

**Cédula Única de Gestión para Identificar el Grado de Cumplimiento de Los
Procesos que intervienen en la Prevención de
Las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud.**

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.1 Entidad Federativa:	
1.2 Jurisdicción:	
1.3 Nombre Oficial del Hospital:	
1.4 CLUES:	
1.5 Dirección:	
1.6 Nombre del Director o responsable de la Unidad:	
1.7 Teléfono de la unidad:	
1.8 Nombre del responsable capacitado para llenado de la cédula:	
1.9 Correo Electrónico del Director o responsable de la unidad:	
1.10 Período evaluado: Mes y año	

2. ASPECTOS NORMATIVOS

Criterios a verificar	Sí <small>[Marcar con una X]</small>	No <small>[Marcar con una X]</small>
Para el mes inmediato anterior:		
2.1 ¿Hubo como mínimo una enfermera en salud pública o capacitada en epidemiología por cada 100 camas censables o menos de acuerdo a la NOM-045-SSA2-2005?		
2.2 ¿La persona designada entregó la Cédula Única de Gestión para Identificar el grado de cumplimiento de los procesos que intervienen en la prevención de las IAAS debidamente requisitada al CODECIN?		
2.3 ¿Existe evidencia del acta que el CODECIN sesionó?		
2.4 ¿Se cuenta con un área específica de acceso limitado para la preparación de medicamentos y cuenta con campana de flujo laminar según NOM-197-SSA1-2000 y NOM-022-SSA3-2012?		
2.5 ¿Cuenta con algún programa de capacitación, dirigidos al paciente, familiar, visitante y personal de salud referente a la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud?		
2.6 ¿Aplica un manual de procedimientos específicos para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la atención de la salud?		
2.7 ¿Hubo disponibilidad de agua corriente, jabón antiséptico líquido, toallas desechables, alcohol gel al 70% en áreas críticas para la correcta higiene de manos?		
2.8 ¿Hubo disponibilidad de agua corriente, jabón líquido, toallas desechables, alcohol gel al 70% en otras áreas del hospital para la higiene de manos acorde a la Guía Multimodal de la OMS?		
Si la respuesta es negativa en las pregunta 2.7 y 2.8 detalle el área y los faltantes:		

3. CAPACITACIÓN

Criterios a verificar	Resp. SI/NO	En caso de ser "SI" la respuesta a cada uno de los criterios a verificar, deberá Requirir el resto de las columnas:								
		Fecha de Elaboración	Fecha del curso	Número de cursos aplicados	Dirigido a:	Número de Asistentes	Evaluación de resultados			
		Si	No			Si	No			
3.1 ¿Aplica un cursos de capacitación en temas de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud dirigido al paciente, familiares y visitantes?										
3.2 ¿Se realizan cursos de capacitación en temas de prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud dirigido al personal del establecimiento de atención médica?										
3.3 ¿Aplica curso de capacitación para el manejo de asepsia, antisepsia, limpieza, desinfección y esterilización, dirigido al personal involucrado en el proceso por turno considerando a todos los profesionales de la salud?										
3.4 ¿Se cuenta con capacitación periódica de capacitación para el uso racional de antimicrobianos?										

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

4. ASPECTOS PRIORITARIOS

Cráterios a verificar	No [marcar con X]	Sí [marcar con X]
Para el mes inmediato anterior:		
4.1 ¿Aplica un programa integral de higiene de manos basado en la normatividad vigente?		
4.2 ¿Cuenta con un formato que evidencie el apego a la técnicas de higiene de manos en los 5 momentos de acuerdo al programa de higiene de manos?		
4.3 ¿Aplica un protocolo estandarizado para la correcta toma de muestras de hemocultivos?		
4.4 ¿Existe evidencia de la realización de dos hemocultivos periféricos tomados al mismo tiempo mediante técnica aséptica en caso de sospecha clínica de bacteriemia?		
4.5 ¿Existe evidencia de la realización de hemocultivos periférico y de catéter, cultivo de soluciones tomadas al mismo tiempo mediante técnica aséptica en caso de sospecha de bacteriemia asociada a contaminación de soluciones?		
4.6 ¿Aplica un programa de manejo de RPBI (Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos), en apego a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002?		
4.7 ¿Aplica protocolo estandarizado para prevenir las infecciones asociadas a la atención de la salud?		
4.8 ¿Aplica un protocolo estandarizado de bioseguridad para los trabajadores del hospital con énfasis en atención de accidentes laborales por material punzocortante?		
4.9 ¿Cuenta con evidencia documental del monitoreo de la cloración del agua en las áreas operativas del hospital según la NOM-197-SSA1-2000?		
4.10 ¿Aplica un proceso estandarizado para el manejo y transporte de la ropa hospitalaria?		
4.11 ¿Aplica un protocolo estandarizado para la toma, manejo y envío de muestras de laboratorio?		
4.12 ¿Existe evidencia de que se promueve la ventilación mecánica no invasiva en pacientes candidatos a esta alternativa?		

5. INDICADORES (Periodicidad mensual)

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