

DEFINICIONES DE SITIO PRIMARIO Y SITIO ESPECÍFICO DE INFECCIONES (SEGÚN VIHDA)

INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO (ISQ)		
INCISIONAL SUPERFICIAL (PIEL)	<p>Ocurre dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico e incluye solo la piel y el tejido celular subcutáneo de la incisión sin sobrepasar la fascia muscular.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Drenaje purulento de la incisión superficial. b. Cultivo positivo del fluido o tejido obtenido asépticamente de la incisión superficial. c. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas de infección: dolor o sensibilidad, inflamación local, eritema o calor en la incisión, y la incisión superficial debe ser deliberadamente abierta por cirujano, con cultivo positivo o no realizado. El hallazgo de un cultivo negativo no cumple con estos criterios. d. Diagnóstico de infección del sitio quirúrgico por cirujano o médico tratante.
INCISIONAL PROFUNDA (TCS)	<p>Ocurre dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico. Si hubiera implante de prótesis puede ocurrir en el primer año e incluye tejidos profundos (fascia y músculo) de la incisión.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Drenaje purulento desde la incisión profunda, pero no de órganos y espacios. b. Dehiscencia espontánea de la incisión o apertura deliberada por cirujano con cultivos positivos, o cuando no se haya realizado el cultivo y el paciente presenta por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre (>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. d. Diagnóstico de infección por cirujano o médico tratante.

DE ÓRGANOS/ CAVIDADES (OC)	<p>Ocurre dentro de los 30 días posteriores a un procedimiento quirúrgico. Si hubiera implante de prótesis puede ocurrir en el primer año e incluye infección de cualquier parte del cuerpo excluyendo, la piel, fascia, o músculos profundos que hayan sido operados o manipulados durante un procedimiento. Debe ser codificada según el órgano o cavidad afectada</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Presencia de pus por el drenaje situado en el órgano o cavidad. b. Cultivo positivo de fluidos o tejidos obtenidos asépticamente. c. Absceso u otra evidencia de infección visualizada durante examen directo, reoperación, examen histopatológico o radiológico. d. Diagnóstico de infección por cirujano o médico tratante.
---	--	--

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.

SITIOS ESPECÍFICOS DE CLASIFICACIÓN DE ISQ DE ORGANOS Y ESPACIOS			
Código VIHDA	ISQ DE ORGANOS Y ESPACIOS	Código VIHDA	ISQ DE ORGANOS Y ESPACIOS
OSTE	Osteomielitis	PULM	Otras infecciones del tracto respiratorio inferior
MAM	Absceso mamario o mastitis	MED	Mediastinitis
CARD	Miocarditis y pericarditis	MEN	Infección de las meninges o de los ventrículos
DISC	Espacio intervertebral. discitis	ORAL	Infección de la cavidad oral(boca lengua y encías)
OID	Infección de la oreja y mastoides	OREP	Otras infecciones del aparato reproductor del hombre o de la mujer
ENDOM	Endometritis	OITU	Otras infecciones del tracto urinario
ENDOC	Endocarditis	ESP	Infección del espacio espinal sin meningitis
OJO	Infección ocular	SINU	Sinusitis o infección de los senos paranasales
TGI	Infecciones del tracto gastrointestinal	RS	Infecciones del aparato respiratorio superior, faringe y laringe

IAB	Infección gastrointestinal (no especificada de otra manera)	VASC	Infección arterial o venosa
CER	Intracraneal, absceso cerebral o de la duramadre	VAG	Infección del manguito vaginal
ART	Infección de la bursa y articulaciones		

Instrucciones generales para reportar las ISQ

- Si a un paciente sometido a una cirugía de revascularización con safena, se le identifican ISQ en ambas incisiones, se deberá reportar como 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.

- No reportar como ISQ a una infección de herida localizada con dolor, se considerará infección de piel o tejido dependiendo de la profundidad.

- La “celulitis”, por sí sola, no presenta criterios para reportarse como 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 y se considera una complicación de la incisión. Por lo tanto, se clasifican como ISQ incisional profunda.

- 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 reportarse como una ISQ, sino como una meningitis asociada al sistema nervioso central.

- Reportar el absceso espinal con meningitis como ISQ-MEN.

NEUMONIA (NEU)

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.

No existe un período mínimo de tiempo de ARM para definir la asociación de la infección a la misma.

NAR

El Programa VIHDA considera que se puede sospechar una Neumonía nosocomial asociada a ARM (NAR) 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 purulento o BAL **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 $\geq 10^6$ UFC de un microorganismo potencialmente patógeno, o lavado broncoalveolar $> 10^4$ UFC, o cepillado protegido $> 10^4$).

Comentarios

1. El diagnóstico médico de neumonía solo, no es un criterio aceptable para la definición de NEU intrahospitalaria (IH).
2. Aunque hay criterios específicos para pacientes pediátricos, estos también se incluyen en los correspondientes a pacientes adultos.
3. 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 de la evento, incluyendo el período de destete.
4. 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 IH 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.
5. La NEU IH puede caracterizarse de acuerdo con el inicio de los síntomas en NEU temprana o NEU tardía. La NEU temprana ocurre durante los primeros cuatro días de hospitalización y es frecuentemente causada por *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*. Los agentes causantes de la NEU tardía son los bacilos gram negativos o *Staphylococcus aureus* (SA), incluyendo los SA meticilino resistentes. Los virus (por ejemplo influenza A y B o virus sincicial respiratorio (VSR), pueden causar tanto NEU temprana como tardía, mientras que las levaduras, hongos, *Legionella spp.* y *Pneumocystis carinii* son patógenos involucrados en las NEU tardías.
6. Las NEU aspirativas (por ejemplo, intubación en Salas de Emergencia o Quirófanos) se consideran intrahospitalarias, solo si reúnen cualquiera de los criterios específicos y no estaban presente o incubándose al momento de la admisión del paciente al hospital.
7. Múltiples episodios de NEU IH pueden ocurrir en pacientes críticamente enfermos con estadías hospitalarias prolongadas. Cuando se considera el reporte de múltiples episodios de NEU IH 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 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.
8. 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, *Cándida spp.*, que es frecuentemente vista en las tinciones, pero rara vez causa NEU IH.

Sitio específico	<u>Signos/síntomas/laboratorio</u>	<u>Radiología</u>
<p>NEU1</p> <p>N E U M O N Í A</p> <p>D E F I N I D A</p> <p>C L Í N I C A M E N T E</p>	<p><u>PARA CUALQUIER PACIENTE:</u> 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</p> <p>y Al menos dos de los siguientes : -Comienzo de esputo purulento o cambio en sus características o aumento de las secreciones respiratorias o aumento en los requerimientos de aspiración de secreciones -Comienzo o deterioro de tos o disnea o taquipnea -Rales o ruidos de respiración bronquial -Deterioro del intercambio gaseoso (Ej.: desaturación de oxígeno, Pa o₂/FIO₂ = /< DE 240) o incremento de los requerimientos de O₂ o parámetros de ARM</p> <hr/> <p><u>CRITERIO ALTERNATIVO PARA INFANTES en ≤ DE 1 AÑO</u></p> <p>Empeoramiento del intercambio gaseoso (desaturación de O₂, aumento de demanda de O₂) o incremento de los parámetros de ARM</p> <p>y</p> <p>Al menos tres de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 o cambios en sus características o aumento de las secreciones respiratorias o aumento en los requerimientos de aspiración de secreciones -Apnea, taquipnea, aleteo nasal con retracción intercostal, quejido. -Sibilancias, rales o roncus -Tos -Bradycardia (<100) o taquicardia (>170) 	<p>Dos o más Rx de tórax con al menos uno de los siguientes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Persistente, nuevo o progresivo infiltrado -Consolidación -Cavitación -Pneumatocele (en < 1 año) <p><u>Nota:</u> en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (Ej. Sd de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC) una Rx definitiva es aceptable.</p>

	<p align="center">CRITERIOS ALTERNATIVOS PARA NIÑOS >1 o ≤ 12 AÑOS</p> <p>Al menos tres de los siguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fiebre (>38,4°C) o hipotermia (< 37°C) sin otra causa reconocida. -Leucopenia (<4000) o leucocitosis (≥15.000) y desviación a la izquierda. -Comienzo de esputo purulento o cambios en sus características 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 taquipnea -Rales 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
--	---

Sitio específico	<u>Signos/síntomas</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Radiología</u>
<p>NEU2B</p> <p>Definida por clínica + hallazgos de laboratorio específicos para bacterias comunes u hongos filamentosos</p>	<p>Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fiebre (>38°C) sin otra causa reconocida. Leucopenia (<4000) o leucocitosis (≥ 12.000) -Para adultos ≥ 70 años, alteración del sensorio sin otra causa reconocida <p>y</p> <p>Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comienzo de esputo purulento o cambios en sus características o aumento de las secreciones respiratorias. -Comienzo o deterioro de la tos, o disnea, o taquipnea -Rales, ruidos de respiración bronquial. -Deterioro del intercambio gaseoso o ((Ej.: desaturación de oxígeno, Pa o2/FIO2 = /< DE 240) , o incremento de los parámetros de ARM 	<p>Al menos uno de los siguientes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hemocultivo positivo no relacionado a otro foco -Cultivo positivo de líquido pleural -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: -absceso o foco de consolidación con intenso infiltrado PMN en bronquiólos y alvéolos -Cultivo positivo cuantitativo de parénquima pulmonar -Evidencia de invasión por hongos, hifas o pseudohifas 	<p>Dos o más Rx de tórax con al menos uno de los siguientes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Persistente, nuevo o progresivo infiltrado -Consolidación -Cavitación -Neumatocele (en < 1 año) <p><u>Nota:</u> en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (Ej. Sd de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC) una Rx definitiva es aceptable</p>

Sitio específico	<u>Signos/síntomas</u>	<u>Laboratorio</u>	<u>Radiología</u>
<p>NEU2V</p> <p>Definida por clínica + hallazgos de laboratorio específicos para Virus, Legionella, Chlamydia, Mycoplasma y otros patógenos infrecuentes</p>	<p>Al menos uno de los siguientes: -Fiebre (>38°C) sin otra causa reconocida. Leucopenia (<4000) o leucocitosis (≥ 12.000) -Para adultos ≥ 70 años, alteración del sensorio sin otra causa reconocida</p> <p>Y</p> <p>Al menos uno de los siguientes: -Comienzo de esputo purulento o cambios en sus características o aumento de las secreciones respiratorias. -Comienzo o deterioro de la tos, o disnea, o taquipnea -Rales, ruidos de respiración bronquial. - Deterioro del intercambio gaseoso o ((Ej.: desaturación de oxígeno, Pa o2/FIO2 = /< DE 240) , o incremento de los parámetros de ARM</p>	<p>Al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 ≥ a 1:128 	<p>Dos o más Rx de tórax con al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Persistente, nuevo o progresivo infiltrado -Consolidación -Cavitación -Neumatocele (en < 1 año) <p><u>Nota:</u> en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (Ej. Sd de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC) una Rx definitiva es aceptable</p>

Sitio específico	<u>Signos/síntomas</u>	<u>Radiología</u>	<u>Laboratorio</u>
<p>NEU3</p> <p>En paciente Inmuno-comprometido</p> <p>(neutrófilos <500/mm³), leucemia, linfoma, HIV con <200 CD4, esplenectomizados, transplantados, pacientes con quimioterapia o dosis inmunosupresiva de corticoides)</p>	<p>Paciente inmunocomprometido con al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fiebre (>38° C) sin otra causa reconocida. -Para adultos ≥ 70 años, alteración del sensorio sin otra causa reconocida -Comienzo de esputo purulento o cambios en sus características o aumento de las secreciones respiratorias. -Comienzo o deterioro de la tos, o disnea o taquipnea -Rales o ruidos de respiración bronquial. - Deterioro del intercambio gaseoso o ((Ej.: desaturación de oxígeno, Pa o₂/FIO₂ = /< DE 240) , o incremento de los parámetros de ARM -Hemoptisis -Dolor torácico pleurítico 	<p>Dos o más Rx de tórax con al menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Persistente, nuevo o progresivo infiltrado -Consolidación -Cavitación -Neumatocele (en < 1 año) <p><u>Nota:</u> en pacientes sin enfermedad pulmonar o cardíaca subyacente (Ej. Sd de distrés respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar o EPOC) una Rx definitiva es aceptable</p>	<p>Al menos uno de los siguientes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hemocultivos y esputo positivo para <i>Candida</i> spp. -Evidencia de hongo o <i>Pneumocystis carinii</i> de una muestra del tracto respiratorio inferior (BAL o cepillado) de uno de los siguientes : - ex. directo - cultivo positivo para hongos <p>Cualquiera de los criterios de laboratorio definidos en NEU2</p>

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		
BAL	$\geq 10^4$ UFC/ml	
PBAL	$\geq 10^4$ UFC/ml.	
B – PSB	$\geq 10^4$ UFC/ml	
Muestras obtenidas sin broncoscopio		
NB – BAL	$\geq 10^4$ UFC/ml.	
NB - PSB	$\geq 10^4$ UFC/ml.	
Aspirado Traqueal	$\geq 10^6$ 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

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU)

Una Infección de Tracto Urinario puede ser considerada **ITU nosocomial asociada a Catéter Urinario (CU)** si ocurre en un paciente con catéter urinario colocado, en el momento, o dentro de las 48 horas antes del inicio de los síntomas..

No existe un período mínimo de tiempo de colocación del catéter, para definir la asociación de la infección al mismo.

<p>INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO SINTOMÁTICA (ITUS)</p>	<p>Criterio 2 a Estos episodios se reportan como ITUS asociados a CU Paciente tenía un catéter urinario en el momento de la toma de la muestra O El paciente tuvo un catéter urinario que fue retirado 48 hs previas de la toma de la muestra Y por lo menos uno de los siguientes signos o síntomas sin otra causa reconocida: fiebre (>38°C), dolor suprapúbico, o dolor o sensibilidad del ángulo costovertebral dolor o sensibilidad</p> <p>Criterio 2b Éstos episodios se reportan solo como ITUS asociada a Procedimientos NO vigilados El paciente no tuvo un catéter urinario en el momento de la toma de la muestra, ni en las 48 hs previas a la toma de muestra y tiene por lo 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, disuria, polaquiuria, dolor suprapúbico, o dolor o sensibilidad del ángulo costovertebral</p>	<p>Más el siguiente: un análisis de orina positivo para al menos uno de los siguientes hallazgos: a. tira reactiva positiva para <u>esterasa</u> leucocitaria y / o nitrito. b. piuria (muestra de orina con ≥ 10 glóbulos blancos/ mm³ o ≥ 3 leucocitos/campo de alto poder. c. se observan microorganismos en el Gram de orina y un urocultivo positivo de ≥ 10³ y <10⁵ UFC / ml con no más de dos especies de microorganismos. (ver consenso INE-SADI 2010 y normas del WHONET)</p>
--	---	--

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO SINTOMÁTICA (ITUS)	<p>Criterio 3 Si un paciente tuvo un CU en las últimas 48 horas, la ITUS se asocia con éste y si no lo tuvo, se reporta solo como ITUS asociada a Procedimientos NO vigilados Paciente con edad \leq 1 año, con o sin catéter urinario que tiene 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</p>	<p>Más el siguiente: Urocultivo positivo con más de $\geq 10^5$ ufc/ml con no más de dos especies de microorganismos.</p>
	<p>Criterio 4 Si un paciente tuvo un CU en las últimas 48 horas, la ITUS se asocia con éste y si no lo tuvo, se reporta solo como ITUS asociada a Procedimientos NO vigilados. Paciente con edad \leq 1 año, con o sin catéter urinario que tiene 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.</p>	<p>Más el siguiente: un análisis de orina positivo con al menos uno de los siguientes hallazgos: a. tira reactiva positiva para <u>esterasa</u> leucocitaria y / o nitrito. b. piuria (muestra de orina con ≥ 10 glóbulos blancos/ mm^3 o ≥ 3 leucocitos/campo de alto poder. c. se observan microorganismos en el de Gram de orina y un urocultivo positivo de $\geq 10^3$ y $<10^5$ UFC / ml con no más de dos especies de microorganismos (ver consenso INE-SADI 2010 y normas del WHONET)</p>

RECOMENDACIONES

- 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 debe 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.

<p>OTRAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO (OITU)</p> <p>(riñón, uréter, vejiga, uretra, o tejidos retroperitoneales o del espacio perirenal)</p>	<p>Criterio 1</p> <p>Presencia de un microorganismo aislado por cultivo de un fluido (excepto orina) o tejido del sitio afectado.</p>	
	<p>Criterio 2</p> <p>Presencia de un absceso u otra evidencia de infección por examen directo, durante la cirugía o examen histopatológico.</p>	
	<p>Criterio 3</p> <p>Presencia de al menos dos de los siguientes signos o síntomas sin otra causa conocida: fiebre (>38°C), o dolor localizado en el sitio involucrado</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <p>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>
	<p>Criterio 4</p> <p>Pacientes \leq 1 año, con al menos uno de los siguientes signos o síntomas, sin otra causa reconocida: fiebre (>38° C central), hipotermia (<36°C central) apnea, bradicardia, disuria, letargo o vómitos.</p>	<p>Más uno de los siguientes:</p> <p>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.)</p>

INFECCIÓN PRIMARIA DE LA SANGRE (IPS)

Las Bacteriemias son Infecciones Primarias de la Sangre asociadas a la presencia de un Catéter Central, o a un Catéter Umbilical en neonatos, (IPS-CC) colocados en el momento o antes del inicio de la infección.

Se reporta IPS-CC en pacientes que tienen colocado un catéter central o catéter umbilical en el momento que ocurre la infección o lo tenía colocado dentro de las 48 horas previas a presentar el evento.

No existe un período mínimo de tiempo de colocación del catéter para que la IPS se asocie al mismo.

Los criterios 1 y 2 para BACLAB pueden usarse para pacientes de cualquier edad, incluyendo pacientes ≤ 1 año de edad

CONFIRMADA POR LABORATORIO (BACLAB)	<p>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 frascos de hemocultivos y este microorganismo no debe estar relacionado con infección en otro sitio.</p>	
	<p>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.</p>	<p>Más uno de los siguientes: Dos o más frascos de 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 (<i>difteroides</i>, [<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 del grupo viridans</i>, <i>Aerococcus spp.</i>, <i>Micrococcus spp.</i>)</p>
	<p>Criterio 3 Pacientes ≤ 1 año, con al menos uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre ($> 38^{\circ}\text{C}$ rectal), hipotermia ($< 37^{\circ}\text{C}$ rectal), apnea o bradicardia, y los signos y síntomas, y los resultados positivos de laboratorio no están relacionados con una infección en otro sitio</p>	<p>Más uno de los siguientes: Dos o más frascos de 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 (ejemplo: <i>difteroides</i> (<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 del grupo viridans</i>, <i>Aerococcus spp.</i>, <i>Micrococcus spp.</i>)</p>

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

- a. Si es identificada la especie del contaminante común 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. Si los microorganismos contaminantes comunes de la piel de los cultivos poseen el mismo género realizar siempre el antibiograma para asumir que los microorganismos son iguales.
- c. Si los contaminantes comunes de la piel de los cultivos poseen antibiogramas que son diferentes para 2 o más agentes antimicrobianos, se asume que los microorganismos no son iguales.
- d. La interpretación en el antibiograma de la categoría sensibilidad intermedia no se debe utilizar para distinguir si 2 microorganismos son iguales.
- e. Ver consenso INE-SADI 2010 y normas del WHONET

Consideraciones para la recolección de muestras: la sangre para hemocultivos debe obtenerse en dos a cuatro extracciones de sangre de sitios de venopunturas diferentes (Ejemplo: venas antecubitales derecha e izquierda), no a través de un catéter central.

Instrucciones para el repote:

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

INFECCIÓN SISTÉMICA (ISIS)

SEPSIS BACTERIANA (ISB)	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: H.influenzae, S. pneumoniae, meningococo, S. aureus. Adultos: anaerobios, estafilococo 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)	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 : <ul style="list-style-type: none">- Este código debe ser usado primariamente para las infecciones virales (EJ: Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Varicela, eritema Infeccioso) Estas infecciones pueden ser identificadas sobre Bases Clínicas.- Este código no debe ser utilizado para el diagnóstico de IH con focos infecciosos múltiples.- El Síndrome de Fiebre de Origen Desconocido no debe reportarse como ISV.- Las enfermedades exantemáticas deben ser codificadas como ISV.

Bibliografia

- CDC/NHSN Surveillance Definition of Healthcare-Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting. Junio 2010. www.cdc.gov
- Teresa C. Horan, MPH, Mary Andrus, RN, BA, CIC, and Margaret A. Dudeck, MPH Atlanta, Georgia. CDC/NHSN surveillance definition of health care–associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. Am J Infect Control 2008;36:309-32.
- Patient Safety Component. Device-associated Module. Central Line-Associated Bloodstream Infection (CLABSI) Event. Junio 2011. http://www.cdc.gov/nhsn/psc_da.html
- Patient Safety Component. Device-associated Module. Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) Event. Junio 2011. http://www.cdc.gov/nhsn/psc_da.html
- Patient Safety Component . Device-associated Module. Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI) Event Junio 2011. http://www.cdc.gov/nhsn/psc_da.html