






Proceso de Acreditación  
HRR Noviembre 2015



# PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
ECI Mariana Aravena M. ECI Roxana González A. Programa Control IAAS Hospital Regional Rancagua	Dra. Sonia Correa Fuentes Encargado Programa IAAS Hospital Regional Rancagua	Dr. Carlos Ureta Vidal Director (S) Hospital Regional Rancagua
Fecha: 14 Enero 2015	Fecha: 22 Enero 2015	Fecha: 12 Febrero 2015
Firmas	Firma	Firma
		



## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 1 de 17

### 1. OBJETIVO

Prevenir la transmisión de Infecciones Asociadas a la atención de salud y proteger al paciente y al personal de salud de microorganismos que se transmiten por el contacto con sangre y fluidos corporales.

Minimizar el riesgo de transmisión de cualquier tipo de microorganismo, del paciente al personal de salud y viceversa.

### 2. ALCANCE

A todo el personal clínico y alumnos que realizan atención directa de pacientes hospitalizados o ambulatorios, a todo el personal que realiza procedimientos de limpieza en áreas clínicas y a todas las visitas de los pacientes hospitalizados.

### 3. DEFINICIONES

- **HRR:** Hospital Regional Rancagua
- **IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- **Precauciones Estándar:** Son las precauciones básicas para el control de infecciones que se deben utilizar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes.
- **EPP:** Elementos de protección personal.
- **Germen Multiresistente:** microorganismo patógeno que es sensible sólo a un pequeño número de antimicrobianos y que presenta una alta transmisibilidad.
- **Fluidos Corporales:** Se denomina a todas las secreciones o líquidos biológicos, fisiológicos o patológicos que se producen en el organismo.
- **Fluidos Corporales de Alto Riesgo:** Se aplican siempre a la sangre y a todos los fluidos que contengan sangre visible. Se incluyen además el semen y las secreciones vaginales, leche materna y aquellos líquidos provenientes de cavidades normalmente estériles como: líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido peritoneal, líquido pericárdico y líquido amniótico. Se consideran de alto riesgo por constituir fuente de Infección de virus de hepatitis B, VIH y otros agentes que se transmiten por vía parenteral.
- **Fluidos Corporales de Bajo Riesgo:** Se aplican a las deposiciones, secreciones nasales, expectoración, transpiración, lágrimas, orina o vómitos a excepción de aquellos que tengan sangre.

### 4. RESPONSABLES

Todo el personal del establecimiento que está en contacto con pacientes hospitalizados y ambulatorios y con las áreas de atención clínicas.

## **5. DESARROLLO:**

### **COMPONENTES DE LAS PRECAUCIONES ESTÁNDAR**

El cumplir con estas medidas protege al personal y a los pacientes de infecciones cruzadas.

● **HIGIENE DE MANOS**



● **USO DE GUANTES**



● **PROTECCION FACIAL**



● **USO DE DELANTAL O PECHERAS PLÁSTICAS.**

● **PREVENCIÓN DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTE**



● **HIGIENE RESPIRATORIA AL TOSER O ESTORNUDAR**

● **MANEJO DE EQUIPOS, DESECHOS Y ROPA DE  
PACIENTES.**

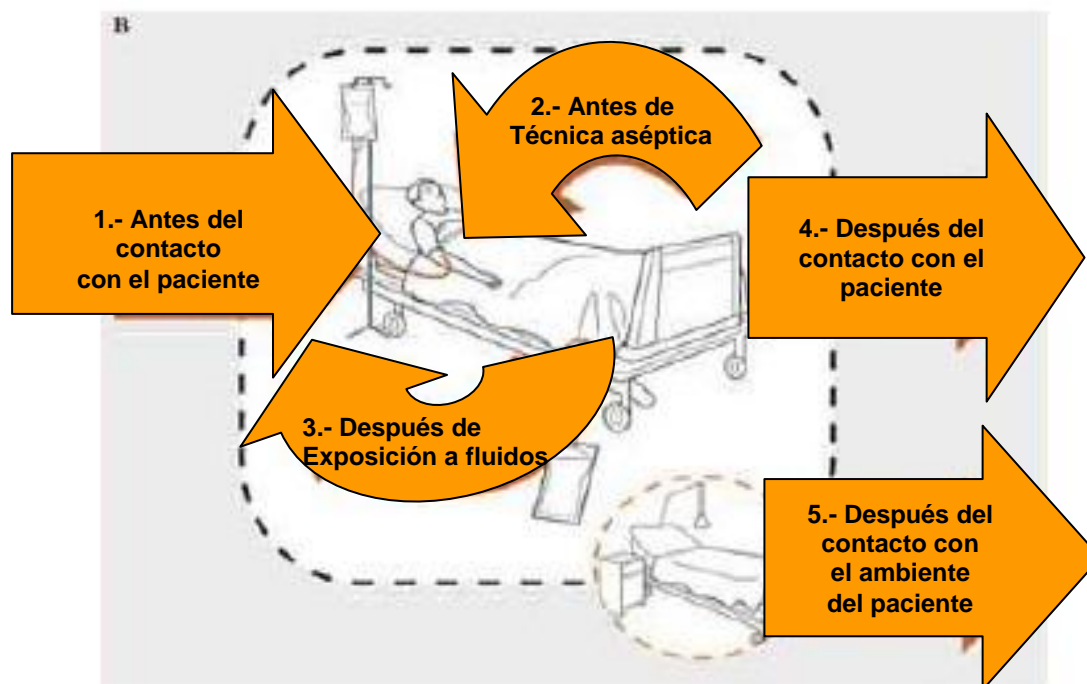


## ● **HIGIENE DE MANOS**

Esta práctica es la medida más sencilla para prevenir la diseminación de microorganismos desde el personal al paciente y desde el paciente al personal, cuyo vehículo son las manos del personal. El objetivo es eliminar la flora microbiana de las manos ya sea por acción mecánica o por destrucción de las células.

### **OPORTUNIDAD DE LA HIGIENE DE MANOS**

## 5 Momentos para el Higiene de Manos



### **OTROS MOMENTOS:**

- Inmediatamente después de quitarse los guantes.
- Antes de Manipular dispositivos invasivos.
- Durante la atención de un paciente, al moverse de un sitio contaminado a uno no contaminado del cuerpo del mismo paciente.



## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 4 de 17

### HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN LIQUIDO:

#### **1) Lavado de manos Clínico**

- Antes de comenzar las tareas de la unidad.
- Antes de manipular material estéril o limpio.
- Después de tener contacto con material infectado o contaminado.
- Después de sonarse, toser, estornudar o tocarse la nariz.

#### **PROCEDIMIENTO DE LAVADO CLÍNICO DE MANOS**

DURACIÓN: 40-60 segundos

- o Manos y muñecas libres de accesorios
- o Mojar manos y muñecas con agua corriente
- o Aplicar jabón en la medida del dispensador
- o Friccionar palmas y dorso de las manos, espacios interdigitales y muñecas.
- o Enjuagar con abundante agua eliminando todo resto de jabón
- o Secar con toalla desechable de un solo uso
- o Cerrar la llave sin contaminar con la toalla desechable

#### **2) Lavado de manos Quirúrgico**

- Antes de realizar procedimientos invasivos o quirúrgicos.

#### **PROCEDIMIENTO: LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS**

DURACIÓN: 3 – 5 minutos

- o Manos, muñecas y antebrazos libre de accesorios
- o Mojar manos, muñecas y antebrazos con agua corriente
- o Accionar el dispensador de jabón antiséptico con el codo y retirar la cantidad indicada por el fabricante.
- o Aplicar jabón antiséptico de efecto residual (Povidona Yodada 10% espumante o jabón de Clorhexidina al 2%)
- o Friccionar, manos (palmas y dorso), espacios interdigitales y antebrazos
- o Limpiar el surco ungueal
- o Enjuagar con abundante agua corriente, desde la punta de los dedos hacia el codo eliminando el jabón residual.
- o Terminado el proceso mantener las manos alzadas por sobre el codo.
- o Secar con compresa estéril manos y antebrazos.



## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 5 de 17

### **HIGIENE DE MANOS CON ALCOHOL GEL**

El uso de soluciones antisépticas con alcohol es efectivo y rápido, pero requiere que las manos no se encuentren visiblemente sucias.

En nuestro establecimiento se ha incorporado el uso de alcohol gel, para lograr una asepsia transitoria, en las áreas donde no se cuenta con lavamanos o disponibilidad de agua corriente y en cada unidad de paciente de las áreas críticas.

### **USO ALCOHOL GEL**

DURACION: 20-30 segundos

**NO REEMPLAZA TOTALMENTE UN LAVADO DE MANOS** (no existe arrastre)

- Cuando descontamine las manos con alcohol gel, aplique suficiente producto en la palma de una mano y friccioné con ambas, cubriendo todas las superficies de las manos, dedos y antebrazos hasta que estén secas.
- Siga las recomendaciones del fabricante para el volumen del producto.
- Cada 5 aplicaciones se debe realizar un lavado de manos clínico.
- No utilizar en caso de manos visiblemente sucias, en este caso se debe realizar lavado de manos.

### **● USO DE GUANTES:**

Estas recomendaciones están basadas en las normas del MINSAL

#### **Objetivo:**

- Prevenir que material contaminado se ponga en contacto con la piel de las manos del operador y así prevenir que los agentes microbianos se transmitan a otras personas incluido el personal de salud.

#### **Consideraciones:**

- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- Los guantes usados se encuentran contaminados por fuera y limpios por dentro.

#### **Indicaciones de uso:**

- Si durante la atención se tocará material potencialmente infeccioso, tales como: secreciones, fluidos corporales, excreciones, mucosas, piel no intacta o si durante la atención es altamente probable que esto ocurra.
- Los guantes serán cambiados entre tareas y procedimientos en el mismo paciente si se ha tenido contacto con material potencialmente infeccioso.
- Los guantes serán removidos después del uso, antes de tocar elementos y superficies no contaminados y antes de atender a otro paciente. Se debe realizar lavado de manos inmediatamente después de quitárselos.
- Si se realizará un procedimiento invasivo se usarán guantes estériles, de otra forma basta que sean guantes de procedimiento de un solo uso.





## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 6 de 17

### **Procedimiento:**

1. Lávese las manos según norma.
2. Colóquese los guantes
3. Realice la actividad y terminada esta retírese los guantes

### **Retiro de guantes:**

1. Para retirar el primer guante, tome el borde por la cara externa y dé vuelta completamente el guante y envuélvalo en la mano enguantada.
2. Para retirar el segundo guante, tómelo del borde interno del puño y dé vuelta completamente el guante dejando en su interior el primer guante y deseche según norma.
3. Lávese las manos.

### **● USO DE PROTECCION FACIAL:**

Estas recomendaciones están basadas en las normas del MINSAL

### **Objetivo:**

- Prevenir que el personal de salud se exponga a recibir material contaminado en la boca nariz o conjuntiva si durante la atención hay posibilidad de salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones.

### **Indicaciones de uso:**

- Procedimientos invasores en cavidades estériles (deben usarla el operador y el ayudante) y procedimientos quirúrgicos.
- Precauciones estándar frente a riesgo de contacto con sangre o fluidos corporales.
- En todo procedimiento quirúrgico se debe proteger la mucosa ocular de proyección de partículas sólidas o líquidas.

Existen distintos tipos de protección de ojos, nariz y boca y no hay clara evidencia que una sea mejor que otra, las de mayor uso son:

- Uso de Mascarilla quirúrgica y protección ocular por separado (visor ocular, antiparras protectoras). El uso de lentes ópticos no es suficiente como protección ocular.
- Uso de protector facial transparente que protege desde los ojos hasta el mentón. Si se usan escudos faciales no se requiere el uso de mascarilla ni de protección ocular.
- El uso de mascarillas con filtro N95, es de uso estricto del Aislamiento Respiratorio.
- La protección facial se retirará después de retirarse los guantes y de haber realizado higiene de manos.

### **Procedimiento de colocación y retiro de mascarilla tipo quirúrgica:**

1. Colocar la mascarilla cubriendo nariz, boca y vello facial.
2. Amarrarla tomando solamente las tiras.
3. Moldear a la altura de la nariz para que quede cómoda y segura.



## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 7 de 17

4. Desabrochar las tiras desprendiendo las amarras inferiores y después las superiores de modo que la mascarilla no contamine la ropa del operador al caer sobre ella.
5. Eliminar la mascarilla.
6. Lavar las manos después de eliminarla.

### **Uso de Protector ocular:**

El protector ocular debe ser de material resistente al impacto y el armazón resistente al calor y a los ácidos. Idealmente con protección lateral para evitar el ingreso de partículas por los costados.

### **● USO DE DELANTAL O PECHERA POLIETILENO:**

Estas recomendaciones están basadas en las normas del MINSAL.

### **Objetivo:**

- Prevenir que la ropa del personal de salud se ensucie con material contaminado si durante la atención hay posibilidad de salpicaduras de sangre, fluidos corporales secreciones o excreciones.

### **Consideraciones:**

- Todo miembro del equipo quirúrgico que tenga posibilidad de derrame de fluido, deberá usar delantal protector bajo el delantal estéril.
- Las pecheras de polietileno serán de uso individual en cada paciente.

### **Indicaciones de uso:**

- Aislamiento de contacto.
- Durante la ejecución de procedimiento en que se sospeche salpicaduras.
- En toda intervención quirúrgica.

### **USO APROPIADO Y RACIONAL DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL**

Los guantes, protección facial (escudos faciales, mascarillas, antiparras, etc.) máscaras N95, delantal y pecheras forman parte de lo que se denomina "Elementos de Protección Personal" (EPP) destinados a proteger al operador. La decisión de usarlos implica conocer el procedimiento que se realizará y la evaluación del riesgo de salpicaduras o de entrar en contacto con material contaminado. El uso correcto de EPP y la higiene de manos se asocia a reducción de infecciones, esto también debe incluir la secuencia de retiro del equipo usado y su correcto desecho.





## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 8 de 17

Independiente que cada elemento de EPP tiene una forma de retirarse y asegurando no tocar la cara externa (contaminada) de guantes y delantal con las manos desnudas, una secuencia de retiro es:

- Retirar delantal y guantes simultáneamente.
- Realizar higiene de manos.
- Retirar protección ocular/facial.
- Retirar mascarilla.
- Realizar higiene de manos.

### ● **PREVENCION DE ACCIDENTES CON MATERIAL CORTO- PUNZANTE**

#### **Manejo de material cortopunzante.**

- Durante los procedimientos, en el lavado de material en Esterilización o en el descarte de material cortopunzante, debe tomarse el máximo de cuidado para evitar lesionarse o lesionar a terceros.
- Durante el acto quirúrgico, se debe evitar que el material cortopunzante se intercambie directamente entre las manos de la arsenalera y las del cirujano, sino que sea dejado en el campo quirúrgico para evitar lesiones en este momento de la intervención.
- Al desarmar el bisturí, la hoja debe desmontarse del mango con pinzas y en ninguna circunstancia con las manos.
- El material de vidrio no contaminado debe ser eliminado en la basura común, protegido en cajas resistentes, debe rotularse material cortante no contaminado.
- El instrumental quirúrgico y otros elementos cortopunzantes reutilizables deben manipularse con precaución, después de ser usados, y después debe ser preparado para esterilizar por los procedimientos habituales.

#### **Prevención de Exposición a Cortopunzante.**

- El material cortopunzante a utilizar como agujas, hojas de bisturí deben ser desechable en todos los pacientes y se desechará al término de su uso.
- Los desechos cortopunzantes clínicos deben ser eliminados en contenedores resistentes a punciones.
- Los contenedores deben ubicarse lo más cercano posible al área del procedimiento en ejecución.
- La remoción de las agujas de las jeringas debe realizarse con una pinza.
- El operador es el responsable de eliminar directamente y de manera segura el material cortopunzante utilizado. No abandonar agujas desnudas en cualquier lugar.
- Las agujas no deben ser manipuladas, recapsuladas, dobladas o quebradas.
- Sólo llenar hasta  $\frac{3}{4}$  partes los contenedores con el material cortopunzante, luego cerrar, sellar y colocar en bolsa amarilla y dentro del contenedor de residuos especiales.
- Usar guantes gruesos, para la manipulación de contenedores de material cortopunzante.



## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 9 de 17

- No manipular el contenido de los receptáculos ni cambiarlos de envase.
- El material cortopunzante debe eliminarse como residuo especial, de acuerdo a normativa REAS, en contenedores resistentes (bolsas amarillas), las que se almacenarán transitoriamente en recinto de desechos.
- La disposición final del material cortopunzante de acuerdo a las normativas vigentes, la realiza empresa externa.

### ● **HIGIENE RESPIRATORIA Y ETIQUETA DE LA TOS**

Entre las medidas de control de fuentes, la higiene respiratoria y buenos hábitos al toser o estornudar, actualmente se considera parte de las precauciones estándares.

- Los funcionarios que presenten síntomas respiratorios deben aplicar las medidas de control de focos.
- Cubrirse la nariz y la boca al toser o estornudar, con un pañuelo descartable o como alternativa toser o estornudar en el antebrazo.
- Eliminar los pañuelos descartables y mascarillas usados en basureros con tapa.
- Realizar higiene de las manos después del contacto con secreciones respiratorias.
- Educación de los trabajadores sanitarios, pacientes y visitas.
- Restricción Laboral del personal con síntomas respiratorios febriles agudos.

### ● **MANEJO DE EQUIPOS, DESECHOS Y ROPA DE PACIENTES.**

#### **Manejo de ropa sucia o contaminada:**

- La ropa sucia debe almacenarse en bolsas plásticas impermeables en el área sucia.
- Los lugares de almacenamiento deben ser cerrados, lavables, fríos, protegidos de insectos y / o animales domésticos.
- Los lugares de almacenamiento de la ropa sucia deben permanecer limpios.
- En los procedimientos de hechura de cama o cambio de ropa, ésta debe recolectarse en bolsas impermeables si está húmeda o mojada.
- La ropa sucia usada en los procedimientos no debe tener contacto con el suelo.
- La ropa sucia no debe sacudirse ni contarse en las áreas clínicas.
- Debe mantenerse y transportarse en contenedor con tapa.
- El área de conteo de la ropa sucia debe ser lavable y estar alejado del área clínica.
- El operador que manipula la ropa sucia debe estar protegido con delantal plástico, guantes domésticos, mascarilla y zapatos de uso exclusivo que no deben salir del área sucia de lavandería.
- El personal de lavandería posterior a la manipulación de ropa sucia debe ducharse.
- El personal que labora en el sector de ropa sucia no debe ingerir alimentos en el interior del recinto.
- La ropa procedente de pacientes con Sarna noruega y/o Clostridium difficile (diarrea intrahospitalaria) debe recogerse en bolsa plástica rotulada, sin manipular ni sacudir,



## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 10 de 17

trasladar a lavandería. Esta ropa no requiere tratamiento especial de lavandería, solo mantener la norma de lavado según grado de suciedad.

### **Limpeza y Desinfección de superficies:**

- La limpieza y desinfección de superficies debe realizarse diariamente y cada vez que se requiera con los productos definidos para su aplicación (Ver Protocolo de Uso y Manejo de antisépticos y desinfectantes).
- Esta limpieza está relacionada con las áreas y elementos que conforman las unidades de los paciente como son: veladores, mesas de comida, equipos en uso y de las áreas clínicas de directa relación con su atención: áreas limpias y sucias de clínicas, carros de procedimientos, curaciones, etc.

### **Manejo de derrames con Fluidos de Alto Riesgo:**

- Todos los procedimientos de limpieza deberán ser realizados con guantes.
- Debe limpiarse la superficie con agua y detergente, luego aplicar el desinfectante que corresponda según tipo de superficie.

### **Manipulación de Leche Materna:**

Debe considerarse como fluido de alto riesgo.

- La leche materna recolectada en el lactario deberá seguir sólo la vía madre-hijo y no podrá ser administrada a otros niños.
- El personal debe manipular este fluido con guantes de procedimiento.

### **Precauciones con Eliminación de Residuos Especiales (REAS).**

Son aquellos que contienen o pueden contener agentes patógenos en concentraciones o cantidades suficientes para causar enfermedad a un huésped susceptible.

En esta categoría se incluyen los siguientes residuos:

- **Cultivos y Muestras almacenadas:** residuos de la producción de material biológico; vacunas de virus vivo, placas de cultivo y mecanismos para transferir, inocular o mezclar cultivos; residuos de cultivos, muestras almacenadas de agentes infecciosos y productos biológicos asociados, incluyendo cultivos de cepas de agentes infecciosos de laboratorio.
- **Residuos Patológicos:** restos biológicos, incluyendo tejidos, órganos. Partes del cuerpo que hayan sido removidos de seres o restos humanos, incluidos aquellos fluidos corporales que presentan riesgo sanitario.  
Estos desechos deben ser trasladados en contenedores resistentes (bolsas amarillas) hasta el Servicio de Anatomía Patológica, donde se mantienen transitoriamente en refrigeración hasta su retiro para eliminación definitiva por empresa externa, de acuerdo a normativa vigente establecida en el REAS (Manejo de Residuos de Establecimientos de Salud).
- **Sangre y productos derivados:** incluyendo el plasma, el suero y demás componentes sanguíneos, y elementos tales como gasas y algodones saturados con estos componentes.



## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

**Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1**

**Fecha: 12 Febrero 2015**

**Versión: 3**

**Vigencia: 12 febrero 2020**

**Página 11 de 17**

No se incluye en esta categoría la sangre, productos derivados de materiales provenientes de Bancos de Sangre que luego de ser analizados se haya demostrado la ausencia de riesgos para la salud.

Las bolsas de Sangre de la Unidad de Medicina Transfusional (UTM), que deben ser eliminadas por caducidad, contaminación o pérdida de indemnidad de la bolsa, deben ser por normativa del Centro de Sangre eliminada a la Red de Alcantarillado, ya que cuentan con estudio microbiológico realizado.

Las bolsas de sangre de los pacientes que por indicación médica se les realiza sangría, deben ser eliminadas como residuo especial en bolsas amarillas y según normativa REAS, por no tener estudio microbiológico realizado.

- **Cortopunzantes:** residuos resultantes del diagnóstico, tratamiento, investigación o producción capaces de provocar cortes o punciones. Se incluyen residuos tales como agujas, pipetas, bisturís, placas de cultivos y demás materiales de vidrio.

### **Consideraciones:**

- Los residuos especiales siempre deben manipularse con barreras protectoras, las cuales deben estar acorde al tipo de residuo que se está manipulando (Guantes, mascarillas, protector ocular, pechera impermeable).
- Las deposiciones de los pacientes, aún los portadores de microorganismos que producen infecciones entéricas (virus de la Hepatitis A, Salmonellas, Vibrio cholerae, entre otros) no requieren tratamientos especiales para eliminarse al WC.

### **SUPERVISION:**

- Se supervisará el cumplimiento de la normativa mediante la aplicación de Pautas de Observación de:
  - Lavado de Manos (Obligatoria )
  - Eliminación de Material Cortopunzante. (Opcional)
  - Aplicación de Precauciones Estándar (Opcional)



## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 12 de 17

### 6- REGISTROS:

Identificación	Almacenamiento	Protección	Recuperación	Retención	Disposición
Pautas de supervisión	Archivo con Pautas de Supervisión en Servicio o Unidad.	Oficina del supervisor del Servicio o Unidad.	Archivador Pautas de Supervisión por Servicio y por Fecha	3 años a partir de la fecha realizada.	Luego de 3 años se elimina.
Consolidados Trimestrales de Evaluación de Pautas de Supervisión.	Archivador con Consolidados documentales y digitales de Pautas de supervisión aplicadas.	Oficina Depto Calidad e IAAS.	Archivador con Consolidados de Pautas de Supervisión por Servicio y por Fecha.	3 años a partir de la fecha realizada.	Luego de 3 años se elimina.

### 7.- INDICADORES:

Este indicador se definió como obligatorio para cumplimiento de característica obligatoria GCL 3.3.1 de la Acreditación de Calidad.

Nombre del Indicador	<b>Porcentaje de Cumplimiento del procedimiento de Lavado clínico de Manos</b>
Tipo de Indicador	Proceso
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ PO de Lavado de Manos con } 100 \% \text{ de cumplimiento}}{\text{N}^\circ \text{ Total de PO de Lavado de Manos aplicadas}} \times 100$
Fuente de Información	Pautas de observación (PO)
Periodicidad de la Evaluación	Trimestral
Umbral de Cumplimiento	$\geq 90 \%$
Nº de Pautas a aplicar	Definidas con calculadora de tamaño muestral.
Responsable	Supervisor o Encargado de la Unidad.



**PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA**

**Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1**

**Fecha: 12 Febrero 2015**

**Versión: 3**

**Vigencia: 12 febrero 2020**

**Página 13 de 17**

Estos indicadores están definidos como optativos para su evaluación.

Nombre del Indicador	<b>Porcentaje de Cumplimiento de Aplicación de Precauciones Estándar.</b>
Tipo de Indicador	Proceso
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ PO de Precauciones Estándar con } 100 \% \text{ de cumplimiento}}{\text{N}^\circ \text{ Total de PO de Precauciones Estándar aplicadas}} \times 100$
Fuente de Información	Pautas de Observación (PO).
Periodicidad de la evaluación	Trimestral
Umbral de Cumplimiento	90 %
Nº de Pautas a aplicar	Definidas con calculadora de tamaño muestral.
Responsable	Supervisor o Encargado del Servicio o Unidad.
Nombre del Indicador	<b>Porcentaje de Cumplimiento de Eliminación del Material Cortopunzante</b>
Tipo de Indicador	Proceso
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ PO de Eliminación Material Cortopunzante con } 100 \% \text{ de cumplimiento}}{\text{N}^\circ \text{ Total de PO de Eliminación de Material Cortopunzante aplicadas}} \times 100$
Fuente de Información	Pautas de observación (PO).
Periodicidad de la evaluación	Trimestral
Umbral de Cumplimiento	90 %
Nº de Pautas a aplicar	Definidas con calculadora de tamaño muestral.
Responsable	Supervisor o Encargado de la Unidad.





## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA

Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1

Fecha: 12 Febrero 2015

Versión: 3

Vigencia: 12 febrero 2020

Página 14 de 17

### 8. REFERENCIAS:

- Garner JS. Hospital Infection Control Practices. Advisory Committee:
- Normas de infecciones intrahospitalarias, MINSAL Mandell, Benett.
- Precauciones universales con sangre y fluidos corporales. Actualización decircular 3/F 17 1988.
- Manual de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, 2005, Hospital Regional Rancagua
- Manual Infecciones Intrahospitalarias, 2004, HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE "Dr.Luis Tisné Brousse"
- Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud. MINSAL 2009.
- Circular C13 N° 09 del 13 Marzo 2013- Subsecretaria de Redes Asistenciales MINSAL

### 9. REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS:

Fecha	Tipo	Aprobación
30/05/2012	Se cambia nombre del protocolo por "Protocolo de Aplicación de Precauciones Estándar" Modifica contenido y detalla sus componentes. Incorpora otros indicadores.	Dra. Sonia Correa Fuentes Médico Encargado Comité IAAS - HRR
16/08/2013	Se actualiza protocolo de acuerdo a Circular C13 N° 09 del 13 de Marzo 2013, en Punto N° 5 de Desarrollo.	Dra. Sonia Correa Fuentes Médico Encargado Depto. Calidad e IAAS - HRR
14 /01/2015	Actualiza Protocolo Versión 2 en Punto 6: sobre tiempo de almacenamiento de los registros, estableciendo el tiempo de 3 años.	Dra. Sonia Correa Fuentes Médico Encargado Depto. Calidad e IAAS - HRR

### ANEXOS

1	Pauta de Observación Lavado Clínico de Manos
2	Pauta de Observación Eliminación de Material Cortopunzante
3	Pauta de Observación de Aplicación de Precauciones Estándar

	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA</b>	Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1
		Fecha: 12 Febrero 2015
		Versión: 3
		Vigencia: 12 febrero 2020
		Página 15 de 17

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS  
HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA  
COMITÉ VIGILANCIAL A.A.S.  
SUBDIRECCION ENFERMERIA



### PAUTA DE OBSERVACION LAVADO CLINICO DE MANOS

OBSERVACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SI	NO	% CUMPLIMIENTO
	ESTAMENTO												
	FECHA												
Se lava las manos en el momento que establece la norma.													
Se retira joyas y accesorios previo al lavado.													
Se moja las manos y muñecas, aplica jabón y fricciona ambas manos, espacios interdigitales y muñecas.													
Se enjuaga primero las manos y luego las muñecas.													
Se seca con toalla desechable de distal a proximal y cierra la llave con la toalla.													

**Observaciones:**

Cada columna representa una evaluación por persona, en ella coloque **SI**, si cumple 100% del requisito, **NO** si no lo cumple y **NA** si no aplica. Cuando no se cumple el rubro observado por falta de insumo o medicamento, registre **No Hay**. En la columna Cumplimiento, calcule la cobertura por cada Item Observado.

Proceso de Acreditación HRR  
Noviembre 2015

Protocolo de Aplicación de Precauciones Estándar y Técnica Aséptica  
Departamento Calidad e IAAS Hospital Regional Rancagua



**PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA**

**Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1**

**Fecha: 12 Febrero 2015**

**Versión: 3**

**Vigencia: 12 febrero 2020**

**Página 16 de 17**

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD OHIGGINS  
HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA  
**COMITÉ IAAS**



**PAUTA OBSERVACIÓN: ELIMINACIÓN DE MATERIAL CORTOPUNZANTE**

OBSERVACION ↓  FECHA →	1	2	3	4	5	6	7	8	SI	NO	% Cumplimiento
Usa guantes en procedimiento con material cortopunzante.											
Dispone de contenedor o receptáculo de material resistente a las punciones, con tapa.											
Retira aguja con pinza exclusiva, no manipula, ni recapsula.											
Los contenedores se encuentran rotulados con identificación del desecho a eliminar.											
Los contenedores para desecho de material corto punzante, se encuentran máximo hasta sus ¾ partes.											

**Observación.-**

- ✓ Cada columna representa una evaluación, por persona en ella Coloque **SI** , cuando si cumple requisito y **NO** si no lo cumple.
- ✓ En la columna Cumplimiento saque la cobertura por cada ítem  
Este sistema le permite evaluar a todo el personal en tiempos diferente

	<b>PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE PRECAUCIONES ESTANDAR EN HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA</b>	<b>Código: SGC-PR-APREST / GCL 3.3.1</b>
		<b>Fecha: 12 Febrero 2015</b>
		<b>Versión: 3</b>
		<b>Vigencia: 12 febrero 2020</b>
		<b>Página 17 de 17</b>

MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS  
HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA  
COMITÉ VIGILANCIA I.A.A.S.  
SUBDIRECCION ENFERMERIA



### PAUTA DE OBSERVACION PRECAUCIONES ESTANDAR

OBSERVACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	SI	NO	% CUMPLIMIENTO
	ESTAMENTO												
FECHA													
Realiza lavado clínico de manos según norma.													
Se protege con guantes, en riesgo de contacto con fluidos corporales.													
En riesgo de salpicadura utiliza correctamente barreras protectoras (mascarilla, antiparras y pechera).													
Se retira y elimina los elementos protectores sin contaminarse ni contaminar.													
Elimina el material corto punzante usado, según norma.													

**Observaciones:**

Cada columna representa una evaluación por persona, en ella coloque **SI**, si cumple 100% del requisito, **NO** si no lo cumple y **NA** si no aplica.  
 Cuando no se cumple el rubro observado por falta de insumo o medicamento, registre **No Hay**  
 En la columna Cumplimiento, calcule la cobertura por cada Item Observado.