



**Mat.:** Aprueba “*Programa de Vigilancia Epidemiológica en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud*”.

**Santiago.**

**VISTOS**, Lo dispuesto en:

1. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°s. 18.933 y 18.469;

2. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado;

3. La Ley N°19.880, sobre Bases de los Procedimientos Administrativos de los Órganos del Estado;

4. Los Decretos Supremos N° 140/2004 y N° 38/2005, ambos del Ministerio de Salud, que aprueban los reglamentos orgánicos de los Servicios de Salud y de los Establecimientos de Autogestión en Red;

5. La Resolución N° 36/2024, de la Contraloría General de la República, que establece los actos administrativos exentos del trámite de toma de razón.

6. La Resolución Exenta RA N°116675/92/2024, de 30 de enero de 2024, que modifica la Resolución Exenta RA N°116675/419/2023, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que nombra en calidad de titular el cargo de Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

7. Resolución Exenta N°3.195, de 2024, del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, que establece jefaturas, determina subrogancia para los cargos de Director, Subdirector, Jefes y Encargados de Unidades, del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

## CONSIDERANDO

**a)** Que, las infecciones asociadas a la atención de salud constituyen un problema relevante de salud pública, dado su impacto en la morbilidad, mortalidad y en los costos derivados de la prolongación de las estancias hospitalarias, así como en el uso de recursos clínicos y económicos.

**b)** Que, la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias constituye una estrategia esencial para su prevención y control, permitiendo identificar oportunamente brotes, factores de riesgo y áreas críticas de mejora en la atención de pacientes.

**c)** Que, el “Programa de Vigilancia Epidemiológica en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud” establece directrices técnicas y procedimientos estandarizados que orientan la recolección, análisis y comunicación de la información epidemiológica, contribuyendo a la seguridad del paciente y al mejoramiento continuo de la calidad asistencial.

**d)** Que, este Programa contempla la implementación de metodologías de registro y monitoreo validadas por la autoridad sanitaria, el uso de indicadores de calidad y seguridad, y la coordinación con las distintas unidades clínicas, administrativas y de apoyo del establecimiento.

**e)** Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de lo dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N°38. De 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y;



f) Asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3º y 28 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer la *octava versión* del “*Programa de Vigilancia Epidemiológica en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud*”, dicto la siguiente:

## RESOLUCIÓN

**I. APRUÉBANSE** la *octava versión* del “*Programa de Vigilancia Epidemiológica en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud*”, que es del siguiente tenor:

 Servicio de Salud Metropolitano Central Ministerio de Salud	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD				
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA	VIGENCIA	Nº PÁGINAS	
GCL 3.2	08	11/2025	5 años	45	



Revisado Por:	Aprobado Por:
 Firmado por: Karla Andrea Alfaro Flores Jefatura Calidad y Seguridad del Paciente Fecha: 18-11-2025 09:38 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	 Firmado por: Patricio Raúl Barria Ailef Director Huap Fecha: 18-11-2025 15:54 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.  
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:  
<https://doc.digital.gob.cl/validador/4ZD8Q589E75>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 2 de 45

## ÍNDICE

I.	Introducción	4
II.	Objetivos	5
III.	Alcance	5
IV.	Definiciones	6
V.	Responsables del cumplimiento	7
VI.	Actividades	7
1.	Definición de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS	7
2.	Definición de Indicadores de Infecciones a vigilar.	8
	2.1 Criterios de Infecciones a vigilar	8
	a) Infecciones del Tracto Urinario asociadas a Catéter Urinario Permanente.	8
	b) Infecciones del Torrente Sanguíneo asociadas a Catéteres Venosos Centrales.	9
	c) Torrente sanguíneo (bacteriemia/septicemia) (its) en pacientes con catéteres vasculares y procedimientos periódicos específicos.	11
	d) Neumonía asociada a Ventilación Mecánica Invasiva.	12
	e) Infección del Sistema Nervioso Central asociado a Válvulas Derivativas.	14
	f) Infección de Herida Operatoria.	16
	g) Síndrome Diarreico Agudo por Clostridioides difficile.	19
	h) Infecciones por SARS-CoV-2	20
	2.2 Procedimiento de Vigilancia/Sistema de Recolección de Datos	21
	2.3 Notificación de las IAAS/Consolidación y Análisis de Datos.	25
	2.4 Informes Epidemiológicos de IAAS	25
	2.5 Información de Brotes	25
	2.6 Construcción de los Indicadores	27
	2.7 Indicadores Obligatorios por Síndrome Clínico, Cirugías Trazadoras y AREpi.	28
3.	Complementos del Sistema de Vigilancia de IAAS	29
	3.1 Auditoría de Morbilidad	29
	3.2 Vigilancia de Resistencia a los Antimicrobianos asociados con las IAAS	30
	3.3 Especificidad de la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS	31



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 3 de 45

3.4 Sensibilidad de la Vigilancia de las IAAS	31
3.5 Accidentes Cortopunzantes	32
VII. Evaluación	33
VIII. Contingencias	33
IX. Distribución	33
X. Referencias Bibliográficas	33
XI. Modificaciones del documento	34
XII. Anexos	35
 1 Planilla de vigilancia epidemiológica de IAAS (DIP)	35
2 Formulario de vigilancia de pacientes con intervenciones quirúrgicas	36
3 Planilla de Registro de IAAS detectadas (DIP)	37
4 Hoja de Paciente Clostridioides Difficile Positivo.	37
5 Planilla Registro de AREpi (C. difficile y SARS-CoV-2)	38
6 Planilla Registro de DIP	38
7 Formulario de IAAS en Plataforma Electrónica SICARS	38
8 Formulario de Estudio de Letalidad en Plataforma SICARS	39
9 Planilla Registro de Brotes	39
10 Formulario de Sensibilidad a los Antimicrobianos en Plataforma Electrónica SICARS.	40
11 Formularios de Estudio de Prevalencia	40
12 Formulario de Brote Epidemiológico en SICARS	41
13 Formulario de Vigilancia Accidente Cortopunzante	42
14 Plan de Acción según indicadores de referencia IAAS	43



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 4 de 45

## I. INTRODUCCIÓN

Las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) representan un problema relevante de salud pública, ya que aumentan la morbimortalidad de los pacientes, prolongan la estancia hospitalaria y generan un mayor costo sanitario.

La vigilancia epidemiológica de las IAAS constituye una herramienta esencial que permite conocer la incidencia de estas infecciones, identificar los factores de riesgo asociados y detectar precozmente brotes epidémicos, con el fin de implementar medidas oportunas y efectivas de prevención y control.

El Ministerio de Salud (MINSAL), a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las IAAS, establece diversos modelos de vigilancia, entre los cuales se incluyen:

1. Vigilancia en pacientes con uso de dispositivos invasivos permanentes (DIP).
2. Vigilancia en pacientes sometidos a procedimientos y cirugías.
3. Vigilancia en pacientes hospitalizados con infección por agentes epidemiológicamente relevantes (AREpi).
4. Vigilancia en pacientes sometidos a procedimientos en atención específica.

De acuerdo con la Circular C37 N°2 “Indicadores de referencia nacional de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) vigentes desde mayo de 2025”, la cual se actualiza anualmente para ajustar las tasas de referencia nacional, se establecen los síndromes clínicos a vigilar según la complejidad de los hospitales y las prestaciones que otorgan.

En el caso del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP), y conforme a su cartera de prestaciones, anualmente se registran en la plataforma SICARS del Programa de Control de Infecciones (PCI) del MINSAL, los síndromes y cirugías sujetos a vigilancia, entre los cuales se incluyen:

1. Infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario permanente (ITU/CUP) en pacientes adultos de unidades de cuidados críticos, medicina y cirugía.
2. Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva (NAVMI).
3. Infecciones del torrente sanguíneo (ITS) asociadas al uso de catéteres venosos centrales.
4. Infección de herida operatoria (IHO) en cirugías de hernia inguinal con o sin malla, colecistectomía (por laparoscopía y por laparotomía) y prótesis de cadera.
5. Infecciones del sistema nervioso central (ISNC) asociadas al uso de válvulas derivativas externas y válvulas derivativas ventrículo-peritoneales en pacientes adultos.
6. Infecciones intestinales en pacientes hospitalizados por *Clostridioides difficile* (adultos en unidades de cuidados críticos y médico-quirúrgicas).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 5 de 45

7. Infección por SARS-CoV-2 en pacientes hospitalizados, tanto en unidades de cuidados críticos como en unidades no críticas.

En total, el HUAP vigila 15 indicadores de referencia nacional de IAAS, en concordancia con las disposiciones establecidas por el MINSAL.

## II. OBJETIVOS

### General:

- Recolectar información sobre la epidemiología local de las IAAS y su tendencia en la institución como fuente para el desarrollo de las medidas de control y prevención.

### Específicos:

- Conocer la endemia de IAAS, su tendencia en el tiempo y su asociación a factores de riesgo.
- Detectar cambios en los patrones de comportamiento habitual de las IAAS y sus factores de riesgo bajo vigilancia.
- Identificar la microbiología de las IAAS y la epidemiología de la resistencia a los antimicrobianos de importancia en Salud Pública.
- Detectar brotes epidémicos de IAAS en forma precoz.
- Conocer la letalidad asociada a las IAAS según normas del MINSAL.
- Evaluar la efectividad de las medidas de prevención y control de las infecciones instauradas.
- Responder a la normativa ministerial.

## III. ALCANCE

- Dirección.
- Subdirección de Gestión Clínica.
- Subdirección de Gestión del Cuidado.
- Jefe de Servicio de Laboratorio.
- Infectología.
- Epidemiología.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 6 de 45

#### IV. DEFINICIONES

- **AREpi** : Vigilancia a paciente hospitalizado que cursa con infección por agentes de riesgo epidémico
- **CUP** : Catéter Urinario Permanente.
- **CVC** : Catéter Venoso Central.
- **DAU** : Dato de atención de urgencia.
- **DIP** : Dispositivo Invasivo Permanente.
- **IAAS** : Infección asociada a la atención en salud. Infección que se manifiesta consecuencia de o asociado a un proceso de atención de salud y que no se encontraba presente o en incubación en el momento de la atención de salud.
- **ITU CUP** : Infección tracto urinario asociada a catéter urinario permanente.
- **ITS CVC** : Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central.
- **ISNC** : Infección del sistema nervioso central.
- **IHO** : Infección herida operatoria.
- **MINSAL** : Ministerio de Salud.
- **NAVMI** : Neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva.
- **PCI** : Programa control de infecciones.
- **PICCline** : Catéter central instalado por vía periférica
- **Redcap®** : Plataforma web para crear y administrar base de datos.
- **SEREMI** : Secretaría Regional Ministerial.
- **SICARS** : Sistema de información de calidad de atención y resultados
- **SINA** : Sistema de información de atención en salud. Middleware clínico sanitarios.
- **SSMC** : Servicio de Salud Metropolitana Central.
- **VD SNC/VE** : Válvula derivativa del sistema nervioso central ventricular externa.  
Para el sistema de vigilancia corresponderá al primer dispositivo médico estéril con lumen que se instala quirúrgicamente a nivel de ventrículo cerebral para evacuar de manera controlada líquido cefalo-raquídeo hacia el exterior.
- **VD SNC/VP** : Válvula derivativa del sistema nervioso central ventrículo peritoneal.  
Para el sistema de vigilancia corresponderá al primer dispositivo médico estéril con lumen que se instala quirúrgicamente a nivel de ventrículo cerebral para evacuar en forma controlada líquido cefalo-raquídeo hacia el peritoneo.
- **VMI** : Ventilación mecánica invasiva.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 7 de 45

## V. RESPONSABLES DE CUMPLIMIENTO

- **PCI:** De la implementación y ejecución de la Vigilancia epidemiológica en la institución según normativa MINSAL.
- **ENFERMERAS DEL PCI:** De la búsqueda y registro de las IAAS a DIP y procedimientos a los cuales están expuestos los pacientes asociados a procedimientos y cirugías, vigilancia epidemiológica.
- **JEFATURAS MÉDICAS Y DE ENFERMERÍA:** De la difusión de la información, elaboración y ejecución de planes de mejora (capacitación, difusión de normas, supervisión e intervención).
- **COMITÉ DE VIGILANCIA DE IAAS:** del diagnóstico epidemiológico, avances del programa y planes de intervención

## VI. ACTIVIDADES

### 1. DEFINICIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS IAAS:

Proceso sistemático, activo, selectivo, periódico y continuo por medio del cual se recopila información de pacientes con factores de riesgos específicos. Se procesan los datos obtenidos, se analizan, interpretan y difunden los resultados de manera oportuna hacia los niveles responsables de tomar decisiones en las materias de IAAS en cada establecimiento de salud.

La vigilancia tiene cuatro etapas principales:

1. Definición de eventos a vigilar: las IAAS que se vigilarán se encuentran definidas por PCI MINSAL en el “manual de definiciones y criterios de notificación de infecciones para la vigilancia”, año 2023 y a sus actualizaciones y se consideran los grupos que son los sujetos a la vigilancia (criterios de inclusión y exclusión).
2. Definición de los métodos: se refiere a la estandarización de los métodos de pesquisa de los pacientes a vigilar y los criterios que se aplican para reportar las IAAS.
3. Consolidación y análisis: la forma de construir indicadores y de analizarlos.
4. Difusión de los resultados a los que deben tomar las decisiones.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 8 de 45

## 2. DEFINICIÓN DE INDICADORES DE INFECCIONES A VIGILAR

Los indicadores y las tasas de vigilancia epidemiológica son definidos por el MINSAL y son de carácter **OBLIGATORIO**, la vigilancia se mantendrá activa durante los 12 meses del año a intervalos regulares, como mínimo semanal.

A su vez existen indicadores **OPCIONALES** que son definidos localmente en cada período en base a las necesidades e intereses percibidos por los equipos de cada servicio y del PCI.

### 2.1 CRITERIOS DE INFECCIONES A VIGILAR.

El programa de control de infecciones se rige por las siguientes normativas ministeriales con relación a la vigilancia epidemiológica; “Manual sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS, segunda versión año 2023”, “Definiciones y criterios de notificación de IAAS para Vigilancia Epidemiológica, año 2023” y “Circular C37 n°02 “Indicadores de referencia de IAAS vigentes desde mayo 2025” y las futuras actualizaciones de estos documentos.

#### a. **INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATÉTER URINARIO PERMANENTE incluye sepsis foco urinario, infección urinaria**

*Exposición requerida, incluye: catéter urinario permanente por más de 2 días calendario desde su instalación al momento del inicio de los síntomas hasta 1 día calendario posterior a su retiro.*

##### **CRITERIO:**

- a) Paciente presenta al menos uno de los siguientes elementos sin otra causa identificada:
- Elemento 1: Fiebre igual o mayor a 38º C axilar
  - Elemento 2: Síntomas irritativos vesicales (tenesmo vesical, urgencia miccional, polaquiuria, disuria, dolor suprapúblico)
  - Elemento 3: Dolor costo vertebral a la palpación o espontáneo.
  - Elemento 4: Alteración nueva del estado de conciencia en pacientes de 65 o más años.

Y

- b) Examen de sedimento de orina<sup>1</sup> con al menos uno de los siguientes:
- Leucocituria de acuerdo con los valores de referencia del laboratorio que procesó la muestra tomada.
  - Presencia de placas de pus.
  - Presencia de piocitos.

Y



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 9 de 45

- c) Cultivo de orina<sup>2</sup> con no más de dos microorganismos, en el que al menos uno de ellos tiene recuento de más de 100.000 UFC/ml<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> En pacientes con CUP instalado por más de 15 días, la muestra se debe tomar una vez retirado o tras el cambio del CUP. En pacientes con menos de 15 días de uso de CUP, la toma de muestra se realizará siguiendo los protocolos institucionales. <sup>2</sup> En caso de presentar dos microorganismos con más de 100.000 UFC/ml, se debe decidir según epidemiología local, el microorganismo o agente causal de dicha infección que debe ser reportado con fines de reporte nacional. Localmente, cada establecimiento puede recolectar información de los agentes de interés identificados.

DIP	CRITERIO DE INCLUSIÓN	CRITERIO DE EXCLUSIÓN
<b>CUP</b>	Paciente adulto hospitalizado por patología médica, cirugía, medido-quirúrgica, obstétrica o UPC con CUP instalado por vía uretero-vesical por más de 2 días calendario	Paciente usuario de catéter urinario permanente previa hospitalización debido a patología urológica o neurológica, neuroquirúrgica crónica o pendiente de resolución definitiva

b. **INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADAS A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES incluye septicemia, bacteriemia, sepsis.**

*Exposición requerida, incluye: Presencia de catéter venoso central por más de 1 día calendario desde su instalación al momento del inicio de los síntomas hasta 1 día calendario posterior a su retiro.*

**CRITERIO:**

- a) Paciente tiene al menos uno de los siguientes signos o síntomas:

- Elemento 1: Fiebre igual o mayor a 38°C axilar
- Elemento 2: Hipotermia igual o menor a 36°C axilar
- Elemento 3: Hipotensión
- Elemento 4: Taquicardia o bradicardia
- Elemento 5: Apnea en pacientes menores de un año (No aplica para notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica, dado que el HUAP no contempla atención de pacientes menores de 1 año).
- Elemento 6: Eritema y exudado en sitio de inserción del CVC.

**Y**

- b) Al menos uno de los siguientes:

B1.-Detección<sup>1</sup> en uno o más set de hemocultivos<sup>2</sup> periféricos de un microorganismo patógeno no relacionado con otra infección activa en otra localización por el mismo agente.

**O**

B2.-Detección de microorganismo comensal<sup>3</sup> en al menos dos sets hemocultivos periféricos tomados en sitios anatómicos diferentes no relacionado con otra infección activa en otra localización por el mismo agente.

**O**

B3.-Detección de microorganismo comensal en al menos un set de hemocultivos periféricos y en cultivo de punta de catéter<sup>4</sup> retirado por sospecha clínica de



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 10 de 45

infección, no relacionado con otra infección activa en otra localización por el mismo agente. *Este último criterio no se aplica a nivel local.*

Nota: -Las técnicas con toma de hemocultivos periféricos y por CVC con tiempo diferencial de positividad o hemocultivos cuantitativos se pueden utilizar como apoyo para decidir localización de infección (ayuda a determinar si cumple elementos b1 o b2).

- (3) La detección, tanto de microorganismos patógenos como comensales, puede ser realizada por técnicas habituales o moleculares.<sup>2</sup> Por cada set de hemocultivo se entenderá al resultado obtenido a partir del análisis de la botella o las botellas obtenidas desde una misma punción.<sup>3</sup> Los organismos comensales comunes incluyen, pero no se limitan a, difteroides (*Coryebacterium spp.*), *Bacillus spp.*, *Cutibacterium spp.*, *Staphylococcus coagulase negativos* (incluyendo *S. epidermidis*), *Streptococcus* del grupo viridans, *Aerococcus spp.* *Micrococcus spp.* y *Rhodococcus spp.*<sup>4</sup> Este componente se propone para aquellos laboratorios que cuenten con esta técnica y en ningún caso se considera superior o prioritario por sobre los otros componentes del elemento b.

DIP	CRITERIO DE INCLUSIÓN	CRITERIO DE EXCLUSIÓN
<b>CVC</b>	<p>Pacientes adultos, pediátricos y neonatos, hospitalizados en cualquier dependencia del recinto con al menos uno de los siguientes tipos de acceso vasculares centrales instalados o en uso* por más de 1 día calendario:</p> <p>a) CVC instalado cerca del corazón o que su punta esté en el lumen de un gran vaso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aorta</li> <li>- Arteria pulmonar</li> <li>- Vena cava superior</li> <li>- Vena cava inferior</li> <li>- Venas braquiocefálicas</li> <li>- Venas yugulares internas.</li> <li>- Venas subclavias</li> <li>- Venas ilíacas externas</li> <li>- Venas ilíacas comunes</li> <li>- Venas femorales</li> </ul> <p>b) CVC de inserción periférica (PICC).</p> <p>c) CVC de corta duración o transitorios.</p> <p>d) CVC de larga duración (sean tunelizados o de reservorio).</p> <p>*Se consideran en uso, aquellos CVC por los que se infunden soluciones, incluidas nutrición parenteral, administración de fármacos y soluciones continuas e intermitentes y también aquellos por los que se realiza toma de muestras.</p>	<p>En los siguientes casos, se refiere a que catéteres utilizados para los fines descritos a continuación, no se incluirán en la vigilancia de CVC como tal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Catéteres de asistencia ventricular.</li> <li>- Membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO)*</li> <li>- Catéter arteria femoral.</li> <li>- Balón de contrapulsación intraaórtico.</li> <li>- Cable de marcapaso y desfibriladores.</li> <li>- Catéter Check: marcapasos, Swan ganz etc.</li> <li>- Diálisis continua.</li> <li>- Catéteres de hemodiálisis exclusivos.</li> <li>- Catéteres periféricos cortos que no acceden a un gran vaso.</li> <li>- Catéteres línea media y mini midline.</li> </ul> <p>Es necesario aclarar que, si el paciente presenta alguno de los catéteres antes mencionados pero además, cuenta con un CVC, se debe incorporar a la vigilancia por DIP de forma obligatoria desde el punto de vista de CVC.</p> <p>*no se efectúa vigilancia a los catéteres utilizados para ECMO, pero si el paciente cuenta con un CVC, si debe ingresar a la vigilancia por este último DIP.</p>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 11 de 45

**c. TORRENTE SANGUÍNEO (BACTERIEMIA/SEPTICEMIA) (ITS) EN PACIENTES CON CATÉTERES VASCULARES Y PROCEDIMIENTOS PERIÓDICOS ESPECÍFICOS: PACIENTES ADULTOS CON CATÉTER QUIMIOTERAPIA Y PACIENTES ADULTOS CON CATÉTER HEMODIÁLISIS.**

DIP	CRITERIO DE INCLUSIÓN	CRITERIO DE EXCLUSIÓN
<b>CVC Quimioterapia</b>	Paciente adulto y pediátrico que recibe tratamiento de quimioterapia intravenosa por un CVC en atención ambulatoria, incluye: a) CVC de inserción periférica (PICC). b) CVC de corta duración o transitorios. c) CVC de larga duración (sean tunelizados, no tunelizados, exteriorizados y los provisto de reservorio).	Cuando un paciente requiere hospitalización, se suspende transitoriamente de la vigilancia por CVC qmt-a (por procedimiento) y se ingresa a la vigilancia epidemiológica de CVC por días de exposición y uso del CVC durante la hospitalización.

*\*No se realiza la vigilancia de estos pacientes, ya que el HUAP no cuenta con una unidad oncológica ni con pacientes hospitalizados que utilicen este tipo de dispositivo invasivo permanente (DIP).*

DIP	CRITERIO DE INCLUSIÓN	CRITERIO DE EXCLUSIÓN
<b>CVC Hemodiálisis</b>	Pacientes adultos con ERC que recibe tratamiento de hemodiálisis por un catéter de hemodiálisis en cualquier dependencia del recinto (hospitalización y/o unidad de diálisis), con prestación otorgada por unidad de diálisis del hospital y/o por compra de servicios que se desarrolla dentro del hospital.	Paciente en hemofiltración continua. - Paciente con hemodiálisis por Fístulas arterio-venosa (A/V) - Paciente con hemodiálisis por un implante. - Pacientes con hemodiálisis de agudos

*\*No se realiza la vigilancia de estos pacientes, ya que en el HUAP no existe una unidad de hemodiálisis destinada a pacientes crónicos. La atención que corresponde al HUAP abarca únicamente a pacientes en hemodiálisis aguda, los cuales se clasifican dentro de los criterios de exclusión.*



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 12 de 45

#### d. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

*Exposición requerida, incluye: Paciente de cualquier edad en ventilación mecánica invasiva por más de 2 días calendario al inicio de los síntomas o hasta 1 día calendario posterior a la desconexión del ventilador.*

**CRITERIO I:** Pacientes de 1 año y más (incluye pediátricos y adultos)

a.1) En pacientes sin enfermedad pulmonar o cardiaca concomitante se observan exámenes imagenológicos con la aparición de al menos una de las siguientes alteraciones:

- Elemento 1: Infiltrado
- Elemento 2: Condensación
- Elemento 3: Cavitación

**O**

a.2) En pacientes con enfermedad pulmonar<sup>1</sup> o cardiaca concomitante se observa progresión o cambios (incluye aparición de nuevas imágenes) en exámenes imagenológicos que presentan al menos una de las siguientes alteraciones:

- Elemento 1: Infiltrado nuevo o progresión de uno existente.
- Elemento 2: Condensación
- Elemento 3: Cavitación

**Y**

b) Presentar al menos dos de los siguientes elementos:

- Elemento 1: Fiebre igual o mayor a 38° C axilar
- Elemento 2: Leucopenia ( $<4.000$  leucocitos/ $mm^3$ ) o leucocitosis ( $>12.000$  leucocitos/ $mm^3$ )
- Elemento 3: Deterioro en el intercambio gaseoso no explicable por otra causa. Ej. disminución en saturación de oxígeno menor 94%, incremento diario en requerimientos de oxígeno adicional  $FiO_2 >$  o igual 0,20 (20 puntos) o incremento diario de PEEP  $>$  de 5 cm H<sub>2</sub>O.
- Elemento 4: Aspirado endotraqueal con aislamiento de microorganismo patógeno<sup>2</sup>  $>100.000$  UFC/ml<sup>3</sup> o lavado bronco alveolar o cepillo protegido con recuento significativo ( $10^4$  o  $10^3$  ufc/ml respectivamente) o panel molecular con recuento significativo para neumonía de acuerdo con laboratorio local. *A nivel local no se aplica actualmente cepillado.*

<sup>1</sup> Ej. Síndrome de Distress Respiratorio, displasia broncopulmonar, edema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, COVID-19, neumonía adquirida en la comunidad. <sup>2</sup> Se excluyen como agentes etiológicos Candida spp. u otros hongos filamentosos, Staphylococcus coagulasa negativo y cualquier Enterococcus, Blastomyces, Histoplasma, Coccidioides, Paracoccidioides, Cryptococcus, y Pneumocystis <sup>3</sup> En caso de presentar dos microorganismos con más de 100.000 UFC/ml, se debe decidir según epidemiología local, el microorganismo o agente causal de dicha infección que debe ser reportado con fines de reporte nacional. Localmente, cada establecimiento puede recolectar información de los agentes de interés identificados.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 13 de 45

**CRITERIO III:** Para pacientes inmunocomprometidos<sup>1</sup>

Incluye: Paciente en ventilación mecánica invasiva por más de 2 días calendario al inicio de los síntomas o hasta 1 día calendario posterior a la desconexión del ventilador.

- a) Presenta deterioro en el intercambio gaseoso no explicable por otra causa. Ej. disminución en saturación de oxígeno menor 94%, incremento diario en requerimientos de oxígeno adicional FiO<sub>2</sub> > o igual 0,20 (20 puntos) o incremento diario de PEEP > de 5 cm H<sub>2</sub>O.

Y

- a) Al menos uno de los siguientes elementos:

- Elemento 1:(cualquiera de los siguientes): Aparición de expectoración, aumento o cambio en las características, o aumento de los requerimientos de aspiración o succión de secreciones.
- Elemento 2: Hemoptisis.
- Elemento 3: Aspirado endotraqueal con aislamiento de microorganismo patógeno<sup>2</sup> >100.000 UFC<sup>3</sup>/ml o lavado bronco alveolar o cepillo protegido con recuento significativo (10<sup>4</sup> o 10<sup>3</sup> ufc/ml respectivamente) o panel molecular con recuento significativo para neumonía de acuerdo con laboratorio local.

**\*Criterio II:** No aplica para notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica, dado que el HUAP no contempla atención de pacientes menores de 1 año (incluye neonatológicos).

Nota: - Cuando se identifique un agente etiológico con técnicas distintas a las mencionadas en los criterios descritos (por ejemplo, expectoración), sólo registrar el agente si la muestra tiene como criterios mínimos de calidad un recuento de ≥25 leucocitos polimorfonucleares y ≤10 células epiteliales por campo<sup>13,14</sup>.

<sup>1</sup> Para efectos de vigilancia epidemiológica, se determina como paciente inmunocomprometido a: determinación de neutropenia (recuento absoluto de neutrófilos menor a 500); diagnóstico de leucemia; diagnóstico de linfoma; diagnóstico de VIH con recuento CD4 menor a 200 mg/dl; paciente con esplenectomía previa; paciente trasplantado en tratamiento inmunosupresor; paciente en tratamiento con quimioterapia; altas dosis de corticoides con dosis mayor a 40 mg de prednisona diarios por 2 semanas o equivalente (160 mg de hidrocortisona, 32 mg de metilprednisolona, 6 mg de dexametasona, 200 mg cortisona), pacientes en tratamiento con terapia biológica.<sup>2</sup> Se excluyen como agentes etiológicos *Candida* spp. u otros hongos filamentosos, *Staphylococcus* coagulasa negativo y cualquier *Enterococcus*, *Blastomyces*, *Histoplasma*, *Coccidioides*, *Paracoccidioides*, *Cryptococcus*, y *Pneumocystis*<sup>3</sup> En caso de presentar dos microorganismos con más de 100.000 UFC/ml, se debe decidir según epidemiología local, el microorganismo o agente causal de dicha infección que debe ser reportado con fines de reporte nacional. Localmente, cada establecimiento puede recolectar información de los agentes de interés identificados.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 14 de 45

DIP	CRITERIO DE INCLUSIÓN	CRITERIO DE EXCLUSIÓN
<b>VMI</b>	Paciente adulto, pediátrico y neonatal conectado a ventilación mecánica invasiva, sea para ventilación o expansión pulmonar por medio de una interfaz endotraqueal, orotraqueal, nasotraqueal o por traqueotomía por más de 2 días calendario.	Pacientes conectados a dispositivos de ventilación y expansión pulmonar que suministran presión positiva a las vías respiratorias (por ejemplo: CPAP, BIPAP, bi level, IPPB y PEEP) a través de medios no invasivos (por ejemplo: cánulas nasales, máscara nasal, máscara facial completa, máscara total, etc.) no se consideran ventiladores invasivos a menos que se administre a través de una vía aérea artificial (endotraqueal oral/nasal o tubo de traqueotomía).

e. **INFECCIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ASOCIADO A VÁLVULAS DERIVATIVAS** incluye meningitis, ventriculitis

*Exposición requerida, incluye: Desde el momento de la instalación de la primera válvula derivativa hasta un máximo de 15 días calendario de instalación, considerando 1 día calendario posterior a su retiro (si este se realiza dentro de los 15 días).*

**CRITERIO I:**

Detección de microorganismos (cultivo, test molecular) en líquido cefalorraquídeo (LCR) recolectado con técnica aséptica para fines diagnósticos o terapéuticos<sup>1</sup>.

**CRITERIO II:**

a) Presencia de al menos dos de los siguientes signos y síntomas no atribuibles a otras causas:

- Elemento 1: Fiebre igual o mayor a 38° C axilar
- Elemento 2: Dolor de cabeza
- Elemento 3: Signos meníngeos
- Elemento 4: Signos de nervios craneales
- Elemento 5: Modificación cualitativa o cuantitativa de conciencia. Ej. Irritabilidad.
- Elemento 7: Apnea (No aplica para notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica, dado que el HUAP no contempla atención de pacientes menores de 1 año).
- Elemento 8: Bradicardia (No aplica para notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica, dado que el HUAP no contempla atención de pacientes menores de 1 año).

Y

b) Al menos uno de los siguientes elementos:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 15 de 45

- Elemento 1: LCR con aumento de glóbulos blancos o de niveles de proteínas o con descenso de nivel de glucosa según rangos reportados por laboratorio local.
- Elemento 2: Microorganismo observados en tinción de Gram del LCR.
- Elemento 3: Identificación<sup>2</sup> en uno o más set de hemocultivos<sup>3</sup> periféricos de un microorganismo no relacionado con otra infección activa en otra localización por el mismo agente.

<sup>1</sup> Se excluyen resultados obtenidos a partir de examen solicitado de manera sistemática como estrategia de vigilancia activa por resultado de laboratorio. <sup>2</sup> La detección puede ser realizada por técnicas habituales o moleculares. <sup>3</sup> Por cada set de hemocultivo se entenderá al resultado obtenido a partir del análisis de la botella o las botellas obtenidas desde una misma punción.

**Nota: Elemento 7 y elemento 8 del CRITERIO II no aplica al HUAP, ya que en el establecimiento no contempla atención en pacientes menores de un año.**

DIP	CRITERIO DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
VD-VE	Paciente adulto con instalación de primera válvula derivativa de SNC.	<p>Pacientes con cambios de válvulas derivativas de SNC.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con instalación de válvulas derivativas con infección del sistema nervioso central demostrada anterior a la instalación.</li> <li>- Paciente con instalación de válvulas derivativas que hayan presentado TEC's abiertos.</li> <li>- Pacientes con captores de PIC sin lumen.</li> <li>- Si un paciente presenta más de un DVE, se contabiliza como un solo DIP.</li> <li>- Si un paciente presenta un DVE y, además un DVP, se consideran ambos elementos para vigilancia por DIP.</li> </ul>
VD-VP	Paciente adulto, pediátrico y neonato con instalación de primera válvula derivativa de SNC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pacientes con cambios de válvulas derivativas de SNC.</li> <li>- Pacientes con instalación de válvulas derivativas con infección del sistema nervioso central demostrada anterior a la instalación.</li> <li>- Paciente con instalación de válvulas derivativas que hayan presentado TEC's abiertos.</li> <li>- Pacientes con captores de PIC sin lumen.</li> <li>- Si un paciente presenta más de un DVE, se contabiliza como un solo DIP.</li> <li>- Si un paciente presenta un DVE y además un DVP, se consideran ambos elementos para vigilancia por DIP.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 16 de 45

- f. **INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA** incluye **infecciones superficiales y profundas. No incluye infecciones de prótesis si no hay infección de planos superficiales o profundos de la piel.**

*Exposición requerida, incluye: Antecedente de cirugía entre 1 y 30 días calendario previos.*

**CRITERIO I:**

Presencia de pus (exudado purulento) en el sitio de incisión quirúrgica, incluido el sitio de la salida de drenaje por contrabertura, con o sin cultivos positivos. La observación de pus puede ser por drenaje espontáneo o por apertura de la herida por parte del equipo de salud<sup>1</sup>.

**CRITERIO II:**

- a) Paciente tiene al menos cuatro de los siguientes elementos:

- Elemento 1: Fiebre igual o mayor a 38°C no atribuible a otra causa.
- Elemento 2: Sensibilidad o dolor en la zona de la incisión quirúrgica.
- Elemento 3: Aumento de volumen localizado en la zona de incisión quirúrgica.
- Elemento 4: Eritema o calor local en la zona de incisión quirúrgica.
- Elemento 5: La incisión es deliberadamente abierta por un integrante del equipo de salud<sup>1</sup> con presencia de exudado que, sin tener aspecto de pus, se describe como turbio, serohemático o seropurulento.
- Elemento 6: Aislamiento de microorganismo en cultivo obtenido con técnica aséptica de la incisión o tejido subcutáneo.

<sup>1</sup> Para esta definición, también se considera personal en formación de carreras de la salud (alumnos, internos) como parte del equipo.

Las cirugías vigiladas en el Hospital se rigen y son definidas por normativas ministeriales; “Manual sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS, segunda versión año 2023”, “Definiciones y criterios de notificación de IAAS para Vigilancia Epidemiológica, año 2023” y “Circular C37 n°02 “Indicadores de referencia de IAAS vigentes desde mayo 2024” (14 de mayo,2025) y las futuras actualizaciones de estos documentos.

Las cirugías trazadoras a las cuales se les realiza vigilancia epidemiológica en el HUAP, según la cartera de prestaciones, son las siguientes:

- Colecistectomía por laparotomía.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 17 de 45

- Colecistectomía por laparoscopía.
- Cirugía de hernias inguinales c/s malla.
- Cirugía de prótesis de cadera.

### Vigilancia epidemiológica de pacientes con cirugías trazadoras

Criterios de inclusión y exclusión para pacientes con cirugías trazadoras para ser incorporados a la vigilancia epidemiológica y, en algunos casos, se especifican las condiciones de exclusión para ese fin.

CIRUGÍA TRAZADORA	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Cirugía de prótesis de cadera	adultos operados de artroplastia de cadera, sean estas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugías de prótesis de cadera parcial.</li> <li>• Cirugía de prótesis de cadera total.</li> <li>• Cirugía de pretesis de cadera bilateral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteosíntesis de cadera.</li> <li>• Instalación de clavo endomedular.</li> <li>• Cualquier condición previa a la cirugía que modifique la condicen de herida limpia a limpia- contaminada, contaminada a sucia.</li> </ul>
Cirugía de hernia inguinal en adulto Con o sin malla	Adultos operados por cualquier tipo de técnica quirúrgica por hernia inguinal (con y sin malla)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cualquier condición previa a la cirugía que modifique la condicen de herida limpia a limpia - contaminada, contaminada a sucia.</li> </ul>
Cirugía de colecistectomía laparotómica	Pacientes operados por colecistectomía con técnica laparotómica. Pacientes con conversión de técnica video laparoscópica a laparotómica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugías oncológicas del sistema digestivo que incluya resección de la vesícula por extensión de la lesión tumoral.</li> <li>• Cualquier condición previa a la cirugía que modifique la condicen de herida limpia a limpia - contaminada, contaminada a sucia.</li> </ul>
Cirugía de colecistectomía por video laparoscopía	Pacientes con colecistectomía por video laparoscopía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugías oncológicas del sistema digestivo que incluya resección de la vesícula por extensión de la lesión tumoral.</li> <li>• Cualquier condición previa a la cirugía que modifique la condicen de herida limpia a limpia - contaminada, contaminada a sucia.</li> </ul>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 18 de 45

La vigilancia para este grupo de pacientes se realizará al menos por las siguientes metodologías:

1. Seguimiento a pacientes que se encuentren hospitalizados en el establecimiento (vigilancia semanal en pacientes hospitalizados).
2. Seguimiento a pacientes en su primer control post egreso, cuando se este se realice en el mismo establecimiento o en otro recinto perteneciente a la misma red cuando sea posible acceder a la información.
3. Identificación y revisión a pacientes operado que se re hospitaliza en el mismo establecimiento o en otro pertenecientes a la misma red cuando sea posible acceder a la información, por presencia de síntomas dentro de los 30 días post quirúrgicos.
4. Identificación y revisión a paciente operado con atención en unidades de urgencia en el mismo establecimiento u otro perteneciente a la red cuando sea posible acceder a la información, dentro de los 30 días post quirúrgicos.

Consideraciones:

- a) Por medio de la vigilancia semanal programada se identifican pacientes operados hospitalizados y pacientes operados re hospitalizados.
- b) A lo menos mensualmente se debe hacer la revisión de los primeros controles o historia clínica, de la revisión del primer control post egreso, tanto de paciente hospitalizado como los operados de atención ambulatoria.
- c) En los establecimientos que cuenten con sistemas electrónicos de agendamiento de estos controles o historia clínica, la revisión del primer control post egreso se realizará a lo menos cada dos semanas, tanto del paciente operado hospitalizado como de los operados por cirugía mayor ambulatoria.
- d) Tanto para pacientes quirúrgicos, si en la revisión efectuada dos semanas posteriores al procedimiento sin necesidad de volver a revisar el mismo paciente al finalizar el mes.

\*Se considerará primer control post quirúrgico al realizado por un profesional de salud (medico, matrona, enfermera) a un paciente operado egresado de la institución en las dependencias de atención ambulatoria del recinto de salud u otra institución perteneciente a la misma red de atención, incluye la atención por reingreso y por consulta en unidades de urgencia del recinto.

\* De acuerdo con la cartera de prestaciones de la institución, anualmente se inscriben en la plataforma SICARS del PCI del Ministerio de Salud, los síndromes y cirugías a vigilar. Por lo tanto, se excluye de la vigilancia aquellas cirugías como: cirugía de Tumor de SNC (en pacientes adultos, neonatos y pediátricos), Cirugías de Bypass coronario en pacientes adultos, Cirugías de cesárea c/s trabajo de parto, Cirugías de cataratas c/s LIO en adultos.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 19 de 45

**g. SINDROME DIARREICO AGUDO POR CLOSTRIDIOIDES (Clostridium) DIFFICILE EN PACIENTES ADULTOS.**

*Exposición requerida, incluye: Paciente con estadía mayor a 2 días calendario desde su ingreso hospitalario sin importar en la unidad o servicio clínico donde se encuentre hospitalizado, u hospitalización igual o menor de 2 días calendario, pero antecedente de haber estado hospitalizado durante al menos 1 día calendario en la misma habitación, o en el mismo servicio clínico (si se trata de servicios clínicos en los cuales las habitaciones comparten baño) que otro caso confirmado.*

**CRITERIO I:**

a) Paciente presenta al menos uno de los siguientes elementos:

- Elemento 1: Presencia de más de una deposición líquida en 12 horas.
- Elemento 2: Presencia de 3 o más deposiciones disagregadas o líquidas en 24 horas
- Elemento 3: Megacolon tóxico sin otra etiológica conocida.

Y

b) Muestra de deposición positiva a toxina de *C. difficile* por cualquier técnica de laboratorio, o aislamiento de cepa productora de toxina detectada en deposición por cultivo u otro medio incluida biología molecular (PCR u otra)<sup>1</sup>.

**CRITERIO II:**

Paciente presenta colitis pseudomembranosa diagnosticada por endoscopía digestiva baja<sup>2</sup>, cirugía, o por estudio histopatológico sin otra causa determinada.

<sup>1</sup> Test GDH (deshidrogenasa glutámica) por sí sólo no es diagnóstico de laboratorio de infección por *C. difficile* pues puede detectar el agente, pero no si es productor de toxina. <sup>2</sup> Sólo como hallazgos en colonoscopias indicadas por otras causas. No debe realizarse endoscopía en pacientes con sospecha de colitis pseudomembranosa.

SÍNDROME	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN (56)
Enfermedad diarreica aguda por <i>C. difficile</i> en adultos	-Adulto hospitalizado por más de 2 días calendario.  - Hospitalización igual o menor a 2 días calendario, pero ser contacto (57) de un paciente con diarrea por <i>C. difficile</i> .	- Antecedente de haber cursado infección por el mismo agente en las últimas 8 semanas.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 20 de 45

#### **h. INFECCIONES POR SARS-CoV-2**

*Exposición requerida, incluye: Pediátricos y adultos hospitalizados por más de 2 días calendario (No aplica la notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica en pacientes menores de 1 año, ya que el HUAP no contempla la atención de este grupo etario).*

##### **CRITERIO I:**

Paciente con más de 10 días de hospitalización y

a) Aparición de al menos tres de los siguientes elementos:

- Elemento 1: Fiebre igual o mayor de 37,8°C axilar.
- Elemento 2: Pérdida brusca y completa del olfato (anosmia).
- Elemento 3: Pérdida brusca y completa del gusto (ageusia).
- Elemento 4: Tos o estornudos.
- Elemento 5: Congestión nasal.
- Elemento 6: Disnea o dificultad respiratoria.
- Elemento 7: Taquipnea.
- Elemento 8: Odinofagia.
- Elemento 9: Mialgia.
- Elemento 10: Debilidad general o fatiga.
- Elemento 11: Dolor torácico.
- Elemento 12: Calofríos.
- Elemento 13: Diarrea.
- Elemento 14: Anorexia o náuseas o vómitos.
- Elemento 15: Cefalea.

**Y**

a) Al menos uno de los siguientes resultados de laboratorio:

- Prueba PCR para SARS-CoV-2 positiva.
- Prueba de antígenos para SARS-CoV-2 positiva.

**O**

a) Tomografía de tórax con opacidades bilaterales múltiples en vidrio esmerilado, con distribución pulmonar periférica y baja sin otra causa conocida.

##### **CRITERIO II:**

Paciente que en un periodo comprendido entre 1 y 10 días posteriores al último contacto<sup>1</sup> con un caso confirmado presenta:

a) Aparición de al menos tres de los siguientes elementos:

- Elemento 1: Fiebre igual o mayor de 37,8°C axilar.
- Elemento 2: Anosmia.
- Elemento 3: Ageusia.
- Elemento 4: Tos o estornudos.
- Elemento 5: Congestión nasal.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 21 de 45

- Elemento 6: Disnea o dificultad respiratoria.
- Elemento 7: Taquipnea.
- Elemento 8: Odinofagia.
- Elemento 9: Mialgia.
- Elemento 10: Debilidad general o fatiga.
- Elemento 11: Dolor torácico.
- Elemento 12: Calofríos.
- Elemento 13: Diarrea.
- Elemento 14: Anorexia o náuseas o vómitos.
- Elemento 15: Cefalea.

## O

- a) Resultado de al menos uno de los siguientes resultados de laboratorio:
- Prueba PCR para SARS-CoV-2 positiva
  - Prueba de antígenos para SARS-CoV-2 positiva

<sup>1</sup> Para fines de la vigilancia, se definirá como contacto el haber estado en la misma habitación, o en el mismo servicio clínico (si se trata de servicios clínicos en los cuales las habitaciones comparten baño) que otro caso confirmado durante al menos un día calendario. Esta definición podrá modificarse localmente durante el estudio de brotes en los establecimientos si el PCI lo estima pertinente.

SÍNDROME	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN (56)
Infeción respiratoria por SARS-CoV-2 en adultos	-Pacientes pediátricos (mayores de 28 días hasta menores de 15 años) y adultos hospitalizados por más de 2 días calendario.	-Pacientes con diagnóstico de COVID-19 al ingreso. - Paciente con antecedente de COVID-19 en los últimos 90 días.

### NOTA:

(56). Los siguientes corresponden a criterios de exclusión para no incorporar la información de estos pacientes a la vigilancia epidemiológica nacional, independiente de la decisión local de cada PCI de cada hospital de poder realizar vigilancia activa en estos grupos seleccionados.

(57). Durante el estudio de sospechas o brotes la definición de contacto puede ser modificada por el equipo del PCI del establecimiento si la investigación epidemiológica así lo establece, lo cual deberá documentarse.

## 2.2 PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA/SISTEMA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La vigilancia epidemiológica requiere, como punto inicial, identificar los pacientes expuestos a los factores de riesgo, seleccionar aquellos que cumplen las condiciones para ser vigilados, ingresarlos a la vigilancia y seguirlos en el tiempo mientras se mantenga la condición de exposición o se cumpla el tiempo máximo de seguimiento.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 22 de 45

Se utiliza el método directo e indirecto (“*Manual sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS, segunda versión año 2023*”).

**MÉTODO DIRECTO.** Es aquel en que profesionales de los equipos locales de PCI, en sus visitas programadas semanales a cada unidad y servicio, identifican pacientes expuestos a los DIP, verifican si cumplen los criterios de inclusión, y los registran en la lista de pacientes para vigilar, planificando su seguimiento mientras se mantenga la exposición al DIP durante el proceso de atención de salud (y posterior a su retiro si así se ha definido según definición de criterio de notificación).

**MÉTODO INDIRECTO.** Es aquel método en que participan los servicios clínicos que instalan y manejan los pacientes con DIP, como colaboradores de la entrega de esta información a los(as) profesionales de los equipos locales de PCI (pertenecientes a los servicios clínicos) con una frecuencia mínima semanal. Para aplicar el método indirecto, se requiere que los(as) profesionales de los equipos locales de PCI estandaricen el proceso.

**PROCESO DE VIGILANCIA:** Enfermeras del PCI vigilan IAAS definidas en la *Norma Técnica 225 sobre programas de prevención y control de IAAS, 26 agosto 2022*, “*Manual sistema de vigilancia epidemiológica de IAAS, segunda versión año 2023*”, “*Definiciones y criterios de notificación de IAAS para Vigilancia Epidemiológica, año 2023*” “*Definiciones y criterios de notificación de IAAS para Vigilancia Epidemiológica, año 2023*” y “*Circular C37 n°02 “Indicadores de referencia de IAAS vigentes desde mayo 2025”* y las futuras actualizaciones de estos documentos.

Se obtiene la información necesaria a través de la revisión de fichas clínicas de pacientes sospechosos de IAAS, es decir, usuarios de dispositivos invasivos permanentes(CVC, PICC, CUP, VMI, VDE, VDP) y/o con microorganismos aislados en cultivos, incluyendo agentes de riesgo epidémico (AREpi); SARS-CoV-2 y Clostridioides difficile Informados por Tecnólogo Médico de bacteriología vía telefónica de lunes a viernes y SARS-CoV-2 vía correo electrónico, por planilla Excel, desde la sección de biología molecular, de lunes a domingo y cirugías trazadoras (hernia inguinal c/s malla, colecistectomía por laparotomía y por vía laparoscópica, prótesis de cadera).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 23 de 45

### ***Mecanismos de obtención de datos epidemiológicos de la vigilancia epidemiológica***

#### ***a) Pacientes con uso de dispositivo invasivo permanente (DIP):***

**Servicios críticos:** Las enfermeras del PCI visitarán **al menos una vez por semana** a todos los pacientes **hospitalizados en servicios críticos**, es decir, UCI e Intermedio y UCI e Intermedio Quemados. Se realizará revisión de todas las fichas clínicas, cultivos de laboratorio y presencia de DIP en busca de IAAS que cumplan con criterios ministeriales. Cada paciente contará con una hoja de vigilancia epidemiológica en la cual se registrarán los datos relacionados con la sospecha, ausencia o presencia de infecciones. Se consignará con lápiz destacador la fecha de la visita al Servicio. (Anexo 1).

**En el caso del primer drenaje ventricular externo/ primera válvula ventrículo peritoneal:** Las enfermeras del PCI semanalmente extraen el protocolo operatorio del sistema computacional “SINA” de aquellos pacientes sometidos a dichas intervenciones y se revisarán las fichas clínicas en busca de criterios de infección. El registro de la vigilancia se realiza en un formulario de redcap (anexo 2), donde se registran los datos relacionados con la sospecha, ausencia o presencia de IAAS.

**Servicios clínicos:** Las enfermeras de IAAS visitarán **al menos una vez** por semana a todos los pacientes usuarios de CUP, PICC y/o CVC en los servicios clínicos no críticos. Se realizará revisión de las fichas clínicas, cultivos de Laboratorio y presencia de dispositivos invasivos en busca de IAAS que cumplan con criterios ministeriales en ese grupo de pacientes. El registro se realiza en la hoja de seguimiento de IAAS (Anexo 1). Una vez confirmada alguna IAAS, independiente del Servicio, se procede a traspasar los datos a la planilla Excel “Vigilancia”. (Anexo 3)

**Pacientes con cirugías trazadoras:** Las enfermeras del PCI extraen semanalmente, desde el sistema computacional SINA, los protocolos operatorios de los pacientes sometidos a cirugías trazadoras. A partir de esta información, realizan la vigilancia según los siguientes criterios:

- Vigilancia semanal de pacientes hospitalizados en el establecimiento.
- Seguimiento en el primer control post egreso, cuando este se realice en el mismo establecimiento o en otro recinto de la misma red, siempre que sea posible acceder a la información.
- Identificación y revisión de pacientes re-hospitalizados en el mismo establecimiento o en otro de la red, dentro de los 30 días postquirúrgicos, cuando sea posible acceder a la información.



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 24 de 45

- Identificación y revisión de pacientes atendidos en unidades de urgencia del mismo establecimiento u otros de la red, dentro de los 30 días postquirúrgicos, cuando sea posible acceder a la información.

La vigilancia consiste en revisar fichas clínicas y exámenes. El registro se realiza en un formulario en REDCap (anexo 2).

En los casos en que el paciente no asista a su control médico en policlínico dentro de los 30 días posteriores a la intervención, se considerará como no infectado.

**Pacientes con infecciones por AREpi:** Las enfermeras del PCI revisarán diariamente las solicitudes y los resultados de cultivos positivos y visitarán los pacientes sospechosos o confirmados con AREpi, se verificará la ausencia o presencia de criterios ministeriales IAAS tanto para el paciente en cuestión como los otros pacientes que se encuentren en su sala, además se realizará revisión de las fichas clínicas. El registro se realiza en la “Hoja de C. difficile positiva” archivado en la carpeta “CDI” y en planilla Excel en “AREpi”; CD y COVID-19. (Anexo 5 y 6).

**Datos de pacientes Hoja seguimiento IAAS:** Cada paciente vigilado por DIP contará con una Hoja de seguimiento de infecciones con los siguientes datos:

- Nombre y apellido/Rut y/o Número ficha clínica (en el caso de pacientes que no estén identificados, se deberá anotar número de ficha clínica o DAU).
- Edad
- Servicio/cama
- Fecha de ingreso al HUAP y al servicio
- Diagnóstico
- Hospital de base/Fecha de quemadura (en el caso de paciente Quemado)
- Egreso/alta/fallece
- IAAS/localización/DIP asociado a la infección/Fecha de la infección/criterios IAAS
- Cultivo positivo (microorganismo y características), si procede.
- Observación: estado o diagnóstico de IAAS, evolución clínica, exámenes complementarios, antibióticos, entre otros.
- Cuando existe una infección se realiza el registro en la hoja del paciente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 25 de 45

### **Métodos de vigilancia epidemiológica de pacientes con uso de DIP:**

Los enfermeros de continuidad o supervisores recolectarán periódicamente la información de todos los pacientes con DIP. La información será enviada vía mail semanalmente a las enfermeras del PCI para así ingresar los datos al sistema computacional carpeta "seguimientos invasivos". Los datos recolectados serán los siguientes (Anexo 6):

- Nombre del paciente/Número de ficha o RUT/Cama
- Tipo de DIP/Instalación o inicio de uso, cambio o retiro del dispositivo.
- Observaciones.

### **2.3 NOTIFICACIÓN DE LAS IAAS/CONSOLIDACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

La consolidación y análisis de los datos será responsabilidad de las enfermeras y médico del PCI basado en los criterios MINSAL de IAAS.

Como resultado de la vigilancia epidemiológica; se obtienen los datos para formular las tasas de IAAS, y estos se traspasan a la plataforma SICARS, información que llega directamente al MINSAL y SSMC. Los datos se suben mensualmente (plazo máximo el día 10 de cada mes) por las enfermeras del PCI: IAAS por síndromes clínicos, brotes epidemiológicos y letalidad por ITS/CVC y NAVMI en el caso de estos últimos datos se subirá la información si existieran. El médico encargado del PCI será el responsable de validar y autorizar el envío de la información a través de SICARS. (Anexo 7 y 8).

### **2.4 INFORMES EPIDEMIOLOGICOS DE IAAS**

El equipo del PCI elabora un documento trimestral y anual con toda la información referente a tasas, vigilancia de DIP, microorganismos de importancia epidemiológica, brotes, entre otros; con la autorización de la Dirección. El documento se difundirá a todos los jefes de servicios y enfermeros supervisores por vía mail. A su vez se realizarán reuniones lideradas por IAAS con equipos clínicos cuando la situación epidemiológica lo requiera, para establecer planes de mejora e intervenciones oportunas.

Basándose en los resultados, los servicios que presenten indicadores por sobre lo esperado definirán acciones que permitan obtener mejorías en el período de vigilancia siguiente apoyados por la unidad del PCI.

### **2.5 INFORMACION DE BROTES**

#### **A.- Definición de Brote:**

- El término brote epidémico expresa el aumento inusual de los casos esperados en relación a la incidencia de determinada enfermedad, en general en un corto período de tiempo, en una sola población o grupo de pacientes producida por una sola cepa microbiana. Por principio, cualquier acúmulo de infecciones en un



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 26 de 45

misma lugar producida por un mismo agente etiológico, debe ser estudiado a fin de descartar un brote. En forma operacional se considera Brote epidémico a la aparición de más del doble de casos esperados de la misma enfermedad asociados en tiempo y lugar, así como también a la aparición de una enfermedad, problema o riesgo para la salud en un servicio o unidad hasta entonces libre de ella.

- Aparición de cualquier incidencia de tipo catastrófico que afecte, o pueda afectar, a la salud de la Comunidad.

**Patógeno:**

- Microorganismo (virus, bacteria, hongo o parásito) causante de producir una enfermedad infecciosa.

**Periodo de incubación:**

- Tiempo que se necesita para desarrollar una enfermedad infecciosa, este periodo debe ser conocido.

**Definiciones:**

- **Caso índice:** Primer caso notificado del brote.
- **Caso primario:** Primer caso del brote.
- **Caso probable:** Cualquier paciente con cuadro característico que haga sospechar una infección.
- **Contactos:** Pacientes que hayan compartido el mismo espacio físico con un caso durante el periodo de brote, considerando los periodos de incubación, los reservorios y los mecanismos de transmisión del patógeno.
- **Portadores:** Pacientes en los que se ha aislado el agente etiológico, pero se encuentran asintomáticos. Esto según la historia natural de la enfermedad infecciosa en cuestión.

**B.- Declaración de un brote:**

La declaración de un Brote epidémico en la Institución es de **única responsabilidad del equipo del PCI**, ya que, deben comunicar la situación a la Dirección, SSMC, jefaturas de los servicios afectados y MINSAL a través de SICARS (Anexo 9).

Se indicarán las medidas de contención de los casos y prevención para los expuestos y se mantendrá vigilancia constante por parte de equipo de control de infecciones.

Se realizarán los registros pertinentes en los documentos específicos (SICARS).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 27 de 45

Se identificará el o los microorganismos responsables, hipótesis, reservorios y efectos. Se llevará una curva epidémica (histograma) con el N.º de casos y se hará estudio de letalidad asociada. Si se requiere se deberá llevar la cepa a estudio de laboratorio de referencia. Se podrá también consultar o pedir asesorías al MINSAL. La responsabilidad del análisis estará a cargo del PCI.

#### C.- Estudio epidemiológico:

- Calcular tasa de ataque: Proporción de pacientes expuestos que adquirieron la infección durante un brote.
- Nº infecciones x 100
  - Nº expuestos.
  - Numerador y denominador deben corresponder al mismo periodo de tiempo y ubicación geográfica (Ejemplo Servicio).
- Caracterizar al brote según tiempo, lugar y persona:

1. **Tiempo:** Realizar curva epidémica para establecer el periodo de exposición e identificar las posibles fuentes del brote. Gráfico de frecuencia de la incidencia, en donde aparecen número de casos nuevos en el tiempo. El tiempo se selecciona según periodo de incubación.
2. **Lugar:** Determinar donde ocurrió el mayor riesgo de infectarse, para ello se debe calcular tasas específicas por Servicio, salas o unidades.
3. **Persona:** Establecer quienes constituyeron el grupo de sujetos afectados por la enfermedad.
  - Hipótesis: La información debe ser analizada y proponer hipótesis que exprese: fuente del brote, vía de transmisión, causa probable, reservorio.
  - Medidas de control: Las medidas deben iniciarse tan pronto como se detecte un caso y estarán determinadas por el tipo de microrganismo y modo de transmisión (gotita, aéreo, contacto).

## 2.6 CONSTRUCCIÓN DE LOS INDICADORES:

### a) Denominador de la tasa:

- a. Corresponde a todos los pacientes expuestos al uso de DIP, número de cirugías trazadoras y/o al número de camas ocupadas en medicina, cirugía y/o UPC según sea el caso.

### b) Numerador de la tasa:

- a. Corresponde al número de IAAS, es decir, a los pacientes vigilados que cumplen con los criterios definidos por el MINSAL.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 28 de 45

## 2.7 INDICADORES OBLIGATORIOS POR SINDROME CLÍNICO, CIRUGIAS TRAZADORAS y AREpi

<b>a. TASA ITU/CUP EN MEDICINA/CIRUGIA/UPC</b>
1) Número de infecciones del tracto urinario en pacientes adultos hospitalizados en medicina con uso de CUP en el mes "X" / x 1000 Total días de uso de catéter urinario permanente en pacientes adultos hospitalizados en medicina en el mismo periodo
2) Número de infecciones del tracto urinario en pacientes adultos hospitalizados en cirugía con uso de CUP en el mes "X" / x 1000 Total días de uso de catéter urinario permanente en pacientes adultos hospitalizados en cirugía en el mismo periodo.
3) Número de infecciones del tracto urinario en pacientes adultos hospitalizados en UPC con uso de CUP en el mes "X" / x 1000 Total días de uso CUP en pacientes hospitalizados en UPC en el mismo periodo
<b>b. TASA INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA (IHO)</b>
1) Número de infecciones de herida operatoria en pacientes adultos operados de cirugía de colecistectomía laparotomica en el mes "X" / x100 Total de cirugías de colecistectomía laparotomica realizadas en el mismo periodo
2) Número de infecciones de herida operatoria en pacientes adultos operados de cirugía colecistectomía laparoscópica en el mes "X" / x100 Total de cirugías de colecistectomía laparoscópica realizadas en el mismo periodo.
3) Número de infecciones de herida operatoria en pacientes adultos operados de cirugía de hernia inguinal c/s malla en el mes "X" / x 100 Total de cirugía de hernia inguinal c/s malla realizadas en el mismo periodo.
4) Número de infecciones de herida operatoria en pacientes adultos operados de cirugía de prótesis de cadera en el mes "X" / x 100 Total de cirugía de prótesis de cadera realizadas en el mismo periodo.
<b>c. TASA INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO AL USO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS</b>
1) Número de infecciones del torrente sanguíneo en pacientes adultos hospitalizados con uso de CVC en el mes "X" x 1000 Total de días de uso de CVC en pacientes hospitalizados en el mismo periodo
<b>d. TASA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS</b>
1) Número de neumonías asociadas a la ventilación mecánica invasiva en pacientes adultos hospitalizados en el mes "X" x 1000 Total de días de uso de VMI en pacientes hospitalizados en el mismo periodo
<b>e. TASA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ASOCIADA A VÁLVULA DERIVATIVA VENTRÍCULO EXTERNA</b>
1) Número de infecciones del sistema nervioso central asociada a la primera válvula derivativa ventrículo externo instalada en pacientes adultos hospitalizados x 1000



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 29 de 45

Total días de uso de la primera válvula derivativa ventrículo externa en pacientes adultos hospitalizados	
<b>f. TASA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL ASOCIADA A VÁLVULA DERIVATIVA VENTRÍCULO PERITONEAL</b>	
1) <u>Número de infecciones del sistema nervioso central asociada a la primera válvula derivativa peritoneal instalada en pacientes adultos hospitalizados</u> x 1000 Total días de uso de la primera válvula derivativa ventrículo peritoneal en pacientes adultos hospitalizados.	
<b>g. TASA AREpi: SINDROME DIARREICA AGUDO POR C. DIFFICILE EN PACIENTES MEDICO-QUIRURGICOS (NO UPC) Y EN PACIENTES DE UPC</b>	
1) <u>Número de síndrome diarreico agudo por clostridioides difficile en pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados en el mes "x"</u> x 1000 Total días camas ocupados de pacientes médico-quirúrgicos hospitalizados en el mismo periodo	
2) <u>Número de síndrome diarreico agudo por clostridioides difficile en pacientes de UPC adultos hospitalizados en el mes "x"</u> x 1000 Total días camas ocupados de pacientes UPC adultos hospitalizados en el mismo periodo	
<b>h. TASA AREpi: INFECCION RESPIRATORIA POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES MÉDICO-QUIRURGICOS (NO UPC) Y EN PACIENTES DE UPC</b>	
1) <u>Número de infección respiratoria por SARS-CoV-2 en pacientes adultos médicos-quirúrgicos hospitalizados en el mes "x"</u> x 1000 Total días camas ocupadas de pacientes adultos médico-quirúrgicos hospitalizados en el mismo periodo.	
2) <u>Número de infección respiratoria por SARS-CoV-2 en pacientes de UPC adultos hospitalizados en el mes "x"</u> x 1000 Total días camas ocupadas de pacientes UPC adultos hospitalizados en el mismo periodo	

**Importante:** No existen tasas nacionales de referencia en NVMI, ITS-CVC, ITU-CUP para pacientes de UPC Quemados. Es ampliamente reconocido que estos pacientes presentan más riesgos de infección que otros enfermos UPC sometidos a procedimientos invasivos similares. Empíricamente la evidencia de nuestro hospital confirma ese fenómeno. Por esta razón, y ante la necesidad de establecer un programa con metas de tasas endémicas se decidió determinar metas empleando tasas históricas de los pacientes UPC Quemados. Para ello se usó la media móvil de los últimos tres años. Al igual para el indicador de referencia nacional (en el caso de estos indicadores se estima el P75 de los últimos dos años) si la tasa estimada en los últimos tres años supera a la anterior, el indicador de referencia se mantiene sin modificación. La tasa de NVMI es de 9, de ITS/CVC es de 4,8 y de ITU/CUP es de 5,8

### 3. COMPLEMENTOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE IAAS

El sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS las siguientes áreas de estudio:

#### 3.1 Auditoria de mortalidad

Las indicaciones ministeriales apuntan a realizar la auditoria de mortalidad de los pacientes que cursaron con *NAVMI* e *ITS/CVC* para categorizar de la siguiente manera la muerte de estos pacientes:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 30 de 45

**Categoría 1:** La muerte fue causada por la IAAS.

**Categoría 2:** La IAAS contribuyó a la muerte sin ser la causa de ella.

**Categoría 3:** No hubo relación entre la IAAS y la muerte.

**Categoría 4:** Se desconoce la asociación entre la IAAS y la muerte.

En caso de dudas entre la opción 1 y 2, se preferirá la opción 2.
---

En caso de dudas entre la opción 2 y 3, se preferirá la opción 4.
---

### 3.2 VIGILANCIA DE RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS ASOCIADAS CON LAS IAAS.

Es el estudio de la sensibilidad a antimicrobianos de los agentes patógenos detectados en las IAAS. El comportamiento de los agentes patógenos respecto de la resistencia es variable, lo que orienta a estudiar algunos microorganismos trazadores para antimicrobianos indicadores de acuerdo con lo que se muestra a continuación:

- ***Acinetobacter baumanii*:** Gentamicina, Amikacina, Ciprofloxacino, Imipenem, Meropenem, y Sulbactam/Ampicilina.
- ***Klebsiella pneumoniae*:** Cefotaxima, Gentamicina, Amikacina, Ciprofloxacino, Ertapenem, Imipenem, Meropenem.
- ***Pseudomonas aeruginosa*:** Ceftazidima, Piperacilina/ Tazobactam, Gentamicina, Amikacina, Ciprofloxacino, Imipenem, Meropenem.
- ***Staphylococcus aureus*:** Cloxacilina, Trimetropim/ Sulfametoxazol, Clindamicina, Eritromicina, Rifampicina, Vancomicina.
- ***Enterococcus faecalis* y *Enterococcus faecium*:** Ampicilina, Vancomicina, Teicoplanina, Linezolid.

La información que se reporta corresponde sólo a infecciones adquiridas en el establecimiento, excluyendo colonizaciones, lo que no excluye que localmente se agreguen otros microorganismos y otros antimicrobianos en base a la epidemiología local. La recopilación de datos se efectuará dos veces al año, específicamente en los meses de **abril y septiembre**. El responsable de la recopilación de los datos y posterior reporte en SICARS será la Enfermera del PCI, quien, a partir de los cultivos positivos de los meses de abril y septiembre a los agentes antes descritos, junto con Medico encargado del PCI analizarán los resultados en conjunto con la información clínica de cada caso descartando muestras duplicadas, colonizaciones o infecciones de la comunidad (Anexo 10).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 31 de 45

### 3.3 ESPECIFICIDAD DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS IAAS

La especificidad de la vigilancia es evaluada por el médico del PCI para potenciar la observación estrictamente epidemiológica durante la vigilancia de las IAAS y orientar al Equipo PCI en la aplicación de los criterios estandarizados durante la vigilancia.

Mensualmente el médico del Programa selecciona aleatoriamente 4 casos de IAAS y procederá a realizar la vigilancia epidemiológica de los pacientes para realizar el diagnóstico, posteriormente compara sus hallazgos con los obtenidos por los otros profesionales del PCI. Anualmente se calculará la proporción de casos en que hubo coincidencia entre la identificación del médico con los otros profesionales, si el resultado es una coincidencia menor o igual al 60% se deberá detectar las diferencias y establecer plan de mejora respectivo.

### 3.4 SENSIBILIDAD DE LA VIGILANCIA DE LAS IAAS

El estudio de prevalencia mide la sensibilidad de la Vigilancia Epidemiológica y se realiza con un estudio de prevalencia modificado, el que se realizará una vez al año según la fecha establecida por PCI (se seleccionará *un día hábil* del año, idealmente entre marzo y noviembre).

- Las enfermeras del PCI realizan capacitación a las Enfermeras que participarán en el estudio en relación con la organización del trabajo en terreno, método de revisión de las fichas, uso de formularios y registros, criterios diagnósticos según tipo de IAAS, procedimientos frente a dificultades habituales.
- El Médico del PCI será el evaluador y testigo de fe de la transparencia del proceso; realizará la revisión de los datos obtenidos, análisis y conclusiones de éstos.
- Las Enfermeras participantes deberán visitar los Servicios clínicos y hacer revisión de las fichas clínicas de todos los pacientes hospitalizados para luego realizar el registro de datos en formulario en el sistema Redcap ®. Se revisará la información sobre infecciones contenidas entre el día del estudio y 5 días cronológicos previos. Se incluyen sólo pacientes que tengan al menos 24 horas de hospitalización o con menos de 24 horas, pero con antecedentes de hospitalización reciente en la Institución en los últimos 30 días.
- El mismo día del estudio las enfermeras deben completar el formulario y enviar al Médico del PCI (Anexo 11).
- La evaluación de la sensibilidad se realiza entre el Médico y enfermera del PCI revisando caso a caso los registros del estudio y comparando cada uno con los registros obtenidos por el PCI mediante el sistema de vigilancia habitual, identificando procedimientos que se encontraban detectados y monitorizados e IAAS debidamente notificadas. El resultado del estudio de prevalencia se



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 32 de 45

entregará al finalizar el análisis a los servicios clínicos, dirección del establecimiento y quedará registro en SICARS (Anexo 13).

- Dentro de los indicadores se incluyen:

1. Nº fichas de pacientes disponibles que cumplen criterio inclusión para ser evaluados durante la visita x 100  
Total, de pacientes hospitalizados que cumplen con criterios de inclusión  
**Resultado esperado** > o igual 90%
2. Procedimientos de riesgo identificados durante el estudio que se encontraban en vigilancia por el PCI x 100  
Total, procedimientos de riesgo identificados en el estudio.  
**Resultado esperado** > o igual 95%
1. Total de IAAS identificadas durante el estudio detectadas por el PCI x 100
  - i. Total de IAAS identificadas en el estudio
  - ii. **Resultado esperado** > o igual 80%
2. Total de IAAS asociadas a indicadores obligatorios de vigilancia identificadas durante el estudio detectadas por el PCI x 100
  - i. Total IAAS asociadas a indicadores obligatorios de vigilancia identificadas durante el estudio.
  - ii. **Resultado esperado** >100%

### 3.5. ACCIDENTES CORTOPUNZANTES

Las enfermeras del PCI realizan una evaluación trimestral del número total de accidentes cortopunzantes ocurridos en la Institución los cuales quedan registradas en formulario RedCap de accidentes cortopunzantes (anexo11).

La información es entregada en el informe trimestral de vigilancia epidemiológica, además se efectúan intervenciones de mejoras respecto a los accidentes detectados.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 33 de 45

## VII. EVALUACIÓN

1. La evaluación del programa es anual y se realizará en base a las metas establecidas:
  - Metas de Infecciones Epidémicas
  - Metas Endémicas
  - Metas de Cumplimiento de Actividades de Prevención Prioritarias
2. Las tasas obtenidas de la evaluación, deben ser comparados con los indicadores nacionales publicados de los síndromes clínicos de vigilancia obligatoria. Si la tasa es superior al indicador de referencia, se debe realizar un plan de acción (Anexo 14).

## VIII. CONTINGENCIAS

Este protocolo debe aplicarse en situación de Emergencia.

## IX. DISTRIBUCIÓN

1. Dirección.
2. Jefe de Servicio de Laboratorio.
3. Subdirección de Gestión Clínica.
4. Subdirección de Gestión del Cuidado.
5. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
6. Unidad de IAAS.

## X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Manual de prevención y control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) y normas del programa nacional de IIH. MINSAL, 1993.
- Circular N° 13. Instruye sobre roles para el uso del programa computacional de envío de información de las IAAS-SICARS, 2012
- Norma técnica N° 175 sobre vigilancia nacional de resistencia a los antimicrobianos en agentes que pueden producir infecciones asociadas. Exento N° 16. MINSAL, 2019
- Circular C37 N°8. Actualización del sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS. MINSAL, 2021
- Norma técnica N° 225 sobre programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud. MINSAL, 2022



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 34 de 45

- Circular N°02. Actualización de definiciones y criterios de notificación de IAAS para la vigilancia epidemiológica. MINSAL, 2023.
- Manual sistema de vigilancia epidemiológica de las IAAS, segunda versión año 2023
- Definiciones y criterios de notificación de IAAS para Vigilancia Epidemiológica, año 2023
- Circular C37 n°02 “Indicadores de referencia de IAAS vigentes desde mayo de 2024” (14 de mayo, 2025).

## XI. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACION	APROBADO POR DIRECTOR
VERSION	FECHA	CAUSA DE MODIFICACION		
03	11/2019	Actualización	Karen Ulloa C. Programa Control IAAS	Dr. Luis Carrasco R.
04	05/2023	Actualización	Vanessa Aguilera R. Programa Control IAAS	Dr. Patricio Barría A.
05	10/2023	Se modifica Vigilancia Epidemiológica en los servicios no críticos y en los pacientes con AREpi, se agrega definición de tasa local de IAAS en UPC Quemados.	Vanessa Aguilera R. Programa Control IAAS	Dr. Patricio Barría A.
06	11/2023	Se modifica datos de pacientes en hoja de seguimiento, se agregan definiciones, se actualiza definición de IAAS. Se modifica el seguimiento de cirugías trazadoras, métodos de invasivos, construcción de indicadores y se actualiza tasa, se modifica el nombre de otras vigilancias y estudio de prevalencia.	Vanessa Aguilera R. Programa Control IAAS	Dr. Patricio Barría A.
06	12/2023	Se modifica indicadores de TASAS. Se realiza descripción sin abreviaturas	Valentina Bucarey Peña y Vanessa Aguilera Riveras Programa Control IAAS	Dr. Patricio Barría A.
07	09/2025	Se incluyen: Criterios de inclusión y exclusión, Metodología de la vigilancia de	Karen Ulloa C. Programa Control IAAS	Dr. Patricio Barría A.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 35 de 45

		cirugías trazadoras y plan de acción según Circular c37 N° 2, Indicadores de referencia de IAAS vigentes desde mayo 2025.		
08	11/2025	<p>Se incluyen los síndromes clínicos en pacientes adultos de la circular C37 N°2 de mayo 2025 PCI MINSAL.</p> <p>Se establece cuales son vigilados por el PCI HUAP e informados en SICARS MINSAL.</p> <p>Se elimina el indicador de ITS/CVC asociado a nutrición parenteral, se seguía como indicador local.</p>	<p>Karen Ulloa C Programa Control de IAAS</p>	Dr. Patricio Barría A.

## **XII. ANEXOS**

**ANEXO 1: PLANILLA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE IAAS (DIP):** Formato en planilla Excel en sistema computacional compartida con el equipo PCI.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 36 de 45

## ANEXO 2: FORMULARIO DE VIGILANCIA DE PACIENTES CON INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS plataforma RedCap

.URGENCIA

VIGILANCIA IAAS EN PACIENTES CON IQ

Página 1

### Vigilancia en pacientes con IQ

Record ID

\_\_\_\_\_

Shazam nombres

VIGILANCIA IAAS EN PACIENTES CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA  
HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA "DR. ALEJANDRO DEL RÍO"

Nombre:

Edad: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Ficha: \_\_\_\_\_

Ingreso HUAP:

Tipo Cirugía: \_\_\_\_\_

Fecha Cirugía: \_\_\_\_\_

Término de Seguimiento: \_\_\_\_\_

Egreso de Institución: \_\_\_\_\_

VISITA IAAS

Fecha Visita 1:

\_\_\_\_\_

Fecha Visita 2:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha Visita 3:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 37 de 45

## ANEXO 3: PLANILLA DE REGISTRO DE IAAS DETECTADAS (DIP)

Formato en planilla Excel en sistema computacional compartida con el equipo PCI

## ANEXO 4: HOJA PACIENTE CLOSTRIDIODES DIFFICILE POSITIVO

Formato Word en sistema computacional compartido con el equipo PCI

Hoja paciente Clostridioides Difficile Positiva		
Servicio		
Sala y Fecha inicio aislamiento		
Nombre		
Ficha/ RUT		
Ingreso HUAP		
Hospitalizaciones Previas		
Diagnóstico medico		
Inicio deposiciones liquidas		
Fecha toxina (+)		
Tratamiento ATB Previo		
Tratamiento ATB dirigido a <i>C. difficile</i>		
Visita I.A.A.S.		
Tipo	HUAP	NO HUAP
Criterio Clostridium	1)2 dep. liquidas en 12 horas o 4 disgregadas o liquidas en 24 horas.	2)Colitis pseudomembranosa por colonoscopia, cirugia o por estudio histopatológico.
Fecha Aislamiento individual		
Fecha Alta		

**Contactos:**

Nombre	Ficha	Cama	Inicio Cohorte	Fin Cohorte



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA													Código GCL 3.2		
	DIRECCIÓN													Versión: 08		
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS													Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años		
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS													Página 38 de 45		

## ANEXO 5: PLANILLA REGISTRO DE AREpi (C. DIFFICILE Y SARS-CoV-2)

Formato Excel en sistema computacional compartida con el equipo PCI

1 APELLIDOS, NOMBRE	2 FICHA CLINICA	3 SERVICIO	4 INGRESO A HUAP	5 FECHA TOXINA	6 ME	7 SALA/ CAMA	8 DGTC	9 INICIO DEP LIQUIDAS	10 N° DEPOSICIONE S LIQ	11 FIEBRE (SI/NO)	12 SINTOMAS GI (DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS, VOMITOS)	13 FECHA VISITA IAAS	14 CASO IAAS	15 FECHA NOTIFICACIÓN SERVICIO	16 FECHA INICIO AISLAMIENTO INDIVIDUAL	17 HOSPITALIZACION PREVIA	18 DESDE	19 HASTA	20 TTO ATB PREVIO	21 FALLECE
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

  

1 APELLIDOS, NOMBRE	2 EDAD	3 RUT	4 SERVICIO	5 INGRESO HUAP	6 F. INGRESO A SERVICIO	7 FECHA PCR ANTIGENO	8 FECHA TAC	9 FECHA INICIO SINTOMAS	10 SINTOMAS	11 SALA/CAMA	12 DGTC	13 FECHA AISLAMIENTO	14 FECHA VISITA IAAS	15 CASO IAAS	16 HOSPITALIZACION PREVIA	17 DESDE	18 HASTA	19 F. ULTIMO FALLEC. ESTRECHOS	20 CONTACTOS	21 NOMBRE	22 RUT	23 TOMA DE PCR/ANTIGENOS	24 OBSERVACIONES	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57</							

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 39 de 45

## ANEXO 8: FORMULARIO DE ESTUDIO DE LETALIDAD EN PLATAFORMA SICARS

Letalidad por ITS en adultos

Información del mes de Enero del 2013

Fecha Informa 23-09-2013

No hubo pacientes      adultos con ITS

Información Epidemiológica      Auditoria      Observaciones

**Epidemiología**

Información Epidemiológica

1. Número de pacientes adultos con ITS  
 2. Número de Pacientes adultos fallecidos con ITS  
 3. Número de Pacientes adultos fallecidos con ITS auditados

[Empty boxes for data entry]

## ANEXO 9: PLANILLA REGISTRO DE BROTES

Formato Excel en sistema computacional compartida con el equipo PCI

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	
1	APPELLIDOS, NOMBRE	FICHA CLINICA	RUT	SERVICIO	INGRESO A HUAP	FECHA CULTIVO	TIPO CULTIVO	GERMEN	INFECCION	MES	SALA/CAMA	DGTCO	FECHA VISITA	FECHA INICIO	HOSPITALIZACION PREVIA	ALARMA FLORECE	TTO ATB PREVIO	FALLECE
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 40 de 45

## ANEXO 10: FORMULARIO DE SENSIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANOS EN PLATAFORMA ELECTRONICA SICARS:

Sensibilidad de Acinetobacter baumannii a antimicrobianos

Información del mes de Abril del 2013

Fecha Informa 23-09-2013

No hubo sensibilidad antimicrobiano

Descripción	Observaciones			
1.- Total Aislamiento				
2.- Resultados de sensibilidad				
Antimicrobiano	Cepas estudiadas	% Estudiado	Cepas Sensibles	Cepas Sensibles
Gentamicina				
Amikacina				
Ciprofloxacino				
Imipenem				
Meropenem				
Sulbactam - Ampicilina				

## ANEXO 11: FORMULARIOS DE ESTUDIO DE PREVALENCIA

### A: Formulario del sistema Redcap

#### Estudio Prevalencia de Infecciones 2022

Servicio	<input type="radio"/> Urgencia <input type="radio"/> UPC Respiratoria <input type="radio"/> UCI Quemados <input type="radio"/> UTI Quemados <input type="radio"/> UCI Quemados <input type="radio"/> UCI Valech <input type="radio"/> Tercero A <input type="radio"/> Tercero C <input type="radio"/> Cuarto A <input type="radio"/> Cuarto B <input type="radio"/> Cuarto C <input type="radio"/> UTI Quinto <input type="radio"/> Sexto A <input type="radio"/> Sexto C <input type="radio"/> CAPC
Sala/cama	<input type="radio"/> Paciente está y se cuenta con Ficha <input type="radio"/> Solo está Ficha <input type="radio"/> Solo está paciente <input type="radio"/> No está el paciente ni Ficha clínica
ENVIAR LA INFORMACIÓN Y CONTINUAR CON OTRO PACIENTE	
Número de Ficha	
Nombre y Apellidos paciente	
Fecha de ingreso HUAP	
días de hospitalización	
Hospitalización reciente últimos 30 días	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
CENSO DE INVASIVOS	
Invasivo hoy	<input type="checkbox"/> vía venosa <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> VMI <input type="checkbox"/> Catéter de hemodialisis <input type="checkbox"/> Sin invasivo
Fecha Instalación Vía venosa Periférica	

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 41 de 45

## B. Plataforma electrónica SICARS

Eval. de la calidad de la información

Correspondiente al año 01-12-2013 01-12-2013

Fecha Informa 23-09-2013

Cobertura	Capacidad de detección de infecciones	Capacidad de detección de expuestos seleccionados	Observaciones
-----------	---------------------------------------	---	---------------

*Cobertura de revisión en servicios*

1.- Pacientes hospitalizados

2.- Fichas clínicas revisadas

3.- Porcentaje de revisión

obertura

## ANEXO 12: FORMULARIO DE BROTE EPIDEMIOLOGICO EN SICARS

sicars.minsal.cl/brotes/Inicio.aspx

23 de Septiembre del 2013 Usuario: carolina.herrera Institución: Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río Rol: -Registrador [Cerrar Sesión](#)

**Sistema de Información de Calidad de Atención y Resultados Sanitarios**

Ministerio de Salud Gobierno de Chile

Mi Escritorio Consultas Formularios Brote Mi cuenta Ayuda Teléfono mesa de ayuda (02)2 5888800

■ Busqueda del Establecimiento para Informar Brote

Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río

Nombre	Nombre Director	Email Director	Nombre del validador del PCI	Email Encargado IH	Código DEIS	Es Privada
Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	Patricia Mendez	patricia.mendez@redsalud.gov.cl	Osvaldo Carrasco Ruiz	osvaldo.carrasco@redsalud.gov.cl	11-195	0 



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>



	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 42 de 45

## ANEXO 13: FORMULARIO DE VIGILANCIA ACCIDENTE CORTOPUNZANTE

Confidencial

VIGILANCIA ACCIDENTES CORTOPUNTANTES

Página 1

### INFORMACION Vigilancia accidente cortopunzantes

Record ID

\_\_\_\_\_

SHAZAm

#### DATOS PERSONALES

NOMBRE ACCIDENTADO:

\_\_\_\_\_

FECHA NACIMIENTO:

\_\_\_\_\_

EDAD:

\_\_\_\_\_

RUT:

\_\_\_\_\_

TELÉFONO/CELULAR:

\_\_\_\_\_



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 43 de 45

## ANEXO 14: PLAN DE ACCIÓN SEGÚN INDICADORES DE REFERENCIA DE IAAS

### Plan de Acción:

En los meses de abril y mayo de cada año, El programa Nacional de Prevención y Control de IAAS publica los umbrales de referencia para los indicadores de los síndromes clínicos de vigilancia obligatoria, Circular C37 n°02 “Indicadores de referencia de IAAS vigentes desde mayo 2025” y las futuras actualizaciones de estos documentos

Por lo anterior, el HUAP compara sus tasas con los indicadores nacionales de referencia que surgen de datos de hospitales nacionales. Si tales tasas, de los indicadores evaluados, son superiores al indicador nacional de referencia, se debe realizar el siguiente plan de acción:

- Realizar una revisión bibliográfica de los factores de riesgo de las infecciones en las que se piensa que pueden tener un problema, en especial sobre factores relacionados a la atención.
- Aplicar pautas de supervisión para evaluar el cumplimiento de las prácticas de atención relacionadas con mayor riesgo de estas IAAS. Determinar si el cumplimiento de las prácticas es satisfactorio de acuerdo al resultado de la supervisión.
- Si el cumplimiento de prácticas es satisfactorio, se debe mantener la vigilancia epidemiológica local de las IAAS e investigar si se cuenta con una población de pacientes de mayor riesgo por otra causa y documentar lo realizado. Si el cumplimiento de prácticas no es satisfactorio, se debe considerar que las tasas elevadas se asocian a la situación, por lo que se debe formular un plan de intervención que contemple una estrategia multimodal, que considere, al menos, capacitación, supervisión y retroalimentación, vigilancia, recordatorios y difusión de información, revisión de infraestructura y equipamiento, y cultura de seguridad. Posteriormente, se deben evaluar los cambios en la atención en salud, se mantiene la vigilancia y se debe documentar lo realizado.

En aquellos síndromes clínicos sin umbrales de referencia, el Hospital de Urgencia Asistencia Pública debe fijar anualmente valores de referencia utilizando información obtenida a partir de la mejor información disponible, sea esta a partir de epidemiología local, nacional o internacional (esta última, de no existir las dos anteriores).

El análisis realizado de los indicadores y de las acciones que de esto se generen, es sujeto a evaluación y seguimiento por parte del SSMC.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	
		Página 44 de 45

**Elaborado por:**

EU. Karen Ulloa Catalán., Coordinadora del PCI.

**Revisado por:**

Dr. Claudio Vargas Rona., Médico Encargado PCI.

TM Daniela Rivera Cartes., Referente de Microbiología del PCI.

EU. Catalina Espinoza Donoso., Profesional de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código GCL 3.2
	DIRECCIÓN	Versión: 08
	PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS	Fecha: 11/2025 Vigencia: 5 años
	PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN IAAS	Página 45 de 45



Firmado por:  
 Catalina Marcela Espinoza Donoso  
 Profesional Unidad de Calidad y  
 Seguridad del Paciente  
 Fecha: 17-11-2025 10:57 CLT  
 Hospital de Urgencia Asistencia  
 Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
 Daniela Elizabeth Rivera Cartes  
 Profesional Unidad de Laboratorio  
 Clínico  
 Fecha: 17-11-2025 11:42 CLT  
 Hospital de Urgencia Asistencia  
 Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:  
 Claudio Andrés Vargas Rona  
 Médico Encargado de Iaas  
 Fecha: 18-11-2025 09:23 CLT  
 Hospital de Urgencia Asistencia  
 Pública Dr. Alejandro del Río



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>

**II. TÉNGASE PRESENTE** la vigencia de este programa a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

**III. ESTABLÉCESE** que el señalado “*Programa de Vigilancia Epidemiológica en Infecciones Asociadas a la Atención de Salud*”, debe ser el que se tenga en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

**IV. DÉJESE SIN EFECTO** toda normativa interna que diga relación con la materia de este programa.

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**

CEWSP

Distribución:

1. Dirección.
2. Subdirección de Gestión Clínica.
3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
4. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.
5. Departamento de Panificación y Desarrollo.
6. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
7. Unidad de IAAS.
8. Asesoría Jurídica.
9. Oficina de Partes.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/PPCAEQ-973>