

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

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

Programa Nacional VIHDA



Ministerio de Salud y Desarrollo Social

Secretaría de Gobierno de Salud

Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

***Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
"Dr. Carlos G. Malbrán"***

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara"

Mar del Plata - Argentina

Enero 2019

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

AUTORIDADES

PRESIDENTE DE LA NACIÓN

Ing. Mauricio Macri

MINISTRA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL

Dra. Carolina Stanley

SECRETARIO DE GOBIERNO DE SALUD

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

SECRETARIO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN Y CONTROL DE RIESGOS

Dr. Mario Kaler

INTERVENTORA DE LA ADMINISTRACION NACIONAL DE LABORATORIOS E INSTITUTOS DE SALUD "DR. CARLOS G. MALBRÁN"

Dra. Claudia Perandones

DIRECTORA DEL INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA "DR. JUAN H. JARA"

Dra. Olga Leticia Miller

DIRECTORA DEL PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Mg. Lic. Norma Peralta

DIRECTORA DEL PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA

Mg. Lic. Norma Peralta



INSTITUTO NACIONAL
DE EPIDEMIOLOGÍA
"Dr. Juan H. Jara"



ANLIS | Administración Nacional de
Laboratorios e Institutos de Salud



Secretaría de Gobierno de Salud
Presidencia de la Nación

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

COMISIÓN EJECUTIVA

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Mg. Lic. Norma Peralta (Directora)

Ing. Roberto Giordano Lerena

Ing. Laura Fernández

Bioq. Belen Ibarra Camou

Farm. Karina Leszczuk

Ing. Carolina Díaz

PU. Diego Arcidiácono

Tec. Fernando Hinojal

Adm. Anabella Di Marino

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

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Índice

I. EL PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA (VIHDA)	9
II. EL PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA DE INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA	10
III. INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD	10
IV. LA VIGILANCIA INTENSIFICADA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN ARGENTINA	12
IV.1 VIGILANCIA GLOBAL DE TODO EL HOSPITAL	13
IV.2 VIGILANCIA ESPECÍFICA	13
IV.3 VIGILANCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) Y ADULTOS (UCIA)	14
IV.4 VIGILANCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS NEONATALES (UCN)	15
IV.5 VIGILANCIA EN CIRUGÍA	17
IV.6 CRITERIOS PARA LA INCORPORACIÓN DE PACIENTES A LA VIGILANCIA	19
IV.7 CRITERIOS PARA LA INCORPORACIÓN DE SERVICIOS	22
IV.8 CRITERIOS PARA CATEGORIZAR LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN VIHDA	24
IV.9 CRITERIOS PARA DETERMINAR LOS SITIOS DE INFECCIÓN EN VIHDA	26
V. DEFINICIONES DE SITIO PRIMARIO Y SITIO ESPECÍFICO DE INFECCIÓN	29
INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)	29
SITIOS ESPECÍFICOS DE CLASIFICACIÓN DE ISQ DE ORGANOS Y ESPACIOS	30
NEUMONIA (NEU)	34
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)	43
INFECCIÓN PRIMARIA DE LA SANGRE (IPS)	48
INFECCION ÓSTEOARTICULAR (IOST)	55
INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (ISNC)	57
INFECCION DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (ICCV)	59
INFECCIÓN OCULAR Y GARGANTA, NARIZ, OÍDO Y BOCA (IORL)	63
INFECCIÓN GASTROINTESTINAL (IGI)	66
INFECCION DEL TRACTO REPRODUCTOR (IREPR)	68
INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS (IPPB)	69
INFECCIÓN SISTÉMICA (ISIS)	72
VI. FACTORES DE RIESGO	72
VI.1 VIGILADOS POR EL SISTEMA	72
ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM)	72
CATÉTER CENTRAL (CC)	72
CATÉTER URINARIO (CU)	73
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	73
VI.2 NO VIGILADOS POR EL SISTEMA	73
VII. INDICADORES Y PARÁMETROS	75
VII.1 INDICADORES UCIA UCIP	75
VII.2 INDICADORES UCN	78
VII.3 INDICADORES CIRUGÍA	80
VII.4 PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS Y TIEMPOS ESTIMADOS (SEGÚN NHSN)	83

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

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

I. 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 Hospitalarias (en un sentido más amplio: 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 **IH** 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.

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

II. 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 morbilidad 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 y Desarrollo Social 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 Consumo 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.

III. INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD

Las Infecciones Hospitalarias, Nosocomiales, Intrahospitalarias o en un sentido más amplio Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (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.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Se define como IACS a toda infección adquirida durante la internación y que no estuviese presente o incubándose al momento de la admisión del paciente, o bien en el caso de un recién nacido, cuando ésta fuese adquirida durante su pasaje a través del canal del parto. En el caso de las heridas quirúrgicas la infección puede manifestarse luego del alta del paciente, hasta 30 días o un año dependiendo de la colocación o no de prótesis. En el caso de un recién nacido, se considera IACS cuando ésta fuese adquirida durante su pasaje a través del canal del parto.

La afección debe cumplir rigurosamente los criterios de infección definidos en este manual.

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

Cuando hablamos, en cambio, de "Infección adquirida en la comunidad" nos referimos a toda infección que estuviese presente o incubándose al momento del ingreso del paciente, o bien en el caso del recién nacido cuando ésta hubiese sido adquirida por vía transplacentaria.

El Personal de los Hospitales puede adquirir una Infección Hospitalaria como consecuencia de un accidente durante el desarrollo de sus actividades. Existen en todos los establecimientos de salud del mundo, pudiendo variar su presentación según la calidad de los pacientes y la atención que se brinda, y afectan desde un 3% a un 17 % de las personas que requieren internación, teniendo como consecuencia un sustancial incremento de la enfermedad, fallecimientos y costos para el centro hospitalario en cuestión.

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 egresados de centros de internación de agudos adquieren uno o más episodios de IACS¹.

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 desarrollados².

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%³. Esto representa, a nivel nacional, 1.600.000 días extras de internación y 29.000 muertes atribuibles³.

Los costos que generan las Infecciones Hospitalarias (infecciones intrahospitalarias o infecciones nosocomiales) 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 solo se autofinanciaría sino que originaría importantes ahorros.

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 Allegranzi B, Bagheri Nejad S, Combescurie 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.

³ 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.

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

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 ^{4 5 6 7}.

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

Como "Vigilancia" nos referimos 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 lucha 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 en el registro). 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:

⁴ 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.

⁵ 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

⁶ Giuffré C, Efrón E D, Azario A, Jordan R, Martinez 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

⁷ 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 (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

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.

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 morbilidad y alto costo, y en problemas susceptibles de modificación. Además, facilita la recopilación cuidadosa y metódica 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:

- o Ayudan a definir o reorientar políticas y planes de salud de la institución de salud.
- o Permiten una revisión permanente de las prioridades en los distintos servicios.
- o Contribuyen al seguimiento y evaluación de las medidas de prevención y control.
- o Identifican los cambios que puedan ocurrir en los patrones de las enfermedades relacionadas con las IACS.
- o Identifican problemas y necesidades.
- o Facilitan el diagnóstico precoz de ciertas enfermedades.
- o Contribuyen a la metodología de evaluación de riesgos.
- o Orientan las investigaciones.
- o Aportan información y conocimientos a la comunidad científica y profesional.
- o Enriquecen la docencia.
- o 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.
- o Permiten mejorar la calidad y prestigio del Hospital.
- o 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

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

de resistencia, educar al personal de la 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.

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 Infegctología SADI y la Asociación De Enfermeros en Control de Infecciones ADECI y está circunstripta 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 visual y parte presencial), un estudio de diagnóstico institucional (autoevaluación de su Programa de Prevención y Control de IACS), un estudio de prevalencia de IACS 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 en forma conjunta entre 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.

IV.3 VIGILANCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) Y ADULTOS (UCIA)

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 utilizando el componente de vigilancia UCI, ayuda al personal de control de infecciones a enfocar sus esfuerzos en la prevención y control de 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 IH 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).

Los requerimientos protocolares para la vigilancia en UCI consisten en:

- o La vigilancia de uno o más tipos de UCI Pediátrico o de Adultos.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- o Los factores de riesgo (ARM, CC, CU) en todos los pacientes en la(s) UCI(s) seleccionada(s), registrando en forma diaria, el número de ingresos nuevos que cumplan con el criterio de la definición de "Paciente VIHDA" y el número de egresos.
- o Los datos deben recolectarse 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".
- o Si un paciente desarrolla una infección hospitalaria, la información se debe registrar en la "Planilla de Registro de Episodio de Infección Hospitalaria".
- o La infección debe ser adquirida durante la internación, es decir, que no se encontraba presente o incubándose en el momento del ingreso del paciente a la UCI.
- o 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.
- o Si un paciente es transferido desde la UCI a otras salas o áreas de internación del hospital al final del mes, y la infección aparece dentro de las 48 horas siguientes, el diagnóstico de la infección corresponde a la internación en la UCI. Por lo tanto, la infección será contada para el mes en que el paciente se encontraba formando parte de la población de la UCI vigilada.
- o Si un paciente internado en la UCI, debe ser intervenido quirúrgicamente, y contrae una IH asociada al sitio quirúrgico, pero la Institución no se encuentra vigilando el Componente Quirúrgico, esta infección NO debe ser registrada.
- o La fuente de información principal será la historia clínica del paciente hospitalizado, se tomarán fuentes complementarias tales como observación diaria del paciente, informes de microbiología, resultados de exámenes auxiliares, etc.
- o La siguiente información será la que deba recolectarse cada día: Número de ingresos. Número de egresos. Número de pacientes con CC, CU y ARM.
- o 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.
- o La información es ingresada en el software VIHDA de acuerdo a la rutina elaborada por cada centro.

IV.4 VIGILANCIA DE UNIDADES DE CUIDADOS NEONATALES (UCN)

Los pacientes de la UCN de alto riesgo poseen, generalmente, el índice de infección más alto de todos los pacientes pediátricos. El índice de infecciones en las UCN que no padecen ninguna enfermedad, en los niveles de cuidados I (bajo riesgo) y II (mediano riesgo) debería ser generalmente de 1 o 2 infecciones cada 100, mientras que el índice de pacientes de la UCN de alto riesgo en el nivel de cuidados III, generalmente debería estar en el rango de 6 a 30 infecciones cada 100 pacientes.

Con el uso extendido de catéter central, 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.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

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.

Se ha estimado que hay un 3% de aumento en el riesgo de infecciones hospitalarias por cada 500 gramos de disminución en el peso al nacer. Más aún, los patógenos causantes de infecciones pueden diferir para las distintas categorías de peso al nacer.

Utilizando los índices de infecciones por la categoría de peso al nacer, es posible para los hospitales comparar directamente los índices de infecciones de los recién nacidos en la misma categoría de peso al nacer.

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.

Los requerimientos protocolares para la vigilancia en UCN consisten en:

- o La población de pacientes de la UCN de alto riesgo está compuesta en su totalidad de recién nacidos que requieren cuidados de nivel III.
- o 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, se deben incluir en el registro como Alto Riesgo.
- o Se debe 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 que cumplan con el criterio de la definición de "Paciente VIHDA" y el número de egresos.
- o Los datos deben recolectarse 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".
- o Todos los pacientes deberán ser registrados 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.
- o Si un paciente desarrolla una infección hospitalaria, la información se debe registrar en la "Planilla de Registro de Episodio de Infección Hospitalaria".
- o 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 mediante un parto institucional.
- o 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.
- o Si un paciente es transferido desde la UCN a otras salas o áreas de internación del hospital al final del mes, y la infección aparece dentro de las 48 horas siguientes, el diagnóstico de la

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

- infección corresponde a la internación en la UCN. Por lo tanto, la infección será contada para el mes en que el paciente se encontraba formando parte de la población de la UCN vigilada.
- o Si un paciente internado en la UCN, debe ser intervenido quirúrgicamente, y contrae una IH asociada al sitio quirúrgico, pero la Institución no se encuentra vigilando el Componente Quirúrgico, esta infección NO debe ser registrada.
 - o La fuente de información principal será la historia clínica del paciente hospitalizado, se tomarán fuentes complementarias tales como la observación diaria del paciente, los informes de microbiología, resultados de exámenes auxiliares, etc.
 - o La siguiente información será la que deba recolectarse cada día: Número de ingresos. Número de egresos. Número de pacientes con CC, CU y ARM.
 - o 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.
 - o La información será ingresada en el software VIHDA de acuerdo a la rutina elaborada por cada centro.

IV.5 VIGILANCIA EN CIRUGÍA

El riesgo de desarrollar una infección luego de una intervención quirúrgica varía según la intervención y la severidad de las comorbilidades de los pacientes. El riesgo de Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ) varía de acuerdo al tipo y localización del procedimiento.

La intervención quirúrgica y los procedimientos relacionados, también contribuyen a incrementar el riesgo en otras áreas distintas al área quirúrgica, 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 decidir vigilar todas las cirugías o bien algún tipo de procedimiento quirúrgico específico o tipo de cirugías, por ejemplo, todas las traumatológicas o todas las cirugías limpias.

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 una investigación específica al respecto, ya que entre un 10% a un 50% de todas las ISQ se evidencian luego de que el mismo es dado de alta. Para ello cada hospital deberá definir la forma de seguimiento del paciente.

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

- o Está incluido en la lista de procedimientos considerados ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision)

Y

- o Se lleva a cabo durante una operación en la que al menos una incisión (incluye cirugía laparoscópica o agujeros craneales) se realiza a través de la piel o membrana mucosa, o

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

re-operación a través de una incisión que se dejó abierta durante un procedimiento quirúrgico anterior

Y

- o 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.

Los requerimientos protocolares para la vigilancia de pacientes quirúrgicos son:

- o Queda a criterio del Comité de Control de Infecciones de cada Institución, seleccionar uno o más procedimientos quirúrgicos considerados por el Programa VIHDA para monitorear los pacientes quirúrgicos.
- o 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, es decir "cirugías limpias".
- o 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.

Ejemplo: si se seleccionara como único procedimiento quirúrgico a vigilar "Operaciones de los vasos del corazón", incluidos en "Operaciones del Aparato Cardiovascular", deben reportarse sólo las cirugías/episodios de infección relacionados con ese procedimiento. No debe reportarse ningún otro procedimientos quirúrgico/episodio de infección.

- o Los pacientes que cumplen con los criterios de "Pacientes VIHDA" y que se sometieron a algún procedimiento quirúrgico perteneciente a las categorías seleccionadas, deben ser monitoreados no sólo para ISQ sino también para los otros factores de riesgo a que pueda haberse sometido durante la internación, solo si el paciente se encuentra internado en una unidad vigilada.
- o Los pacientes deben ser seguidos desde el día de la intervención quirúrgica hasta que se cumpla el tiempo de seguimiento estipulado por el tipo de procedimiento (con o sin implante). Se deberá organizar un sistema de seguimiento para aquellas cirugías cuya vigilancia deba completarse en ambulatorio: 30 días para las cirugías sin implantes y 1 año en aquellas con implante.
- o Se recomienda realizar revisión de reingresos en post operatorios y seguimiento post alta con servicios involucrados.
- o Los datos de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica, en la(s) categoría(s) seleccionada(s), son registrados en la "Planilla de Registro de Intervenciones Quirúrgicas".
- o Si un paciente desarrolla una ISQ, la información de Vigilancia es registrada en la "Planilla de Registro de Episodio de Infección Hospitalaria asociada a Intervención Quirúrgica" e ingresada en el software VIHDA.
- o Si el paciente intervenido quirúrgicamente desarrolla una Infección Asociada a los Cuidados de la Salud (IACS) vinculada a otro factor de riesgo (Ej. Catéter Central, ARM o Catéter Urinario) la información de Vigilancia de la infección debe registrarse en la "Planilla de Registro de

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

Episodio de Infección Hospitalaria", sólo si el paciente adquiere la IACS en una unidad (UCI) que está siendo vigilada.

Ejemplo: un paciente es intervenido quirúrgicamente y se encuentra internado en la Sala de Clínica Quirúrgica. Desarrolla una IACS asociada a Cateter Central (CC) en dicha sala. Esta área no está siendo vigilada por la Institución, por lo tanto, la IACS en cuestión NO debe ser registrada.

- o La "Fecha del evento" es el día que aparece el primer elemento del criterio de la definición de infección de sitio quirúrgico, ejemplo: inicio de signos de infección de herida. Debe aparecer en el periodo de vigilancia estipulado para el tipo de cirugía, ejemplo: en cirugía de colon dentro de los 30 días y en infección de prótesis de cadera dentro del año de cirugía.
- o En cuanto al Periodo de seguimiento del paciente con ISQ, los pacientes deben ser seguidos 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.

IV.6 CRITERIOS PARA LA INCORPORACIÓN DE PACIENTES A LA VIGILANCIA

"Paciente VIHDA"

La admisión de un paciente para su registro en la vigilancia ("Paciente VIHDA") debe reunir los siguientes criterios:

El día de admisión del paciente al hospital y el día en que es dado de alta del hospital son diferentes fechas del calendario y **no debe pertenecer** a ninguno de los siguientes grupos de pacientes:

- o Pacientes en un pabellón psiquiátrico, que provee cuidados a pacientes cuya condición primaria es psiquiátrica.
- o Pacientes en un pabellón de rehabilitación, cuya razón primaria para la hospitalización es recibir una terapia física o de rehabilitación.
- o Pacientes cuya razón principal para la admisión no es una enfermedad aguda, tales como aquellas en hogares de ancianos, cuidados de enfermería especializados, o secciones domiciliarias del hospital.
- o Pacientes no hospitalizados a quienes se les realiza una intervención quirúrgica llamada cirugía ambulatoria.
- o Pacientes no hospitalizados, admitidos para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (por ejemplo, quimioterapia, diálisis, o cateterización cardíaca).

Los pacientes **no** hospitalizados, psiquiátricos, de rehabilitación y de cuidados extendidos son específicamente excluidos debido a que su riesgo de adquirir una infección hospitalaria es diferente a la mayoría de los pacientes de cuidados generales en los hospitales. Además, los pacientes clínicos o que reciben cirugía, no hospitalizados, son excluidos porque la vigilancia en esta población es probable que sea incompleta y que insuma mucho tiempo.

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

Pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Un paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debe seguir los siguientes criterios:

- o Debe ser un "Paciente VIHDA" admitido
- o Permanecer en Unidades de Cuidados Intensivos de adultos y/o niños (ya sea para observación, diagnóstico y/o tratamiento)
- o Excluye áreas que dispensan cuidados intensivos en neonatología, cuidados intermedios, y unidades de trasplante de médula ósea.

Pacientes en Unidad de Cuidados Neonatales (UCN)

Un paciente internado en la UCN debe reunir los siguientes criterios:

- o Debe ser un "Paciente VIHDA" admitido
- o Permanecer en la Unidad de Cuidados Neonatales correspondientes a los niveles I, II o III (ya sea para observación, diagnóstico y/o tratamiento).
- o Los Recién Nacidos (RN) en condiciones normales son aquellos que reciben cuidados de Nivel I o de Nivel II. Los recién nacidos que reciben cuidados de nivel II, en general, no padecen una enfermedad crítica pero pueden permanecer en la sala de cuidados intermedios para su observación o para aumentar su peso.
- o Los RN que reciben cuidados de Nivel I se encuentran en salas de cuidados mínimos o de bajo riesgo, mientras que los RN recibiendo cuidados de Nivel II se encuentran en la sala de cuidados intermedios o de mediano riesgo.

Los pacientes que reciben cuidados de Nivel I generalmente padecen al menos una de las siguientes condiciones:

- o RN de peso mayor o igual a 2000 gramos y/o edad gestacional igual o mayor de 36 semanas que no requiera cuidados especiales
- o RN en recuperación que han sido internados en los niveles II y III.

Los pacientes que reciben cuidados de Nivel II generalmente padecen al menos una de las siguientes condiciones:

- o RN de peso > 1500 gr. y/o edad gestacional igual o mayor a 34 semanas.
- o RN con patología respiratoria que requiera FIO₂ menor de 60%.
- o RN con sepsis leve o moderada, policitemia o ictericia que requiera exanguinotransfusión, encefalopatía hipóxico isquémica.
- o RN en recuperación que han sido internados en el nivel III.

Pacientes en Unidad de Cuidados Neonatales de Alto Riesgo (UCN de Alto Riesgo)

Son aquellos recién nacidos que se encuentran críticamente enfermos y reciben cuidados de Nivel III. Los Recién Nacidos están bajo el cuidado de un pediatra que es un neonatólogo, y la proporción ideal de recién nacidos y enfermeras debe ser 2:1.

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

La mayoría de los pacientes que reciben cuidados de Nivel III generalmente presentan al menos una de las siguientes condiciones:

- o Presencia de catéter umbilical.
- o Soporte respiratorio (ARM, CPAP - Presión Positiva Continua de las Vías Aéreas).
- o Tratamiento por severas infecciones potenciales.
- o Intervención quirúrgica.
- o Peso < 1500 gramos o menores de 32 semanas de EG (edad gestacional).
- o RN con malformaciones congénitas mayores.
- o Circulación extracorpórea (ECMO).
- o Diálisis.

IMPORTANTE: Si la población es una combinación de pacientes con cuidados de nivel I, II y/o III, y su distribución y ubicación es tal que no pueden ser separados y/o son atendidos por el mismo personal, la Unidad debe ser considerada como de ALTO RIESGO.

Pacientes Quirúrgicos

Se considerarán todos los pacientes que sean intervenidos quirúrgicamente, según el tipo de cirugía vigilada (Limpia, Limpia Contaminada, Contaminada y/o Sucia).

Si un paciente ingresa a la Institución a causa de una infección hospitalaria correspondiente a una cirugía previa, se debe considerar como fecha de ingreso a la Institución la fecha de internación en la cual fue sometido a la intervención quirúrgica que provocó dicha IH.

Alta definitiva de paciente VIHDA

Un paciente dado de alta de forma definitiva del programa VIHDA debe reunir los siguientes criterios:

- o Paciente admitido por el Programa VIHDA
- o Debe haber abandonado el hospital, por alta médica u óbito
- o No se considerarán los pacientes que se encuentran con salida temporal del hospital

Definición de la relación de la muerte con el episodio de infección

- o Muerte causante: Fallecimiento durante el período agudo de la infección sin respuesta al tratamiento.
- o Muerte asociada: Fallecimiento durante el período de tratamiento de la infección con remisión de los signos clínicos pero como consecuencia de la descompensación de una situación clínica subyacente.
- o Muerte no asociada: Fallecimiento del paciente no relacionado con el episodio infeccioso ni como consecuencia de la descompensación de una situación clínica subyacente inducida por la infección.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- o Desconocida: Fallecimiento del paciente donde se desconoce la relación entre el fallecimiento y el episodio infeccioso.
- o Relacionada a otro episodio de IACS: Fallecimiento de un paciente que tuvo más de un episodio de infección en que la causa de muerte se relaciona a uno de ellos y no a los restantes.

IV.7 CRITERIOS PARA LA INCORPORACIÓN DE SERVICIOS

Se considera como un **Servicio** a una unidad que concentra un grupo de pacientes que tienen condiciones de enfermedades similares o que están recibiendo cuidados por médicos con especialidades similares. Los servicios dividen a los pacientes en grupos que poseen riesgos similares de contraer infecciones hospitalarias.

La vigilancia en los Servicios requiere tiempo y recursos considerables. Este componente no produce indicadores que sean significativos para los propósitos de la comparación interhospitalaria, motivo por el cual cada hospital definirá qué servicio es de su interés controlar.

A continuación se describen algunos servicios:

Clínica Médica (CM): Incluye todos los pacientes que son tratados por condiciones clínicas.

El servicio de CM no incluye pacientes que se encuentren en los siguientes grupos:

- o Psiquiatría (pacientes no admitidos para la vigilancia VIHDA).
- o Medicina física y de rehabilitación (pacientes no admitidos para la vigilancia VIHDA).
- o Oncología médica (servicio separado).

Oncología: Incluye pacientes que padecen enfermedades neoplásicas, por lo que se encuentran en su mayoría inmunocomprometidos. En estos servicios se administran tratamientos quimioterápicos y/o radioterápicos.

Quemados: Unidad que asiste a pacientes que sufren lesiones las cuales pueden ser producidas por distintos agentes (químicos, físicos, etc), y tienen diferentes niveles de gravedad. Se realiza cura de las lesiones y tratamiento de las complicaciones de las mismas (infecciones, cirugías reparadoras, etc).

Traumatología y Ortopedia: En estos servicios se asisten pacientes con patología osteoarticular sea la misma por causas traumáticas o secundaria a enfermedades crónicas, tanto enfermedades degenerativas, como infecciones (osteomielitis) o neoplasias. Se realizan tratamientos médicos y principalmente quirúrgicos.

Cirugía Cardiovascular: Servicio que asiste a pacientes con patología cardiovascular, incluyendo tanto cirugía cardíaca como tratamiento quirúrgico de patologías del sistema venoso o arterial periférico.

Otorrinolaringología: Servicio que asiste pacientes con patología de nariz, oído y garganta quienes requieran tratamiento tanto médico como quirúrgico.

Clínica Quirúrgica: Pacientes que son sometidos a una cirugía general, son evaluados por un cirujano general, o son readmitidos por una condición que está directamente relacionada a la cirugía practicada durante una hospitalización anterior, y que no está incluida en ninguna de las

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

otras subespecialidades quirúrgicas previstas en la vigilancia VIHDA. Estos servicios incluyen a los pacientes en los siguientes servicios subespecializados:

- o Cirugía oncológica
- o Cirugía de transplante de órganos (se excluyen transplante de córnea y de médula ósea)
- o Cirugía torácica
- o Cirugía vascular

Urología (GU): Pacientes cuya razón fundamental para su admisión es tener un diagnóstico, tratamiento o cirugía del sistema genitourinario realizado por un urólogo.

Neurocirugía: Servicio que incluye pacientes con patología neuroquirúrgica lo cual involucra Sistema Nervioso Central (SNC). Realizan tratamiento de patologías vasculares de SNC, tumorales, traumáticas, derivaciones ventrículo peritoneales, patología de Medula Espinal, etc.

Oftalmología: Servicio que asiste pacientes con patología ocular que requieren tratamiento médico y/ o quirúrgico.

Ginecología: Servicio que asiste pacientes con patología de sistema genital femenino y mamas que requieren tratamiento médico y/o quirúrgico.

Obstetricia: Servicio que asiste pacientes con patologías relacionadas con el embarazo y asistencia del trabajo de parto, parto y sus complicaciones.

Pediatría: Servicio que asiste pacientes < a 15 años, atendidos por un pediatra o un médico de familia.

- o Si el paciente pediátrico cumple con los criterios de otro servicio, como cirugía ortopédica o cardíaca, deberá ser incluido en ese servicio especializado.
- o En los hospitales pediátricos del Programa VIHDA, los pacientes de especialidades médicas deben ser reportados en el servicio pediátrico. Por ejemplo neurología, deben ser reportados en pediatría y no en clínica médica (CM).
- o Aunque los neonatólogos son pediatras, los recién nacidos deben ser clasificados como neonatos normales o de alto riesgo

Urología: Servicio que asiste a pacientes con patologías de las vías génito-urinarias con requerimiento de tratamiento médico y/o quirúrgico.

Infectología: Servicio que asiste a pacientes que cursan enfermedades infectocontagiosas, realizando diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes, tanto ambulatorios como internados. Asiste a pacientes pertenecientes a otros servicios con complicaciones infecciosas. Realiza prevención primaria y secundaria de enfermedades infecciosas.

Hemodiálisis: Servicio destinado a la terapéutica dialítica sustitutiva, que asiste tanto a pacientes internados con requerimientos dialíticos agudos como a pacientes crónicos ambulatorios.

Dermatología: Servicio que asiste a pacientes con patología dérmica de diferentes causas como oncológicas, estéticas, infecciosas, etc., tanto en pacientes internados como ambulatorios.

Unidad Coronaria: Unidad de cuidados críticos de pacientes con patología cardíaca que requieren monitorización permanente durante su estadía.

Emergencia: Servicio que asiste pacientes que requieren asistencia médica inmediata por alteración del estado de salud, con o sin riesgo potencial de vida.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Unidad de Cuidados Mínimos: Zona asistencial diferenciada y específica para tratar procesos agudos de resolución rápida, pero que por su naturaleza no deben esperar en el área de consultas. Estos pacientes no requieren ser monitorizados y pueden requerir una vía endovenosa para administración de medicación, oxigenoterapia o nebulización.

Unidad de Cuidados Intermedios/Moderados: Es la unidad de Internación para pacientes que requieran cuidados constantes y permanentes de atención médica y enfermería, además de equipamiento e instrumental, que no puedan ser brindados en áreas de internación general y que aseguren el adecuado control y tratamiento de los mismos.

IV.8 CRITERIOS PARA CATEGORIZAR LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN VIHDA

Las categorías de procedimientos quirúrgicos para la vigilancia en VIHDA son combinaciones de procedimientos quirúrgicos clínicamente similares.

Estas categorías de procedimientos quirúrgicos hacen posible la comparación de los índices de infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) en grupos de pacientes en los que se realizaron procedimientos similares.

En VIHDA, el índice de ISQ en cada categoría de procedimiento es ajustado por el índice de riesgo.

Antes de que sea posible categorizar un procedimiento quirúrgico, es necesario decidir si el procedimiento cumple con los criterios de procedimiento quirúrgico de VIHDA. No son elegibles, los procedimientos endoscópicos, los debridamientos, los drenajes, las punciones o los cateterismos.

Se considera procedimiento quirúrgico en VIHDA, a aquel que reúne las siguientes características:

- o La intervención se realiza en un paciente internado o en un paciente externado (que luego de la cirugía puede ser dado de alta)
- o La intervención es llevada a cabo en un quirófano donde el cirujano realiza al menos una incisión sobre piel o mucosas, incluyendo laparoscopia, y cierra la incisión antes de que el paciente abandone la sala de operaciones.
- o No se incluyen las reintervenciones por infecciones previas.
- o Debe ser incluido en una de las categorías previstas.

Cada procedimiento quirúrgico es asignado a una categoría de procedimiento quirúrgico específico o a "otra" categoría de procedimiento quirúrgico basada en un sitio corporal.

Esquema de decisión

Utilice el esquema de la Figura 1 para decidir si el procedimiento califica como un procedimiento quirúrgico en VIHDA. Los pasos de decisión son enunciados a continuación.

La respuesta debe ser "sí", en cada paso, para ser incluido como una de las categorías de procedimientos quirúrgicos. Si Ud. decide que la intervención quirúrgica califica como un procedimiento quirúrgico en VIHDA, asígnele una de las categorías de procedimientos quirúrgicos que se corresponda con alguno de los códigos disponibles.

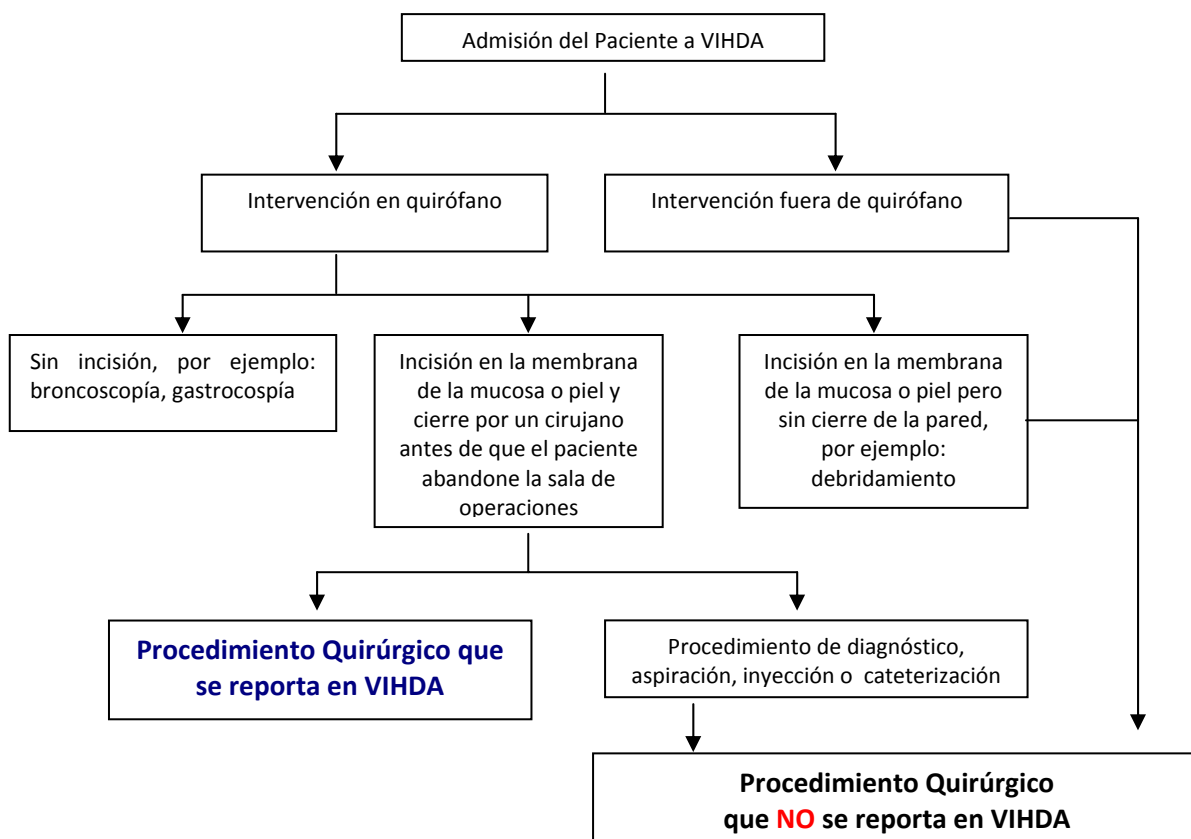
PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- 1.- ¿La intervención quirúrgica fue realizada en un paciente que cumple con los requisitos para ser un "Paciente VIHDA" admitido?
- 2.- Si la respuesta es "sí": ¿la intervención quirúrgica fue realizada en el quirófano o en la sección cesárea en la sala de parto?
- 3.- Si la respuesta es "sí": ¿el cirujano hizo una incisión en la membrana de la mucosa o en la piel y la cerró en forma primaria antes de que el paciente abandone la sala de operaciones o la sala de parto?
- 4.- Si la respuesta es "sí": ¿está el procedimiento incluido en la lista de las categorías de procedimientos quirúrgicos de VIHDA?

Si la respuesta es "sí": corresponde a un procedimiento en VIHDA.

FIGURA 1. DIAGRAMA ESQUEMÁTICO DE CRITERIOS
PARA UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EN EL PROGRAMA VIHDA



PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

IV.9 CRITERIOS PARA DETERMINAR LOS SITIOS DE INFECCIÓN EN VIHDA

Antes de registrar una IACS, los miembros del Comité de Prevención y Control de IACS deben decidir si la información clínica, de laboratorio y de otros diagnósticos observadas en el paciente satisface los criterios de IACS en VIHDA. Para asistir al personal de vigilancia en la toma de la decisión, esta sección contiene un listado de los sitios primarios de infección y el criterio para determinar la presencia de una infección en cada uno de los sitios de infección específicos.

De no contar con un consenso claro respecto de la definición, el criterio se debe basar en la mejor información disponible, y en algunos casos, en algunas decisiones arbitrarias. Es posible que no todos los participantes estén de acuerdo con todos los criterios, en tal caso se deberán utilizar los criterios propuestos por VIHDA a fin de mantener estandarizadas las variables y facilitar la comparación de los datos.

Toda infección registrada debe corresponderse con la definición de IACS: "Es 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".

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

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

Excepciones al punto anterior. En los siguientes supuestos en que el inicio de los síntomas se ha producido antes del tercer día del presente ingreso, la infección también se considerará IACS cuando:

- o el paciente ha sido ingresado con una infección (o desarrolla síntomas en 2 días), pero fue dado de alta de otro hospital en los 2 días previos al presente ingreso.
- o el paciente ha sido ingresado (o desarrolla síntomas en 2 días) con una infección del lugar de la Intervención Quirúrgica (IQ); es decir, si se cumplen los criterios de infección del lugar de la intervención quirúrgica y el paciente fue intervenido en los 30 días previos a la aparición de la infección, o en el año previo si se le colocó un implante durante la intervención.
- o Contemplar la posibilidad de considerar una IACS para todos aquellos pacientes a los que se les colocó dispositivo invasivo en los días 1 o 2 de internación, de lo que ha resultado una infección antes del día 3.

A continuación se presentan otras consideraciones:

- o 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.
- o La evidencia clínica puede ser derivada de la observación directa del sector o unidad de internación en las historias clínicas de pacientes u otros registros de unidades o guardias. (por ejemplo, hoja de temperatura, Kardex)
- o La evidencia del laboratorio puede incluir resultados de test de detección de anticuerpos, o métodos de visualización directa, entre otros.
- o Otros estudios diagnósticos pueden incluir rayos X, ecografía, resonancia nuclear magnética (RNM), tomografía axial computada (TAC), procedimientos endoscópicos, biopsias, o aspiración percutánea.
- o Un diagnóstico de infección de un clínico o cirujano a través de la observación directa durante una intervención quirúrgica, examinación endoscópica, u otros estudios de diagnóstico o de un examen clínico sobre un criterio aceptable para una infección del Programa VIHDA, al menos que existiera evidencia de lo contrario. (Por ejemplo, información escrita en registros de pacientes equivocados, presunto diagnóstico de que no fue avalada por los estudios correspondientes).

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

- o 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.
- o 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.

Existen infecciones que ocurren luego de situaciones especiales y son consideradas IACS:

- o Las infecciones que son adquiridas en el hospital que se tornan evidentes luego del egreso del hospital.
- o Las infecciones en los recién nacidos producto de su paso por el canal de parto. (también se conoce como adquirida maternalmente) si el mismo se produjo en la Institución.

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

Las infecciones producto del resultado de las siguientes situaciones especiales **no** son consideradas infecciones hospitalarias o IACS

- o Las infecciones asociadas con complicaciones o extensiones de infecciones todavía presentes en la admisión, al menos que un cambio en los patógenos o síntomas sugiera fuertemente la adquisición de una nueva infección.
- o Las infecciones en los recién nacidos que han sido adquiridas en forma transplacentaria (por ejemplo, herpes, rubéola, sífilis, VIH) y que se tornan evidentes luego de las 48 horas del nacimiento.

Las siguientes condiciones no son infecciones:

- o 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.
- o Inflamaciones: que responden a una injuria o estimulación por agentes no infecciosos, tales como químicos.

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 primeros agrupan a un conjunto de los segundos con un sentido de categorización.

En VIHDA se consideran 13 "Sitios de Infección Primaria" que agrupan cada uno a un conjunto de "Sitios Específicos de Infección" a efectos de facilitar el análisis de datos. Por ejemplo, existen dos sitios específicos para infecciones del tracto urinario (Infección urinaria Sintomática y riñón, uréter, vejiga, uretra, espacio perinéfrico) que corresponden (o son agrupados) al mismo Sitio Primario de Infección del Tracto Urinario (ITU).

Los sitios primarios y específicos, con sus códigos, se listan en el apartado siguiente.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

V. 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 2018 y entran en vigencia a partir del 1 de enero de 2019.⁸

INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)		
INCISIONAL SUPERFICIAL (PIEL)	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.	Más uno de los siguientes: 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.
INCISIONAL PROFUNDA (TCS)	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.	Más uno de los siguientes: 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 (>38°) 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.

⁸ Participaron del Consenso sobre actualización de definiciones a considerar en el Programa Nacional VIHDA los siguientes profesionales:

Coordinadores: Wanda Alcalá, Juliana Alvarez, Ana Maria Azario, Wanda Cornistein, Alejandro Fernández Garces, Belén Ibarra Camou, Silvia Margalejo Raffin, Yanina Nuccetelli, Norma Peralta y Maria Staneloni.

Redactores Documentos de trabajo: Lorena Abusamra, Elena Andion, Giovanna Antezana Peredo, José Barletta, Sabrina Bulacio, Paula Carrizo, Marcelo Del Castillo, Juan Chuluyan, Lucía Daciuk, Javier Desse, Javier Farina, Adriana Fernández, Silvia Forciniti, Mariela González, Paula Herrera, Flavia Loza, Gustavo Martínez, Silvia Medina, Pedro Montero, Cecilia Vera Ocampo, María Elena Osses, Viviana Rodríguez, Teresa Strella, Alicia Sisto y Silvia Villa.

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

DE ÓRGANOS/ CAVIDADES (OC)	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.	Más uno de los siguientes: 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.
IMPORTANTE: 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.		

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

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

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

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 sí 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.
- Clasificar las infecciones que involucran el sitio de incisión superficial o profundo como 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.

Otras recomendaciones

a) Respecto al numerador

- Define organismos excluidos: organismos asociados de la comunidad bien conocidos (organismos perteneciente a los géneros siguientes: Blastomyces, Histoplasma, Coccidioides, Paracoccidioides, Cryptococcus y Pneumocystis) y/o organismos asociados con infecciones latentes (por ejemplo, herpes zoster [culebrilla], herpes simplex, sífilis o tuberculosis) están excluidos de cumplir con los criterios de ISQ.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- El tipo de ISQ (superficial incisional, incisional, o de órgano/espacio) 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 los criterios para el nivel más profundo de la infección.
- Informes de ISQ después de un cierre no primario: 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.
- La atribución de ISQ a un procedimiento cuando se realizan varios en diferentes fechas: si se tiene varios procedimientos operativos realizados en fechas diferentes antes de una infección, atribuir la ISQ para el procedimiento operativo que se realizó más cercano en el tiempo antes de la fecha de la infección, salvo que exista evidencia de que la infección se asoció con una operación diferente.
- ISQ en procedimientos que involucran a múltiples sitios de la incisión primaria: si múltiples sitios de incisión primaria del mismo procedimiento operatorio se infectan, solamente reportar como una sola ISQ y asignar el tipo de ISQ que representa el nivel de tejido más profundo implicado en cualquiera de los sitios infectados.
- ISQ en procedimientos que tienen sitios de incisión secundarias: ciertos procedimientos pueden implicar incisiones secundarias (por ejemplo cirugía rectal, derivación ventricular). El período de vigilancia para todos los sitios secundarios es de 30 días, independientemente de la profundidad, período incisional o el espacio de vigilancia de órganos/ISQ requerido para el sitio de la incisión primaria (s). Procedimientos incluidos en esta definición se presentan como un único procedimiento quirúrgico.
- ISQ detectada en una institución diferente a la que realizó la cirugía: si se interna un paciente con una ISQ de una cirugía realizada en otro establecimiento de salud, ésta debe ser comunicada.
- Diferentes procedimientos quirúrgicos realizados durante el mismo viaje al quirófano: si se realizan 2 procedimientos en el mismo viaje a la sala de operaciones 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 y se realizan durante el mismo turno quirúrgico, debe completarse una planilla para cada una de las intervenciones.
- Más de un procedimiento quirúrgico a través de la misma incisión dentro de las 24 horas: si un paciente va a quirófano más de una vez durante la misma admisión y el otro procedimiento se realiza a través de la misma incisión y dentro de las 24 horas de finalizada la cirugía original, 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.

b) Respecto al denominador

- Si se realiza más de un procedimiento quirúrgico a través de la misma incisión dentro de 24 horas: si un paciente concurre a quirófano más de una vez durante la misma admisión y otro procedimiento es realizado a través de la misma incisión, y el comienzo del segundo procedimiento es dentro de las 24 horas de finalizado el tiempo de la incisión original, reportar solo una ficha de Denominador por Procedimiento para el procedimiento original, combinando las duraciones de ambos procedimientos basado en la hora de comienzo y de finalización de ambos procedimientos. Por ejemplo, un paciente tiene una CBBG que dura 4 horas, vuelve a quirófano seis horas más tarde para otro procedimiento a través de la misma incisión (Ej. CARD). La segunda cirugía tiene una

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

duración 1.5h, se recomienda reportar el procedimiento quirúrgico como un CBCG y la duración como 5h 30min. Si el tipo de herida cambia, reportar la clase más alta (mayor grado de contaminación quirúrgica). Si el ASA cambia, reportar la clase más alta. No reportar CARD en los datos de denominador.

- El paciente fallece en el quirófano: no completar una ficha de Denominador de Procedimiento. Este procedimiento operativo es excluido del denominador.

c) Análisis de los datos: SIR (razón estandarizada de infección).

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.

Hay tres modelos principales de ISQ/SIR disponibles. Se recomienda realizar el modelo que incluye las ISQ profundas y de órgano/cavidad. Puede realizarse en pacientes adultos y pediátricos:

- Incluye solo ISQ Incisional profunda primaria y órgano/cavidad.
- Incluye solo ISQ identificada en admisión/readmisión para facilitar donde fue realizado el procedimiento.
- Incluye solo pacientes internados.

d) Cálculo de SIR

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

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

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 (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

NEUMONIA (NEU)		
Sitio específico	Signos/síntomas/laboratorio	Radiología
NEU1 Neumonía Definida Clínicamente	Para cualquier paciente: Al menos uno de los siguientes: -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 Y Al menos dos de los siguientes: -Aumento y cambio a características purulentas de las secreciones -Comienzo o deterioro de tos o disnea o taquipnea ⁵ -Rales ⁶ o ruidos de respiración bronquial -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)	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) <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 aceptable ¹
	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 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 purulento ³ o cambios en sus características ⁴ o aumento de las secreciones respiratorias o aumento en los requerimientos de aspiración de secreciones -Apnea, taquipnea ⁵ , aleteo nasal con retracción intercostal, quejido. -Sibilancias, rales ⁶ o roncus -Tos -Bradicardia (<100) o taquicardia (>170)	

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

	Criterios alternativos para niños >1 o ≤ 12 años Al menos tres de los siguientes: -Fiebre (>38,4°C) o hipotermia (<36,5°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 -Rales⁶ o ruidos de respiración bronquial. -Deterioro del intercambio gaseoso o (desaturación de O₂, aumento de demanda de O₂) o incremento de los parámetros de ARM
--	---

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Sitio específico	Signos/síntomas	Laboratorio	Radiología
NEU2B Definida por clínica + hallazgos de laboratorio específicos para bacterias comunes u hongos filamentosos	Los mismos criterios que NEU 1	Al menos uno de los siguientes : -Hemocultivo positivo ⁸ no relacionado a otro foco -Cultivo positivo de líquido pleural - Aspirado traqueal ⁹ -Cultivo cuantitativo positivo ⁹ 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: -absceso o foco de consolidación con intenso infiltrado PMN en bronquiólos y alvéolos -Cultivo positivo cuantitativo ⁹ de parénquima pulmonar -Evidencia de invasión por hongos, hifas o pseudohifas	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) <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 aceptable ¹¹

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

Sitio específico	Signos/síntomas	Laboratorio	Radiología
NEU2V Definida por clínica + hallazgos de laboratorio específicos para Virus, Legionella, Chlamydia, Mycoplasma y otros patógenos infrecuentes	Los mismos criterios que NEU 1	Al menos uno de los siguientes ^{10,12} : - Cultivo viral - Cultivo positivo para Virus 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 (Influenza, virus, <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	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) <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 aceptable ¹

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
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 ¹³ con al menos uno de los siguientes: -Fiebre (>38° 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 ⁶ o ruidos de respiración bronquial. -Deterioro del intercambio gaseoso (Ej: desaturación de oxígeno, PaO ₂ /FIO ₂ ≤ de 240) ⁷ o incremento de los requerimientos de O ₂ o parámetros de ARM -Hemoptisis -Dolor torácico pleurítico	Al menos uno de los siguientes: -Hemocultivos y esputo positivo para <i>Candida</i> spp. ^{14,15} -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 Cualquiera de los criterios de laboratorio definidos en NEU2	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) <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

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 / tuvo apoyo ventilatorio mecánico (con tubo endotraqueal o traqueostomía) por lo menos durante 48 horas previas a la infección.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
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 ≥ 105 UFC de un microorganismo potencialmente patógeno, o lavado broncoalveolar > 104 UFC, o cepillado protegido > 103).

Según el momento de inicio de los síntomas pueden categorizarse en:

- NAR temprana: primeros cuatro días de internación. Agentes asociados: *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Virus Sincitial Respiratorio (VSR)*, *Influenza* y otros virus, etc.
- NAR tardía: posterior a los cuatro días de internación. Agentes asociados: bacilos Gram negativos, *Staphylococcus aureus*, *VSR*, *Influenza*, levaduras, hongos filamentosos, *Legionella spp.*, *Pneumocystis jiroveci*, etc.

Referencias:

1. Ocasionalmente, en pacientes no 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. Espudo purulento se define como secreciones de pulmón, bronquios o tráquea que contienen ≥ 25 neutrófilos y ≤ 10 células escamosas por campo de bajo aumento ($\times 100$). Si los informes de

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

laboratorio 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. Los rales pueden ser descriptos como "crepitantes"

7. Esta medida de oxigenación arterial se define por la relación entre la tensión de oxígeno arterial (PaO₂) para una determinada fracción inspirada de O₂ (FIO₂): Relación Pa/FIO₂

8. 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.

9. Remitirse a la tabla a continuación para determinar los puntos de corte para valores de cultivos de muestras. Un cultivo de aspirado endotraqueal es una muestra con probabilidad de contaminación, por lo cual dicha muestra NO debe considerarse un "criterio de laboratorio"

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

PBAL: Lavado broncoalveolar protegido

B-PSB: Muestra mediante cepillo protegido

NB-BAL: BAL no usando broncoscopio

NB-PSB: BAL con cepillo protegido no usando broncoscopio

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

10. Una vez confirmado por laboratorio un caso de NEU por Virus Sincicial Respiratorio, Adenovirus o Influenza, el diagnóstico presuntivo de estos patógenos en casos subsecuentes con similar cuadro clínico es un criterio aceptable de presencia de NEU-ARM.

11. Aunque algunas veces los adultos con NEU por virus o Mycoplasma pueden tener esputos mucopurulentos, en general éstos suelen ser acuosos o mucoides. En niños, la NEU por Virus Sincicial Respiratorio o Influenza

produce generalmente copiosa cantidad de esputo. Los pacientes, excepto niños prematuros, con NEU viral o por Mycoplasma podrían tener escasos signos y /o síntomas, incluso teniendo infiltrados radiográficos presentes.

12. En pacientes con NEU por *Legionella sp.*, Micoplasma o virus, las tinciones de secreciones suelen contener escasa cantidad de bacterias.

13. Pacientes Inmunocomprometidos: incluyen aquellos con neutropenia (neutrófilos totales <500 leucocitos/mm³), leucemia, linfoma, infección por HIV con CD4 <200 /mm³, esplenectomizados, pacientes en transplante 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)

14. Las secreciones y hemocultivos deben haber sido obtenidos dentro las 48 horas.

15. Los cultivos de secreciones semicuantitativos o no cuantitativos obtenidos mediante esputo inducido por tos profunda, 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.

Comentarios

- El diagnóstico médico de neumonía solo, no es un criterio aceptable para la definición de NEU intrahospitalaria.
- Aunque hay criterios específicos para pacientes pediátricos, estos también se incluyen en los correspondientes a pacientes adultos.
- 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 traqueotomía 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 agregado o cambio de los patógenos solamente, no es indicativo de un nuevo episodio de NEU. Además del

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

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.

- 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-AR.

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

Sitio específico	Signos/síntomas
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO SINTOMÁTICA (ITUS) Deben cumplir al menos uno de los 3 criterios	Criterio 1a Estos episodios se reportan como ITUS asociados a CU Deben cumplir los 3 puntos siguientes: 1. Paciente con CU por > de 48hs consecutivas al día del evento y además: a) Que estuviera presente para cualquier porción del día del evento - o b) Hubiese sido removida 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 aumento de la frecuencia urinaria. 3. Urocultivo positivo con > o igual 10⁵ ufc/ml con no más de 2 especies de microorganismos. Criterio 1b Estos episodios se reportan solo como ITUS asociada a procedimientos NO vigilados (no asociadas a CU) Deben cumplir los 3 puntos siguientes: 1. El paciente no tuvo un catéter urinario 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, o dolor o sensibilidad en el ángulo costovertebral 3. Urocultivo positivo con > o igual 10⁵ ufc/ml con no más de 2 especies de microorganismos. Criterio 2 ITUAC en pacientes < 1 año de edad Deben cumplir los 3 puntos siguientes: 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 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 ≥105 CFU / ml.

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

Sitio específico	Signos/síntomas	
INFECCIONES DEL SISTEMA URINARIO (ISU)	Deben cumplir los 3 puntos siguientes 1. Paciente con o sin CU que no tiene signos o síntomas de ITUS 1 o 2. 2. Urocultivo positivo con no más de 2 especies de microorganismos, y al menos uno de ellos con ≥ 105 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.	
OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (OITU) (riñón, uréter, vejiga, uretra, o tejidos retroperitoneales o del espacio perirenal) Deben cumplir al menos uno de los criterios	Criterio 1 Presencia de un microorganismo aislado por cultivo de un fluido (excepto orina) o tejido del sitio afectado.	
	Criterio 2 Presencia de un absceso u otra evidencia de infección por examen directo, durante la cirugía o examen histopatológico.	
	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	Más uno de los siguientes: a. Drenaje purulento del sitio afectado. b. Hemocultivos positivos compatibles con el sitio de sospecha de infección. c. Evidencia radiográfica de infección, anormalidades en ecografía, TAC, RNM,galio,tecnecio).
	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 o vómitos.	Más uno de los siguientes: 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 vesical.
- 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
- Ejemplo de cómo considerar las fechas de ITUAC en pacientes con catéteres vesicales (Foley) que removidas y colocadas.

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

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 *	Foley 3°d	Foley 4° d	Remoción de Foley (Foley 5°d)	Recolocación Foley (Foley 6°d)	Foley 7°d	Foley 8°d	Sin Foley	ELEGIBLE PARA ITUAC DEL 31 AL 6 DE ABRIL
Pac. B **	Foley 3° d	Foley 4° d	Remoción de Foley (Foley 5°d)	Sin Foley	Recolocación Foley 1° d	Foley 2° d	Foley 3° d	ELEGIBLE PARA ITUAC DEL 31 AL 3 DE ABRIL O DESDE EL 6 DE ABRIL

* Si al paciente se le inserta un nuevo catéter permanente (Foley) 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 catéter permanente (Foley) durante al menos 1 día de calendario completo, el día de recuento de catéter urinario se iniciará de nuevo (Paciente B).

Consideraciones

- La punta del catéter urinario no debe ser cultivada y no es aceptables para el diagnóstico de ITU.
- El urocultivo debe ser obtenido utilizando una técnica aséptica adecuada o cateterización.
- Las muestras obtenidas de CU deben ser aspiradas a través de los sitios para toma de muestras, desinfectados previamente.
- 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.
- 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.
- Los siguientes organismos excluidos no se pueden usar para cumplir con la definición de ITU (*):
 - o Moho

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- 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.

(*) 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; realizar punción suprapubica para descartar colonización de la SV.

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 EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN PRIMARIA DE LA SANGRE (IPS)

¿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 braquiocéfálica, 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.

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 o al alta del paciente, lo que ocurra primero.

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

Si un paciente ingresa en una sala de internación donde se realiza la vigilancia de IPS-CC, con un CC ya colocado, y es el único CC del paciente, el día del primer acceso al mismo se considerará como Día 1 del CC en esa unidad.

Los eventos IPS-CC no pueden atribuirse a una unidad hospitalaria sin camas, por lo tanto, deben atribuirse a la ubicación donde el paciente está hospitalizado. Por ejemplo: paciente en diálisis que presenta un único CC y el personal de diálisis es el único que tiene acceso al mismo durante la diálisis.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Criterios para definir IPS-CC

- Una Infección Primaria de la Sangre (o Bacteriemia) considerada IPS nosocomial asociada a Catéter Central ocurre en un paciente que cumple con alguno/s de los siguientes criterios:
- Signos clínicos ya definidos en ítems anteriores 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.
- 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.
- Hemocultivo positivo más signos clínicos de sepsis más hallazgos por imagen (ecodoppler, TAC, RNM, flebografía) de trombosis de venas centrales o colección compatible con émbolo séptico o fungoma relacionados con la presencia de catéteres centrales.
- 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.
- Hemocultivo positivo más cultivo positivo por punción aspiración del área de inserción del catéter.
- Tener colocado el CC al menos durante 48 hs previas a la toma del hemocultivo positivo o haberlo tenido hasta 48hs antes de la obtención de la muestra.
- Las Bacteriemias (BAC) son Infecciones Primarias de la Sangre asociadas a la presencia de un Catéter Central, o a un Catéter Umbilical en neonatos, (IPS-CC) colocados 48 hs previas al inicio de la infección o lo tenía colocado dentro de las 48 horas previas a presentar el evento.

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

INFECCIÓN PRIMARIA DE LA SANGRE (IPS)		
Los criterios 1 y 2 para Bacteriemia confirmada por laboratorio (BACLAB) pueden usarse para pacientes de cualquier edad, incluyendo pacientes ≤ 1 año de edad.		
CONFIRMADA POR LABORATORIO (BACLAB)	Criterio 1 Aislamiento de un patógeno conocido (<i>S. aureus</i> , <i>Enterococcus spp.</i> , <i>E. coli</i> , <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Candida spp.</i> , etc.) en uno o más hemocultivos o método de prueba microbiológica no basado en cultivo (excluyendo organismos identificados mediante pruebas en sueros) Y este microorganismo no debe estar relacionado con infección en otro sitio. (Ver Notas 1 y 2)	
	Criterio 2 Paciente con al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$), escalofríos o hipotensión (TA sistólica < 90 mmHg) Y signos y síntomas Y resultados de laboratorio positivo que no están relacionados con una infección en otro sitio.	Más uno de los siguientes: Dos o más hemocultivos positivos, de extracciones de sangre realizadas en ocasiones separadas con un máximo de tiempo entre las extracciones de 48 hs, para contaminantes conocidos de la piel (difteroides, [<i>Corynebacterium spp.</i>], <i>Bacillus spp.</i> , (no <i>B anthracis</i>) <i>Propionibacterium spp.</i> , <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> (incluyendo <i>S. epidermidis</i>), <i>Streptococcus</i> del grupo viridans, <i>Aerococcus spp.</i> , <i>Micrococcus spp.</i>) (Ver Nota 3 y 4)
	Criterio 3 Pacientes ≤ 1 año, con al menos uno de los siguientes signos o síntomas: -fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$ rectal), hipotermia ($< 36^{\circ}\text{C}$ rectal), apnea o bradicardia, Y los signos y síntomas, Y los resultados positivos de laboratorio no están relacionados con una infección en otro sitio	Más uno de los siguientes: Dos o más hemocultivos positivos para contaminantes conocidos de la piel tomados en ocasiones separadas (ejemplo: difteroides (<i>Corynebacterium spp.</i>), <i>Bacillus spp.</i> (no <i>B anthracis</i>), <i>Propionibacterium sp.</i> , <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> (incluyendo <i>S. epidermidis</i>), <i>Streptococcus</i> del grupo viridans, <i>Aerococcus spp.</i> , <i>Micrococcus spp.</i>) (Ver Notas 3 y 4)

Notas

1. En el criterio 1, la frase "uno o mas 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).
2. En el criterio 1, el término "patógeno conocido" no incluye patógenos considerados contaminantes conocidos de la piel (Ver criterios 2 y 3 para la lista de contaminantes conocidos de la piel). Algunos

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

patógenos conocidos: *S. aureus*, *Enterococcus spp.*, *E. coli*, *Pseudomonas spp.*, *Klebsiella spp.*, *Candida spp.* y otros.

3. En los criterios 2 y 3, la frase "dos o más hemocultivos positivos para contaminantes conocidos de la piel tomados en ocasiones separadas" hace referencia a que la sangre de al menos 2 muestras de sangre recolectadas dentro de los 2 días una de otra y que al menos 1 botella de cada muestra de sangre extraída este reportada por el laboratorio con el crecimiento del mismo microorganismo contaminante conocido de la piel (Ej. cultivo positivo de sangre). Ver nota 4 para determinar el mismo microorganismo.

4. Existen variadas condiciones para determinar la valoración de los mismos microorganismo:

a. 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.

b. Solo debería utilizarse la identificación de género y especie para determinar la similitud de los microorganismos. No se deberían utilizar métodos comparativos adicionales (Ej. 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.

5. Exclusiones de patógenos y consideraciones de presentación de informes:

El término "patógeno reconocido" en los criterios de BACLAB 1 se refiere a cualquier organismo que no esté incluido en la lista comensal común.

Excepciones:

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.

Los organismos que pertenecen a los siguientes géneros no pueden utilizarse para cumplir con ninguna definición de NHSN en BACLAB:

Blastomyces, *Histoplasma*, *Coccidioides*, *Paracoccidioides*, *Cryptococcus* y *Pneumocystis*.

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.

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

7. Los elementos del criterio deben ocurrir dentro del periodo 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.

8. Las dos muestras con contaminantes conocidos de la piel coincidentes representan un elemento único para el uso en el cumplimiento de los criterios de BACLAB 2 y BACLAB 3 y la fecha de recolección de la primera muestra se usa para determinar periodo ventana de la infección

9. Se requiere al menos un elemento (específicamente, un signo o síntoma de fiebre, escalofríos o hipotensión) para cumplir con los criterios de BACLAB 2 y BACLAB 3; el día del evento siempre será la

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

fecha en que aparece el primer elemento por primera vez durante el periodo ventana, ya sea un signo o síntoma o la muestra de sangre positiva.

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	
Y		
El paciente cumple al menos uno de los siguientes:		
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: a. enfermedad de injerto contra el huésped grado III o IV con compromiso gastrointestinal 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.		
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.		
Notas:		
- Si un paciente cumple con los criterios de BACLAB-LBM 1 y BACLAB-LBM 2 (específicamente tiene Streptococcus viridans group más solo otros organismos MBI en la muestra de sangre), se informará BACLAB-LBM 1 con el patógeno reconocido como patógeno 1 y el comensal común como patógeno 2.		
- 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.		

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

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

<i>Abiotrophia</i>	<i>Escherichia (E)</i>	<i>Pantoea (+E)</i>
<i>Alistipes</i>	<i>Eubacterium</i>	<i>Parabacteroides</i>
<i>Alloscardovia</i>	<i>Ewingella (E)</i>	<i>Peptostreptococcus</i>
<i>Anaerobiospirillum</i>	<i>Faecalibacterium</i>	<i>Pichia</i>
<i>Anaerococcus</i>	<i>Filifactor</i>	<i>Porphyromonas</i>
<i>Anaerorhabdus</i>	<i>Finnegoldia</i>	<i>Prevotella</i>
<i>Arcobacter</i>	<i>Flavonifractor</i>	<i>Proteus (E)</i>
<i>Atopobium</i>	<i>Fusobacterium</i>	<i>Providencia (E)</i>
<i>Averyella (+E)</i>	<i>Gemella</i>	<i>Pseudoflavonifractor</i>
<i>Bacteroides</i>	<i>Geotrichum</i>	<i>Pseudoramibacter</i>
<i>Bifidobacterium</i>	<i>Granulicatella</i>	<i>Rahnella (E)</i>
<i>Bilophila</i>	<i>Hafnia (E)</i>	<i>Raoultella (+E)</i>
<i>Blautia</i>	<i>Helcococcus</i>	<i>Rothia</i>
<i>Buttiauxella (E)</i>	<i>Helicobacter</i>	<i>Ruminococcus</i>
<i>Campylobacter</i>	<i>Klebsiella (E)</i>	<i>Saccharomyces</i>
<i>Candida</i>	<i>Kluyvera (E)</i>	<i>Sarcina</i>
<i>Capnocytophaga</i>	<i>Kluyveromyces</i>	<i>Serratia (E)</i>
<i>CDC Enteric Group 58 (+E)</i>	<i>Lactobacillus</i>	<i>Shigella (E)</i>
<i>Cedecea (E)</i>	<i>Leclercia (E)</i>	<i>Slackia</i>
<i>Citrobacter (E)</i>	<i>Leminorella (E)</i>	<i>Streptococcus (VGS subset)</i>
<i>Clostridium</i>	<i>Leptotrichia</i>	<i>Tannerella</i>
<i>Collinsella</i>	<i>Leuconostoc</i>	<i>Tatumella (E)</i>
<i>Cronobacter (+E)</i>	<i>Megamonas</i>	<i>Tetragenococcus</i>
<i>Dialister</i>	<i>Megasphaera</i>	<i>Tissierella</i>
<i>Dichelobacter</i>	<i>Mitsuokella</i>	<i>Trabulsiella (E)</i>
<i>Edwardsiella (E)</i>	<i>Moellerella (E)</i>	<i>Veillonella</i>
<i>Eggerthella</i>	<i>Mogibacterium</i>	<i>Weissella</i>
<i>Eggerthia</i>	<i>Morganella (E)</i>	<i>Yersinia (E)</i>
<i>Enterobacter (E)</i>	<i>Obesumbacterium (+E)</i>	<i>Yokenella (E)</i>
<i>Enterococcus</i>	<i>Odoribacter</i>	

E= Familia Enterobacteriaceae

- El DE 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 de DE.
- 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.

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

- Como se menciona anteriormente, si un paciente es admitido o transferido a una unidad con un CC existente y es el único CC que presenta, el primer día de acceso al mismo, se considerará como el día 1 del CC.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

- Si se retira un CC que reunía los criterios para ser vigilado o el paciente se da de alta, el DE de IPS debe ser el día o el día posterior al retiro del dispositivo/alta del paciente para cumplir con los criterios de BACLAB.
- 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. Si, después de la eliminación, pasa al menos un día calendario completo (que no debe interpretarse como 24 horas) sin CC en su lugar, el recuento de días del dispositivo comienza de nuevo (día 1 de CC) cuando se coloca un nuevo catéter y se comenzará a vigilar desde el día 3 de colocado.
- 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 catéter central por paciente por día calendario sin importar cuántas líneas centrales tenga el paciente.
- Consideraciones para la recolección de muestras: la sangre para hemocultivos debe obtenerse en dos a cuatro extracciones de sangre de sitios de venopuntura diferentes (Ej. venas antecubitales derecha e izquierda), no a través de un catéter central.

Otras recomendaciones

- 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 ubicación 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 (VIHDA)
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.	
	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, RNM, 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.	
	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, RNM, Galio).

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

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 (VIHDA)
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 ($>38^{\circ}\text{C}$), zumbidos, signos neurológicos focales, cambios en el nivel de conciencia o confusión.	Más uno de los siguientes: - Presencia de microorganismos al examen microscópico del tejido cerebral u absceso obtenido por aspiración o biopsia durante la cirugía o autopsia. - Test de antígeno positivo en sangre o en orina - Evidencia radiológica de infección (TAC, RNM, Galio o arteriografía). - Diagnóstico con títulos altos de IgM o par serológico de IgG para patógenos y si el diagnóstico es realizado pre-morten debe haber recibido tratamiento antibiótico apropiado.	
	Criterio 4 Pacientes con edad ≤ 1 año, con al menos dos de los siguientes signos o síntomas, sin otra causa conocida: fiebre ($>38^{\circ}\text{C}$ rectal), hipotermia ($<37^{\circ}\text{C}$ rectal) apnea, bradicardia, signos neurológicos focales o cambios en el nivel de conciencia.	Más uno de los siguientes - Presencia de microorganismos al examen microscópico del tejido o absceso cerebral obtenido por aspiración o biopsia durante la cirugía o autopsia. - Test de antígeno positivo en sangre o en orina. - Evidencia radiológica de infección (ecografía, TAC, RNM, Galio o arteriografía). - Diagnóstico de títulos altos de IgM o par serológico de IgG para patógenos y si el diagnóstico es realizado pre-morten debe haber recibido tratamiento antibiótico apropiado.	

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
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 para patógenos y si el diagnóstico es realizado pre-morten debe haber recibido tratamiento antibiótico apropiado.
	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 para patógenos y si el diagnóstico es realizado pre-morten debe haber recibido tratamiento antibiótico apropiado .
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.		
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.	Más uno de los siguientes: a. Hemocultivos positivos. b. Evidencia radiográfica de absceso espinal (TAC, RNM,...) y si el diagnóstico es realizado pre-morten debe haber recibido tratamiento antibiótico apropiado.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
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 ($>38^{\circ}\text{C}$), 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 ($>38^{\circ}\text{C}$ rectal), hipotermia ($<37^{\circ}\text{C}$ 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 o que no haya desarrollado ningún germen en los hemocultivos.
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 (VIHDA)
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: a. Dos o más hemocultivos positivos. b. Visualización de microorganismos en las válvulas por coloración de Gram, cuando el cultivo es negativo o no se realizó. c. Vegetación valvular visualizada mediante la cirugía o autopsia. d. Test de antígeno positivo en sangre o en orina (H. influenzae, S. pneumoniae, N. meningitidis, o estreptococo Grupo B). e. Evidencia de vegetación nueva por ecocardiograma, y si el diagnóstico es hecho pre-mortem debe haber recibido tratamiento antimicrobiano adecuado.
	Criterio 3 Paciente ≤ 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: a. Dos o más hemocultivos positivos. b. Visualización de microorganismos en las válvulas por coloración de Gram, cuando el cultivo es negativo o no se realizó c. Vegetación valvular visualizada mediante la cirugía o autopsia. d. Test de antígeno positivo en sangre o en orina (H. influenzae, S. pneumoniae, N. meningitidis, o estreptococo Grupo B) e. 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 (VIHDA)
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 paradojal o aumento de la silueta cardíaca.	Más uno de los siguientes: a. Anormalidades electrocardiográficas compatibles con miocarditis o pericarditis b. Test de antígeno positivo en sangre (<i>H. influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>). c. Evidencia de miocarditis o pericarditis en el examen histológico de tejido cardíaco. d. Aumento de anticuerpos específicos con o sin aislamiento de virus de faringe o heces. e. 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 paradojal, aumento de la silueta cardíaca.	Más uno de los siguientes: a. Anormalidades electrocardiográficas compatibles con miocarditis/ pericarditis b. Test de antígeno positivo en sangre (<i>H. influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>). c. Evidencia de miocarditis o pericarditis en el examen histológico de tej. cardíaco. d. Aumento de anticuerpos específicos con o sin aislamiento de virus de faringe o fauces. e. Derrame pericárdico identificado por imágenes (ecocardio, TAC,...).

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
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 (VIHDA)
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: a. Visualización de microorganismos y leucocitos en la coloración de Gram. b. Drenaje purulento. c. Test de antígeno positivo de exudado o hisopado conjuntival (ELISA o IF para <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Herpes simplex</i>, <i>Adenovirus</i>). d. Visualización de células gigantes multinucleadas en el exudado o raspado conjuntival e. Cultivo positivo para virus del exudado conjuntival. f. Serología positiva (IgM+ o aumento de 4 veces la IgG)
Observaciones : - 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: a. Diagnóstico clínico de infección ocular. b. Test de antígeno positivo en sangre (<i>H.influenzae</i>, <i>S. pneumoniae</i>). c. 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 (VIHDA)
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 (VIHDA)
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, EPIGLOTTITIS)	Criterio 1 Dos de los siguientes signos y síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), eritema faringeo, 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 ≤1 año, con al menos dos de los siguientes signos y síntomas, sin otra causa conocida: fiebre (>38°C rectal) hipotermia (<37°C rectal)</i> 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 (VIHDA)
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 ($>38^{\circ}\text{C}$), 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 ($>38^{\circ}\text{C}$), 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.
INFECCIÓN 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 ($>38^{\circ}\text{C}$), 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 ($>38^{\circ}\text{C}$), 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 (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Observaciones: -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).		
INFECC. INTRAABDOMINAL (IAB) (VESÍC BILIAR, HÍGADO EXCEPTO HEPATITIS VIRALES, BAZO, PÁNCREAS, PERITONEO Y ESPACIO SUBFR O SUBDIAFRAG. U OTRAS ÁREAS INTRAABD.)	Criterio 1 Cultivo positivo de material purulento obtenido del espacio intraabdominal durante cirugía o punción.	
	Criterio 2 Absceso u otra evidencia de infección intraabdominal visualizada mediante cirugía o examen histopatológico.	
	Criterio 3 Al menos dos de los siguientes hallazgos clínicos sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), náuseas, vómitos, dolor abdominal o ictericia.	Más uno de los siguientes: 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...).
Observaciones: - 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.		
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN INFANTES (ECN)	Criterio 1 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.	Más uno de los siguientes hallazgos radiográficos: a. Neumoperitoneo. b. Neumatosis intestinal. c. Asas de intestino delgado rígidas.
	Criterio 2 ECN Quirúrgica: Infante tiene por lo menos 1 de los siguientes hallazgos quirúrgicos: 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 (VIHDA)
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)	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.	Más uno de los siguientes: a. Hemocultivo positivo. b. Diagnóstico médico.
(EPIDÍDIMO, TESTÍCULO, PRÓSTATA, VAGINA, OVARIO, ÚTERO O TROMPAS)		

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
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: - 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: - 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 (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCION DE ULCERA POR DECÚBITO (ESCA)	Criterio 1 Al menos dos de 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.	
	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 <i>Herpes simplex</i> , identificación histológica de inclusión o visualización de partículas virales por microscopía 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 ($>38^{\circ}\text{C}$), o hipotermia ($<36^{\circ}$), hipotensión (TA sistólica ≤ 90 mmHg.), oliguria ($\leq 20\text{cc/h}$), 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 <i>Herpes simplex</i> , identificación histológica de inclusión o visualización de partículas virales por microscopía 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 (VIHDA)
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 ≤ 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 (≤ 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 (≤ 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 <i>anthracis B</i>] <i>spp</i> , <i>Propionibacterium spp</i> , <i>estafilococos coagulasa-negativos</i> [incluyendo <i>epidermidis</i> , <i>S</i>], <i>estreptococos del grupo viridans</i> , <i>Aerococcus spp</i> , <i>Micrococcus spp</i>) y diagnóstico clínico de infección o tratamiento adecuado por médico.	

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

INFECCIÓN SISTÉMICA (ISIS)	
SEPSIS BACTERIANA (ISB)	Definición: Respuesta inflamatoria sistémica frente a la infección, caracterizada por los siguientes signos: temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $<36^{\circ}\text{C}$, taquicardia, taquipnea, leucocitos >12.000 . Los patógenos comunes: niños de mayor edad: <i>H.influenzae</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>meningococo</i> , <i>S. aureus</i> . Adultos: anaerobios, <i>estafilococo</i> dorado. Poco frecuente la variedad por virus u hongos. Su incidencia es de 175.9 por 100.000 pacientes dados de alta en los hospitales.
SEPSIS VIRAL (ISV)	Definición: Es la infección que involucra múltiples órganos y sistemas, sin un sitio único aparente de infección, usualmente de etiología viral y con signos y síntomas sin otra causa conocida y compatible con infecciones con compromiso múltiple de órganos o sistemas.
Observaciones: - 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.	

VI. FACTORES DE RIESGO

VI.1 VIGILADOS POR EL SISTEMA

ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM)

Respiración Asistida Mecánicamente a través de diferentes formas, siempre que la vía utilizada sea a través de traqueostomía o intubación endotraqueal dentro de las 48 hs. anteriores al desarrollo de la infección:

- Respiración a presión positiva intermitente
- Presión positiva al final de la espiración
- Presión positiva continua de las vías aéreas
- Otras tecnologías

CATÉTER CENTRAL (CC)

Catéter ubicado en los grandes vasos (aorta, vena cava, vena braquiocéfálica, jugular interna, vena subclavia, etc.) colocado por lo menos dentro de las 48 hs. de la aparición de la infección.

Un introductor es considerado un catéter intravascular.

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 catéter central.

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

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

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

CATÉTER URINARIO (CU)

Introducción de una sonda desde la uretra hasta la vejiga. Se considerará infección relacionada a catéter luego de 24 hs. de colocado, o que aparezca la infección antes de 7 días de retirado el catéter.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Refiérase a "Categorización de Procedimientos".

VI.2 NO VIGILADOS POR EL SISTEMA

ALIMENTACION PARENTERAL

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

ARTROSCOPIA

Visualización directa de las articulaciones mediante un endoscopio.

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.

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.

CORIOAMIONITIS

Inflamación de la parte externa de las membranas fetales.

DERIVACION VENTRICULAR

Shunt de derivación ventricular hacia peritoneo o cavidad auricular.

ENDOSCOPIA

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

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

EXANGUINO TRANSFUSION

Técnica que consiste en reemplazar total o parcialmente la sangre de un paciente por la de un individuo sano.

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.

LOQUIOS FETIDOS

Flujo sanguinolento que se elimina por la vagina durante el puerperio con características malolientes

MADRE FEBRIL

Temperatura igual o mayor a 38° C durante el parto o puerperio.

MEDICION DE PRESION INTRACRANEANA (PIC)

OSTOMIA

Abocamiento al exterior de una cavidad (colostomía)

OTRAS COLONIZACIONES

En zonas cordón umbilical, piel, conducto auditivo, etc.

OTRAS PUNCIONES

En cavidades u órganos no detalladas.

PERIDURAL

Anestesia realizada en la duramadre.

OXIGENOTERAPIA EN RN

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.

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

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.

SIN RIESGO RECONOCIDO

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.

SONDAJE INTERMITENTE

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:

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

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

Nº de días - paciente

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

$$\begin{aligned} \text{Índice de utilización de Asistencia} \\ \text{Respiratoria Mecánica (A.R.M.)} \end{aligned} = \frac{\text{Nº de días de A.R.M.}}{\text{Nº de días - paciente}} \times 100$$

b. Tasas de Infección

Tasa de IH asociada a Procedimientos Día

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

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

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

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

En el ejemplo mostrado continuación en la Planilla de Registro Mensual: hay un total de 98 días-paciente (d) durante el mes, 70 días-CU (e), 40 días-CC (f) y 30 días ARM (g).

Tasa de IH según Pacientes en riesgo y días observados

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

$$\begin{aligned} \text{Tasa de IH asociada} \\ \text{a pacientes riesgo} \end{aligned} = \frac{\text{Nº de infecciones}}{\text{Nº de paciente riesgo}} \times 100$$

Utilizando los datos del ejemplo anterior: a = número de pacientes que se encuentran en la UCI al comenzar el mes (3) y c = número de nuevos ingresos durante el mes (17); a+c = (20) es el número total de pacientes en riesgo para el mes. Este número debe utilizarse

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

como el denominador de la ecuación para la tasa de infección asociada a pacientes riesgo del mes en la UCI.

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.

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

En el ejemplo mostrado más adelante en este manual, en la Planilla de Registro Mensual: hay un total de 98 días-paciente.

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 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)

Se calcula a continuación el PRODE utilizando los datos del ejemplo:

$$\text{PRODE} = \frac{98}{17 + \frac{3}{2} - \frac{4}{2}} = 5.9 \text{ días}$$

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

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 para cada tipo de riesgo de la UCN y cada categoría de peso.

b. Tasas de Infección

Tasa de IH 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.

$$\text{Tasa de IPS asociada a Catéter Central (CC) para RN } \geq 2500 \text{ gr.} = \frac{\text{Nº de IPS asociadas a CC en RN } \geq 2500 \text{ gr.}}{\text{Nº de días de catéter central en RN } \geq 2500 \text{ gr.}} \times 1000$$

$$\text{Tasa de NEU asociada a ARM para RN 1501-2500 gr.} = \frac{\text{Nº de NEU asociada a ARM en RN 1501-2500 gr.}}{\text{Nº de días de ARM en RN 1501-2500 gr.}} \times 1000$$

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

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

En el ejemplo que se muestra a continuación, existía un total de 120 pacientes día (d) en la unidad, con un peso al nacer <1000 gramos durante el mes. Estos valores servirán como denominador de los índices.

El cociente es multiplicado por 1000, por lo tanto cada índice de infección es expresado como el número de infecciones por 1000 días-paciente, para CC o ARM.

Nota: a solicitud de algunas Instituciones adheridas al Programa VIHDA, y aunque no es habitual, el Sistema VIHDA calcula las tasas de IH asociados a Catéter Urinario para UCN.

Tasa de IH según Pacientes en riesgo y días observados

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

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

Utilizando los datos del ejemplo anterior: a = número de pacientes que se encuentran en la UCI al comenzar el mes (3) y c = número de nuevos ingresos durante el mes (17); a+c = (20) es el número total de pacientes en riesgo para el mes. Este número debe utilizarse como el denominador de la ecuación para la tasa de infección asociada a pacientes riesgo del mes en la UCI.

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.

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

En el ejemplo mostrado más adelante en este manual, en la Planilla de Registro Mensual: hay un total de 98 días-paciente.

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.

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

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)

Se calcula a continuación el PRODE de recién nacidos con < 1000 gr. utilizando los datos del ejemplo:

$$\begin{array}{l} \text{PRODE de RN con peso} \\ \leq 1000 \text{ gramos} \end{array} = \frac{120}{7 + \frac{3}{2} - \frac{3}{2}} = 17.1 \text{ días}$$

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:

$$\begin{array}{l} \text{Tasa de} \\ \text{ISQ} \end{array} = \frac{\begin{array}{l} \text{Nro. de infecciones en } S \text{ de pacientes que tuvieron una intervención} \\ \text{quirúrgica de tipo } t \text{ realizada durante un período de tiempo especificado} \end{array}}{\begin{array}{l} \text{Nro. de intervenciones de tipo } t \text{ realizadas} \\ \text{durante el período de tiempo especificado} \end{array}} \times 100$$

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Donde:

S = infección del Sitio Quirúrgico

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

Utilizando esta fórmula y los datos de la Tabla 2, que se mostrará a continuación, la tasa de ISQ debida a una intervención quirúrgica específica realizada durante el mes es 3.3 cada 100 intervenciones.

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 NISS. 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.

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

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

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.

Utilizando esta fórmula y los datos de la tabla 2, los índices de ISQ para una intervención quirúrgica dentro de las categorías del índice de riesgo de ISQ del programa VIHDA son 0.0, 2.4, 4.8 y 20.0 para las categorías de riesgo 0, 1, 2 y 3 respectivamente.

Tabla 2. Ejemplos del cálculo de las Tasas de ISQ utilizando las fórmulas 1 y 2

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 EPIDEMIOLOGÍA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)
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 (registrado anteriormente como CAR)
CRT	5	RV M	Bypass Arteria Coronaria - Puente Mamario	Revascularización Miocárdica: Puente Mamario (registrado anteriormente como CRT)
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 (registrado anteriormente como CRI)
CV	2	SE	Cirugía Cardiovascular, sin especificar	Otros procedimientos quirúrgicos en sistemas cardiovasculares, sin especificar (registrado anteriormente como OCV)
VAS	3	V	Cirugía vascular	Safenectomía –Varicectomía -Ligadura de vasos perifér. y centrales Tromboendarterectomías de vasos perifér. y centrales <u>No incluye Bypass de vasos periféricos y centrales</u> 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
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) (registrado anteriormente como OGI)
	3	GAS	Cirugía Gástrica	Gastrorrafia – Piroloplastía - Vagotomía

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (VIHDA)

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

				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	Coledocoplastia - 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. <u>No incluye cirugías del recto</u>
	3	REC	Cirugía rectal	Fijación del recto al promontorio. 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 Pieloplastia- Otras cirugías de riñón Corrección de fístulas renal-uretral Ureterolitotomía-Ureteroplastia - Otras cirugías de uréter
		CIS	Cirugía de Vejiga	Cistolitotomía - Cistorrafia - Corrección fístula de

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

				vejiga
		UR	Cirugía de Ureter	Meatotomía – Ureteroplastia - 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. Varicoceleotomía - 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 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 – Septoplastía 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

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

				(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	Meningoceleotomía	Meningoceleotomía Simpatectomía - Resección de tumores de médula 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 (excepto Rodilla)

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

	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, humero, 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 cóccix Tratamiento quirúrgico de aponeurosis palmar. Otras cirugías de mano Tratamiento quirúrgico de rotura de ligamentos Otras cirugías del sistema musculoesquelético <i>(registrado anteriormente como OMS)</i>
		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 <i>(registrado anteriormente como OGA)</i>
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	Traqueoplastia - Broncoplastia - Exéresis de papiloma

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

				Otras cirugías de bronquios y tráquea
	3	SE	Cirugía Torácica, sin especificar	Otras cirugías torácicas, sin especificar
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 (registrado anteriormente como OFT)
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 (registrado anteriormente como CCU)