.

La vigilancia post alta puede realizarse sistemáticamente, si la institución lo define, en aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente por el período estipulado según el tipo de procedimiento (con o sin implante). Para ello, se deberá organizar un sistema de seguimiento para aquellas cirugías cuya vigilancia deba completarse en ambulatorio, considerando un período de 30 días para las cirugías sin implantes y de 1 año en aquellas con implante.

Un procedimiento puede ser vigilado si cumple con los siguientes criterios:

- Estar incluido en la lista de procedimientos considerados por VIHDA (anexo 1)

Y

- Se lleva a cabo durante una intervención en la que al menos una incisión (incluye cirugía laparoscópica o agujeros craneales) se realiza a través de la piel o membrana mucosa y se cierra antes que el paciente abandone la sala de operaciones

Y

- Se lleva a cabo en un quirófano, definido como un área de atención al paciente que cumple con los requisitos de ventilación y estructura específicos para estas salas de operaciones. Esto puede incluir una sala de operaciones, una sala de cesárea, una sala de radiología intervencionista o un laboratorio de cateterismo.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

¿Cómo implementar la vigilancia de ISQ?

- Seleccionar según el criterio del Comité de Control de Infecciones de cada Institución, el/los procedimiento/s a vigilar. Se recuerda que una vez realizada esta selección, se deben registrar todos los procedimientos quirúrgicos y episodios de infección. No se debe incluir procedimientos quirúrgicos/episodios de infección, en forma aislada, de aquellos no seleccionados para vigilar.
- Registrar los datos de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, en la(s) categoría(s) seleccionada(s), en la "Planilla de registro de Intervenciones Quirúrgicas".
- Registrar si un paciente desarrolla una ISQ, en la "Planilla de registro de episodio de IACS asociada a Intervención Quirúrgica".
- Ingresar los datos en el software VIHDA de acuerdo a la rutina elaborada por cada centro.

Comentarios:

- Se recomienda priorizar para la vigilancia: cirugías que hayan presentado brotes, cirugías muy frecuentes como cesáreas, cirugías con mayor impacto como por ejemplo cirugías con prótesis osteoarticulares, cirugías cardiovasculares o neurocirugía.
- El registro de los pacientes quirúrgicos no se asocia a ninguna unidad de internación.
- La "Fecha de IACS" es el día que aparece el primer elemento del criterio de la definición de infección de sitio quirúrgico (secreción, fiebre, aumento de la temperatura local, dolor, eritema, edema, etc.).
- Los pacientes deben ser monitoreados desde el día de la intervención quirúrgica hasta que se cumpla el tiempo de seguimiento estipulado por el tipo de procedimiento: sin implante 30 días y con implante 1 año.
- Los pacientes que se sometieron a algún procedimiento quirúrgico seleccionados para vigilar por la institución, y que están internados en una unidad crítica vigilada, deben ser monitoreados no sólo para ISQ sino también para los otros factores de riesgo a que pueda haberse sometido durante la internación y que podrían causar otras IACS.
- Quedan excluidos los debridamientos, los drenajes, las punciones o los cateterismos.

IV.6 EGRESO DE LA UNIDAD Y CIERRE DE EPISODIOS

En los pacientes internados en alguna de las Unidades vigiladas, se debe consignar la fecha del egreso de la unidad. Si el paciente a egresar cursó una IACS, debe registrarse la condición al egreso (fallecido, con tratamiento o curado) y en caso de haber fallecido, especificar si fue CON o POR IACS.

Se debe consignar la "Fecha de Fin de Tratamiento" de una IACS si el paciente se ha curado y eso determinará el cierre del episodio en cuestión. El software cerrará automáticamente un episodio (sin fecha de fin de tratamiento) en caso de que se registre que el paciente ha fallecido.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

En caso de episodios que no hayan sido resueltos, pueden cerrarse mediante "Cerrar IACS sin finalización de tratamiento documentado".

IV.7 CRITERIOS PARA DETERMINAR LOS SITIOS DE INFECCIÓN EN VIHDA

Antes de registrar una IACS, los miembros del Comité de Prevención y Control de Infecciones deben decidir si la información clínica, de laboratorio y de otros diagnósticos observadas en el paciente cumple con los criterios de IACS de VIHDA, a fin de mantener estandarizadas las variables y facilitar la comparación de los datos.

Una infección se considera IACS si todos los elementos de un criterio de infección de sitio específico VIHDA, están presentes juntos, a partir del tercer día de la admisión.

¿ CÓMO APLICAR LA DEFINICIÓN DE IACS ?

Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Es una
Admisión a UCI	UCI	UCI Todos los elementos del criterio de infección estaban presentes			IACS atribuida a UCI. <u>Justificación:</u> En el día 3, todos los elementos presentes
Admisión a UCI	UCI Un elemento del criterio de infección presente (ej: fiebre)	UCI Un elemento del criterio de infección presente (ej: fiebre)	UCI Elemento final del criterio de infección presente (ej: cultivos positivos)		IACS atribuida a UCI <u>Justificación:</u> Todos los elementos estaban presentes en el día 3, o después, aunque uno se presenta en el día 2
Admisión a UCI	UCI	UCI Un elemento del criterio de infección presente (ej: fiebre)	UCI No hay elementos de infección presentes	UCI Elemento final del criterio de infección presente (ej: cultivos positivos)	IACS atribuida a UCI <u>Justificación:</u> Todos los elementos presentes, con no más de 1 día de diferencia entre ellos

Comentarios:

- La información utilizada para determinar la presencia y clasificación de una infección debería ser una combinación de datos clínicos y resultados de análisis de laboratorio y otros exámenes complementarios. La evidencia del laboratorio puede incluir resultados de test de detección de anticuerpos, o métodos de visualización directa, entre otros.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- Otros estudios diagnósticos pueden incluir rayos X, ecografía, resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía axial computada (TAC), procedimientos endoscópicos, biopsias, o aspiración percutánea.

Las infecciones pueden ser causadas por agentes infecciosos de fuentes endógenas o exógenas:

- Las fuentes endógenas son partes del cuerpo tales como la piel, la nariz, la boca, la vagina, tracto intestinal, etc., que normalmente están habitadas por microorganismos.
- Las fuentes exógenas son aquellas externas al paciente, tales como las utilizadas en el cuidado personal del paciente, las visitas, los dispositivos médicos, o el ambiente hospitalario, etc.

V. SITIOS PRIMARIOS DE INFECCIÓN Y SITIOS ESPECÍFICOS DE INFECCIÓN

Se utilizan dos términos para describir los sitios de infección en VIHDA: Sitios Primarios de Infección y Sitios Específicos de Infección.

Los Sitios Primarios responden, fundamentalmente, a una clasificación por órganos y sistemas donde se localiza la infección y agrupan a un conjunto de Sitios Específicos, a efectos de su categorización y para facilitar el análisis de datos.

El Sistema VIHDA permite especificar el órgano o cavidad donde se produjo la infección del sitio quirúrgico, brindando un listado apropiado para ello dentro de los sitios específicos, concordantes con la siguiente tabla.

Definiciones de sitio primario y sitio específico de infección

A efectos de la vigilancia epidemiológica intensificada de IACS en Argentina, en el marco del Programa Nacional VIHDA, se consideran las siguientes definiciones de Sitios Primario y Sitio Específico de Infección. Las mismas han sido revisadas y consensuadas con la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y la Asociación de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI) en diciembre de 2019 y están vigentes desde el 1 de enero de 2020.¹⁰

¹⁰ Participaron del Consenso sobre Actualización de Definiciones a considerar en el Programa Nacional VIHDA 2020 los siguientes profesionales:

Coordinadores: Dr. Angel Colque, Dra. Yanina Nuccetelli, Bioq. Belén Ibarra Camou, Dra. Irene Pagano.

Redactores Documentos de Trabajo: Dra. Irene Pagano, Dr. Angel Colque, ECI Pedro Montero, Dr. Alejandro Fernández, Dra. María Ines Staneloni, Dra. Juliana Álvarez, ECI Marisa Benítez, Dra. Yanina Nuccetelli, Dra. Viviana Rodríguez, Dra. María Echaide, ECI Andrea Novau, ECI Leonardo Fabbro, Bioq. Belén Ibarra Camou, Dra. Adriana Fernández Lausi, ECI María Ángeles Baigorria, ECI Laura Alonso, ECI Wanda Alcalá, Dra. Adriana Fernández Lausi, Dr. Fernando Achinelli, Dr. Javier Desse, Dra. Lucía Daciuk, Dr. Gustavo Martínez, Dr. Gonzalo Corral, Ing. Roberto Giordano Lerena.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)		
<p>INCISIONAL SUPERFICIAL (PIEL)</p>	<p>Ocurre dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico e incluye solo la piel y el tejido celular subcutáneo de la incisión sin sobrepasar la fascia muscular.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Drenaje purulento de la incisión superficial. b. Cultivo positivo del fluido o tejido obtenido asépticamente de la incisión superficial. c. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor o sensibilidad, inflamación local, eritema o calor en la incisión, y la incisión superficial debe ser deliberadamente abierta por cirujano, con cultivo positivo o no realizado. El hallazgo de un cultivo negativo no cumple con estos criterios. d. Diagnóstico de infección del sitio quirúrgico por cirujano o médico tratante.
<p>INCISIONAL PROFUNDA (TCS)</p>	<p>Ocurre dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico. Si hubiera implante de prótesis puede ocurrir en el primer año e incluye tejidos profundos (fascia y músculo) de la incisión.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Drenaje purulento desde la incisión profunda, pero no de órganos y espacios. b. Dehiscencia espontánea de la incisión o apertura deliberada por cirujano con cultivos positivos, o cuando no se haya realizado el cultivo y el paciente presenta por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre (>38º) o dolor local. Si el cultivo es negativo no reúne este criterio. c. Absceso u otra evidencia de infección visualizada por examen directo, durante reoperación o examen histopatológico o radiológico.
<p>DE ÓRGANOS/CAVIDADES (OC)</p>	<p>Ocurre dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico. Si hubiera implante de prótesis puede ocurrir en el primer año e incluye infección de cualquier parte del cuerpo excluyendo, la piel, fascia, o músculos profundos que hayan sido operados o manipulados durante un procedimiento. Debe ser codificada según el órgano o cavidad afectada.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Presencia de pus por el drenaje situado en el órgano o cavidad. b. Cultivo positivo de fluidos o tejidos obtenidos asépticamente. c. Absceso u otra evidencia de infección visualizada durante examen directo, reoperación, examen histopatológico o radiológico. d. Se recomienda consultar criterios de infección de sitio quirúrgico específico de cada órgano/cavidad. Ejemplo: Meningitis criterios de parámetros de LCR.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Definición de ISQ Primaria y Secundaria:

Las nuevas definiciones distinguen e incluyen incisional primaria y secundaria cuando existen dos incisiones en el mismo acto quirúrgico (sitio dador o secundaria). Por ejemplo, en el by pass coronario la herida incisional primaria es la del tórax, y secundaria sería la safenectomía si hay zona dadora. Si existe una infección post cirugía de columna, la incisional primaria sería la de columna y secundaria la de la cresta en caso de zona dadora de hueso de cresta. En una cirugía laparoscópica si más de una incisión presenta infección se recomienda reportar la infección mas profunda.

SITIOS ESPECÍFICOS DE CLASIFICACIÓN DE ISQ DE ORGANOS Y ESPACIOS			
Código VIHDA	ISQ DE ORGANOS Y ESPACIOS	Código VIHDA	ISQ DE ORGANOS Y ESPACIOS
OSTE	Osteomielitis	PULM	Otras infecciones del tracto respiratorio inferior
MAM	Absceso mamario o mastitis	MED	Mediastinitis
CARD	Miocarditis y pericarditis	MEN	Infección de las meninges o de los ventrículos
DISC	Espacio intervertebral. discitis	ORAL	Infección de la cavidad oral(boca lengua y encías)
OID	Infección de la oreja y mastoides	OREP	Otras infecciones del aparato reproductor del hombre o de la mujer
ENDOM	Endometritis	OITU	Otras infecciones del tracto urinario
ENDOC	Endocarditis	ESP	Infección del espacio espinal sin meningitis
OJO	Infección ocular	SINU	Sinusitis o infección de los senos paranasales
TGI	Infecciones del tracto gastrointestinal	RS	Infecciones del aparato respiratorio superior, faringe y laringe
IAB	Infección gastrointestinal (no especificada de otra manera)	VASC	Infección arterial o venosa
CER	Intracraneal, absceso cerebral o de la duramadre	VAG	Infección del manguito vaginal
ART	Infección de la bursa y articulaciones	IAPA	Infección asociada a prótesis articular

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Instrucciones generales para el reporte de las ISQ

- Si a un paciente sometido a una cirugía de revascularización con safena, se le identifican ISQ en ambas incisiones, se deberá reportar la infección incisional del tórax.
- No reportar los abscesos de los puntos de sutura (inflamación mínima y separación confinada de los puntos de sutura) como una infección.
- La "celulitis" por si sola no presenta criterios para ISQ incisional superficial.
- No se considera infección de herida quirúrgica: la infección de herida de arma blanca (será reportada como infección de piel o partes blandas según su profundidad), infección secundaria a episiotomía (será reportada como infección de la episiotomía), infección secundaria a la circuncisión (se reportará como infección de la circuncisión) o la infección de las quemaduras (serán reportadas como quemaduras).
- Si la infección del sitio incisional involucra o extiende a fascias y músculos, se reporta como una ISQ incisional profunda.
- Ocasionalmente las infecciones de órgano/cavidad drenan a través de la incisión. Tales infecciones generalmente no involucran una nueva intervención.
- Reportar la mediastinitis acompañada de osteomielitis de acuerdo a la cirugía cardíaca que se realizó (ISQ-MED) en lugar de (ISQ-OSTE)
- Reportar una ISQ relacionada a un shunt como ISQ – MEN (meningitis) si esta ocurre en un tiempo menor o igual a un año después de colocado el shunt. Si la infección ocurre luego de un año o como consecuencia de manipulación de la válvula de derivación o shunt no debe ser reportada como una ISQ sino como una meningitis asociada al sistema nervioso central.
- Reportar el absceso espinal con meningitis como ISQ-MEN.

Recomendaciones

- Están excluidos de cumplir con los criterios de ISQ los microorganismos asociados a infecciones de la comunidad (por ejemplo, *Blastomyces dermatitidis*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides sp*, *Paracoccidioides sp.*, *Cryptococcus sp.* y *Pneumocystis jirovecii*) y/o microorganismos asociados con infecciones latentes (por ejemplo, Herpes zoster, Herpes simplex, sífilis o tuberculosis).
- El tipo de ISQ (incisional superficial, incisional profunda o de órgano/cavidad) debe reflejar la capa de tejido más profundo implicado en la infección durante el período de vigilancia. La fecha del evento debe ser la fecha en que el paciente cumplía con los criterios para el nivel más profundo de la infección.
- Si un paciente desarrolla una ISQ después de un cierre no primario se recomienda atribuir a ese procedimiento, si cumple con los criterios para un ISQ dentro del período de vigilancia apropiado.
- Si se infectan múltiples sitios de incisión primaria del mismo procedimiento quirúrgico, reportar solamente una ISQ.
- Si se realizan 2 procedimientos en el mismo acto quirúrgico con incisiones iguales o diferentes, se vigilará cada procedimiento por separado. Por ejemplo, en un accidente automovilístico un paciente con fractura (FX) expuesta que requiere reducción y además esplenectomía, ambos procedimientos se vigilan, debe completarse una planilla para cada una de las intervenciones.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- Si se realiza una reintervención a través del mismo abordaje quirúrgico, dentro de las 24hs de finalizada la cirugía principal, debe informarse un solo procedimiento. La duración se informará como la suma del tiempo de ambas. Si el tipo de herida cambió, se informará la clase más alta de la herida. Si el ASA cambió, se informará el valor de ASA superior.
- Si el paciente fallece en el quirófano el procedimiento quirúrgico no debe ser reportado.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

NEUMONIA (NEU)		
Sitio específico	Signos/síntomas/laboratorio	Radiología
NEU1 Neumonía Definida Clínicamente	<p>Para cualquier paciente: Al menos uno de los siguientes: - Deterioro del intercambio gaseoso (expresado con el deterioro de la Pa/Fi o necesidad de incremento de la PEEP o FiO2 luego de 48 hs de estabilidad) -Fiebre(>38°C) sin otra causa reconocida -Leucopenia (<4000) o leucocitosis (≥ 12.000) -En mayores de 70 años: alteración del sensorio sin otra causa reconocida</p> <p>Y Al menos dos de los siguientes: -Aumento y cambio a características purulentas de las secreciones -Comienzo o deterioro de tos o disnea o taquipnea⁵ -Rales o ruidos de respiración bronquial -</p>	<p>Para cualquier paciente: Dos o más Rx de tórax con al menos uno de los siguientes^{1,2} : -Infiltrado persistente, nuevo o progresivo -Consolidación -Cavitación -Pneumatocele (en < 1 año)</p> <p><u>Nota:</u> en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (Ej. Sd de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC) una Rx es aceptable¹</p>
	<p>Criterio alternativo para infantes en ≤ de 1 año Empeoramiento del intercambio gaseoso (desaturación de O2, aumento de demanda de O2) o incremento de los parámetros de ARM</p> <p>Y Al menos tres de los siguientes: -Inestabilidad térmica sin otra causa reconocida -Leucopenia (<4000) o leucocitosis (≥15.000) y desviación a la izquierda (≥10% de formas en banda o inmaduras) -Comienzo de esputo purulento³ o cambios en sus características⁴ o aumento de las secreciones respiratorias o aumento en los requerimientos de aspiración de secreciones -Apnea, taquipnea⁵, aleteo nasal con retracción intercostal, quejido. -Sibilancias, rales o roncus -Tos -Bradycardia (<100) o taquicardia (>170)</p>	

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

	<p>Criterios alternativos para niños >1 o ≤ 12 años Al menos tres de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Deterioro del intercambio gaseoso o (desaturación de O₂, aumento de demanda de O₂) o incremento de los parámetros de ARM -Fiebre (>38 °C) o hipotermia (<36 °C) sin otra causa reconocida -Leucopenia (<4000) o leucocitosis (≥15.000) y desviación a la izquierda -Comienzo de esputo purulento³ o cambios en sus características⁴ o aumento de las secreciones respiratorias o aumento en los requerimientos de aspiración de secreciones -Comienzo o deterioro de la tos, o disnea, apnea o taquipnea⁵ -Rales o ruidos de respiración bronquial. 		
<p>NEU2B Definida por clínica + hallazgos de laboratorio específicos para bacterias comunes u hongos filamentosos</p>	<p>Los mismos criterios que NEU 1</p>	<p>Al menos uno de los siguientes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hemocultivo positivo⁷ no relacionado a otro foco -Cultivo positivo de líquido pleural - Aspirado traqueal -Cultivo cuantitativo positivo del tracto respiratorio inferior (con BAL o cepillado) ≥ 5% con células con bacterias intracelulares en el directo (Ej.: Gram) de una muestra por BAL -Ex. Histológico con al menos una de las siguientes evidencias de Neumonía: <ul style="list-style-type: none"> -absceso o foco de consolidación con intenso infiltrado PMN en bronquiólos y alvéolos -Cultivo positivo cuantitativo de parénquima pulmonar -Evidencia de invasión por hongos, hifas o pseudohifas 	<p>Dos o más Rx de tórax con al menos uno de los siguientes^{1,2}:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Infiltrado persistente, nuevo o progresivo -Consolidación -Cavitación -Neumatocele (en < 1 año) <p>Nota: en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (Ej. Sd de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC) una Rx es aceptable¹¹</p>

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Sitio específico	Signos/síntomas	Laboratorio	Radiología
<p>NEU2V Definida por clínica + hallazgos de laboratorio específicos para <i>Virus</i>, <i>Legionella</i>, <i>Chlamydia</i>, <i>Mycoplasma</i> y otros patógenos infrecuentes</p>	<p>Los mismos criterios que NEU 1</p>	<p>Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cultivo viral -Cultivo positivo para <i>Virus</i> o <i>Chlamydia</i> de secreciones respiratorias -Detección de antígeno viral o anticuerpos (Ej.: EIA, FAMA, monoclonal, PCR) en secreciones respiratorias -Aumento de 4 veces el título de anticuerpos IgG en muestras pareadas de suero para el patógeno (<i>Influenza</i>, <i>virus</i>, <i>Chlamydia</i>) -PCR positiva para <i>Chlamydia</i> o <i>Mycoplasma</i> -Micro IF para <i>Chlamydia</i> -Cultivo positivo o visualización por micro IF de <i>Legionella</i> en secreciones respiratorias o tejidos -Detección de antígeno de <i>Legionella</i> en orina por RIA o EIA -Aumento de 4 veces el título de anticuerpos en muestras pareadas de suero, de fase aguda y de convalecencia \geq a 1:128 	<p>Dos o más Rx de tórax con al menos uno de los siguientes^{1,2}:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Infiltrado persistente, nuevo o progresivo -Consolidación -Cavitación -Neumatocele (en < 1 año) <p><u>Nota:</u> en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (Ej. Sd de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC) una Rx es aceptable¹</p>

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Sitio específico	Signos/síntomas	Laboratorio	Radiología
NEU3 En paciente Inmunocomprometido (neutrófilos <500/mm³), leucemia, linfoma, HIV con <200 CD4, esplenectomizados, transplantados, pacientes con quimioterapia o dosis inmunosupresiva de corticoides)	Paciente inmunocomprometido ⁸ con al menos uno de los siguientes: Deterioro del intercambio gaseoso (Ej: desaturación de oxígeno, PaO₂/FIO₂ ≤ de 240)⁶ o incremento de los requerimientos de O₂ o parámetros de ARM -Fiebre (>38 ^o C) sin otra causa reconocida -Para adultos ≥ 70 años, alteración del sensorio sin otra causa reconocida -Comienzo de esputo purulento ³ o cambios en sus características ⁴ o aumento de las secreciones respiratorias -Comienzo o deterioro de la tos, o disnea o taquipnea ⁵ -Rales o ruidos de respiración bronquial -Hemoptisis -Dolor torácico pleurítico	Al menos uno de los siguientes: -Hemocultivos y esputo positivo para <i>Candida</i> spp. ⁹ -Evidencia de hongo o <i>Pneumocystis jirovecii</i> de una muestra del tracto respiratorio inferior (BAL o cepillado) de uno de los siguientes: - ex. directo - cultivo positivo para hongos	Dos o más Rx de tórax con al menos uno de los siguientes ^{1,2} : -Infiltrado persistente, nuevo o progresivo -Consolidación -Cavitación -Neumatocele (en < 1 año) Nota: en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (Ej. Sd de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC) una Rx es aceptable¹
		Cualquiera de los criterios de laboratorio definidos en NEU2	

Referencias:

1. Ocasionalmente, en pacientes ventilados, el diagnóstico de NEU-ARM podría realizarse en base a signos, síntomas y la radiografía de tórax. De todas maneras, en aquellos con enfermedad cardíaca o respiratoria de base (Ej.: enfermedad pulmonar intersticial o insuficiencia cardíaca congestiva) el diagnóstico podría ser particularmente difícil. Estas condiciones no infecciosas pueden simular la presentación de neumonía. En dichos casos se sugiere examinar las radiografías seriadas a fin de poder diferenciar procesos infecciosos de aquellos no infecciosos. Para ayudar en la confirmación de dichos casos sería de utilidad revisar (si se disponen) las radiografías del día del diagnóstico, tres días previos, y dos y siete días posteriores al mismo. La neumonía puede tener un rápido inicio y progresión pero no suele resolverse rápidamente, persistiendo los cambios radiográficos por varias semanas. Una rápida resolución sugiere que el paciente no tiene una neumonía sino posiblemente un proceso no infeccioso como atelectasia o insuficiencia cardíaca congestiva.
2. Hay muchas maneras de describir la apariencia radiográfica de una NEU. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a: enfermedad del espacio aéreo, opacidad focal, áreas parcheadas de densidad incrementada. Aunque tal vez no está específicamente delineado como NEU por el radiólogo, en el escenario apropiado estas descripciones alternativas deberían ser consideradas como hallazgos potencialmente positivos.
3. Esputo purulento se define como secreciones de pulmón, bronquios o tráquea que contienen ≥ 25 neutrófilos y ≤ 10 células escamosas por campo de bajo aumento (x 100). Si los informes de laboratorio

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

reportan estos datos cualitativamente (Ej. "muchos" leucocitos o "pocas" células escamosas), debe asegurarse que estas descripciones se encuadren dentro de las definiciones mencionadas. No se admite la descripción clínica del esputo sin referencia cuantitativa del laboratorio.

4. Una sola observación de esputo purulento o cambios en el carácter del mismo no es significativa. La observación repetida durante un período de 24 horas podría ser más indicativa del comienzo del proceso infeccioso. Cambio en carácter del esputo se refiere al color, consistencia, olor y cantidad.

5. En adultos, la taquipnea es definida como una frecuencia respiratoria (FR) >25 /minuto. En el período neonatal se define como >75 /minuto para prematuros y hasta las 40 semanas de edad gestacional (EG). En menores de dos (2) meses se considera una FR >60 /minuto. Para niños entre 2-12 meses: 50/minuto, siendo para mayores de un año >30 /minuto

6. Esta medida de oxigenación arterial se define por la relación entre la tensión de oxígeno arterial (PaO_2) para una determinada fracción inspirada de O_2 (FIO_2): Relación Pa/FIO_2

7. Determinar y adjudicar la etiología de una neumonía en un paciente con evidencia radiológica y hemocultivos positivos a dicho germen aislado, es un proceso que debe ser cuidadosamente analizado, en particular si el paciente tiene colocado un catéter intravascular y/o sonda vesical. En general, en un inmunocompetente hemocultivos positivos para *Staphylococcus* coagulasa negativo, contaminantes habituales de piel, y hongos, no deben considerarse agentes etiológicos de neumonía.

8. Pacientes Inmunocomprometidos: incluyen aquellos con neutropenia (neutrófilos totales <500 leucocitos/ mm^3), leucemia, linfoma, infección por HIV con $\text{CD4} <200/\text{mm}^3$, esplenectomizados, pacientes en trasplante y aquellos en quimioterapia o terapia corticoide diaria en altas dosis por más de 2 semanas (Ej. >40 mg/día de prednisona o sus equivalentes: >160 mg de hidrocortisona, >32 mg. de metilprednisolona, >6 mg de dexametasona, >200 mg de cortisona)

9. Los cultivos de secreciones semicuantitativos o no cuantitativos obtenidos mediante aspiración o lavaje son aceptables. Si se cuenta con cultivos cuantitativos se deben considerar para su interpretación los algoritmos que incluyen tales hallazgos de laboratorio.

Existe una jerarquía de categorías de sitio específico en el sitio mayor Neumonía. Aún si un paciente cumple con los criterios para más de un sitio específico, reporte sólo uno:

- Si un paciente cumple con criterios para NEU1 y NEU2, reporte NEU2
- Si un paciente cumple con criterios para NEU2 y NEU3, reporte NEU3
- Si un paciente cumple con criterios para NEU1 y NEU3, reporte NEU3
- Si hay infección simultánea de Tracto Respiratorio Inferior (Ej.: absceso o empiema) y Neumonía (ambos con el mismo germen) reporte como Neumonía.

Si la neumonía ocurre dentro de las 48 horas de la transferencia de un paciente de un sector de internación a otro, la infección se reporta y atribuye al sector del cual fue transferido, no al área de internación del paciente al momento del diagnóstico. Esto se denomina Regla de Transferencia.

Cualquiera de estas neumonías puede ser considerada Neumonía nosocomial asociada a ARM si ocurre en un paciente que tiene o tuvo apoyo ventilatorio mecánico por lo menos durante 48 horas previas a la infección.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

NEU-ARM (NAR)

El Programa VIHDA considera que se puede sospechar una Neumonía nosocomial asociada a ARM (NEU-ARM) cuando esta cumple los siguientes criterios:

- a. Presencia de infiltrado pulmonar progresivo o nuevo en la radiografía de tórax persistente más de 48 horas
Y
- b. Aspirado traqueal (AT) purulento
Y
- c. Fiebre mayor de 38°
Y
- d. Leucocitosis (GB>12000) o leucopenia (GB<4000)

Considera también que una Neumonía está microbiológicamente comprobada cuando cumple, además, con tener una técnica microbiológica positiva (aspirado traqueal $\geq 10^5$ UFC de un microorganismo potencialmente patógeno, o lavado broncoalveolar $> 10^4$ UFC, o cepillado protegido $> 10^3$).

Puntos de corte y unidades para las muestras utilizadas en el diagnóstico de NEU		
Muestras / Técnica	Valor	Comentario
Parénquima Pulmonar	$\geq 10^4$ UFC/gr. Tejido	Muestra tomada mediante biopsia de pulmón abierto o muestra tomada inmediatamente post mortem obtenida a través de biopsia transtorácica o transbronquial
Muestras obtenidas por broncoscopia		
Lavado broncoalveolar (B – BAL)	$\geq 10^4$ UFC/ml	
Lavado broncoalveolar protegido (B – PBAL)	$\geq 10^4$ UFC/ml.	
Muestra mediante cepillo protegido (B – PSB)	$\geq 10^3$ UFC/ml.	
Muestras obtenidas sin broncoscopio		
NB – BAL	$\geq 10^4$ UFC/ml.	
NB - PSB	$\geq 10^3$ UFC/ml.	
Aspirado traqueal	$\geq 10^5$ UFC/ml	Si desarrollan dos microorganismos, se informan ambos

BAL: Lavado broncoalveolar

NB-BAL: BAL no usando broncoscopio

PBAL: Lavado broncoalveolar protegido

NB-PSB: BAL con cepillo protegido no usando broncoscopio

B-PSB: Muestra mediante cepillo protegido

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Comentarios

- Para aplicar los criterios de neumonía asociada a asistencia respiratoria mecánica (ARM) se considerará a pacientes conectados a ARM, ya sea para controlar o asistir en forma continua la respiración a través de traqueostomía o tubo endotraqueal, dentro de un período de 48 horas previas a la aparición del evento, incluyendo el período de destete.
- Cuando se evalúa un paciente para definir NEU es importante tener en cuenta que los cambios producidos en el estado clínico no respondan a otras causas (infarto de miocardio, tromboembolismo pulmonar, síndrome de distrés respiratorio, atelectasias, cánceres o tumores, EPOC, enfermedad de membrana hialina, displasia broncopulmonar, etc.). También deben distinguirse, al evaluar un paciente intubado, la colonización traqueal y las infecciones respiratorias del tracto superior, de la NEU temprana. Es dificultoso definir NEU-ARM en pacientes gerontes, niños e inmunocomprometidos ya que estas condiciones podrían enmascarar signos típicos y síntomas asociados con NEU. Por tal razón, se han definido criterios específicos aplicables a ese tipo de pacientes.
- Múltiples episodios de NEU-ARM pueden ocurrir en pacientes críticamente enfermos con estadías hospitalarias prolongadas. Cuando se considera el reporte de múltiples episodios de NEU-ARM en el mismo paciente, deben buscarse evidencias de la resolución del episodio inicial (el estado de apirexia, la normalización de los glóbulos blancos, la mejoría radiológica y la normalización del intercambio gaseoso (Pa/FiO₂). El agregado o cambio de los patógenos solamente, no es indicativo de un nuevo episodio de NEU. Además del aislamiento de un nuevo patógeno, se requiere para efectuar un nuevo diagnóstico de NEU, de la combinación de nueva sintomatología y evidencia radiográfica u otras pruebas diagnósticas.
- Se establece un periodo de ventana de 14 días desde el inicio del 1er episodio en el cual no se puede agregar un nuevo episodio del mismo tipo de infección en un mismo paciente.
- Las tinciones de Gram y preparados con hidróxido de potasio para fibras de elastina y/o hifas de hongos que resultan positivos y provienen de muestras de esputo, pueden resultar de importancia para orientar a la etiología de la infección. Sin embargo, dichas muestras resultan frecuentemente contaminadas con microorganismos colonizantes de las vías aéreas, por cual deben ser interpretadas cautelosamente. En particular, *Candida spp.*, que es frecuentemente vista en las tinciones, pero rara vez causa NEU-ARM.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)

Las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) son el cuarto tipo más común de infección asociada al cuidado de la salud. Prácticamente todas las ITU asociadas a los cuidados de la salud son causadas por la instrumentación del tracto urinario.

La vigilancia puede ocurrir en cualquier lugar de hospitalización de los pacientes.

La UCI Neonatal no constituye un sitio de vigilancia habitual para éste tipo de infecciones; sin embargo, puede ser incluida en la vigilancia, según las necesidades de cada institución.

El Catéter Urinario es el tubo de drenaje que se inserta en la vejiga urinaria a través de la uretra, se deja en su lugar, y está conectado a una bolsa de drenaje (incluyendo las bolsas de la pierna) o que se utilice para irrigación continua o intermitente. Estos dispositivos también son llamados catéteres Foley.

No se incluyen en la vigilancia: condón, cateterismo intermitente, nefrostomía o catéteres suprapúbicos.

ITU: se define utilizando los criterios de ITU sintomática (ITUS), ITU asintomática bacteriemia (ITUAB) y la infección del sistema urinario (ISU).

ITU es un sitio primario de la infección y no debe ser considerada secundaria a otro sitio de la infección.

ITU asociada al catéter urinario (ITU-CU): paciente con un catéter urinario (CU) permanente colocado por > 2 días calendario a la fecha del evento, considerando el día de la colocación del dispositivo como día 1, y permanece colocada en la fecha de evento o el día previo.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Sitio específico	Signos/síntomas
<p>INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO SINTOMÁTICA (ITUS)</p> <p>Deben cumplir al menos uno de los 3 criterios</p>	<p>Criterio 1a Estos episodios se reportan como ITUS asociados a CU Deben cumplir los 3 puntos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente con CU por > de 48hs consecutivas al día del evento y además: <ol style="list-style-type: none"> a) que estuviera presente para cualquier porción del día del evento o b) hubiese sido removido el día previo. 2. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre (>38°C), dolor suprapúbico, dolor o sensibilidad del ángulo costovertebral, urgencia miccional, disuria y/o aumento de la frecuencia urinaria. 3. Urocultivo positivo con $\geq 10^5$ UFC/ml con no más de 2 especies de microorganismos. <p>Criterio 1b Estos episodios se reportan solo como ITUS asociada a procedimientos NO vigilados (no asociadas a CU) Deben cumplir los 3 puntos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente no tuvo un CU colocado en el momento de la toma de la muestra ni en las 48 hs previas. 2. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre (>38° C) en un paciente que es ≤ 65 años de edad, urgencia miccional, polaquiuria, disuria, dolor suprapúbico y/o dolor o sensibilidad en el ángulo costovertebral. 3. Urocultivo positivo con $\geq 10^5$ UFC/ml con no más de 2 especies de microorganismos. <p>Criterio 2 ITUAC en pacientes < 1 año de edad Deben cumplir los 3 puntos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente es ≤ 1 año de edad (con sonda vesical permanente). 2. El paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre (> 38,0 ° C), hipotermia (<36,0°C), apnea, bradicardia, letargo, vómitos y/o dolor suprapúbico sin otra causa que lo justifique. 3. El paciente tiene un cultivo de orina con no más de dos especies de organismos identificado, al menos uno de los cuales es una bacteria de $\geq 10^5$ UFC/ ml.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Sitio específico	Signos/síntomas	
INFECCIONES DEL SISTEMA URINARIO (ISU)	<p>Deben cumplir los 3 puntos siguientes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Paciente con o sin CU que no tiene signos o síntomas de ITUS. 2. Urocultivo positivo con no más de 2 especies de microorganismos, y al menos uno de ellos con $\geq 10^5$ UFC/ml. 3. Paciente con un microorganismo identificado a partir de una muestra de sangre, que al menos coincida con un microorganismo identificado en la muestra de orina. 	
<p>OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (OITU)</p> <p>(riñón, uréter, vejiga, uretra, o tejidos retroperitoneales o del espacio perirenal)</p> <p>Deben cumplir al menos uno de los criterios</p>	<p>Criterio 1 Presencia de un microorganismo aislado por cultivo de un fluido (excepto orina) o tejido del sitio afectado.</p>	
	<p>Criterio 2 Presencia de un absceso u otra evidencia de infección por examen directo, durante la cirugía o examen histopatológico.</p>	
	<p>Criterio 3 Presencia de al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$) o dolor localizado en el sitio involucrado.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Drenaje purulento del sitio afectado. b. Hemocultivos positivos compatibles con el sitio de sospecha de infección. c. Evidencia radiográfica de infección, anomalías en ecografía, TAC, RNM, galio, tecnecio.
	<p>Criterio 4 Pacientes < 1 año, con al menos uno de los siguientes signos o síntomas, sin otra causa reconocida: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$ central), hipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$ central), apnea, bradicardia, disuria, letargo y/o vómitos.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Drenaje purulento del sitio afectado. b. Hemocultivos positivos compatibles con el sitio de infección de sospecha. c. Evidencia radiográfica de infección (ecografía, TAC, RNM.)

Ejemplos sobre la interpretación y registro de los criterios:

Paciente en una unidad de hospitalización a quien se le coloca un catéter Foley y al día siguiente presenta ITU: **No se considera ITUAC** ya que el catéter no ha estado en su lugar por más de 48 hs a la fecha del evento. Dependiendo de la fecha de ingreso, esto puede ser una infección urinaria asociada a los cuidados de la salud (UTIS 1b)

Notas:

- ITUS 1b y ISU no pueden estar asociadas a catéter urinario.
- No puede considerarse ITU 1b; a un paciente > 65 años que presenta fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ como único elemento dentro del período de ventana de una infección.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- Ejemplo de cómo considerar las fechas de ITUAC en pacientes con catéteres urinarios que fueron removidos y/o colocados.

Paciente	31 de marzo (3° día de internado)	1 de abril	2 de abril	3 de abril	4 de abril	5 de abril	6 de abril	
Pac. A *	CU 3° día	CU 4° día	Remoción de CU 5° día	Recolocación CU 6° día	CU 7° día	CU 8° día	Sin CU	ELEGIBLE PARA ITUAC DEL 31 AL 6 DE ABRIL
Pac. B **	CU 3° día	CU 4° día	Remoción de CU 5° día	Sin CU	Recolocación CU 1° día	CU 2° día	CU 3° día	ELEGIBLE PARA ITUAC DEL 31 AL 3 DE ABRIL O DESDE EL 6 DE ABRIL

* Si al paciente se le inserta un nuevo CU antes de que haya pasado un día completo, el día del recuento del catéter para determinar la elegibilidad para una ITUAC, continuará sin interrupción (Paciente A).

** Si el paciente está sin CU permanente durante al menos 1 día de calendario completo, el día de recuento de catéter urinario se iniciará de nuevo (Paciente B).

Consideraciones

- El urocultivo debe ser obtenido utilizando una técnica aséptica adecuada o cateterización.
- En caso de no poder realizarse recambio de sonda, las muestras obtenidas de CU deben ser aspiradas a través de los sitios para toma de muestras, desinfectados previamente.
- Las especies de *Candida* o levaduras no especificadas de otra manera, quedan incluidas como microorganismos responsables de ITUS en ésta revisión, recomendando realizar los esfuerzos necesarios para la diferenciación entre colonización e infección. Se recomienda: realizar 2 urocultivos con recambio de sonda. Por otro lado, en aquellas situaciones en donde clínicamente sea factible se debe realizar punción suprapubica para descartar colonización del CU.
- En los bebés, los urocultivos deben ser obtenidos por aspiración suprapúbica o catéter urinario colocado para tal efecto, si hay algún impedimento para hacer la punción.
- Las muestras de urocultivo obtenidos de la bolsa colectora de orina NO son válidas.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- Los urocultivos deben procesarse tan pronto como sea posible, preferentemente dentro de 1 a 2 hs de obtenida la muestra.
- Si las muestras no pueden ser procesadas a los 30 minutos de la recolección, deben ser refrigeradas y cultivarse dentro de las 24 horas.
- El pedido de análisis debe indicar si el paciente es sintomático y/o si está recibiendo tratamiento antibiótico.
- La punta de catéter urinario no debe ser cultivada y no es aceptable para el diagnóstico de ITU.
- Los siguientes organismos excluidos no se pueden usar para cumplir con la definición de ITU:
 - o Hongos miceliales
 - o Hongos dimórficos
 - o Parásitos

Estos organismos podrán ser tenidos en cuenta en una muestra de orina cuando también esté presente una bacteria con un recuento $> 10^5$ UFC/ml. Además, estos organismos no bacterianos identificados en sangre no pueden considerarse secundarios a una ITU, ya que están excluidos como organismos en la definición de ITU.

- La "flora mixta" no se puede informar como un patógeno.
- El dolor suprapúbico ya sea provocada por la palpación o como una queja subjetiva, es aceptable como parte del criterio ITUS si está documentada en la historia clínica durante el período de ventana de la infección.
- El dolor abdominal bajo, hipogástrico o la incomodidad pélvica son ejemplos de síntomas que pueden usarse como dolor suprapúbico.
- El "dolor abdominal" generalizado en la historia clínica no debe interpretarse como sensibilidad suprapúbica, ya que existen muchas causas de dolor abdominal y este síntoma es demasiado general.
- El dolor de espalda o el dolor de flanco son ejemplos de síntomas que se pueden utilizar como dolor o sensibilidad del ángulo costovertebral.
- El "dolor lumbar" generalizado no debe interpretarse como dolor costovertebral.

Observaciones

- Las infecciones después de la circuncisión en recién nacidos, se informan como ISQ-CIRC.
- Si el paciente cumple con los criterios de OITU y también cumplen con los criterios de ITU, informe ITU solamente, a menos que el ISU sea una infección de órgano/espacio en un sitio quirúrgico, en cuyo caso sólo debe informarse de ISU.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN PRIMARIA DE LA SANGRE (IPS)	
BACTERIEMIA CONFIRMADA POR LABORATORIO (BACLAB)	<p>Criterio 1 Paciente de cualquier edad, incluyendo pacientes ≤ 1 año de edad, con:</p> <p>1- Aislamiento de un patógeno conocido¹ en uno o más hemocultivos² o método de prueba microbiológica no basado en cultivo (excluyendo organismos identificados mediante pruebas en sueros)</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>2 - Este microorganismo no debe estar relacionado con infección en otro sitio.</p>
	<p>Criterio 2 Paciente de cualquier edad, incluyendo pacientes ≤ 1 año de edad, con:</p> <p>1 - Signos clínicos³</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>2 - Resultados de laboratorio positivo que no están relacionados con una infección en otro sitio.</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>3 - Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos o más hemocultivos positivos para contaminantes conocidos de la piel tomados en ocasiones separadas⁴ - Un método de prueba microbiológica no basada en cultivo
	<p>Criterio 3 Paciente menor de 1 año de edad, con:</p> <p>1 - Al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$ rectal), hipotermia ($< 36^{\circ}\text{C}$ rectal), apnea o bradicardia, signos y síntomas de infección local (dolor, eritema, secreción, aumento de la temperatura)</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>2 - Los resultados positivos de laboratorio no están relacionados con una infección en otro sitio</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>3 - Al menos uno de los siguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos o más hemocultivos positivos para contaminantes conocidos de la piel tomados en ocasiones separadas⁵. - Un método de prueba microbiológica no basada en cultivo.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

1. El término "patógeno reconocido" en este criterio se refiere a cualquier organismo que no esté incluido en la lista comensal común. Ejemplo de patógeno conocido: *S. aureus*, *Enterococcus spp.*, *E. coli*, *Pseudomonas spp.*, *Klebsiella spp.*, *Candida spp.*, etc.

2. La frase "uno o más hemocultivos" se refiere a que al menos 1 botella de sangre es reportada por el laboratorio con el crecimiento de un organismo (ej, un cultivo de sangre positivo).

3. Signos clínicos incluye al menos uno de los siguientes: Fiebre (38°C); escalofríos o hipotensión (TAS < 90 mmHg); signos y síntomas locales (dolor, eritema, secreción, aumento de la temperatura)

4. La frase "dos o más hemocultivos positivos para contaminantes conocidos de la piel tomados en ocasiones separadas" hace referencia a: al menos 2 muestras recolectadas dentro de las 48 hs una de otra y que al menos 1 botella de cada muestra esté reportada por el laboratorio con el crecimiento del mismo microorganismo contaminante conocido de la piel.

Existen variadas condiciones para determinar la valoración de los mismos microorganismos:

- Si es identificada la especie del contaminante conocido de piel y después en el desarrollo del otro cultivo de sangre se identifica solamente con un nombre descriptivo (Ej.: sólo género), se asume que los microorganismos son iguales. El microorganismo identificado se debe informar como el patógeno de infección.
- Solo debería utilizarse la identificación de género y especie para determinar la similitud de los microorganismos. No se deberían utilizar métodos comparativos adicionales (ejemplo: morfología y antibiogramas) debido a que las capacidades de pruebas y protocolos pueden variar entre instituciones de salud. Esto reducirá la variabilidad en el reporte. Reportar los microorganismos por género/especie solo una vez y si los datos del antibiograma están disponibles, reportar los resultados del panel más resistente.
- Los elementos del criterio deben aparecer dentro del periodo de ventana de la infección que incluye la fecha de recolección de la muestra de sangre positiva, los 3 días calendario anteriores y los 3 días calendario posteriores (periodo de 7 días).
- Las dos muestras con contaminantes conocidos de la piel coincidentes representan un solo elemento para su uso en el cumplimiento del criterio y, la fecha de la primera se utiliza para determinar el periodo de ventana de la IPS.

El día del evento siempre será la fecha en que se produzca el primer elemento por primera vez durante el periodo de ventana de la IPS, ya sea un signo o síntoma o la muestra de sangre positiva.

5. La frase "dos o más hemocultivos positivos para contaminantes conocidos de la piel tomados en ocasiones separadas" hace referencia a: al menos 2 muestras recolectadas dentro de las 48 hs una de otra y que al menos 1 botella de cada muestra esté reportada por el laboratorio con el crecimiento del mismo microorganismo contaminante conocido de la piel.

Ejemplos de contaminantes conocidos de la piel: *difteroides*, *Corynebacterium spp.*, *Bacillus spp.* (no *B anthracis*), *Propionibacterium spp.*, *Staphylococcus coagulasa negativo* (incluyendo *S. epidermidis*), *Streptococcus* del grupo viridans, *Aerococcus spp*, *Micrococcus spp.*

Existen variadas condiciones para determinar la valoración de los mismos microorganismos:

- Si es identificada la especie del contaminante conocido de piel y después en el desarrollo del otro cultivo de sangre se identifica solamente con un nombre descriptivo (Ej.: sólo género), se asume que los microorganismos son iguales. El microorganismo identificado se debe informar como el patógeno de infección.
- Solo debería utilizarse la identificación de género y especie para determinar la similitud de los microorganismos. No se deberían utilizar métodos comparativos adicionales (ejemplo: morfología y antibiogramas) debido a que las capacidades de pruebas y protocolos pueden variar entre instituciones de salud. Esto reducirá la variabilidad en el reporte. Reportar los microorganismos por género/especie solo una vez y si los datos del antibiograma están disponibles, reportar los resultados del panel más resistente.
- Los elementos del criterio deben aparecer dentro del periodo de ventana de la infección que incluye la fecha de recolección de la muestra de sangre positiva, los 3 días calendario anteriores y los 3 días calendario posteriores (periodo de 7 días).
- Las dos muestras con contaminantes conocidos de la piel coincidentes representan un solo elemento para su uso en el cumplimiento del criterio y, la fecha de la primera se utiliza para determinar el periodo de ventana de la IPS.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

ASPECTOS A CONSIDERAR

1. Exclusiones de patógenos:

Los organismos que pertenecen a los siguientes géneros se excluyen como patógenos BACLAB: *Campylobacter spp*, *Salmonella spp*, *Shigella spp*, *Listeria sp*, *Vibrio spp* y *Yersinia spp*, así como *C. difficile spp*, *E. coli spp* enterohemorrágica y *E. coli spp* enteropatógena. Estos organismos son elegibles para su uso en IPS secundario pero no se informará como el único agente patógeno en un IPS primaria.

2. Los organismos que pertenecen a los siguientes géneros no pueden reportarse en una BACLAB: *Blastomyces dermatitidis*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides sp*, *Paracoccidioides sp.*, *Cryptococcus sp.* y *Pneumocystis jirovecii*.

Estos organismos están excluidos porque típicamente causan infecciones asociadas a la comunidad y rara vez se sabe que causan infecciones asociadas a los cuidados de la salud.

3. Si un paciente cumple con los criterios 1 y 2 de BACLAB, informe BACLAB 1 con el patógeno reconocido ingresado como patógeno 1 y el comensal común como patógeno 2.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

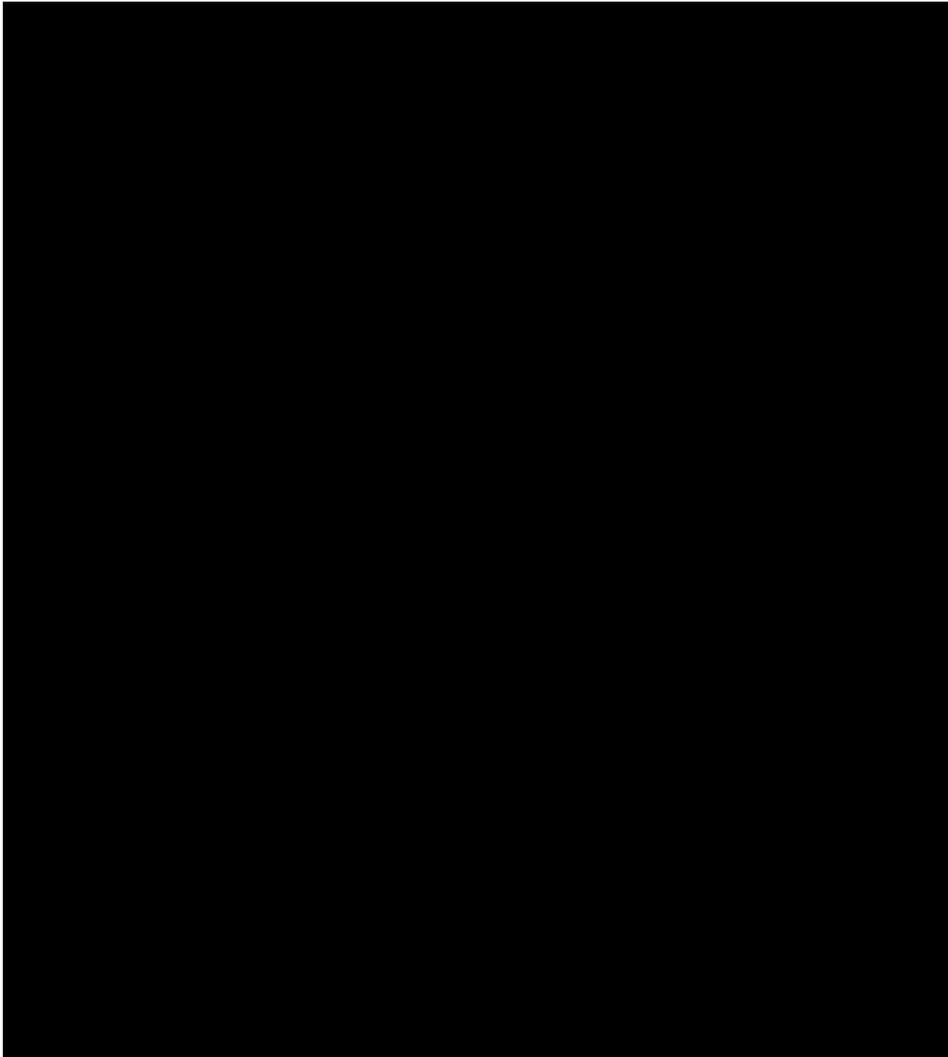
BACLAB en pacientes con lesiones en la barrera mucosa

Subconjunto a los criterios de BACLAB en pacientes con lesiones en la barrera mucosa (BACLAB-LBM). Por lo tanto, un evento ITS-CC debe cumplir por completo un criterio BACLAB antes de evaluar los criterios BACLAB-LBM correspondientes:

BACLAB-LBM 1	BACLAB-LBM 2	BACLAB-LBM 3
Paciente de cualquier edad que cumpla con los criterios de BACLAB 1	Paciente de cualquier edad que cumpla con los criterios de BACLAB 2	Paciente <1 año de edad cumple totalmente los criterios de BACLAB 3
con al menos un espécimen de sangre	con al menos dos muestras de sangre	
Identificado por cultivo o método de prueba microbiológico no basado en cultivo		
Con SÓLO organismos intestinales de la lista de organismos **	Con SÓLO los estreptococos del grupo viridans y ningún otro organismo	
<p>Y</p> <p>El paciente cumple al menos uno de los siguientes:</p> <p>1. Es un receptor de trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas en el último año con uno de los siguientes criterios documentados durante la misma hospitalización con muestra de sangre positiva:</p> <p>a. enfermedad de injerto contra el huésped grado III o IV con compromiso gastrointestinal</p> <p>b. diarrea ≥ 1 litro en un período de 24 horas (o ≥ 20 ml / kg en un período de 24 horas para pacientes <18 años de edad) con inicio en los 7 días calendario anteriores a la fecha en que se recolectó la muestra de sangre positiva.</p> <p>2. Es neutropénico, definido como al menos dos días separados con recuento absoluto de neutrófilos y / o valores de leucocitos <500 células / mm³ recolectados dentro de un período de 7 días que incluye la fecha de recolección de la muestra de sangre positiva, los 3 días calendario anteriores y los 3 días posteriores.</p> <p>Notas:</p> <p>- Si un paciente cumple con los criterios de BACLAB-LBM 1 y BACLAB-LBM 2 (específicamente tiene <i>Streptococcus viridans</i>), se informará BACLAB-LBM 1 con el patógeno reconocido como patógeno 1 y el comensal común como patógeno 2.</p> <p>- Se puede utilizar cualquier combinación de valores de recuento absoluto de neutrófilos o total de leucocitos para cumplir con los criterios de neutropénico, siempre que se recopilen en días separados dentro del período especificado.</p>		

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

** Lista parcial de organismos de Criterio 1 BACLAB-LBM 1 (adaptado del NHSN)



E= Familia Enterobacteriaceae

- El día del evento de BACLAB-LBM siempre será la fecha en que se cumplieron los requisitos previos de los criterios de BACLAB. Los valores anormales de neutrófilos y leucocitos reflejan factores de riesgo para adquirir un BACLAB-LBM, no síntomas de infección y, por lo tanto, no se utilizan en las determinaciones del día del evento.
- Los elementos de criterio deben ocurrir dentro del PERIODO DE VENTANA de 7 días que incluye la fecha de recolección de la muestra de sangre positiva, el calendario 3 días antes y los 3 días calendario posteriores.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

IPS-CC

Una Infección Primaria de la Sangre asociada a Catéter Central (IPS-CC) ocurre en un paciente que cumple con alguno/s de los siguientes criterios:

1. Signos clínicos (fiebre, hipotensión, dolor, eritema, secreción, aumento de la temperatura) con cultivo positivo de la punta de catéter por técnica semicuantitativa de Maki ≥ 15 UFC y/o cuantitativo de Brun Buisson, más hemocultivos positivos de muestras tomadas antes de retirar el catéter con recuento ≥ 1000 , o levaduras positivas.
2. Hemocultivo positivo de sangre periférica más cultivo de punta de catéter por técnica de Maki ≥ 15 UFC, en ausencia de otro foco responsable de bacteriemia.
3. Hemocultivo positivo más signos clínicos de sepsis más hallazgos por imagen (ecodoppler, TAC, RMN, flebografía) de trombosis de venas centrales o colección compatible con émbolo séptico o fungoma relacionados con la presencia de catéteres centrales.
4. Retrocultivo cuantitativo positivo con un recuento diferencial de colonias ≥ 5 a 10 veces (o tiempo de positividad > 2 horas) en relación a recuento de colonias de un mismo germen de hemocultivo periférico asociado a cuadro clínico.
5. Hemocultivo positivo más cultivo positivo por punción aspiración del área de inserción del catéter.

¿Cuáles son los Catéteres Centrales (CC) a los que se le puede atribuir una IPS-CC?

Se considerarán CC a los catéteres ubicados en los grandes vasos (aorta, arteria pulmonar, vena cava, vena braquiocefálica, yugular interna, vena subclavia, vena ilíacas externas y comunes, venas femorales, en neonatos la arteria/vena umbilical) colocado por lo menos dentro de las 48 hs de la aparición de la infección. Se incluyen CC de corta y larga permanencia.

Un introductor es considerado un CC. También se considera CC los catéteres centrales de inserción periférica.

En neonatos, la vena y arteria umbilical se consideran grandes vasos.

Ninguno de los sitios de inserción (localización) ni el tipo de dispositivo debe ser utilizado para determinar si el catéter califica como un CC.

El dispositivo debe finalizar en alguno de estos vasos o cerca del corazón para calificar como un CC.

Los cables de marcapasos y otros dispositivos sin lumen colocados en vasos centrales o en el corazón NO son considerados CC porque a través de estos, no se infunden fluidos, no se administra medicación en bolo ni se extrae sangre.

No se considerarán CC: otros catéteres arteriales, fístula arteriovenosa, injerto arteriovenoso, catéteres auriculares (catéteres transtorácicos intra-cardíacos, insertados directamente en la aurícula derecha o izquierda a través de la pared del corazón), circuito de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), dispositivo HeRO para hemodiálisis, balón de contrapulsación aórtico, CC sin acceso (aquellos CC a los que no se accede ni es insertado durante la hospitalización), catéteres periféricos o líneas medias, dispositivo de asistencia ventricular.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Nota: En ocasiones, un CC puede migrar desde su ubicación original, en este caso, una vez que ha sido designado como CC, continuará siendo un CC, independientemente de la migración, hasta que se retire del cuerpo o del alta del paciente, lo que ocurra primero.

¿Cuánto es el tiempo mínimo que el paciente debe tener colocado el CC para considerarse IPS-CC?

Se considerará que una IPS se relaciona a un CC cuando el mismo permaneció colocado al menos durante 48 hs luego del primer acceso, hasta 48 hs después del retiro del mismo.

¿A qué unidad de internación se le atribuirá la IPS-CC?

Si un paciente ingresa en una unidad donde se realiza la vigilancia de IPS-CC, con un CC ya colocado, y es el único CC del paciente, la fecha de colocación del CC deberá ser coincidente con la fecha de ingreso a la unidad vigilada.

¿Qué consideraciones especiales deben hacerse con respecto al recuento de días catéter?

- Si se elimina un CC al que se vigilaba y se inserta un nuevo CC antes de que haya transcurrido un día calendario completo, el recuento de días del dispositivo continúa sin interrupciones.
- La no utilización o desconexión de un CC, durante cualquier período de tiempo, después de que el mismo ya ha sido utilizado, no excluye dicho CC de los recuentos diarios del dispositivo ni evita que se convierta en un CC que reúna los criterios de BACLAB.
- Cuento solo un CC por paciente por día calendario sin importar cuántas líneas centrales tenga el paciente.

Otras recomendaciones

- Consideraciones para la recolección de muestras: la sangre para hemocultivos no debe obtenerse a través de un catéter central. Las extracciones de sangre debe realizarse de sitios de venopuntura diferentes (Ej. venas antecubitales derecha e izquierda).
- Este consenso decide incorporar los catéteres centrales utilizados para realizar hemodiálisis en la vigilancia de IPS-CC. Como hemos mencionado anteriormente, dado que los eventos IPS-CC no se pueden atribuir a una ubicación sin camas, dichos eventos deben ser atribuidos a la unidad vigilada donde se encuentra hospitalizado el paciente.
- Tromboflebitis supurada con hemocultivos negativos o no realizados, NO se considera infección primaria de la sangre (IPS).

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCION ÓSTEOARTICULAR (IOST)		
OSTEOMIELITIS (OSTE)	Criterio 1 Cultivo óseo positivo.	
	Criterio 2 Evidencia de osteomielitis por examen directo del hueso durante la cirugía o examen histopatológico.	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Criterio 3 Paciente con al menos dos de los siguientes síntomas o signos y sin evidencia de otra causa de infección: fiebre(>38°C), dolor localizado, tumoración, o drenaje del sitio de sospecha de infección.</td> <td style="width: 50%;">Más uno de los siguientes: a. Hemocultivos positivos. b. Test de antígeno positivo en sangre (<i>H. influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>). c. Evidencia radiográfica de infección (TAC, RMN, Galio).</td> </tr> </table>	Criterio 3 Paciente con al menos dos de los siguientes síntomas o signos y sin evidencia de otra causa de infección: fiebre(>38°C), dolor localizado, tumoración, o drenaje del sitio de sospecha de infección.
Criterio 3 Paciente con al menos dos de los siguientes síntomas o signos y sin evidencia de otra causa de infección: fiebre(>38°C), dolor localizado, tumoración, o drenaje del sitio de sospecha de infección.	Más uno de los siguientes: a. Hemocultivos positivos. b. Test de antígeno positivo en sangre (<i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i>). c. Evidencia radiográfica de infección (TAC, RMN, Galio).	
INFECC. DE BURSA Y DE ARTICULACIONES (ART)	Criterio 1 Cultivo positivo de fluido articular o material de biopsia sinovial.	
	Criterio 2 Evidencia de infección durante la cirugía o examen histopatológico.	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Criterio 3 Presencia de al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: dolor articular, tumoración, rubor, evidencia de derrame articular o impotencia funcional.</td> <td style="width: 50%;">Más uno de los siguientes: a. Presencia de microorganismos por coloración de Gram y leucocitos en el líquido articular. b. Test de antígeno positivo en sangre, orina, o líquido articular. c. Perfil celular y bioquímico del líquido articular compatible con infección y que no este relacionado con otro desorden reumatológico. d. Evidencia radiográfica de infección (TAC, RMN, Galio).</td> </tr> </table>	Criterio 3 Presencia de al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: dolor articular, tumoración, rubor, evidencia de derrame articular o impotencia funcional.
Criterio 3 Presencia de al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: dolor articular, tumoración, rubor, evidencia de derrame articular o impotencia funcional.	Más uno de los siguientes: a. Presencia de microorganismos por coloración de Gram y leucocitos en el líquido articular. b. Test de antígeno positivo en sangre, orina, o líquido articular. c. Perfil celular y bioquímico del líquido articular compatible con infección y que no este relacionado con otro desorden reumatológico. d. Evidencia radiográfica de infección (TAC, RMN, Galio).	

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECC. DEL ESPACIO INTERVERTEBRAL (DISC)	Criterio 1 Cultivo positivo de tejidos del disco intervertebral obtenido por punción o cirugía.
	Criterio 2 Evidencia de infección del disco intervertebral durante la cirugía o examen histopatológico.
	Criterio 3 Fiebre (>38°C), sin otra causa conocida o dolor que involucra al espacio intervertebral y evidencia radiográfica de infección (TAC, RNM, Galio).
	Criterio 4 Fiebre(>38°C), sin otra causa conocida o dolor que involucra al espacio intervertebral y test de antígeno positivo en sangre o en orina (<i>H. influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>N meningitidis</i> , Estreptococo grupo B)

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (ISNC)		
INFECCIONES INTRACRANEA NAS (CER) (ABSCESO CEREBRAL, INFECCIÓN EPIDURAL O SUBDURAL ENCEFALITIS)	Criterio 1 Cultivo positivo de tejido cerebral o duramadre.	
	Criterio 2 Absceso o evidencia de infección intracraneal durante la cirugía o examen histopatológico.	
	Criterio 3 Dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: cefalea, fiebre (>38°C), zumbidos, signos neurológicos focales, cambios en el nivel de conciencia o confusión.	Más uno de los siguientes: a. Presencia de microorganismos al examen microscópico del tejido cerebral u absceso obtenido por aspiración o biopsia durante la cirugía o autopsia. b. Test de antígeno positivo en sangre o en orina c. Evidencia radiológica de infección (TAC, RMN, Galio o arteriografía). d. Diagnóstico con títulos altos de IgM o par serológico de IgG.
	Criterio 4 Pacientes con edad ≤ 1 año, con al menos dos de los siguientes signos o síntomas, sin otra causa conocida: fiebre (>38°C rectal), hipotermia (<37°C rectal) apnea, bradicardia, signos neurológicos focales o cambios en el nivel de conciencia.	Más uno de los siguientes a. Presencia de microorganismos al examen microscópico del tejido o absceso cerebral obtenido por aspiración o biopsia durante la cirugía o autopsia. b. Test de antígeno positivo en sangre o en orina. c. Evidencia radiológica de infección (ecografía, TAC, RMN, Galio o arteriografía). d. Diagnóstico de títulos altos de IgM o par serológico de IgG.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

MENINGITIS O VENTRICULITIS (MEN)	Criterio 1 Cultivo positivo del líquido cefalorraquídeo (LCR)	
	Criterio 2 Al menos uno de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: cefalea, fiebre (>38°C), signos meníngeos, signos de pares craneales o irritabilidad.	Más uno de los siguientes: a. Aumento de leucocitos, proteínas y/o disminución de la glucosa en LCR. b. Coloración de Gram positiva en LCR. c. Hemocultivo positivo. d. Test de antígeno positivo en LCR, sangre u orina. e. Diagnóstico de títulos altos de IgM o par serológico de IgG.
	Criterio 3 Pacientes con edad ≤1 año, con al menos dos de los siguientes signos o síntomas, sin otra causa conocida: fiebre (>38°C rectal), hipotermia (<37°C rectal) apnea, signos meníngeos, bradicardia, signos de pares craneales o irritabilidad.	Más uno de los siguientes: a. Aumento de leucocitos, proteínas y/o disminución de la glucosa en LCR b. Coloración de Gram positiva. c. Hemocultivo positivo. d. Test de antígeno positivo en LCR, sangre u orina. e. Diagnóstico de títulos altos de IgM o par serológico de IgG.
Observaciones: -La meningitis del recién nacido es nosocomial, a menos que haya evidencia que fue adquirida por vía transplacentaria. - Se reporta la infección del LCR asociada a shunt como infección en el sitio quirúrgico cuando se presenta dentro del año. Más allá de ese período será meningitis-ventriculitis (ISNC-MEN) - Reportar Meningoencefalitis como MEN -Si el absceso espinal se acompaña con meningitis, ingresa en la categoría de meningitis.		

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

ABSCESO ESPINAL SIN MENINGITIS (ESP)	Criterio 1 Cultivo positivo para absceso del espacio epidural o subdural.
	Criterio 2 Evidencia de absceso del espacio epidural o subdural visualizado durante la cirugía, autopsia o examen histopatológico.
	Criterio 3 Al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), dolor lumbar, radiculitis, paraparesia o paraplejía, sensibilidad localizada.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCION DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (ICCV)

**INFECC.
ARTERIAL O
VENOSA
(VASC)**

Criterio 1

Cultivo positivo de arterias o venas removidas durante una cirugía y hemocultivos negativos o que no haya desarrollado ningún germen en los hemocultivos.

Criterio 2

Evidencia de infección arterial o venosa visualizada durante la cirugía o examen histopatológico.

Criterio 3

Al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), dolor, eritema o calor en el sitio de acceso vascular, y cultivo con más de 15 unidades formadoras de colonias obtenido de una punta de la cánula endovenosa utilizando método de cultivo semicuantitativo y hemocultivos negativos o que no haya desarrollado ningún germen en los hemocultivos.

Criterio 4

Drenaje purulento del sitio vascular involucrado y hemocultivo negativo o que no haya desarrollado ningún germen en los hemocultivos.

Criterio 5

Paciente < 1 año con al menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C rectal), hipotermia (<37°C rectal), apnea, bradicardia, letargia, o dolor, eritema, calor en el sitio vascular, y cultivo con más de 15 unidades formadoras de colonias obtenido de una punta de la cánula endovenosa utilizando método de cultivo semicuantitativo y hemocultivos negativos .

Observaciones:

- Las infecciones asociadas a catéteres intravasculares o fístulas, shunt, o graft arteriovenosos sin hemocultivos positivos son reportadas como infecciones vasculares.
- Las infecciones vasculares con hemocultivos positivos son reportadas como bacteriemias.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

ENDOCARDITIS DE VÁLVULA NATIVA O PROTÉSICA (ENDOC)	Criterio 1 Cultivo positivo de la válvula o vegetación.	
	Criterio 2 Al menos dos de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), soplo nuevo o modificado, fenómenos embólicos, manifestaciones cutáneas (petequias, nódulos subcutáneos dolorosos, hemorragias en astillas), insuficiencia cardíaca congestiva o trastornos de la conducción cardíaca.	Más uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Dos o más hemocultivos positivos. Visualización de microorganismos en las válvulas por coloración de Gram, cuando el cultivo es negativo o no se realizó. Vegetación valvular visualizada mediante la cirugía o autopsia. Test de antígeno positivo en sangre o en orina (H. influenzae, S. pneumoniae, N. meningitidis, o estreptococo Grupo B). Evidencia de vegetación nueva por ecocardiograma, y si el diagnóstico es hecho pre-mortem debe haber recibido tratamiento antimicrobiano adecuado.
	Criterio 3 Paciente \leq 1 año de edad, con al menos dos o más de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: fiebre (>38°C rectal) hipotermia (<37°C rectal) apnea, bradicardia, soplo nuevo o modificado, fenómenos embólicos, manifestaciones cutáneas (petequias, nódulos subcutáneos dolorosos, hemorragias en astillas), insuficiencia cardíaca congestiva o trastornos de la conducción cardíaca.	Más uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Dos o más hemocultivos positivos. Visualización de microorganismos en las válvulas por coloración de Gram, cuando el cultivo es negativo o no se realizó Vegetación valvular visualizada mediante la cirugía o autopsia. Test de antígeno positivo en sangre o en orina (H. influenzae, S. pneumoniae, N. meningitidis, o estreptococo Grupo B) Evidencia de vegetación nueva por ecocardiograma y si el diagnóstico es hecho pre-mortem debe haber recibido tratamiento antimicrobiano adecuado.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

MIOCARDITIS O PERICARDITIS (CARD)	Criterio 1 Cultivo positivo de tejido o líquido pericárdico obtenido por punción aspiración o durante una cirugía.	
	Criterio 2 Al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C) dolor torácico, pulso paradójico o aumento de la silueta cardíaca.	Más uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Anormalidades electrocardiográficas compatibles con miocarditis o pericarditis Test de antígeno positivo en <i>sangre</i> (<i>H. influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>). Evidencia de miocarditis o pericarditis en el examen histológico de tejido cardíaco. Aumento de anticuerpos específicos con o sin aislamiento de virus de faringe o heces. Derrame pericárdico identificado por imágenes (ecocardio, TAC...).
	Criterio 3 Paciente ≤ 1 año de edad con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C rectal), hipotermia (<37°C rectal) apnea, bradicardia, pulso paradójico, aumento de la silueta cardíaca.	Más uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Anormalidades electrocardiográficas compatibles con miocarditis/ pericarditis Test de antígeno positivo en sangre (<i>H. influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>). Evidencia de miocarditis o pericarditis en el examen histológico de tej. cardíaco. Aumento de anticuerpos específicos con o sin aislamiento de virus de faringe o fauces. Derrame pericárdico identificado por imágenes (ecocardio, TAC,...).

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

MEDIASTINITIS (MED)	Criterio 1 Cultivo positivo de tejido o líquido mediastinal obtenido durante la cirugía o punción aspiración.	
	Criterio 2 Evidencia de mediastinitis visualizado mediante cirugía o examen histopatológico.	
	Criterio 3 Al menos uno de los siguientes signos y síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), dolor torácico o inestabilidad esternal.	Más uno de los siguientes: a. Drenaje purulento del área mediastinal. b. Hemocultivos positivos o cultivo positivo del líquido del área mediastínica. c. Ensanchamiento mediastinal por Rx.
	Criterio 4 Paciente ≤ 1 año de edad con al menos uno de los siguientes signos y síntomas, sin otra causa conocida: fiebre (>38°C rectal), hipotermia (<37°C rectal) apnea, bradicardia, o inestabilidad esternal	Más uno de los siguientes: a. Drenaje purulento del área mediastinal. b. Hemocultivos positivos o cultivo positivo del líquido del área mediastínica. c. Ensanchamiento mediastinal por Rx.
Observación: - La mediastinitis posterior a una cirugía cardíaca que es acompañada de osteomielitis es reportada como mediastinitis y no como osteomielitis.		

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR (ITRI)		
<p>(BRON) Traqueítis, Traqueobronquitis, Bronquiolitis, Bronquitis</p> <p>(no incluye neumonía)</p> <p>No se debe reportar como bronquitis, la bronquitis crónica en pacientes con enfermedad pulmonar crónica (EPOC) a menos que existan evidencias de infección secundaria aguda manifestada por un cambio de los microorganismos.</p>	<p>Criterio 1 Paciente sin evidencia clínica o radiológica de neumonía con dos de los siguientes signos y síntomas: fiebre (> 38°C), tos, inicio o aumento de producción de secreciones, roncus y sibilancias.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <p>a. Cultivo positivo de material obtenido por aspirado traqueal profundo o broncoscopia. b. Test antígeno positivo en secreciones respiratorias.</p>
	<p>Criterio 2 Paciente ≤ a 1 año sin evidencia clínica o radiológica de neumonía y al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C rectal), tos, inicio o aumento de secreciones respiratorias, roncus, sibilancias, dificultad respiratoria, apnea o bradicardia.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <p>a. Cultivo positivo de material obtenido por aspirado traqueal profundo o broncoscopia b. Test antígeno positivo en secreciones respiratorias. c. Título diagnóstico de IgM o aumento de 4 veces de IgG pareada.</p>
<p>OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO BAJO (PULM)</p>	<p>Criterio 1 Cultivo positivo de fluido, tejido pulmonar, incluido líquido pleural.</p>	
	<p>Criterio 2 Absceso pulmonar o empiema visualizado durante cirugía o examen histopatológico.</p>	
	<p>Criterio 3 Absceso cavitado visualizado mediante examen radiológico del pulmón.</p>	
<p>Observaciones: <i>Infección del tracto respiratorio bajo PULM y Neumonía NEU con el mismo microorganismo es reportado como NEU a menos que sea una ISQ de órganos y espacios en cuyo caso se informa NEU e ISQPULM</i></p>		

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN OCULAR Y GARGANTA, NARIZ, OÍDO Y BOCA (IORL)		
CONJUNTIVITIS (CONJ)	Criterio 1 Microorganismo cultivado de exudado purulento obtenido de la conjuntiva o tejidos contiguos como párpados, córnea, glándulas de Meibonio o lacrimales.	
	Criterio 2 Dolor o eritema de la conjuntiva o alrededor del ojo	Más uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Visualización de microorganismos y leucocitos en la coloración de Gram. Drenaje purulento. Test de antígeno positivo de exudado o hisopado conjuntival (ELISA o IF para <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Herpes simplex</i>, <i>Adenovirus</i>). Visualización de células gigantes multinucleadas en el exudado o raspado conjuntival Cultivo positivo para virus del exudado conjuntival. Serología positiva (IgM+ o aumento de 4 veces la IgG)
<p>Observaciones :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otras infecciones del ojo son reportadas como OJO. - No serán reportadas las conjuntivitis químicas causadas por Nitrato de plata. - No serán reportadas como conjuntivitis aquellas que ocurran como parte de una infección viral diseminada (como sarampión, varicela). 		
OTRAS INFECCIONES DE OCULARES (OJO)	Criterio 1 Cultivo positivo del líquido de la cámara anterior o posterior o humor vítreo.	
	Criterio 2 Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: dolor ocular, alteración visual o hipopión.	Más uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico de infección ocular. Test de antígeno positivo en sangre (<i>H.influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>). Hemocultivo positivo.
OTITIS EXTERNA (OID)	Criterio 1 Cultivo positivo de drenaje purulento del canal auditivo.	
	Criterio 2 Paciente con al menos uno de los siguientes hallazgos sin otra causa conocida: fiebre (>38°C) dolor, eritema o drenaje por el canal auditivo y bacterioscopía positiva (Gram)	

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

OTITIS MEDIA (OID)	Criterio 1 Cultivo positivo de líquido del oído medio obtenido por timpanocentesis o intervención quirúrgica.	
	Criterio 2 Paciente con al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), tímpano doloroso, inflamación, retracción o disminución de la movilidad del tímpano o líquido en la cavidad timpánica.	
OTITIS INTERNA (OID)	Criterio 1 Cultivo positivo de líquido del oído interno obtenido mediante cirugía.	
	Criterio 2 Diagnóstico de infección de oído interno realizado por un médico.	
MASTOIDITIS (OID)	Criterio 1 Cultivo positivo de drenaje purulento de la mastoides.	
	Criterio 2 Al menos dos de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), dolor, eritema, cefalea o parálisis facial.	Más uno de los siguientes: a. Presencia de microorganismos en la coloración de Gram del material purulento de la mastoides. b. Test de antígeno positivo en sangre.
INFECCIÓN DE LA CAVIDAD ORAL (ORAL) (BOCA, LENGUA ENCÍA)	Criterio 1 Cultivo positivo de material purulento de los tejidos de la cavidad oral.	
	Criterio 2 Absceso u otra evidencia de infección en la cavidad oral identificada por el médico, por cirugía o durante examen histopatológico.	
	Criterio 3 Al menos uno de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: absceso, ulceración, placas blanquecinas sobre la mucosa inflamada o placas en la mucosa oral.	Más uno de los siguientes: a. Presencia de microorganismos en la coloración de Gram. b. Coloración positiva para KOH. c. Observación de células gigantes multinucleadas al examen microscópico de raspado de la mucosa. d. Test de antígeno positivo en secreciones orales. e. Serología positiva. f. Diagnóstico de infección por médico y tratamiento antimicótico, tópico u oral

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

SINUSITIS (SINU)	Criterio 1 Cultivo positivo de material purulento de senos paranasales.	
	Criterio 2 Uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), dolor sobre los senos paranasales, cefalea, exudado purulento u obstrucción nasal	Más uno de los siguientes: a. Transluminación positiva. b. Evidencia radiológica de infección.
INFECCIÓN DE TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR (RS) (FARINGITIS, LARINGITIS, EPIGLOTITIS)	Criterio 1 Dos de los siguientes signos y síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), eritema faríngeo, odinofagia, tos, ronquido o exudado purulento de fauces.	Más uno de los siguientes: a. Cultivo positivo de sitio específico. b. Hemocultivo positivo. c. Test de antígeno positivo en sangre o secreciones respiratorias. d. Serología positiva. e. Diagnóstico médico de infección del tracto respiratorio alto.
	Criterio 2 Visualización directa de un absceso durante el examen directo, cirugía o examen histopatológico	
	Criterio 3 <i>Paciente</i> ≤1 año, con al menos dos de los siguientes signos y síntomas, sin otra causa conocida: fiebre (>38°C rectal) hipotermia (<37°C rectal)apnea, bradicardia, coriza, rinorrea o exudado purulento de fauces.	Más uno de los siguientes: a. Cultivo positivo de sitio específico. b. Hemocultivo positivo. c. Test de antígeno positivo en sangre o secreciones respiratorias. d. Serología positiva. e. Diagnóstico médico de infección de vías aéreas superiores.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN GASTROINTESTINAL (IGI)		
GASTROENTERITIS (GAST)	Criterio 1 Inicio de diarrea aguda (heces líquidas por más de 12 hs.) con o sin vómitos o fiebre (>38°C), y ausencia de causas no infecciosas (Ej. test diagnóstico, tratamiento con antimicrobianos, exacerbación aguda de enfermedad crónica o stress psicológico).	
	Criterio 2 Al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre (>38°C), o cefalea.	Más uno de los siguientes: a. Coprocultivo o cultivo positivo de hisopado rectal. b. Detección de enteropatógenos por microscopio óptico o electrónico. c. Detección de enteropatógenos por presencia de antígenos o anticuerpos en sangre o heces. d. Evidencia de enteropatógenos detectado por alteraciones citopatológicas en cultivo de tejidos e. Títulos elevados de IgM o par serológico (IgG) para patógenos.
INFECCION GASTROINTESTINAL (TGI) (ESÓFAGO, ESTÓMAGO, INTESTINO DELGADO, GRUESO, RECTO) EXCEPTO GASTROENTERITIS / APENDICITIS)	Criterio 1 Absceso u otra evidencia de infección visualizada mediante cirugía o examen histopatológico.	
	Criterio 2 Al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida y compatible con el sitio de infección del órgano o tejido involucrado: fiebre (>38°C), náuseas, vómitos, dolor abdominal.	Más uno de los siguientes: a. Cultivo positivo de secreciones o tejido obtenidos durante la cirugía, endoscopia o drenaje del sitio quirúrgico. b. Microorganismos visualizados por coloración de Gram o KOH (hidróxido potasio) o células gigantes multinucleadas de drenaje tejidos, obtenidos durante cirugía o endoscopia c. Hemocultivos positivos. d. Evidencia de hallazgos patológicos en exámenes radiológicos. e. Evidencia de hallazgos patológicos en endoscopia (<i>Candida</i> , esofagitis, o proctitis).
HEPATITIS (HEP)	Criterio 1 Al menos dos de los siguientes hallazgos sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal, ictericia, o historia de transfusión tres meses previos.	Más uno de los siguientes hallazgos: a. Test positivo de antígenos o anticuerpos para hepatitis A, B, C o Delta. b. Test de función hepática alterada (aumento de ALT/AST, bilirrubina). c. Citomegalovirus detectado en orina o secreciones orofaríngeas.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

<p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -No serán reportadas como hepatitis o ictericia aquellas que no tengan origen infeccioso. (Ej. déficit de alfa 1 antitripsina). - No serán reportadas como hepatitis o ictericia aquellas que son resultado de exposición a hepatotoxinas (Ej. alcohol). - No serán reportadas como hepatitis o ictericia aquellas que son resultado de la obstrucción biliar (Ej. colecistitis). 		
<p>INFECC. INTRAABDOMINAL (IAB)</p> <p>(VESÍC BILIAR, HÍGADO EXCEPTO HEPATITIS VIRALES, BAZO, PÁNCREAS, PERITONEO Y ESPACIO SUBFR O SUBDIAFRAG. U OTRAS ÁREAS INTRAABD.)</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Cultivo positivo de material purulento obtenido del espacio intraabdominal durante cirugía o punción.</p>	
	<p>Criterio 2</p> <p>Absceso u otra evidencia de infección intraabdominal visualizada mediante cirugía o examen histopatológico.</p>	
	<p>Criterio 3</p> <p>Al menos dos de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), náuseas, vómitos, dolor abdominal o ictericia.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Cultivo positivo de secreciones del sitio de drenaje quirúrgico (sistema de drenaje cerrado, abierto, tubo de drenaje en T) b. Bacterioscopía positiva del drenaje o tejido obtenido durante cirugía. c. Hemocultivo positivo y evidencia radiográfica de infección (ecografía, TAC...).
<p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La pancreatitis no será reportada (síndrome inflamatorio caracterizado por dolor abdominal, náuseas, vómitos, niveles elevados de enzimas pancreáticas) a menos que sea de origen infeccioso. 		
<p>ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN INFANTES (ECN)</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Al menos dos de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: vómitos, distensión abdominal, residuos prealimenticios, y sangre persistente (micro o macroscópica) en heces.</p>	<p>Más uno de los siguientes hallazgos radiográficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Neumoperitoneo. b. Neumatosis intestinal. c. Asas de intestino delgado rígidas.
	<p>Criterio 2</p> <p>ECN Quirúrgica: Infante tiene por lo menos 1 de los siguientes hallazgos quirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evidencia quirúrgica de una necrosis extensa del intestino (> 2 cm de intestino afectado) b. Evidencia quirúrgica de neumatosis intestinal con o sin perforación intestinal 	

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCION DEL TRACTO REPRODUCTOR (IREPR)	
ENDOMETRITIS (ENDOM)	Criterio 1 Cultivo positivo de fluidos o tejidos de endometrio obtenido por punción aspiración cirugía o cepillado.
	Criterio 2 Al menos dos de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: fiebre (>38º C), dolor abdominal, o drenaje purulento por el útero.
Observación: -Será reportada la endometritis post-parto como IACS a menos que el líquido amniótico esté infectado al momento del ingreso o la paciente sea admitida 48 hs. posterior a la ruptura de membrana.	
INFECCION DE LA EPISIOTOMÍA (EPIS)	Criterio 1 Drenaje purulento de la episiotomía.
	Criterio 2 Absceso de la episiotomía.
La episiotomía no se considera un procedimiento quirúrgico en VIHDA	
INFECCION DEL MANGUITO VAGINAL (VAG)	Criterio 1 Paciente post-histerectomía con drenaje purulento del manguito vaginal.
	Criterio 2 Paciente post-histerectomía con absceso del manguito vaginal.
	Criterio 3 Paciente post-histerectomía con cultivo positivo de líquido o tejido obtenido del manguito vaginal.
OTRAS INFECCIONES DE ORGANOS REPRODUCTORES FEMENINO O MASCULINO (OREP) (EPIDÍDIMO, TESTÍCULO, PRÓSTATA, VAGINA, OVARIO, ÚTERO O TROMPAS)	Criterio 1 Cultivo positivo de líquido o tejido del sitio afectado.
	Criterio 2 Absceso u otra evidencia de infección del sitio afectado visualizado durante cirugía o examen histopatológico.
	Criterio 3 Al menos dos de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: fiebre (>38ºC), náuseas, vómitos, dolor o disuria.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS (IPPB)		
INFECCIÓN DE PIEL (PIEL)	Criterio 1 Presencia de drenaje purulento, pústulas, vesículas o bullas.	
	Criterio 2 Al menos dos de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: dolor localizado, edema, eritema o rubor	Más uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Cultivos positivos del sitio afectado por aspirado o drenaje; si los microorganismos son flora normal de la pie (es decir, difteroides [<i>Corynebacterium spp</i>], <i>Bacillus</i> [no anthracis B] <i>spp</i>, <i>Propionibacterium spp</i>, estafilococos coagulasa-negativos [incluyendo epidermidis, S], estreptococos del grupo viridans, <i>Aerococcus spp</i>, <i>Micrococcus spp</i>.etc.), debe ser aislado un solo microorganismo. Hemocultivos positivos. Test de antígeno positivo realizado en tejido infectado o en sangre (Ej. <i>Herpes simplex</i>, <i>Varicela zoster</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Neisseria meningitidis</i>). Presencia al microscopio de células gigantes multinucleadas en el tejido afectado. Serología positiva.
Observaciones: -Las infecciones incisionales superficiales después de una cirugía son identificadas en forma separada como infección incisional superficial (piel) a menos que el procedimiento quirúrgico sea una cirugía de revascularización utilizando venas obtenidas de otros sitios. Si la incisión del tórax después de este tipo de cirugía se infecta, se la definirá como una infección de la piel del tórax. Si el sitio donante es el infectado se reportará como infección de la piel del sitio donante.		
INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS (TCS) (FASCITIS NECROTIZANTE, GANGRENA, CELULITIS NECROTIZANTE S, MIOSITIS, LINFADENITIS O LINFANGITIS)	Criterio 1 Cultivo positivo de tejido o drenaje del sitio afectado.	
	Criterio 2 Presencia de drenaje purulento en el sitio afectado.	
	Criterio 3 Absceso u otra evidencia de infección durante cirugía o examen histopatológico.	
	Criterio 4 Al menos dos del los siguientes hallazgos en el sitio afectado sin otra causa conocida: dolor localizado, eritema, edema, rubor.	Más uno de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Hemocultivos positivos. Test de antígeno positivo en sangre u orina (<i>H. influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>, <i>N. meningitidis</i>, S. Grupo B, <i>Candida</i>). Serología positiva.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCION DE ULCERA POR DECÚBITO (ESCA)	Criterio 1 Al menos dos del los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: eritema, dolor, edema de la escara.	Más uno de los siguientes: a. Cultivo positivo de fluido obtenido por aspiración o biopsia de tejidos obtenido de los bordes. b. Hemocultivo positivo.
Observaciones: -El drenaje purulento solo, no es suficiente como evidencia de infección -El cultivo de microorganismo de la superficie de la escara de decúbito NO es suficiente como evidencia de escara infectada. -Una correcta toma de muestra involucra aspiración de fluido o biopsia del tejido del margen de la escara.		
INFECCION DE QUEMADURA (QUEM)	Criterio 1 Cambio en la apariencia o característica de la quemadura tal como rápida separación de la escara, o cambio en la coloración de la escara a marrón, negra o violácea, o presencia de edema en el borde de la herida y presencia en la biopsia de microorganismos con invasión de tejido viable adyacente.	Más uno de los siguientes: a. Hemocultivo positivo en ausencia de otra infección identificable. b. Aislamiento de Herpes simplex, identificación histológica de inclusión o visualización de partículas virales por microscopia electrónica de biopsia o raspado de la lesión.
	Criterio 2 Cambio en la apariencia o característica de la quemadura tal como rápida separación de la escara o cambio en la coloración de la escara a marrón, negra o violácea, o presencia de edema en el borde de la herida.	Más uno de los siguientes: a. Hemocultivo positivo en ausencia de otra infección identificable. b. Aislamiento de Herpes simplex, identificación histológica de inclusión o visualización de partículas virales por microscopia electrónica de biopsia o raspado de la lesión.
	Criterio 3 Paciente con quemadura con al menos dos de los siguientes hallazgos sin otra causa evidente: fiebre (>38°C), o hipotermia(<36º), hipotensión (TA sistólica ≤ 90 mmHg.), oliguria (≤ 20cc/ h), hiperglucemia o confusión mental.	Más uno de los siguientes: a. Presencia en la biopsia de microorganismos con invasión de tejido viable adyacente. b. Hemocultivo positivo. c. Aislamiento de Herpes simplex, identificación histológica de inclusión o visualización de partículas virales por microscopia electrónica de biopsia o raspado de la lesión.
Observaciones: -La presencia aislada de purulencia en la quemadura no es adecuado para el diagnóstico de quemadura infectada. -La fiebre aislada en la quemadura no es suficiente para el diagnóstico de quemadura infectada.		

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

ABSCESO DE MAMA O MASTITIS (MAM)	Criterio 1 Cultivo positivo de tejido mamario afectado o fluido obtenido por drenaje o punción aspiración.	
	Criterio 2 Absceso de mama u otra evidencia de infección visualizada durante cirugía o examen histopatológico.	
	Criterio 3 Fiebre (>38°C), e inflamación local de la mama y diagnóstico médico de absceso de mama.	
Observaciones: - El absceso de mama ocurre en la mayoría de los casos luego del nacimiento. Aquellos que ocurren dentro de los 7 días después del nacimiento deberán ser consideradas asociadas al cuidado de la salud.		
ONFALITIS (ONF)	Criterio 1 Paciente \leq de 30 días con eritema y/ o drenaje seroso por el cordón umbilical	Más uno de los siguientes: a. Cultivo positivo obtenido por punción aspiración o drenaje. b. Hemocultivo positivo.
	Criterio 2 Paciente con eritema y presencia de secreción purulenta por el ombligo.	
Observaciones: - Informe infección asociada al cuidado de la salud si ocurre en un recién nacido dentro de los 7 días del alta del hospital.		
PUSTULOSIS INFANTIL (PUST)	Definición La pustulosis en un niño (\leq 12 meses) debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios:	
	Criterio 1 El niño tiene una o más pústulas y diagnóstico médico de Infección de la Piel.	
	Criterio 2 El niño tiene uno a más pústulas y el médico inicia tratamiento antibiótico.	
INFECCIÓN DE LA CIRCUNCISIÓN EN EL RECIEN NACIDO (CIRC)	Definición: Infección de la Circuncisión en un Recién nacido (\leq 30 días) debe cumplir con al menos uno de los siguientes criterios:	
	Criterio 1 Recién nacido con drenaje purulento en el sitio de circuncisión.	
	Criterio 2 Recién nacido con al menos uno de los siguientes hallazgos sin otra causa conocida a la circuncisión: eritema, edema o dolor local y cultivo positivo de dicho sitio.	
	Criterio 3 Recién nacido con al menos uno de los siguientes hallazgos sin otra causa conocida a la circuncisión: eritema, edema o dolor local y cultivo positivo de dicho sitio Y cultivo de contaminantes de piel del sitio de circuncisión (<i>difteroides</i> [<i>Corynebacterium spp</i>], <i>Bacillus</i> [no anthracis B] spp, <i>Propionibacterium spp</i> , estafilococos coagulasa-negativos [incluyendo <i>epidermidis</i> , S], estreptococos del grupo <i>viridans</i> , <i>Aerococcus spp</i> , <i>Micrococcus spp</i>) y diagnóstico clínico de infección o tratamiento adecuado por médico.	

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN SISTÉMICA (ISIS)	
SEPSIS BACTERIANA (ISB)	<p>La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección de origen bacteriana.</p> <p>Criterios clínicos: Infección comprobada y aumento AGUDO de 2 o más puntos del Score SOFA¹.</p> <p>El shock séptico se define como una subcategoría de la sepsis en la que las alteraciones circulatorias y del metabolismo celular son lo suficientemente profundas como para aumentar considerablemente la mortalidad.</p> <p>Criterios clínicos: Tratamiento para la sepsis y necesidad de uso de vasopresores para aumentar la TAM a 65 mm de mercurio o más y el lactato ≥ 2 mmol /litro, a pesar de la reanimación con fluidos.</p>
SEPSIS VIRAL (ISV)	<p>La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una respuesta desregulada del huésped a la infección de origen viral.</p> <p>Criterios clínicos: Infección comprobada y aumento AGUDO de 2 o más puntos del Score SOFA¹</p> <p>Observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Este código debe ser usado primariamente para las infecciones virales (EJ: Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, eritema Infeccioso) Estas infecciones pueden ser identificadas sobre Bases Clínicas. - Este código no debe ser utilizado para el diagnóstico de IH con focos infecciosos múltiples. - El Síndrome de Fiebre de Origen Desconocido no debe reportarse como ISV. - Las enfermedades exantemáticas deben ser codificadas como ISV.

1. Escala SOFA

Escala SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
Respiración^a PaO ₂ /FIO ₂ (mm Hg) o SaO ₂ /FIO ₂	>400	<400 221–301	<300 142–220	<200 67–141	<100 <67
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirubina (mg/dL)	<1,2	1,2–1,9	2,0–5,9	6,0–11,9	>12,0
Cardiovascular^b Tensión arterial	PAM ≥ 70 mmHg	PAM <70mm Hg	Dopamina a <5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5,1-15 o Epinefrina a $\leq 0,1$ o Norepinefrina a $\leq 0,1$	Dopamina a dosis de >15 o Epinefrina > 0,1 o Norepinefrina a > 0,1
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13–14	10–12	6–9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o flujo urinario (mL/d)	<1,2	1,2–1,9	2,0–3,4	3,5–4,9 <500	>5,0 <200

PaO₂: presión arterial de oxígeno; FIO₂: fracción de oxígeno inspirado; SaO₂, Saturación arterial de oxígeno periférico; PAM, presión arterial media; ^aPaO₂/FIO₂ es relación utilizada preferentemente, pero si no esta disponible usaremos la SaO₂/FIO₂; ^bMedicamentos vasoactivos administrados durante al menos 1 hora (dopamina y norepinefrina como ug/kg/min) para mantener la PAM por encima de 65 mmHg.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

VI. EPISODIOS DE IACS

VI.1 ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO VIGILADOS

- ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM)
- CATÉTER CENTRAL (CC)
- CATÉTER URINARIO (CU)
- PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

VI.2 ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO NO VIGILADOS ¹¹

ALIMENTACION PARENTERAL

Introducción por vía vascular de los nutrientes, hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales en forma total o parcial.

ASPIRACION OROFARINGEA

Extracción de secreciones de la región buco-faríngea a través de una sonda u otros elementos.

CATETERES PERIFERICOS

Introducción en venas y/o arterias periféricas de un catéter.

CATETERES IMPLANTABLES

Catéteres venosos de larga duración que se implantan quirúrgicamente (incluye Port a cath, desfibrilador implantable, marcapasos).

CITOSCOPIA

Visualización con instrumento óptico de la vejiga.

COLONIZACION INTESTINAL

Desarrollo de gérmenes o microorganismos en el aparato digestivo que no producen enfermedad en el huésped.

DIALISIS PERITONEAL

Técnica de tratamiento sustitutivo de la función renal que utiliza el peritoneo como membrana dialítica.

ENDOSCOPIA

Inspección de una cavidad del cuerpo por medio de un instrumento óptico.

¹¹ Estos factores están sujetos a criterios epidemiológicos y pueden variar.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

FIJACION EXTERNA DEL HUESO

Inmovilización de fragmentos óseos de una fractura con clavos o tornillos aplicados exteriormente.

FISTULA ARTERIAL

Comunicación anormal de una arteria por resultado de una herida o provocada quirúrgicamente con fines terapéuticos (hemodiálisis).

FISTULA VENOSA

Comunicación anormal de una vena por resultado de una herida o provocada quirúrgicamente con fines terapéuticos.

MEDICION DE PRESION INTRACRANEANA (PIC)

OSTOMIA

Abocamiento al exterior de una cavidad (ej.:colostomia)

OTRAS PUNCIONES

En cavidades u órganos no detalladas.

PERIDURAL

Anestesia realizada en la duramadre.

PROCEDIMIENTO INVASIVO DIAGNOSTICO VASCULARES

Procedimientos realizados en arterias o venas con fines diagnóstico y/o terapéuticos.

PUNCION ABDOMINAL

Punción en la cavidad abdominal con fines diagnóstico y/o terapéuticos.

PUNCION LUMBAR

Punción en la región lumbar para extracción de líquido cefalorraquídeo o inyección de sustancias de contraste.

PUNCION PERITONEAL

Punción de la cavidad peritoneal con fines diagnóstico y/o terapéuticos

PUNCION PLEURAL

Punción de la cavidad pleural con fines diagnóstico y/o terapéuticos.

PUNCION PULMONAR

Punción del pulmón con fines de diagnóstico (biopsia).

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es la rotura espontánea de las membranas ovulares antes del comienzo del trabajo de parto ocurrida por lo menos un hora antes del desencadenamiento del parto.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

SONDA NASOGASTRICA

Colocación de una sonda a través del orificio nasal hasta el estómago generalmente con fines de alimentación y/o descompresión gástrica.

TALLA VESICAL

Orificio practicada en la vejiga para la evacuación de orina.

TRANSFUSION DE SANGRE Y DERIVADOS

Es la transfusión de sangre total o parcial.

TRAQUEOSTOMIA

Creación de una abertura artificial en la tráquea para extraer un cuerpo extraño o para facilitar el pasaje de aire.

SIN RIESGO RECONOCIDO

Sólo debe ser utilizado excepcionalmente.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

VII. INDICADORES Y PARÁMETROS

VII.1 INDICADORES UCIA UCIP

a. Índice de utilización de procedimientos

El uso de ciertos dispositivos juega un rol importante en la determinación del riesgo de infección.

El índice de utilización de procedimientos, mide el porcentaje del total de pacientes por día sobre los que fue utilizado un dispositivo de alto riesgo, y se obtiene dividiendo el número de días de uso del procedimiento por el tiempo de internación, medido como días-paciente.

A continuación se listan las fórmulas para calcular los índices de utilización de los procedimientos específicos:

$$\text{Índice de utilización de Catéter Central (CC)} = \frac{\text{Nº de días de CC}}{\text{Nº de días - paciente}} \times 100$$

$$\text{Índice de utilización de Catéter Urinario (CU)} = \frac{\text{Nº de días de CU}}{\text{Nº de días - paciente}} \times 100$$

$$\text{Índice de utilización de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM)} = \frac{\text{Nº de días de ARM}}{\text{Nº de días - paciente}} \times 100$$

b. Tasas de Infección

Tasa de IACS asociadas a Procedimientos Día

Los procedimientos-día se utilizan como denominadores para el cálculo de las tasas de infecciones de la UCI

$$\text{Tasa de IPS asociada a Catéter Central (CC)} = \frac{\text{Nº de IPS asociadas a CC}}{\text{Nº de días de catéter central}} \times 1000$$

$$\text{Tasa de ITU asociada a catéter urinario (CU)} = \frac{\text{Nº de ITU asociadas a CU}}{\text{Nº de días de CU}} \times 1000$$

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

$$\text{Tasa de NEU asociada a ARM} = \frac{\text{Nº de NEU asociada a ARM}}{\text{Nº de días de ARM}} \times 1000$$

Tasa de IACS por Pacientes en riesgo

Las tasas de infecciones pueden ser calculadas utilizando como denominador el número total de pacientes en la UCI o el número de pacientes-día:

$$\text{Tasa de IACS asociada a pacientes en riesgo} = \frac{\text{Nº de infecciones}}{\text{Nº de paciente en riesgo}} \times 100$$

El cociente es multiplicado por 100, por lo tanto, la tasa de infección se expresa como el número de infecciones por 100 pacientes en riesgo. Las tasas de infección en áreas específicas pueden ser calculadas en forma similar utilizando como numerador el número de infecciones en el área. Estas tasas no están ajustadas al riesgo, y por lo tanto, no pueden utilizarse para comparaciones entre hospitales.

Tasa de IACS asociada a pacientes-día

$$\text{Tasa de IACS asociada a pacientes-día} = \frac{\text{Nº de infecciones}}{\text{Nº total de pacientes día}} \times 1000$$

c. Promedio días de estadía (PRODE)

El promedio de duración de la estadía (PRODE) es un indicador significativo para riesgo de infección. La fórmula para calcularlo es la siguiente:

$$\text{PRODE} = \frac{d}{c + \frac{a}{2} - \frac{b}{2}}$$

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Donde:

- a: Número de pacientes en la UCI el primer día del mes.
- b: Número de pacientes en la UCI en el primer día del mes siguiente.
- c: Número de pacientes ingresados en la UCI durante ese mes (suma de ingresos del mes)
- d: Número total de días de los pacientes internados en la UCI durante todo ese mes (suma de días-paciente)

VII.2 INDICADORES UCN

a. Índice de utilización de procedimientos

El uso de ciertos dispositivos juega un rol importante en la determinación del riesgo de infección.

El índice de utilización de procedimientos, mide el porcentaje del total de pacientes por día sobre los que fue utilizado un dispositivo de alto riesgo, y se obtiene dividiendo el número de días de uso del procedimiento por el tiempo de internación, medido como días-paciente.

A continuación se listan las fórmulas para calcular los índices de utilización de los procedimientos específicos:

$$\text{Índice de utilización de Catéter Central (CC)} = \frac{\text{Nº de días de CC}}{\text{Nº de días - paciente}} \times 100$$

$$\text{Índice de utilización de Catéter Urinario (CU)} = \frac{\text{Nº de días de CU}}{\text{Nº de días - paciente}} \times 100$$

$$\text{Índice de utilización de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM)} = \frac{\text{Nº de días de ARM}}{\text{Nº de días - paciente}} \times 100$$

Estos índices pueden ser calculados para cada categoría de peso al nacer. En el software VIHDA se calculan automáticamente.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

b. Tasas de Infección

Tasa de IACS asociada a Procedimientos Día

Los procedimientos-día se utilizan como denominadores para el cálculo de las tasas de infecciones de la UCN, estos se deben calcular por grupos de peso al nacer.

$$\text{Tasa de IPS asociada a Catéter Central (CC) RN } \geq 2500 \text{ gr.} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de IPS asociadas a CC en RN } \geq 2500 \text{ gr.}}{\text{N}^\circ \text{ de días de catéter central en RN } \geq 2500 \text{ gr.}} \times 1000$$

$$\text{Tasa de NEU asociada a ARM para RN 1501-2500 gr.} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de NEU asociada a ARM en RN 1501-2500 gr.}}{\text{N}^\circ \text{ de días de ARM en RN 1501-2500 gr.}} \times 1000$$

$$\text{Tasa de Infección por días-paciente para RN } \leq 1000 \text{ gr.} = \frac{\text{Nro. de infecciones de RN } \leq 1000 \text{ gr.}}{\text{Nro. de días -pacientes de RN } \leq 1000 \text{ gr.}} \times 1000$$

Tasa de IACS por pacientes en riesgo

Las tasas de infecciones pueden ser calculadas utilizando como denominador el número total de pacientes en la UCI o el número de pacientes-día:

$$\text{Tasa de IH asociada a pacientes en riesgo} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de infecciones}}{\text{N}^\circ \text{ de paciente en riesgo}} \times 100$$

El cociente es multiplicado por 100, por lo tanto, la tasa de infección se expresa como el número de infecciones por 100 pacientes en riesgo. Las tasas de infección en áreas específicas pueden ser calculados en forma similar utilizando como numerador el número de infecciones en el área. Estas tasas no están ajustadas al riesgo, y por lo tanto, no pueden utilizarse para comparaciones entre hospitales.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Tasa de IACS asociada a pacientes-día

$$\text{Tasa de IACS asociada a pacientes-día} = \frac{\text{Nº de infecciones}}{\text{Nº total de pacientes día}} \times 1000$$

El cociente es multiplicado por mil, por lo tanto, cada tasa de infección es expresada como el número de infecciones por 1000 días-paciente, días CU, días-CC, días ARM.

c. Promedio Días de estadía (PRODE)

El promedio de duración de la estadía (PRODE) es un indicador significativo para riesgo de infección. La fórmula para calcularlo es la siguiente:

$$\text{PRODE} = \frac{d}{c + \frac{a}{2} - \frac{b}{2}}$$

Donde:

a: Número de pacientes en la UCN en el primer día del mes.

b: Número de pacientes en la UCN en el primer día del mes siguiente.

c: Número de pacientes ingresados en la UCN durante ese mes (suma total ingresos del mes)

d: Número total de días de los pacientes internados en la UCN durante todo ese mes (total días-paciente)

VII.3 INDICADORES CIRUGÍA

a. Tasas de Infecciones

La fórmula que se emplea para calcular las tasas de infección del Sitio Quirúrgico en el Programa VIHDA requiere que se registren todos los procedimientos quirúrgicos seleccionados para vigilar a los que son sometidos los pacientes, dado que ello constituirá luego el denominador de la tasa.

El numerador está conformado por el total de infecciones del Sitio Quirúrgico que ocurran en las intervenciones quirúrgicas registradas.

Esto se multiplica por 100 como factor de ampliación, para que cada tasa de infección sea expresada como el número de infecciones cada 100 intervenciones quirúrgicas, según muestra la siguiente fórmula 1:

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

$$\text{Tasa de ISQ} = \frac{\text{Nro. de ISQ por procedimiento según tipo } t \text{ en un periodo de tiempo especificado}}{\text{Nro. de intervenciones de tipo } t \text{ realizadas durante el período de tiempo especificado}} \times 100$$

Donde:

t = factor de riesgo de la intervención (tipo de herida, score de ASA, índice de riesgo)

Estrategias para comparar las Tasa de Infecciones de Sitios Quirúrgicos (ISQ)

Muchos factores contribuyen al riesgo de infección, incluyendo la duración de la intervención quirúrgica, el grado de contaminación de la herida y la condición de enfermedad subyacente del paciente.

La influencia de los factores de riesgo deben ser considerados antes de que las tasas de infección puedan ser comparadas dentro de un hospital o entre varios hospitales.

Índice de Riesgo Quirúrgico

El índice de riesgo quirúrgico es el riesgo que posee un paciente de contraer una ISQ a causa de la intervención quirúrgica a la que fue sometido.

Para su construcción se consideran los siguientes elementos: tiempo quirúrgico, tipo de cirugía y Score de ASA.

- **Tiempo quirúrgico:** se considera como tal el tiempo de cirugía asegurándose que éste sea el tiempo de "piel a piel", es decir, el tiempo transcurrido desde la apertura hasta el cierre de la piel. Los tiempos quirúrgicos han sido estandarizados según NHSN. Si la cirugía es menor al tiempo standard se asigna un puntaje de 0, si es mayor, 1 punto.
- **Tipo de cirugía:** limpia o limpia/contaminada → 0 punto
contaminada o sucia → 1 punto
- **Score ASA:** Score de ASA < 3 → 0 punto
Score de ASA > 3 → 1 punto

De la suma obtenida se logra un valor que oscila de 0 a 3, siendo este el índice de riesgo quirúrgico asignado, como se ilustra en la Tabla 1.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Tabla 1. Determinación de la categoría de Índice de Riesgo ISQ del Programa VIHDA

Elementos del Índice de Riesgo ISQ	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Intervención > T horas	1	0	1
Tipo de Herida	1	0	0
Score de ASA	1	0	0
Categoría de Índice de Riesgo de ISQ	3	0	1

Índice de Riesgo Quirúrgico Modificado

En el caso en que la cirugía fuera realizada mediante laparoscopia, el puntaje obtenido se reducirá en 1. En el caso que el puntaje obtenido sea 0, no se modificará su valor.

b. Tasas de ISQ estratificadas por el índice de riesgo

Los índices de ISQ pueden ser calculados por categoría del índice de riesgo de ISQ utilizando la fórmula 2:

$$\text{Tasa de ISQ por índice de riesgo} = \frac{\text{Nro. de ISQ en IQ de índice de riesgo } r}{\text{Nro. de IQ con índice de riesgo } r} \times 100$$

Donde: r = categoría de riesgo ISQ del Programa VIHDA: 0, 1, 2 o 3.

Tabla 2. Ejemplos del cálculo de las Tasas de ISQ

Categoría de Riesgo	Nº de ISQ	Intervención Quirúrgica específica	Tasa de ISQ
0	0	50	0 / 50 * 100 = 0.0
1	1	42	1 / 42 * 100 = 2.4
2	1	21	1 / 21 * 100 = 4.8
3	2	10	2 / 10 * 100 = 20.0
Total	4	123	4 / 123 * 100 = 3.3

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

VII.4 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y TIEMPOS ESTIMADOS (SEGÚN NHSN)

Cirugía	Punto de Corte T (horas)	Código	Descripción	Especificaciones
CARDIOVASCULARES (CARD)				
CAR	5	C	Cirugía Cardíaca – Congénita	Congénitas: CIA, CIV, Tetralogía de Fallot, Ductus, Etc.
		P	Comisurotomía, plástica	Comisurotomías, plásticas
		T	Cirugía Cardíaca – Cambio de válvula	Cambio de válvula
		SE	Cirugía Cardíaca, sin especificar	Otras cirugías cardíacas sin especificar <i>(registrado anteriormente como CAR)</i>
CRT	5	RV M	Bypass Arteria Coronaria - Puente Mamario	Revascularización Miocárdica: Puente Mamario <i>(registrado anteriormente como CRT)</i>
CRI	5	RV S	Bypass Arteria Coronaria - Puente Safena	Revascularización Miocárdica: Puente Safena
		RE RV	Bypass Arteria Coronaria - Segunda Revascularización	Segunda revascularización miocárdica
		SE	Bypass Arteria Coronaria, sin especificar	Otros Bypass arteria coronaria sin especificar <i>(registrado anteriormente como CRI)</i>
CV	2	SE	Cirugía Cardiovascular, sin especificar	Otros procedimientos quirúrgicos en sistemas cardiovasculares, sin especificar <i>(registrado anteriormente como OCV)</i>
VAS	3	V	Cirugía vascular	Safenectomía –Varicectomía -Ligadura de vasos perifér. y centrales Tromboendarterectomías de vasos perifér. y centrales <i>No incluye Bypass de vasos periféricos y centrales</i> Otras cirugías de vasos excepto cerebrales Confección de fístulas arteriovenosas Desconexión azigo – portal
		AAA	Aneurisma Aórtica	Reparación de aneurisma aórtica
		EC	Endarterectomía Carótida	Endarterectomía carótida
		BPV	Bypass Periférico Vascular	Bypass periférico vascular
	1	SD	Shunt para Diálisis	Shunt para Diálisis
	1	MAR	Inserción de Marcapasos	Inserción de marcapasos

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

GASTROENTEROLÓGICAS (GAST)				
	2	CGI	Cirugía Gastrointestinal	Esofagostomía – Esofagorrafia - Esofagectomía parcial o total - Esófago-gastrectomía - Ligadura de varices intraesofágicas - Corrección cirugía de reflujo gastroesofágico - Herniorrafia diafragmática (Hiatal) <i>(registrado anteriormente como OGI)</i>
	3	GAS	Cirugía Gástrica	Gastrorrafia – Piroloplastía - Vagotomía Gastrectomía total o parcial - Otras cirugías de estómago
	1	APE	Apendicectomía	Extracción del apéndice (no incidental u otro procedimiento quirúrgico)
	2	COL	Colecistectomía	Remoción de la vesícula biliar, incluyendo procedimientos realizados por laparoscopia
	3	BAZ	Esplenectomía	Excisión parcial o total del bazo. Otras cirugías del bazo
	5	BIL	Cirugía Pancreática, Vías Biliares e Hígado	Coledocoplastía - Anastomosis de conductos biliares. Anastomosis bilio-digestiva – Papilotomía. Hepatorrafia - Hepatectomía Parcial (Con o sin drenaje). Pancreatoduodectomía - Pancreatectomía parcial. Otras cirugías de vesícula (excepto colecistectomía), vías biliares, hígado y páncreas
	3	DEL	Cirugía del Intestino Delgado	Duodenorrafia – Enterorrafia - Enterectomía Reducción cirugía valvular o invaginación Otras cirugías de intestino delgado, no incluyendo anastomosis entre intestino delgado y grueso
	2	HER	Herniorrafia	Herniorrafia epigástrica, umbilical, inguinal, incisional, con implante de prótesis, no incluyendo reparación de la hernia diafragmática o hiatal, o hernias en otros sectores del cuerpo
	3	CCO	Cirugía de Colon	Colorrafia - Cierre de colostomía parcial y total Anastomosis abdomino-peritoneal de colon Reducción de vólvulo intestinal – Sigmoidectomía. Otras cirugías de colon y sigmoides, incluyendo anastomosis del intestino delgado a grueso y del grueso al delgado. <i>No incluye cirugías del recto</i>
	3	REC	Cirugía rectal	Fijación del recto al promontorio.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

				Corrección de ausencia de recto u otras malformaciones congénitas – Hemorroidectomía. Otras cirugías del recto y ano.
	2	LAP	Laparotomía	Laparotomía exploradora - Drenaje de absceso subfrénico - Resección de tumor mesentérico - Debridación de adherencias - Otras cirugías de cavidad abdominal
GENITOURINARIAS (GEN)				
	2	HAB	Histerectomía Abdominal	Histerectomía abdominal
	2	HVA	Histerectomía Vaginal	Histerectomía vaginal
	4	PRO	Prostatectomía	Prostatectomía suprapúbica
	2	RTU	Resección Transuretral de Próstata	Resección transuretral de próstata
	4	NEF	Nefrectomía	Nefrectomía parcial y total
	2	NFT	Cirugía Renal	Nefrolitotomía - Pielocitotomía Pieloplastía- Otras cirugías de riñón Corrección de fístulas renal-uretral Ureterolitotomía-Ureteroplastía - Otras cirugías de uréter
		CIS	Cirugía de Vejiga	Cistolitotomía – Cistorrafia - Corrección fístula de vejiga
		UR	Cirugía de Ureter	Meatotomía – Ureteroplastía - Neouretroplastía Otras cirugías de uréter
		MASC	Cirugía Genital Masculina	Ortofaloplastía - Corrección de priapismo - Amputación de pene – Vasectomía Epididectomía. Otras cirugías de cordón espermático y epidídimo. Varicocelelectomía - Otras cirugías del testículo y bolsa escrotal
		FEM	Cirugía Genital Femenina	Ooforectomía – Salpingectomía - Reconstitución tubaria Himenotomía - Colpotomía Vulvotomía - Colpoperineoplastía Corrección fístula uretrovaginal, vesicovaginal, rectovaginal - Corrección incontinencia urinaria Otras cirugías de útero, ovario, trompas, vagina, vulva y periné
		SE	Cirugía Genitourinaria, sin especificar	Otras cirugías genitourinarias, sin especificar (registrado anteriormente como OGU)
SISTEMA TEGUMENTARIO (TEG)				
	2	SE	Cirugía Tegumentaria, sin especificar	Corrección quirúrgica de ginecomastia Mamoplastía - Dermolipectomía Exéresis quiste pilonidal sacrococcígeo

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

				Corrección de polidactilia y sindactilia Corrección de hiperqueratosis plantar Exéresis quiste sebáceo o lipoma Corrección de secuela de quemadura Otras cirugías de piel y tejido subcutáneo (registrado anteriormente como OST)
	3	IPIEL	Injerto de piel	Injerto de piel total o de capas divididas, incluyendo colgajos que se reciben de sitios dadores
OTORRINOLARINGOLÓGICAS (OTO)				
	3	OID	Cirugía de Oído	Cirugías del oído externo - Cirugías de drenaje de absceso – Timpanotomía - Miringotomía con implante de carretel – Mastoidectomía – Timpanomastoidectomía Polipectomía cubicular - Estapedectomía Laberinetectomía - Otras cirugías del oído
		LAR	Cirugía de Laringe	Laringorrafia - Laringectomía parcial y total Otras cirugías de laringe
		FAR	Cirugía de Faringe	Extirpación de tumor faríngeo - Amigdalectomía Adenoidectomía - Otras cirugías de faringe
		NAS	Cirugía Nasal	Sinusotomía – Septoplastia Polipectomía nasal - Otras cirugías de nariz
		LEN	Cirugía de Lengua	Glosectomía - Otras cirugías de lengua
		SE	Cirugía Otorrinolaringológica, sin especificar	Otras cirugías otorrinolaringológicas sin especificar (registrado anteriormente como OLL)
NEUROLÓGICAS (NEU)				
	4	CRA	Craneotomía	Craneoplastia – Craneotomía - Craneotomía descompresiva - Craneotomía de fosa posterior Craneotomía para drenaje de hematoma Microcirugía intracraneana para tumor Microcirugía intracraneana vascular - Otras craneotomías, no incluyendo perforaciones o punciones.
	2	DVP	Derivación Ventricular (Shunt)	Derivación ventrículo – peritoneal, incluyendo revisión y remoción de la derivación
	2	FUE	Fusión Espinal	Fusión espinal (Vertebral)
	2	LAM	Laminectomía	Laminectomía- Laminotomía-reapertura del sitio de laminectomía
	4	MEN	Meningocelecomía	Meningocelecomía Simpatectomía - Resección de tumores de médula

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

				Otras cirugías del Sistema nervioso y columna
		DISC	Discectomía	Discectomía
		ESCO	Corrección de Escoliosis	Tratamiento quirúrgico de escoliosis
		SE	Cirugía del sistema nervioso, sin especificar	Otras cirugías del sistema nervioso – sin especificar (registrado anteriormente como ONE)
ENDOCRINOLÓGICAS (END)				
	3	SE	Cirugía Endocrinológicas, sin especificar	Tiroidectomía parcial o total - Paratiroidectomía Timectomía - Suprarrenalectomía Otras cirugías de glándulas endocrinas
MASTOLÓGICAS (MAST)				
	3	MAM	Mastectomía	Mastotomía - Mastectomía simple o radical Otras cirugías de mama
TRAUMATO-ORTOPEDICAS (TRAU)				
FUS	3	L	Corrección de Luxación	Corrección quirúrgica de luxación: Acromioclavicular, codo, rodilla, tobillo, huesos del pie, articulación coxofemoral, a nivel de metacarpianos, a nivel de falanges
	4	AR ANT	Artrodesis de Columna anterior	Artrodesis de columna anterior
	4	AR POS	Artrodesis de Columna posterior	Artrodesis de columna posterior
	1	ART RO	Cirugía Artroscópica de Rodilla	Cirugía artroscópica de rodilla
	1	ART SE	Cirugía artroscópica, sin especificar	Cirugía artroscópica (<i>excepto Rodilla</i>)
	2	FRA	Reducción Quirúrgica de Fractura	Reducción quirúrgica de fractura de: clavícula, húmero, codo, radio, huesos metacarpianos, falanges, diafisis de fémur, tobillo, huesos del pie. – Corrección quirúrgica de pseudoartrosis de clavícula, húmero, antebrazo, fémur, tibia. <u>No incluyendo colocación de prótesis articulares</u>
	3	SE	Cirugía Musculoesquelética, sin especificar	Tenorrafia, tenotomía, tenoplastia – Transposición del tendón Miorrafia – Otras cirugías de los músculos y tendones Tratamiento quirúrgico de las lesiones de coccix Tratamiento quirúrgico de aponeurosis palmar. Otras cirugías de mano

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

				Tratamiento quirúrgico de rotura de ligamentos Otras cirugías del sistema músculoesquelético (registrado anteriormente como OMS)
		OST	Osteotomía	Osteotomía
		OSMIE	Tratamiento Quirúrgico de la Osteomielitis	Tratamiento quirúrgico de la osteomielitis
		RET	Retiro de Prótesis	Retiro de prótesis, placas, etc.
		ART	Artrotomía	Artrotomías
PRO	2	R	Prótesis de rodilla	Colocación de prótesis de rodilla – Artroplastía
		C	Prótesis de cadera	Colocación de Prótesis de cadera – Artroplastía
	3	SE	Prótesis de unión, sin especificar	Artroplastía de otras uniones que no sean cadera y rodilla.
AMP	2	A	Amputación	Amputación de miembros
		D	Desarticulación	Desarticulaciones
TRASPLANTES (TRAS)				
	6	RI	Trasplante de Riñón	Transplante de riñón
		CO	Trasplante de Corazón	Transplante de corazón
		HIG	Trasplante de Hígado	Transplante de hígado
		COP	Trasplante de Corazón y Pulmón	Transplante de corazón y pulmón
		PAN	Trasplante de Páncreas	Transplante de páncreas
		MOS	Trasplante de Médula Ósea	Transplante de médula ósea
		SE	Trasplante de Órgano, sin especificar	Otros trasplantes de órganos, sin especificar.
SISTEMA LINFÁTICO (LINF)				
	3	SE	Cirugía del Sistema Linfático, sin especificar	Exéresis ganglios linfáticos - Linfadenectomía Otras cirugías del sistema linfático (registrado anteriormente como OGA)
TORACICAS (TOR)				
	3	PUL	Cirugía de Pulmón, Pleural, Mediastino y Pared Torácica	Costectomía – Esternectomía - Toracotomía exploradora – Mediastinotomía-Lobectomía-Neumonectomía. Otras cirugías de pulmón, pleura, mediastino y pared torácica
		2	BRON	Cirugía de Bronquios y Tráquea
	3	SE	Cirugía Torácica, sin especificar	Otras cirugías torácicas, sin especificar

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

OBSTÉTRICAS (OBS)				
	1	SE	Procedimiento obstétrico, sin especificar	Histerectomía puerperal - Cirugía de embarazo ectópico Corrección de inversión uterina aguda Parto vaginal - Otros procedimientos obstétricos
	1	CES	Cesárea	Cesárea
OFTALMÓLOGICAS (OFT)				
	3	PAL	Cirugía Palpebral	Cirugías palpebrales
		CONJ	Cirugía de Conjuntiva	Cirugías de conjuntiva
		COR	Cirugía de Córnea y Esclerótica	Cirugías de córnea y esclerótica
		RET	Cirugía de Retina	Cirugías de cámara anterior, retina y coroides
		IRIS	Cirugía del Iris	Cirugías del iris y cuerpo ciliar - Escleroiridectomía – Iridectomía
		CRIS	Cirugía de Cristalino y Vítreo	Capsulectomía – Cataratas - Facectomía - Vitrectomía Otras cirugías de cristalino y vítreo
		GLOB	Cirugía del Globo Ocular	Enucleación del globo ocular. Corrección quirúrgica de estrabismo Otras cirugías del globo ocular y músculos oculares Otras cirugías de órbita y vías lagrimales
		SE	Cirugía Oftalmológica, sin especificar	Otras cirugías oftalmológicas, sin especificar <i>(registrado anteriormente como OFT)</i>
CUELLO (CUE)				
	7	EIL	Escisión o Incisión de Laringe	Escisión o incisión de laringe
		FM	Fractura de mandíbula	Reducción quirúrgica: Fractura de mandíbula, malar, fractura de maxilar, implante de prótesis bucomaxilofacial. Vaciam. Tumor cervical Otras cirugías odontomaxilofacial
		SE	Cirugía de Cuello, sin especificar	Otros cirugías de cuello – sin especificar <i>(registrado anteriormente como CCU)</i>

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Razón Estandarizada de Infección

Hay una tendencia internacional en el uso de la Razón Estandarizada de Infección (SIR) como indicador de referencia para las IACS en general y para las ISQ en particular. Por ello, el Consenso Interinstitucional recomienda su consideración en ISQ, de la siguiente manera:

La razón es calculada dividiendo el número de las infecciones observadas por el número de infecciones predichas (esperadas). El número de infecciones predichas es calculado utilizando las probabilidades de ISQ estimado de modelos de regresión logística multivariado construido de datos durante un periodo de tiempo base, que representa a la población estandarizada ISQ.

En base a los modelos principales de ISQ/SIR disponibles de NHSN, se recomienda considerar el siguiente:

<p>Modelo de SIR en ISQ (Todas las ISQ)</p>	<p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye <u>sólo</u> procedimientos en pacientes internados. • Incluye ISQ: <ul style="list-style-type: none"> - Incisional superficial, profunda y órgano/espacio. - Incisional superficial y profunda limitado sólo si es una ISQ incisional primaria. - Identificados en la admisión, readmisión y vigilancia post-alta. 	<p>Población: Procedimientos en pacientes adultos y pediátricos</p>
--	---	--

Cálculo de SIR

Mientras que el ISQ/SIR puede ser calculado para categorías de procedimientos únicos y para cirujanos específicos, la medición también le permite resumir sus datos a través de múltiples categorías de procedimientos mientras que se ajuste para las diferencias en la probabilidad estimada de infección entre los pacientes incluidos para las categorías de procedimientos. Por ejemplo, Ud. podrá obtener un ISQ/SIR ajustado para todos los procedimientos reportados. Alternativamente, Ud. puede obtener un ISQ/SIR para todas las cirugías de colon (COLO) solo dentro de su institución.

El SIR será calculado solo si el número esperado es ≥ 1 para ayudar a hacer cumplir un criterio de precisión mínimo.

$$\text{SIR} = \frac{\text{Infecciones observadas}}{\text{Infecciones esperadas}}$$

La razón ISQ por 100 procedimientos operatorios es calculada a través de la división el número de ISQ por el número de procedimientos quirúrgicos específicos y multiplicar el resultado por 100.



PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

ISBN 978-987-47568-0-0

