|  |
| --- |
| **Actividad:** **Verificacion de las IAAS en UCI** |
| **Institucion:** |
| **Lugar de la reunion:** | **Fecha:** | **Hora:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Asistentes:** | **Cargo:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Objetivo:** Monitorear el comportamiento de las infecciones en la UCI y Hospitalización asociadas al uso de dispositivos “IAAS” como ventilador, catéter central, catéter urinario, agentes causales y uso de antibióticos.

**Lista de Chequeo que verifica la adherencia al protocolo de IAAS del INS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aspectos** | **Cumple** |
| Se toma información valida, oportuna y específica para la toma de decisiones |   |
| Se evalúa el impacto de las medidas de protección |   |
| Se retroalimenta la información sobre agentes causales |   |
| Se lee y se discute el acta del Comité de Infecciones |   |
| Se observa si hubo transmisión de IAAS por gotas, vía aérea o por contacto |   |
| ¿Hubo transmisión de agente infeccioso por contacto directo? |   |
| ¿Hubo transmisión de agente infeccioso por contacto indirecto? |   |
| ¿Hubo factores relacionados por el huésped tales como edad >65 años, diabetes, EPOC? |   |
| ¿Hubo factores relacionados por el dispositivo tales como intubación traqueal o ventilación mecánica? |   |
| ¿Se incrementó la colonización por ingreso a la UCI o por uso de antibióticos de amplio espectro? |   |
| ¿Hubo estancia hospitalaria >4 días antes de la neumonía, uso de esteroides o antibióticos previos? |   |
| ¿Hubo neumonías por agentes Gram negativos multirresistentes con pseudomona o esterobacter? |   |
| ¿Hubo infecciones asociadas al uso de catéteres venosos centrales? |   |
| ¿Hubo estancias hospitalarias prolongadas, comorbilidades o inmunosupresiones previas? |   |
| ¿Hubo infecciones urinarias por agentes como E Coli, Klebsiella spp, psudomonas spp o proteus? |   |
| ¿Hay Equipo Multidisciplinario encargado de la Inspección, vigilancia y control de las IAAS? |   |
| ¿Hubo IAAS dentro de las primeras 48 horas del traslado de un paciente de un servicio a otro? |   |
| ¿Hubo algún hemocultivo o cultivo de esputo positivo para cándida? |   |
| ¿Cuántos casos de neumonía hubo durante el mes en la UCI?  |   |
| ¿Cuál fue el agente causal más frecuente en los hemocultivos? |   |
| ¿Se obtienen muestras para hemocultivos a partir de dos tomas en sitios de venopuncion separados? |   |
| ¿Hubo algún paciente con ITU quien 48 horas antes tenía catéter vesical? |   |
| ¿Se mantienen precauciones estándar como higiene de manos, uso de guantes, bata y mascarilla? |   |
| ¿Cada cuánto de desinfecta la habitación? |   |
| ¿Se verifica la higiene de manos en los cinco momentos? |   |
| ¿Se ubican a los pacientes a una distancia mayor de un metro entre ellos? |   |
| ¿Sabe de dos enfermedades que requieren aislamiento por gotas y que mascarilla se usa? |   |
| ¿Sabe de dos enfermedades que requieren aislamiento por aerosoles y que mascarilla se usa? |   |
| El comité de infecciones es interdisciplinario, funcional y se reúne mensualmente, garantizando su funcionamiento como espacio de toma de decisiones |  |
| Se educa al personal asistencial y a los visitantes/familiares en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud según el riesgo. |  |
| Se incentiva al personal en la cultura del reporte no punitivo y se utilizan los mecanismos de reporte, se realiza análisis y gestión de IAAS. |  |
| Articular el programa de prevención de IAAS (vigilancia epidemiológica) con el programa de seguridad del paciente |  |
| Realizan rondas de seguridad periódicas y búsqueda activa de IAAS, Investigación de casos de IAAS  |  |

|  |
| --- |
| **Notificación en el Sivigila**  |
| **Código** | **Nombre** | **Si** | **No** |
| **354** | Consumo de Antibiótico |  |  |
| **357** | IAD – Infecciones Asociadas a Dispositivos |  |  |
| **352** | Infecciones de Sitio Quirúrgico Asociadas a Procedimiento Médico Quirúrgico  |  |  |
| **359** | Infección Asociada a Dispositivos en Unidades de Cuidados Intensivos - IAD en UCI |  |  |
| **362** | Infecciones de sitio quirúrgico asociadas a procedimiento médico quirúrgico - Colectiva |  |  |
| **W** | Realizan concordancia con Whonet |  |  |

|  |
| --- |
| **Notas Adicionales:** |
|  |

**Compromisos:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Acción Correctiva** | **Responsable** | **Fecha** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Revisión y Aprobación del acta:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Firma** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Evaluación y Cierre de la reunión**

|  |
| --- |
| **¿Se logró el objetivo?** |
| **Si** | **No** |

**Observaciones Finales**

|  |
| --- |
|  |

Con la firma del presente formato usted autoriza a la Administración Municipal y a la ESE Hospital del Sur, para que utilice la información consignada en el mismo con fines “estadísticos y/o académicos”. En cumplimiento del artículo 7 del decreto 1377 de 2013 por medio de la cual se reglamenta la Ley 1581 de 2012 en la que se expidió el régimen general de la protección de datos personales.