



Listas de Control



Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Prevención de Neumonías asociadas a ventilación mecánica

*1



Turno: TM TT TV TN TSDF Fecha:/...../.....

Servicio:

I.D. del Paciente:

Monitoreo diario (Registro escrito en HC)

(marcar con una X) SI NO NA

Se evaluó la necesidad de ARM

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se realizó interrupción / disminución diaria de la sedación

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se realizó prueba de ventilación espontánea diaria

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se realizó movilización temprana

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se realizó evaluación temprana de la nutrición enteral

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se verificó en el control diario que la presión del manguito sea la correcta

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Se realizó higiene bucal con remoción mecánica

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Observación directa del paciente

SI NO

Cabecera del paciente se encuentra entre 30° y 45°

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Cavidad bucal y mucosa limpias

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Sujeción del TET limpia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

*(1)Según protocolo institucional vigente

HC: Historia Clínica

NA: No aplica

TET: Tubo endotraqueal

Notas:

Fuente: recomendaciones del Consenso Taller ADECI - INE - SADI (2023)



Programa Nacional de Epidemiología y Control de Infecciones Hospitalarias



Instituto Nacional Epidemiología "Dr. Juan H. Jara"



ANLIS MALBRÁN
INSTITUTO NACIONAL DE LABORATORIO
INSTITUTO NACIONAL DE INFECCIONES