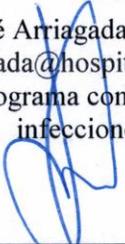
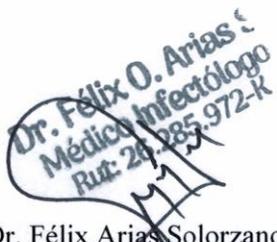
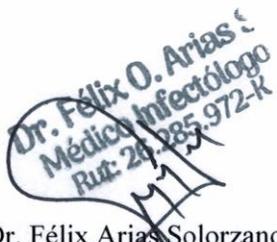




Hospital Curicó.
Calidad y seguridad del paciente.
Programa control de infecciones.
Inducción IAAS – 2025/2026.



Inducción programa control de infecciones. Estamento médico¹.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p> EU Andrés Baeza Cáceres (abaeza@hospitalcurico.cl) Programa control de infecciones.</p> <p> EU Lúcia Fariás Miranda (lfarias@hospitalcurico.cl) Epidemiología.</p> <p> EU José Arriagada Avendaño. (jarriagada@hospitalcurico.cl) Programa control de infecciones.</p>	<p> Dr. Félix O. Arias Solorzano. (farias@hospitalcurico.cl) Programa control de infecciones.</p> <p></p>	<p> Dra. Amalia Hermoso Tovar. (ahermoso@hospitalcurico.cl) Calidad y seguridad del paciente.</p> <p></p>
<p>Hospital Curicó. Calidad y seguridad del paciente. Programa control de infecciones.</p>		

¹ Aplica para médicos cirujanos, odontólogos y químicos farmacéuticos.



Contenido.

Introducción.	4
Equipo programa control de infecciones.....	4
Objetivos y metas PCI.....	4
Objetivo general.	4
Objetivos específicos.	4
Desarrollo.....	5
1.- Precauciones estándar.	5
1.1.- Técnica aséptica.	6
1.2.- Higiene de manos.....	6
1.3.- Uso de equipos de protección personal.....	7
1.4.- Punciones vasculares e inyecciones seguras.....	7
1.5.- Prevención de accidentes cortopunzantes.....	8
1.6.- Higiene respiratoria.....	9
2.- Precauciones específicas.....	9
2.1.- Precauciones para transmisión aérea.....	9
2.2.- Precauciones para transmisión por gotas.....	10
2.3.- Precauciones para transmisión por contacto.....	10
2.4.- Precauciones para pacientes inmunocomprometidos.....	11
3.- Medidas para la prevención de infecciones.....	11
3.1.- Infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres urinarios.....	11
3.2.- Infecciones asociadas a catéteres vasculares.....	11
3.3.- Neumonía asociada a ventilación mecánica.....	12
3.4.- Infecciones respiratorias virales en pediatría.....	12
3.5.- Infecciones del sitio quirúrgico.....	12
3.6.- Prevención de endometritis puerperal.....	13
3.7.- Prevención de COVID-19.....	13
3.8.- Prevención de infecciones del sistema nervioso central por DVE.....	13
3.9.- Prevención de infecciones asociadas a catéter de quimioterapia.....	14
3.10.- Prevención de infecciones asociadas a catéter de diálisis.....	15
4.- Control de antimicrobianos.....	15
4.1.- Estrategias generales.....	16



4.2.- Estrategias grupo de acceso.	16
4.3.- Estrategias grupo de vigilancia.	17
4.4.- Estrategias grupo de reserva.	17
4.5.- Manejo empírico de infecciones frecuentes.....	18
4.5.1.- Neumonía adquirida en la comunidad pacientes adultos.	18
4.5.2.- Infección urinaria en pediatría.	18
4.5.3.- Infección urinaria en adultos.....	19
5.- Notificación y vigilancia de enfermedades transmisibles.....	21
5.1.- De notificación inmediata.	21
5.2.- De notificación dentro de las 24 horas.....	21
5.3.- De notificación centinela.	22
5.4.- Otros eventos de notificación inmediata.....	22
5.5.- Ingreso a EPIVIGILA.....	23
Bibliografía.	23
Anexos.....	25
Anexo N°1: Normas por cumplir según estamento para la prevención de IAAS.	25
Anexo N°2: Flujograma acción en accidente cortopunzante.	26
Anexo N°3: ¿Cómo completar proceso inducción?	27
Evaluación.....	28
Registro de modificaciones.	30



Introducción².

El departamento de calidad, seguridad del paciente y PCI (Programa control de infecciones) tiene como objetivo implementar la política de calidad que se focaliza en la seguridad de la atención de salud, situando a los usuarios como centro del proceso sanitario, con énfasis en el respeto a las personas, la transparencia, el compromiso y la responsabilidad por parte de las instituciones de salud, cautelando que las decisiones clínicas estén basadas en la mejor evidencia científica y recursos disponibles.

Se sustenta en un sistema de gestión de calidad basado en la evaluación y mejora continua de los procesos que prestan atención en salud, para lo cual las redes asistenciales y establecimientos que la componen deben contar con capital humano formado en calidad y comprometido con la cultura de calidad y seguridad de la atención³.

Equipo programa control de infecciones.

Las funciones del PCI (Norma técnica N°225) establecen que este programa es el responsable institucional de:

- Realizar la vigilancia epidemiológica activa de IAAS.
- Desarrollar las directrices locales para la estandarización de prácticas de prevención de IAAS.
- Estudiar y manejar brotes.
- Establecer los contenidos y estrategia de capacitación del personal en IAAS.
- Evaluar el cumplimiento de prácticas de prevención de IAAS.
- Participar en la selección de insumos para la prevención y control de IAAS.
- Definir los elementos técnicos de los planes de preparación y respuesta ante emergencias relacionadas con enfermedades transmisibles, tales como epidemias, desastres naturales y otros.

Para dudas, consultas o inquietudes en relación con manejo de pacientes infectados o colonizados dirigirse a abaeza@hospitalcurico.cl.

Objetivos y metas PCI⁴.

Objetivo general.

- Prevenir infecciones asociadas a la atención de salud entre pacientes y el equipo de salud, disminuyendo los costos asociados al evento.

Objetivos específicos.

- Elaborar estrategias para disminuir infecciones endémicas.

² Manual de organización departamento calidad y seguridad del paciente. Hospital Curicó – 2023.

³ www.minsal.cl

⁴ Metas y objetivos se actualizan de manera anual en Programa de actividades PCI, según diagnóstico situacional de IAAS.

- Establecer acciones para enfrentar infecciones epidémicas.
- Desarrollar prácticas de prevención de IAAS para todas las personas en riesgo de adquirirlas.

Desarrollo.

Las infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) son un problema de importancia de salud pública debido a que se asocian a mayor morbilidad, mortalidad, aumento del tiempo de hospitalización, mayor gasto y deterioro de la calidad de vida de las personas. Se estima que entre 5 – 15% de los pacientes hospitalizados adquirirán una IAAS, lo que representa una carga económica y asistencial significativa, más aún, considerando que un gran porcentaje de ellas son evitables con medidas efectivas de prevención y control, como la vigilancia epidemiológica.

Estas infecciones han tenido distintos nombres: Infecciones nosocomiales, infecciones adquiridas en el hospital, infecciones intrahospitalarias, infecciones hospitalarias, infecciones cruzadas, entre otros.

En la actualidad se prefiere denominarlas “Infecciones asociadas a la atención en salud”, reconociendo su epidemiología, especialmente al hecho que aspectos relacionados con la atención guardan relación con el mecanismo de producción y que se observan en distintos tipos de atención: Hospitalizados, ambulatorios, larga estadía, etc.

Una infección asociada a la atención en salud (IAAS) es aquella que ocurre en un paciente o el personal de salud durante o como consecuencia del proceso de atención en un hospital (Infecciones intrahospitalarias) o en otra institución sanitaria, y que no estaba presente o incubándose antes de este proceso.

Algunas infecciones producidas como consecuencia de la hospitalización se pueden manifestar después del egreso del paciente, como las infecciones tardías asociadas a implantes. También se consideran IAAS las infecciones del recién nacido adquiridas como consecuencia del pasaje por el canal del parto (Organización Mundial de la Salud, 2009).

1.- Precauciones estándar⁵.

Las precauciones estándar tienen por objetivo prevenir la transmisión de la mayoría de los agentes microbianos durante la atención en salud, en particular:

- Paciente a paciente por transmisión cruzada en que se trasladan los agentes microbianos en las manos del personal o por uso de equipos contaminados.

⁵ Protocolo precauciones estándar. Hospital Curicó – 2023.

- Pacientes al personal o personal a los pacientes.

Para la aplicación de las precauciones estándares no se requiere conocer si hay o no infección, se deben aplicar siempre. Se debe considerar que todo paciente está potencialmente colonizado o infectado con algún agente, que esto puede no ser aparente, y que puede ser transmitido en un entorno de atención en salud a otro paciente o al personal.

1.1.- Técnica aséptica⁶.

Es el conjunto de medidas destinado a la disminución de la contaminación microbiana durante procedimientos, en particular a aquellos en que se altera una barrera natural de defensa, como es el caso de punciones percutáneas, acceso e instalación de catéteres en sitios normalmente estériles, cirugía, entre otras. Los componentes de la técnica aséptica son:

- Higiene de manos.
- Preparación previa a procedimientos invasivos.
- Uso de barreras de protección personal.
- Delimitación de áreas y campos estériles.
- Uso de antisépticos.

Cada tipo de procedimientos tiene distintos requisitos. En general éstos se encuentran definidos localmente en los protocolos en la descripción del procedimiento mismo.

1.2.- Higiene de manos.

Tiene por objetivo eliminar la flora microbiana de las manos ya sea por acción mecánica o por destrucción de las células. Es un procedimiento aplicable a todo el equipo que entrega atención de salud.

Puede ser realizada de dos formas:

- Lavado con agua y jabón que consiste en mojar las manos y aplicar jabón; frotar todas las superficies; enjuagar las manos y secarse minuciosamente con una toalla descartable; usar la toalla para cerrar el grifo.
- Uso de solución antiséptica de alcohol, que consiste en aplicar la solución hasta que todas las áreas de las manos sean expuestas durante el proceso de frotado; se deberán frotar las manos hasta que se sequen⁷.

Entre los requisitos exigidos localmente para el lavado de manos se encuentran (Aplicable a todo funcionario que realice atención clínica directa):

- Mantener sus uñas cortas, limpias y sin esmalte de ningún tipo.
- No portar reloj, anillos, pulseras o alhajas de ningún tipo.

⁶ Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Curicó – 2019.

⁷ El uso de soluciones de alcohol requiere que las manos se encuentren limpias al ojo desnudo. Si se encuentran visiblemente sucias se deberá realizar lavado con agua y jabón.

- Utilizar manga al menos $\frac{3}{4}$.

1.3.- Uso de equipos de protección personal.

El uso de equipo de protección personal (EPP) está compuesto por distintas formas de barreras que se utilizan solas o combinadas para proteger las mucosas, vía aérea, piel y vestimenta del personal de salud del contacto con agentes infecciosos. El propósito es prevenir contaminación e infecciones en el personal de salud.

La selección del EPP dependerá de la naturaleza de la interacción con el paciente y la vía de transmisión del agente infeccioso, por lo que deben tomarse decisiones caso a caso.

Uso de guantes.	NO REEMPLAZA EL LAVADO DE MANOS. Tienen como objetivo prevenir que el material contaminado se ponga en contacto con la piel de las manos del operador y así prevenir la transmisión de agentes microbianos. Está indicado su uso si durante la atención se tocará material potencialmente infeccioso tal como secreciones, fluidos corporales, excreciones, mucosas, piel no intacta o si durante la atención es altamente probable que esto ocurra.
Uso de delantal o pechera.	Busca prevenir que la ropa del personal de salud se ensucie con material contaminado si durante la atención hay posibilidad de salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones.
Uso de protección facial.	Su uso busca proteger al personal de salud y paciente de recibir material contaminado en la boca, nariz o conjuntiva si durante la atención hay posibilidad de salpicaduras de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones y la transmisión de microorganismos que se transmiten por aerosoles o gotitas. Incluye el uso de mascarillas, antiparras y escudos faciales.

1.4.- Punciones vasculares e inyecciones seguras.

Entre las medidas para lograr inyecciones seguras están:

- Utilizar los dispositivos con mecanismos de seguridad si se dispone de ellos.
- No recapsular agujas después de su uso.
- Desechar inmediatamente después de su uso los elementos cortopunzantes.
- Informar inmediatamente a encargado de cualquier accidente con elementos cortopunzantes según protocolo o normativa del servicio.
- Al ingreso al trabajo contar con el esquema de vacunación contra hepatitis B.
- Contar con una dotación suficiente de cajas para eliminación de material cortopunzante.
- Las cajas de cortopunzante deben ubicarse en las áreas sucias delimitadas y estar dispuestas cerca de los lugares donde se realizan procedimientos y donde permita eliminar en forma inmediata el elemento cortopunzante.

- La eliminación de material cortopunzante debe ser inmediatamente después de realizado el procedimiento.
- La caja de eliminación de material cortopunzante se debe desechar cuando esté ocupado en tres cuartos de su capacidad.
- No se debe eliminar líquidos libres en la caja para cortopunzante.

1.5.- Prevención de accidentes cortopunzantes⁸.

El riesgo de adquirir infección por accidente con instrumento cortopunzante, de paciente con patología infecciosa conocida por el VHB es de 27% a 37%, por VHB de 1.8% y por VIH de 0.3%.

Frente a estas situaciones es importante realizar una descripción de definiciones:

Fuente.	<p>Persona de quien proviene la sangre o fluidos corporales que están involucrados en una exposición laboral.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fuente conocida: Corresponde al paciente, con que se origina el accidente. ▪ Fuente desconocida: Se refiere a que se desconoce la fuente del objeto cortopunzante que causo el accidente, incluye los elementos abandonados o pacientes que rechazan la toma de muestras virales, por lo que se desconoce su estado serológico.
Personal expuesto.	<p>Es aquel que ha sido pinchado o cortado con aguja o material cortopunzante contaminado o aquel que ha expuesto su piel o mucosa en forma significativa con sangre, fluidos de riesgo.</p>
Exposición con riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Herida profunda que causa sangramiento, provocada por un instrumento con lumen, con sangre o fluido corporal de riesgo, o a simple vista contaminada con sangre o fluido corporal de riesgo. ▪ Exposición de mucosas o herida, a sangre o fluido corporal a simple vista contaminado con sangre. ▪ Derrame de sangre o fluido corporal con riesgo en una solución de continuidad de la piel tales como herida, dermatosis o eczema.
Exposición sin riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Herida superficial, que no causa sangramiento o escarificación. ▪ Herida con instrumento que no está a simple vista contaminado con sangre o fluido corporal con riesgo. ▪ Exposiciones de piel intacta o sana con sangre o fluido corporal de cualquier tipo.
Fluidos de alto riesgo.	<p>Sangre, semen, flujo vaginal, leche materna, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico y amniótico.</p>
Fluidos de bajo riesgo.	<p>Saliva, lagrimas, sudor, orina o deposiciones no contaminadas con sangre visible.</p>

⁸ Protocolo procedimiento prevención y manejo de accidentes con sangre o fluidos corporales de riesgo y medicamentos antineoplásicos. Hospital Curicó – 2025.

El principio básico es que en ningún momento el filo o punta del artículo debe apuntar hacia una parte del cuerpo del operador, ayudante u otra persona distinta al paciente. Esto es fundamental durante el procedimiento mismo, al momento de trasladar el artículo hacia el sitio de desecho.

Los artículos cortopunzantes deben ser eliminados inmediatamente después de usarlos, en recipientes impermeables resistentes a las punciones, que se encuentren próximos al sitio de uso para minimizar su traslado; idealmente al lado del paciente. Las agujas se eliminarán directamente en el recipiente sin recapsular.

1.6.- Higiene respiratoria.

Las medidas tienen por objetivo contener las secreciones respiratorias en donde se producen y evitar la contaminación de las manos de la persona enferma. Deben ser aplicadas por todas las personas que tienen signos o síntomas tales como tos, congestión nasal, rinorrea y la producción aumentada de secreciones respiratorias, e incluyen:

- Educación al personal, pacientes y visitas en la forma de toser y estornudar.
- Enfatizar las medidas de control de secreciones a nivel del punto de salida. Cubrir boca y nariz al toser o estornudar con un pañuelo desechable, toser en la zona del pliegue del codo, uso de mascarillas de tipo quirúrgico en personas tosedoras si lo toleran.
- Higiene de manos después de estar en contacto con las secreciones respiratorias, por ejemplo, después de cubrir la boca al toser o estornudar, después de limpiarse la nariz.

El personal de salud que atiende pacientes con infecciones respiratorias utilizará las precauciones de gotitas.

- Uso de protección facial (Mascarilla y escudo facial).
- Higiene de manos antes y después de examinar al paciente.

2.- Precauciones específicas⁹.

Un aislamiento es el conjunto de procedimientos destinados a cortar la cadena de transmisión de un microorganismo de acuerdo con su vía de propagación a modo de evitar el paso de éste a un huésped susceptible.

Están destinadas a pacientes con patógeno documentado o sospechoso de estar infectado o colonizado con un patógeno altamente transmisible y/o epidemiológicamente importante y que requieren precauciones adicionales que se suman a las precauciones estándar.

2.1.- Precauciones para transmisión aérea.

Corresponde a microorganismos patógenos aerotransportados, es decir, poseen un núcleo tan pequeño que puede diseminarse por corrientes de aire a gran distancia y/o permanecer en suspensión por largos periodos de tiempo. Frente a estas características, las precauciones a implementar serán:

⁹ Protocolo precauciones específicas basadas en el mecanismo de transmisión. Hospital Curicó – 2023.

- Habitación individual con puerta cerrada.
- Presión negativa, extractor de aire encendido.
- Uso de mascarilla de alta eficiencia (N95, KN95, FFP2 o similar), se deberá instalar antes de entrar a la habitación y retirar luego de salir de la misma. En caso de varicela o sarampión, esta medida puede ser obviada si el personal clínico está inmune (Inmunidad activa o pasiva).
- El personal que realice maniobras invasivas sobre la vía aérea y/o procedimientos que puedan generar aerosoles adicionara protección ocular.
- Frente al riesgo o al prever el contacto con fluidos corporales del paciente, añadir guantes y pechera desechable.
- Si es necesario transportar al usuario fuera de su sala, este deberá usar mascarilla de alta eficiencia al salir de su habitación de aislamiento.

2.2.- Precauciones para transmisión por gotas.

Corresponde a infecciones por microorganismos transmisibles a través de gotas o partículas pesadas, es decir, cuando habla, tose o estornuda elimina un microorganismo que por su peso cae al piso no más allá de un metro de distancia. Es por esta razón que se requiere un contacto estrecho entre la fuente y el receptor. Las precauciones por implementar serán:

- Habitación preferiblemente individual. En caso de no ser posible, instaurar una cohorte.
 - En servicios básicos y medidos deberá existir separación de camas de al menos 1 metro de distancia entre pacientes.
 - En unidades de atención de mayor complejidad separación de al menos 1.5 metros de distancia.
- Uso de protección facial, guantes y delantal al acercarse a menos de 1 metro del paciente.
- Transporte del paciente fuera de la unidad con mascarilla.
- Pueden mantenerse las puertas abiertas.

2.3.- Precauciones para transmisión por contacto.

Corresponden a las medidas que se implementaran a modo de disminuir las infecciones transmitidas por contacto directo o por contacto indirecto. Dichas precauciones corresponden a:

- Habitación preferiblemente individual. En caso de no ser posible, instaurar una cohorte.
 - Cuando la habitación sea de uso compartido, deberá existir separación de camas de al menos 1 metro de distancia entre pacientes.
 - En casos específicos se aplicará el aislamiento de contacto en la unidad del paciente en sala común, cumpliendo la normativa de manera estricta. Esta medida no aplicará para casos de *Clostridium difficile*, pacientes colonizados/infectados por gérmenes productores de carbapenemasas u otros que el PCI/infectología determine pertinentes por el riesgo epidemiológico.
- Guantes y delantal o pechera plástica desechable.
- Uso de insumos exclusivos restringidos a la habitación o unidad del paciente.
- Ante necesidad de transporte del paciente fuera de la habitación se mantienen las barreras.

2.4.- Precauciones para pacientes inmunocomprometidos.

La finalidad es prevenir infecciones oportunistas en pacientes con compromiso inmunitario. Entre las medidas a implementar se encuentran:

- Habitación individual, puertas cerradas.
- Mascarilla quirúrgica y estricto lavado de manos en funcionarios.
- Pechera y guantes solo en caso de tener contacto con fluidos corporales.
- Material de uso individual, limpieza y desinfección de equipos reutilizables.
- Comidas cocidas preparadas en ambiente controlado.
- Personal con sintomatología respiratoria no debe dar atención directa al paciente.

3.- Medidas para la prevención de infecciones.

3.1.- Infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres urinarios¹⁰.

- El profesional responsable de la indicación de instalación del catéter urinario permanente y del catéter urinario intermitente es el médico/a. Dicha indicación debe quedar debidamente escrita en la ficha clínica del paciente y el acto de instalación debe ser realizado por personal capacitado.
- Realizar higiene de manos para la manipulación del CUP.
- Usar CUP en pacientes que, por el mínimo tiempo necesario, realmente se beneficien de su uso, revisando y evaluando diariamente a fin de asegurar el cumplimiento de las indicaciones.
- Instalar los catéteres con técnica aséptica para evitar la contaminación durante la inserción.
- Mantener el sistema de drenaje urinario en circuito cerrado, con fijación efectiva que evite desplazamiento del catéter.
- Mantener un flujo de orina sin obstrucción.
- El retiro del catéter urinario es indicación médica y debe estar registrada en la ficha clínica. Debe retirarse una vez se haya cumplido el objetivo por el cual se indicó y el acto de retiro debe ser realizado por personal capacitado.

3.2.- Infecciones asociadas a catéteres vasculares¹¹.

- Técnica aséptica durante el manejo de catéteres vasculares.
- Existencia de políticas y procedimientos, con cumplimiento de criterios de indicación y retiro de catéter.
- Mantener un sistema de vigilancia activo de infecciones asociadas a catéteres vasculares.
- Educación continua, entrenamiento y evaluación del personal que instale, manipule los dispositivos vasculares.
- Uso de máximas barreras para instalación de los CVC, CHD, líneas arteriales, catéter PICC.
- Higiene de manos para instalar y manipular catéteres.

¹⁰ Protocolo instalación de catéter urinario y prevención de infección urinaria asociada al uso de catéter urinario permanente (ITU/CUP). Hospital Curicó – 2021.

¹¹ Protocolo prevención de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres vasculares. Hospital Curicó – 2022.

- Sitio de inserción cubierto con apósito transparente o gasa estériles.
- Uso de clorhexidina 2% como antiséptico para la piel, antes de la instalación del catéter y durante su mantención.

3.3.- Neumonía asociada a ventilación mecánica¹².

- Evaluar diariamente la indicación de continuar la ventilación mecánica a modo de disminuir el uso de este procedimiento al mínimo necesario.
- Mantener al paciente en posición semisentada permanentemente para evitar que se aspiren secreciones de la orofaringe o del tracto digestivo a la vía respiratoria.
- Administrar la alimentación enteral por vía nasoyeyunal o nasogástrica.
- Fraccionar la alimentación enteral para evitar distensión gástrica, reflujo y aspiración.
- Aseo de cavidad oral con clorhexidina.
- La vía de intubación orotraqueal debe preferirse a la nasotraqueal.
- Realizar aspiración subglótica de acuerdo a necesidad del paciente para evitar residuos que se puedan aspirar durante la manipulación de cuff u otro procedimiento.
- Técnica aséptica con uso de guante estéril, además de contar con un ayudante para aspiración y manejo de secreciones.
- Realizar cambios de circuitos de ventilación mecánica solo al detectar mal funcionamiento, daño o contaminación de los circuitos; no en plazos fijos o rutinarios.
- Aplicar paquetes de medidas efectivas simultáneamente, con supervisión estricta.

3.4.- Infecciones respiratorias virales en pediatría.

- Separación física de los pacientes (Aislamiento gotitas/contacto).
- Higiene de manos.
- Considerar uso de guantes y protectores oculares en situaciones que se prevean salpicaduras.
- Uso de mascarilla quirúrgica por el personal de salud y para los pacientes durante su traslado.
- Cambiar las mascarillas una vez que éstas se humedezcan.
- Mantener limpias las superficies (Desinfección, limpieza).
- Sobre el personal de salud, restringir el contacto del personal con enfermedades infectocontagiosas de foco respiratorio con los pacientes.

3.5- Infecciones del sitio quirúrgico¹³.

- Mejorar las condiciones del paciente, tales como controlar diabetes mellitus de base, controlar el tabaquismo.
- Tratar focos infecciosos principalmente en piel cercana al sitio quirúrgico.
- No se ha documentado que prácticas como el baño previo del paciente con clorhexidina impacten en la reducción de tasas de infección en todos los pacientes, aunque puede tener impacto en pacientes especiales.

¹² Protocolo manejo de ventilación mecánica, tubo endotraqueal y traqueostomía. Hospital Curicó – 2024.

¹³ Protocolo prevención de IHO. Hospital Curicó – 2024.

- La antibioprofilaxis es una de las medidas más eficientes y eficaces de prevención de infecciones de sitio quirúrgico.

3.6.- Prevención de endometritis puerperal¹⁴.

- Uso de técnica aséptica.
- Lavado de manos previo al tacto vaginal. Los tactos vaginales que se realizan durante la atención del trabajo de parto serán con uso de guantes estériles previo lavado de manos del operador.
- El personal con lesiones en las manos no participará en la atención del parto incluida la realización de tactos vaginales, aunque se utilicen guantes de látex.
- El servicio de obstetricia debe especificar quiénes son las personas facultadas para realizar los tactos vaginales y cuándo corresponde realizarlos.
- El número de tactos vaginales durante el trabajo de parto será el mínimo necesario.
- Si se realiza más de un tacto por examen, se debe consignar cada uno en la historia clínica de la paciente.

3.7.- Prevención de COVID-19¹⁵.

- Higiene de manos, incluye la aplicación de alcohol gel.
- En la atención directa de pacientes sospechosos, confirmados y probables de COVID-19 utilizar EPP descritos en protocolo local (Mascarilla, escudo facial, guantes y pechera desechable).
- Respetar periodos de aislamientos de pacientes infectados y sus contactos estrechos.
- Mantener medidas de higiene respiratoria.
- Toma de examen en personas con signos o síntomas compatibles con la enfermedad. Notificar en EPIVIGILA a casos positivos.
- Frente a signos o síntomas en funcionarios, instalar mascarilla quirúrgica, dar aviso a jefatura directa y testear.

3.8.- Prevención de infecciones del sistema nervioso central por DVE.

- Los DVE deben permanecer el mínimo tiempo posible dependiendo de la evolución del paciente.
- Mantener posición del paciente, decúbito supino con la cabecera a 30°, evitando las flexiones laterales del cuello, para mejorar el retorno venoso, si o está contraindicado. Si el drenaje ventricular externo está abierto, se debe mantener el reposo absoluto estricto. Si es necesario, trasladar al paciente a exámenes o realizar aseo diario, el drenaje puede cerrarse desde llave de tres pasos por período no mayor a 20 minutos. Una vez abierto el drenaje, debe verificarse su permeabilidad y calibrar según indicación médica de altura de drenaje.
- Manipular el catéter ventricular y/o DVE lo menos posible, para evitar el riesgo de infección.

¹⁴ Protocolo prevención endometritis puerperal. Hospital Curicó – 2022.

¹⁵ Protocolo recomendaciones para la contención intrahospitalaria de COVID-19. Hospital Curicó – 2022.

- En caso de toma de muestra, esta debe realizarse siempre desde la llave de tres pasos con técnica estéril. Una vez realizado el procedimiento, la llave será cubierta con bolsa estéril y asegurada en ambos extremos con ligaduras para evitar contaminación.
- Extremar las condiciones de asepsia previo a su manipulación, que incluye lavado de manos (Utilizar jabón antiséptico de clorhexidina), uso de guantes estériles, uso de elementos de protección personal, y asistencia con segundo operario.
- Mantener cerrado el circuito ante cualquier movimiento o traslado, no modificar la altura de cámara sin antes cerrar el drenaje, excepto cuando se compruebe permeabilidad del circuito, debiendo bajar la altura del drenaje y observar fluctuación de LCR.
- Ajustar la altura, manteniendo el punto cero de la bolsa recolectora a la altura del agujero de Monro, el cual corresponde al borde anterior del trago. La indicación médica del equipo de neurocirugía siempre será manejar altura de DVE en cm de H²O, nunca en mmHg.
- Control y ajuste periodo del punto cero (En cada cambio de posición y control de signos vitales).
- Vigilar en forma constante, la permeabilidad del sistema (Coágulos o detritus). En caso de drenaje disfuncional, en que no se observe fluctuación de LCR posterior al cambio de altura de este, se puede intentar permeabilizar el circuito con técnica aséptica (Aspiración lenta), siempre bajo indicación médica.
- Drenar detritus desde el sistema con técnica aséptica, instilar suero fisiológico estéril lento a través del sistema, siempre con el drenaje cerrado hacia el paciente, con la intención de lavar solo el circuito (Este procedimiento podrá ser realizado únicamente por neurocirujano).
- Vigilar que en el sistema ventricular no se dejen elementos externos de manera permanente.
- En caso de filtración del circuito o en el sitio de inserción, dar aviso al médico tratante para evaluar cambio, por personal capacitado o reinstalación de DVE en pabellón en caso de ser necesario.
- La curación se realizará solo si el apósito se encuentra suelto, húmedo o manchado.
- Vaciar la bolsa recolectora idealmente cada 24 horas y/o según indicación médica, asegurando que el contenido de la bolsa nunca supere los 2/3 de llenado.
- Registrar características del LCR (Cristalino, hemorrágico, citrino o turbio) cada 12 horas y avisar al médico tratante si el flujo es mayor a 20 ml/hora.
- No instalar sistema de presurización (Apurador de suero) en DVE.
- No tomar muestras de LCR de manera rutinaria.
- Mantener drenaje ventricular abierto o cerrado según indicación médica.
- Llevar registro diario de los días del sistema ventricular en hoja de enfermería.
- Si la condición del paciente lo permite, educarlo para evitar que manipule el sistema ventricular externo. La educación debe incluir a familiares o tutores.

3.9.- Prevención de infecciones asociadas a catéter de quimioterapia.

- Realizar una correcta higiene de las manos (El uso de guantes no excluye el lavado de manos).
- La higiene de manos deberá realizarse antes y después de palpar el lugar de inserción del catéter, antes y después de la inserción o de cambiar el apósito

- Para la cateterización de catéteres venosos centrales, limpiar la piel con una preparación de clorhexidina >0,5% con alcohol¹⁶.
- Mantener la técnica aséptica para la inserción y mantenimiento de los catéteres vasculares.
- Para cubrir el lugar de inserción utilice una gasa estéril o un apósito semipermeable.
- El personal de enfermería documentará la condición (Estado) de los dispositivos de acceso vascular incluyendo el proceso de inserción, valoración del punto de inserción y funcionalidad
- Formar a los profesionales de la salud en las indicaciones, de los dispositivos venosos, procedimientos de inserción y mantenimiento, y en las medidas apropiadas para el control de la prevención de las infecciones relacionada con catéter venoso.

3.10.- Prevención de infecciones asociadas a catéter de diálisis.

- Valorar inicialmente, la real necesidad de implantación de un catéter.
- La inserción/instalación del catéter se realizará cumpliendo técnica aséptica.
- Seleccionar la vía y el tipo de catéter a utilizar basado en las características del tratamiento, la duración del mismo y el estado del paciente.
- Previo a la inserción un catéter, el sitio de punción se deberá pincelar con solución antiséptica, esperando los tiempos de acción recomendados por fabricante (A modo global, el antiséptico inicia su acción una vez que se seca).
- Valorar diariamente la necesidad de utilización de un catéter colocado, retirándolo lo antes posible, ya que el riesgo de infección aumenta progresivamente a partir del tercer y cuarto día de cateterización. Será responsabilidad médica la indicación de retiro del catéter de diálisis.
- Diariamente (Previo a su conexión al monitor de diálisis) el profesional de enfermería valorará el acceso vascular, observando en el caso de FAV nativa y FAV protésica el trayecto de punción, que este se encuentre limpio, indemne y seco y/o si presenta algún signo de infección; registrando lo observado en hoja correspondiente.
- El personal responsable de tomar contacto con las vías vasculares de diálisis deberá lavarse las manos antes y después del procedimiento, ya sea FAV o CHD.
- La valoración diaria de FAV se realiza en los respectivos centros de diálisis de cada paciente, donde además se realizará curación y retiro de puntos según evaluación de enfermería y médica.

4.- Control de antimicrobianos¹⁷.

Se busca asegurar el uso racional de los antimicrobianos en la institución, definiendo estrategias para los tres grupos de antimicrobianos, aplicables tanto en la prescripción como en la dispensación de los fármacos.

¹⁶ Del Rio Carbajo L, Vidal Cortés P. Tipos de antisépticos, presentaciones y normas de uso. Med Intensiva. 2018 Available from: <https://www.clinicalkey.es#!/content/playContent/1-s2.0-S0210569118302754?returnurl=null&referrer=null>

¹⁷ Protocolo optimización del uso de antimicrobianos. Hospital Curicó – 2021.



La metodología utilizada será la combinación de estrategias de acuerdo a los distintos grupos antimicrobianos.

4.1.- Estrategias generales.

- Comunicación fluida entre los servicios clínicos y equipo PROA, la que será definida o establecida según necesidad de cada servicio.
- Sociabilización de guía de manejo empírico de antimicrobianos local elaborada por PROA, que entrega las directrices para el inicio de terapias a todos los servicios/unidades.
- Control desde farmacia para que la dispensación de antimicrobianos se haga de acuerdo con la prescripción realizada, procurando que la dosis y tiempo sean los adecuados para el peso y condición del usuario.
- Correlacionar el antimicrobiano utilizado de forma empírica con la microbiota de la institución, conocimientos previos de la susceptibilidad de microorganismos y según foco infeccioso, esto se logra utilizando la guía de manejo empírico de antimicrobianos del hospital y conociendo la susceptibilidad microbiológica anual.

4.2.- Estrategias grupo de acceso.

La prescripción y utilización de estos medicamentos no estará restringida, cualquier profesional habilitado legalmente para prescribir antimicrobianos puede hacer la prescripción de este grupo en el formato definido por el hospital de acuerdo con la normativa vigente (Receta habitual, de urgencia o digital).

Estos medicamentos se enuncian a continuación:

- Amoxicilina.
- Amoxicilina + ácido clavulánico.
- Ampicilina.
- Penicilina sódica.
- Amikacina.
- Cefazolina.
- Cefadroxilo.
- Cloranfenicol.
- Cloxacilina.
- Ampicilina/sulbactam.
- Bencilpenicilina benzatina.
- Eritromicina.
- Flucloxacilina.
- Gentamicina.
- Metronidazol.
- Nitrofurantoina.
- Trimetoprima – sulfametoxazol (Cotrimoxazol).

4.3.- Estrategias grupo de vigilancia.

La prescripción y utilización de estos medicamentos no está restringida, pero su uso debe ser vigilado. La prescripción de este grupo se realizará en el formato definido por el hospital de acuerdo con la normativa vigente (Receta habitual, de urgencia o digital).

Estos medicamentos se enuncian a continuación:

- Quinolonas y fluoroquinolonas (Ciprofloxacino, levofloxacino, moxifloxacino).
- Cefexima.
- Cefpodoximo.
- Azitromicina.
- Claritromicina.
- Clindamicina.
- Cefalosporinas de 3° generación (Cefatoxima, ceftazidima, ceftriaxona).
- Otras penicilinas con inhibidor de betalactamasa (Piperacilina – tazobactam).
- Cefoperazona/sulbactam.
- Antivirales de uso sistémico vía oral/EV.
- Antifúngicos de uso sistémico vía oral/EV (Fluconazol).
- Doxiciclina.
- Vancomicina.

4.4.- Estrategias grupo de reserva.

En este grupo se indica el desarrollo de estrategias de restricción en su uso.

Se empleará la estrategia de preautorización combinada con la estrategia de tiempo de gracia, de esta forma, los medicamentos pueden limitarse a determinadas indicaciones, síndromes clínicos o poblaciones de pacientes. Una vez indicados por el tratante, serán despachados por farmacia, por las primeras 48 a 72 horas. Terminado este periodo el mismo equipo tratante evalúa su continuidad con los resultados de los estudios microbiológicos y la evolución del usuario, si luego de esta evaluación se persiste con la prescripción, su continuidad está condicionada a la evaluación por parte del médico del equipo PROA al primer día hábil siguiente.

Estos medicamentos se enuncian a continuación:

- Teicoplanina¹⁸.
- Dapsona.
- Aztreonam.
- Cefalosporinas de 4° generación.
- Cefalosporinas de 5° generación (Ceftarolina).
- Daptomicina.
- Oxazolidona (Linezolid).

¹⁸ Antimicrobianos del grupo de vigilancia, incorporado al grupo de reserva por el equipo PROA Hospital de Curicó.

- Polimixinas (Colistin, polimixina B).
- Tigeciclina.
- Ceftolozano – tazobactam.
- Ceftazidima – avibactam.
- Carbapenémicos (Imipenem/cilastatina, meropenem, ertapenem).
- Antifúngicos de uso sistémico oral/EV (Anidulofungina, voriconazol, anfotericina B).
- Nuevos medicamentos que se desarrollen.

4.5.- Manejo empírico de infecciones frecuentes.

4.5.1.- Neumonía adquirida en la comunidad pacientes adultos.

Cuadro clínico.	Antimicrobianos de elección.	Alternativa/Alergia a PNC.	Duración de tratamiento.
Paciente hospitalizado en unidad básica/media.	<p>Ampicilina/sulbactam 3 g cada 6 – 8 horas IV o Ceftriaxona 2 g/día IV¹⁹.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Agregar macrólidos VO si hay sospecha de neumonía atípica.</i> ▪ <i>Agregar Metronidazol 500 mg cada 8 horas IV si hay absceso pulmonar o empiema.</i> ▪ <i>Agregar Oseltamivir 75 mg cada 12 horas VO si PCR Influenza positiva (O alta sospecha de Influenza) por 5 días.</i> ▪ <i>Considerar tratamiento disponible en base a la evidencia que vaya surgiendo para COVID-19 si PCR COVID-19 es positiva.</i> 	<p>Levofloxacino 750 mg/día IV/VO o Moxifloxacino 400 mg/día IV/VO.</p>	<p>5 días. Se podrá extender si hay complicaciones locales o a distancia. Suspender en caso de NAC origen viral.</p>
Paciente hospitalizado en unidad crítica.	<p>Ampicilina/sulbactam 3 g cada 6 horas IV o Ceftriaxona 1 g cada 12 horas IV⁶.</p> <p>Agregar siempre Azitromicina 500 mg/día IV.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Agregar Metronidazol 500 mg/8 horas IV si hay absceso pulmonar o empiema.</i> ▪ <i>Solo Oseltamivir 75 mg/12 VO, si PCR Influenza positiva (O alta sospecha de Influenza) por 5 días.</i> 	<p>Levofloxacino 750 mg/día IV o Moxifloxacino 400 mg/día IV.</p>	<p>5 – 7 días. Se podrá extender si hay complicaciones locales o a distancia. Suspender en caso de NAC origen viral.</p>

4.5.2.- Infección urinaria en pediatría.

Para ITU baja.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento por 3 – 4 días. ▪ El antibiótico de elección es Cefadroxilo.
-----------------------	---

¹⁹ Utilizar Ceftriaxona sólo en caso que la alternativa principal no se encuentre disponible.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otros agentes se administrarán en caso de resistencia documentada, ausencia de Cefadroxilo o según el antibiograma. ▪ Alternativas son la Nitrofurantoína o la Fosfomicina (Dosis única). ▪ Es posible usar Cotrimoxazol, sólo si el antibiograma lo permite, por alta tasa de resistencia.
Para ITU alta, ambulatorio.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefalosporinas de 2 o 3ª generación vía oral (Cefuroxima, Cefalexina, Cefpodoxima). ▪ Como alternativa a la vía oral utilizar Amikacina o Ceftriaxona cada 24 horas administrada en servicio de urgencia.
Para ITU alta, hospitalizado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El tratamiento será por 7 – 10 días. ▪ Se utilizará Amikacina como primera línea, o en su defecto cefalosporinas 3ª generación. ▪ En caso de favorable evolución, puede realizarse traslape a vía oral tras 24 horas de tratamiento efectivo. ▪ En caso de bacteriemia se recomienda mantener terapia endovenosa por al menos 5 días.
Para nefronia o absceso renal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamiento por 21 días con Aminoglucósido + Cefalosporina de 3ª generación, inicialmente endovenoso y luego vía oral según la clínica lo permita.

4.5.3.- Infección urinaria en adultos.

Cuadro clínico.	Antibiótico elección.	Alternativa.
ITU baja.		
Mujer (Episodio aislado).	Nitrofurantoína (100 mg) cada 8 horas VO.	En orden de preferencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefadroxilo (500 mg) cada 12 horas VO. ▪ Trimetoprim/sulfametoxazol (160/800 mg) 1 comprimido cada 12 horas VO. ▪ Ciprofloxacino (500 mg) cada 12 horas VO.
Mujer (Episodio recurrente) ²⁰ .	Nitrofurantoína (100 mg) cada 8 horas VO.	En orden de preferencia: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefadroxilo (500 mg) cada 12 horas VO. ▪ Trimetoprim/sulfametoxazol (160/800 mg) 1 comprimido cada 12 horas VO. ▪ Ciprofloxacino (500 mg) cada 12 horas VO.

²⁰ Fundamental tomar urocultivo para ajuste.

Hombre (Cualquier edad).	Si sospecha de prostatitis: <ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacino (500 mg) cada 12 horas VO. Trimetoprim/sulfametoxazol. Si no se sospecha o se descarta prostatitis: <ul style="list-style-type: none"> Mismos esquemas empíricos que en paciente mujer. 	
ITU alta.		
Pielonefritis aguda no complicada.	<ul style="list-style-type: none"> Amikacina (1 g) cada 24 horas EV/IM. Puede optarse por 1 dosis EV de Amikacina o Ceftriaxona, y luego antibioterapia oral con Ciprofloxacino o Cefadroxilo hasta ajuste con urocultivo, en las siguientes dosis: <ul style="list-style-type: none"> Cefadroxilo (1000 mg) cada 12 horas VO. Ciprofloxacino (500 mg) cada 12 horas. 	Ceftriaxona (2 g) cada 24 horas EV/IM.
Complicada (Obstrucción, absceso, piodrosis) o sepsis grave o comorbilidad asociada.	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona (2 g) cada 24 horas IV o IM, mantener hasta obtener antibiograma. En caso de dudas respecto a la susceptibilidad, agregar Amikacina 1 g) cada 24 horas EV, hasta resultado urocultivo. 	Amikacina (1 g) cada 24 horas EV.
ITU CUP²¹.		
Complicada.	Amikacina (10 – 15 mg/kg/día) en una dosis diaria EV o IM.	
No complicada.	Imipenem (500 mg) cada 6 horas EV.	
Prostatitis.		
	<ul style="list-style-type: none"> Ceftriaxona (2 g) cada 24 horas EV. Ciprofloxacino (500 mg) VO o (400 mg) EV cada 12 horas. 	Trimetoprim/sulfametoxazol (160/800 mg) 1 comprimido cada 12 horas VO o Trimetoprim/sulfametoxazol (80/400 mg) 2 frascos cada 12 horas EV.

²¹ El principal factor de riesgo para el desarrollo de ITU CUP es la duración del cateterismo, por lo que, entre las recomendaciones para evitar la infección, es el retiro precoz y oportuno del CUP. En este tipo de paciente, es frecuente encontrar urocultivos polimicrobianos, secundarios a la formación de biofilm, por lo que el examen deberá ser realizado con cambio de sonda.

5.- Notificación y vigilancia de enfermedades transmisibles²².

5.1.- De notificación inmediata.

Las siguientes enfermedades o síndromes serán notificadas frente a su sospecha clínica de manera inmediata por la vía de comunicación más expedita a la autoridad sanitaria regional correspondiente, desde el lugar en que fueron detectadas. La autoridad sanitaria regional, a su vez, lo comunicará en forma inmediata al ministerio de salud por la vía de comunicación más expedita. Estas son:

- Botulismo.
- Carbunco bacteridiano (Ántrax).
- Enfermedad de chagas aguda.
- Enfermedad por virus Chikungunya.
- Cólera.
- Dengue.
- Difteria.
- Fiebre amarilla.
- Enfermedad por hantavirus.
- Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*.
- Infecciones respiratorias agudas graves inusitadas.
- Leptospirosis.
- Malaria.
- Meningitis bacterianas.
- Enfermedad invasora por *Neisseria meningitidis*.
- Fiebres hemorrágicas virales (Ébola, Marburg, Lassa, otros).
- Peste (Plaga).
- Parálisis Flácidas Agudas (Poliomielitis).
- Rabia.
- Rubéola.
- Sarampión.
- Síndrome rubéola congénito.
- Triquinosis.
- Infección por virus del Nilo occidental.
- Enfermedad por virus zika.

5.2.- De notificación dentro de las 24 horas.

Las siguientes enfermedades serán notificadas a la autoridad sanitaria regional dentro de las 24 horas contadas desde la confirmación o desde la clasificación final del diagnóstico, según corresponda a

²² Decreto N°7. Aprueba el reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia. MINSAL. Subsecretaría de salud pública. 12/03/2019.

las definiciones establecidas en la norma técnica respectiva para cada enfermedad. Incluyen en esta categoría las siguientes enfermedades:

- Brucelosis
- Enfermedad de chagas crónica.
- Cisticercosis.
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- Coqueluche (Tos ferina).
- Fiebre tifoidea y paratifoidea.
- Fiebre Q.
- Hepatitis Virales (A, B, C y E).
- Hidatidosis (Equinococosis).
- Infección gonocócica.
- Leishmaniasis.
- Lepra (Enfermedad de Hansen).
- Listeriosis.
- Parotiditis viral (Paperas).
- Psitacosis.
- Rickettsiosis.
- Sífilis.
- Síndrome hemolítico urémico.
- Enfermedad invasora *Streptococcus pneumoniae*.
- Tétanos.
- Tuberculosis.
- Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana.

5.3.- De notificación centinela.

Las siguientes enfermedades o síndromes, corresponden a las que deben ser notificadas semanalmente sólo por los centros y establecimientos definidos como centinelas por la autoridad sanitaria regional. Estas son:

- Enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años.
- Influenza y otras infecciones respiratorias agudas virales.
- Infección por virus del papiloma humano.
- Infección por virus varicela.

5.4.- Otros eventos de notificación inmediata.

Los siguientes eventos serán notificados de manera inmediata a la autoridad sanitaria regional:

- Brotes de enfermedades de cualquier etiología transmisible. Incluye los brotes de enfermedades transmitidos por alimentos (ETA) y brotes de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS).
- Enfermedad o brote de causa desconocida de presunto origen infeccioso.



Hospital Curicó.
Calidad y seguridad del paciente.
Programa control de infecciones.
Inducción IAAS – 2025/2026.



- Fallecimientos por presunta causa infecciosa transmisible no identificada.
- Casos de enfermedad en donde se sospeche de contaminación intrínseca de fármacos o de artículos para la atención en salud.
- Sospecha de enfermedades erradicadas o en vías de erradicación, tales como la viruela y la poliomielitis, respectivamente.

5.5.- Ingreso a EPIVIGILA.

Según lo descrito por el Decreto supremo N°7, se establece la obligatoriedad de notificación de las enfermedades transmisibles antes descritas, en la periodicidad que la autoridad sanitaria ha establecido; para estos efectos, el médico a cargo del paciente será el responsable de realizar la notificación en plataforma nacional EPIVIGILA.

Se adjunta para conocimiento el manual de usuario EPIVIGILA y se solicita a los nuevos médicos la creación de usuario en la plataforma. Una vez creado el usuario, deberá enviar mail informando al siguiente correo lfarias@hospitalcurico.cl para proceder con la autorización correspondiente. En caso de presentar dificultad en la creación del usuario, dar aviso al mail antes mencionado para colaborar en el proceso.

Bibliografía.

- Manual de organización departamento calidad y seguridad del paciente. Hospital Curicó – 2023.
- Protocolo precauciones estándar. Hospital Curicó – 2023.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Curicó – 2019.
- Protocolo procedimiento prevención y manejo de accidentes con sangre o fluidos corporales de riesgo y medicamentos antineoplásicos. Hospital Curicó – 2025.
- Protocolo precauciones específicas basadas en el mecanismo de transmisión. Hospital Curicó – 2023.
- Protocolo instalación de catéter urinario y prevención de infección urinaria asociada al uso de catéter urinario permanente (ITU/CUP). Hospital Curicó – 2021.
- Protocolo prevención de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres vasculares. Hospital Curicó – 2022.
- Protocolo manejo de ventilación mecánica, tubo endotraqueal y traqueostomía. Hospital Curicó – 2024.
- Protocolo prevención de IHO. Hospital Curicó – 2024.
- Protocolo prevención endometritis puerperal. Hospital Curicó – 2022.
- Protocolo recomendaciones para la contención intrahospitalaria de COVID-19. Hospital Curicó – 2022.
- Protocolo optimización del uso de antimicrobianos. Hospital Curicó – 2021.
- Decreto N°7. Aprueba el reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria y su vigilancia. MINSAL. Subsecretaría de salud pública. 12/03/2019.



Hospital Curicó.
Calidad y seguridad del paciente.
Programa control de infecciones.
Inducción IAAS – 2025/2026.



- Protocolo manejo empírico infección urinaria en adultos. Hospital Curicó – 2024.
- Protocolo manejo de infección urinaria en pediatría. Hospital Curicó – 2024.
- Protocolo manejo clínico neumonía adquirida en la comunidad. Hospital Curicó – 2024.
- Protocolo profilaxis quirúrgica (Adulto e infantil). Hospital Curicó – 2024.
- Protocolo manejo drenaje ventricular externo. Hospital Curicó – 2024.



Anexos.

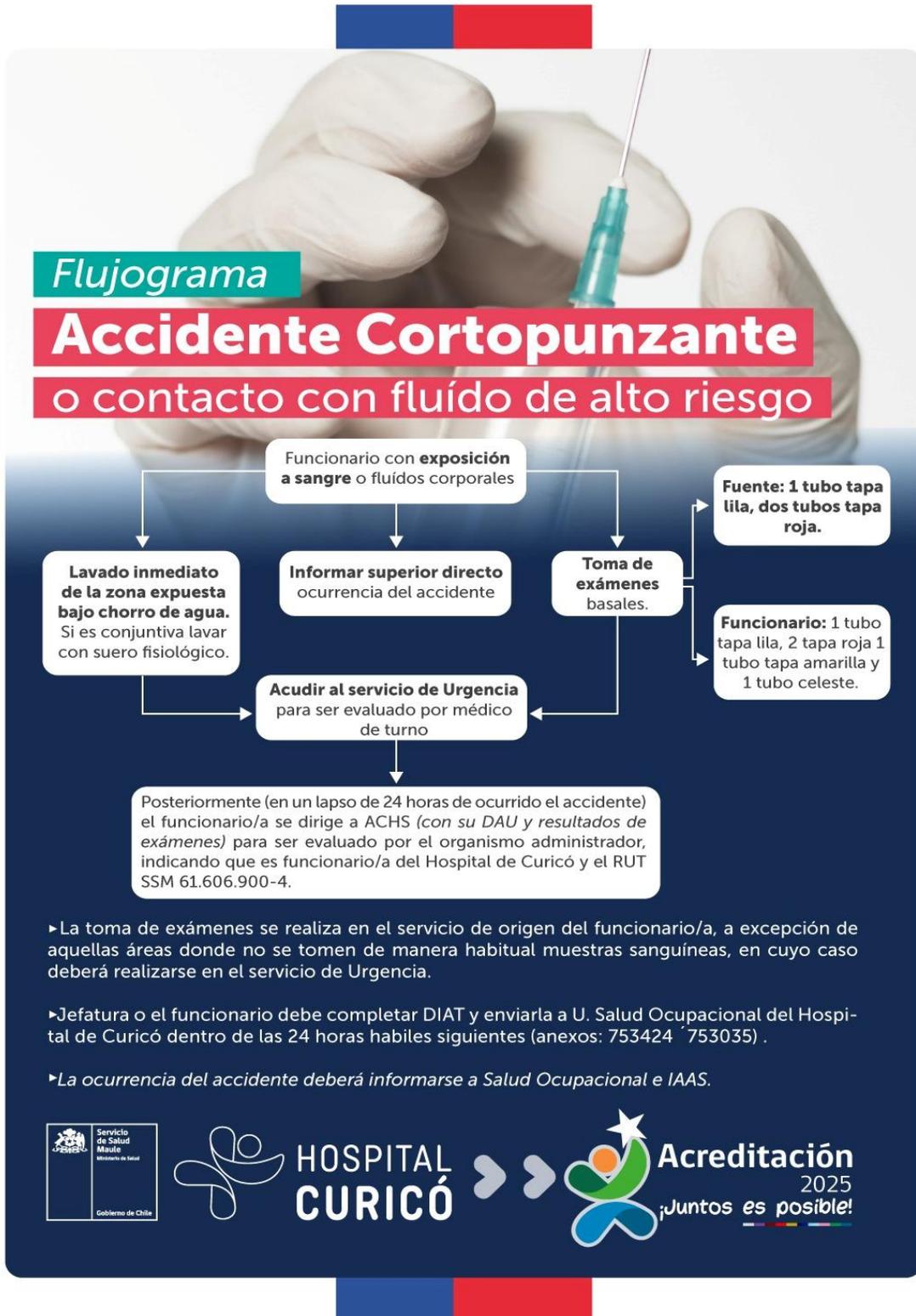
Anexo N°1: Normas por cumplir según estamento para la prevención de IAAS²³.

Médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos:

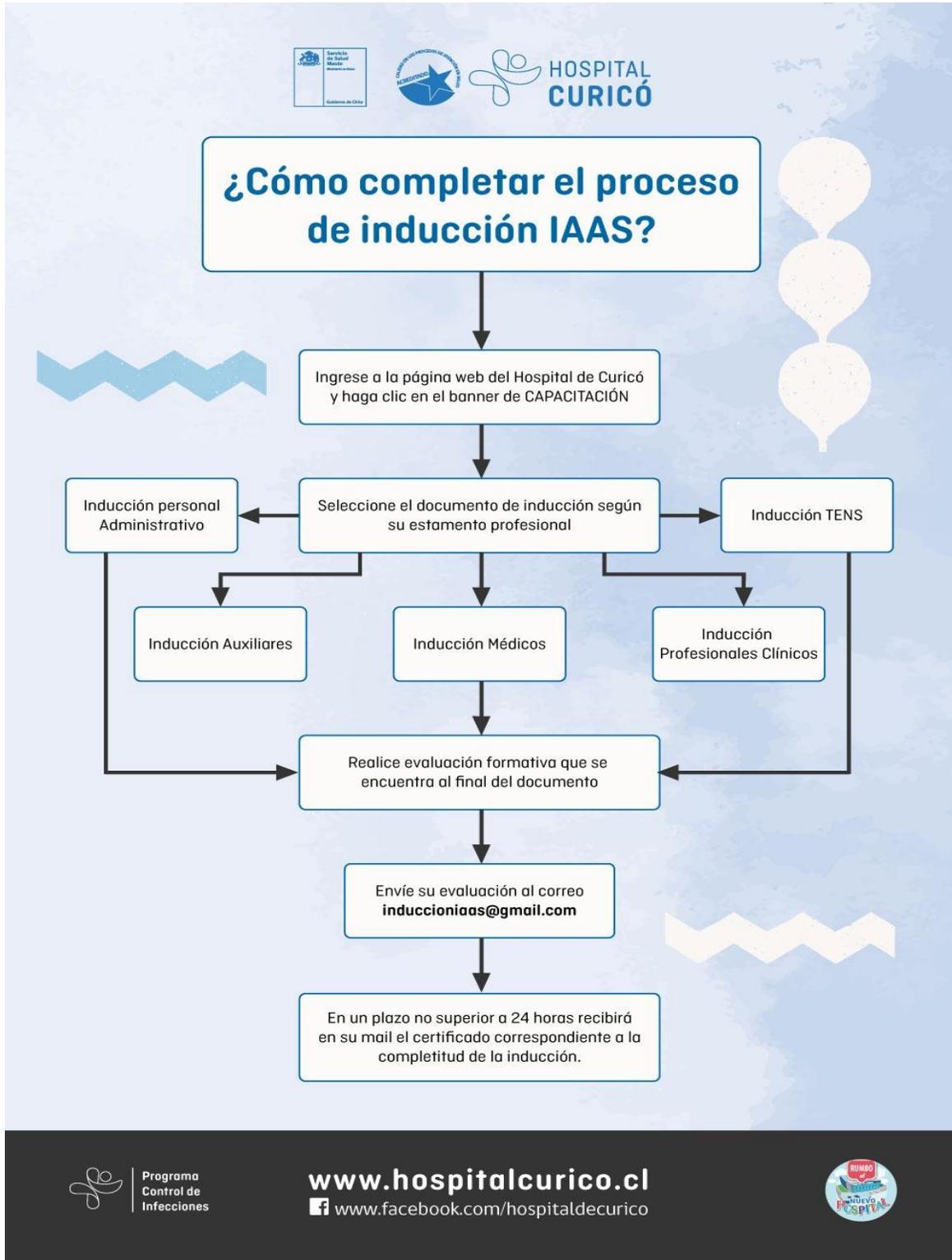
- Decreto supremo N°7.
- Protocolo precauciones estándar.
- Protocolo precauciones específicas según mecanismo de transmisión.
- Protocolo antisépticos y desinfectantes.
- Protocolo manejo de ventilación mecánica, tubo endotraqueal y traqueostomía.
- Protocolo prevención de infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres vasculares.
- Protocolo instalación y manejo de catéter venoso central de inserción periférica.
- Protocolo prevención de infección urinaria asociada al uso de catéter urinario permanente.
- Protocolo prevención de endometritis puerperal.
- Protocolo prevención infección herida operatoria.
- Protocolo vigilancia de pacientes portadores de bacilos Gram negativos carbapenemasas positivos.
- Protocolo manejo integral pacientes con enfermedad asociada a *Clostridium difficile*.
- Protocolo optimización del uso de antimicrobianos.
- Protocolo salud del personal sanitario expuesto a patógenos infectocontagiosos.
- Protocolo recomendaciones para la contención intrahospitalaria de COVID-19.
- Protocolo manejo de accidentes cortopunzantes y fluidos de alto riesgo.
- Protocolo del manejo de residuos de establecimientos de atención de salud.
- Protocolo manejo drenaje ventricular externo.
- Protocolo manejo empírico infección urinaria en adultos.
- Protocolo manejo de infección urinaria en pediatría.
- Protocolo manejo clínico neumonía adquirida en la comunidad.
- Protocolo profilaxis quirúrgica (Adulto e infantil).

²³ Documentos disponibles en www.serq.cl

Anexo N°2: Flujograma acción en accidente cortopunzante.



Anexo N°3: ¿Cómo completar proceso inducción?





Evaluación.

Envíe vía correo electrónico únicamente la evaluación, serán aceptables los formatos Word, PDF y documento escaneado. Casilla de correo induccioniaas@gmail.com, en un lapso de 24 horas hábiles recibirá su certificación.

Nombre.	
RUT.	
Profesión.	

1. ¿Qué debo hacer para prevenir un accidente cortopunzante?

2. ¿Cuál es el esquema empírico a utilizar en NAC paciente adulto que ingresa a unidad básica?

3. ¿Cuáles son las medidas de prevención para infecciones del SNC en válvulas derivativas?

4. ¿Qué requisitos son necesarios para una correcta higiene de manos?

5. ¿Qué estrategias aplican para los antimicrobianos del grupo de reserva?

6. ¿Qué antibióticos define la institución en el grupo de vigilancia?



7. ¿Qué precauciones son necesarias frente a un aislamiento aéreo?

8. ¿Qué es la higiene respiratoria?

9. ¿De qué manera puedo prevenir una ITU CUP?

10. ¿Cuáles son las enfermedades transmisibles de notificación inmediata?

Al ingresar a su trabajo recuerde:

Uñas cortas, limpias, sin
esmalte de ningún tipo.

Maños libres de anillos,
pulseras, relojes y alhajas.

Mangas a lo menos $\frac{3}{4}$.



Hospital Curicó.
Calidad y seguridad del paciente.
Programa control de infecciones.
Inducción IAAS – 2025/2026.



Registro de modificaciones.

Corrección.	Modificación.	Fecha.
1	Actualización temas inducción.	Octubre 2019.
2	Actualización temas inducción. Separación de temáticas según estamento.	Enero 2020.
3	Actualización temas inducción.	Mayo 2021.
4	Actualización temas inducción.	Marzo 2023.
5	Actualización temas inducción.	Enero 2024.
6	Actualización flujograma accidente cortopunzante, inclusión de temáticas “Manejo DVE, manejo CHD, manejo catéter quimioterapia, tratamiento empírico ITU y NAC”.	Marzo 2025.