

# Herramienta de evaluación de las prácticas de control y prevención de infecciones en hospitales para enfermedades agudas

El objetivo de esta herramienta es brindar asistencia en la evaluación de programas y prácticas de control de infecciones en hospitales para enfermedades agudas. De ser posible, se recomienda hacer observaciones directas de las prácticas de control de infecciones. Para facilitar la evaluación, se recomienda a los departamentos de salud que compartan esta herramienta con los hospitales antes de hacer la visita.

## Descripción general

Sección 1: Datos demográficos del centro

Sección 2: Programa de control de infecciones e infraestructura

Sección 3: Observación directa de las prácticas del centro de salud (opcional)

Sección 4: Directrices para el control de infecciones y otros recursos

## Áreas de control de infecciones para la evaluación de deficiencias

- I. Programa de control de infecciones e infraestructura
- II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y prácticas
  - A. Higiene de las manos
  - B. Equipo de protección personal (EPP)
  - C. Prevención de infecciones de las vías urinarias relacionadas con el uso de sondas (CAUTI)
  - D. Prevención de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el uso de vías centrales (CLABSI)
  - E. Prevención de eventos relacionados con el uso de respiradores (VAE)
  - F. Seguridad con relación a las inyecciones
  - G. Prevención de infecciones del sitio quirúrgico
  - H. Prevención de infecciones por *Clostridium difficile* (CDI)
  - I. Limpieza ambiental
  - J. Reprocesamiento de los dispositivos
- III. Sistemas para detectar, prevenir y responder a infecciones relacionadas con la atención médica y con los organismos resistentes a múltiples fármacos (MDRO)

<b>Sección 1. Datos demográficos del centro</b>	
Nombre del centro (para uso exclusivo del departamento de salud)	
Número de identificación de la NHSN para el centro (para uso exclusivo del departamento de salud)	
Identificación única asignada por el estado	
Fecha de la evaluación	
Tipo de evaluación	<input type="checkbox"/> En el lugar <input type="checkbox"/> Otras (especifique): _____
Fundamento de la evaluación (Seleccione todas las opciones que correspondan)	<input type="checkbox"/> Brote epidémico <input type="checkbox"/> Datos de la organización de acreditación o de la agencia encuestadora del estado <input type="checkbox"/> Datos de la NHSN Si la respuesta es afirmativa, especifique: <input type="checkbox"/> CAUTI <input type="checkbox"/> CLABSI <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Grupo de colaboración (especifique los socios): _____ <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
Tipo de centro	<input type="checkbox"/> Hospital para enfermedades agudas <input type="checkbox"/> Hospital de acceso crítico <input type="checkbox"/> Hospital para enfermedades agudas de largo plazo (LTACH) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
Cantidad de camas autorizadas	
Cantidad de prevencionistas de infecciones equivalentes a tiempo completo	

**Sección 2: Programa de control de infecciones e infraestructura**

1. Programa de control de infecciones e infraestructura		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
1. Los hospitales brindan apoyo en las áreas fiscal y de recursos humanos para mantener el programa de prevención y control de infecciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
2. La(s) persona(s) encargada(s) de dirigir el programa de prevención y control de infecciones en el hospital está(n) cualificada(s) y entrenada(s) en este área.  Confirme las cualificaciones, que deben incluir: (Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Culminación exitosa de los exámenes iniciales y de recertificación creados por el Consejo de Certificación en Control de Infecciones y Epidemiología (CIC)  <input type="checkbox"/> Participación en cursos de control de infecciones organizados por sociedades profesionales reconocidas (p. ej., APIC, SHEA)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3. El programa de prevención y control de infecciones realiza una evaluación anual de riesgos de infección en centros de salud que valora y prioriza los riesgos potenciales de infecciones, contaminación y exposiciones, así como el nivel de preparación del programa para eliminar o mitigar esos riesgos.  <i>Nota: En la sección 4, se incluye un ejemplo del plan e informe de evaluación de riesgos de infecciones en centros de salud.</i>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
4. Hay políticas y procedimientos por escrito disponibles sobre el control de las infecciones, que están actualizados y fundamentados en directrices basadas en evidencia (p. ej., CDC/HICPAC), regulaciones o estándares.  Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir el proceso de revisión y actualización de políticas (p. ej., las políticas se fechan y revisan anualmente y en el momento en que se emiten nuevas directrices).	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
5. El programa de prevención y control de infecciones brinda educación sobre prevención de infecciones a pacientes, familiares y otros cuidadores.  Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se imparte esta educación (p. ej., información incluida en el paquete de documentos de admisión o alta, videos, carteles, capacitación en persona).	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

I. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
A. Higiene de las manos		
<p>1. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes para la higiene de las manos.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. La capacitación se imparte a todo el personal de atención médica, lo que incluye personal auxiliar que no está directamente involucrado en la atención del paciente, pero que potencialmente está expuesto a agentes infecciosos (p. ej., manipuladores de bandejas de alimentos, personal de limpieza y voluntarios).</p> <p>b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de brindar cuidados a los pacientes de este hospital.</p> <p>c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo.</p> <p>d. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en la higiene de las manos luego de cada capacitación.</p> <p>e. El hospital mantiene documentación actualizada sobre las aptitudes en la higiene de las manos de todo el personal.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>2. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a la higiene de las manos.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</p> <p>c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a la adhesión a la higiene de las manos.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>4. Se puede acceder fácilmente a los suministros necesarios para la adhesión a la higiene de las manos (p. ej., jabón, agua, toallas de papel, desinfectante para manos a base de alcohol) en las áreas de atención de pacientes.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>5. Las políticas de higiene de las manos promueven el uso preferencial de desinfectantes para manos a base de alcohol (GMBA) en lugar de agua y jabón en la mayoría de las situaciones en ámbitos clínicos.</p> <p><i>Nota: Debe usarse agua y jabón cuando las manos están visiblemente sucias (p. ej., con sangre o líquidos corporales) y también se prefiere su uso luego de atender a un paciente con diagnóstico confirmado o presunto de infección por C. difficile o norovirus durante un brote, o si los índices de C. difficile en el centro de salud son persistentemente elevados.</i></p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
<b>B. Equipo de protección personal (EPP)</b>		
<p>1. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes para el uso del equipo de protección personal (EPP). Confirme lo siguiente:</p> <p>a. La capacitación se imparte a todo el personal que usa EPP.</p> <p>b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de brindar cuidados a los pacientes de este hospital.</p> <p>c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo.</p> <p>d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos equipos o protocolos.</p> <p>e. La capacitación incluye 1) indicaciones adecuadas para los componentes específicos del EPP; 2) la forma adecuada de colocarse, quitarse, ajustarse y llevar puesto el EPP; y 3) los cuidados y el mantenimiento adecuados, la vida útil y la forma de desechar el EPP.</p> <p>f. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en la selección y el uso del EPP (es decir que un instructor supervisa que la técnica sea correcta) luego de cada capacitación.</p> <p>g. El hospital mantiene documentación actualizada sobre las aptitudes en el uso del EPP de todo el personal que lo utiliza.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>2. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a las prácticas adecuadas de selección y uso del EPP, lo que incluye cómo colocárselo y quitárselo. Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</p> <p>c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a la selección y el uso del EPP. Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>4. Los suministros necesarios para la adhesión a las recomendaciones sobre el equipo de protección personal especificadas en las medidas de precaución estándar y por transmisión (p. ej., guantes, batas, y protección para boca, ojos, nariz y rostro) están disponibles y ubicadas cerca de los lugares de uso.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>5. El programa de protección respiratoria del centro de salud brinda protección a los empleados contra peligros reconocidos. Confirme lo siguiente:</p> <p>a. Se realiza una prueba anual de ajuste de los respiradores a todos los empleados que se prevé que necesitarán usar protección respiratoria.</p> <p>b. Se mantienen suministros de dispositivos de protección respiratoria (p. ej., respiradores purificadores de aire forzado) para quienes no puedan hacerse la prueba de ajuste.</p> <p>c. Se instruye a los empleados acerca de las condiciones que podrían dificultar tanto el ajuste adecuado como la función de los dispositivos de respiración (p. ej., aumento o pérdida de peso, vello facial).</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
C. Prevención de infecciones de las vías urinarias relacionadas con el uso de sondas (CAUTI)		
1. El hospital cuenta con médicos o enfermeros que abogan por las actividades de prevención de CAUTI.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
2. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes para la <b>inserción</b> de sondas urinarias. Confirme lo siguiente: a. La capacitación se imparte a todo el personal responsable de insertar sondas urinarias. El personal puede incluir, entre otros, a enfermeros, auxiliares de enfermería, asistentes médicos, técnicos y médicos. b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de que se les permita insertar sondas urinarias a pacientes. c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo. d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos equipos o protocolos. e. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en la inserción (es decir que un instructor supervisa que la técnica sea correcta) luego de cada capacitación. f. El hospital mantiene documentación actualizada de las aptitudes en la inserción de sondas urinarias de todo el personal que realiza esta tarea.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No d. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  e. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  f. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a las prácticas recomendadas para la <b>inserción</b> de sondas urinarias. Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones. b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones. c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
4. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a su desempeño en la <b>inserción</b> de sondas urinarias. Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones. b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
C. Prevención de infecciones de las vías urinarias relacionadas con el uso de sondas (CAUTI), continuación		
<p>5. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes en el <b>mantenimiento</b> de sondas urinarias.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. La capacitación se imparte a todo el personal responsable del mantenimiento de sondas urinarias (p. ej., cuidado del área perineal, vaciado de la bolsa de drenaje en condiciones asépticas, mantenimiento del sistema de drenaje cerrado, mantenimiento del flujo de orina sin obstrucciones). El personal puede incluir, entre otros, a enfermeros, auxiliares de enfermería, asistentes médicos, técnicos y personal de servicios de transporte.</p> <p>b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de que se les permita realizar el mantenimiento de sondas urinarias.</p> <p>c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo.</p> <p>d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos equipos o protocolos.</p> <p>e. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en el mantenimiento de las sondas (es decir que un instructor supervisa que la técnica sea correcta) luego de cada capacitación.</p> <p>f. El hospital mantiene documentación actualizada de las aptitudes en el mantenimiento de sondas urinarias de todo el personal que realiza esta tarea.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	
<p>6. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a las prácticas recomendadas para el <b>mantenimiento</b> de sondas urinarias.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</p> <p>c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	
<p>7. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a su desempeño en el <b>mantenimiento</b> de sondas urinarias.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	
<p>8. Los pacientes con sondas urinarias son evaluados una vez al día, como mínimo, para determinar si necesitan continuar con la sonda.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir los métodos usados para iniciar las evaluaciones diarias (p. ej., lista de control de seguridad del paciente, rondas diarias, protocolo de enfermería, recordatorios, órdenes de suspensión).</p> <p>b. El hospital verifica sistemáticamente la adhesión a la práctica de evaluación diaria para determinar la necesidad de mantener la sonda urinaria.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	

II. Capacitación en control de infecciones, competencia e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
C. Prevención de infecciones de las vías urinarias relacionadas con el uso de sondas (CAUTI), continuación		
9. El hospital monitorea los datos sobre CAUTI y los usa para orientar las actividades de prevención. Confirme lo siguiente: a. El encuestado está familiarizado con los datos sobre CAUTI de la Red Nacional de Seguridad en la Atención Médica (NHSN). b. El encuestado puede describir cómo se usan los datos sobre CAUTI para orientar las actividades de prevención.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
10. El hospital informa al personal de primera línea los datos sobre CAUTI. Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones. b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
D. Prevención de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el uso de vías centrales (CLABSI)		
1. El hospital cuenta con médicos o enfermeros que abogan por las actividades de prevención de CLABSI.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
2. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes para la <b>inserción</b> de catéteres venosos centrales.  Confirme lo siguiente: a. La capacitación se imparte a todo el personal responsable de insertar catéteres venosos centrales. El personal puede incluir, entre otros, a médicos, médicos asociados y miembros de los equipos de inserción de vías. b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de que se les permita insertar catéteres venosos centrales. c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo. d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos equipos o protocolos. e. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en la inserción (es decir que un instructor supervisa que la técnica sea correcta) luego de cada capacitación. f. El hospital mantiene documentación actualizada de las aptitudes en la inserción de catéteres venosos centrales de todo el personal que realiza esta tarea.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  <input type="radio"/> No corresponde (Marque en caso de que el hospital no realice inserciones de vías centrales y pase al punto #5)  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No d. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No e. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No f. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a las prácticas recomendadas para la <b>inserción</b> de catéteres venosos centrales.  Verifique lo siguiente: a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones. b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones. c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
4. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a su desempeño en la <b>inserción</b> de catéteres venosos centrales.  Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones. b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
D. Prevención de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el uso de vías centrales (CLABSI), continuación		
<p>5. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes para el <b>mantenimiento</b> de catéteres venosos centrales.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. La capacitación se imparte a todo el personal encargado del mantenimiento de catéteres venosos centrales (p. ej., desinfección activa de conectores o “scrub-the-hub”, colocación del catéter, cambio de apósitos). El personal puede incluir, entre otros, a enfermeros, auxiliares de enfermería, médicos y asistentes médicos.</p> <p>b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de que se les permita realizar el mantenimiento de catéteres venosos centrales.</p> <p>c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo.</p> <p>d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos equipos o protocolos.</p> <p>e. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en el mantenimiento (es decir que un instructor supervisa que la técnica sea correcta) luego de cada capacitación.</p> <p>f. El hospital mantiene documentación actualizada de las aptitudes en el mantenimiento de catéteres venosos centrales de todo el personal que realiza esta tarea.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>6. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a las prácticas recomendadas para el <b>mantenimiento</b> de catéteres venosos centrales.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</p> <p>c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>7. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a su desempeño en el <b>mantenimiento</b> de catéteres venosos centrales.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>8. Los pacientes con catéteres venosos centrales son evaluados una vez al día, como mínimo, para determinar si necesitan continuar con el catéter.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir los métodos usados para iniciar las evaluaciones diarias (p. ej., lista de control de seguridad del paciente, rondas diarias y recordatorios).</p> <p>b. El hospital verifica sistemáticamente la adhesión a la práctica de evaluación diaria para determinar la necesidad de mantener el catéter venoso central.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
D. Prevención de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el uso de vías centrales (CLABSI), continuación		
9. El hospital monitorea los datos sobre CLABSI y los usa para orientar las actividades de prevención. Confirme lo siguiente: a. El encuestado está familiarizado con los datos sobre CLABSI de la Red Nacional de Seguridad en la Atención Médica (NHSN). b. El encuestado puede describir cómo se usan los datos sobre CLABSI para orientar las actividades de prevención.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
10. El hospital informa al personal de primera línea los datos sobre CLABSI. Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones. b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
E. Prevención de eventos relacionados con el uso de respiradores (VAE)		
1. El hospital cuenta con médicos o enfermeros que abogan por las actividades de prevención de VEA.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No corresponde (Marque en caso de que el centro de salud no brinde atención a pacientes con respirador y pase al punto F. Seguridad en la aplicación de inyecciones)	
2. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes para la prevención de VAE. Confirme lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. La capacitación se imparte a todo el personal que brinda terapia respiratoria a pacientes con ventilador (p. ej., aspiración de secreciones, administración de medicamentos aerosolizados). El personal puede incluir, entre otros, a terapeutas respiratorios y personal de enfermería.</li> <li>b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de que se les permita suministrar terapia respiratoria a pacientes con respiradores.</li> <li>c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo.</li> <li>d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos equipos o protocolos.</li> <li>e. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en las prácticas de terapia respiratoria (es decir que un instructor supervisa que la técnica sea correcta) luego de cada capacitación.</li> <li>f. El hospital mantiene documentación actualizada sobre las aptitudes en prácticas respiratorias de todo el personal que suministra terapia respiratoria a pacientes con respiradores.</li> </ul>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No d. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  e. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  f. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a las prácticas recomendadas para la atención de pacientes con respirador (p. ej., aspiración de secreciones, administración de medicamentos aerosolizados). Confirme lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones.</li> <li>b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</li> <li>c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</li> </ul>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
E. Prevención de eventos relacionados con el uso de respiradores (VAE), continuación		
4. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas al manejo de pacientes con respirador.  Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones. b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
III. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
E. Prevención de eventos relacionados con el uso de respiradores (VAE), continuación		
5. Los pacientes que requieren ventilación invasiva son evaluados una vez al día, como mínimo, para determinar si necesitan continuar con el respirador.  Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir los métodos usados para iniciar las evaluaciones diarias (p. ej., lista de control de seguridad del paciente, rondas diarias, recordatorios). b. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a la evaluación diaria de la necesidad del respirador.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
6. El hospital cuenta con un programa que incluye realizarles pruebas diarias de respiración espontánea y reducción de sedación a pacientes elegibles.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
7. El hospital cuenta con un programa de higiene bucal.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
8. El hospital monitorea los datos sobre VAE y los usa para orientar las actividades de prevención.  Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se usan los datos sobre VAE para orientar las actividades de prevención.  Si el hospital reporta datos sobre VAE a la NHSN, verifique lo siguiente: b. El encuestado está familiarizado con los datos sobre VAE de la NHSN.  Si el hospital no reporta datos sobre VAE a la NHSN, verifique lo siguiente: c. El encuestado puede describir cómo se recopilaron los datos sobre VAE.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No No corresponde <input type="radio"/>  c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No No corresponde <input type="radio"/>	
9. El hospital informa al personal de primera línea los datos sobre VAE.  Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones. b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
F. Seguridad relacionada con las inyecciones (Este elemento no incluye la evaluación de prácticas farmacéuticas)		
<p>1. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes para la preparación y administración de medicamentos de administración parenteral (p. ej., por vías subcutánea, intramuscular e intravenosa) fuera de la farmacia.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. La capacitación se imparte a todo el personal que prepara o administra inyecciones e infusiones de administración parenteral.</p> <p>b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de que se les permita preparar o aplicar inyecciones e infusiones de administración parenteral.</p> <p>c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo.</p> <p>d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos equipos o protocolos.</p> <p>e. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en la preparación y administración de inyecciones e infusiones parenterales luego de cada capacitación.</p> <p>f. El hospital mantiene documentación actualizada sobre las aptitudes en los procedimientos de preparación o administración de inyecciones e infusiones parenterales de todo el personal que realiza esas tareas.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>2. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a las prácticas seguras relacionadas con las inyecciones.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</p> <p>c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a su adhesión a las prácticas seguras relativas a las inyecciones.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>4. Con el fin de evaluar los riesgos de seguridad para los pacientes, el hospital cuenta con un programa de prevención contra el desvío de medicamentos, que incluye la consulta con el programa de prevención de infecciones cuando se sospeche o se confirme que hubo adulteración de medicamentos (lo que incluye alteración o sustitución).</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo el hospital evaluaría el riesgo para los pacientes en caso de sospechar o determinar que hubo adulteración.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
G. Prevención de infecciones del sitio quirúrgico(SSI)		
<p>1. El hospital cuenta con un programa para mejorar la atención quirúrgica.</p> <p>Confirme lo siguiente: El programa para mejorar la atención quirúrgica aborda el uso de antibióticos profilácticos adecuados, lo que incluye:</p> <p>a. Programación preoperatoria de la administración de antibióticos profilácticos (dentro de la hora previa a la incisión, o 2 horas en el caso de vancomicina o fluoroquinolonas).</p> <p>b. Selección adecuada de antibióticos profilácticos según el tipo de procedimiento.</p> <p>c. Interrupción de los antibióticos profilácticos dentro de las 24 horas (48 en el caso de una cirugía de revascularización coronaria u otra cirugía cardíaca) posteriores a la hora de finalización de la cirugía.</p> <p>d. El programa para mejorar la atención quirúrgica aborda el retiro sin demora de la sonda urinaria, 1 o 2 días después de la operación, a menos que haya una razón documentada adecuada para continuar su uso.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> No corresponde (Marque en caso de que el centro de salud no realice cirugías y pase al punto H. Infección por <i>Clostridium difficile</i>)</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	
<p>2. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a los elementos del programa para mejorar la atención quirúrgica.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</p> <p>c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a su adhesión a los elementos del programa para mejorar la atención quirúrgica.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
G. Prevención de infecciones del sitio quirúrgico(SSI), continuación		
<p>4. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a las prácticas recomendadas de control de infecciones para la prevención de SSI.</p> <p>Confirme lo siguiente: La verificación incluye:</p> <p>a. Adhesión a las normas de higiene de las manos y limpieza prequirúrgicas</p> <p>b. Uso adecuado de la vestimenta y los paños quirúrgicos</p> <p>c. Adhesión a la técnica aséptica y campo estéril</p> <p>d. Requisitos de ventilación adecuada en quirófanos</p> <p>e. Reducción al mínimo del tráfico dentro del quirófano</p> <p>f. Adhesión a la limpieza y desinfección de las superficies ambientales</p> <p>g. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones.</p> <p>h. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</p> <p>i. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>h. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>i. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>5. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a su adhesión a las prácticas de control de infecciones quirúrgicas.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>6. El hospital monitorea los datos sobre SSI y los usa para orientar las actividades de prevención.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado está familiarizado con los datos sobre SSI de la NHSN.</p> <p>b. El encuestado puede describir cómo se usan los datos sobre SSI para orientar las actividades de prevención.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>7. El hospital informa los datos sobre ISS a los cirujanos y a otros miembros del personal de cirugía.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
H. Prevención de infecciones por <i>Clostridium difficile</i> (CDI)		
1. El hospital cuenta con médicos o enfermeros que abogan por las actividades de prevención de CDI.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
2. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a las prácticas recomendadas de control de infecciones para la prevención de CDI.  Confirme lo siguiente: La verificación incluye: a. Adhesión a las normas de higiene de las manos b. Uso adecuado del EPP c. Cumplimiento de las medidas de precaución de contacto, lo que incluye el uso de equipo exclusivo o desechable d. Adhesión a los procedimientos de limpieza y desinfección, lo que incluye el uso de desinfectantes esporicidas si es parte de la política del hospital e. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones. f. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones. g. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No d. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No e. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No f. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No g. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a su adhesión a las prácticas recomendadas de control de infecciones para la prevención de CDI.  Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones. b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
4. El hospital cuenta con estrategias específicas vigentes de vigilancia del uso de antibióticos para reducir CDI.  <i>Nota: Consulte la sección III.8 para informarse sobre la evaluación completa del programa de vigilancia del uso de antibióticos.</i>  Confirme lo siguiente: a. El hospital cuenta con estrategias para reducir el uso innecesario de antibióticos que sean de alto riesgo para CDI (p. ej., fluoroquinolonas, 3.a o 4.a generación de cefalosporinas). b. El hospital revisa la pertinencia de los antibióticos prescritos para el tratamiento de otras afecciones (p. ej., infección de las vías urinarias) en pacientes con un diagnóstico nuevo o reciente de CDI. c. El hospital instruye a los proveedores acerca del riesgo de CDI que implican los antibióticos. d. El hospital instruye a los pacientes y a sus familias sobre el riesgo de CDI que implican los antibióticos.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No d. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
H. Prevención de infecciones por <i>Clostridium difficile</i> (CDI), continuación		
5. El hospital monitorea los datos sobre CDI y los usa para orientar las actividades de prevención. Confirme lo siguiente: a. El encuestado está familiarizado con los datos sobre ICD de la NHSN. b. El encuestado puede describir cómo se usan los datos sobre CDI para orientar las actividades de prevención.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
6. El hospital informa al personal de primera línea los datos sobre CDI. Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones. b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
I. Limpieza ambiental		
<p>1. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes para la limpieza ambiental.</p> <p>Confirme lo siguiente :</p> <p>a. La capacitación se imparte a todo el personal a cargo de limpiar y desinfectar las áreas de atención de pacientes. El personal puede incluir, entre otros, a empleados de servicios ambientales, personal de enfermería, auxiliares de enfermería y técnicos.</p> <p>b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de que se les permita realizar la limpieza ambiental.</p> <p>c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo.</p> <p>d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos equipos o protocolos.</p> <p>e. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes para la limpieza ambiental (es decir que un instructor supervisa que la técnica sea correcta) luego de cada capacitación.</p> <p>f. El hospital mantiene documentación actualizada sobre las aptitudes en procedimientos de limpieza ambiental de todo el personal que limpia y desinfecta las áreas de atención de pacientes.</p> <p>g. Si el hospital contrata servicios de limpieza ambiental, el contratista cuenta con un programa de capacitación similar.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>No corresponde <input type="radio"/></p>	
<p>2. El hospital cuenta con políticas que definen claramente las responsabilidades de limpieza y desinfección de los equipos no críticos, dispositivos móviles y otros aparatos electrónicos (p. ej., monitores de la unidad de cuidados intensivos [UCI], superficies de respiradores, escáneres de códigos de barra, dispositivos en puntos de atención, estaciones de trabajo móviles, carros de paradas, kits de intubación).</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. El hospital cuenta con protocolos para garantizar que el personal de atención médica pueda identificar rápidamente el equipo que ha sido limpiado y desinfectado, y que está listo para ser usado con el paciente (p. ej., sistema de etiquetado, ubicación en un área limpia y especialmente destinada al equipo).</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>4. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a los procedimientos de limpieza y desinfección, lo que incluye el uso de productos de acuerdo con las instrucciones del fabricante (p. ej., dilución, almacenamiento, vida útil, tiempo de contacto).</p> <p>Confirme lo siguiente :</p> <p>a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones (p. ej., tecnología de monitoreo, observación directa).</p> <p>b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</p> <p>c. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>5. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a su adhesión a los procedimientos de limpieza y desinfección.</p> <p>Confirme lo siguiente :</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
<p>J. Reprocesamiento de los dispositivos</p> <p>Esta sección se refiere a todos los dispositivos médicos que podrían ser reutilizados en el hospital. Las categorías de dispositivos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los elementos críticos (p. ej., instrumentos quirúrgicos) son objetos que ingresan en los tejidos estériles o en el sistema vascular y deben esterilizarse antes de su uso.</li> <li>• Los elementos semicríticos (p. ej., endoscopios para endoscopia superior y colonoscopia, hojas de laringoscopia) son objetos que tienen contacto con membranas mucosas o piel no intacta y que requieren, como mínimo, una desinfección de alto nivel antes de su reutilización.</li> <li>• Los elementos no críticos (p. ej., tensiómetros, dispositivos en puntos de atención) son objetos que pueden entrar en contacto con piel intacta, pero no con membranas mucosas, y que deben limpiarse y someterse a una desinfección de nivel bajo o intermedio, según la naturaleza y el grado de contaminación (véase la Sección I, Limpieza ambiental, anteriormente mencionada).</li> </ul> <p>Los dispositivos de un solo uso son etiquetados por el fabricante para un solo uso y no contienen instrucciones de reprocesamiento. No se los puede reutilizar, a menos que hayan sido reprocesados para tal fin por entidades que hayan cumplido los requisitos reguladores de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que hayan recibido la autorización de este organismo para reprocesar dispositivos de un solo uso específicos.</p>		
<p>1. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes en el reprocesamiento de dispositivos <b>críticos</b>.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. La capacitación se imparte a todo el personal encargado de reprocesar dispositivos críticos.</p> <p>b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de que se les permita reprocesar dispositivos críticos.</p> <p>c. La capacitación se imparte una vez al año como mínimo.</p> <p>d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos dispositivos o protocolos.</p> <p>e. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en el reprocesamiento de dispositivos (es decir que un instructor supervisa que la técnica sea la correcta) luego de cada capacitación.</p> <p>f. El hospital mantiene documentación actualizada de las aptitudes en los procedimientos de reprocesamiento de todo el personal que realiza esta tarea.</p> <p>g. Si el hospital contrata un servicio de reprocesamiento de dispositivos críticos, el contratista cuenta con un programa de capacitación similar, que incluye los dispositivos específicos utilizados por el hospital.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> No corresponde (Marque en el caso de que el centro de salud no reprocese dispositivos críticos y pase al punto #4)</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>No corresponde <input type="radio"/></p>	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
J. Reprocesamiento de los dispositivos, continuación		
2. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión los procedimientos de reprocesamiento de los dispositivos <b>críticos</b> . Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones. b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones. c. Las verificaciones se realizan en todos los lugares donde se reprocesan dispositivos críticos (p. ej., reprocesamiento estéril central, quirófanos), que incluyen los sitios donde se realizan las etapas iniciales de limpieza (p. ej., punto de uso). d. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  d. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
3. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a la adhesión a los procedimientos de reprocesamiento de dispositivos <b>críticos</b> . Confirme lo siguiente: a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones. b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No  a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
J. Reprocesamiento de los dispositivos, continuación		
<p>4. El hospital cuenta con un programa de capacitación que mide las aptitudes para el reprocesamiento de dispositivos <b>semicríticos</b>.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. La capacitación se imparte a todo el personal encargado de reprocesar dispositivos semicríticos.</p> <p>b. La capacitación se imparte al momento de la contratación, antes de que se les permita reprocesar dispositivos semicríticos.</p> <p>c. La capacitación se imparte una vez al año, como mínimo.</p> <p>d. La capacitación se imparte cuando se agregan nuevos dispositivos o protocolos.</p> <p>e. Se exige al personal que demuestre sus aptitudes en el reprocesamiento de dispositivos (es decir que un instructor supervisa que la técnica sea la correcta) luego de cada capacitación.</p> <p>f. Hospital maintains current documentation of competency with reprocessing procedures for all personnel who reprocess semi-critical devices.</p> <p>g. El hospital mantiene documentación actualizada sobre las aptitudes en los procedimientos de reprocesamiento de dispositivos semicríticos de todo el personal que realiza esa tarea.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> No corresponde</p> <p>(Marque en el caso de que el centro de salud no reprocese dispositivos y pase al punto #7)</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>No corresponde <input type="radio"/></p>	
<p>5. El hospital verifica (monitorea y documenta) sistemáticamente la adhesión a los procedimientos de reprocesamiento de dispositivos <b>semicríticos</b>.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir el proceso aplicado para las verificaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir la frecuencia de las verificaciones.</p> <p>c. Las verificaciones se realizan en todos los lugares donde se reprocesan dispositivos semicríticos (p. ej., reprocesamiento estéril central, salas de endoscopia), que incluyen los sitios donde se realizan las etapas iniciales de limpieza (p. ej., punto de uso).</p> <p>d. El encuestado puede describir el proceso de mejora aplicado cuando se observa la falta de adhesión.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	

II. Capacitación en control de infecciones, aptitudes e implementación de políticas y procedimientos		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
J. Reprocesamiento de los dispositivos, continuación		
<p>6. El hospital informa al personal los resultados de las verificaciones relativas a la adhesión a los procedimientos de reprocesamiento de dispositivos <b>semicríticos</b>.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo se informan las observaciones.</p> <p>b. El encuestado puede describir con qué frecuencia se informan las observaciones.</p>	<p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>	
<p>7. Si el hospital reutiliza <b>dispositivos de un solo uso</b>, el reprocesamiento de los dispositivos está a cargo de una entidad aprobada por la FDA.</p>	<p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> No corresponde (Marque en el caso de que el hospital no reutilice dispositivos de un solo uso)</p>	
<p>8. El hospital mantiene documentación de las actividades de reprocesamiento.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El hospital mantiene registros de cada ciclo de esterilización, que incluye los resultados de cada carga.</p> <p>b. El hospital tiene la documentación que demuestra que las sustancias químicas utilizadas para la desinfección de alto nivel se someten a pruebas sistemáticas para verificar la concentración adecuada, y son reemplazadas debidamente.</p> <p>c. El hospital mantiene documentación de las actividades de reprocesamiento.</p>	<p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>	
<p>9. El hospital prevé el tiempo adecuado de reprocesamiento para garantizar la adhesión a todos los pasos recomendados por el fabricante del dispositivo, lo que incluye el secado y el almacenamiento adecuado.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El hospital cuenta con la cantidad de instrumentos adecuada para el volumen de procedimientos realizados, lo que permite el tiempo suficiente para efectuar todas las etapas de reprocesamiento.</p> <p>b. El cronograma de procedimientos contempla el tiempo suficiente para todas las etapas de reprocesamiento.</p> <p>c. El hospital no utiliza sistemáticamente la esterilización con vapor para uso inmediato (IUSS).</p>	<p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>	
<p>10. El programa de prevención de infecciones es consultado siempre que se compran o agregan dispositivos o productos nuevos para garantizar la implementación de las políticas y los procedimientos de reprocesamiento adecuados.</p>	<p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>	
<p>11. El hospital cuenta con políticas y procedimientos que describen la respuesta del hospital (es decir, evaluación del riesgo y retiro del dispositivo) en el caso de que haya un error o una falla de reprocesamiento.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El prevencionista de infecciones puede describir cómo se realizaría la evaluación de riesgos, lo que incluye cómo el hospital identificaría a los pacientes que podrían haber estado expuestos a un dispositivo incorrectamente reprocesado.</p>	<p><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>	

III. Sistemas para detectar, prevenir y responder a infecciones relacionadas con la atención médica y con los organismos resistentes a múltiples fármacos (MDRO)		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
<p>1. El hospital cuenta con un sistema vigente de detección temprana y manejo de personas infecciosas <b>en los puntos de registro iniciales del establecimiento</b>, lo que incluye el aislamiento inmediato según corresponda.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. Los antecedentes ocupacionales y de viajes se incluyen como parte de los protocolos de admisión y triaje.</p> <p>b. El hospital cuenta con un sistema para identificar (señalar) a pacientes con MDRO específicos al momento de la readmisión, de modo que puedan tomarse las precauciones adecuadas.</p> <p>El hospital cuenta con un programa de higiene respiratoria y normas de higiene para la tos que incluye:</p> <p>c. Colocar carteles en las entradas.</p> <p>d. Suministrar pañuelos de papel y recipientes (que no tengan que tocar) para desecharlos.</p> <p>e. Proveer suministros para la higiene de las manos en las áreas de espera o cerca de ellas.</p> <p>f. Ofrecer mascarillas a los pacientes con tos y a otros individuos sintomáticos al ingresar al centro de salud.</p> <p>g. Habilitar espacio en las áreas de espera de los pacientes (p. ej., sala de espera del área de emergencias) y recomendar a las personas con síntomas de infecciones respiratorias que se sienten lo más lejos posible de los demás.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>d. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>e. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>f. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>g. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>2. El hospital cuenta con sistemas vigentes para la detección temprana y el aislamiento de pacientes infecciosos <b>durante su internación</b>, lo que incluye el aislamiento inmediato de tales pacientes según corresponda.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. Hay un mecanismo para que el laboratorio de microbiología clínica notifique de inmediato al prevencionista de infecciones cuando se detecten nuevos patrones de resistencia o agentes patógenos resistentes a los antimicrobianos.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>3. El hospital cuenta con un sistema vigente de comunicación <b>entre centros de salud</b> para informar el estado infeccioso y la necesidad de aislamiento de los pacientes <b>antes de transferirlos a</b> otros centros.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir los métodos empleados para garantizar que el estado infeccioso y la necesidad de aislamiento se informen a los centros de salud receptores.</p> <p>b. El hospital cuenta con un sistema para notificar a los centros de salud receptores sobre las pruebas microbiológicas (p. ej., cultivos) que estén pendientes al momento de la transferencia</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	

III. Sistemas para detectar, prevenir y responder a infecciones asociadas a la atención médica y a organismos resistentes a múltiples fármacos (MDRO), continuación		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
<p>4. El hospital cuenta con un sistema vigente de comunicación <b>entre centros de salud</b> para identificar el estado infeccioso y la necesidad de aislamiento de los pacientes <b>antes de aceptar su transferencia</b> desde otros centros.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir los métodos empleados para garantizar que los centros de salud que transfieren pacientes les informen el estado infeccioso y la necesidad de aislamiento.</p> <p>b. El hospital cuenta con un sistema para hacer un seguimiento de los resultados de las pruebas microbiológicas (p. ej., cultivos) que estén pendientes al momento de la transferencia.</p> <p>c. Si el hospital identifica una infección que pueda estar relacionada con la atención médica suministrada en otro centro de salud (p. ej., hospital, hogar de ancianos, centro médico), se lo notifica a ese centro de salud.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>c. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>5. El hospital cuenta con un sistema vigente de comunicación <b>entre centros de salud</b> para identificar el estado infeccioso y la necesidad de aislamiento de los pacientes antes de transferirlos a otras unidades o espacios compartidos (p. ej., radiología, fisioterapia, departamento de emergencias) dentro del hospital.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir los métodos empleados para garantizar que el estado infeccioso y la necesidad de aislamiento se informen a las unidades receptoras.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>6. El hospital cuenta con un programa de vigilancia para monitorear la incidencia de organismos epidemiológicamente importantes (p. ej., enterobacterias resistentes a los carbapenémicos [CRE]) e infecciones determinadas, asociadas a la atención médica.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El encuestado puede describir cómo el hospital determina qué organismos e infecciones asociadas a la atención médica (HAI) debe rastrear.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	
<p>7. El hospital usa los datos de la vigilancia para implementar rápidamente medidas correctivas al detectar la transmisión de organismos epidemiológicamente importantes (p. ej., CRE), o incrementos o niveles persistentemente elevados de los índices de infecciones asociadas a la atención médica.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El método de recolección de datos permite dar una respuesta oportuna a los problemas identificados.</p>	<p><input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí   <input type="radio"/> No</p>	

III. Sistemas para detectar, prevenir y responder a infecciones asociadas a la atención médica y a organismos resistentes a múltiples fármacos (MDRO), continuación

Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
<p>8. El hospital cuenta con un programa de vigilancia del uso de antibióticos que cumple con los 7 elementos básicos de los CDC enumerados a continuación (a - g).</p> <p><i>Nota: El programa de vigilancia del uso de antibióticos debe evaluarse conjuntamente con el personal experimentado en este área (p. ej., médico o farmacéutico a cargo de la vigilancia del uso). Las respuestas deben extraerse de las preguntas sobre las prácticas de vigilancia del uso de antibióticos de la encuesta anual hospitalaria de la NHSN (preguntas 23-34) si están disponibles.</i></p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. Compromiso de los directivos del hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El hospital cuenta con una declaración de apoyo por escrito de los directivos, que respalda las iniciativas para mejorar el uso de los antibióticos (vigilancia del uso de antibióticos), <u>Q</u></li> <li>○ El hospital otorga refuerzos salariales por el tiempo específico dedicado a actividades de vigilancia del uso de antibióticos.</li> </ul> <p>b. Liderazgo del programa (responsabilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El hospital cuenta con un líder responsable de los resultados de las actividades de vigilancia del uso de antibióticos.</li> </ul> <p>c. Experiencia en fármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El hospital cuenta, como mínimo, con un farmacéutico responsable de mejorar el uso de los antibióticos.</li> </ul> <p>d. Tomar medidas (como mínimo, una de las medidas enumeradas a continuación para mejorar las prácticas de prescripción de antibióticos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El hospital cuenta con una política que exige a los profesionales de la salud que dejen constancia de la razón para el uso (indicación) de todos los antibióticos que prescriban, ya sea en la historia clínica o durante el ingreso de la orden médica.</li> <li>○ El hospital cuenta con recomendaciones para tratamientos específicos del hospital, basadas en directrices nacionales y susceptibilidades locales, para ayudar en la selección de antibióticos para condiciones clínicas comunes.</li> <li>○ Hay un procedimiento formal para que todos los profesionales clínicos revisen la adecuación de todos los antibióticos 48 horas después de que sea emitida la orden inicial (p. ej., pausa y reevaluación del antibiótico o "antibiotic time out").</li> <li>○ El hospital cuenta con agentes antibióticos especificados que deben ser aprobados por un médico o farmacéutico antes de administrarlos en el establecimiento.</li> <li>○ El médico o farmacéutico revisa el ciclo de terapia de agentes antibióticos especificados y comunica los resultados a los profesionales médicos que los prescriben.</li> </ul> <p>e. Seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El hospital monitorea el uso de los antibióticos (consumo).</li> </ul> <p>f. Informe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El programa de vigilancia del uso de antibióticos envía observaciones a los profesionales médicos sobre cómo mejorar la forma en que prescriben antibióticos.</li> </ul> <p>g. Educar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ El programa de vigilancia del uso de antibióticos instruye a los profesionales clínicos y a otros miembros del personal pertinentes sobre cómo mejorar el uso de los antibióticos.</li> </ul>	<p>○ Sí ○ No</p> <p>a. ○ Sí ○ No</p> <p>b. ○ Sí ○ No</p> <p>c. ○ Sí ○ No</p> <p>d. ○ Sí ○ No</p> <p>e. ○ Sí ○ No</p> <p>f. ○ Sí ○ No</p> <p>g. ○ Sí ○ No</p>	

III. Sistemas para detectar, prevenir y responder a infecciones asociadas a la atención médica y a organismos resistentes a múltiples fármacos (MDRO), continuación		
Elementos a evaluar	Evaluación	Notas y áreas de mejora
<p>9. El hospital cuenta con un programa de salud ocupacional que, además de cumplir con los requisitos federales y estatales (p. ej., los de la Organización de Seguridad y Salud Ocupacional [OSHA]), incluye políticas relativas al contacto entre los pacientes y el personal que tenga alguna afección potencialmente transmisible.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El programa cuenta con políticas de exclusión laboral que alientan a notificar las enfermedades y no contemplan sanciones que involucren la pérdida de salario, beneficios o situación profesional.</p> <p>b. Se instruye al personal para que, en caso de tener una enfermedad, lo informe a la brevedad al supervisor y al programa de salud ocupacional.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	
<p>10. El hospital sigue las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) para inmunizar al personal de atención médica, lo que incluye suministrar la vacuna contra la hepatitis B y vacuna contra la influenza.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	
<p>11. El hospital cumple los requisitos de notificación obligatoria el requisito de reportar ciertas enfermedades, infecciones asociadas a la atención médica (según corresponda) y brotes potenciales.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. El hospital puede identificar el(los) punto(s) de contacto en el departamento de salud local o estatal en caso de que haya riesgo de HAI.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	
<p>12. El hospital implementa medidas de control de infecciones correspondientes a las tareas de construcción, renovación, demolición y reparación, lo que incluye efectuar una evaluación de riesgo de control de infecciones (ICRA) antes de poner en marcha un proyecto.</p> <p>Confirme lo siguiente:</p> <p>a. Se consulta al programa de prevención de infecciones cuando van a efectuarse tareas de construcción, renovación, demolición o reparación.</p> <p>b. Los elementos de la ICRA se incluyen en todos los contratos relacionados con tareas de construcción, renovación, demolición y reparación.</p>	<p><input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>a. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p> <p>b. <input type="radio"/> Sí    <input type="radio"/> No</p>	

### Sección 3: Observación directa de las prácticas del centro de salud (opcional)

Ciertas fallas en el control de infecciones (p. ej., volver a usar jeringas en más de un paciente o acceder al envase de un medicamento que ya fue usado al atender a otros pacientes posteriormente, reutilizar lancetas) pueden traer como consecuencia la transmisión de patógenos por sangre y se deben frenar inmediatamente. La identificación de estas fallas amerita la notificación y evaluación adecuada de los pacientes potencialmente afectados.

Ejemplos de herramientas de verificación para las observaciones directas:

#### Control de infecciones en general

[Planilla de control de infecciones para los hospitales de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid \[PDF – 49 paginas\]](https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/Downloads/Survey-and-Cert-Letter-15-12-Attachment-1.pdf): <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/SurveyCertificationGenInfo/Downloads/Survey-and-Cert-Letter-15-12-Attachment-1.pdf>

Listas de control de verificación disponibles para observaciones de:

- Higiene de las manos
- Uso del equipo de protección personal
- Inserción y mantenimiento de sondas urinarias permanentes
- Inserción y mantenimiento de catéteres venosos centrales
- Seguridad relacionada con las inyecciones
- Servicios ambientales
- Reprocesamiento de equipos (dispositivos no críticos, semicríticos, críticos reutilizables y de un solo uso)
- Respirador/Terapia respiratoria
- Procedimientos para la aplicación de inyecciones espinales
- Dispositivos en los puntos de atención
- Medidas de precaución para evitar la transmisión (por contacto, por goteo, aérea)
- Procedimientos quirúrgicos

#### • Herramientas de verificación de la higiene de las manos

- [Medición de la adhesión a las normas de higiene de las manos: cómo superar los desafíos \[PDF - 234 paginas\]](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf): [http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh\\_monograph.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf)
- [Hand Hygiene Observation Record \[PDF - 2 paginas\]](http://www.ascquality.org/Library/handhygienetoolkit/Hand%20Hygiene%20Observation%20Template.pdf): <http://www.ascquality.org/Library/handhygienetoolkit/Hand%20Hygiene%20Observation%20Template.pdf>

#### • Cómo colocarse y quitarse el equipo de protección personal (EPP)

- [Secuencia indicada por los CDC para colocarse y quitarse el equipo de protección personal \[PDF – 3 paginas\]](http://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/PPE-Sequence.pdf): <http://www.cdc.gov/hai/pdfs/ppe/PPE-Sequence.pdf>

#### • Uso, inserción y mantenimiento adecuados de sondas urinarias

- [Herramienta de prevención de CAUTI de la Asociación Estadounidense de Enfermería](http://nursingworld.org/CAUTI-Tool): <http://nursingworld.org/CAUTI-Tool>
- [Guía de implementación del kit de herramientas de evaluación dirigida a la prevención \(TAP\) de CAUTI desarrollada por los CDC](https://www.cdc.gov/HAI/prevent/tap/cauti.html): <https://www.cdc.gov/HAI/prevent/tap/cauti.html>

#### • Uso, inserción y mantenimiento adecuados de catéteres venosos centrales

- [Lista de control de los CDC para la prevención de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el uso de vías centrales \[PDF - 1 página\]](http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/bsi/checklist-for-CLABSI.pdf): <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/bsi/checklist-for-CLABSI.pdf>
- [Herramientas de la AHRQ para reducir las CLABSI](http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/clabsitools/index.html): <http://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/clabsitools/index.html>

#### • Prácticas de inyección seguras

- [Lista de control de seguridad relacionada con las inyecciones \[PDF - 1 página\]](https://www.cdc.gov/injectionsafety/PDF/Safe-Injection-Checklist-P.pdf): <https://www.cdc.gov/injectionsafety/PDF/Safe-Injection-Checklist-P.pdf>

- **Control de infecciones ambientales**

- [Lista de los CDC de verificación ambiental para el monitoreo de la limpieza terminal \[PDF - 1 página\]:](http://www.cdc.gov/hai/toolkits/environmental-cleaning-checklist-10-6-2010.pdf)  
<http://www.cdc.gov/hai/toolkits/environmental-cleaning-checklist-10-6-2010.pdf>
- [Planilla de los CDC para la evaluación de la limpieza ambiental:](http://www.cdc.gov/hai/toolkits/evaluating-environmental-cleaning.html)  
<http://www.cdc.gov/hai/toolkits/evaluating-environmental-cleaning.html>
- [Evaluación de riesgo de control de infecciones \(IRCA\) durante tareas de construcción y renovación \[PDF – 4 paginas\]:](https://www.nebraskamed.com/sites/default/files/documents/For%20Providers/ICAP%20Basic-ICRA-with-Matrix.pdf) <https://www.nebraskamed.com/sites/default/files/documents/For%20Providers/ICAP%20Basic-ICRA-with-Matrix.pdf>

## Sección 4: Directrices para el control de infecciones y otros recursos

- **Medidas generales de prevención de infecciones**
  - [Directrices y recomendaciones de los CDC y del HICPAC:](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/index.html)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/index.html>
- **Evaluación de riesgos de infección en centros de salud**
  - [Análisis de la evaluación de riesgos de control de infecciones \(documento en Excel\):](https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/APIC/eb3f0499-9134-44a4-9b14-f1d9f3915c3f/UploadedImages/ICRiskAssessmentAnalysis.xls)  
<https://higherlogicdownload.s3.amazonaws.com/APIC/eb3f0499-9134-44a4-9b14-f1d9f3915c3f/UploadedImages/ICRiskAssessmentAnalysis.xls>
- **Higiene de las manos**
  - [Directrices para la higiene de las manos en centros de atención médica \[PDF - 56 paginas\]:](http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf)  
<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>
  - [Higiene de las manos en entornos de atención médica:](http://www.cdc.gov/handhygiene) <http://www.cdc.gov/handhygiene>
- **Equipo de protección personal**
  - [Directrices para las medidas de precaución de aislamiento del 2007: cómo prevenir la transmisión de agentes infecciosos en entornos de atención médica:](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
  - [Guía para la selección y el uso de equipos de protección personal en entornos de atención médica:](http://www.cdc.gov/HAI/prevent/ppe.html)  
<http://www.cdc.gov/HAI/prevent/ppe.html>
- **Infecciones de las vías urinarias relacionadas con el uso de sondas (CAUTI)**
  - [Directrices para la prevención de infecciones de las vía urinarias relacionadas con el uso de sondas, 2009:](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/cauti/index.html)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/cauti/index.html>
- **Infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el uso de vías centrales (CLABSI)**
  - [Directrices para la prevención de infecciones relacionadas con el uso de catéteres intravasculares, 2011:](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html>
- **Eventos relacionados con el uso de respiradores (VAE)**
  - [Directrices para la prevención de neumonía asociada a la atención médica, 2003:](https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm)  
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>
- **Infecciones del sitio quirúrgico (SSI)**
  - [Directrices para la prevención de infecciones del sitio quirúrgico, 2017:](https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725)  
<https://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/fullarticle/2623725>
- **Prácticas de inyección seguras**
  - [Directrices para las medidas de precaución de aislamiento del 2007: Cómo prevenir la transmisión de agentes infecciosos en entornos de atención médica:](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
  - [Materiales web de los CDC sobre seguridad relacionada con las inyecciones:](http://www.cdc.gov/injectionsafety)  
<http://www.cdc.gov/injectionsafety>
  - [Video de capacitación de los CDC y materiales de la campaña de prácticas seguras relacionadas con las inyecciones:](https://www.cdc.gov/injectionsafety/one-and-only.html)  
<https://www.cdc.gov/injectionsafety/one-and-only.html>
- **Infección por *Clostridium difficile* (CDI) y organismos resistentes a múltiples fármacos (MDRO), incluso la vigilancia de antimicrobianos**
  - [Directrices para las medidas de precaución de aislamiento del 2007: Cómo prevenir la transmisión de agentes infecciosos en entornos de atención médica:](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
  - [Manejo de organismos resistentes a múltiples fármacos en entornos de atención médica, 2006:](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/index.html)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/index.html>
  - [Estrategias de la SHEA y de IDSA para la prevención de infecciones por \*Clostridium difficile\* en hospitales para enfermedades agudas: actualización de 2014:](http://www.jstor.org/stable/10.1086/676023)  
<http://www.jstor.org/stable/10.1086/676023>

## Herramienta de evaluación de las prácticas de control y prevención de infecciones en hospitales para enfermedades agudas

- [Directrices de la SHEA y la IDSA \[PDF - 25 paginas\]:](#)  
<http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/cdiff/Cohen-IDSA-SHEA-CDI-guidelines-2010.pdf>
- [Elementos básicos de los CDC para el programa de vigilancia del uso de antibióticos en los hospitales:](#)  
<https://www.cdc.gov/antibiotic-use/healthcare/implementation/core-elements.html>
- [Implementación de recursos para la vigilancia del uso de antibióticos de los CDC:](#)  
<https://www.cdc.gov/antibiotic-use/healthcare/implementation.html>
- [Lista de productos desinfectantes con acción esporicida contra \*C. difficile\*:](#) <https://www.epa.gov/pesticide-registration/list-k-epas-registered-antimicrobial-products-effective-against-clostridium>
- **Control de infecciones ambientales, que incluye la evaluación de riesgo de control de infecciones (ICRA)**
  - [Directrices para el control de infecciones ambientales en centros de atención médica:](#)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
- **Reprocesamiento de equipos**
  - [Directrices para la desinfección y esterilización en entornos de atención médica:](#)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/index.html>
  - [Reglamentaciones de la FDA relativas al reprocesamiento de dispositivos de un solo uso:](#)  
<http://wayback.archive-it.org/7993/20170111015341/http://www.fda.gov/MedicalDevices/DeviceRegulationandGuidance/ReprocessingofSingle-UseDevices/default.htm>
- **Análisis en el punto de atención**
  - [Prevención de infecciones durante el monitoreo de glucosa en sangre y la administración de insulina:](#)  
<http://www.cdc.gov/injectionsafety/blood-glucose-monitoring.html>
  - [Preguntas frecuentes \(FAQ\) sobre el monitoreo asistido de glucosa en sangre y la administración de insulina:](#)  
[http://www.cdc.gov/injectionsafety/providers/blood-glucose-monitoring\\_faqs.html](http://www.cdc.gov/injectionsafety/providers/blood-glucose-monitoring_faqs.html)
- **Higiene respiratoria y normas de higiene para la tos**
  - [Directrices para las medidas de precaución de aislamiento del 2007: cómo prevenir la transmisión de agentes infecciosos en entornos de atención médica:](#)  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
  - [Recomendaciones para prevenir la propagación de la influenza:](#)  
<https://espanol.cdc.gov/enes/flu/professionals/infectioncontrol/index.htm>
- **Seguridad del personal de atención médica**
  - [Directrices para el control de infecciones en el personal de atención médica:](#)  
<https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11563>
  - [Vacunación del personal de atención médica:](#) <http://www.cdc.gov/vaccines/adults/rec-vac/hcw.html>
  - [Estándar de la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional \(OSHA\) relativo a la prevención de pinchazos de agujas y a la exposición a patógenos de transmisión sanguínea:](#)  
<https://www.osha.gov/SLTC/bloodbornepathogens/index.html>
  - [Kit de herramientas del programa hospitalario de protección respiratoria \[PDF – 96 paginas\]:](#)  
<http://www.cdc.gov/niosh/docs/2015-117/pdfs/2015-117.pdf>
- **Recursos para brindar asistencia en la evaluación y respuesta ante el incumplimiento en el control de infecciones**
  - Patel PR, Srinivasan A, Perz JF. [Developing a broader approach to management of infection control breaches in health care settings.](#) Am J Infect Control 2008; 36(10):685-90. [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(08\)00683-4/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(08)00683-4/abstract)
  - [Medidas para evaluar el incumplimiento del control de infecciones:](#)  
[http://www.cdc.gov/hai/outbreaks/steps\\_for\\_eval\\_IC\\_breach.html](http://www.cdc.gov/hai/outbreaks/steps_for_eval_IC_breach.html)
  - [Kit de herramientas para la notificación a pacientes:](#)  
<http://www.cdc.gov/injectionsafety/pntoolkit/index.html>

MLS-297112