

Departamento Laboratorio Biomédico
Nacional y de Referencia

Dra. PPM/Dr. JCH

ORD. C/Nº 0709

ANT.: No hay

MAT.: Estudio de brotes *C. difficile*

SANTIAGO, 25 ABR 2012

DE : DRA. MARÍA TERESA VALENZUELA BRAVO
DIRECTORA INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

Junto con saludar muy cordialmente, comunico a usted que el Instituto de Salud Pública dispone de las siguientes herramientas diagnósticas para apoyar el estudio local del brote de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) causadas por *Clostridium difficile*.

- 1.- Cultivo de deposiciones
- 2.- Caracterización molecular.

Es indispensable que previo al envío de muestras o cepas, el centro hospitalario que solicite estos estudios, deba realizar la notificación e investigación de los casos según requerimientos de Control de Infecciones, Depto. Calidad y Seguridad del Paciente, Ministerio de Salud.

Para el envío de muestras (deposiciones) o cepas a la Sección Bacteriología del Instituto de Salud Pública se debe seguir el protocolo de toma y traslado de muestras y acompañar del correspondiente formulario de envío de muestras de esta Sección, los cuales se adjuntan y además están disponibles en la página web del Instituto de Salud Pública www.ispch.cl.

Se solicita a la Secretarías Regionales Ministeriales de Salud distribuir esta información a los centros asistenciales hospitalarios públicos y privados de su región.

Agradece desde ya su gestión y se despide atentamente,



DRA. MARÍA TERESA VALENZUELA BRAVO
DIRECTORA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE

DISTRIBUCIÓN

- Subsecretario de Salud Pública
- Subsecretario de Redes Asistenciales
- Depto. Calidad y Seguridad del Paciente
- Depto. Epidemiología
- Directores Servicios de Salud (29)
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (15)
- Oficina de Partes - Ordinario 13 /2012



Sección Bacteriología
Laboratorio de Agentes Emergentes y Zoonóticos

Requisitos para el envío de muestras para aislamiento de *Clostridium difficile* en estudio de brote

Tipo de Muestra

Deposición acuosa recién emitida de paciente con sospecha de diarrea por *Clostridium difficile*, con al menos una prueba positiva para toxinas A/B.

Idealmente esta muestra debe ser tomada previa a la administración de tratamiento antimicrobiano.

Almacenamiento y transporte

1. La muestra debe almacenarse en un recipiente estéril de boca ancha con tapa rosca (frasco de orina) en una cantidad aprox. de 5-10 grs. de deposiciones líquidas.
2. Se debe usar un recipiente secundario o bolsa por cada muestra para evitar derrames o contaminación.
3. El frasco debe incluir el nombre del paciente y número de la muestra si corresponde.
4. Adjuntar el formulario de envío de muestras de la sección bacteriología B2 con los datos completos del paciente y fecha de toma de muestra. En este formulario se debe indicar la solicitud de "Coprocultivo para *Clostridium difficile*". En "observaciones" registrar si el paciente está con tratamiento antibiótico durante la recolección de la muestra.
5. Si el laboratorio local realiza la detección de toxina A B, indicar el resultado y método utilizado.
6. La muestra debe ser enviada al laboratorio de referencia en la forma más expedita posible, pudiendo ser almacenada en forma refrigerada (2-8 °C) hasta 48 hrs. previo a su envío.
7. La muestra debe ser transportada en un contenedor hermético, manteniendo la cadena de frío (Icepack).

Recomendación:

Previo al envío de la muestra se recomienda tomar contacto con el laboratorio de agentes emergentes y zoonóticos de la sección Bacteriología del Instituto de Salud Pública:

Teléfonos

(02)5755431 – 5755426

Correos electrónicos:

rhflores@ispch.cl

oduery@ispch.cl.

Santiago 24 de abril de 2012

B2 - Formulario de Envío muestras clínicas

Nº Registro:

Versión:

Información del Paciente

Rut:	<input type="text"/>	Dirección:	<input type="text"/>
Nombres:	<input type="text"/>	Región:	<input type="text"/>
Apellido Paterno:	<input type="text"/>	Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>
Apellido Materno:	<input type="text"/>	Comuna:	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Teléfono:	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Previsión:	<input type="text"/>
Edad:	<input type="text"/> Años		

Datos de la Procedencia

Establecimiento:	<input type="text"/>	Profesional Responsable:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>	Correo Laboratorio:	<input type="text"/>
Región:	<input type="text"/>	Fono Laboratorio:	<input type="text"/>
Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>	Fax Laboratorio:	<input type="text"/>
Comuna:	<input type="text"/>	Servicio de Salud:	<input type="text"/>

Dirección de Despacho

Dirección:	<input type="text"/>	Tipo de Despacho:	<input type="text" value="Envío Oficina de Partes (H)"/>
Región:	<input type="text"/>	Comuna:	<input type="text"/>
Ciudad/Localidad:	<input type="text"/>	Correo Laboratorio:	<input type="text"/>
		Fax Laboratorio:	<input type="text"/>

Exámen Solicitado

Exámen:

Antecedentes de la Cepa

Fecha de obtención de la muestra * :	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Fecha envío ISPCH:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año
Hora de obtención * :	<input type="text"/>	Observaciones:	<input type="text"/>
Tipo de Muestra:	<input type="text"/>		
Identificación Bacteriana de Laboratorio:	<input type="text"/>		
Especie/Subespecie:	<input type="text"/>		
Nº Muestra Original:	<input type="text"/>		

Antecedentes Clínicos/Epidemiológicos

Diagnóstico Clínico:	<input type="text"/>		
Fecha Inicio de Diarrea:	<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	Seleccione si corresponde a un Brote:	<input type="text" value="Seleccione"/>
Antecedentes Epidemiológico:	<input type="text" value="Seleccione"/>	Especifique Otro:	<input type="text"/>
Nº ID (Brote):	<input type="text"/>		
Tipo de Paciente:	<input type="text" value="Seleccione"/>		

Instrucciones

1. Recepción Lunes a Jueves de 8 a 16 hrs. Viernes de 8 a 15 hrs.
2. El transporte debe realizarse según Normativa de transporte de muestras ISPCH.
3. En caso de dudas consultar a Unidad de Recepción de Muestras, fono (56-2) 5755187 o Sección Bacteriología (56-2) 5755421 - 5755433. Correo Electrónico bclinica@ispch.cl