

**Guía para la carga de episodios de
infección hospitalaria con el Programa **EPI-**
Control[®] Versión 4.0**

Carga de episodios

INDICE GENERAL

INTRODUCCION	3
CARGANDO EPISODIOS DE INFECCION	3
Cargando Datos del Paciente	3
Cargando Datos de la Internación	4
Cargando Infecciones	4
Cargando cirugías asociadas a Infecciones quirúrgicas	6
Cargando los datos de laboratorio	8
ANEXO I	12
Ficha de registro de infecciones por episodio	12

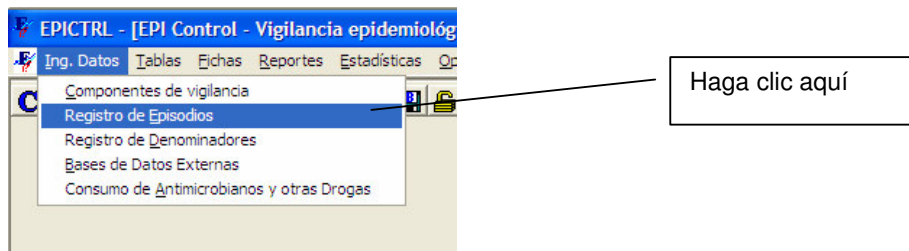
INTRODUCCION

Este documento tiene como propósito facilitar la carga de los datos de vigilancia en el programa EPI-Control y debe ser utilizado como complemento de la guía del usuario.

CARGANDO EPISODIOS DE INFECCION

Para proceder a la carga de episodios de infección deberá seguir los siguientes pasos:

1. Seleccione “Ingreso de Datos” y “Registro de episodios” de la barra de menú. Al hacerlo se desplegará el siguiente menú:



2. Al seleccionar “Registro de Episodios” se desplegará la siguiente pantalla:

Cargando Datos del Paciente

Para proceder a la carga de los datos del paciente deberá completar la siguiente pantalla:

Seleccione Nuevo para poder ingresar datos

El número de historia clínica debe ser diferente con cada internación. En caso de que la institución utilice el mismo número con cada internación colocar al final del número la fecha de internación (ej. Número de internación = 896781; fecha de internación = 01/05/2004) Integrar el nuevo número de esta manera:
896781010504

Ingrese el sexo como M/F

Ingrese el Apellido y Nombre del

Si bien la cobertura social es un campo obligatorio se puede utilizar el comodín DES (desconocido)

Tanto el teléfono, dirección, CP y documento son campos opcionales

Ingrese la fecha de nacimiento con el siguiente formato:
30/09/1959

1. Una vez completados los datos generales de filiación deberá completar el motivo de ingreso y la severidad del ingreso del paciente (IGS). En caso de no querer registrar esos datos puede usar los siguientes comodines:
 - a. Motivo de ingreso (000.0)= motivo de ingreso no codificado
 - b. IGS (20011) nivel de severidad 1

Cargando Datos de la Internación

Para continuar debe seleccionar la solapa “Datos de la Internación”. Al hacerlo se desplegará la siguiente pantalla:

Registro Individual Episodios

HOSPITAL RAMON JUAREZ

Grabar Cancelar

Datos del Paciente Datos de la Internación Infecciones / Cirugías Fac.Riesgo/Proced., Trat. Farm. y Complicaciones

Nro. Hist. Clínica: 989456 Apellido y Nombre: PEREZ JOSE Sexo: M

Teléfono: 4988955 Dirección: RIVADAVIA 5779 C.P.: 1406

Número de Documento: 13345356 Fecha de Nacimiento: 30/09/1959 Sist. de Cobertura: DES ? Edad: Años

Motivo Internación: 000.0 ? MOTIVO DE INGRESO NO CODIFICADO

IGS: 20011 ? ENFERMEDAD LEVE SIN REPERCUSION SISTEMICA Severidad:

Diagnósticos de Ingreso

Tipo Diag.	Código

Agregar Modificar Eliminar

Scores

Indice	Score	Fecha

Agregar Modificar Eliminar

Observaciones:

Presione esta solapa para continuar con la carga de datos

1. Para proceder a la carga de los datos de la internación deberá completar la siguiente pantalla:

Registro Individual Episodios

HOSPITAL RAMON JUAREZ

Grabar Cancelar

Datos del Paciente Datos de la Internación Infecciones / Cirugías Fac.Riesgo/Proced., Trat. Farm. y Complicaciones

Tipo de Derivación: ? Fecha de Internación: Fecha de Alta:

Cambios de Sector

Fec. Ingreso	Nro. Cama	Área Internac.	Servicio	Categ. Serv.

Agregar Modificar Eliminar

Diagnósticos de Egreso

Código	Descripción

Agregar Modificar Eliminar

Evolucion

Fecha	Descripción

Agregar Modificar Eliminar

Condición al Alta

Fallecimiento: Relación: Autopsia: Tipo de Alta: ?

Si bien este campo es obligatorio se puede utilizar como comodín (DES = desconocida)

Debe cargar la fecha de internación (ej. 01/01/2004)

La fecha de alta no está habilitada en el registro por episodios

Debe cargar el tipo de internación (PRO = programado; URG = urgente; DES = desconocido)

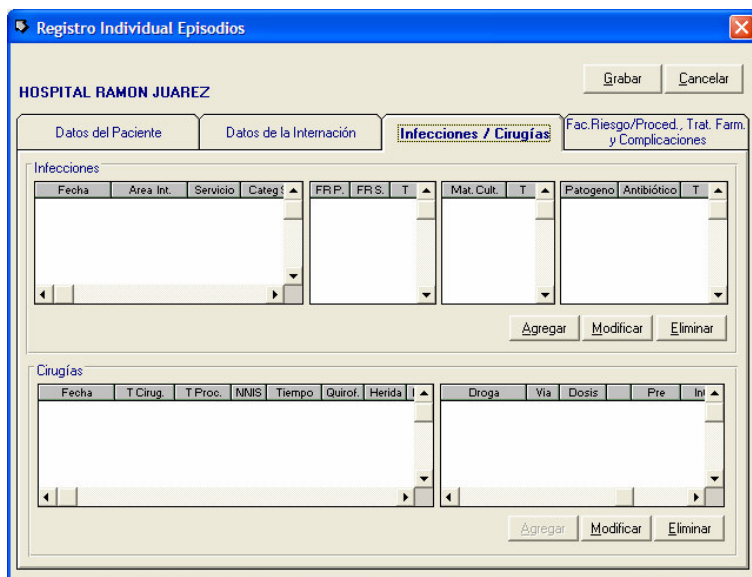
No es necesario registrar datos de la evolución

Cargando Infecciones

Para continuar debe seleccionar la solapa “Infecciones/Cirugías”. Al hacerlo se desplegará la siguiente pantalla:

1. Para proceder a la carga de una infección deberá presionar el botón Agregar:

Presione Agregar para cargar un episodio de infección



2. Una vez presionado el botón Agregar se despliega la siguiente pantalla:

Seleccione el área de internación. La misma debió ser definida previamente por cada institución a través de la combinación de un sector y una unidad)

Debe seleccionar un servicio y una categoría de servicio

El campo de peso e infección adquirida de la madre se habilitan sólo para neonatos

Seleccione bacteriemia secundaria sólo si existen hemocultivos positivos en presencia de otro foco.

Seleccione el sitio secundario en base al sitio primario previamente elegido

Ingresar la fecha de infección con el siguiente formato 01/01/2004

Debe seleccionar un sitio primario de infección (ej. ISQ = infección de sitio quirúrgico; BACT = bacteriemia primaria; ITU = infección urinaria; NEU = neumonía).

3. Una vez completados los datos referidos al lugar de adquisición y al tipo de infección deberá completar los datos relacionados a los factores de riesgo

The screenshot shows the 'Infecciones' window with the following fields and sections:

- Datos de la Infección:** Area Internación (P02 - UCIAMQ), Servicio (CLI), Categ. Servicio (CLG), Fecha de Infección (10/06/2004), Sitio Primario (BACT), Sitio Especif. (BACLAB), Bacteremia Secundaria (N), Evento Obstétrico.
- Datos de Laboratorio:** Inf. Adquirida de la Madre.
- Factores de Riesgo Potenciales:**

Código	Descripción
VCV	VIA CENTRAL VENOSA
VPV	VIA PERIFÉRICA VENOSA
- Factores de Riesgo Registrados:**

Código	Descripción	Test
APT	ALIMENTACIÓN PARENTERAL TOTAL	N
EPI	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y PARTES N	N
OPV	OTRO PROCEDIMIENTO INVASIVO VASC N	N
VAR	VIA ARTERIAL	N
- Catéteres:**

Código	Descripción
CS	CATÉTER SEMIPERMANENTE
CU	CATÉTER UMBILICAL
CV	CATÉTER VENOSO CENTRAL
- Buttons:** Agregar, Cancelar, NNIS, Cirugía, Tipo Infección, Infección Activa, Cirugía.

Debe seleccionar los factores de riesgo primario, identificando si el mismo está presente al momento de la infección, a través de las siguientes letras S, N D.

Si algún factor de riesgo primario está relacionado con factores secundarios (ej VCV con Swan Ganz) primero deberá completar el factor de riesgo secundario y luego el primario (no olvidar asignar S, N o D al factor de riesgo primario).

Seleccione la cirugía si se trata de una infección de sitio quirúrgico

Marque S si el episodio es un episodio NNIS

Marque S si se trata de una infección de sitio quirúrgico

Cargando cirugías asociadas a Infecciones quirúrgicas

Sólo para aquellas instituciones que estén vigilando Cirugías e infecciones de sitio quirúrgico deberán seguir estos pasos para vincular la infección de sitio quirúrgico a una cirugía en particular.

1. En el caso de que usted está vigilando Cirugías y el sitio primario de infección corresponda a una infección de sitio quirúrgico deberá vincular la infección a la cirugía correspondiente siguiendo los siguientes pasos:
 - a. Si la cirugía ya ha sido cargada podrá seleccionarla presionando Buscar ficha quirúrgica.

The screenshot shows the 'Datos de las Cirugías' window with the following fields and sections:

- General Info:** Fecha Cirugía, Quirófano, Duración (Hs., m.), Categ. Quirúrgica, Proc. NNIS, Proced. Quirúrgico, Tiempo Estandar (Hs.), Cirujano Ppal., Cirujano Sec., IRIQ.
- Medical Details:** Tipo Herida, Emergencia, Trauma, Anestesia General, Múltiples Proced., Implante, ASA, Procedimiento Laparoscópico.
- Profilaxis antibiótica:** Three rows for antibiotic administration with fields for Via, Dosis, Pre O, Intra O, and Post O.
- Buttons:** Agregar, Cancelar, Buscar Ficha Quirúrg.

Presione Buscar ficha quirúrgica si la cirugía ya fue previamente cargada

- i. Al hacerlo se desplegará la siguiente pantalla:

Buscar Componente Quirúrgico Individual

Hist. Clínica: Buscar

Documento: Aceptar

Paciente: Cancelar

Eliminar

	Hist. Clínica	Apellido y Nombre	Categoría	Fecha
--	---------------	-------------------	-----------	-------

La búsqueda se puede realizar por:

- Historia clínica
- N° de documento
- Apellido del paciente

ii. Una vez ingresado el criterio de búsqueda, presione Buscar y haga doble click sobre el paciente

Buscar Componente Quirúrgico Individual

Hist. Clínica: 981953 Buscar

Documento: Aceptar

Paciente: Cancelar

Eliminar

	Hist. Clínica	Apellido y Nombre	Categoría	Fecha
1	981953	PEREZ JUAN	CRI	08/07/2004

Presione Buscar luego de ingresar el criterio de búsqueda

Una vez encontrada la cirugía haga doble click

iii. Al hacerlo se desplegará la siguiente pantalla:

Presione agregar para la que la infección quede vinculada a la cirugía

Datos de las Cirugías

Fecha Cirugía: 08/07/2004 Quirófano: 01 Duración: 06 Hs, 10 m.

Categ. Quirúrgica: CRI BY PASS CORONARIO CON SAFENA Proc. NNIS: S

Proced. Quirúrgico: 36.10 ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA PARA REVASCULARIZACION CARDIACA Tiempo Estandar: 5 Hs.

Cirujano Ppal.: 000049 GUTIERREZ, AUGUSTO

Cirujano Sec.: IRIQ: 2

Tipo Herida: L Emergencia: N Trauma: N Anestesia General: S

Múltiples Proced.: N Implante: N ASA: 3 Procedimiento Laparoscópico: N

Profilaxis antibiótica

J01DA04	Cefazolina	Via: P	Dosis: 1 g	Pre O: <= 2	Intra O: S	Post O: <= 2
J01GB03	Gentamicina	Via: P	Dosis: 0,16 g	Pre O: <= 2	Intra O: N	Post O: N

Buscar Ficha Quirurg.

iv. Al presionar agregar la cirugía quedará vinculada al sitio de infección quirúrgica:

Infecciones

Área Internación: P02-UCIAMQ Servicio: CLI Categ. Servicio: CLG Peso rec. Nacido: Inf. Adquirida de la Madre:

Fecha de Infección: 10/06/2004 Sitio Primario: ISQ INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO

Sitio Especif.: IQIPT INCISIONAL PROFUNDA TORÁCICA, POSTERIOR A BY PASS CORONARIO Bacteremia Secundaria: Evento Obstétrico:

Factores de Riesgo Potenciales

Código	Descripción

S N D

Factores de Riesgo Registrados

Código	Descripción	Test
DBT	DIABETES	N
DRE	DRENAJES	N
OBE	OBESIDAD	N
EAS	RESURRIDO	N

S N D

F.Riesgo Código Descripción Test

NNIS: S Cirugía: S 36.10 ANASTOMOSIS AORTOCORONARIA PARA Cirugía

Tipo Infección: Infección Activa:

b. Si la cirugía no ha sido cargada le sugerimos que primero cargue la cirugía en los denominadores y luego la vincule. Sino deberá completar los datos quirúrgicos en la siguiente pantalla como se describió en la carga de cirugías (ver Guía del Usuario).

Cargando los datos de laboratorio

Para continuar con la carga de los "Datos de Laboratorio" deberá presionar dicha solapa para continuar con la carga.

Presione esta solapa para continuar la carga

Datos de Laboratorio

Area Internación: 15 - UCIAMQ ? Servicio: CLI ? Categ. Servicio: CLG ? Peso rec. Nacido: []

Fecha de Infección: 10/01/2004 Sitio Primario: BACT ? BACTERIEMIA Inf. Adquirida de la Madre: []

Sitio Especif.: BACLAB ? BACTERIEMIA CONFIRMADA POR LABORATORIO Bacteremia Secundaria: [] Evento Obstétrico: []

Factores de Riesgo Potenciales

Código	Descripción

S | N | D

Factores de Riesgo Registrados

Código	Descripción	Test
VAR	VÍA ARTERIAL	N
VCV	VÍA CENTRAL VENOSA	S
VPV	VÍA PERIFÉRICA VENOSA	N

S | N | D

F. Riesgo	Código	Descripción	Te
VCV	CS	CATÉTER SEMIPERMANENTE	N
VCV	CU	CATÉTER UMBILICAL	N
VCV	CV	CATÉTER VENOSO CENTRAL	S

S | N | D

NNIS: [S] Cirugía: []

Tipo Infección: [] Infección Activa: []

1. Una vez seleccionada la solapa “Datos de Laboratorio” se abrirá la siguiente pantalla:

Datos de Laboratorio

Tipo de Diagnóstico: Clínico Serológico Microbiológico

Gérmenes

Código	Descripción	Test
CÁT	PUNTA DE CATÉTER	
HEM	HEMOCULTIVO	
OTR	OTROS	
RET	RETROCULTIVOS	

P | N | X | D (P) - Pos. (N) - Neg. (X) - No Cult. (D) - Deso.

Antibiótico	Test	Antibiótico	Test	Antibiótico	Test

S | R | X (S) - Sensible (R) - Resistente (X) - No Testeado

Fallecimiento: [] Relación: [] Costo: []

Seleccione microbiológico para cargar el microorganismo

Ingrese los materiales de cultivo de acuerdo a si estos son positivos; negativos, no cultivados o desconocidos. Al menos un cultivo debe ser positivo

Seleccione un microorganismo del listado de gérmenes

2. Al seleccionar el germen se desplegará el listado de antimicrobianos a testear:

Datos de Laboratorio

Materiales de Cultivo

Código	Descripción	Test
CAT	PUNTA DE CATÉTER	N
HEM	HEMOCULTIVO	P
OTR	OTROS	N
RET	RETROCULTIVOS	P

P | N | X | D | (P) - Pos. (N) - Neg. (X) - No Cult. (D) - Desc.

SA

Antibiótico	Test
Doxiciclina	
Minoxiclina	
Cloranfenicol	
Bencilpenicilina	
Oxacilina	
Aminicilina e inhibidores de la enzima	

S | R | X | (S) - Sensible (R) - Resistente (X) - No Testeado

Fallecimiento: N Relación: U Costo: 0

Una vez seleccionado el germen se despliegan los antimicrobianos correspondientes al antimibiograma del microorganismo

Cargar R = resistente; S = sensible y X = no testeado. Los microorganismo con nivel intermedio debes ser cargados como R = resistentes

Cargar 0 en el dato de costos

Cargar si el paciente falleció

Cargar la relación con el fallecimiento o con la recuperación

3. Al completar los datos de la pantalla presione Agregar para guardar los datos:

Datos de Laboratorio

Materiales de Cultivo

Código	Descripción	Test
CAT	PUNTA DE CATÉTER	N
HEM	HEMOCULTIVO	P
OTR	OTROS	N
RET	RETROCULTIVOS	P

P | N | X | D | (P) - Pos. (N) - Neg. (X) - No Cult. (D) - Desc.

SA

Antibiótico	Test
Vancomicina	X
Telicoplanina	X
Ácido fusídico	X
Nitrofurantoina	X
Rifampicina	X

S | R | X | (S) - Sensible (R) - Resistente (X) - No Testeado

Fallecimiento: N Relación: U Costo: 0

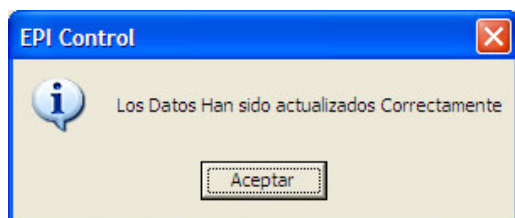
U - Curado M - Mejorada E - Empeorado

Presione Agregar para guardar los datos

4. Al presionar Agregar se desplegará la siguiente pantalla, donde deberá presionar Grabar para guardar los datos en la base:

Presione Grabar los datos en la base de datos.

1. Si los datos fueron grabados exitosamente se desplegará el siguiente mensaje.



NOTA: En el caso de que el paciente tenga más de una infección en la misma internación Usted sólo deberá encontrar la ficha a través de la opción Consultar y luego Buscar por Número de Historia Clínica y Agregar el nuevo episodio de infección en la solapa de Infecciones presionando el botón Agregar.

ANEXO I

Ficha de registro de infecciones por episodio

(DATOS DE LA INFECCION)

CODIGO HOSPITAL: _____

DATOS DEL PACIENTE

Nº de HC: _____ Apellido y nombre: _____ Sexo: M () F ()

Obra social: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

IGS: 20011() 20012() 20013() 20014() 20015() Fecha de admisión: ____ / ____ / ____

DATOS DE LA INFECCION

Fecha de la infección: ____ / ____ / ____

Área de Internación: _____ Sector: _____ Servicio: _____

Unidades (marcar sólo una):

UCIAMQ	UCIAQUI	UCIACAR	UCIAQUE	UCIATRA	UCINEO
UCIAMED	UCIACOR	UCIANEU	UCIARES	UCIPED	SGRAL

Peso de recién nacido (completar este dato si el paciente se encuentra en neonatología)

Recién nacido:	Peso de RN:	< 1001 ()	1001 - 1500 ()	1501 - 2500 ()	>2500 ()
----------------	-------------	------------	-----------------	-----------------	-----------

Infección adquirida de la madre: Si [] No [] Bacteriemia secundaria: Si [] No []

Sitio de infección (marcar un sitio primario y un sitio específico):

ISQ			RI	BRON	BACT	BACLAB
Incisional superficial	PIEL	De órgano o cavidad	SINU	PULM	PPB	BACLAB
	IQISI		TCS	OST		SEPC
	IQIST		TGI	DISC		PIEL
Incisional profunda	TCS	VAG	SIS	OSTE	SNC	TCS
	IQIPI	VASC	GI	IDIS		ESCA
	IQIPT	OSTE	REPR	GAST		QUEM
De órgano o cavidad	ART	NEU ORL	PULM	HEP	CCV	MAM
	CARD		RS	HEP		ONF
	CER		ORAL	IAB		PUST
	DISC		OREP	ECN		CIRC
	ENDOC		OJO	ENDOM		CER
	ENDOM		NEU	EPIS		MEN
	ESP		ORL	VAG		ESP
	IAB		CONJ	OREP		VASC
	MAM		OJO	ITUA		ENDOC
	MED		OJO	ITUS		CARD
	MEN		ORAL	OITU		MED
	OID		SINU			
	OITU		RS			

Factores de riesgo principales (marcar un factor de riesgo si corresponde):

Primario:	ARM	CUR	VCV
-----------	-----	-----	-----

Infección NNISs: Si [] No [] Tipo de infección: I () C () O () D ()

DATOS DE LA CIRUGIA (si fue una infección quirúrgica):

CIRUGIA: S () N () Cirugía tipo NNIS: S () N () Fecha de la cirugía: ____ / ____ / ____

CATEGORÍA QUIRÚRGICA (tildar lo que corresponda)

AMP	APE	BAZ	BIL	CAR	CCU	CES	COL	CRA
CRI	CRT	DEL	DVP	END	FRA	GAS	GRU	HAB
HER	HVA	LAM	LAP	MAM	OCV	OFT	OGA	OGI
OGU	OMS	ONE	OOB	OPB	OPR	ORE	ORL	PLA
PRC	PRO	PRR	RIN	TOR	TXO	VAS	VER	

ALTA: Fallecido: S () Relación con la infección: C () A () N () D ()
N () Evolución: M () C () E ()

(DATOS DEL LABORATORIO)

CODIGO HOSPITAL: _____

TIPO DE DIAGNOSTICO

CLINICO: ()

SEROLOGICO: ()

MICROBIOLOGICO: ()

Material cultivado (agregar al lado de los materiales correspondientes al tipo de infección el resultado de los mismos): (P) positivo (N) negativo (X) no cultivado (D) desconocido

Tabla de correspondencias entre sitio primario de infección y materiales de cultivo:

BACT	HEM	CAT	RET	OTR									
CCV	HEM	CAT	RET	DNQ	BX	OTR							
GI	HEM	MF	DNQ	BX	OTR								
ISQ	HEM	DRI	DRO	BX	LCR	OTR							
ITU	HEM	URO	DNQ	BX	OTR								
NEU	HEM	ESP	AT	BAL	CP	DNQ	BX	OTR					
ORL	HEM	DNQ	BX	OTR									
OST	HEM	DNQ	BX	OTR									
PPB	HEM	DNQ	BX	OTR									
REPR	HEM	DNQ	BX	OTR									
RI	HEM	ESP	AT	BAL	CP	DNQ	BX	OTR					
SIS	HEM	ESP	AT	BAL	CP	URO	MF	CAT	LCR	DNQ	BX	OTR	
SNC	HEM	LCR	DNQ	BX	OTR								

MICROORGANISMOS Y PATRON DE SENSIBILIDAD

Colocar en cada casillero según corresponda: R: resistente / S: sensible / X: no evaluado - no testeado

ANTIMICROBIANOS	Patógenos identificados		
	1. _____	2. _____	3. _____
Ampicilina			
Ampicilina-sulbactama			
Cefalotina			
Ceftriaxona			
Ceftazidima			
Cefepima			
Imipenem			
Meropenem			
Ertapenem			
Piperacilina			
Piperacilina-tazobactama			
Gentamicina			
Amicacina			
Estreptomicina			
Oxacilina			
Vancomicina			
Teicoplanina			
Cloranfenicol			
Rifampicina			
Polimixina			
TMS			
Norfloxacin			
Ciprofloxacina			
Levofloxacina			
Nitrofurantoina			
Eritromicina			
Clindamicina			
Minociclina			
Nilezolide			
Tetraciclinas			

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA DE REGISTRO DE INFECCIONES POR EPISODIO

Código del hospital: n° de identificación del centro asistencial otorgado por el centro coordinador, al momento de incorporarse al sistema.

DATOS DEL PACIENTE

N° de HC: n° de identificación del paciente otorgado por la institución (debe ser ingresado del mismo modo como se registra en el centro asistencial). **Obra social:** consignar el nombre de la obra social o prepaga que cubre la internación, o como privado si no existiese. **Fecha de admisión:** consignar la fecha de la admisión correspondiente a la hospitalización durante la cual el paciente adquirió la infección. En el caso de que el paciente sea readmitido por una infección hospitalaria no reportada previamente, deberá consignarse como fecha de la admisión aquella correspondiente a la realización del procedimiento invasivo asociado (si lo hubiese). En este caso se debe registrar el N° de HC correspondiente a la admisión consignada.

Motivo de internación: consignar el motivo de la admisión hospitalaria del paciente (pueden ser patologías clínicas o procedimientos). *Utilizar el manual de códigos del CIE-9.* **Índice de Gravedad por Sistemas:** consignar el nivel de severidad identificando el sistema más afectado, con su peor valor, dentro de las primeras 48 de ingreso al centro asistencial. *Utilizar el manual de códigos del IGS.*

Nivel	Descripción
1	Individuo sano o con patología mínima (Ej.: Hernia inguinal; Parto; Cesárea electiva)
2	Enfermedad leve a moderada, bien controlada que no compromete la vida (Ej.: Cesárea de urgencia; Colectectomía; Cesárea electiva)
3	Enfermedad severa que no compromete la vida en esta internación, a menos que la condición clínica empeore (neumonías/ARM)
4	Enfermedad severa que compromete la vida y que necesita soporte vital para no producir la muerte en esta internación (neumonía c/ARM)
5	Paciente severamente comprometido que no responde a las medidas de sostén o paciente terminal, de quien se espera que fallezca en esta internación.

DATOS DE LA INFECCION

Fecha de la infección: consignar la fecha en que por primera vez se manifiestan los signos de infección, o bien en el momento en que se obtuvieron los materiales de cultivo utilizados para confirmar el diagnóstico. Tener en cuenta que el año de la infección debe coincidir con el año del número de identificación de la ficha. Si el evento infeccioso corresponde a un paciente que egresó de terapia y la infección se presenta dentro de las 48 h del alta (ej. 01/10/96), cayendo en el mes siguiente, deberá consignarse como fecha de la infección al último día del mes anterior (ej.30/09/96).

Sector: área definida por cada centro asistencial, la cual se relaciona con los tipos de unidades o áreas de internación definidas por el sistema.

Unidades: área definida por el sistema en concordancia con los Códigos NNIS (UCI= Unidades de cuidados intensivos).

SGRAL	Sala general	NUR	Nursery	UCINEO	Neonatal	UCIAQUI	Quirúrgica	UCIAQUE	Quemados
UCIANEU	Neuroquirúrgica	UCIARES	Respiratoria	UCIAMED	Médica	UCIPED	Pediátrica	UCIATRA	Politrauma
UCIACOR	Coronaria	UCINTER	Intermedia	UCIAMQ	Med-Quirúrgica	UCIAOTR			

Servicios: Categorización de pacientes con similares patologías que están siendo atendidos por médicos de especialidades afines.

CAR	cardiología	ONC	oncología-hematología	CLG	clínica general	DER	dermatología	END	endocrinología	ALE	alergia
NEF	nefrología	GAS	gastroenterología	URO	urología	INF	infectología	NEM	neumonología	NUT	nutrición
NEU	neurología	CCV	cirugía cardiovascular	PED	pediatría	INM	inmunología	RXI	radiología	NUR	nursery
ORT	ortopedia	CIG	cirugía general	QUE	quemados	GIN	ginecología	NEQ	neurocirugía	PLA	plástica
REU	reumatología	ORL	otorrinolaringología	TRA	politrauma	NEO	neonatología	OFT	oftalmología		
CTX	cirugía torácica	TPL	transplantes sólidos	OBS	obstetricia						

Peso recién nacido: Se deberá consignar el peso de nacimiento para los pacientes admitidos al sector de neonatología de alto riesgo (excluidas las áreas neonatológicas de bajo riesgo ej. nursery). **Infección Adquirida de la Madre:** Este campo sólo es válido para Nursery y las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. A menos que existan fuertes evidencias que sugieran lo contrario, toda infección que se presente dentro de las 48 h del parto debe registrarse como adquirida de la madre. **Bacteriemia secundaria:** se debe consignar si el paciente tuvo como consecuencia de la infección primaria un episodio de bacteriemia confirmada bacteriológicamente por el laboratorio. Se excluyen los episodios de bacteriemias primarias relacionados con la presencia de accesos vasculares (*BACT*).

Sitio de la infección: se debe marcar un sitio primario (negrita) y un sitio específico (itálica) que represente el sitio de infección.

BACT	infección primaria de la sangre	CCV	infección del sistema cardiovascular	GI	inf. del aparato gastrointestinal
<i>BACLAB</i>	bacteriemia confirmada por el laboratorio	VASC	infección arterial o venosa	GAST	Gastroenteritis
<i>SEPC</i>	sepsis clínica	ENDOC	endocarditis	<i>TGI</i>	inf. del tracto gastrointestinal
ISQ	infección del sitio quirúrgico	CARD	miocarditis o pericarditis	HEP	Hepatitis
<i>PIEL</i>	infección incisional superficial	MED	mediastinitis	IAB	inf. Intraabdominal
<i>IQ/ISI</i>	incisional sup. de miembro inferior (CRI)	ITU	infección del tracto urinario	ECN	enterocolitis necrotizante
<i>IQ/IST</i>	incisional sup. de tórax (CRT)	ITUA	inf. asintomática del tracto urinario	SNC	inf. del Sistema Nervioso Central

TCS	infección incisional profunda	ITUS	inf. sintomática del tracto urinario	CER	infección intracraneal
IQIPI	incisional prof. de miembro inferior (CRI)	OITU	otras inf. del tracto urinario	MEN	Meningitis
IQIPT	incisional prof. de tórax (CRT) de órgano o cavidad: ART; CARD; CER; DISC; ENDOC; ENDOM; ESP; IAB; MAM; MED; MEN; OID; OITU; OJO; ORAL; OREP; OSTE; PULM; RS; SINU; TCS; TGI; VAG; VASC	NEU	neumonía	ESP	absceso espinal (s/meningitis)
		NEU	neumonía	PPB	infección de piel y partes blandas
		ORL	inf. otorrinolaringológica / ocular	PIEL	infección de piel
		CONJ	conjuntivitis	TCS	inf. de tejido celular subcutáneo
		OJO	infecciones oculares	ESCA	Escara
		OID	infecciones óticas	QUEM	infección en quemaduras
RI	infecciones del tracto respiratorio inferior	ORAL	infecciones orales	MAM	absceso mamario o mastitis
BRON	bronquitis	SINU	sinusitis	ONF	Onfalitis
PULM	otras inf. del tracto respiratorio inferior	RS	inf. del tracto respiratorio superior	PUST	Pustulosis
OST	infecciones del aparato osteoarticular	REPR	infecciones del aparato reproductor	CIRC	infección de circuncisión neonatal
ART	artritis	ENDOM	endometritis		
DISC	discitis	EPIS	infección de la episiotomía		
OSTE	osteomielitis	VAG	infección del manguito vaginal		
SIS	infecciones sistémicas	OREP	otras inf. del aparato reproductor		
IDIS	infecciones diseminadas				

Factores de riesgo primarios: los factores de riesgo se relacionan con cada tipo de infección.

BACT	infección primaria de la sangre	ITU	infección del tracto urinario	NEU	neumonía (también válido para RI)
CUM	catéter umbilical	CUR	catéter urinario	ARM	asistencia respiratorio mecánica
APT	alimentación parenteral total	DBT	diabetes	ASP	broncoaspiración
VCV	vía venosa central	OPU	Otro procedimiento invasivo urinario	BH2	antiácidos
VPV	vía venosa periférica	ISQ	infección del sitio quirúrgico	NEU	deterioro neurológico (Glasgow <10)
VAR	vía arterial	DRE	drenajes abiertos	SDR	distress respiratorio del adulto
EPI	enfermedades de la piel	OBE	obesidad	EPO	enf. pulmonar obstructiva crónica
OPV	Otro procedimiento invasivo vascular	RAS	rasurado (> 6 h previas / con hoja)	OPR	Otro proc. invasivo respiratorio
CCV	infección del sistema cardiovascular	DBT	diabetes	REPR	infección del aparato reproductor
CUM	catéter umbilical	RPM	Ruptura prematura de membranas	OPG	Otro proc. invasivo del ap. reproductor
APT	alimentación parenteral total	TVA	tacto vaginal	OST	infección del aparato osteoarticular
VCV	vía venosa central	ORL	infección otorrinolaringológica / ocular	OPA	Otro proc. invasivo osteoarticular
VPV	vía venosa periférica	OPO	Otro proc. invasivo ORL/ocular	GI	infecciones del tracto gastrointestinal
VAR	vía arterial	SNC	infección del Sistema Nervioso Central	ATB	antimicrobianos
OPV	Otro procedimiento invasivo vascular	OPN	Otro proc. invasivo neurológico	OPD	Otro proc. invasivo gastrointestinal
PPB	infección de piel y partes blandas	RI	infección del tracto respiratorio inferior		
OPP	Otro proc. inv. de piel y partes blandas	EPO	enf. pulmonar obstructiva crónica		
EPI	enfermedades de la piel				
NEU	deterioro neurológico				

Factores de riesgo secundarios: para determinados factores de riesgo primarios existen distintos tipos de factores de riesgo secundario.

VCV	vía venosa central	CUR	catéter urinario		
CS	Catéter semipermanente	DJ	Doble jota		
CV	Catéter venoso central	NU	Nefrostomía		
PC	Port-a-cath	SV	Sonda vesical		
PI	Catéter periférico central	TV	Talla vesical		
SG	Catéter de Swan-Ganz	SE	Sin especificar		
SE	Sin especificar				

Evento tipo NNIS: se refiere a si el episodio que está siendo registrado reúne los requisitos de un episodio tipo NNIS (paciente cuya fecha de egreso no sea igual a la fecha de admisión / infección intrahospitalaria / procedimiento quirúrgico tipo NNIS si existe infección del sitio quirúrgico (ISQ)). **Tipo de infección:** se debe registrar el sitio de adquisición de la infección: **Intrahospitalaria (I):** Toda infección adquirida durante la internación y que no estuviese presente o incubándose al momento de la admisión del paciente, o bien en el caso de un recién nacido, cuando ésta fuese adquirida durante su pasaje a través del canal del parto. En el caso de las heridas quirúrgicas la infección puede manifestarse luego del alta del paciente, hasta 30 días o un año dependiendo de la colocación o no de prótesis. **Adquirida en la comunidad (C):** Toda infección adquirida en la comunidad que estuviese presente o incubándose al momento del ingreso del paciente, o bien en el caso del recién nacido cuando ésta hubiese sido adquirida por vía

transplacentaria. Otro centro asistencial (O): infección intrahospitalaria presente al momento de la admisión y adquirida en otro centro asistencial. Desconocida (D): no se puede establecer el sitio de adquisición del episodio infeccioso.

DATOS DE LA CIRUGIA

Cirugía: registrar S (SI) si el paciente fue sometido a un procedimiento quirúrgico previo al comienzo de la infección, independientemente de que el evento infeccioso sea una ISQ. Si bien se pueden consignar procedimientos no NNIS, en el caso de que sólo se estén registrando eventos NNIS y el sitio primario de infección sea una ISQ, el procedimiento quirúrgico debe ser un procedimiento NNIS (si no lo fuera marcar Cirugía = N). No deberían considerarse como cirugías los debridamientos, drenajes, punciones o cateterismos. En el caso de que hayan sido realizados más de un procedimiento quirúrgico, y no se pueda identificar la cirugía asociada al evento infeccioso, utilizar la siguiente tabla de prioridades ingresando la cirugía con mayor riesgo (el riesgo decrece de izquierda a derecha y de arriba a abajo):

TXO	GRU	BIL	GAS	COL	DEL	HAB	CES	APE	VAS	HER	RIN	BAZ	LAP
TOR	CRI	CRT	CCV	CAR									

Tipo NNIS: registrar S (SI) si el procedimiento quirúrgico realizado es un procedimiento NNIS (paciente NNIS, al que se le realiza una cirugía en quirófano o sala de partos, con cierre de piel o mucosas antes de abandonar la sala).

Fecha de la cirugía: consignar la fecha en que fue realizada la cirugía.

Categorías quirúrgicas: Cada una de estas categorías se abre en varios tipos de procedimientos (códigos disponibles en el manual CIE-9).

AMP	amputación	APE	apendicectomía	BAZ	esplenectomía	BIL	vía biliar
CRI	by pass cor. c/safena	CRT	by pass cor. s/safena	DEL	intestino delgado	DVP	deriv. ventriculares
HER	herniorrafia	HVA	hister. vaginal	LAM	laminectomía	LAP	Laparoscopia
OGU	otr. genitourinarias	OMS	otr. osteomusculares	ONE	otr. neurológicas	OOB	otr. Obstétricas
PRC	prótesis de cadera	PRO	próstata	PRR	prótesis de rodilla	RIN	Renal
CCU	cabeza y cuello	CES	cesárea	COL	colecistectomía	CRA	Craneotomía
FRA	red. abierta fracturas	GAS	gástrica	GRU	intestino grueso	HAB	hister. Abdominal
OCV	otr. cardiovasculares	OFT	oftalmología	OGA	ganglios linfáticos	OGL	otr. Gastrointestinales
OPR	otr. prótesis	ORE	otr. Respiratorias	ORL	otorrinolaringológicas	PLA	Plástica
TXO	transplante sólido	VAS	vascular periférico	VER	fusión vertebral	CAR	cardíaca no coronaria
END	otr. endócrinas	MAM	mama	OPB	otr. Piel / TCS	TOR	Torácica

DATOS DEL LABORATORIO

Tipo de diagnóstico y materiales de cultivo: se debe registrar sólo un tipo de diagnóstico: **Clínico:** Se considera diagnóstico clínico cuando el diagnóstico de la infección se basa sólo en datos clínicos no existiendo evidencias de otro tipo (serológicas / microbiológicas). En este caso los materiales de cultivo pueden ser positivos (P), negativos (N), no obtenidos (X) o desconocidos (D). En patógeno 1 sólo se podrán cargar los siguientes códigos: no aislamiento (NA), flora mixta (FM), contaminante (CONT), patógeno desconocido (DESC) o los siguientes patógenos para los cuales está permitido el diagnóstico clínico-etiológico: parotiditis (MUMPS), sarampión (MEASL), varicela/zoster (VZ), rubeola (RUBEL), parvovirus (PARTU). **Serológico:** en el caso de que el diagnóstico se haya realizado sobre la base de estudios serológicos (determinación de anticuerpos IgM o aumento de 4 veces de los títulos de IgG) ningún material deberá ser considerado como positivo (P). Del mismo modo no se podrán ingresar en patógeno 1 los siguientes códigos: no aislamiento (NA), flora mixta (FM), contaminante (CONT), patógeno desconocido (DESC). **Microbiológico:** si el diagnóstico de la infección se basa en datos microbiológicos, al menos un material debe ser positivo (P), no pudiéndose ingresar ninguno de los siguientes códigos: no aislamiento (NA), flora mixta (FM), contaminante (CONT), patógeno desconocido (DESC).

BAL	Lavado borncalveolar	AT	Aspirado traqueal	RET	Retrocultivos	CAT	Punta de catéter	CP	Cepillado protegido
DRI	Dren. sitio quirúr incisional	MF	Materia fecal	URO	Urocultivo	HEM	Hemocultivo	ESP	Espujo
DRO	Dren. sitio quirúr. de cavidad	BX	Mat. de biopsia	OTR	Otros	LCR	Líqu. cefalorraquídeo		
DNQ	Dren. sitio no quirúrgico								

MICROORGANISMOS Y PATRON DE SENSIBILIDAD

Patrón de sensibilidad: Colocar en la parte superior de cada columna el microorganismo aislado, completando según corresponda el patrón de sensibilidad: **R:** resistente / **S:** sensible / **X:** no evaluado - no testeado.

Alta: se debe registrar el alta definitiva del centro asistencial.

En el caso de fallecimiento se debe establecer su relación con el episodio infeccioso: **Causante (C):** el paciente fallece durante el episodio agudo de infección y en ausencia de remisión del cuadro clínico (persistencia de los signos clínicos de infección) o como consecuencia de una secuela producida por la propia infección; **Asociada (A):** el fallecimiento se produce durante el período de tratamiento de la infección pero una vez que los signos clínicos han sido controlados y como consecuencia de la descompensación de una situación clínica subyacente; **No Asociada (N):** el deceso se produce por una causa no relacionada con la infección; **Desconocida (D):** no se puede establecer la relación entre el deceso y el episodio infeccioso.

En el caso de que el paciente no fallezca de la infección la evolución puede ser: **Curado (U):** resolución completa del cuadro; **Mejorado (M):** resolución favorable sin llegar a la curación; **Empeorado (E):** evolución desfavorable sin llegar al fallecimiento.