

Circular epidemiológica

**Pandrogro-resistencia en
Argentina: situación
epidemiológica, intensificación
de la vigilancia y medidas de
control en Enterobacteriales**

Mayo 2026



Listado de siglas y abreviaturas

ATM-AVI: Aztreonam-avibactam

ATU: Área de incertidumbre técnica

CCI: Comité de Control de Infecciones

CONACRA: Comisión Nacional para el Control de la Resistencia Antimicrobiana

ERC: Enterobacterales resistentes a carbapenemes

LNR: Laboratorio Nacional de Referencia

MBL: Metallo- β -lactamasas

PDR: Pandrog-resistencia

SNVS 2.0: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

SINTRA: Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina

TOS: Trasplante de órgano sólido

Participaron de la elaboración de este documento:

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

-Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" (INEI- ANLIS)

-Servicio Antimicrobianos-Laboratorio Nacional/Regional de Referencia en Resistencia a los Antimicrobianos. Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" (INEI- ANLIS)

- Programa Nacional VIHDA-Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara", ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" (INE-ANLIS)

-Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación

-Dirección Nacional para el control de Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud de la Nación

-Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

-Programa Provincial de Prevención y Control de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud y Resistencia a los Antimicrobianos. Dirección de Vigilancia y Control de Brotes. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

-Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)

Índice:

1. Introducción	3
2. Antecedentes y situación actual.....	4
3. Resumen de los eventos PDR notificados	4
4. Recomendaciones para equipos de salud.....	6
5. Investigación epidemiológica de casos y brotes de PDR.....	12
6. Medidas de prevención y control de infecciones.....	13
7. Implementación operativa y circuitos.....	16
8. Roles y funciones ante la sospecha o confirmación de un caso de Pandrogro- resistencia.....	17
9. Anexo.....	21

Ante la confirmación de aislamientos bacterianos con perfil de pandrog-resistencia (PDR)¹ y la persistencia de la circulación en establecimientos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con las autoridades sanitarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, emiten la presente comunicación con el objetivo de informar a los equipos de salud y laboratorios, fortalecer la vigilancia epidemiológica, promover la detección y notificación oportuna de casos sospechosos de PDR y reforzar las medidas de prevención y control de infecciones.

1. Introducción

Las infecciones causadas por bacterias multirresistentes representan una amenaza creciente para la salud pública, especialmente en pacientes internados en unidades de cuidados críticos. En este contexto, la pandrog-resistencia (PDR), definida como la resistencia a todos los antimicrobianos disponibles para el tratamiento de un microorganismo, representa uno de los escenarios más preocupantes, debido a la ausencia de opciones terapéuticas efectivas (Magiorakos et al., 2012; Jiménez Pearson, 2019).

En 2022² se identificaron en Argentina los primeros aislamientos con perfil PDR en establecimientos de salud, lo que motivó **la incorporación del evento PDR al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) como notificación obligatoria**. Esta medida tiene como objetivo fortalecer la detección oportuna, la caracterización de los casos y la implementación de acciones para limitar su diseminación.

¹ PDR: no sensible a todas las categorías antimicrobianas disponibles en el vademécum nacional para el patógeno.. Ver definiciones en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_pandrogresistencia-16092024.pdf

²<https://www.google.com/url?q=https://antimicrobianos.com.ar/wp-content/uploads/2023/01/Alerta-epidemiologica-Emergencia-de-PDR-2.pdf&sa=D&source=docs&ust=1777467665013550&usg=AOvVaw1CB02Cv6P2f7O0056wIQcD>

2. Antecedentes y situación actual

Entre el 12/8/22 y el 17/6/2023 el LNR-RAM del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, confirmó como PDR a diez aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* recuperados de tres Instituciones de Salud, dos de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y una de provincia de Buenos Aires (PBA). Estos pacientes habían sido sometidos a trasplante pancreato-renal en una única Institución de CABA y se pudo comprobar el nexo epidemiológico entre las otras dos Instituciones y el centro de trasplante.

Durante 2026, se confirmaron como PDR cuatro aislamientos de *K. pneumoniae* de dos instituciones de salud (uno de la provincia de Buenos Aires y uno de CABA). Los aislados de CABA procedían del centro de trasplante renal donde se identificaron los casos de PDR en 2022-2023.

El LNR pudo determinar que los aislamientos de *K. pneumoniae* del 2026 presentaron idéntico perfil fenotípico, molecular y genómico con aquellos identificados originalmente en CABA en el 2022-2023. El análisis de los genomas completos de los aislados de *K. pneumoniae* PDR del 2022-2023 y los de 2026, por medio de la técnica MiSeq Illumina, confirmó a todos ellos como pertenecientes al mismo linaje del clon hiper-epidémico del secuenciotipo ST258, portadores de *blaNDM-5*, *blaCTX-M-15* y *blaSHV-231*, una nueva y autóctona variante alélica de SHV, que resulta en resistencia a la inhibición por avibactam manteniendo las propiedades de beta-lactamasa de espectro extendido. Además, se identificó una mutación en la secuencia promotora de *blaSHV-231*, lo que sugiere una expresión sostenida de esta enzima en todos los aislados. También se detectaron otros mecanismos adicionales, como mutaciones en los genes codificantes de *PBP-3 (ftsI)* y *PBP-2 (mrdA)*, que contribuyeron al fenotipo de PDR. Todos los aislados, presentaron completa correlación fenotípica, en las familias de antimicrobianos ensayados.

3. Resumen de los eventos PDR notificados

A continuación se describen los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en el marco de la vigilancia de PDR establecida desde la emergencia que dio lugar a los nuevos lineamientos de vigilancia de septiembre 2024³.

Entre el 12 de octubre de 2023 y el 30 de abril de 2026, se notificaron 62 eventos sospechosos de PDR, 54 fueron descartados y 8 han sido confirmados por el Laboratorio Nacional de Referencia: 6 Enterobacterales, 1 *Pseudomonas aeruginosa* y 1 *Acinetobacter baumannii* (Tabla 1). Los 8 casos confirmados de PDR provienen de un establecimiento de salud de la Provincia de Buenos Aires y de cinco de la Ciudad de Buenos Aires.

³ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/08/instructivo_pandrogoresistencia-16092024.pdf

Tabla 1: Características generales de PDR confirmados según especie bacteriana. Argentina. Periodo SE41-2023 a SE16-2026.

Especie	Inst	Jurisdicción de detección	SE del evento /Año	Edad	Sexo	Muestra	Comorbilidades	Cuadro clínico	Evolución
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	CABA	SE41/2023	13 años	F	Hemocultivo	LLA de alto riesgo, fistulas múltiples, malformación vascular	Shock séptico, ARM	Alta clínica
<i>Acinetobacter baumannii</i>	2	CABA	SE30/2024	61 años	M	Líquido peritoneal	Paciente oncológico	Peritonitis	Alta clínica
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3	CABA	SE04/2025	84 años	F	Orina	Sepsis a punto de partida abdominal	Sepsis por <i>E. coli</i> - Colonización de la vía urinaria con cepa PDR	Alta clínica
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4	CABA	SE33/2025	38 años	M	Orina	Trasplante renal un mes previo	Síntomas urinarios	Alta clínica
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	PBA	SE03/2026	20 años	M	Aspirado traqueal	Politraumatismo. Derivado de otra institución	Colonización vía respiratoria	Alta clínica
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	PBA	SE03/2026	38 años	M	Lavado broncoalveolar	Quemado. Derivado de otra institución	Colonización vía respiratoria	Continúa internado
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	6	CABA	SE16/2026	47 años	M	Hisopado rectal	Trasplante reno-pancreático	Colonización gastrointestinal	Alta clínica
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	6	CABA	SE16/2026	42 años	F	Hisopado rectal	Trasplante renal	Colonización gastrointestinal	Alta clínica

Fuente: Servicio Antimicrobianos INEI ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" en base a datos del SNVS 2.0

La secuenciación del genoma completo de los ocho aislados PDR, mediante la tecnología Illumina, reveló que correspondieron a clones de alto riesgo, reconocidos por su diseminación global y asociación con brotes nosocomiales.

En particular, los aislados de *Klebsiella pneumoniae* pertenecieron a los tipos clonales ST258

y ST152, ambos asociados globalmente a brotes hospitalarios multirresistentes. El aislado de *Acinetobacter baumannii*, por su parte, perteneció al Complejo Clonal Europeo II (ST2), uno de los clones internacionales más prevalentes implicados en infecciones intrahospitalarias de difícil tratamiento. Respecto del aislado de *Pseudomonas aeruginosa*, pertenece al secuenciotipo 233, variante del clon hiper-epidémico ST235.

En todos los casos confirmados como PDR se identificaron los determinantes genéticos que justifican la resistencia a los antimicrobianos disponibles, incluidos los de última línea.

4. Recomendaciones para equipos de salud

En el contexto de la identificación reciente de nuevos casos con perfil de PDR en establecimientos de salud, se recomienda a los equipos de salud y laboratorios reforzar la vigilancia epidemiológica, asegurar la notificación oportuna de casos sospechosos y confirmados, y sostener la implementación de medidas de prevención y control de infecciones. Asimismo, se destaca la importancia de la articulación entre los equipos clínicos, de laboratorio y de control de infecciones para la detección temprana, la adecuada caracterización microbiológica y la contención de la diseminación de estos microorganismos.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

- Detectar y alertar en forma temprana casos sospechosos y confirmados de PDR y la ocurrencia de brotes en el ámbito de la atención de la salud.
- Monitorear la ocurrencia de casos sospechosos y confirmados de PDR en las distintas jurisdicciones del país, fortaleciendo la vigilancia y la notificación oportuna.
- Caracterizar el perfil epidemiológico, microbiológico y clínico de los casos de PDR, incluyendo factores de riesgo, mecanismos de resistencia y posibles nexos epidemiológicos, a fin de detectar eventos de transmisión y brotes.
- Promover la investigación oportuna de casos y brotes de PDR y la implementación inmediata de medidas de prevención y control ante la sospecha o confirmación de infección o colonización, para interrumpir su transmisión
- Generar información sistemática y de calidad que contribuya a la toma de decisiones y a la adopción de medidas en salud pública.
- Fortalecer la articulación y comunicación oportuna entre los servicios clínicos, el laboratorio, el equipo de prevención y control de infecciones y las autoridades sanitarias en los niveles local, jurisdiccional y nacional, para asegurar la notificación, investigación y respuesta coordinada ante la detección de casos o brotes de PDR.

Listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR según grupo bacteriano

Para Enterobacterales: penicilinas, cefalosporinas (todas las generaciones), aztreonam, carbapenemes, aminoglucósidos, fosfomicina, colistín, tigeciclina, quinolonas, trimetoprima/sulfametoxazol, nitrofuranos, combinaciones de β -lactámicos con inhibidores clásicos de β -lactamasas (ampicilina/sulbactam, amoxicilina/clavulánico, piperacilina/tazobactam), y combinaciones de β -lactámicos con inhibidores de β -lactamasas de nueva generación (ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, imipenem/relebactam, aztreonam/avibactam).

Para *Acinetobacter* spp.: cefalosporinas (ceftazidima y cefepime), carbapenemes, aminoglucósidos, colistín, minociclina y tigeciclina, quinolonas, trimetoprima/sulfametoxazol, y combinaciones de β -lactámicos con inhibidores clásicos de β -lactamasas (ampicilina/sulbactam y piperacilina/tazobactam).

Para *Pseudomonas aeruginosa*: cefalosporinas (ceftazidima y cefepime), aztreonam, carbapenemes, aminoglucósidos, colistín, quinolonas, combinaciones de β -lactámicos con inhibidores clásicos de β -lactamasas (piperacilina/tazobactam), y combinaciones de β -lactámicos con inhibidores de β -lactamasas de nueva generación (ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, imipenem/relebactam).

Definiciones de caso

Estas definiciones se revisarán anualmente para su actualización. Las definiciones podrían ser rectificadas durante el transcurso del año vigente si emergiera algún otro fenotipo inusual para las especies mencionadas y/o se incorporaran nuevos antimicrobianos al vademécum nacional.

La sospecha de PDR se define a nivel jurisdiccional. Si el establecimiento de salud en donde se detectara el caso no tuviera los recursos de laboratorio suficientes para definir si se trata de un caso sospechoso o no, deberá darse respuesta a nivel de la jurisdicción a la mayor brevedad posible, para identificar si se trata de un caso sospechoso de PDR y realizar la derivación al LNR, que será quien confirme o descarte el evento de PDR.

Caso sospechoso de PDR en *Acinetobacter* spp.: toda persona de la que se obtiene un aislamiento bacteriano perteneciente al género *Acinetobacter* spp. de una muestra clínica o cultivo de vigilancia con resistencia fenotípica a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso sospechoso de PDR en Enterobacterales: toda persona de la que se obtiene un aislamiento bacteriano perteneciente al orden Enterobacterales de una muestra clínica o cultivo de vigilancia con resistencia fenotípica a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso sospechoso de PDR en *Pseudomonas aeruginosa*: toda persona de la que se obtiene un aislamiento bacteriano perteneciente a la especie *Pseudomonas aeruginosa* de una muestra clínica o cultivo de vigilancia con resistencia fenotípica a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso confirmado de PDR en *Acinetobacter* spp.: Todo caso sospechoso de PDR en *Acinetobacter* spp. con resistencia fenotípica confirmada en el LNR a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso confirmado de PDR en Enterobacterales: todo caso sospechoso de PDR en Enterobacterales con resistencia fenotípica confirmada en el LNR a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso confirmado de PDR en *Pseudomonas aeruginosa*: todo caso sospechoso de PDR en *Pseudomonas aeruginosa* con resistencia fenotípica confirmada en el LNR a todos los antimicrobianos listados en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso descartado por LNR de PDR: todo caso sospechoso de PDR que haya sido derivado al LNR por sospecha de PDR y presente sensibilidad al menos a un antimicrobiano listado en la sección “listado de antimicrobianos incluidos en la definición de PDR”.

Caso invalidado por epidemiología: toda persona de la que se obtiene un aislamiento bacteriano que no se ajuste a la definición de caso sospechoso o que constituya un error de carga.⁴

Estrategia de vigilancia y notificación al SNVS 2.0

La vigilancia de eventos con perfil de pandrogo-resistencia (PDR) en Argentina corresponde a una vigilancia por laboratorio, de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y coordinada por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INEI-ANLIS. La notificación se realiza a partir de casos sospechosos identificados en establecimientos de salud donde los aislamientos son derivados al LNR para su confirmación fenotípica.

A partir de la emergencia de casos con perfil fenotípico de PDR en Argentina⁵, en la actualidad estos constituyen un evento de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) conforme a la normativa vigente de vigilancia de eventos de interés para la salud pública (Ley 15.465, Resolución 2827/2022 y Disposición 1/2026).

Las definiciones de caso se ajustan a criterios consensuados a nivel nacional, y se revisan anualmente. La ficha de notificación y el instructivo correspondiente son los instrumentos utilizados para la recolección y estandarización de los datos.

La confirmación de la resistencia fenotípica se basa en el análisis frente a un listado consensuado de antimicrobianos representativos para cada grupo bacteriano, y los datos se centralizan en el LNR.

Detalles operativos de la modalidad de vigilancia:

- Estrategia de vigilancia: Universal, incluyendo componentes clínicos, laboratoriales y epidemiológicos.
- Modalidad: Individual
- Periodicidad: Inmediata, dentro de las 24 horas de detectado el caso.
- Unidad notificadora: laboratorios de microbiología nacionales, provinciales y/o municipales, públicos o privados.
- Tipo de vigilancia: Por laboratorio.
- Validación de los casos: LNR en Resistencia a los Antimicrobianos del ANLIS-Malbrán.
- Definición operativa de caso: ver “DEFINICIONES DE CASO”
- Criterios de inclusión: casos sospechosos y confirmados definidos por el LNR en aislamientos bacterianos procedentes de muestras clínicas o cultivos de vigilancia.
- Herramientas de recolección: ficha epidemiológica, Sistema Nacional de Vigilancia SNVS 2.0.

Ante la detección de un caso sospechoso o confirmado de PDR, los profesionales de salud que asistan al paciente, estudien y obtengan resultados positivos y/o recolecten, estudien y deriven muestras de casos sospechosos o confirmados y/o realicen la investigación epidemiológica; las

⁴ Esto incluye, por ejemplo, aislamientos que no cumplen con los criterios microbiológicos establecidos en la definición de caso, así como registros ingresados de manera incorrecta en el sistema (ej., duplicaciones, discordancias).

⁵ <https://antimicrobianos.com.ar/wp-content/uploads/2023/01/Alerta-epidemiologica-Emergencia-de-PDR-2.pdf>

autoridades de laboratorios y establecimientos de salud de gestión pública o privada y las autoridades sanitarias municipales o provinciales, deberán notificar toda la información disponible al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud dentro de las 24hs.

Los datos críticos a consignar en la primera notificación de un caso sospechoso de PDR incluyen: fecha de toma de muestra, tipo de muestra, resultados de laboratorio, información clínica del paciente (signos y síntomas y comorbilidades), y el diagnóstico referido o constatado, indicando si se trata de infección o colonización. Además, deberán registrarse los antecedentes epidemiológicos del caso (internaciones previas, tratamiento antibiótico previo, ocupación y otros antecedentes pertinentes a la exposición).

VIGILANCIA INTENSIFICADA DE PDR

Población y situaciones donde intensificar la búsqueda de PDR

La siguiente estrategia se implementa como complemento de la vigilancia de PDR vigente en el país, con el objetivo de fortalecer la detección en poblaciones de alto riesgo, particularmente en pacientes receptores de trasplante de órgano sólido.

En este marco, se recomienda complementar la búsqueda de PDR en aislamientos obtenidos de hisopados rectales en pacientes receptores de trasplante de órgano sólido que presenten colonización por Enterobacterales productores de metalo- β -lactamasas (MBL) durante el período postrasplante.

Adicionalmente, y cuando sea factible, se sugiere extender esta estrategia de tamizaje a donantes de trasplante de órgano sólido con hisopado rectal positivo para MBL.

Se recomienda realizar al menos 1 hisopado rectal para búsqueda de ERC en el período post-trasplante de acuerdo con el protocolo institucional vigente.

Se propone evaluar la sensibilidad a aztreonam-avibactam por ser considerada en este contexto, como el marcador operativo de PDR en Enterobacterales.

En función de las distintas realidades epidemiológicas y/o coyunturas de las Instituciones, se proponen dos alternativas de búsqueda de Enterobacterales PDR, basadas en el tamizaje de la sensibilidad a aztreonam-avibactam (disco de ATM-AVI 30/20 ug):

	Estrategia directa sobre hisopado rectal	Estrategia dirigida sobre el aislamiento#
Escenarios posibles	Alta prevalencia de colonización rectal por ERC*	Baja prevalencia de colonización rectal por ERC*
	Ausencia de caracterización rutinaria del tipo de carbapenemasa en hisopados rectales	Disponibilidad de identificación de mecanismos (MBL)
	Recursos limitados	Disponibilidad de recursos
	Requerimiento de respuesta rápida (24 hs)	Sin requerimiento de respuesta inmediata (>24 h)
Alcance	Enterobacterales	
Metodología de búsqueda de colonización por Enterobacterales PDR	Colocar un disco de ATM-AVI sobre la siembra masiva del hisopado en un medio selectivo para ERC	Realizar prueba de sensibilidad en aislamientos de ERC en Mueller Hinton agar y disco ATM-AVI
Interpretación de la prueba de tamizaje de ATM-AVI	Se descarta PDR: ≥ 26 mm Requiere confirmación: ≤ 25 mm	Sensible (≥ 25 mm): descarta PDR ATU (22–24 mm): requiere confirmación Resistente (≤ 21 mm): requiere confirmación
Confirmación de resistencia a ATM-AVI y sospecha de PDR	Realizar identificación bacteriana, antibiograma completo y retesteo con disco ATM-AVI. Interpretar según lo indicado en el Escenario #	A las cepas con resultado de ATU o resistente de ATM-AVI, realizar antibiograma completo
Derivación al LNR para la confirmación de PDR	Derivar aislamientos de <i>K. pneumoniae</i> con fenotipo ATU o resistente a ATM-AVI o PDR según normativa vigente.	

ERC: Enterobacterales resistentes a carbapenémicos; MBL: metalo- β -lactamasas; ATM-AVI: aztreonam-avibactam; ATU: área de incertidumbre técnica.

*Se sugiere considerar alta prevalencia de colonización por ERC valores $\geq 25\%$ en la unidad. Valores inferiores podrían considerarse de baja prevalencia, según situación epidemiológica local y evaluación institucional.

El alcance de la estrategia podrá ajustarse según la evolución de la situación epidemiológica y los criterios de priorización definidos para su implementación.

En este marco, se priorizarán los establecimientos que atienden pacientes receptores de trasplante de órgano sólido, pudiendo utilizarse como base los registros disponibles de centros de trasplante para su identificación.

La organización operativa y los mecanismos de articulación serán definidos en cada jurisdicción, en función de sus capacidades y de los circuitos de derivación de muestras, promoviendo la integración con estructuras existentes.

NOTIFICACIÓN AL SNVS

En el marco de esta estrategia, los aislamientos obtenidos mediante vigilancia intensificada en pacientes receptores de trasplante de órgano sólido (TOS), y en donantes de órganos sólidos cuando corresponda, que cumplan con criterios de caso sospechoso de PDR, se incluyen dentro del mismo evento de notificación en el SNVS 2.0.

NOTIFICACIÓN AL SINTRA

Los hisopados rectales realizados en el marco de estrategias de vigilancia de colonización en pacientes receptores de TOS, así como en donantes de órganos sólidos cuando corresponda, deberán ser registrados en el Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA), del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), como parte del seguimiento integral del proceso de trasplante.

Lugar de registro en SINTRA:

Donante: informe clínico de potencial donante

Receptor: Módulo “seguimiento del receptor”

El registro en SINTRA no reemplaza ni sustituye la notificación al SNVS 2.0, sino que constituye un registro complementario específico del proceso de trasplante.

Permisos requeridos

Para poder notificar este evento al SNVS, los usuarios deberán tener los siguientes permisos de SNVS:

- Gestión y consulta del SNVS
- Gestión de la ficha del ciudadano
- Tener asociado el **Grupo de eventos Nominal “Pandrogo-resistencia”**

En caso de tener algún inconveniente en la notificación, comunicarse con el referente jurisdiccional del SNVS o al correo nuevosnvs2@gmail.com

Derivación al LNR

Para la derivación al LNR, el aislado bacteriano deberá acompañarse de la “Planilla de Derivación de aislamientos del Servicio Antimicrobianos” de forma mandatoria, así como la derivación virtual en el SNVS 2.0.

<https://antimicrobianos.com.ar/wp-content/uploads/2026/05/Planilla-de-derivacion-Servicio-Antimicrobianos-2026.pdf>

En caso de tener dudas o consultas respecto de la derivación del aislamiento al LNR, contactarse a atb@anlis.gob.ar

Ficha de notificación:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/ficha_epidemiologica_pandrog_o-13924.pdf

5. Investigación epidemiológica de casos y brotes de PDR

Definición operativa de brote de PDR

Se considerará brote de PDR a la confirmación por el Laboratorio Nacional de Referencia de uno o más casos de PDR en establecimientos de atención de la salud o instituciones cerradas o en establecimientos de atención de la salud vinculados por derivación de pacientes o continuidad asistencial.

Investigación epidemiológica de casos y brotes de PDR

Ante la identificación de un aislamiento sospechoso de PDR en un establecimiento de salud, deberán implementarse de manera inmediata las medidas de prevención y control correspondientes y realizarse una investigación epidemiológica inicial bajo la coordinación del Comité de Control de Infecciones (CCI) o del equipo designado por la autoridad institucional en caso de no contar con un CCI.

Una vez confirmada la condición de PDR por el LNR conforme a los criterios microbiológicos establecidos en la normativa vigente, se dará inicio a la investigación epidemiológica formal.

La investigación deberá incluir:

Confirmación microbiológica, verificando que el aislamiento cumpla con los criterios definidos para PDR según la normativa vigente.

Revisión de antecedentes de exposición en el ámbito de la atención de la salud, con el fin de identificar el probable lugar de exposición y los establecimientos potencialmente involucrados en la transmisión. Se analizarán las internaciones, consultas y procedimientos realizados en los 30 días previos al aislamiento positivo hasta la fecha actual. Si existieran elementos que orienten a una exposición en un período anterior, la revisión deberá ampliarse desde la fecha estimada de dicha exposición.

Priorización de información relevante para la evaluación del riesgo inmediato de transmisión, incluyendo fechas de ingreso y egreso, servicios o unidades de internación, ubicación intrahospitalaria, antecedentes de habitación compartida y duración de la misma, tipo de cuidados recibidos (asistencia respiratoria mecánica, terapia respiratoria, hemodiálisis), utilización y permanencia de dispositivos invasivos, oportunidad de implementación de medidas de aislamiento y antecedentes de internación en otro país en los 12 meses previos.

Recolección de información clínica, incluyendo diagnóstico de base, comorbilidades, procedimientos realizados, exposición a antimicrobianos en los últimos 90 días y evolución clínica.

Registro cronológico de eventos relevantes, consignando fecha de inicio de síntomas cuando corresponda, fecha de toma de muestra y fecha de confirmación microbiológica.

Evaluación de posible transmisión intrainstitucional, que incluya la identificación de nexos epidemiológicos con otros casos detectados en la misma unidad o establecimiento, la identificación preliminar de personas potencialmente expuestas y la determinación inicial del período durante el cual el paciente pudo haber representado riesgo de transmisión.

6. Medidas de prevención y control de infecciones

Primera Etapa - En caso de Sospecha de PDR

Al recibir una alerta por sospecha de PDR, el equipo del Comité de Control de Infecciones (CCI) o en caso de no contar con CCI, el equipo designado por la Dirección debe iniciar las medidas de contención **inmediatamente**.

Medidas a implementar con el paciente

1. Comunicar al equipo tratante del hallazgo de sospecha de PDR y medidas a implementar.
2. Instaurar de inmediato las precauciones de contacto (PC) y la señalética de cartel de "Precauciones de Contacto" para alertar visualmente antes del ingreso. Ubicar al paciente en habitación individual con visitas restringidas. De no ser posible ubicar al paciente en una habitación individual, (por ejemplo pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos abiertas), implementar el aislamiento delimitando la unidad de paciente, evitar el uso de un baño compartido. Asimismo, cuando sea factible, implementar la cohortización de personal de salud, en especial enfermería.

(<https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134428010-APN-DMCYSP-MS.pdf>)

3. Limitar los traslados de los pacientes para la realización de estudios. En caso de ser necesarios, programarlos preferentemente para el final de la jornada y notificar previamente al servicio que recepciona para que implemente las medidas de Precaución de contacto y la desinfección de superficies correspondientes. Garantizar el acompañamiento del paciente y la limpieza posterior del sector.
4. En caso de pacientes autoválidos, evitar o limitar la circulación fuera de la habitación.
5. Reforzar la educación del paciente y la familia sobre buenas prácticas para la prevención de infecciones (ej: higiene de manos, aislamientos, etc.).

Medidas a implementar en la unidad e institución:

1. Garantizar el cumplimiento de la higiene de manos en todo el personal y la disponibilidad de los insumos necesarios para la misma. <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134425264-APN-DMCYSP-MS.pdf>
2. Intensificar las prácticas de limpieza y desinfección ambiental. Utilizar idealmente productos de un solo paso (limpiadores desinfectantes) a base de peróxido de hidrógeno o clorados y paños descartables. <https://vihda.gov.ar/documentos/buenas-practicas-y-directrices/IF-2023-134424170-APN-DMCYP-MS.pdf>
3. Fortalecer el entrenamiento de todo el personal de salud en higiene de manos y medidas de aislamiento de contacto en la sala donde se encuentra el caso índice, en todos los turnos. (se deberá contar con un registro de dicha actividad).
4. Fortalecer las medidas de higiene de manos, uso de precauciones de contacto e higiene del entorno en las unidades donde se encuentre internado el caso índice, incluyendo la evaluación de la adherencia a dichas prácticas, con el objetivo de reforzarlas e implementar instancias de capacitación oportunas ante la identificación de desvíos. Se podrán utilizar las listas de cotejo disponibles en: <https://vihda.gov.ar/publicaciones> sección materiales de trabajo
5. Fortalecer la capacitación de todo el personal de limpieza sobre las medidas de higiene hospitalaria priorizando las superficies frecuentemente tocadas (se deberá contar con un registro de dicha actividad) y realizar el control del cumplimiento de dichos procesos operativos.
6. Designar personal responsable de la capacitación al personal y a las visitas, con el liderazgo y participación del equipo del CCI.
7. Comunicar el estado del paciente a otras unidades del mismo centro o establecimientos de salud en caso de ser transferido, para garantizar que se adopten las medidas de prevención y control de infecciones a su llegada. Esta información debe estar en la epicrisis del paciente y deberá contar con una copia o registro en el sistema informático de dicha notificación.
8. Poner en conocimiento al Programa de Control de Infecciones jurisdiccional y nacional y consensuar las medidas de control a implementar.

Segunda etapa - En caso Confirmado de PDR

1. El paciente con confirmación de PDR debe permanecer en aislamiento de contacto hasta el final de la internación.
2. Debe continuar el refuerzo de las medidas de prevención y control de infecciones, incluyendo higiene de manos, higiene ambiental y precauciones de contacto en la sala donde está el caso índice y donde están ubicados los contactos.
3. Se recomienda **monitorear** estas 3 prácticas en la unidad con el caso índice y los contactos: adherencia a higiene de manos, higiene ambiental y precauciones de contacto. Realizando intervenciones frente a los desvíos identificados.
4. Recopilar información sobre los contactos (actuales y anteriores) del paciente índice e implementar medidas de precauciones de contacto preventivos

Definición de contactos:

- Anteriores: pacientes que compartieron la unidad al menos 24 horas, durante los 30 días previos al cultivo. Los de más alto riesgo son aquellos que compartieron habitación y baño.
- Actuales: pacientes que comparten la unidad.

5. Iniciar la búsqueda de PDR en contactos, de acuerdo con la tabla de estrategias de tamizaje definida en la sección “VIGILANCIA INTENSIFICADA DE PDR: Población y situaciones donde intensificar la búsqueda de PDR”.

En el caso de Enterobacteriales, la búsqueda de PDR se realizará a partir de hisopado rectal. Repetir los hisopados al día 7 y al día 14 posteriores al contacto. Los contactos deberán permanecer con precauciones de contacto preventivas hasta contar con el resultado del hisopado del día 14.

En el marco del tamizaje de contactos, ante la detección de Enterobacteriales productores de MBL, continuar el estudio para PDR, según la estrategia de vigilancia intensificada.

6. Los pacientes dados de alta que cumplan criterios de “contacto” y que no hayan podido ser localizados, deben ser etiquetados en sus historias clínicas, a fin de realizar el hisopado al reingreso e implementar precauciones de contacto.

7. Revisar la historia clínica del caso índice y de los casos confirmados que surjan de la investigación con el fin de recabar información clave que permitan implementar medidas de seguimiento de posibles casos y exposiciones desde 30 días previos al cultivo positivo, focalizando en: internaciones previas, viajes, derivaciones, y servicios de uso común como procedimientos, exposiciones (como hemodiálisis o ARM), cultivos previos y características clínicas (como incontinencia, exposición a antimicrobianos).

8. Mantener fluida comunicación con los equipos de laboratorio a fin de conocer prontamente el estado de las pruebas del rastreo de colonización garantizando que la información llegue al CCI (por medio de vías de comunicación formales e informales).

9. Evaluar la realización de muestreo ambiental con las autoridades jurisdiccionales.

Tercera Etapa - reingreso de PDR confirmado

1. El paciente con confirmación de PDR que reingresa a una institución luego de un periodo de alta hospitalaria debe permanecer en aislamiento de contacto.
2. Se evaluará cada caso individualmente junto al Programa de Control de Infecciones jurisdiccional la posibilidad de discontinuar las medidas de contacto.

Ante consultas comunicarse con el Programa Nacional de Epidemiología y Control de infecciones vihda@ine.gov.ar

7. Implementación operativa y circuitos

Flujo de información y articulación interinstitucional

Las áreas del Ministerio de Salud de la Nación y los organismos nacionales intervinientes desarrollarán sus acciones en el marco de sus competencias específicas, promoviendo una articulación técnica permanente con las jurisdicciones y los establecimientos de salud involucrados.

La comunicación entre niveles se orientará a asegurar la integración oportuna de la información epidemiológica, clínica y de laboratorio, así como a facilitar el asesoramiento técnico necesario para la adecuada gestión del evento.

Componentes involucrados

Nivel Nacional

Componente epidemiológico:

Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación (MSAL)
Departamento de Epidemiología - INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Componente laboratorial:

Servicio de Antimicrobianos, Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) - INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Componente de prevención y control de infecciones:

Programa Nacional VIHDA. INE "Dr. Juan H. Jara". ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Componente asesor en uso adecuado de antimicrobianos:

Comisión Nacional para el Control de la Resistencia Antimicrobiana (CONACRA), con presidencia a cargo de la Secretaría de Gestión Sanitaria del Ministerio de Salud y coordinación del ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Nivel Jurisdiccional

Componente epidemiológico:

Áreas de Epidemiología jurisdiccionales

Componente de Laboratorio:

Laboratorios de microbiología jurisdiccionales y/o locales.

Componente de prevención y control de infecciones:

Equipos de prevención y control de infecciones de las Jurisdicciones y de los establecimientos de salud

Componente de uso adecuado de antimicrobianos:

Equipos PROA jurisdiccionales y/o institucionales

Ante la notificación de un caso sospechoso o confirmado de PDR, se establecerá un circuito de intercambio técnico entre el nivel local, jurisdiccional y nacional, destinado a:

- Coordinar el proceso de confirmación y caracterización microbiológica
- Consolidar la información epidemiológica, clínica y microbiológica disponible.
- Analizar el riesgo de transmisión y las medidas implementadas.
- Brindar orientación técnica para la optimización de las acciones de prevención, control y uso adecuado de antimicrobianos.

Los equipos jurisdiccionales y nacionales mantendrán una comunicación periódica para el seguimiento de la situación, favoreciendo una evaluación conjunta de la respuesta implementada y la adopción de medidas adicionales en caso de ser necesarias.

Las jurisdicciones remitirán actualizaciones periódicas a la autoridad sanitaria nacional sobre la evolución del evento, asegurando la consistencia y completitud de la información en los distintos componentes involucrados.

8. Roles y funciones ante la sospecha o confirmación de un caso de Pandrogro-resistencia

Nivel local

(Establecimientos de salud y laboratorios asistenciales)

- Informar internamente a la dirección del establecimiento, al equipo de prevención y control de infecciones y al equipo de salud tratante, a fin de garantizar una respuesta institucional oportuna y coordinada.
- Implementar en forma temprana las medidas de prevención y control de infecciones correspondientes, de acuerdo con las recomendaciones vigentes.
- Coordinar de forma inmediata la derivación del aislamiento sospechoso de PDR al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR)- INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”, para confirmar o descartar la alerta.
- Realizar la notificación inmediata al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), conforme a la normativa vigente.
- Actualizar de manera sistemática la información clínica, epidemiológica y laboratorial cuando corresponda, según la evolución del caso.
- Articular con los equipos de epidemiología jurisdiccionales para la investigación del caso, la evaluación del riesgo de transmisión y la eventual ampliación de medidas.
- Ante la confirmación del caso, identificar los contactos según protocolo vigente y organizar el tamizaje correspondiente cuando esté indicado.
- Mantener registro documentado de las acciones implementadas y de las medidas de control adoptadas.
- Garantizar la comunicación formal de la condición de PDR en caso de derivación o traslado del paciente a otra institución.

Una vez establecida la sospecha de PDR, activar de forma inmediata y en paralelo las acciones de notificación al SNVS 2.0, derivación al LNR y articulación con los equipos jurisdiccionales.

Nivel Jurisdiccional

- Articular con los equipos locales la consolidación de la información clínica, epidemiológica y laboratorial, coordinando la investigación epidemiológica del caso y la evaluación del riesgo de transmisión.
- Supervisar la identificación de pacientes con posible exposición al caso índice en la unidad o establecimiento, asegurando la revisión retrospectiva de registros clínicos y de laboratorio cuando corresponda para evaluar el riesgo de transmisión.
- Brindar apoyo técnico a través de los laboratorios jurisdiccionales para la evaluación integral del perfil de susceptibilidad antimicrobiana y la definición de caso sospechoso conforme a los criterios vigentes.
- Supervisar y garantizar el envío inmediato de los aislamientos al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) - INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” para su confirmación o descarte.
- Asesorar y monitorear la implementación de las medidas de prevención y control de infecciones adoptadas por el establecimiento de salud,
- Asesorar en la correcta notificación y actualización de los casos en el SNVS, asegurando la consistencia y completitud de la información en los componentes clínico, epidemiológico y laboratorial.
- Facilitar la comunicación interinstitucional cuando existan derivaciones o traslados entre establecimientos de la jurisdicción.

- Informar al nivel nacional sobre la evolución del evento y emitir reportes periódicos en situaciones de brote o riesgo ampliado.

Nivel Nacional

Componente de Epidemiología

(Dirección de Epidemiología - MSAL; Departamento de Epidemiología INEI - ANLIS)

Coordinar y supervisar la vigilancia nacional de casos sospechosos y confirmados de PDR. Analizar y monitorear la información notificada al SNVS, evaluando calidad y completitud de los datos.

Brindar asesoramiento técnico a jurisdicciones para la investigación epidemiológica de casos y brotes, incluyendo evaluación de riesgo y orientación sobre medidas de control. Evaluar riesgo de diseminación regional o interjurisdiccional y apoyar la planificación de estrategias de respuesta coordinadas.

Elaborar y difundir, en conjunto con los demás componentes, informes, alertas y recomendaciones periódicas para fortalecer la vigilancia y la respuesta frente a PDR.

Componente de Laboratorio

(LNR en Resistencia a los Antimicrobianos-INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán")

Confirmar o descartar la condición de PDR mediante metodologías de referencia. Realizar la caracterización fenotípica, molecular y genómica de los aislamientos.

Emitir informes técnicos y brindar orientación especializada para interpretación de resultados. Asesorar a los laboratorios locales y jurisdiccionales y fortalecer la red laboratorial mediante asistencia técnica y actualización metodológica.

Analizar los mecanismos de resistencia emergentes a nivel nacional y regional, brindando referencia técnica y asesoramiento a jurisdicciones y laboratorios de la red.

Componente prevención y control de infecciones

(Programa Nacional VIHDA. INE ANLIS "Dr. Juan H. Jara")

En articulación con los programas provinciales de prevención y control de infecciones y las áreas jurisdiccionales correspondientes:

Brindar asesoramiento técnico especializado para la planificación, implementación y optimización de medidas de prevención y control de infecciones asociadas a microorganismos PDR.

Proveer asistencia técnica en la planificación e implementación de medidas de control inmediatas y sostenidas ante la detección de casos o brotes intrahospitalarios.

Asesorar en estrategias de contención de la transmisión institucional y en medidas de mitigación, incluyendo capacitación y supervisión del personal sanitario.

Componente de Uso Adecuado de Antimicrobianos - CONACRA

(Presidencia a cargo de la Secretaría de Gestión Sanitaria del Ministerio de Salud de Nación y

Coordinación del ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán").

Brindar asesoramiento técnico en estrategias de optimización del uso de antimicrobianos en el contexto de PDR.

Apoyar la investigación de casos y brotes de PDR y la implementación de medidas de prevención y control.

Contribuir a la planificación y seguimiento de acciones de contención inmediatas y sostenidas.

Promover buenas prácticas en programas de optimización de antimicrobianos en los establecimientos de salud.

Referencias Bibliográficas

Tamma PD, Kazmi A, Bergman Y, Goodman KE, Ekunseitan E, Amoah J, Simner PJ. The Likelihood of Developing a Carbapenem-Resistant *Enterobacteriaceae* Infection during a Hospital Stay. *Antimicrob Agents Chemother.* 2019 Jul 25;63(8):e00757-19. doi: 10.1128/AAC.00757-19. PMID: 31138574; PMCID: PMC6658786.

Tacconelli E, Cataldo MA, Dancer SJ, De Angelis G, Falcone M, Frank U, Kahlmeter G, Pan A, Petrosillo N, Rodríguez-Baño J, Singh N, Venditti M, Yokoe DS, Cookson B; European Society of Clinical Microbiology. ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients. *Clin Microbiol Infect.* 2014 Jan;20 Suppl 1:1-55. doi: 10.1111/1469-0691.12427. PMID: 24329732.

Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance for a public health response to contain novel or targeted multidrug-resistant organisms (MDROs) [Internet]. Atlanta: CDC; 2019. Available from: <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/media/pdfs/Health-Response-Contain-MDRO-H.pdf>; consultado septiembre 2025.

Schwaber MJ, Lev B, Israeli A, Solter E, Smollan G, Rubinovitch B, Shalit I, Carmeli Y; Israel Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Working Group. Containment of a country-wide outbreak of carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* in Israeli hospitals via a nationally implemented intervention. *Clin Infect Dis.* 2011 Apr 1;52(7):848-55. doi: 10.1093/cid/cir025. Epub 2011 Feb 11. PMID: 21317398.

Pasteran F, Manuel De Mendieta J, Pujato N, Dotta G, González LJ, Rizzo M, Fernández A, Ceriana P, Maccari L, Rapoport M, Gómez S, Lucero C, Menocal MA, Albornoz E, De Belder D, Radisic M, Vila AJ, Corso A. From genomics to treatment: overcoming pan-drug-resistant *Klebsiella pneumoniae* in clinical settings. *Front Pharmacol.* 2025 May 30;16:1570278. doi: 10.3389/fphar.2025.1570278. PMID: 40520176; PMCID: PMC12162686.

Echegorry M, Marchetti P, Sanchez C, Olivieri L, Faccone D, Martino F, Sarkis Badola T, Ceriana P, Rapoport M, Lucero C, Albornoz E, Recapt-Ar Group, Corso A, Pasteran F. National Multicenter Study on the Prevalence of Carbapenemase-Producing Enterobacteriaceae in the Post-COVID-19 Era in Argentina: The RECAPT-AR Study. *Antibiotics (Basel).* 2024 Nov 27;13(12):1139. doi: 10.3390/antibiotics13121139. PMID: 39766529; PMCID: PMC11672406.

Cordova E, Balbuena JP, Mykietiuk A, Farina J, Gañete M, Scapellato P, Lespada MI, Nannini E, Contreras R, Cunto E, Barcelona L, Pasteran F, Salgueira C, Hojman M, Blanco M, Lopez Alegre H, Cox Fernandez WE, Ezcurra C, Godoy D, Biglia MA, Lopez Furst MJ, Mendez G, Aguirre Rios MF, Altclas J, Sanchez C, Stryjewski ME. Clinical Characteristics and Outcomes of Bloodstream Infections Caused by Metallo- β -Lactamase-Producing Enterobacterales in Argentina: A Subanalysis of the EMBARCAR Prospective Multicenter Cohort Study. *Open Forum Infect Dis.* 2026 Apr 8;13(4):ofag124. doi: 10.1093/ofid/ofag124. PMID: 41969759; PMCID: PMC13069563.

Alerta Epidemiológica - Emergencia de Enterobacterales PAN-DROGO RESISTENTES (PDR). Servicio Antimicrobianos, Laboratorio Nacional/Regional de Referencia en Antimicrobianos, INEI-ANLIS Malbrán <https://antimicrobianos.com.ar/2023/01/alerta-epidemiologica-emergencia-de-enterobacterales-pan-drogo-resistentes-pdr/>

Faccone D, Gomez SA, de Mendieta JM, Sanz MB, Echegorry M, Albornoz E, Lucero C, Ceriana P,

Menocal A, Martino F, De Belder D; Carbapenemase Working Group; Corso A, Pasterán F. Emergence of Hyper-Epidemic Clones of Enterobacterales Clinical Isolates Co-Producing KPC and Metallo-Beta-Lactamases during the COVID-19 Pandemic. *Pathogens*. 2023 Mar 18;12(3):479. doi: 10.3390/pathogens12030479. PMID: 36986401; PMCID: PMC10052147.

Cornistein W, Balasini C, Nuccetelli Y, et al. Prevalence and mortality associated with multidrug-resistant infections in adult intensive care units in Argentina (PREV-AR). *Antimicrob Agents Chemother*. 2025 Mar 5;69(3):e0142624. doi: 10.1128/aac.01426-24. Epub 2025 Jan 22. PMID: 39840911; PMCID: PMC11881575.

Ministerio de Salud de la Nación. Vigilancia epidemiológica, prevención y control ante la detección de casos de pandrogó-resistencia. Buenos Aires, 2024. Disponible en: [instructivo_pandrogó-resistencia_18924.pdf](#)

Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2025). Boletín Epidemiológico Nacional N°755, SE 18. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-755.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Epidemiología. Disposición N° 1/2026 (DI-2026-1-APN-DE#MS). Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/341637/20260506?anexos=1>.

ANEXO

Instructivo de Educación al Paciente

INSTRUCCIONES PARA EL ALTA DOMICILIARIA

Pacientes colonizados por bacilos Gram negativos Pandrogro resistentes (PDR)

¿Qué significa estar colonizado?

Estar colonizado significa que en su cuerpo (generalmente en el intestino o en la piel) están presentes bacterias resistentes a los antibióticos, pero sin que éstas le estén causando una infección ni síntomas.

Puntos importantes:

- La colonización NO es una infección: no necesita tratamiento antibiótico.
- Puede durar meses o incluso años, y desaparecer sola con el tiempo.
- Su familia conviviente NO necesita tomar medidas especiales salvo las que se indican a continuación.

Higiene de manos

El lavado de manos es la medida más importante para evitar transmitir las bacterias a otras personas.

El paciente debe lavarse las manos:

- Después de usar el baño.
- Antes de preparar o manipular alimentos.
- Después de manipular elementos de uso personal.

La familia debe lavarse las manos:

- Con agua y jabón, antes y después de colocarse guantes para realizar cualquier procedimiento de cuidado (cambio de pañales, curaciones, etc.).
- Después de tener contacto con elementos de uso personal del paciente.

Uso de guantes

¿Cuándo usar guantes?

- Si el paciente tiene incontinencia fecal o usa pañal.
- Si el paciente tiene heridas, úlceras o drenajes con secreciones.
- Siempre que pueda haber contacto con fluidos corporales (sangre, orina, materia fecal, secreciones).

Higiene del ambiente

Mantener el ambiente limpio es fundamental para reducir el riesgo de transmisión de estas bacterias.

Limpieza diaria:

- Limpie diariamente las superficies cercanas al paciente: baño, barandas, muebles, mesas de luz, equipos y elementos personales.
- Use detergente para limpiar y luego desinfecte con lavandina diluida.

Preparación de la solución desinfectante:

Ingrediente	Cantidad
Lavandina (desinfectante)	1 cc (1 ml)
Agua	1 litro

Informe siempre a su equipo de salud

Es muy importante que, ante cualquier consulta médica o internación futura, informe que usted es portador de esta bacteria resistente. Esto permitirá que el personal de salud tome las precauciones adecuadas para su cuidado y el de otros pacientes.

- Mencione la colonización al médico, enfermero o profesional de salud que lo atiende.
- Esto aplica a consultas ambulatorias, guardias, internaciones, cirugías y procedimientos.
- Puede mostrar este documento y la epicrisis que le fue entregada al alta.

Seguimiento: control de colonización

Es posible que lo citen para realizar nuevos hisopados de control.

Estos estudios permiten verificar si la bacteria sigue presente en su organismo o si ya no es portador. No son dolorosos ni requieren preparación especial.

Por favor, concurra a los controles programados por su equipo de salud.

¿Cuándo debe consultar urgente?

Recuerde: la colonización no provoca síntomas, pero si desarrolla una infección, los síntomas pueden aparecer. Consulte de inmediato si presenta:

- Fiebre (temperatura mayor a 38°C).
- Dolor, enrojecimiento, calor o secreción en heridas o sitios de accesos vasculares.
- Malestar general, escalofríos o confusión.

Ante cualquier duda, consulte con su equipo de salud.

