



**REPUBLICA DE PANAMÁ**  
**HOSPITAL DEL NIÑO DR. JOSÉ RENÁN ESQUIVEL**  
**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE INFECCIONES**  
**ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (IAAS)**  
**SALAS**

**DATOS PERSONALES:**

Nombre:		Registro o cédula:	
Ubicación del paciente	UTI 1 <input type="checkbox"/>	UTI2 <input type="checkbox"/>	QUEMADOS <input type="checkbox"/> SALA <input type="checkbox"/>
Fecha nacimiento: / /	Sexo: masc <input type="checkbox"/>	fem <input type="checkbox"/>	
Días intrahospitalarios:	Edad: años _____	meses: _____	días: _____

**En caso de ser neonato:**

Peso al nacer: _____ N/A <input type="checkbox"/>	Edad gestacional: _____ N/A <input type="checkbox"/>
Lugar de nacimiento: _____	

Fecha de Notificación \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Egreso: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Movimiento del Paciente en el Hospital**

SALA	FECHA INGRESO	TRANSFERIDO/EGRESO

**DATOS CLÍNICOS:**

Fecha inicio síntomas de IAAS: / /	Fecha toma cultivo: / /
Flebitis: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Radiografía de tórax: infiltrado neumónico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha: / /
Diarrea: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Extravasación líquidos: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
DVP infectada: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	

**Sitios de Aislamiento:**

<input type="checkbox"/> Sangre P <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Fecha: ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> Herida quirúrgica Fecha: ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Vías respiratorias Fecha: ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> Sistema nervioso central Fecha: ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Piel y tejidos blandos Fecha: ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> Vías urinarias Fecha: ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Umbilical Fecha: ___ / ___ / ___	<input type="checkbox"/> Otro: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

**Bacteria Aislada**

AISLAMIENTO (GRAM -) BLEE (+) Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(GRAM +)
<input type="checkbox"/> <i>Acinetobacter</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i>
<input type="checkbox"/> <i>E.coli</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Enterobacter</i> _____	<input type="checkbox"/> MRSA _____
<input type="checkbox"/> <i>Klebsiella</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>Enterococcus faecium</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Proteus</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>Enterococcus faecalis</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>Pseudomonas</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus agalactiae</i> _____
<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> _____
	<input type="checkbox"/> Otros: _____



### ANTIBIOGRAMA

Susceptibilidad a los antibióticos			(S) SENSIBLE	(I) INTERMEDIO	(R) RESISTENTE				
Ampicilina			Ceftazidima		Ertapenem		Piperacilina Tazobactam		
Ampicilina- sulbactam			Ceftriaxona		Gentamicina		Tigeciclina		
Amoxicilina			Cefuroxima		Imipenem		TMP/SMX		
Amikacina			Ciprofloxacina		Levofloxacina		Vancomicina		
Cefalotina			Clindamicina		Linezolid				
Cefepima			Colistin		Meropenem				
Cefotaxima			Eritromicina		Oxacilina				

#### Hongos

- Candida sp.*
- Candida albicans*
- Candida parapsilosis*
- Candida tropicalis*
- Otras: \_\_\_\_\_

#### Uso de antibióticos:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

Uso de dispositivos invasivos:	Fecha de colocación:	Fecha de retiro:
<input type="checkbox"/> Catéter umbilical	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Catéter percutáneo	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Intubación endotraqueal/Ventilación	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> CVC	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> NPT	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> DVP	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Cateterización vesical	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Tubo pleural	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Otro:	/ /	/ /

Cirugía: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Tipo de herida: Limpia <input type="checkbox"/> limpia contaminada <input type="checkbox"/> contaminada <input type="checkbox"/> sucia <input type="checkbox"/>
Fecha de cirugía: / /	Tipo de cirugía:
Cirujano:	# de Salón:

Condición de egreso: VIVO ( ) DEFUNCIÓN ( ) FECHA \_\_\_\_\_

Notificación: MÉDICO ( ) ENFERMERÍA ( ) EPIDEMIOLOGÍA ( )

Firma de notificación: \_\_\_\_\_



**Instructivo para el Llenado y Listado de Variables:**

1. **Nombre:** Debe registrarse 1 o 2 nombres y 2 apellidos si los tiene.
2. **Registro o Cédula:** Debe registrarse cédula de identidad personal o en su defecto registro médico. Si existen ambos colocar ambos.
3. **Ubicación del paciente:** Anotar la sala donde se identifica la IAAS.
4. **Fecha de nacimiento:** Día/Mes/Año.
5. **Sexo: Masculino o Femenino**
6. **Días Intrahospitalarios:** Días transcurridos dentro del hospital desde el ingreso al momento del diagnóstico de IAAS
7. **Edad: Edad al momento de identificada la IAAS**

En caso de ser NEONATO completar lo siguiente del formulario:

8. **Peso al nacimiento:** Peso en kg al momento de nacer.
9. **Edad Gestacional:** Edad gestacional en semanas al momento de nacer. No aplica (N/A) si no es neonato
10. **Lugar de nacimiento:** Hospital donde se dio el nacimiento, si fue extrahospitalario anotar dónde fue.
11. **Fecha de notificación:** Día/Mes/Año de la notificación del caso de IAAS
12. **Diagnóstico de Ingreso:** Diagnóstico registrado al momento del ingreso al hospital.
13. **Diagnóstico de Egreso:** Diagnóstico de cierre del expediente clínico al momento del egreso.
14. **Movimiento del Paciente en el Hospital:** Corresponde al movimiento del caso con IAAS dentro del hospital desde su ingreso a su egreso. Ver ejemplo:

Movimiento del Paciente en el Hospital

Sala	Fecha de ingreso	Fecha de trasferido o egreso
UTI-1	07-mar-2017	10--mar2016
UTI-2	10-mar-2017	

**DATOS CLÍNICOS:**

15. **Fecha de inicio de los síntomas de IAAS:** Día/mes/año del inicio de síntomas de la IAAS actual
16. **Flebitis:** Responder Sí o No si existe flebitis asociada a un sitio de inserción de catéter el cual puede estar o no todavía colocado.
17. **Extravasación de líquidos:** Hay o no hay extravasación de fluido intravenoso
18. **DVP infectada:** Derivación ventrículo peritoneal infectada relacionada con IAAS.
19. **Diarrea:** Sí hay o No hay diarrea relacionado con IAAS.
20. **Radiografía de Tórax:** Marcar si hay o no hay Infiltrado Neumónico asociado a IAAS actual y el Día/mes/Año de la radiografía.
21. **Fecha de toma de cultivo:** Día/Mes/Año del cultivo asociado a IAAS
22. **Sitios de Aislamiento:** Marcar el sitio del aislamiento asociado a IAAS y el Día/Mes /Año del mismo (ver Ejemplo)

<input type="checkbox"/> Sangre      P <input type="checkbox"/> CVC <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Herida quirúrgica
Fecha: <b>12 / 03 / 2017</b> .	Fecha: ___ / ___ / ___ .
<input type="checkbox"/> Vías respiratorias	<input type="checkbox"/> Sistema nervioso central
Fecha: ___ / ___ / ___ .	Fecha: ___ / ___ / ___ .
<input type="checkbox"/> Piel y tejidos blandos	<input type="checkbox"/> Vías urinarias
Fecha: ___ / ___ / ___ .	Fecha: ___ / ___ / ___ .
<input type="checkbox"/> Umbilical	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Fecha: ___ / ___ / ___ .	Fecha: ___ / ___ / ___ .



23. **Bacteria Aislada:** Si se obtuvo un cultivo positivo por bacterias, que fue tomado por la sospecha de la IAAS reportada completar tabla según ejemplo.

<b>ASLAMIENTO</b> <b>(GRAM - ) BLEE (+) Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/></b>		<b>(GRAM +)</b>	
<input type="checkbox"/> <i>Acinetobacter</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> _____	
<input type="checkbox"/> <i>E.coli</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus aureus</i> _____	
<input type="checkbox"/> <i>Enterobacter</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Meticilino Resistente</i> _____	
<input type="checkbox"/> <i>Klebsiella</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Meticilino Sensible</i> _____	
<input type="checkbox"/> <i>Proteus</i> _____		<input type="checkbox"/> <i>Enterococcus faecium</i> _____	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Pseudomonas</i> <u><i>Pseudomonas putida</i></u>		<input type="checkbox"/> <i>Enterococcus faecalis</i> _____	
<input type="checkbox"/> Otros: _____		<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus agalactiae</i> _____	
		<input type="checkbox"/> <i>Streptococcus pneumoniae</i> _____	
		<input type="checkbox"/> Otros: _____	

24. **Antibiograma:** Debe anotarse la susceptibilidad del germen aislado **S-sensible, I-intermedio, R-resistente**

Susceptibilidad a los antibióticos		(S) SENSIBLE	(I) INTERMEDIO	(R) RESISTENTE
Ampicilina	<b>R</b>	Ceftazidima		Ertapenem <b>S</b>
Ampicilina-sulbactam	<b>R</b>	Ceftriaxona		Gentamicina
Amoxicilina		Cefuroxima		Imipenem
Amikacina	<b>R</b>	Ciprofloxacina <b>S</b>		Levofloxacina
Cefalotina		Clindamicina		Linezolid
Cefepima	<b>S</b>	Colistin		Meropenem
Cefotaxima	<b>S</b>	Eritromicina		Oxacilina

25. **Hongos:** Si el aislamiento corresponde a un hongo complete esta sección. Ejemplo.

- Candida sp.*
- Candida albicans*
- Candida parapsilosis*
- Candida tropicalis*
- Otras: \_\_\_\_\_

26. **Uso de antibióticos:** Anote los antibiótico (nombre genérico) que ha utilizado el paciente con IAAS desde su ingreso. Ejemplo

1. Ampicilina      2. Gentamicina      3. Piperacilina-Tazobactam  
 4. \_\_\_\_\_      5. \_\_\_\_\_      6. \_\_\_\_\_

27. **Uso de dispositivos invasivos:** Anote los dispositivos invasivos que ha utilizado el paciente en la última semana si **no** es paciente post quirúrgico y en los últimos 30 días **si es post quirúrgico, poner fecha de colocación y de retiro** Ejemplo:

Uso de dispositivos invasivos:	Fecha de colocación:	Fecha de retiro:
<input type="checkbox"/> Catéter umbilical	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Catéter percutáneo	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Intubación endotraqueal/Ventilación	/ /	/ /
<input checked="" type="checkbox"/> CVC	<b>7 / 03 / 2017</b>	<b>14 / 03 / 2017</b>
<input type="checkbox"/> NPT	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> DVP	/ /	/ /
<input checked="" type="checkbox"/> Cateterización vesical	<b>7 / 03 / 2017</b>	/ /
<input type="checkbox"/> Tubo pleural	/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Otro:	/ /	/ /



28. **Procedimientos Quirúrgicos:** Esta IAAS está relacionada con un proceso quirúrgico Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
**Limpia:** Se trató de una cirugía limpia (es decir una cirugía no traumática, que no involucra apertura del tracto gastrointestinal, genitourinario o respiratorio, o que no involucre la presencia de un cuerpo extraño) Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
**Fecha de cirugía:** Día/Mes/Año del procedimiento quirúrgico asociado a IAAS.  
**Tipo de cirugía:** Nombre del procedimiento quirúrgico asociado a la IAAS.  
**Cirujano:** Nombre y Apellido del cirujano principal relacionado con el procedimiento quirúrgico.
29. **Condición de egreso:** Condición al egreso del paciente que presentó esta IAAS. VIVO (  ) DEFUNCIÓN (  )  
FECHA: Día/Mes/Año del Egreso.
30. **Notificación:** Cargo de la Persona que notifica la IAAS. MÉDICO (  ) ENFERMERÍA (  )  
EPIDEMIOLOGÍA (  )
31. **Firma de notificación:** Nombre y Apellido del que notifica el caso.