



Instrucciones para el formulario de eventos de diálisis (CDC 57.109)

Complete un formulario de eventos de diálisis para los inicios de tratamiento antimicrobiano intravenoso; hemocultivos positivos y episodios de pus, enrojecimiento o aumento de la hinchazón en los sitios de acceso vascular, de acuerdo con las definiciones y las instrucciones de notificación del Protocolo de eventos de diálisis.

Datos del paciente	
Campos de datos	Instrucciones para completar el formulario
N.º identificador del centro	El n.º identificador del centro asignado por la NHSN será ingresado automáticamente por el sistema informático.
N.º identificador del evento	El n.º identificador del evento será ingresado automáticamente por el sistema informático.
*N.º identificador del paciente	Obligatorio. Ingrese el número de identificación alfanumérico del paciente. Se trata del identificador que el centro de atención médica asigna al paciente y puede constar de cualquier combinación de números o letras.
N.º del seguro social	Opcional. Ingrese el número del seguro social de 9 dígitos del paciente.
N.º de identificación secundaria	Opcional. Ingrese el número de identificación alfanumérico asignado por el centro.
N.º de Medicare	Opcional. Ingrese el número de Medicare del paciente.
Nombre del paciente	Opcional. Ingrese los apellidos, el primer nombre y el segundo nombre del paciente.
*Sexo	Obligatorio. Marque “Mujer”, “Hombre” u “Otro” para indicar el sexo del paciente.
*Fecha de nacimiento	Obligatorio. Registre la fecha de nacimiento con este formato: MM/DD/AAAA.
Grupo étnico (especifique): Hispano o latino No hispano/ No latino	Opcional. Si el paciente es hispano o latino, marque esta casilla. Si el paciente no es hispano ni latino, marque esta casilla.
Raza (especifique)	Opcional. Marque todas las casillas que apliquen para identificar la raza del paciente.
Tipo de evento, ubicación	
*Tipo de evento	Obligatorio. Seleccione DE - Evento de diálisis.



<p>*Fecha del evento</p>	<p>Obligatorio. La fecha depende del tipo de evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los inicios de tratamiento antimicrobiano intravenoso, ingrese la fecha de la primera administración ambulatoria de antimicrobianos intravenosos. • Para los hemocultivos positivos, ingrese la fecha en la que se tomó la muestra de sangre. • Para el pus, enrojecimiento o aumento de la hinchazón en el lugar de acceso vascular, ingrese la fecha del inicio del episodio. • Si notifica más de un tipo de evento de diálisis, con base en los criterios anteriores, seleccione la primera fecha del que está notificando. <p>Ingrese la fecha del evento con este formato: MM/DD/AAAA.</p>
<p>*Ubicación</p>	<p>Obligatorio. Introduzca el código de ubicación de la “clínica de hemodiálisis ambulatoria” que está recopilando la información del evento de diálisis.</p>



Factores de riesgo	
Campos de datos	Instrucciones para completar el formulario
*Tipo de acceso vascular	Obligatorio. Marque todos los accesos vasculares que presenta el paciente en el momento del evento de diálisis. Incluya todos los accesos vasculares centrales, no solo aquellos que se utilizan para la diálisis.
Fístula	Una conexión realizada quirúrgicamente entre una arteria y una vena.
Ojal	Obligatorio condicionalmente para pacientes con fístulas. Indique si se accede regularmente a la fístula a través de una canulación mediante la técnica del ojal.
Injerto	Una conexión realizada quirúrgicamente entre una arteria y una vena mediante el implante de un tubo sintético.
Catéter venoso central tunelizado	Un catéter venoso central que recorre una distancia debajo de la piel desde el punto de inserción hasta terminar cerca del corazón o de uno de los grandes vasos.
Catéter venoso central no tunelizado	Un catéter venoso central que se coloca en el punto de inserción y recorre directamente desde el lugar de ingreso en la piel hasta una vena y termina cerca del corazón o de uno de los grandes vasos.
Otro dispositivo de acceso	Incluye dispositivos de acceso híbrido (p. ej., HeRO [®]), puertos y cualquier otro dispositivo de acceso vascular que no corresponde a las definiciones de fístula, injerto, catéter central tunelizado o catéter central no tunelizado. ¹
*Fecha de colocación del acceso	Obligatorio. Para cada tipo de acceso presente, indique la fecha en la que se colocó el acceso o marque la casilla si se desconoce la fecha de colocación. Ingrese la fecha con este formato: MM/AAAA.
Otra información del paciente	
Campos de datos	Instrucciones para completar el formulario
*Paciente transitorio	Obligatorio. Marque "Sí" si se admitió este paciente temporalmente para tratamiento en su centro durante un período breve (menos de 30 días o 13 tratamientos) debido a vacaciones, una emergencia u otro desplazamiento a corto plazo. Marque "No" si este paciente forma parte de su censo normal de pacientes.

¹ El uso de los nombres y fuentes comerciales tiene fines exclusivamente de identificación y no implica un endorso.



Detalles del evento	
Campos de datos	Instrucciones para completar el formulario
Especifique el evento de diálisis	Obligatorio. Marque todo lo que corresponda:
Acceso antimicrobiano intravenoso	<p>Marque “inicio de tratamiento antimicrobiano intravenoso” si el paciente tuvo un inicio de tratamiento antibiótico o antifúngico intravenoso (IV) ambulatorio, independientemente del motivo del tratamiento (es decir, incluya inicios de tratamiento antimicrobianos intravenosos no relacionados con problemas de acceso vascular) e independientemente de la duración del tratamiento. Notifique todos los inicios de tratamientos antibióticos intravenosos, no solo los de vancomicina. No notifique los inicios de tratamientos antivirales intravenosos. Notifique los inicios de tratamientos ambulatorios que sean continuaciones del tratamiento de pacientes hospitalizados.</p> <p>Deben haber transcurrido al menos 21 días desde la finalización del primer inicio de tratamiento antimicrobiano intravenoso hasta el comienzo del segundo inicio de tratamiento antimicrobiano intravenoso para que dos inicios se consideren eventos de diálisis diferentes, incluso si se utilizan antimicrobianos diferentes. Si se interrumpen los antimicrobianos intravenosos por menos de 21 días y luego se reinician, el segundo acceso NO se considera un nuevo evento de diálisis. Para aplicar la regla de los 21 días a los inicios de tratamientos antimicrobianos intravenosos ambulatorios que son continuaciones del tratamiento de pacientes hospitalizados, considere que el día de inicio es el primer día del tratamiento ambulatorio.</p>
¿Se utilizó vancomicina como antimicrobiano para este acceso?	Obligatorio condicionalmente para los eventos de diálisis de iniciación de tratamiento antimicrobiano intravenoso. Indique si se aplicó vancomicina intravenosa marcando “Sí” o “No”.
Hemocultivo positivo	<p>Marque “Hemocultivo positivo” si el paciente tuvo un hemocultivo positivo cuando se tomó la muestra como paciente ambulatorio o se tomó en el periodo de 1 día calendario a partir de ser admitido en el hospital, independientemente de si el paciente recibió tratamiento. La fecha del resultado de un hemocultivo se basa en la fecha en la que se tomó la muestra de sangre, no en la fecha en la que el laboratorio informó del resultado.</p> <p>Deben haber transcurrido al menos 21 días entre los hemocultivos positivos para que cada uno se considere un evento de diálisis diferente, incluso si los microorganismos son diferentes. Si los hemocultivos positivos se obtienen con una diferencia inferior a 21 días, el segundo hemocultivo positivo NO se considera un nuevo evento de diálisis: agregue nuevos microorganismos de estos hemocultivos positivos subsiguientes al primer informe.</p>



<p>Si hay un hemocultivo positivo, especifique el patógeno en las páginas 2-3</p>	<p>Obligatorio condicionalmente para el hemocultivo positivo. Indique el o los patógenos y los resultados de la prueba de sensibilidad a antimicrobianos en las páginas 2-3 del Formulario de eventos de diálisis según se indica en la sección Patógenos y sensibilidad a los antimicrobianos de estas instrucciones (páginas 6-7).</p>
<p>Supuesto origen del hemocultivo positivo (marque una opción):</p>	<p>Obligatorio condicionalmente para los eventos de diálisis con hemocultivo positivo. Marque el presunto origen del hemocultivo positivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Acceso vascular</u>: Elija “Acceso vascular” si existe evidencia objetiva de infección en el acceso vascular y se cree que el acceso vascular es el origen del hemocultivo positivo. • <u>Un origen distinto al acceso vascular</u>: Elija “Un origen distinto al acceso vascular” si (a) o (b) es verdadero. <ul style="list-style-type: none"> a) un cultivo de otro lugar (p. ej., herida infectada, orina) muestra el mismo organismo detectado en la sangre y se cree que es el origen del hemocultivo positivo. b) existe evidencia clínica de infección en otro lugar y se cree que el otro sitio es el origen del hemocultivo positivo, pero no se tomó una muestra del lugar para un cultivo. • <u>Contaminación</u>: Elija “Contaminación” si el médico, el encargado de prevención de infecciones o el administrador de enfermería cree que el organismo aislado del hemocultivo es un contaminante. Es más probable la contaminación si el organismo es un comensal común y se aísla de un solo hemocultivo. Algunos ejemplos de comensales comunes incluyen: difteroides [<i>Corynebacterium</i> spp., no <i>C. diphtheriae</i>], <i>Bacillus</i> [no <i>B. anthracis</i>] sup., <i>Propionibacterium</i> spp., estafilococos coagulasa negativos [incluido <i>S. epidermidis</i>], estreptococos del grupo viridans, <i>Aerococcus</i> spp., <i>Micrococcus</i> spp. • <u>Incierto</u>: Elija “Incierto” solo si no existe evidencia suficiente para decidir entre las tres categorías anteriores.
<p>Pus, enrojecimiento o aumento de la hinchazón en el lugar de acceso vascular</p>	<p>Marque “Pus, enrojecimiento o aumento de la hinchazón en el lugar de acceso vascular” si el paciente tuvo un nuevo episodio ambulatorio de uno o más síntomas de pus, enrojecimiento mayor al previsto o hinchazón mayor a la prevista en el lugar de acceso vascular, independientemente de si el paciente recibió tratamiento.</p> <p>Deben haber transcurrido al menos 21 días entre el comienzo de un primer episodio y el comienzo de un segundo episodio de pus, enrojecimiento o aumento de la hinchazón en un lugar de acceso vascular para que se consideren eventos de diálisis diferentes. Si un episodio de pus, enrojecimiento o aumento de la hinchazón en un lugar de acceso vascular se resuelve y luego se repite dentro de los 21 días, la recurrencia NO se considera un nuevo evento de diálisis.</p>



Marque el lugar de acceso con pus, enrojecimiento o aumento de la hinchazón:

Obligatorio condicionalmente si hay pus, enrojecimiento o aumento de la hinchazón en el lugar de acceso vascular. Marque el o los lugares de acceso vascular con estos hallazgos.



*Especifique el problema	Obligatorio. Para cada problema, marque todas las opciones que se presenten.
Fiebre	Marque si se presenta fiebre $\geq 37,8$ °C (100 °F) por vía oral.
Escalofríos o temblores	Marque si se presentan escalofríos o temblores.
Caída en la presión arterial	Marque si se presenta una caída anormal en la presión arterial.
Herida (NO relacionada con el acceso vascular) con pus o aumento del enrojecimiento	Marque si hay una herida no relacionada con el lugar del acceso vascular que tiene pus o un aumento del enrojecimiento.
Celulitis	Marque si se presenta celulitis en un lugar distinto al acceso vascular y sin que haya una herida abierta.
Neumonía o infección respiratoria	Marque si se presenta neumonía o una infección respiratoria.
Otro problema	Marque si se presenta otro problema relacionado con el acceso antimicrobiano intravenoso; hemocultivo positivo o pus, enrojecimiento o aumento de la hinchazón en el lugar de acceso vascular. Especifique el problema.
Ninguno	Marque “ninguno” si no hay problemas.
*Resultado(s)	Obligatorio.
Hospitalización	Marque “Sí” si el paciente estuvo hospitalizado a causa del evento o problema. Marque “No” si el paciente no estuvo hospitalizado. Marque “Desconocido” si no está seguro si el paciente estuvo o no hospitalizado.
Muerte	Marque “Sí” si el paciente murió a causa del evento o problema. Marque “No” si el paciente no murió. Marque “Desconocido” si no está seguro si el paciente murió o no.



Patógenos y sensibilidad a antimicrobianos	
Campos de datos	Instrucciones para completar el formulario
N.º de patógeno de microorganismos gram positivos, microorganismos gram negativos y microorganismos fúngicos	Pueden notificarse hasta tres patógenos por evento. Si se identifican múltiples patógenos, ingrese el patógeno que se considera la causa de infección más importante como n.º 1, el siguiente más importante como n.º 2 y el menos importante como n.º 3 (por lo general, este orden estará indicado en el informe de laboratorio).
Resultados de agentes antimicrobianos y sensibilidad	<p>Obligatorio condicionalmente si se identifica un patógeno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para aquellos microorganismos que se muestran en el reverso del formulario de eventos, los resultados de sensibilidad son obligatorios solo para los agentes indicados. • Para los microorganismos que no se indican en el reverso de un formulario de eventos, ingrese un resultado de sensibilidad para al menos <u>un</u> agente antimicrobiano, incluso si ese resultado "No ha sido probado". <p>Encierre en un círculo el resultado de sensibilidad del patógeno para cada agente antimicrobiano (consulte la lista de códigos de fármacos antimicrobianos en la Tabla de la página 7):</p> <p>S – Sensible I – Intermedio R – Resistente NS- No sensible S-DD- Sensible dependiendo de la dosis N – No probado</p> <p>Para las pruebas de alto nivel de gentamicina y estreptomicina, utilice los códigos de resultados:</p> <p>S – Sensible/Sinérgico R – Resistente/No sinérgico</p>
Campos personalizados	
Campos de datos	Instrucciones para completar el formulario
Campos personalizados	<p>Opcional. Pueden personalizarse hasta 50 campos para uso local o grupal en cualquier combinación de los siguientes formatos: datación (MM/DD/AAAA), numérico o alfanumérico.</p> <p>NOTA: Cada campo personalizado debe agregarse por anticipado. Dentro de la NHSN, seleccione "Centro", luego "Personalizar formularios" y, a continuación, siga las instrucciones que aparecen en la pantalla. El tipo de formulario es "Definido por CDC - PS - Evento" y el formulario es "DE - Evento de diálisis".</p>
Comentarios	
Campos de datos	Instrucciones para completar el formulario



Comentarios	Opcional. Ingrese cualquier información sobre el Evento de diálisis. Esta información podría no ser analizada.
-------------	---


Tabla: Códigos de fármacos antimicrobianos

AMK = amikacina	GENT = gentamicina
AMP = ampicilina	GENTHL = gentamicina –prueba de alto nivel
AMPSUL = ampicilina/sulbactam	IMI = imipenem
AMXCLV = amoxicilina/ácido clavulánico	ITRA = itraconazol
ANID = anidulafungina	LEVO = levofloxacina
AZT = aztreonam	LNZ = linezolid
CASPO = caspofungina	MERO = meropenem
CEFAZ= cefazolina	METH = meticilina
CEFEP = cefepima	MICA = micafungina
CEFOT = cefotaxima	MINO = minociclina
CEFOX= cefoxitina	MOXI = moxifloxacina
CEFTAZ = ceftazidima	OX = oxacilina
CEFTRX = ceftriaxona	PB = polimixina B
CEFUR= cefuroxima	PIP = piperacilina
CETET= cefotetan	PIPTAZ = piperacilina/tazobactam
CHLOR= cloramfenicol	QUIDAL = quinupristina/dalfopristina
CIPRO = ciprofloxacina	RIF = rifampicina
CLIND = clindamicina	STREPHL = estreptomina –prueba de alto nivel
COL = colistina	TETRA = tetraciclina
DAPTO = daptomicina	TICLAV = ticarcilina/ácido clavulánico
DORI = doripenem	TIG = tigeciclina
DOXY = doxiciclina	TMZ = trimetoprim/sulfametoxazol
ERTA = ertapenem	TOBRA = tobramicina
ERYTH = eritromicina	VANC = vancomicina
FLUCO = fluconazol	VORI = voriconazol
FLUCY = flucitosina	