



Listas de Control



Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina

Mantenimiento y Curación de Catéter Central *1



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

Servicio:.....

I.D. del Paciente:.....

Mantenimiento de Catéter Central (CC)

Fecha de colocación del CC (optativo):/...../.....

	SI	NO
Evaluación de necesidad del CC registrada en historia clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de última curación vigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de perfus vigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura adecuada e intacta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circuito cerrado (autosellantes o llaves de 3 vías)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Curación de Catéter Central

Previo al procedimiento, el operador:

	SI	NO
Preparó los insumos a utilizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante el procedimiento, el operador:

	SI	NO
Realizó higiene de manos *2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Removió cobertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizó higiene de manos *2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se colocó guantes estériles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizó antiséptico correcto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respetó el tiempo de secado según recomendación del fabricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizó cobertura estéril y fijación correcta del CC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colocó rótulo con fecha de curación del CC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizó higiene de manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* (1) Según protocolo institucional vigente de curación y mantenimiento de catéter central (CC).

* (2) Higiene de manos según los 5 momentos de la OMS y Técnica Correcta

Notas:

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