

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

ACTA GENERAL DEL CONSENSO

A. Instituciones participantes

Participaron de este consenso interinstitucional, el Instituto Nacional de Epidemiología INE-ANLIS, a través del Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias VIHDA, la Sociedad Argentina de Infectología SADI y la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones ADECI.

B. Grupos y Coordinadores

Fueron Coordinadores Generales del Consenso, los doctores Irene Pagano y Ángel Colque y el ECI Pedro Montero.

A efectos de la redacción del documento preliminar de consenso que se validó, se conformaron los siguientes grupos temáticos, con los respectivos coordinadores e integrantes:

1. Neumonía

Coordinador: Dra. Irene Pagano

Integrantes: Dr. Alejandro Fernández, Dra. María Ines Staneloni, Dra. Juliana Álvarez, ECI Marissa Benítez, ECI Pedro Montero.

2. Infección Primaria de la Sangre

Coordinador: Dra. Yanina Nuccetelli

Integrantes: Dra. Adriana Fernández Lausi, Dra. Viviana Rodríguez, Dra. María Echaide, ECI Andrea Novau, ECI Leonardo Fabbro.

3. Infección del tracto Urinario

Coordinador: Bioq. Belén Ibarra Camou

Integrantes: Dr. Javier Desse, Dr. Fernando Achinelli, Dra. Lucía Daciuk, ECI María de los Ángeles Baigorria, ECI Laura Alonso.

4. Infección del sitio quirúrgico

Coordinador: Dr. Angel Colque

Integrantes: Dr. Gustavo Martínez, Dr. Gonzalo Corral, ECI Wanda Alcalá, ECI Ana Azario.

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

C. Respetto del trabajo grupal

Cada grupo trabajó sobre las definiciones vigentes del Manual de Vigilancia del Programa Nacional VIHDA y propuso los ajustes que consideró pertinentes para las mismas, con la fundamentación correspondiente. La tarea de los grupos fue organizada por los respectivos coordinadores quienes compilaron las producciones preliminares.

Estos documentos preliminares fueron enviados a los coordinadores del Consenso, a efectos de su revisión y compilación, el 22 de noviembre de 2019.

D. Taller de Consenso

El día 3 de diciembre de 2019, en la sede de SADI, entre las 15 y 20 hs, se realizó el Taller de Consenso sobre las definiciones, con el objetivo de validar los documentos preliminares propuestos por los grupos redactores y hacer los ajustes a efectos de la redacción final.

La presentación y validación de cada parte del documento fue coordinada por el grupo redactor, que presentó su propuesta y brindó la justificación de cada aspecto considerado en el trabajo.

Participaron del taller: Dra. Irene Pagano, Dr. Angel Colque, ECI Pedro Montero, Dr. Alejandro Fernández, Dra. Maria Ines Staneloni, Dra. Juliana Álvarez (vía web), ECI Marissa Benítez, Dra. Yanina Nuccetelli (vía web), Dra. Viviana Rodríguez, Dra. María Echaide, ECI Andrea Novau, ECI Leonardo Fabbro, Bioq. Belén Ibarra Camou, ECI María de los Ángeles Baigorria, ECI Laura Alonso, ECI Wanda Alcalá, Ing. Roberto Giordano Lerena.

E. Documento de Consenso Interinstitucional

El documento final de consenso fue enviado a las instituciones suscriptoras del consenso a efectos de su revisión y aprobación formal el 13 de diciembre de 2019.

El Documento de Consenso Interinstitucional, que consta como anexo, fue publicado en el sitio web del Programa Nacional VIHDA (www.vihda.gov.ar) el día 26 de diciembre de 2019, e incorporadas las definiciones en el Manual de Vigilancia 2020 del Programa Nacional VIHDA.

F. Agradecimientos

El Instituto Nacional de Epidemiología INE-ANLIS, la Sociedad Argentina de Infectología SADI y la Asociación Argentina de Enfermeros en Control de Infecciones ADECI agradecen la participación de los profesionales convocados y destacan el valor del documento final de consenso.



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

DOCUMENTO FINAL DE CONSENSO INTERINSTITUCIONAL

SITIOS PRIMARIOS DE INFECCIÓN Y SITIOS ESPECÍFICOS DE INFECCIÓN

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

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

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

DEFINICIONES DE SITIO PRIMARIO Y SITIO ESPECÍFICO DE INFECCIÓN

A efectos de la vigilancia epidemiológica intensificada de IACS en Argentina, en el marco del Programa Nacional VIHDA, se consideran las siguientes definiciones de Sitios Primario y Sitio Específico de Infección. Las mismas han sido revisadas y consensuadas con la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) y la Asociación de Enfermeros en Control de Infecciones (ADECI) en diciembre de 2019 y están vigentes desde el 1 de enero de 2020.¹

¹ Participaron del Consenso sobre Actualización de Definiciones a considerar en el Programa Nacional VIHDA 2020 los siguientes profesionales: Dra. Irene Pagano, Dr. Angel Colque, ECI Pedro Montero, Dr. Alejandro Fernández, Dra. María Ines Staneloni, Dra. Juliana Álvarez, ECI Marissa Benítez, Dra. Yanina Nuccetelli, Dra. Viviana Rodríguez, Dra. María Echaide, ECI Andrea Novau, ECI Leonardo Fabbro, Bioq. Belén Ibarra Camou, Dra. Adriana Fernández Lausi, ECI María de los Ángeles Baigorria, ECI Laura Alonso, ECI Wanda Alcalá, Dra. Adriana Fernández Lausi, Dr. Fernando Achinelli, Dr. Javier Desse, Dra. Lucía Daciuk, Dr. Gustavo Martínez, Dr. Gonzalo Corral, Ing. Roberto Giordano Lerena.

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS 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: -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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

Referencias:

1. Ocasionalmente, en pacientes ventilados, el diagnóstico de NEU-ARM podría realizarse en base a signos, síntomas y la radiografía de tórax. De todas maneras, en aquellos con enfermedad cardíaca o respiratoria de base (Ej.: enfermedad pulmonar intersticial o insuficiencia cardíaca congestiva) el diagnóstico podría ser particularmente difícil. Estas condiciones no infecciosas pueden simular la presentación de neumonía. En dichos casos se sugiere examinar las radiografías seriadas a fin de poder diferenciar procesos infecciosos de aquellos no infecciosos. Para ayudar en la confirmación de dichos casos sería de utilidad revisar (si se disponen) las radiografías del día del diagnóstico, tres días previos, y dos y siete días posteriores al mismo. La neumonía puede tener un rápido inicio y progresión pero no suele resolverse rápidamente, persistiendo los cambios radiográficos por varias semanas. Una rápida resolución sugiere que el paciente no tiene una neumonía sino posiblemente un proceso no infeccioso como atelectasia o insuficiencia cardíaca congestiva.
2. Hay muchas maneras de describir la apariencia radiográfica de una NEU. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a: enfermedad del espacio aéreo, opacidad focal, áreas parcheadas de densidad incrementada. Aunque tal vez no está

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

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

8. Pacientes Inmunocomprometidos: incluyen aquellos con neutropenia (neutrófilos totales <500 leucocitos/ mm^3), leucemia, linfoma, infección por HIV con $\text{CD4} <200/\text{mm}^3$, esplenectomizados, pacientes en 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)

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

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

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

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

NEU-ARM (NAR)

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

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

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

BAL: Lavado broncoalveolar

NB-BAL: BAL no usando broncoscopio

PBAL: Lavado broncoalveolar protegido

NB-PSB: BAL con cepillo protegido no usando broncoscopio

B-PSB: Muestra mediante cepillo protegido

Comentarios

- Para aplicar los criterios de neumonía asociada a asistencia respiratoria mecánica (ARM) se considerará a pacientes conectados a ARM, ya sea para controlar o asistir en forma continua la respiración a través de traqueostomía o tubo endotraqueal, dentro de un período de 48 horas previas a la aparición del evento, incluyendo el período de destete.
- Cuando se evalúa un paciente para definir NEU es importante tener en cuenta que los cambios producidos en el estado clínico no respondan a otras causas (infarto de miocardio, tromboembolismo pulmonar, síndrome de distrés respiratorio, atelectasias, cánceres o tumores, EPOC, enfermedad de membrana hialina, displasia broncopulmonar, etc.). También deben distinguirse, al evaluar un paciente intubado, la colonización traqueal y las infecciones respiratorias del tracto superior, de la NEU temprana. Es difícil 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.

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

- Múltiples episodios de NEU-ARM pueden ocurrir en pacientes críticamente enfermos con estadías hospitalarias prolongadas. Cuando se considera el reporte de múltiples episodios de NEU-ARM en el mismo paciente, deben buscarse evidencias de la resolución del episodio inicial (el estado de apirexia, la normalización de los glóbulos blancos, la mejoría radiológica y la normalización del intercambio gaseoso (Pa/FiO₂). El agregado o cambio de los patógenos solamente, no es indicativo de un nuevo episodio de NEU. Además del aislamiento de un nuevo patógeno, se requiere para efectuar un nuevo diagnóstico de NEU, de la combinación de nueva sintomatología y evidencia radiográfica u otras pruebas diagnósticas.
- Se establece un periodo de ventana de 14 días desde el inicio del 1er episodio en el cual no se puede agregar un nuevo episodio del mismo tipo de infección en un mismo paciente.
- Las tinciones de Gram y preparados con hidróxido de potasio para fibras de elastina y/o hifas de hongos que resultan positivos y provienen de muestras de esputo, pueden resultar de importancia para orientar a la etiología de la infección. Sin embargo, dichas muestras resultan frecuentemente contaminadas con microorganismos colonizantes de las vías aéreas, por cual deben ser interpretadas cautelosamente. En particular, *Candida spp.*, que es frecuentemente vista en las tinciones, pero rara vez causa NEU-ARM.

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

Ejemplos sobre la interpretación y registro de los criterios:

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

Notas:

- ITUS 1b y ISU no pueden estar asociadas a catéter urinario.
- No puede considerarse ITU 1b; a un paciente > 65 años que presenta fiebre >38°C como único elemento dentro del período de ventana de una infección.
- Ejemplo de cómo considerar las fechas de ITUAC en pacientes con catéteres urinarios que fueron removidos y/o colocados.

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

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

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

Consideraciones

- El urocultivo debe ser obtenido utilizando una técnica aséptica adecuada o cateterización.
- En caso de no poder realizarse recambio de sonda, las muestras obtenidas de CU deben ser aspiradas a través de los sitios para toma de muestras, desinfectados previamente.
- Las especies de *Candida* o levaduras no especificadas de otra manera, quedan incluidas como microorganismos responsables de ITUS en ésta revisión, recomendando realizar los esfuerzos necesarios para la diferenciación entre colonización e infección. Se recomienda: realizar 2 urocultivos con recambio de sonda. Por otro lado, en aquellas situaciones en donde clínicamente sea factible se debe realizar punción suprapubica para descartar colonización del CU.
- En los bebés, los urocultivos deben ser obtenidos por aspiración suprapúbica o catéter urinario colocado para tal efecto, si hay algún impedimento para hacer la punción.
- Las muestras de urocultivo obtenidos de la bolsa colectora de orina NO son válidas.
- Los urocultivos deben procesarse tan pronto como sea posible, preferentemente dentro de 1 a 2 hs de obtenida la muestra.
- Si las muestras no pueden ser procesadas a los 30 minutos de la recolección, deben ser refrigeradas y cultivarse dentro de las 24 horas.
- El pedido de análisis debe indicar si el paciente es sintomático y/o si está recibiendo tratamiento antibiótico.
- La punta de catéter urinario no debe ser cultivada y no es aceptables para el diagnóstico de ITU.
- Los siguientes organismos excluidos no se pueden usar para cumplir con la definición de ITU:
 - Hongos miceliales
 - Hongos dimórficos
 - 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.



CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

- El "dolor abdominal" generalizado en la historia clínica no debe interpretarse como sensibilidad suprapúbica, ya que existen muchas causas de dolor abdominal y este síntoma es demasiado general.
- El dolor de espalda o el dolor de flanco son ejemplos de síntomas que se pueden utilizar como dolor o sensibilidad del ángulo costovertebral.
- El "dolor lumbar" generalizado no debe interpretarse como dolor costovertebral.

Observaciones

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Si es identificada la especie del contaminante conocido de piel y después en el desarrollo del otro cultivo de sangre se identifica solamente con un nombre descriptivo (Ej.: sólo género), se asume que los microorganismos son iguales. El microorganismo identificado se debe informar como el patógeno de infección.
- Solo debería utilizarse la identificación de género y especie para determinar la similitud de los microorganismos. No se deberían utilizar métodos comparativos adicionales (ejemplo: morfología y antibiogramas) debido a que las capacidades de pruebas y protocolos pueden variar entre instituciones de salud. Esto reducirá la variabilidad en el reporte. Reportar

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

los microorganismos por género/especie solo una vez y si los datos del antibiograma están disponibles, reportar los resultados del panel más resistente.

- c. Los elementos del criterio deben aparecer dentro del periodo de ventana de la infección que incluye la fecha de recolección de la muestra de sangre positiva, los 3 días calendario anteriores y los 3 días calendario posteriores (periodo de 7 días).
- d. Las dos muestras con contaminantes conocidos de la piel coincidentes representan un solo elemento para su uso en el cumplimiento del criterio y, la fecha de la primera se utiliza para determinar el periodo de ventana de la IPS.

ASPECTOS A CONSIDERAR

1. Exclusiones de patógenos:

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

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

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

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

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:

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

BACLAB-LBM 1	BACLAB-LBM 2	BACLAB-LBM 3
Paciente de cualquier edad que cumpla con los criterios de BACLAB 1	Paciente de cualquier edad que cumpla con los criterios de BACLAB 2	Paciente <1 año de edad cumple totalmente los criterios de BACLAB 3
con al menos un espécimen de sangre	con al menos dos muestras de sangre	
Identificado por cultivo o método de prueba microbiológico no basado en cultivo		
Con SÓLO organismos intestinales de la lista de organismos **	Con SÓLO los estreptococos del grupo viridans y ningún otro organismo	
<p>Y</p> <p>El paciente cumple al menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> enfermedad de injerto contra el huésped grado III o IV con compromiso gastrointestinal 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. Es neutropénico, definido como al menos dos días separados con recuento absoluto de neutrófilos y / o valores de leucocitos <500 células / mm³ recolectados dentro de un período de 7 días que incluye la fecha de recolección de la muestra de sangre positiva, los 3 días calendario anteriores y los 3 días posteriores. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si un paciente cumple con los criterios de BACLAB-LBM 1 y BACLAB-LBM 2 (específicamente tiene <i>Streptococcus viridans</i>), se informará BACLAB-LBM 1 con el patógeno reconocido como patógeno 1 y el comensal común como patógeno 2. - 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. 		

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

<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>Finegoldia</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</i>		
<i>(+E)</i>	<i>Lactobacillus</i>	<i>Shigella (E)</i>
<i>Cedecea (E)</i>	<i>Leclercia (E)</i>	<i>Stackia</i>
		<i>Streptococcus (VGS subset)</i>
<i>Citrobacter (E)</i>	<i>Leminorella (E)</i>	<i>Tannerella</i>
<i>Clostridium</i>	<i>Leptotrichia</i>	<i>Tatumella (E)</i>
<i>Collinsella</i>	<i>Leuconostoc</i>	<i>Tetragenococcus</i>
<i>Cronobacter (+E)</i>	<i>Megamonas</i>	<i>Tissierella</i>
<i>Dialister</i>	<i>Megasphaera</i>	<i>Trabulsiella (E)</i>
<i>Dichelobacter</i>	<i>Mitsuokella</i>	<i>Veillonella</i>
<i>Edwardsiella (E)</i>	<i>Moellerella (E)</i>	<i>Weissella</i>
<i>Eggerthella</i>	<i>Mogibacterium</i>	<i>Yersinia (E)</i>
<i>Eggerthia</i>	<i>Morganella (E)</i>	<i>Yokenella (E)</i>
<i>Enterobacter (E)</i>	<i>Obesumbacterium (+E)</i>	
<i>Enterococcus</i>	<i>Odoribacter</i>	

E= Familia Enterobacteriaceae

- El día del evento de BACLAB-LBM siempre será la fecha en que se cumplieron los requisitos previos de los criterios de BACLAB. Los valores anormales de neutrófilos y leucocitos reflejan factores de riesgo para adquirir un BACLAB-LBM, no síntomas de infección y, por lo tanto, no se utilizan en las determinaciones del día del evento.

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

- 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.

IPS-CC

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

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

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

Se considerarán CC a los catéteres ubicados en los grandes vasos (aorta, arteria pulmonar, vena cava, vena 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.

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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.

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

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

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

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

Otras recomendaciones

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



CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

- Tromboflebitis supurada con hemocultivos negativos o no realizados, NO se considera infección primaria de la sangre (IPS).

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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.	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Drenaje purulento de la incisión superficial. b. Cultivo positivo del fluido o tejido obtenido asépticamente de la incisión superficial. c. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor o sensibilidad, inflamación local, eritema o calor en la incisión, y la incisión superficial debe ser deliberadamente abierta por cirujano, con cultivo positivo o no realizado. El hallazgo de un cultivo negativo no cumple con estos criterios. d. Diagnóstico de infección del sitio quirúrgico por cirujano o médico tratante.
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.	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Drenaje purulento desde la incisión profunda, pero no de órganos y espacios. b. Dehiscencia espontánea de la incisión o apertura deliberada por cirujano con cultivos positivos, o cuando no se haya realizado el cultivo y el paciente presenta por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre (>38º) o dolor local. Si el cultivo es negativo no reúne este criterio. c. Absceso u otra evidencia de infección visualizada por examen directo, durante reoperación o examen histopatológico o radiológico.

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS 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.
---------------------------------------	--	---

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 más 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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

ENDOC	Endocarditis	ESP	Infección del espacio espinal sin meningitis
OJO	Infección ocular	SINU	Sinusitis o infección de los senos paranasales
TGI	Infecciones del tracto gastrointestinal	RS	Infecciones del aparato respiratorio superior, faringe y laringe
IAB	Infección gastrointestinal (no especificada de otra manera)	VASC	Infección arterial o venosa
CER	Intracraneal, absceso cerebral o de la duramadre	VAG	Infección del manguito vaginal
ART	Infección de la bursa y articulaciones	IAPA	Infección asociada a prótesis articular

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.
- 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.

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

PROGRAMA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA Y CONTROL DE INFECCIONES HOSPITALARIAS

Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Recomendaciones

- Están excluidos de cumplir con los criterios de ISQ los microorganismos asociados a infecciones de la comunidad (por ejemplo, *Blastomyces dermatitidis*, *Histoplasma capsulatum*, *Coccidioides sp*, *Paracoccidioides sp.*, *Cryptococcus sp.* y *Pneumocystis jirovecii*) y/o microorganismos asociados con infecciones latentes (por ejemplo, Herpes zoster, Herpes simplex, sífilis o tuberculosis).
- El tipo de ISQ (incisional superficial, incisional profunda o de órgano/cavidad) debe reflejar la capa de tejido más profundo implicado en la infección durante el período de vigilancia. La fecha del evento debe ser la fecha en que el paciente cumplía con los criterios para el nivel más profundo de la infección.
- Si un paciente desarrolla una ISQ después de un cierre no primario se recomienda atribuir a ese procedimiento, si cumple con los criterios para un ISQ dentro del período de vigilancia apropiado.
- Si se infectan múltiples sitios de incisión primaria del mismo procedimiento quirúrgico, reportar solamente una ISQ.
- Si se realizan 2 procedimientos en el mismo acto quirúrgico con incisiones iguales o diferentes, se vigilará cada procedimiento por separado. Por ejemplo, en un accidente automovilístico un paciente con fractura (FX) expuesta que requiere reducción y además esplenectomía, ambos procedimientos se vigilan, debe completarse una planilla para cada una de las intervenciones.
- Si se realiza una re-intervención a través del mismo abordaje quirúrgico, dentro de las 24hs de finalizada la cirugía principal, debe informarse un solo procedimiento. La duración se informará como la suma del tiempo de ambas. Si el tipo de herida cambió, se informará la clase más alta de la herida. Si el ASA cambió, se informará el valor de ASA superior.
- Si el paciente fallece en el quirófano el procedimiento quirúrgico no debe ser reportado.

Razón Estandarizada de Infección

Si bien el Sistema VIHDA no trabaja en base a la Razón Estandarizada de Infección (SIR), hay una tendencia internacional en su uso como indicador de referencia para ISQ. Ergo, el consenso recomienda difundir y fortalecer este indicador.

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

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

CONSENSO INTERINSTITUCIONAL SOBRE DEFINICIONES VIHDA 2020

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

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

Cálculo de SIR

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

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

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

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