



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
"Dra. Adriana Rebaza Flores"



Dra. Carmen Chuentes G.

Resolución Directoral

Bellavista, 17 de MAYO del 2012

Visto el expediente N°003531-2012 e Informes N°062-2012EPI/INR y N°080-2012-EPI/INR, de la Oficina de Epidemiología del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";

CONSIDERANDO:

Que, con el propósito de determinar los casos de Infecciones Intrahospitalarias y sus factores de riesgos asociados, correspondientes al periodo 2012, la Oficina de Epidemiología en Coordinación con el Equipo de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" (R.D. N° 297-2009-SA-DG-INR), ha elaborado el proyecto de **Protocolo: Estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias en el**, que contiene conceptos, procedimientos, información y recomendaciones para conocer la magnitud de las Infecciones Intrahospitalarias en la Institución;

Que, el citado documento técnico, ha sido revisado por la Sub Dirección General del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores"; por lo que resulta pertinente proceder a la aprobación del documento propuesto con la Resolución respectiva; para su implementación en el nivel correspondiente.

De conformidad con la Ley N°26842, Ley General de Salud, Ley N°27657, Ley del Ministerio de Salud, su Reglamento, aprobado con Decreto Supremo N°013-2002-SA, Resolución Ministerial N°519-2006-SA/DM, Sistema de Gestión de Calidad en Salud, Resolución Ministerial N°422-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica NTN°027-MINSA/DGSP-V.01, Documento Técnico OGE-RENACE/VIG.HOSP.D.T.001-99 que determina la utilización de una metodología de estudio de prevalencia homogénea en los hospitales del MINSA, Resolución Ministerial N°715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y en uso de las facultades conferidas;

Con la visación de la Sub Dirección General y Oficina de Epidemiología del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el PROTOCOLO: ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL INR-2012, documento técnico orientador, que consta de Diecisiete (17) folios, incluidos los Anexos N°1 "Instructivo para Llenado de la Ficha del Estudio Prevalencia" y N°2 "Ficha de Recolección de Datos del Estudio de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias del Instituto Nacional de Rehabilitación", que forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Epidemiología la difusión del documento técnico aprobado, en el ámbito correspondiente; para su aplicación en el ámbito institucional.

Regístrese y Comuníquese,

Dr. FERNANDO URCIÓN FERNÁNDEZ
Director General
Instituto Nacional de Rehabilitación
"Dra. Adriana Rebaza Flores"
CMP N° 16500 RNE N° 6819

FAUF/EC
RD097-2012
C.C. OEPI
Equipo de PCIH-INR



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"



PROTOCOLO: ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL INR

2012



**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"**

Dr. FERNANDO ALEJANDRO URCIA FERNANDEZ
Director General

Dra. CARMEN CONSUELO CIFUENTES GRANADOS
Sub-Directora

EQUIPO DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"

DRA. NELLY RONCAL VELAZCO

Directora de la Oficina de Epidemiología
Coordinadora del Equipo de Vigilancia, Prevención y Control de IIH del INR

DR. ASENCIO QUINTANA GONZALES

Director Ejecutivo de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral de Funciones Motoras

DR. ROMULO ALCALA RAMIREZ

Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.

DRA. MARIA TERESA MARTINEZ ROMERO

Jefe Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Lesiones Medulares.

LIC. CARMEN JULIAN RIVERO

Jefe Departamento de Enfermería

LIC. MARTIN NOMURA RUIZ

Jefe Equipo de Laboratorio Clínico

QUIMICO FARMACEUTICO MIGUEL AQUIJE DIAZ

Jefe Equipo de Farmacia

DRA. EMMA CASTILLO PÉREZ

Equipo Técnico – Oficina de Epidemiología –INR

APOYO LOGISTICO

SRA. BETY SIESQUEN HUAMÁN

Tec. Adm. Oficina de Epidemiología –INR

SRA. IRMA CLAVIJO CASTILLO

Secretaria Oficina de Epidemiología -INR



I. INDICE

1. MARCO TEORICO Y JUSTIFICACIÓN.....5

OBJETIVOS.....5

DEFINICIONES DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.....5

4. METODOLOGÍA.....8

5. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO.....9

5.1. ETAPA DE PREPARACIÓN.....9

5.2. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....9

5.3. REVISION DE CASOS COMPLEJOS O DUDOSOS.....12

5.4. CONTROL DE CALIDAD DE INFORMACIÓN.....12

5.5 CRONOGRAMA.....13

ANEXOS:.....14

ANEXO N° 1: INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE LA FICHA DEL ESTUDIO PREVALENCIA

ANEXO N°2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



Dra. Carmen Cifuentes G.



Dr. Fernando Urcia F.

PROTOCOLO: ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

1. MARCO TEORICO Y JUSTIFICACIÓN

Se define a las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) como aquellas producidas por microorganismos adquiridos en el Hospital que en el momento del ingreso no estaban presentes ni siquiera en período de incubación. Datos provenientes de países desarrollados sugieren que el riesgo de padecer una IIH oscila entre el 5 al 25% durante la estancia hospitalaria.

La incidencia de ITU en pacientes con LME, varía acorde a la presencia de factores anatómicos y funcionales, en pacientes con vejiga neurogénica, la convierte automáticamente en una infección complicada, de difícil manejo. Las ITU adquiridas en el medio hospitalario contribuyen a la circulación de cepas bacterianas multiresistentes, la emergencia de algunos uropatógenos (como son las enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido) lo que incrementa la morbilidad y las complicaciones del tractus urinario superior e inferior, interfiere en los programas de rehabilitación, así como aumentan los costos económicos.

Actualmente en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", cuenta con un servicio de Hospitalización para pacientes con Lesiones Medulares, único a nivel nacional, donde se brinda un programa especializado e integral en Rehabilitación que incluye la reeducación vesical; existen treinta y dos camas exclusivas para lesionados medulares con una estancia promedio de 90 días por caso y todos ingresan a un programa de reeducación vesical. Asimismo, algunos pacientes salen los fines de semana a sus hogares y luego retornan el domingo por la tarde, dentro del programa de inserción familiar. En el Instituto de Rehabilitación, las infecciones del tracto urinario (ITU) alcanzan una baja incidencia comparado con estándares nacionales e internacionales, siendo la Densidad de Incidencia de ITU por CUP promedio del año 2010 de 0.6 por 100 pacientes- día .

No contamos con datos de incidencia de infecciones intrahospitalarias por otras causas.

El propósito del presente protocolo de Prevalencia de Infecciones Intrahospitalarias es determinar los casos de IIH y sus factores de riesgos asociados, correspondientes al periodo 2012.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Conocer la magnitud de las Infecciones Intrahospitalarias en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores".

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar los factores asociados a la presencia de las Infecciones Intrahospitalarias en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores".
2. Identificar los procedimientos invasivos relacionados a las IIH en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores".

3. DEFINICIONES DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

3.1. INFECCION INTRAHOSPITALARIA:

Infección que adquiere un paciente durante su hospitalización, que **NO** padecía previamente, **NI** la estaba incubando al momento de la admisión.

Si el periodo de incubación es DESCONOCIDO se considera **Infección Intrahospitalaria**, si se desarrolla **DESPUES DE 48 HORAS DE LA ADMISIÓN AL HOSPITAL o retorno después de permiso.**



3.2. CASO CONFIRMADO DE ITU INTRAHOSPITALARIA EN EL PACIENTE LESIONADO MEDULAR:

Paciente con lesión de la médula espinal y disfunción neurogénica vesical, con catéter vesical permanente, intermitente o incontinencia vesical que cumple con los siguientes criterios:

DEBEN PRESENTAR:

- Fiebre 38°C
- Cambios en características físicas de orina y/o examen de orina patológico (**Piuria (10PMN/ml o 3 leucocitos /campo de 400 en orina no centrifugada).**)
- **Gram** con gérmenes en orina.
- Cultivo positivo (con cateterismo estéril $\geq 10^2$ UFC/ml; con colector , catéter –condón o sonda permanente ≥ 10 UFC/ml)

Además que tenga al menos dos de los signos y /o síntomas A y/o B:

SIGNOS Y/O SINTOMAS "A"

A. URINARIOS:

- Disuria
- Aumento de frecuencia miccional o escapes
- Rebose por catéter u obstrucción del mismo (disminución de drenajes)
Aumento del residuo vesical

SIGNOS Y/O SINTOMAS "B"

B. NEUROLÓGICOS:

- Aumento del dolor neuropático
- Aumento de la espasticidad
- Disreflexia autonómica

3.3. NEUMONIA

a) Para pacientes mayores de 1 año: deben cumplir los criterios de las definiciones A o B.

DEFINICIÓN A	DEFINICIÓN B
<p>Matidez y crepitantes al examen físico y uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * esputo purulento o cambio en el carácter del esputo * hemocultivo positivo * cultivo positivo obtenido por Aspiración Trans-Traqueal, broncoscopia con cepillo protegido o biopsia. 	<p>Radiografía de tórax anormal mostrando nuevos infiltrados, efusión pleural o cavitación y por lo menos uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * esputo purulento o cambio en el carácter del esputo * hemocultivo positivo * cultivo positivo obtenido por Aspiración Trans-Traqueal, broncoscopia con cepillo protegido o biopsia * evidencia histopatológica de neumonía

3.4. BRONQUITIS

Para pacientes mayores de 1 año.

Deben cumplirse TODOS los siguientes criterios:

a) No existe evidencia clínica ni radiográfica de neumonía

b) Dos de los siguientes: fiebre ($T \geq 38^{\circ}\text{C}$), tos, roncos, sibilantes, producción de espasmo, distress respiratorio, apnea, bradicardia.

3.5. INFECCION RESPIRATORIA ALTA

Presencia de Cuadro Clínico de Infección Rinofaríngea, se encuentra UNO de los siguientes criterios:

- RINORREA.
- ERITEMA Y DOLOR FARINGEA
- TOS
- FIEBRE
- DISFONIA
- EXUDADO PURULENTO.

3.6. FLEBITIS

- SECRECIÓN PURULENTO
- DOS de los siguientes signos y síntomas:
 - RUBOR
 - EDEMA
 - CALOR
 - DOLOR en zona de Puntura.

3.7. CONJUNTIVITIS

Secreción purulenta en uno o ambos ojos.

3.8. BACTEREMIA, SEPSIS O SEPTICEMIA

Por lo menos dos de los siguientes: fiebre ($T \geq 38^{\circ}\text{C}$), escalofríos, hipotensión. **MAS:**

- Hemocultivo positivo a un germen patógeno reconocido
- 2 hemocultivos positivos a contaminantes de piel.
- Diagnóstico clínico y tratamiento instalado.
- DIAGNOSTICO de Sepsis con o sin causa aparente por medico tratante
- USO DE ANTIBIOTICO por más de 3 días por sospecha de Infección.
- 2 hemocultivos positivos a contaminantes de piel.
- Diagnostico clínico y/o tratamiento instalado por más de 5 días

3.9. GASTROENTERITIS

Diarrea aguda (3 o más deposiciones por 3 días) con o sin Vómitos o Fiebre sin ninguna causa aparente.

3.10. INFECCION DE PIEL:

A. INFECCION SUPERFICIAL DE PIEL

Secreción purulenta, pústulas, vesículas. O abscesos de piel

Dos de los siguientes síntomas o signos:

- Eritema
- Calor
- Edema
- Dolor

B. INFECCION PROFUNDA DE PIEL Y PARTES BLANDAS

- Cultivo positivo de drenaje u obtenido por cirugía
- Secreción purulenta o absceso.
- Dos síntomas; dolor, eritema, Calor, edema localizado y cultivo positivo

C. ULCERA POR PRESIÓN INFECTADA

Paciente con Ulcera de Decúbito, en quien después de 48 horas de Hospitalización se evidencia DOS de los siguientes signos o síntomas:

- ENROJECIMIENTO.
- CALOR



- EDEMA.
- **MAS** cultivos positivo de la úlcera o hemocultivo positivo.

3.11. INFECCIONES DE QUEMADURAS

ALTERACION DE LA QUEMADURA EN SU ASPECTO O Carácter. Ejm.:

- Cambio de color a negruzco, o
- Decoloración violáceo a marrón
- Edema en el margen de la quemadura,
- Delimitación rápida de escara.
- HEMOCULTIVO POSITIVO, en ausencia de otra causa de infección detectable; o Lesiones Herpéticas o Aislamiento de Virus Herpes Simplex.
- Con DOS de los sgtes. Criterios
 - Fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ o Hipotermia
 - Oliguria ($< 20\text{ml/h}$),
 - Confusión Mental,
 - Hiperglicemia,
 - Hipotensión (PS $< 90\text{mmHg}$).



3.12. HEPATITIS

- DOS de los siguientes criterios (Sin otra causa)
 - FIEBRE
 - DOLOR ABDOMINAL
 - ANOREXIA
 - NAUSEAS
 - VOMITOS
 - ICTERICIA.

HISTORIA DE TRANSFUSION entre los 3 meses previos y cualquiera de lo siguiente:

- Pruebas de Antígenos o Anticuerpo positivo para virus de Hepatitis
- Alteración de Pruebas hepáticas.
- CMV detectado en Orina o secreción Orofaríngea.

4. METODOLOGÍA:

La metodología a emplear para el estudio de las IIH será el de los estudios de Prevalencia, en los cuales se procederá a recoger la información de las historias clínicas de los pacientes que se encuentran hospitalizados en el día designado para el estudio.

4.1. MUESTRA:

4.1.1. Diseño de estudio

Estudio observacional transversal analítico.

4.1.2. Población de estudio:

Pacientes con lesión medular hospitalizados en el área de hospitalización en la fecha de estudio.

4.1.3. Criterios de Inclusión:

Serán incorporados al estudio, todos aquellos pacientes que se encuentren hospitalizados en el día designado para el estudio y que tengan más de 48 horas de internamiento.

4.1.4. Marco muestral:

Relación de Pacientes con LM del servicio de hospitalización, hospitalizados durante el periodo en el cual se realice el estudio, que cumplan los criterios de inclusión

4.1.5. Fuente de Información:

La fuente de información principal será la Historia Clínica del paciente hospitalizado; se tomarán fuentes complementarias tales como los reportes de microbiología, los resultados de exámenes auxiliares, etc.



Dra. Carmen Cifuentes G.



4.1.6. VARIABLES DEL ESTUDIO:

Las variables básicas a considerar en el presente protocolo son:

- * Edad
- * Sexo
- * Tiempo de permanencia
- * Infecciones Intrahospitalarias en el periodo de estudio
- * Tiempo de permanencia al momento de la aparición del o las infecciones.
- * Factores de riesgo intrínsecos
- * Factores de riesgo extrínsecos
- * Cultivo
- * Gérmenes
- * Antimicrobiano
- * Fecha de tratamiento
- * Diagnóstico principal
- * Diagnóstico secundario
- * Diagnóstico etiológico



Dr. Fernando Urcia F.



5. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

La realización del estudio estará a cargo del Equipo de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias del INR y de la oficina de Epidemiología; todos los que participen deberán ser capacitados con antelación.

Las actividades a cumplir son las siguientes:

5.1. ETAPA DE PREPARACION:

Se debe planificar la fecha y los miembros del equipo encuestador, tomando en cuenta lo siguiente:

a) En relación al Equipo Encuestador, es necesario tener en cuenta:

- Que debe elegirse personas capacitadas o asegurar previamente su capacitación.
- Es preferible siempre suspender o postergar un estudio si no cuenta con el equipo humano adecuadamente entrenado.
- El coordinador General es el Jefe de Epidemiología o una persona nombrada por el Equipo de IIH, con suficiente experiencia en el tema de IIH y ejecución del estudio.

b) Distribución de los encuestadores.- Tener presente lo siguiente:

1. Debe elaborarse un registro de las Historias Clínicas del servicio.
2. Es bueno agrupar los encuestadores en grupo de 2 personas, esto facilita la interpretación de datos que generan dudas o confusiones.
3. Indicar a cada grupo quien será la persona que monitoreará su trabajo.

5.2. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

La recopilación de la información es la etapa más importante del estudio, porque de la observación de las condiciones descritas en la ficha depende la validez de los resultados que se obtengan.

La Fase de recojo de información, consiste en el llenado de la Ficha de Recolección de Datos a través de la revisión directa de las Historias Clínicas, que incluyen notas de evolución médica y de enfermería, así como exámenes auxiliares u otros formatos.

5.2.1. RECOMENDACIONES PARA EL LLENADO

Para el llenado correcto de la ficha se deberán tomar en cuenta las siguientes recomendaciones básicas:

- * La información que se recopile deberá ceñirse lo más estrictamente posible a lo indicado en el presente instructivo.



- * Deberá consignarse principalmente los códigos de las diferentes variables del estudio.
- * En los casos en los que no exista código o este no sea asequible, se procederá a consignar el dato en forma descriptiva (el dato deberá ser escrito en forma clara y legible), posteriormente se colocará el código al momento de revisar la ficha.
- * Cualquier duda para definir un dato será consultada con el equipo encargado del estudio.
- * Los datos de la ficha deberán ser completados en su totalidad según corresponda para cada caso.
- * La información complementaria deberá obtenerse sea de la Historia Clínica o de los registros que se manejen en cada servicio de apoyo al diagnóstico.

5.2.2. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE DATOS

Los datos requeridos para el estudio y llenado de la ficha se realizarán de acuerdo a los criterios e instrucciones que se presenten en el presente acápite:

NOTA: para todos los efectos de llenado, los códigos serán colocados en los recuadros Correspondientes de cada variable que se encuentra en la ficha; en la línea punteada se colocará cualquier aclaración escrita.



Dra. Carmen Cifuentes G.

A. Datos de Identificación del Paciente:

1. **FICHA N°**, será el número correlativo de cada una de las fichas del estudio seguidas por el número del año en que se realiza el estudio, por ejemplo la primera ficha será la N°001-12 y la segunda será 002-12 y así sucesivamente esta numeración será colocada antes del inicio del estudio.
2. **Nª HISTORIA CLÍNICA**; se colocará el número de registro de historia clínica que corresponda al paciente y que ha sido asignado por el hospital.
3. **APELLIDOS**; se consignará de acuerdo a como figuren en la filiación de la historia clínica. Será colocado en letra imprenta y mayúscula.
4. **NOMBRE**; se consignará de acuerdo a como figuren en la filiación de la historia clínica será colocado en letra imprenta.
5. **EDAD**; se consignará la edad en años cumplidos calculada a partir de la fecha de nacimiento del paciente que aparezca en la filiación de la historia clínica a la fecha de ingreso.
6. **SEXO**; se colocará el que parezca en la parte de filiación del paciente en la historia clínica.
7. **DEPARTAMENTO**; Hospitalización de pacientes con Lesiones Medulares.
8. **FECHA DEL ESTUDIO**; se consignará la fecha en la que se recoge la información del paciente.
9. **FECHA DE INGRESO**; se consignará la fecha de ingreso del paciente para el internamiento.
10. **FECHA DE REINGRESO**; se consignará la fecha de reingreso del paciente para el internamiento.

B. DATOS DE FACTORES DE RIESGO

12. **FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECO**; se consignará en el recuadro correspondiente el código **1** si es que el factor esta presente o código **2** si es que el factor está ausente. La presencia o ausencia, según figure o no en la historia clínica, el dato se recogerá a partir de la revisión de los **antecedentes patológicos** del paciente o de la consignación como uno de los diagnósticos de ingreso del paciente. Los factores que se han considerado son los siguientes:

- a) **Diabetes**
- b) **HTA**



- * Deberá consignarse principalmente los códigos de las diferentes variables del estudio.
- * En los casos en los que no exista código o este no sea asequible, se procederá a consignar el dato en forma descriptiva (el dato deberá ser escrito en forma clara y legible), posteriormente se colocará el código al momento de revisar la ficha.
- * Cualquier duda para definir un dato será consultada con el equipo encargado del estudio.
- * Los datos de la ficha deberán ser completados en su totalidad según corresponda para cada caso.
- * La información complementaria deberá obtenerse sea de la Historia Clínica o de los registros que se manejen en cada servicio de apoyo al diagnóstico.

5.2.2. INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE DATOS

Los datos requeridos para el estudio y llenado de la ficha se realizarán de acuerdo a los criterios e instrucciones que se presenten en el presente acápite:

NOTA: para todos los efectos de llenado, los códigos serán colocados en los recuadros Correspondientes de cada variable que se encuentra en la ficha; en la línea punteada se colocará cualquier aclaración escrita.



Dra. Carmen Cifuentes G.

A. Datos de Identificación del Paciente:

1. **FICHA N°**, será el número correlativo de cada una de las fichas del estudio seguidas por el número del año en que se realiza el estudio, por ejemplo la primera ficha será la N°001-12 y la segunda será 002-12 y así sucesivamente esta numeración será colocada antes del inicio del estudio.
2. **Nª HISTORIA CLÍNICA**; se colocará el número de registro de historia clínica que corresponda al paciente y que ha sido asignado por el hospital.
3. **APELLIDOS**; se consignará de acuerdo a como figuren en la filiación de la historia clínica. Será colocado en letra imprenta y mayúscula.
4. **NOMBRE**; se consignará de acuerdo a como figuren en la filiación de la historia clínica será colocado en letra imprenta.
5. **EDAD**; se consignará la edad en años cumplidos calculada a partir de la fecha de nacimiento del paciente que aparezca en la filiación de la historia clínica a la fecha de ingreso.
6. **SEXO**; se colocará el que parezca en la parte de filiación del paciente en la historia clínica.
7. **DEPARTAMENTO**; Hospitalización de pacientes con Lesiones Medulares.
8. **FECHA DEL ESTUDIO**; se consignará la fecha en la que se recoge la información del paciente.
9. **FECHA DE INGRESO**; se consignará la fecha de ingreso del paciente para el internamiento.
10. **FECHA DE REINGRESO**; se consignará la fecha de reingreso del paciente para el internamiento.

B. DATOS DE FACTORES DE RIESGO

12. **FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECO**; se consignará en el recuadro correspondiente el código **1** si es que el factor esta presente o código **2** si es que el factor está ausente. La presencia o ausencia, según figure o no en la historia clínica, el dato se recogerá a partir de la revisión de los **antecedentes patológicos** del paciente o de la consignación como uno de los diagnósticos de ingreso del paciente. Los factores que se han considerado son los siguientes:

a) **Diabetes**

b) **HTA**



Dr. Fernando Urcía F.

- c) **Obesidad**
- d) **Desnutrición**
- e) **Dislipidemia**
- f) **Uretritis**
- g) **Reflujo vesicouretral**
- h) **Orquiepididimitis**
- i) **Talla vesical**
- j) **Vaginitis**
- k) **Colostomía**
- l) **Enfermedad Pulmonar**
- m) **Bacteriuria asintomática**; en caso de hallarse, colocar la fecha de presentación y el germen implicado.



ra. Carmen Cifuentes G.

13. FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS; se consignará en el recuadro correspondiente el código **1** si es que el factor está presente ó código **2** si es que el factor esta ausente. Se considerará presencia cuando en algún momento del internamiento del paciente haya estado sometido al factor; la ausencia se considerará en los casos en que en ningún momento del internamiento, el paciente haya estado expuesto al factor. El dato se tomará según figure o no en la historia clínica. Los factores que se han considerado son los siguientes:

- a) **Sonda urinaria**
 - 1. Permanente
 - 2. Intermitente
 - 3. Cambios de sonda
- b) **Línea periférica**
- c) **Uretrocistografía**
- d) **Urodinamia**
- e) **Vibroestimulación peneana (VEP)**
- f) **Urografía excretoria**
- g) **Cistoscopia**

C. DATOS DE INFECCION INTRAHOSPITALARIA

14. INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: se considera infección intrahospitalaria a toda aquella que se produce luego de 48 horas de internamiento del paciente y de la cual no existían evidencias clínicas o de laboratorio al momento del ingreso. Serán consignadas de acuerdo al tipo de infección, colocándose los códigos en función de las definiciones y valores de los códigos que se muestran en el Anexo N° 1.

Con fines de corroboración, se colocará el nombre completo de la infección en la línea punteada de la ficha, al lado del código. Se colocará hasta tres infecciones diferentes que estén presentes en el paciente al momento de la aplicación de la encuesta.

15. CULTIVO; se colocará de acuerdo a la codificación que se muestra en el Anexo N° 1.



16. GERMEN; aquel aislado a partir de un estudio microbiológico realizado al paciente y que se corresponde a la infección detectada en el paciente durante el estudio. Se consignará de acuerdo al libro de códigos del Anexo N°1.

17. FECHA DE INICIO DE IIH; se considerará como fecha de inicio de la infección aquella que corresponde a la aparición de(l)(los) primer(os) signo(s), síntomas(s) o hallazgo(s) patológicos(s) compatibles con la infección y que llevaron al diagnóstico de la infección.

Para el caso del germen, podrán colocarse hasta tres gérmenes para la misma infección, lo cual busca determinar la presencia de infecciones mixtas.

DATOS SOBRE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS

18. ANTIMICROBIANOS ADMINISTRADOS; se tomarán en cuenta todos aquellos antimicrobianos que han sido administrados al paciente, según historia Clínica, se anotará la información tanto para aquellos pacientes con infección Intrahospitalarias como aquellos que no presentan infección.

Se utilizarán los códigos indicados en los anexos, los cuales serán colocados en el recuadro de la ficha de la derecha de la columna que corresponde a antimicrobianos. Podrán consignarse hasta tres antimicrobianos diferentes.

19. FECHA DE INICIO DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ANTIMICROBIANO; se colocará la fecha de inicio de la administración del antimicrobiano. Se consignará solo aquellos que hayan sido administrados realmente al paciente y que estén consignados como administrados en las anotaciones de enfermería de la historia clínica; en caso de duda, se procederá a revisar el kardex de enfermería para comprobar la aplicación. El dato se colocará en los recuadros triples que aparecen al costado de los campos de antimicrobianos.

20. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL; referido al diagnóstico que motivó el internamiento del paciente en el periodo de estudio. Para la codificación se utilizarán los códigos de la CIE – 10.

21. DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS; todos aquellos que presenta el paciente pero que no fueron los que motivaron el internamiento. Se consignarán aquellos que figuren después del primer diagnóstico tal y como aparecen en la historia clínica. La codificación se realizará de la misma manera que para el dato anterior.

22. DIAGNÓSTICO ETIOLOGICO: Es aquel que presenta el paciente que se considere como causa del Daño principal. Se consignará aquel que figure como tal en la historia clínica. La codificación se realizará de la misma manera que para el dato anterior.

5.3. REVISIÓN DE CASOS COMPLEJOS O DUDOSOS.- Para aquellos casos en los cuales no se pueden definir o aplicar en sentido estricto las definiciones propuestas para el estudio; se procederá a revisar la historia del paciente, con la participación de un médico del servicio y el Equipo de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias

5.4. CONTROL DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Mediante un muestreo aleatorio del 10% de las fichas, constatando el adecuado llenado según la revisión de las historias Clínicas y se procederá a una nueva revisión de las historias clínicas en caso se encuentre las siguientes condiciones:

* Se considerará una ficha como llenada inadecuadamente, cuando el 20% o más del total de datos presenten errores en comparación con la fuente de información (historia clínica).

* Cuando el 30% o más de las fichas sean calificadas como inadecuadamente llenadas de acuerdo al criterio anterior, se procederá a un nuevo barrido de la información.



Dra. Carmen Cifuentes G.



5.5. CRONOGRAMA: ENERO-2012

Feb Dr. Fernando Urci

CRONOGRAMA ACTIVIDADES	DE	02	03	04	05	06	07	18	09	10	11	12	13	14	15	16 al 31	1 al 29
Capacitación(revisión del instrumento)	del	X	X														
Ejecución																	
Piloto																	
Ejecución prop. dicha				X	X	X			X	X	X	X	X				
Control de calidad																	
Procesamiento de información	de																
Elaboración del Informe																	
Revisión y discusión																	
Remitir Informe final a la DG																	
Difusión																	

MARZO ABRIL MAYO-2012

CRONOGRAMA ACTIVIDADES	DE	1 al 31	1 al 31	1 al 13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Capacitación(revisión del instrumento)	del																					
Ejecución																						
Piloto																						
Ejecución prop. dicha					X																	
Control de calidad																						
Procesamiento de información	de					X	X	X					X	X	X	X	X					
Elaboración del Informe																						
Revisión y discusión																			X	X	X	X
Remitir Informe final a la DG																						
Difusión																						

JUNIO- 2012

CRONOGRAMA ACTIVIDADES	DE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Capacitación(revisión del instrumento)	del																														
Ejecución																															
Piloto																															
Ejecución prop. dicha																															
Control de calidad																															
Procesamiento de información	de																														
Elaboración del Informe	del	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X																
Revisión y discusión							X	X																							
Remitir Informe final a la DG																					X	X							X		
Difusión																															X



Dra. Carmen Cifuentes G.

**ANEXO N°1: INSTRUCTIVO PARA LLENADO DE LA FICHA DEL ESTUDIO PREVALENCIA.**

1. Llenar con letra de IMPRENTA Y LEGIBLE.
2. Registrar Fecha de Estudio, SERVICIO, y Responsable del llenado EN CADA FICHA QUE UTILICE.
3. En cada columna debe ingresar la información según se indica a continuación:

DATOS GENERALES:

- HISTORIA CLINICA: Registrar EL NUMERO tomando la Información de la H.C.
- APELLIDOS Y NOMBRES: Escribir de manera LEGIBLE
- F. INGRESO (F.I.): Registrar la FECHA DE INGRESO al Departamento.
- DEPARTAMENTO: Indicar el Departamento de Lesiones Medulares.
- SEXO: Marcar (M) masculino o (F) femenino
- EDAD: Registrar la Edad cumplida restando la Fecha de Ingreso menos la fecha de nacimiento del paciente que aparezca en la filiación de la historia clínica
- REINGRESOS: Indicar las fechas en la que reingresa el paciente para internamiento.

FACTORES DE RIESGO INTRÍNSECO; se consignará en el recuadro correspondiente el código **1** si es que el factor esta presente u código **2** si es que el factor está ausente. La presencia o ausencia, según figure o no en la historia clínica, dato que se recogerá a partir de la revisión de los antecedentes patológicos del paciente o de la consignación como uno de los diagnósticos de ingreso del paciente.

FACTORES DE RIESGO EXTRINSECO

En todo colocar:

1. SI TUVO el factor en la hospitalización.
2. NUNCA TUVO el factor en la hospitalización del periodo 2012.

N° ATB: Significa ANTIBIOTICOS que están indicados en la **H.C.**, es decir la ultima indicación terapéutica registrada. COLOCAR EL CODIGO SEGÚN LISTADO EN CADA CASILLERO HASTA UN MAXIMO DE CUATRO.

Cuando **NO** registre ATB colocar 99.

IIH: Significa INFECCION INTRAHOSPITALARIA, Cuando **NO** hay IIH colocar: **99**

IMPORTANTE:

EN CASO DE QUE UN PACIENTE TENGA MAS DE UNA IIH SE DEBE REGISTRAR 1, 2,3 ó TANTAS VECES COMO IIH SEAN DETECTADAS, es decir como si fuera otro u otros pacientes.

GERMEN: Significa GERMEN AISLADO POR CULTIVO O ESTUDIO MICROBIOLÓGICO QUE SE SOSPECHA SEA EL GERMEN CAUSANTE DE LA IIH. En caso de no haber germen o no ser un paciente con IIH consignar: 99. Colocar tipo de muestra.

OBSERVACIONES: Registrar cualquier dato que se considere utilidad para la investigación. Se consignará otra patología que sea detectada durante la hospitalización, como HIV, TBC, Hepatitis B, Sífilis, HTLV, etc.

CODIGOS DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

CODIGO	IIH
1	INFECCION URINARIA SINTOMÁTICA
2	INFECCION RESPIRATORIA BAJA
3	BACTEREMIA, SEPSIS O SEPTICEMIA
4	FLEBITIS
5	GASTROENTERITIS
6	INFECCION PIEL Y PARTES BLANDAS
7	ULCERA POR PRESIÓN INFECTADA
8	INFECCION DE QUEMADURAS
9	HEPATITIS
10	INFECCION RESPIRATORIA ALTA
11	CONJUNTIVITIS

OBS. Si la IIH no esta en lista ESCRIBA SU NOMBRE con letra legible.



Dr. Fernando Urcia F.

CODIGO DE GERMENES

CODIGO	DESCRIPCION
01	ACINETOBACTER BAUMANI
02	ACINETOBACTER SP
03	ASPERGILUS FUMIGATUS
04	BACTEROIDES SP
05	CAMPYLOBACTER SP
06	CANDIDA ALBICANS
06	CANDIDA SP
07	CITROBACTER DIVERSUS
07	CITROBACTER FREUNDI
07	CITROBACTER SP
08	DIPHTEROIDES
09	ENTEROBACTER
10	ENTEROCOCO
11	ESCHERICHIA COLI
12	ESTAFILOCOCO AUREUS
13	ESTAFILOCOCO CAOGULASA NEGATIVO
14	ESTREPTOCOCO ALFA HEMOLITICO
15	ESTREPTOCOCO BETA HEMOLITICO
16	ESTREPTOCOCO PNEUMONIAE
17	HAEMOPHYLUS INFLUENZAE
18	HAEMOPHYLUS SP
19	KLEBSIELLA PNEUMONIAE
20	KLEBSIELLA SP
21	MORGANELLA MORGANI
22	M. TUBERCULOSIS
23	MYCIBACTERIAS NO TUBERCULOSIS
24	NEISSERA CATARRALIS
25	NEISSERIA MENINGITIDIS
26	PROTEUS MIRABILIS
27	PROTEUS VULGARIS
28	PROVIDENCIA RETTGERI
29	PSEUDOMONAS AERUGINOSA
30	PSEUDOMONAS SP
31	SERRATIA SP
32	SALMONELLA SP
33	SHIGELLA SP
34	STENOTROPHOMONA (XANTOMONA) MALTOPHILIA

OBS: Si el GERMEN no esta en la lista ESCRIBA SU NOMBRE

CODIGO DE ANTIMICROBIANOS POR FAMILIA

CODIGO	DESCRIPCION
--------	-------------

PENICILINAS

- 1.1 PENICILINA SODICA /POTASICA EV Y ORAL
- 1.2 OXACILINA, DICLOXACILINA (ANTIESTAFILOCOCICAS)
- 1.3 AMPICILINA, AMOXICILINA (AMINOPENICILINAS)
- 1.4 AMPICILINA/SULBACTAM, AMOXICILINA/ AC. CLAVULANICO o SULBA

CEFALOSPORINAS

- 2.1 CEFALOTINA, CEFAZOLINA, CEFALEXINA, CEFADROXILO, CEFRADINA (CEFALOSPORINA 1º GENERACIÓN)
- 2.2 CEFOTITINA
- 2.3 CEFUROXIMA,
- 2.4 CEFOTAXIMA, CEFTRIAXONA (CEFLOSPORINA 3º GEERACION)
- 2.5 CEFTAZIDIMA, CEFOPERAZONA/SULBACTAM



Carmen Fuentes G.



(CEFALOSPORINA ANTISEUDOMONAL)
CEFEPIMA, CEFPIROME (CEFALOSPORINA 4º GENERACION)



AMINOGLUCOSIDOS

- 3.1 GENTAMICINA
- 3.2 AMIKACINA
- 3.2 ESTREPTOMICINA, KANAMICINA, OTROS AMINOGLUCOSIDOS

MACROLIDOS

- 4.1 ERITROMICINA
- 4.2 CLARITROMICINA, ROXITROMICINA
- 4.3 AZITROMICINA



LINCOSAMIDAS

- 5 LINCOMICINA
- 5 CLINDAMICINA

QUINOLONAS

- 6.1 ACIDO NALIDIXICO
- 6.2 NORFLOXACINO
- 6.3 CIPROFLOXACINO
- 6.4 ESPARFLOXACINO, LEVOFLOXACINO
- 6.5 OTRAS QUINOLONAS

OTROS

- 7.0 AZTREONAM
- 8.0 IMIPENEM, MEROPENEM
- 9.0 VANCOMICINA, TEICOPLANINA
- 10.0 RIFAMPICINA
- 11.0 METRONIDAZOL
- 12.0 COTRIMOXAZOL
- 13.0 NITROFURANTOINA
- 14.0 TETRACICLINA, DOXICICLINA MINOCICLINA
- 15.0 CLORAMFENICOL
- 16.0 ANTITUBERCULOSOS (**CUALQUIER ESQUEMA**)
- 17.1 ANFOTERECIN B
- 17.2 KETOCONAZOL
- 17.3 FLUCONAZOL
- 17.4 ITRACONAZOL, OTROS NUEVOS AZOLES
- 18.1 ANTIVIRALES
- 18.2 ANTIRETROVIRALES (ESQUEMAS PARA VIH/SIDA)

OBS: CUALQUIER OTRA IIH COORDINAR PARA ASIGNARLE UNA NUEVA NUMERACIÓN, ESCRIBIRLA LITERRALMENTE MIENTRAS TANTO.



ANEXO N° 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN



FICHA N° Dr. Fernando Urcia F.

DEPARTAMENTO: _____

N° H.C. _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: _____ SEXO: M F

FECHA DE INGRESO _____

FECHA DE ESTUDIO: _____

FECHA DE REINGRESO _____

ALTA SI/NO FECHA: _____

FACTORES DE RIESGO INTRINSECO:

	Codigo
1 DIABETES	
2 HTA	
3 OBESIDAD	
4 DESNUTRICIÓN	
5 DISLIPIDEMIAS	
6 URETRITIS	
7 REFLUJO VESICOURETERAL	
8 ORQUIEPIDEDIMITIS	
9 TALLA VESICAL	
10 VAGINITIS	
11 COLOSTOMIA	
12 ENFERMEDAD PULMONAR	
13 BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	
a Fecha	
b Germen:	
a Fecha	
b Germen:	

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

INFECCIÓN N° 1

Descripción	Codigo
CULTIVO:	
GERMEN 1	
GERMEN 2	
GERMEN 3	
FECHA DE INICIO	

INFECCION N°2:

Descripción	Codigo
CULTIVO:	
GERMEN 1	
GERMEN 2	
GERMEN 3	
FECHA DE INICIO	

FACTORES DE RIESGO EXTRINSECOS:

	Fecha	Codigo
1 SONDA URINARIA		
1,1 Permanente		
1,2 Intermitente		
1,3 Cambio de sonda		
2 LINEA PERIFERICA		
3 URETROCISTOGRAFIA		
4 URODINAMIA		
5 VEP(VIBROESTIMULACION PENEANA)		
6 UROGRAFIA EXCRETORIA		
7 CISTOSCOPIA		

INFECCIÓN N°3

Descripción	Codigo
CULTIVO:	
GERMEN 1	
GERMEN 2	
GERMEN 3	
FECHA DE INICIO	

ANTIMICROBIANOS (ATB)

	Código	Descripción	F.Inicio
ATB 1			
ATB 2			
ATB 3			
ATB 4			

Nota: Tambien considerar antimicrobianos profilactivo

OBSERVACIONES : _____

DIAGNOSTICO PRINCIPAL
Nivel y Tipo de Lesion
DIAGNOSTICO SECUNDARIO
DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO

Descripción	Código CIE-10

Nombre del Profesional: _____

Firma: _____