

Instructivo de llenado de la Cédula Única de Evaluación de los Paquetes de Acciones en la Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Objetivo: Proporcionar al usuario una guía que facilite el correcto llenado de la Cédula Única, que sustituye a las Cédulas “PIN 001” y “PIN 002” en las unidades hospitalarias del Sector Salud público y privado.

Esta cédula debe aplicarse diariamente en los servicios básicos de hospitalización de acuerdo a las características del establecimiento de atención médica en donde sea aplicada:

- Medicina Interna (Hospitalización)
- Terapia Intensiva
- Pediatría (Hospitalización)
- Terapia Neonatal
- Terapia Pediátrica
- Ginecología (Hospitalización)
- Obstetricia
- Tococirugía
- Cirugía (Hospitalización)
- Quirófano

La Cédula Única, está constituida por dos secciones: la primera requiere información mensual de cinco aspectos: identificación de la institución que genera la información; aspectos normativos; capacitación; aspectos prioritarios e indicadores. La segunda sección recolecta información diaria de los criterios que demuestran el cumplimiento de los procesos, que al no cumplirse intervienen en las principales Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) que son:

- Infección asociada a catéter venoso central (CVC)
- Infección asociada a sonda vesical (SV)
- Infección asociada a ventilación mecánica (VM)
- Infección asociada a sitio quirúrgico.

COMPONENTES DE LA SECCIÓN DE LLENADO MENSUAL

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

En esta sección se recaban los datos del establecimiento de atención médica de segundo o tercer nivel que reporta.

- 1.1 Entidad Federativa: anotar el nombre de la entidad federativa a la que pertenece el hospital que genera la información a reportar ejemplo: Zacatecas, Colima, San Luis Potosí etc.
- 1.2 Jurisdicción: anotar el nombre y número de jurisdicción a la que pertenece el Hospital.
- 1.3 Nombre Oficial del Hospital: anotar el nombre completo del hospital que genera la información de acuerdo a la Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) correspondiente, ejemplo: Hospital General de Manzanillo.
- 1.4 CLUES: anotar el identificador único, consecutivo e intransferible que asigna la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de manera obligatoria a cada establecimiento de salud (entre los que se encuentran: unidades médicas, laboratorios, centros de diagnóstico, centros de tratamiento, oficinas administrativas, sean estos fijos o móviles) que exista en el territorio nacional, sea público, privado o social, y con la cual se identifica todo lo reportado por el mismo a cada uno de los subsistemas del Sistema Nacional de Información en Salud, ejemplo: CMSSA001356.
- 1.5 Dirección: anotar la dirección en la que está ubicado el hospital por calle, número, colonia, código postal, localidad, municipio, estado y país ejemplo: Av. Elías Zamora Verduzco S/N Colonia Nuevo Salahua, C.P. 28869. Colima, México.
- 1.6 Nombre del Director/Responsable del hospital: anotar el título y nombre completo del Director/Responsable del hospital Ejemplo: Dr. Cesar Pimentel Macedo.
- 1.7 Teléfono: anotar número telefónico del hospital, incluir la clave LADA y en caso necesario número de extensión, ejemplo: 01(314)33 2 0931 Extensión. 1234.
- 1.8 Nombre del responsable para el llenado de la Cédula: anotar el nombre completo de la persona que recibió la capacitación para la aplicación/recopilación de información de la Cédula Única.
- 1.9 Correo Electrónico: anotar la dirección de correo electrónico del director/responsable del hospital, para envío de información en caso necesario.

1.10 Período evaluado: indicar el periodo al que corresponde el reporte, señalando la fecha de inicio y la de término, utilizando por ejemplo el siguiente formato de fecha: 03-FEB2017 al 28-FEB-2017.

|  CÉDULA ÚNICA DE GESTIÓN PARA IDENTIFICAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE INTERVIENEN EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD. | |
|--|--|
| 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN | |
| 1.1 Entidad Federativa: | |
| 1.2 Jurisdicción (nombre y número): | |
| 1.3 Nombre oficial del hospital: | |
| 1.4 CLUES: | |
| 1.5 Dirección: | |
| 1.6 Nombre del director o responsable de la unidad: | |
| 1.7 Teléfono de la unidad: | |
| 1.8 Nombre del responsable para el llenado de la cédula: | |
| 1.9 Correo electrónico del director o responsable de la unidad: | |
| 1.10 Período evaluado, indicar mes y año (DD-MMM-AAAA): | |

Figura 1. CU: Sección de Ficha de Identificación.

2. ASPECTOS NORMATIVOS

En la sección de aspectos normativos son evaluados los aspectos concernientes a la aplicación de la **NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales**, y está compuesta por nueve criterios numerados del 2.1 al 2.9, estos se contestan en la columna de la derecha, en los espacios correspondientes a la respuesta indicada según sea el caso, marcando con una “X” en Sí o No en cada una de las preguntas.

En el caso de las preguntas: 2.7 y 2.8, si la respuesta fue negativa “No”, se debe indicar el insumo faltante en el área correspondiente.

- 2.1. Corroborar que la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) cuenta con una enfermera en salud pública o capacitada en epidemiología para la vigilancia por cada 100 camas.
- 2.2. Corroborar la evidencia de que el personal designado debe entregar la Cédula Única debidamente requisitada al Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) de forma mensual.
- 2.3. Recabar la evidencia de que las sesiones de CODECIN se realizan de acuerdo a lo programado en cada hospital para realizar el análisis de la información obtenida por la aplicación de la Cédula Única.
- 2.4. Verificar por observación directa, que la unidad hospitalaria cuenta con una campana de flujo laminar funcionando para la preparación de medicamentos.
- 2.5. Verificar por observación directa, que la unidad hospitalaria cuenta con un área de acceso restringido para la preparación de medicamentos.

- 2.6. Verificar la existencia de programas de capacitación para paciente, familiar, visitante y personal de salud para la prevención de las IAAS.
- 2.7. Verificar que la unidad cuenta y aplica el Manual de procedimientos específicos para prevenir y controlar las IAAS, de elaboración y actualización interna.
- 2.8. Identificar la disponibilidad de agua corriente, jabón antiséptico líquido, toallas desechables y alcohol gel al 70% en áreas críticas para la correcta higiene de manos.
- 2.9. Identificar la disponibilidad de agua corriente, jabón líquido, toallas desechables, y alcohol gel al 70% en otras áreas del hospital para la correcta higiene de manos.

| 2. ASPECTOS NORMATIVOS | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Criterios a verificar en la unidad del mes inmediato anterior | Si (Marcar con una X) | No (Marcar con una X) |
| 2.1 ¿Hubo como mínimo una enfermera en salud pública o capacitada en epidemiología por cada 100 camas censables o menos? (NOM-045-SSA2-2005). | | |
| 2.2 ¿La persona designada entregó la Cédula Única de Gestión para Identificar el Grado de Cumplimiento de los Procesos que Intervienen en la Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud debidamente requisitada al CODECIN? | | |
| 2.3 ¿Existe evidencia del acta que certifique las sesiones del CODECIN? | | |
| 2.4 ¿Existe una área específica con campana de flujo laminar funcionando para la preparación de medicamentos? (NOM-197-SSA1-2000 y NOM-022-SSA3-2012) | | |
| 2.5 ¿El área de preparación de medicamentos tiene acceso restringido? (NOM-022-SSA3-2012) | | |
| 2.6 ¿Cuenta con algún programa de capacitación dirigido a pacientes, familiares, visitantes y personal de salud, referente a la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud? | | |
| 2.7 ¿Existe un manual de procedimientos específicos para prevenir y controlar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud en la unidad? | | |
| 2.8 ¿Hubo disponibilidad de agua corriente, jabón antiséptico líquido, toallas desechables y alcohol gel al 70% en áreas críticas para la correcta higiene de manos? | | |
| 2.9 ¿Hubo disponibilidad de agua corriente, jabón líquido, toallas desechables y alcohol gel al 70% en otras áreas del hospital, para la higiene de manos acorde a la Guía Multimodal de la OMS? | | |
| Si la respuesta es negativa en las pregunta 2.7 y 2.8, detalle el área y los faltantes: | | |

Figura 2. CU: Sección de Aspectos Normativos.

Nota: esta información se refiere a los datos del mes inmediato anterior.

3. CAPACITACIÓN

Esta sección evalúa las actividades de capacitación que recibe el personal del hospital relacionadas a la prevención de las IAAS y está compuesta por cuatro criterios numerados del 3.1 al 3.4, y estos se contestan en la columna de la derecha con un Sí o un No según corresponda, si la respuesta es afirmativa, debe proporcionar la información adicional solicitada en las columnas desde: fecha de elaboración hasta si se llevó a cabo una evaluación de resultados.

- 3.1 Reportar si se cuenta con un programa de capacitación para la prevención de IAAS dirigido al paciente, familiar y visitante, así como reportar la fecha de elaboración, fecha del curso y la cantidad de cursos aplicados en el periodo inmediato anterior para reportar en la Cédula Única.
- 3.2 Reportar si se cuenta con un programa de capacitación al personal del establecimiento de atención médica referente a la prevención de las IAAS.
- 3.3 Reportar si se cuenta con un programa de capacitación para el manejo de asepsia, antisepsia, limpieza, desinfección y esterilización, dirigido al personal involucrado en el proceso, por turno y considerando a todos los profesionales de la salud.
- 3.4 Reportar si se cuenta con un programa de capacitación para el uso racional de antimicrobianos.

| 3. CAPACITACIÓN | | | | | | | | | |
|--|-------------|--|-----------------|----------------------------|-------------|----------------------|----|--------------------------|--|
| Criterios a verificar en la unidad del mes inmediato anterior | Resp. Sí/No | En caso de ser "SI" la respuesta a cada uno de los criterios a verificar, deberá registrar el resto de las columnas: | | | | | | Evaluación de resultados | |
| | | Fecha de Elaboración | Fecha del curso | Número de cursos aplicados | Dirigido a: | Número de Asistentes | Sí | No | |
| | | 3.1 ¿Se realizan cursos de capacitación en temas de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud dirigido al paciente, familiares y visitantes? | | | | | | | |
| 3.2 ¿Se realizan cursos de capacitación en temas de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, dirigidos al personal de la unidad? | | | | | | | | | |
| 3.3 ¿Se realizan cursos de capacitación para realizar la adecuada técnica de asepsia, antisepsia, limpieza, desinfección y esterilización, dirigidos al personal involucrado en el proceso por turno considerando a todos los profesionales de la salud? | | | | | | | | | |
| 3.4 ¿Se realiza capacitación para el uso racional de antimicrobianos acorde a las necesidades identificadas por la unidad? | | | | | | | | | |

Figura 3. CU: Sección de Capacitación.

Nota: esta información se refiere a los datos del mes inmediato anterior.

4. ASPECTOS PRIORITARIOS

La sección de aspectos prioritarios hace referencia al apego de las técnicas rutinarias de procedimientos importantes para la prevención de las IAAS y está compuesta por diez criterios enmarcados en los reactivos del 4.1 al 4.10, que se contestan en la columna de la derecha marcando con una “X” Si o No según corresponda.

- 4.1 Verificar la existencia de un programa integral para el lavado de manos y que este esté vigente de acuerdo a la normatividad.
- 4.2 Verificar que se cuenta con un registro que evidencie el apego a la técnica de lavado de manos en los 5 momentos del programa de higiene de manos.
- 4.3 Debe confirmar la existencia del protocolo estandarizado de creación y actualización interna para la correcta toma de muestras de laboratorio y cultivo.
- 4.4 Comprobar que existe evidencia de la realización de dos hemocultivos periféricos tomados al mismo tiempo mediante técnica aséptica en caso de sospecha clínica de bacteriemia.
- 4.5 Verificar que se realice la toma de hemocultivos periféricos y de catéter así como, el cultivo de las soluciones tomadas al mismo tiempo mediante técnica aséptica en caso de sospecha de bacteriemia asociada a contaminación de soluciones.
- 4.6 Debe confirmarse la existencia del manejo integral del Programa de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI).
- 4.7 Verificar la existencia de un protocolo estandarizado para evitar la transmisión de IAAS.
- 4.8 Recabar la evidencia de que en caso de accidente laboral por material punzocortante, se aplique el protocolo estandarizado de bioseguridad para los trabajadores del hospital con énfasis en atención inmediata.
- 4.9 Recabar con registros en bitácoras el monitoreo de la cloración del agua en todas las áreas del hospital.
- 4.10 Reportar la aplicación del protocolo estandarizado para el manejo y transporte de la ropa hospitalaria, en las áreas asignadas.

|  <p>CÉDULA ÚNICA DE GESTIÓN PARA IDENTIFICAR EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS QUE INTERVIENEN EN LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD.</p> | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Dirección General de Calidad y Educación en Salud | | |
| 4. ASPECTOS PRIORITARIOS | | |
| Criterios a verificar en la unidad del mes inmediato anterior | No <small>(Marcar con X)</small> | Si <small>(Marcar con X)</small> |
| 4.1 ¿Se lleva a cabo un programa integral de higiene de manos basado en la normatividad vigente? | | |
| 4.2 ¿Cuenta con un formato que evidencie el apego a la técnicas de higiene de manos en los 5 momentos de acuerdo al programa de higiene de manos? | | |
| 4.3 ¿Se lleva a cabo un protocolo estandarizado para la correcta toma de muestras de laboratorio y cultivos? | | |
| 4.4 ¿Existe evidencia de la realización de dos hemocultivos periféricos tomados al mismo tiempo mediante técnica aséptica en caso de sospecha clínica de bacteriemia? | | |
| 4.5 ¿Existe evidencia de la realización de hemocultivos periférico y de catéter, cultivo de soluciones tomadas al mismo tiempo mediante técnica aséptica en caso de sospecha de bacteriemia asociada a contaminación de soluciones? | | |
| 4.6 ¿Se lleva a cabo un programa de manejo integral de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI), en apego a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002? | | |
| 4.7 ¿Se lleva a cabo un protocolo estandarizado para prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud? | | |
| 4.8 ¿Se lleva a cabo un protocolo estandarizado de bioseguridad para los trabajadores del hospital con énfasis en atención de accidentes laborales por material punzocortante? | | |
| 4.9 ¿Cuenta con evidencia documental del monitoreo de la cloración del agua en las áreas operativas del hospital según la NOM-197-SSA1-2000? | | |
| 4.10 ¿Se lleva a cabo un proceso estandarizado para el manejo y transporte de la ropa hospitalaria? | | |

Figura 4. CU: Sección de Aspectos Prioritarios.

Nota: esta información se refiere a los datos del mes inmediato anterior.

5. INDICADORES

En esta sección se hace referencia al reporte de los cuatro indicadores que se reportan en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) referente a las IAAS.

El índice de IAAS (Infecciones Nosocomiales en el Sistema INDICAS), está compuesto por cuatro indicadores:

- Tasa de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.
- Tasa de Infección de Vías Urinarias Asociada al uso de Sonda Vesical.
- Tasa de Bacteriemias Asociadas al uso de Catéter Venoso Central.
- Tasa de Infección en Sitio Quirúrgico.

| 5. INDICADORES (reporte del mes inmediato anterior) | | | |
|--|---|----------------------------------|------|
| Nombre del Indicador | Fórmula | | Tasa |
| 5.1 Tasa de Bacteriemia asociada al uso de catéter venoso central | Número total de bacteriemias asociadas al uso de catéter venoso central | X 1,000 días catéter | |
| | Número de días catéter vía central | | |
| 5.2 Tasa de Infección de Vías Urinarias Asociada al Uso de Sonda Vesical | Número total de infecciones de vías urinarias asociadas al uso de sonda vesical | X 1,000 días sonda | |
| | Número total de días sonda vesical | | |
| 5.3 Tasa de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica | Número total de neumonías asociadas a ventilación mecánica | X 1,000 días ventilador | |
| | Número total de días ventilador | | |
| 5.4 Tasa de Infección en Sitio Quirúrgico | Número total de infecciones en sitio quirúrgico | X 100 procedimientos quirúrgicos | |
| | Número total de procedimientos quirúrgicos realizados | | |

Información para la generación de Indicadores

De acuerdo a la NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Nosocomiales, la “Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH)”, es la instancia técnico-administrativa que efectúa las actividades de vigilancia epidemiológica incluyendo la referida a las infecciones nosocomiales, de igual manera, será responsabilidad de la UVEH concentrar, integrar, validar, analizar y difundir la información epidemiológica de las infecciones nosocomiales”.

- **Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (VM)**

Para la construcción del Indicador es necesario tener: el número total de neumonías asociadas a ventilación mecánica y el número total de días ventilador de todos los pacientes, esta información la obtiene de la UVEH de cada unidad médica o el responsable de generarla.

Ejemplo por cuatrimestre: en una unidad médica se identificaron un total de 12 neumonías asociadas a ventilación mecánica (VM), con un total de 699 días ventilador, esta información se sustituye en la siguiente fórmula.

- Tasa de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica.

| | | | |
|---|---|------------------------|--------|
| Tasa de neumonías asociadas a ventilador mecánico | $\frac{\text{Número total de neumonías asociadas a ventilación mecánica}}{\text{Número de días ventilador mecánico}}$ | X 1000 días ventilador | = Tasa |
|---|---|------------------------|--------|

| | | | |
|---|------------------|------------------------|--------|
| Tasa de neumonías asociadas a ventilador mecánico | $\frac{12}{699}$ | X 1000 días ventilador | = 17.7 |
|---|------------------|------------------------|--------|

- **Infección de Vías Urinarias Asociada a uso de Sonda Vesical (SV).**

Para la construcción del Indicador es necesario tener: el número total de infecciones de vías urinarias asociadas al uso de SV y el número total de días SV, esta información la obtiene de la UVEH de cada unidad médica o el responsable de generarla.

Ejemplo por cuatrimestre: en una unidad médica se identificaron un total de 12 infecciones asociadas a SV, con un total de 699 días sonda, esta información se sustituye en la siguiente fórmula.

- Tasa de infección de Vías Urinarias asociada a uso de Sonda Vesical.

| | | | |
|---|---|---------------------------|--------|
| Tasa de infecciones de vías urinarias asociadas al uso de Sonda Vesical | $\frac{\text{Número total de infecciones de vías urinarias asociadas a uso de Sonda Vesical}}{\text{Número de días Sonda Vesical}}$ | X 1000 días Sonda Vesical | = Tasa |
|---|---|---------------------------|--------|

| | | | | |
|---|------------------|---------------------------|---|------|
| Tasa de infecciones de vías urinarias asociadas al uso de Sonda Vesical | $\frac{12}{699}$ | X 1000 días Sonda Vesical | = | 17.7 |
|---|------------------|---------------------------|---|------|

- **Bacteriemias asociadas a uso de Catéter Venoso Central (CVC)**

Para la construcción del Indicador es necesario tener: el número total de bacteriemias asociadas al uso de CVC y el número total de días catéter central, esta información la obtiene de la UVEH de cada unidad médica o el responsable de generarla.

Ejemplo por cuatrimestre: en una unidad médica se identificaron un total de 12 infecciones asociadas al CVC, con un total de 699 días catéter, esta información se sustituye en la siguiente fórmula.

- Tasa de bacteriemias asociadas a uso de catéter venoso central.

| | | | |
|---|---|---------------------|--------|
| Tasa de bacteriemia asociada al uso de catéter venoso central | $\frac{\text{Número total de bacteriemias asociada al uso de catéter venoso central}}{\text{Número de días catéter central}}$ | X 1000 días catéter | = Tasa |
|---|---|---------------------|--------|

| | | | |
|---|------------------|---------------------|--------|
| Tasa de bacteriemia asociada al uso de catéter venoso central | $\frac{12}{699}$ | X 1000 días catéter | = 17.7 |
|---|------------------|---------------------|--------|

- **Infecciones en Sitio Quirúrgico**

Para la construcción del Indicador es necesario tener: el número total de infecciones en sitio quirúrgico y el número total de procedimientos quirúrgicos realizados, esta información la obtiene de la UVEH de cada unidad o el responsable de generarla.

Ejemplo cuatrimestral: en una unidad médica se identificaron un total de 12 infecciones en sitio quirúrgico, con un total de 699 procedimientos quirúrgicos realizados, esta información se sustituye en la siguiente fórmula.

- Tasa de infección de sitio quirúrgico.

| | | | |
|---|---|----------------|--------|
| Tasa de infecciones de sitio quirúrgico | $\frac{\text{Número total de infecciones de sitio quirúrgico}}{\text{Número de cirugías realizadas en el periodo}}$ | X 100 cirugías | = Tasa |
|---|---|----------------|--------|



| | | | |
|---|------------------|-------------------|--------|
| Tasa de infecciones de sitio quirúrgico | $\frac{12}{699}$ | X 100 cirugías | = 1.71 |
|---|------------------|-------------------|--------|

Recomendaciones

Si el establecimiento de atención médica ya utiliza formatos para la recolección de la información necesaria para la construcción de los indicadores que requiere el Sistema Local INDICAS, se pueden seguir usando los mismos formatos, en caso contrario se pueden utilizar los que a continuación se presentan.

- F1-IAAS/17: Formato diario para el registro de IAAS por dispositivos.

Desprenda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos F1-IAAS/17




INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES
(INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD)

FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

TIPO DE UNIDAD: NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica

FORMATO DIARIO PARA EL REGISTRO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD POR DISPOSITIVOS

NOMBRE DEL SERVIDOR: _____ CATEGORÍA DE RIESGO: ALTO NO ALTO NO RIESGOSO

| N.º de Pacientes con Dispositivos | Infección Asociada al Operativo (IAAS) | Meses del Año de Registro de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud por Dispositivos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL DÍAS POR PACIENTES CON DISPOSITIVOS | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|------------|--|----|
| | | 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 | 31 | | | | |
| 1 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 |
| 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 14 |
| 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 |
| 4 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 15 |
| 5 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 |
| 6 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 |
| 7 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| 8 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 |
| 9 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 19 |
| 10 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 22 |
| 11 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DÍAS INFECCIONES | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL DÍAS DISPOSITIVOS | 132 | | |

Instrucciones para el llenado del formato de registro diario.

Requisitar los datos que solicita el “formato de registro (F1-IAAS/17)”: días CVC, días SV, días ventilador o procedimientos quirúrgicos realizados, según sea el caso.

El formato diario está diseñado para ser utilizado en el registro de infecciones de días dispositivo de CVC o SV o ventilador mecánico, por lo que debe utilizar el número de formatos que necesite para recolectar la información necesaria por cada indicador.

Durante la vigilancia epidemiológica, se debe registrar de forma diaria, el número de pacientes que cuentan con CVC, SV, ventilación mecánica y paciente post operado.

A final del mes deberá sumar los días para cada proceso, así como las infecciones identificadas por vigilancia epidemiológica. Ver el siguiente ejemplo:

Desprenda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos F1-IAAS/17

SALUD **INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD**
INDICADOR DE TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES
(INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD)

FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___

TIPO DE UNIDAD: NOMBRE DE LA UNIDAD: _____ Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica

FORMATO DIARIO PARA EL REGISTRO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD POR DISPOSITIVOS

NOMBRE DEL SERVICIO: NO NO FISCAL VENTILADOR MECÁNICO:

| Categoría de Pacientes con Dispositivos | Infección asociada al dispositivo (ICAD) | Mes de Vigilancia Epidemiológica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | TOTAL DÍAS POR PACIENTES CON INFECCIONES | | |
|---|--|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|----|
| | | 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 | 31 | | | |
| 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 |
| 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 14 |
| 3 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 15 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 16 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| 7 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 |
| 8 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 19 |
| 9 | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 22 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL INFECCIONES | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DÍAS DISPOSITIVOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- **F2-IAAS/17: Formato mensual para el registro de IAAS.**

Desprenda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos F2-IAAS/17

**INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES
(INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD)**

FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS FECHA DE ELABORACIÓN: ____ / ____ / ____

TIPO DE UNIDAD: NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria

| FORMATO MENSUAL PARA EL REGISTRO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD | | | | | | | | | |
|---|------------------|-----------------|-----------|------------------|-------------------|-------------------------|----------------------|---------------------|---------------|
| Mes: | Medicina Interna | Terapia Adultos | Pediatría | Terapia Neonatal | Terapia Pedátrica | Ginecología Obstetricia | Terapia Intensiva GO | Cirugía y Quirófano | TOTAL DEL MES |
| Total de Bacteriemias asociadas a catéter central | 3 | 1 | | 1 | | | | | 5 |
| Días Catéter Central | 132 | 122 | | 36 | | | | | 290 |
| Total de Neumonías asociadas a ventilador | 3 | 4 | | 1 | | | | | 8 |
| Días ventilador | 111 | 99 | | 22 | | | | | 232 |
| Total de Infecciones en sitio quirúrgico | | | | | | | | 8 | 8 |
| Procedimientos quirúrgicos realizados | | | | | | | | 210 | 210 |
| Total de Infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical | 4 | 9 | | | | | | 2 | 15 |
| Días sonda vesical | 320 | 422 | 220 | | | 228 | | 149 | 1339 |

Responsable de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica: _____

La información que se recabo en el formato F1-IAAS/17 debe ser capturada en el formato F2-IAAS/17

Formato mensual de registro.

Una vez que se obtuvo la sumatoria mensual del total de los formatos diarios de días de catéter venoso central, sonda vesical, ventilación mecánica y procedimientos quirúrgicos, deberá completar el campo del formato mensual según corresponda, para obtener el total de las diferentes áreas.

Anotar el número de infecciones totales del mes para cada campo según lo obtenido en la vigilancia epidemiológica.

Anotar el número de días ya sea catéter venoso central, sonda, ventilador mecánico que corresponda y el número de procedimientos quirúrgicos realizados obtenidos en la vigilancia epidemiológica. Ver el siguiente ejemplo:

● **F3-IAAS/17: Formato cuatrimestral para la construcción de indicadores para IAAS.**

Despanda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos

F3-IAAS/17



**INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD
INDICADOR DE TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES
(INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD)**

FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS

FECHA DE ELABORACIÓN: ____/____/____

TIPO DE UNIDAD:

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria

| FORMATO CUATRIMESTRAL PARA LA CONSTRUCCION DE INDICADORES PARA EL REGISTRO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-----------------------|
| Cuatrimestre: | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | TOTAL DE CUATRIMESTRE |
| Total de Bacteriemias asociadas a catéter central | 5 | 3 | 1 | 0 | 9 |
| Días Catéter Central | 296 | 328 | 280 | 256 | 1146 |
| Total de Neumonías asociadas a ventilador | 8 | 2 | 0 | 1 | 11 |
| Días ventilador | 232 | 325 | 156 | 236 | 949 |
| Total de Infecciones en sitio quirúrgico | 8 | 2 | 3 | 0 | 13 |
| Procedimientos quirúrgicos realizados | 218 | 197 | 256 | 300 | 983 |
| Total de Infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical | 35 | 12 | 9 | 0 | 56 |
| Días sonda vesical | 1339 | 1114 | 210 | 256 | 2919 |
| Responsable de la UVEH: | | | | | |

Instrumento cuatrimestral de registro.

Para la captura de información en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), debe obtener el total de las infecciones por cuatrimestre, para lo cual deberá tener el registro completo, en el formato cuatrimestral.

Despanda en caso de que la Jurisdicción ingrese los datos F3-IAAS/17

SALUD **INDICAS: SISTEMA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD**
INDICADOR DE TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES
(INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD)

FORMATO DE CONCENTRADO DE DATOS FECHA DE ELABORACIÓN: ___/___/___

TIPO DE UNIDAD: NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria

| FORMATO CUATRIMESTRAL PARA LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES PARA EL REGISTRO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-----------------------|
| Cuatrimestre: | Mes 1 | Mes 2 | Mes 3 | Mes 4 | TOTAL DE CUATRIMESTRE |
| Total de Bacteriemias asociadas a catéter central | 5 | 3 | 1 | 0 | 9 |
| Días Catéter Central | 296 | 538 | 990 | 766 | 1146 |
| Total de Neumonías asociadas a ventilador | 8 | 2 | 0 | 1 | 11 |
| Días ventilador | 232 | 325 | 155 | 236 | 949 |
| Total de Infecciones en sitio quirúrgico | 9 | 2 | 3 | 0 | 13 |
| Procedimientos quirúrgicos realizados | 218 | 197 | 256 | 200 | 883 |
| Total de Infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical | 35 | 12 | 9 | 0 | 56 |
| Días sonda vesical | 1339 | 1114 | 210 | 256 | 2919 |
| Responsable de la UVEH: | | | | | |

| |
|---------------|
| TOTAL DEL MES |
| 5 |
| 296 |
| 8 |
| 232 |
| 9 |
| 218 |
| 35 |
| 1339 |

Para el llenado del formato cuatrimestral F3-IAAS/17 es necesaria la información recabada en el formato F2-IAAS/17 según en el campo que corresponda la información.,

A continuación debe registrar la respuesta por paciente para cada criterio a verificar según el día y servicio en el que se realiza la vigilancia. Para cada pregunta conteste únicamente con: 1 cuando la respuesta sea positiva; 0 cuando la respuesta sea negativa y X cuando no aplique la evaluación.

La evaluación de los cuatro paquetes de acción, se realiza con base a los criterios de calificación mencionados en el párrafo anterior, apoyados con el expediente clínico (notas médicas, notas de enfermería), por interrogatorio, registros hospitalarios, resultados de laboratorio y por observación directa cuando sea posible.

A continuación, se describe la actividad a realizar para cada criterio a verificar.

6.1 Paquete de Acciones para la Prevención de Bacteriemia Asociada al uso de Catéter Venoso Central (CVC)

| CRITERIOS A VERIFICAR EN CADA PACIENTE | | Medicina Interna y Terapia Adultos | | | | | | | Pediatría, Terapia Neonatal y Terapia Perinatal | | | | | | | Ginecología - Obstetricia, Tocoginecología y Terapia Intensiva | | | | | | | Cirugía y Quirófano | | | | | | |
|--|-------------|--|---|----|---|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|--|---|----|---|---|---|---|---------------------|---|----|---|---|---|---|
| | | L | M | Me | J | V | S | D | L | M | Me | J | V | S | D | L | M | Me | J | V | S | D | L | M | Me | J | V | S | D |
| EVIDENCIA GENERAL DEL CVC | 6.1.1 | ¿Se cuenta con consentimiento informado para la instalación del CVC en el expediente clínico? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.2 | ¿Existe evidencia documental en el expediente clínico, de la indicación médica que justifique la instalación del CVC en el paciente con terapia de infusión? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.3 | ¿Existe evidencia de que el CVC fue instalado por personal capacitado para realizar el procedimiento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.4 | ¿Existe evidencia de que el CVC fue instalado con los recursos materiales necesarios para realizar el procedimiento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.5 | ¿Existe evidencia de la aplicación del protocolo institucional para el proceso de terapia de infusión en pacientes con CVC? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Instalación | 6.1.6 | ¿Se realiza la valoración del sitio anatómico para la inserción del CVC, evitando al máximo la vía femoral? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1.7 | | ¿Durante la instalación del CVC, se utilizan todos los componentes de la barrera máxima? (Lavado de manos, antiséptico, gorro, cubre-boca, gafas protectoras, bata, campo y guantes estériles). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1.8 | | Para la fijación del CVC, ¿se utiliza el material adecuado: nylon y apósito transparente semipermeable? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1.9 | | ¿Existe evidencia en el expediente clínico que justifique la permanencia del CVC? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mantenimiento | 6.1.10 | ¿Se realiza la curación del CVC de acuerdo a lo establecido en el Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.11 | ¿Se realiza el cambio del equipo de infusión de acuerdo al tipo de componente establecido en el Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.12 | ¿Se realiza el cambio del equipo de infusión de acuerdo al tiempo establecido en el Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.13 | ¿Se realiza la preparación de la terapia de infusión de acuerdo al Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente (área específica, soluciones y medicamentos unidos)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.14 | ¿Se realiza el manejo de la terapia de infusión de acuerdo al Protocolo para el manejo estandarizado del paciente con catéter periférico, central y permanente (circuitos cerrados, manejo de lúmenes y puertos)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Retiro | 6.1.15 | ¿El CVC fue retirado por fin de tratamiento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.16 | ¿El CVC fue retirado por sospecha de IASS? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.1.17 | ¿Se da seguimiento a la sospecha de infección relacionada a CVC? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Generalidades, evidencia documental.

- 6.1.1 Verificar la existencia de la carta de consentimiento informado en el expediente clínico, que explica el tipo de procedimiento a realizar, beneficios y complicaciones del mismo que deberá estar con firma autógrafa del médico tratante, paciente o su representante legal y dos testigos.
- 6.1.2 Verificar en las notas médicas o de enfermería en expediente clínico la indicación que señale la instalación del CVC.
- 6.1.3 Corroborar que el personal que instalo, fijo y eligió el tipo de sonda a instalarse está capacitado para realizar el procedimiento.
- 6.1.4 Verificar en las notas del expediente clínico que la instalación del CVC se realizó con los recursos materiales necesarios para el procedimiento.
- 6.1.5 Corroborar en las notas del expediente clínico, la evidencia de la aplicación del protocolo institucional para el proceso de terapia de infusión con CVC.

Instalación

- 6.1.6 Verificar que se realiza la valoración del sitio anatómico para la instalación del CVC, en el siguiente orden: primero la región braquial y como segunda opción la región subclavia. Se debe evitar la región yugular y femoral.
- 6.1.7 Supervisar que durante la instalación del CVC, se utiliza barrera máxima, la cual comprende: el lavado de manos con jabón antiséptico, el uso de gorro, cubre-boca y gafas de protección, el uso de bata y guantes estériles, la aplicación de antiséptico, este último en dosis unitarias preferentemente y también la colocación del campo estéril para limitar el área.
- 6.1.8 Verificar que la fijación del CVC, se realiza con sutura tipo nylon, apósito transparente, semipermeable estéril, y si presenta datos de sangrado, se deberá utilizar gasa estéril cubierta con apósito transparente, semipermeable estéril.

Mantenimiento

- 6.1.9 Verificar en la nota médica o de enfermería del expediente clínico la justificación clínica para la permanencia del CVC.
- 6.1.10 Corroborar que secundaria a la valoración del sitio de inserción, la curación del CVC se realiza cada 7 días o antes si existe evidencia de humedad, sangre, secreción o manifestaciones locales de infección o bien el apósito se encuentra desprendido.

El catéter debe ser fijado con apósito transparente semipermeable, en caso de utilizar gasa estéril, la curación se realiza cada 48 horas o antes si se encuentra

desprendida la fijación, de igual forma si el sitio de inserción se encuentra húmedo, con sangre, secreción o manifestaciones locales de infección.

- 6.1.11 Verificar que los equipos de infusión sean remplazados de acuerdo al tipo de terapia de infusión que puede ser: productos sanguíneos, terapias de infusión, para ministración de medicamentos y equipos para emulsiones y lípidos.
- 6.1.12 Supervisar que el cambio del equipo de infusión se realiza en el tiempo establecido de acuerdo a las características siguientes: los equipos para administrar terapias de infusión deberán remplazarse cada 72 horas incluyendo las llaves de tres vías y los conectores, los equipos para productos sanguíneos deben remplazarse en cada aplicación. Así mismo, los equipos para emulsión de lípidos, nutrición parenteral y para administración de medicamentos deben reemplazarse cada 24 horas.
- 6.1.13 Corroborar que la preparación de las soluciones a infundir se realiza en una área limpia y exclusiva para la preparación de soluciones y medicamentos que cuente con una campana de flujo laminar, que se utilice solo una aguja y jeringa para la dilución de cada medicamento y desechar, descontaminar los puertos de inyección con alcohol al 70% al realizar la conexión de las soluciones a preparar.
- 6.1.14 Verificar que en el manejo de la terapia de infusión, se utiliza solo una aguja y jeringa para la dilución de cada medicamento y se desecha, que se descontaminan los puertos de inyección con alcohol al 70% al realizar la conexión de las soluciones a infundir.

Retiro

- 6.1.15 Corroborar en la nota de enfermería o médica sí el motivo del retiro del CVC fue por fin de tratamiento.
- 6.1.16 Corroborar en la nota de enfermería o médica sí el motivo del retiro del CVC fue por sospecha de IAAS.
- 6.1.17 Otorgar seguimiento a los resultados de cultivos aun cuando el paciente haya egresado para dar seguimiento a las sospecha de infección relacionada a CVC.

- 6.2.4 Corroborar en las notas del expediente clínico, que la instalación de la SV se realiza con los recursos materiales que indica el protocolo estandarizado para el cuidado del paciente con SV.
- 6.2.5 Corroborar en las notas del expediente clínico, la evidencia de la aplicación del protocolo institucional para el cuidado del paciente con SV.

Instalación

- 6.2.6 Por observación directa verificar que antes de la instalación de la sonda se realiza el aseo de genitales con agua y jabón y aclarado con suero fisiológico, para lo cual deben utilizarse guantes.
- 6.2.7 Por observación directa verificar que antes de la instalación de la sonda y secundario a la realización del aseo de genitales, se realiza la antisepsia para la colocación de la SV.
- 6.2.8 Confirmar que durante la instalación de la SV, se utiliza barrera máxima, la cual comprende: el lavado de manos con jabón antiséptico, uso de gorro, cubre-boca y gafas de protección, uso de bata y guantes estériles, aplicación de antiséptico, en dosis unitarias preferentemente y también la colocación del campo estéril para limitar el área.
- 6.2.9 Evitar la tracción y movimiento de la SV con una adecuada fijación de acuerdo a edad y género.

Mantenimiento

- 6.2.10 Verificar en la nota médica o de enfermería del expediente clínico la justificación clínica para la permanencia de la SV.
- 6.2.11 Verificar que se realiza adecuadamente la higiene diaria del paciente, enfatizando la misma en el área periuretral, con agua y jabón.
- 6.2.12 Vigilar que la línea de drenaje este sin acodamientos que permitan el uso eficiente de la SV y evite el estancamiento de orina y favorezca una posible IAAS asociada a SV.
- 6.2.13 Vigilar que la bolsa colectora este en todo momento por debajo de la vejiga evitando el contacto con el piso.
- 6.2.14 Para garantizar la eficacia del circuito cerrado, se debe verificar que no se desconecta la SV de la bolsa colectora, a menos que la indicación sea estrictamente necesaria, y en este caso se debe realizar en condiciones asépticas.
- 6.2.15 Vigilar que en caso de interrupción del sistema cerrado, éste sea remplazado en su totalidad.



Retiro

- 6.2.16 Verificar en el registro en las notas del expediente clínico si el motivo de retiro de la SV fue por fin de tratamiento.
- 6.2.17 Verificar en el registro en las notas del expediente clínico si el motivo de retiro de la SV fue por sospecha de IAAS.
- 6.2.18 Dar seguimiento a los resultados de cultivos asociados a infección por SV aun cuando el paciente haya egresado.

- 6.3.2 Confirmar en el expediente clínico la indicación y justificación para la instalación de la intubación orotraqueal por el médico tratante.
- 6.3.3 Comprobar en la nota médica, que durante la intubación, se cuenta con personal capacitado para realizar el procedimiento.
- 6.3.4 Verificar en las notas del expediente clínico, que durante la intubación del paciente se cuenta con los recursos materiales necesarios para llevar a cabo el procedimiento.
- 6.3.5 Corroborar en las notas del expediente clínico que el procedimiento se llevó a cabo con el equipo estéril necesario.
- 6.3.6 Corroborar que el uso de los inhibidores de bomba de protones o inhibidores H₂, son utilizados solo en pacientes con alto riesgo de desarrollar sangrado de tubo digestivo.
- 6.3.7 Verificar que se evalúa diariamente la posibilidad de interrumpir la sedación del paciente.
- 6.3.8 Verificar que se evalúa diariamente la posibilidad de extubación del paciente.
- 6.3.9 La unidad de atención médica, debe contar con un protocolo de creación y actualización propio, enfocado a la prevención de IAAS por ventilación mecánica y debe tener evidencia de su aplicación.

Instalación

- 6.3.10 Verificar que durante la instalación del tubo endotraqueal, se utiliza cubre – bocas, gafas de protección, así como guantes y material estériles.
- 6.3.11 Corroborar que en caso de procedimiento electivo que se tiene al paciente en ayuno por lo menos 8 horas antes o se realiza vaciamiento gástrico.
- 6.3.12 Corroborar que en caso de procedimiento electivo se realiza higiene bucal previa con clorhexidina al 0.12%.
- 6.3.13 Verificar que el equipo de intubación fue sometido a desinfección de alto nivel al igual que las partes reusables del ventilador y del circuito de ventilación.
- 6.3.14 Verificar que el membrete de la fijación, indique la capacidad del globo y la cantidad de aire en (cc) que se utilizaron para evitar el riesgo de extubación y lograr un adecuado neumotaponamiento.

Mantenimiento

- 6.3.15 Verificar que el personal realiza la higiene de manos previa al uso de guantes estériles para la conexión y desconexión del circuito de ventilación.
- 6.3.16 Verificar que el personal utiliza guantes estériles para la conexión y desconexión del circuito de ventilación.
- 6.3.17 Corroborar que en el paciente con tubo endotraqueal, se realiza aseo bucal con clorhexidina al 0.12%, en caso de no contar con ella, verificar que se realiza con solución salina en presentación de 100 ml, preferentemente.
- 6.3.18 Vigilar que se mantiene al paciente en posición Semifowler: posición de la cabecera de la cama a 30-45°, principalmente en pacientes con nutrición enteral.
- 6.3.19 Verificar que se aplica fisioterapia pulmonar y drenaje postural si las condiciones del paciente lo permiten y que la cavidad oral, está libre de sangre o secreción.
- 6.3.20 Corroborar que el circuito de ventilación esté libre de agua, evitando el desplazamiento de ésta a la vía aérea inferior con el movimiento del paciente o la movilización de los tubos.
- 6.3.21 Supervisar el adecuado manejo de la humedad: Activa: evitar condensación de agua con un adecuado manejo de temperatura, además de programar el cambio de agua bidestilada estéril que alimenta la unidad de humedad. Pasiva: realizar el cambio de filtros humidificadores antibacterianos de alta eficiencia, según protocolo institucional.
- 6.3.22 Vigilar que se realiza por turno el drenaje de secreciones subglóticas con el correcto uso del sistema cerrado o abierto, utilizando guantes estériles previa higiene de manos.
- 6.3.23 Supervisar que se evita la variabilidad de la Presión Positiva Inspiratoria (PIP), y la Presión Positiva al Final de la Espiración (PEEP), estableciendo patrones de presión preventivos.
- 6.3.24 Verificar que durante la terapia inhalada, se utiliza circuito con puerto o nebulizador conectado permanentemente para evitar la interrupción del circuito cerrado.

Retiro

- 6.3.25 Verificar que antes de desinflar el globo de fijación, para el retiro del tubo endotraqueal, se realiza la aspiración de secreciones.
- 6.3.26 Realizar el seguimiento a la condición clínica del paciente con datos que sugieran IAAS relacionadas a la VM.

6.4 Paquete de Acciones para la Prevención de Infección en Sitio Quirúrgico (SQ)

| | | Cédula Única de Gestión para Identificar el Grado de Cumplimiento de los Procesos que Intervienen en la Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--|---|----|---|---|---|---|---|---|----|--|---|---|---|---|---|----|---|---|---|--|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Para cada pregunta contestar: 1 Cuando la respuesta sea positiva; 0 Cuando la respuesta sea negativa; X Cuando no aplique la evaluación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.4 Paquete de Estrategias para la Prevención de IAAS en Pacientes con Procedimiento Quirúrgico Programado (PQP) | | Medicina Interna y Terapia Adultos | | | | | | | | | | Pediátrica, Terapia Neonatal y Pediatría | | | | | | | | | | Ginecología - Obstetricia, Toxicología y Terapia Intensiva | | | | | | | | | | Cirugía y Quirófano | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRITERIOS A VERIFICAR EN CADA PACIENTE | | L | M | Mi | J | V | S | D | L | M | Mi | J | V | S | D | L | M | Mi | J | V | S | D | L | M | Mi | J | V | S | D | L | M | Mi | J | V | S | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Área (H=Hospitalización, T= Terapia Adultos, TN= Terapia Neonatal, TP= Terapia Pediátrica, To= Toxicología, TI= Terapia Intensiva, Q= Quirófano) | | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T | H | T |
| GENERALIDADES EVIDENCIA DOCUMENTAL | 6.4.1 | ¿Se cuenta en el expediente clínico con el consentimiento informado para realizar el procedimiento quirúrgico? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.2 | ¿Existe evidencia de la búsqueda intencionada de infección previa al evento quirúrgico (IRA, EDA, IVU, otras)? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.3 | ¿Se vigila que el uso de la profilaxis antimicrobiana no se realiza de forma rutinaria y que no es mayor a 24 horas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.4 | ¿Se vigila la aplicación del protocolo de trazabilidad del material? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.5 | ¿Se vigila la aplicación del protocolo de trazabilidad del instrumental quirúrgico? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIDAS PRE QUIRÚRGICAS | 6.4.6 | ¿Se vigila la aplicación del protocolo de trazabilidad de las prótesis? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.7 | ¿Se realiza el baño completo un día antes de la cirugía? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.8 | ¿Se realiza el baño completo el día del evento quirúrgico? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.9 | ¿Se realiza la higiene bucal y se usa enjuague bucal con clorhexidina al 0.12% o yodine bucofaringeo, 72 horas antes de la cirugía? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.10 | ¿Se realiza higiene bucal y se usa enjuague bucal con clorhexidina al 0.12% o yodine bucofaringeo, en los minutos previos a la cirugía? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIDAS TRANSQUIRÚRGICAS | 6.4.11 | ¿Se realiza profilaxis antimicrobiana de acuerdo al protocolo estandarizado de la Unidad Hospitalaria no mayor a 24 horas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.12 | ¿Se vigila que la técnica de lavado quirúrgico se realiza de forma correcta? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.13 | ¿Mediante observación directa se verifica el uso del uniforme quirúrgico exclusivamente dentro del área de quirófano? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.14 | ¿Se realiza la pausa quirúrgica para aplicar la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.15 | ¿Se realiza la eliminación de cabello o vello únicamente con cortadora eléctrica solo en caso necesario? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIDAS POSTQUIRÚRGICAS | 6.4.16 | ¿Se realiza la antisepsia del campo quirúrgico preferentemente con clorhexidina del 2.0 al 4.0%? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.17 | ¿Se mantienen los principios de asepsia durante la cirugía? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.18 | ¿Se mantienen los niveles seguros de glucosa en el paciente durante el acto quirúrgico? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.19 | ¿Se mantiene la temperatura adecuada del paciente durante el acto quirúrgico? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.20 | ¿Se realiza la valoración y clasificación de la herida quirúrgica para identificar los cuidados específicos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDIDAS POSTQUIRÚRGICAS | 6.4.21 | ¿Se vigila que la herida quirúrgica no sea manipulada antes de las 24 a 48 horas del post-operatorio? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.22 | ¿Se realiza la higiene de manos antes del uso de guantes estériles para manipular la herida quirúrgica? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.23 | ¿Se colocan guantes estériles antes de manipular la herida quirúrgica? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.24 | ¿Se realiza la curación de la herida quirúrgica con técnica aséptica? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.25 | ¿Se realiza la curación de la herida quirúrgica con material estéril? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.26 | ¿Se realiza la curación de la herida quirúrgica con el uso adecuado de antisépticos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.27 | ¿Se valora y notifica la evolución diaria de la herida quirúrgica? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6.4.28 | ¿Se da seguimiento a la sospecha de infección asociada a procedimiento quirúrgico? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Generalidades, evidencia documental.

- 6.4.1 Verificar la existencia de la carta de consentimiento informado en el expediente clínico, en la cual se explique el tipo de procedimiento a realizar, beneficios y complicaciones del mismo, la cual deberá tener la firma autógrafa del médico tratante, el paciente o su representante legal y dos testigos.
- 6.4.2 Verificar que se encuentre en el expediente clínico en la nota médica o de enfermería la búsqueda intencionada de infección previa al evento quirúrgico (Enfermedad Diarreica Aguda, Infección Respiratoria Aguda, Infección de Vías Urinarias u otras).
- 6.4.3 Corroborar en la nota médica o de enfermería, el adecuado uso de profilaxis antimicrobiana y si fuese el caso que no sea mayor de 24 horas antes del evento quirúrgico.
- 6.4.4 Supervisar que el material cumpla con el protocolo de trazabilidad del material para asegurar su esterilidad (empaquete, fecha y tira reactiva).
- 6.4.5 Supervisar que el instrumental quirúrgico cumpla con el protocolo de trazabilidad y asegurar su esterilidad (empaquete, fecha y tira reactiva).
- 6.4.6 Supervisar que el material para prótesis, cumpla con el protocolo de trazabilidad y asegurar su esterilidad (empaquete, fecha y tira reactiva).

Pre quirúrgico

- 6.4.7 Verificar que el paciente reciba baño completo un día antes de la cirugía.
- 6.4.8 Verificar que el paciente reciba baño completo el día del evento quirúrgico, este, preferentemente debe ser un baño seco con clorhexidina.
- 6.4.9 Verificar en la nota de enfermería que al paciente se le realiza higiene bucal y posterior a esta, usa enjuague bucal con clorhexidina al 0.12% o isodine bucofaríngeo 72 horas antes de la cirugía.
- 6.4.10 Verificar que al paciente se le realiza higiene bucal y posterior a esta, usa enjuague bucal con clorhexidina al 0.12% o isodine bucofaríngeo minutos previos al evento quirúrgico.
- 6.4.11 Corroborar en la nota médica o de enfermería, que en el caso de uso de profilaxis antimicrobiana, esta no sea mayor a 24 horas previas al evento quirúrgico.
- 6.4.12 Vigilar que se aplique la técnica correcta de lavado quirúrgico.
- 6.4.13 Supervisar, que se sigue en todo momento la política del uso exclusivo del uniforme quirúrgico para esta área.

Trans quirúrgico

- 6.4.14 Corroborar en el expediente que se aplica la lista de verificación para la seguridad de la cirugía durante la pausa quirúrgica.
- 6.4.15 Corroborar que se realiza la eliminación de cabello o vello con cortadora solo en caso necesario, y esta se realiza en el tiempo más cercano al procedimiento quirúrgico, evitando el uso de rastrillos.
- 6.4.16 Vigilar que se realiza antisepsia de la piel, preferentemente utilizando clorhexidina del 2 al 4%.
- 6.4.17 Supervisar que durante el acto quirúrgico, en todo momento se mantienen los principios de la técnica aséptica.
- 6.4.18 Vigilar que se mantiene el nivel de glucosa en sangre menor a 200 mg/dl principalmente en pacientes diabéticos, cirugías cardiacas y múltiples comorbilidades.
- 6.4.19 Vigilar que se mantiene el nivel de temperatura entre 36.1 y 37.2°C, principalmente en pacientes diabéticos, cirugías cardiacas y múltiples comorbilidades.
- 6.4.20 Corroborar que en la nota quirúrgica o en la pre-quirúrgica se realiza la valoración y clasificación de la herida quirúrgica como: limpia, limpia contaminada, contaminada y sucia, para identificar los cuidados específicos.

Post quirúrgico

- 6.4.21 Supervisar que la herida quirúrgica, de acuerdo a su clasificación, no se manipule dentro de las primeras 24 – 48 horas del post quirúrgico.
- 6.4.22 Supervisar que previo a la manipulación de la herida quirúrgica, se realice higiene de manos y uso de guantes estériles.
- 6.4.23 Supervisar que previo a la manipulación de la herida quirúrgica se haga uso de guantes estériles.
- 6.4.24 Vigilar que la curación del sitio quirúrgico se realiza con técnica aséptica.
- 6.4.25 Vigilar que para la curación del sitio quirúrgico se usa material estéril.
- 6.4.26 Vigilar que la curación del sitio quirúrgico se realiza con antisépticos de manera adecuada.
- 6.4.27 Corroborar en las notas del expediente clínico que se realiza valoración y notificación diaria de la evolución de la herida quirúrgica.

6.4.28 Verificar que se da seguimiento a la sospecha de infección asociada a procedimiento quirúrgico.