

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CASO
PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS IAAS
RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE)**

RHOVE-2-2023

FOLIO RHOVE:		UNIDAD NOTIFICANTE:	
NO. DE EXPEDIENTE:		CLUES:	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
NOMBRE:			

<i>Apellido Paterno</i>		<i>Apellido materno</i>		<i>Nombre (s)</i>	
FECHA DE NACIMIENTO:			ENTIDAD DE NACIMIENTO:		

DD/MM/AAAA					
EDAD:			SEXO:		

<i>Años</i>			<i>Meses</i>		<i>Días</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
-------------	--	--	--------------	--	-------------	---------------	--------------

CURP:						
--------------	--	--	--	--	--	--

ESCOLARIDAD:			OCUPACIÓN:			
---------------------	--	--	-------------------	--	--	--

<i>Llenar solo en caso de ser recién nacido</i>	PESO AL NACER:			<i>grs.</i>	SEMANAS DE GESTACIÓN:		
---	-----------------------	--	--	-------------	------------------------------	--	--

RESIDENCIA ACTUAL	<i>(En caso de no contar con esta información colocar la dirección del hospital notificante)</i>					
--------------------------	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Calle y No.	Colonia		Entidad		Municipio/Alcaldía		
--------------------	----------------	--	----------------	--	---------------------------	--	--

MIGRANTE:	<i>SÍ</i>		<i>NO</i>		<i>Llenar las siguientes solo si es migrante</i>		
------------------	-----------	--	-----------	--	--	--	--

PAÍS DE NACIONALIDAD:			PAÍS DE ORIGEN:				
------------------------------	--	--	------------------------	--	--	--	--

<i>Llenar este apartado solo si ha viajado en los últimos 3 meses</i>							
---	--	--	--	--	--	--	--

PAÍSES EN TRÁNSITO:	1.-	2.-	3.-	4.-
----------------------------	-----	-----	-----	-----

FECHA DE INGRESO A MÉXICO:			¿DURANTE SU TRÁNSITO ESTUVO HOSPITALIZADO?	<i>SÍ</i>		<i>NO</i>	
-----------------------------------	--	--	---	-----------	--	-----------	--

DD/MM/AAAA		¿EN QUÉ PAÍS ESTUVO HOSPITALIZADO?					
------------	--	---	--	--	--	--	--

¿SE RECONOCE COMO INDÍGENA?	<i>SÍ</i>		<i>NO</i>		SE DESCONOCE		
------------------------------------	-----------	--	-----------	--	---------------------	--	--

¿HABLA ALGUNA LENGÜEA ÍNDIGENA?	<i>SÍ</i>		<i>NO</i>		SE DESCONOCE		
--	-----------	--	-----------	--	---------------------	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EGRESO							
TIPO DE INGRESO	Primera vez:			DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			
	Reingreso:						

FECHAS		DD/MM/AAAA	DATOS DONDE SE ADQUIRIÓ LA IAAS		MOTIVO DE EGRESO		
---------------	--	-------------------	--	--	-------------------------	--	--

DE INGRESO HOSPITALARIO			SERVICIO	CAMA	PÉRDIDA DE VIGENCIA		
-------------------------	--	--	-----------------	-------------	----------------------------	--	--

DE ASIGNACIÓN DE CAMA CENSABLE					MEJORÍA		
--------------------------------	--	--	--	--	----------------	--	--

DE INGRESO AL SERVICIO DONDE SE ADQUIRIÓ LA IAAS			HOSPITALIZACIÓN		ALTA VOLUNTARIA		
--	--	--	------------------------	--	------------------------	--	--

DE INICIO DE SÍNTOMAS DE LA IAAS			AMBULATORIO		REFERENCIA A OTRO HOSPITAL		
----------------------------------	--	--	--------------------	--	-----------------------------------	--	--

DE DETECCIÓN DE LA IAAS			DATOS DONDE SE DETECTÓ LA IAAS		DEFUNCIÓN		
-------------------------	--	--	---------------------------------------	--	------------------	--	--

DE RESOLUCIÓN DE LA IAAS							
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DE EGRESO DEL SERVICIO DONDE SE ADQUIRIÓ			SERVICIO	CAMA	ABANDONO NO AUTORIZADO		
--	--	--	-----------------	-------------	-------------------------------	--	--

DE EGRESO HOSPITALARIO							
------------------------	--	--	--	--	--	--	--

DE REINGRESO POR IAAS			HOSPITALIZACIÓN				
-----------------------	--	--	------------------------	--	--	--	--

DE EGRESO DEL REINGRESO POR IAAS			AMBULATORIO				
----------------------------------	--	--	--------------------	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

<i>El siguiente apartado deberá ser llenado, solamente si el caso es defunción</i>							
--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA DE DEFUNCIÓN	DD/MM/AAAA:		FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				
---------------------------	--------------------	--	---	--	--	--	--

CAUSA DE MUERTE:	POR IAAS						
-------------------------	-----------------	--	--	--	--	--	--

	CON IAAS		CAUSA DIRECTA DE DEFUNCIÓN				
--	-----------------	--	-----------------------------------	--	--	--	--

	POR OTRA CAUSA						
--	-----------------------	--	--	--	--	--	--

DATOS DE LA IAAS					
TIPO DE IAAS:			¿EL CASO ES PARTE DE UN BROTE?:	SÍ	NO

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS					
APP	SÍ	NO	APP	SÍ	NO
PREMATUREZ			DESNUTRICIÓN		
BAJO PESO AL NACER			ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA		
ANTECEDENTE GO DE RPM			EPOC		
ANTECEDENTE GO DE IVU			VIH/SIDA		
DIABETES MELLITUS			INMUNOSUPRESIÓN		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA			LEUCEMIA		
SOBREPESO			CANCER		
OBESIDAD			TABAQUISMO		
OTROS:					

¿LA IAAS SE ENCUENTRA RELACIONADA A UNA CIRUGÍA?			SÍ	NO
<i>Si la respuesta fue sí, describa la cirugía con la que está relacionada</i>				
FECHA DE LA CIRUGÍA DD/MM/AAAA	TIPO	GRADO DE CONTAMINACIÓN	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (CIE-9)	¿SE COLOCÓ UNA PRÓTESIS? (SÍ/NO)
*TIPO: ELECTIVA, URGENCIA **CONTAMINACIÓN: LIMPIA, LIMPIA-CONTAMINADA, CONTAMINADA, SUCIA, LIMPIA CON IMPLANTE ***PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: ejemplo: LAPAROTOMÍA, CESÁREA, APENDICETOMÍA, ETC.				

FACTORES DE RIESGO				
FACTOR DE RIESGO NO CONTABILIZABLE (De acuerdo al orden de importancia)	FECHA DE OCURRENCIA DEL EVENTO DD/MM/AAAA	FACTOR DE RIESGO CONTABILIZABLE (De acuerdo al orden de importancia)	FECHA DE INSTALACIÓN DD/MM/AAAA	FECHA DE RETIRO DD/MM/AAAA

INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN DE LA SALUD (IAAS) ADQUIRIDA EN OTRA UNIDAD HOSPITALARIA O CENTRO DE CUIDADOS PARA LA SALUD			
¿LA IAAS DETECTADA PROVIENE DE OTRA UNIDAD HOSPITALARIA O CENTRO DE CUIDADOS PARA LA SALUD?	SÍ	NO	
<i>(Ejemplo: Asilos, Casa Hogar, Unidades de diálisis o Hemodiálisis, etc.)</i>			
NOMBRE DE LA UNIDAD HOSPITALARIA O CENTRO DE CUIDADOS PARA LA SALUD DE PROCEDENCIA			
ENTIDAD FEDERATIVA DE LA UNIDAD HOSPITALARIA O CENTRO DE CUIDADOS PARA LA SALUD DE PROCEDENCIA			
FECHA DE INGRESO A LA UNIDAD HOSPITALARIA O CENTRO DE CUIDADOS PARA LA SALUD DE PROCEDENCIA			
FECHA DE EGRESO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA O CENTRO DE CUIDADOS PARA LA SALUD DE PROCEDENCIA			



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA
DEFENSA NACIONAL

MARINA
SECRETARÍA DE MARINA

SNDIF
SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL
DE LA FAMILIA



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



PEMEX
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO

¿SE TOMÓ CULTIVO?

SÍ

NO

FECHA DE TOMA:

FECHA DE RESULTADO:

DD/MM/AAAA

DD/MM/AAAA

TIPOS DE MUESTRA:

Seleccione con una "X" el tipo de muestra utilizado para el cultivo

Infección de Vías Urinarias	Orina de chorro medio		Infección de Sitio Quirúrgico	Aspirado de absceso o secreción de herida	
	Orina por punción suprapúbica			Hisopado de herida quirúrgica + score Q	
	Orina catéter vesical			Biopsia	
	Sonda de entrada por salida			Líquidos orgánicos	
Neumonías y otras Infecciones de Vías Respiratorias Inferiores	Aspirado bronquial		Infección de piel y tejidos blandos	Biopsia cuantitativa	
	Aspirado Traqueal			Aspirado de absceso	
	Espuito inducido			Hisopado + score Q	
	Espuito espontáneo			Aspirado de absceso	
	Lavado broncoalveolar		Infecciones de tejido óseo	Biopsia	
	Biopsia transbronquial			Líquido sinovial	
	Biopsia pulmonar			Sonicado de piezas protésicas para cultivo	
	Biopsia pleural			Hisopado conjuntival	
Infecciones del Tracto Respiratorio Superior	Líquido pleural		Infecciones Oculares	Biopsia	
	Sangre Periférica*			Raspado ocular	
	Aspirado			Aspirado de humor vítreo	
	Biopsia			Aspirado de humor acuoso	
Infección de Torrente Sanguíneo y otras infecciones cardiovasculares	Exudado faringeo		Infección del SNC	Lavado ocular	
	Drenaje ótico			Líquido Cefalorraquídeo	
	Sangre periférica			Sangre periférica	
	Sangre por catéter central			Biopsia	
	Punta de catéter central		Peritonitis	Líquido peritoneal	
	Biopsia		Infección Gastrointestinal	Heces	
	Drenaje		Otro:		
	Líquido pericárdico				

Solo en caso de Infección del Torrente Sanguíneo asociada a cateter venoso central, llenar este apartado de hemocultivos

Seleccione con una X el resultado obtenido de la muestra enviada para todos los tipos de IAAS

RESULTADO DEL CULTIVO

Con desarrollo

Sin desarrollo

Rechazada

CAUSA DEL RECHAZO

¿SE TOMÓ MUESTRA DIFERENTE A CULTIVO?

SÍ

NO

FECHA DE TOMA:

FECHA DE RESULTADO:

¿Qué técnica se utilizó para la identificación del microorganismo?

Seleccione con una X la técnica utilizada

MICROORGANISMO IDENTIFICADO

Bioquímicas manuales

Inmunocromatografía

Manuales API

Semi-automatizada (AutoScan)

Automatizadas

Vitek

MicroScan

Aries Sensititre

Phoenix

Espectrometría de masas. MALDI-TOF

Moleculares

PCR

Sondas de hibridación

Género y especie

MECANISMO DE RESISTENCIA SUGERIDO POR EQUIPO AUTOMATIZADO

Microorganismo identificado de la infección polimicrobiana

¿Existe Infección polimicrobiana?

SÍ

NO

Anotar Microorganismo identificado como Infección polimicrobiana. NO aplicable a colonizaciones o contaminación. Llenar Anexo I

Género y especie

RESULTADO DE LA SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA

¿Se realizó Prueba de Susceptibilidad Antimicrobiana?	SÍ	NO	Indique que técnica fue la que utilizó su laboratorio para la determinación de la Susceptibilidad Antimicrobiana	TIPO DE TÉCNICA UTILIZADA	Seleccione con una X la o las técnicas utilizadas	
				CMI		
				Epsilometría		
				Agar Dilución		
				Elusión de disco		
			Disco difusión			

DE ACUERDO CON EL RESULTADO DE LA PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA, ELIJA DEL LISTADO EL RESULTADO AL QUE CORRESPONDA Y TACHELO CON UNA X Y APUNTE EL VALOR DE LA CMI OBTENIDO

ANTIMICROBIANO	S	I	R	ND	*CMI	ANTIMICROBIANO	S	I	R	ND	*CMI
AMIKACINA						ERTAPENEM					
AMPICILINA						FLUCONAZOL					
AMPICILINA-SULBACTAM						FOSFOMICINA					
ANFOTERICINA B						GENTAMICINA					
ANIDULAFUNGINA						IMIPENEM					
AZTREONAM						ITRACONZAOL					
CASPOFUNGINA						LEVOFLOXACINO					
CEFAZOLINA						LINEZOLID					
CEFEPIME						MEROPENEM					
CEFOTAXIMA						MICAFUNGINA					
CEFOTETAN						NITROFURANTOINA					
CEFOXITINA						OXACILINA					
CEFTAROLINA						PENICILINA					
CEFTAZIDIMA						PIPERACILINA-TAZOBACTAM					
CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM						POSACONAZOL					
CEFTOZANES-TAZOBACTAM						RIFAMPICINA					
CEFTRIAXONA						TETRACICLINA					
CIPROFLOXACINO						TIGECICLINA					
CLINDAMICINA						TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL					
COLISTINA						VANCOMICINA					
DAPTOMICINA						VORICONAZOL					
ERITROMICINA						S=Susceptible. I= Intermedio. R= Resistente. ND= No determinada. *CMI= Se refiere a la Concentración mínima inhibitoria					

¿SE REALIZÓ PRUEBA COMPLEMENTARIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA?	SÍ	NO
---	----	----

Quando su respuesta sea "SI" y la unidad realice alguna de estas pruebas, favor de dirigirse al llenado del Anexo "Pruebas especiales para orientar o identificar mecanismos/fenotipos particulares de resistencia acorde a los criterios establecidos por el Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)". *En caso de coinfección deberá ser llenado por microorganismo aislado al que se le haya realizado prueba complementaria.

¿DÓNDE SE PROCESÓ LA MUESTRA PARA IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN? (SELECCIONAR EL LABORATORIO, PUEDE SEÑALAR VARIOS)				TRATAMIENTO (instaurado para la IAAS)		
LABORATORIO	FECHA DEL ENVÍO	FECHA DE RECEPCIÓN	FECHA DE EMISIÓN DE RESULTADO	ANTIMICROBIANO	FECHA DE TÉRMINO	FECHA DE RECEPCIÓN
LABORATORIO DEL HOSPITAL						
InDRE						
LESP						
LAVE						
OTRO				¿HUBO FALLA TERAPÉUTICA?	SÍ	NO
SI SELECCIONÓ OTRO, ESCRIBA EL NOMBRE DEL LABORATORIO:				ESPECÍFIQUE CUAL		

RESPONSABLE DE LA DETECCIÓN	RESPONSABLE DE LA CAPTURA	RESPONSABLE DE LA UVEH

ANEXO I. INFECCIÓN POLIMICROBIANA

MICROORGANISMO IDENTIFICADO	¿Se realizó Prueba de Susceptibilidad Antimicrobiana?	SÍ	NO

Género y especie

Indique que técnica fue la que utilizó su laboratorio para la determinación de la Susceptibilidad Antimicrobiana	TIPO DE TÉCNICA UTILIZADA	Seleccione con una X la o las técnicas utilizadas
	CMI	
	Epsilometría	
	Agar Dilución	
	Elusión de disco	
	Disco difusión	

DE ACUERDO CON EL RESULTADO DE LA PRUEBA DE SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA, ELIJA DEL LISTADO EL RESULTADO AL QUE CORRESPONDA Y TACHELO CON UNA X Y APUNTE EL VALOR DE LA CMI OBTENIDO

ANTIMICROBIANO	S	I	R	ND	*CMI	ANTIMICROBIANO	S	I	R	ND	*CMI
AMIKACINA						ERTAPENEM					
AMPICILINA						FLUCONAZOL					
AMPICILINA-SULBACTAM						FOSFOMICINA					
ANFOTERICINA B						GENTAMICINA					
ANIDULAFUNGINA						IMIPENEM					
AZTREONAM						ITRACONAZOL					
CASPOFUNGINA						LEVOFLOXACINO					
CEFAZOLINA						LINEZOLID					
CEFEPIME						MEROPENEM					
CEFOTAXIMA						MICAFUNGINA					
CEFOTETAN						NITROFURANTOINA					
CEFOXITINA						OXACILINA					
CEFTAROLINA						PENICILINA					
CEFTAZIDIMA						PIPERACILINA-TAZOBACTAM					
CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM						POSACONAZOL					
CEFTOLOZANE-TAZOBACTAM						RIFAMPICINA					
CEFTRIAXONA						TETRACICLINA					
CIPROFLOXACINO						TIGECICLINA					
CLINDAMICINA						TRIMETOPRIM-SULFAMETOXAZOL					
COLISTINA						VANCOMICINA					
DAPTOMICINA						VORICONAZOL					
ERITROMICINA											

S=Susceptible. I= Intermedio. R= Resistente. ND= No determinada. *CMI= Se refiere a la Concentración mínima inhibitoria

¿SE REALIZÓ PRUEBA COMPLEMENTARIA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA?

SÍ

NO

Quando su respuesta sea "SI" y la unidad realice alguna de estas pruebas, favor de dirigirse al llenado del Anexo "Pruebas especiales para orientar o identificar mecanismos/fenotipos particulares de resistencia acorde a los criterios establecidos por el Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)". *En caso de coinfección deberá ser llenado por microorganismo aislado al que se le haya realizado prueba complementaria.

ANEXO II. "PRUEBAS ESPECIALES PARA ORIENTAR O IDENTIFICAR MECANISMOS/FENOTIPOS PARTICULARES DE RESISTENCIA ACORDE A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR EL CLINICAL AND LABORATORY STANDARDS INSTITUTE (CLSI)"

MICROORGANISMO AL QUE SE LE REALIZÓ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Género y especie

Marque con una "X" el o los resultados de la o las pruebas realizadas

1. Carba NP			5. mCIM y eCIM (Método de Inactivación del Carbapenémico)		
Esta prueba solo aplica para <i>Enterobacterales</i> y <i>P. aeruginosa</i>	Positivo		Esta prueba solo aplica para <i>Enterobacterales</i> y <i>P. aeruginosa</i>	Positivo probable metalocarbapenemasa	
	Negativo			Positivo probable serincarbapenemasa	
	Indeterminado			Positivo	
2. Prueba de BLEE (resultado del sistema automatizado o disco difusión)		Negativo			
Prueba valida únicamente para <i>E. coli</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>K. oxytoca</i> y <i>P. mirabilis</i>	Positivo			Indeterminado	
	Negativo			Inválido	
	Indeterminado				
3. Inmunocromatografía			6. Sinergias (resultado del sistema automatizado o disco difusión) Estreptomicina Sinergia		
Microorganismos Gram negativos fermentadores y no fermentadores	IMP		Cocos Gram positivos (<i>Staphylococcus</i> y <i>Enterococcus</i>)	Positivo	
	KPC			Negativo	
	NDM			Indeterminado	
	OXA-48		7. Clindamicina inducible (resultado del sistema automatizado o disco difusión)		
	VIM		<i>Staphylococcus</i> , <i>Enterococcus</i> y <i>Streptococcus</i>	Positivo	
	Indeterminado			Negativo	
Negativo		Indeterminado			
4. PCR			8. Prueba de cefoxitina		
Microorganismos Gram negativos fermentadores y no fermentadores	IMP		<i>Staphylococcus spp.</i>	Positivo (Meticilino resistente)	
	CTX-M			Negativo (Meticilino sensible)	
	Indeterminado			Indeterminado (Dudoso)	
	KPC			9. Evaluación de susceptibilidad a colistina (gram negativos exceptuando resistencias intrínsecas)	
	MCR-1		Elusión de Disco	Resistente	
	NDM			Susceptible	
	Negativo			Indeterminado	
	OXA-48		Agar Colistina	Resistente	
	SHV			Susceptible	
	SPM		10. Otra prueba		
	TEM		Nombre de la prueba	Resultado	
	DIFERENTES A TIPO OXA-48				
	VIM				
	<i>Staphylococcus spp.</i>	VAN A			
VAN B					
Mec A					
Mec C					
Indeterminado					
Negativo					
<i>Enterococcus spp.</i>	VAN A				
	VAN B				
	Indeterminado				
	Negativo				