

APUNTES DEL MÓDULO 1

Epidemiología, vigilancia, programa de control de IAAS y confidencialidad

Técnicas de prevención de infecciones asociadas a la atención en
salud (IAAS) — 120 horas

Material de estudio

Módulo 1

Contenido del módulo

- 1 **Epidemiología hospitalaria y la tríada epidemiológica: un marco para entender las IAAS**
- 2 **La cadena de infección: rompiendo eslabones para prevenir contagios**
- 3 **Reservorios y contaminación: más allá del paciente**
- 4 **Endemia, brote, epidemia y pandemia: clasificaciones para la acción**
- 5 **Vigilancia de IAAS en Chile: el sistema que protege a los pacientes**
- 6 **Situación nacional de IAAS e investigación de brotes: detección y respuesta**
- 7 **Confidencialidad en el registro clínico: protección de datos sensibles**

¡Bienvenido/a al módulo de Epidemiología, Vigilancia y Programa de Control de IAAS! En este módulo, exploraremos conceptos fundamentales para la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud. A través de un caso práctico en un servicio de medicina, donde varios pacientes presentan diarrea por la misma bacteria, aprenderás a aplicar los conceptos de epidemiología, brote, sistemas de vigilancia y la organización del Programa de Prevención y Control de IAAS. También abordaremos las obligaciones de confidencialidad del registro clínico, siempre en el marco de la normativa chilena vigente como la Norma Técnica N°225, la Ley 20.584, el DS 41/2012 y la Ley 21.719. Tu rol es crucial en la interrupción de la cadena de infección, ¡comencemos!

1

Epidemiología hospitalaria y la tríada epidemiológica: un marco para entender las IAAS

Imagina que en tu servicio de medicina, en pocos días, varios pacientes comienzan a presentar diarrea, y los cultivos confirman que es causada por la misma bacteria. Antes de entrar en pánico, necesitamos una forma estructurada de analizar la situación para poder intervenir eficazmente. Esta forma la proporciona la **epidemiología hospitalaria**.

La **epidemiología hospitalaria** es la disciplina que estudia la distribución y los determinantes de las enfermedades en los establecimientos de salud. En la práctica, esto significa detectar precozmente brotes, analizar los factores de riesgo asociados a la transmisión de infecciones y aplicar medidas preventivas para evitar que una infección se propague entre pacientes, personal de salud o visitas. Es un campo vital para la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Para entender por qué aparece una enfermedad y cómo se propaga, utilizamos la **tríada epidemiológica**. Este modelo simplifica la compleja interacción entre tres componentes principales que, al influirse mutuamente, determinan el riesgo de una infección. Cuando uno de estos componentes cambia, el riesgo de enfermedad también se modifica.

Componente	Qué es	Ejemplo en nuestro servicio de medicina
Agente	Microorganismo capaz de causar enfermedad (virus, bacteria, hongo, parásito).	<i>Clostridioides difficile</i>
Huésped	Persona susceptible de enfermar debido a su edad, enfermedades preexistentes o tratamientos que recibe.	Pacientes mayores hospitalizados y con múltiples tratamientos (antibióticos, inmunosupresores).
Ambiente	Condiciones o factores externos que facilitan la transmisión del agente y la infección del huésped.	Baño compartido entre varios pacientes, superficies y equipos de uso común (ej. termómetros, carros de curaciones) no desinfectados adecuadamente.

Mirar el problema a través de estos tres componentes es crucial porque nos impide buscar un único “culpable”. En el contexto hospitalario, el **ambiente** y las **prácticas del equipo de salud** son los elementos que más podemos modificar. Esto incluye las acciones de todo el personal: clínico, de apoyo, administrativo y de aseo. Por ello, este curso está dirigido a todos, ya que cada función influye en al menos uno de los componentes de la tríada, contribuyendo a la prevención de IAAS.



La colaboración entre diferentes roles del personal de salud es fundamental para identificar y actuar sobre los componentes de la tríada epidemiológica en la prevención de IAAS.

✓ Puntos clave

- La epidemiología hospitalaria es clave para detectar brotes, identificar factores de riesgo y aplicar medidas preventivas de IAAS.
- La tríada epidemiológica (agente, huésped, ambiente) explica la aparición de enfermedades mediante la interacción de sus componentes.
- En un entorno de salud, el ambiente y las prácticas del personal son los puntos más susceptibles de modificación para prevenir infecciones.
- La colaboración de todo el personal es esencial, ya que cada función impacta en al menos un componente de la tríada epidemiológica.

 Para reflexionar

- ¿Cómo identificarías los componentes de la tríada epidemiológica en un caso de IAAS diferente al ejemplo, como una infección del sitio quirúrgico?
- ¿Qué acciones específicas podrías implementar en tu área de trabajo para modificar el componente 'ambiente' y reducir el riesgo de transmisión de IAAS?
- Si un paciente en tu servicio tiene un sistema inmunológico comprometido (huésped susceptible), ¿qué medidas adicionales tomarías para protegerlo de posibles agentes infecciosos?

2

La cadena de infección: rompiendo eslabones para prevenir contagios

Continuando con el caso de la diarrea por *Clostridioides difficile*, ahora necesitamos ordenar el problema eslabón por eslabón. Es útil pensar en cada nuevo paciente infectado como el último punto de una cadena que se inició en otro lugar. Si logramos identificar el eslabón más débil, sabremos exactamente dónde actuar para interrumpir la transmisión.

La **cadena de infección** es un modelo que describe el proceso secuencial por el cual un agente infeccioso se propaga de un reservorio a un huésped susceptible. Está compuesta por seis eslabones interconectados, y es fundamental comprender que **todos deben estar presentes para que ocurra un nuevo caso de infección**. Esto significa que si logramos romper cualquiera de estos eslabones, la transmisión se interrumpe, lo que lo convierte en el concepto central de todas las medidas de prevención y control de IAAS.

Eslabón	Definición	Ejemplo en el caso de <i>C. difficile</i>
Agente	Microorganismo que causa la infección.	<i>Clostridioides difficile</i> .
Reservorio	Lugar donde el agente infeccioso vive y se multiplica (ej. humanos, animales, objetos inanimados).	Paciente con diarrea por <i>C. difficile</i> , o superficies ambientales contaminadas con esporas.
Puerta de salida	Vía por la que el agente abandona el reservorio.	Deposiciones líquidas del paciente infectado.
Vía de transmisión	Forma en que el agente llega desde la puerta de salida del reservorio a la puerta de entrada de un nuevo huésped.	Contacto directo con manos del personal o contacto indirecto con superficies (camas, baños, equipos) contaminadas con esporas de <i>C. difficile</i> .
Puerta de entrada	Vía por la que el agente ingresa al nuevo huésped susceptible.	Boca (ingestión de esporas de <i>C. difficile</i>) o mucosas.
Huésped susceptible	Persona que puede enfermar debido a factores como inmunosupresión, edad avanzada, uso de antibióticos previos o comorbilidades.	Otro paciente hospitalizado en el servicio, especialmente uno que ha recibido tratamiento con antibióticos de amplio espectro.

Las vías de transmisión son diversas e incluyen el **contacto** (directo, de persona a persona; o indirecto, a través de objetos contaminados o fómites), **gotitas** (al toser o estornudar), **aérea** (partículas pequeñas que permanecen en el aire), **alimentaria** (ingestión de alimentos o agua contaminados), **vectorial** (a través de insectos o animales) y **vertical** (de madre a hijo). En el contexto de la atención de salud, la **vía de contacto a través de las manos del personal** es una de las más frecuentes y, afortunadamente, también una de las más fáciles de interrumpir mediante prácticas adecuadas de higiene de manos.

✓ Puntos clave

- La cadena de infección tiene seis eslabones, y todos deben estar presentes para que se propague una infección.
- Romper cualquier eslabón de la cadena interrumpe la transmisión y es la base de la prevención y control de IAAS.
- Las manos del personal de salud son una de las vías de transmisión más frecuentes en los hospitales y un foco principal de intervención.
- Identificar el eslabón más débil permite aplicar medidas preventivas específicas y efectivas.

Para reflexionar

- En tu rutina diaria, ¿qué eslabón de la cadena de infección consideras que es más vulnerable a romperse accidentalmente si no se siguen los protocolos?
- Si se detecta un paciente con un patógeno transmitido por gotitas, ¿qué medidas específicas tomarías en cada eslabón de la cadena para evitar la propagación a otros pacientes?
- ¿Qué estrategias de higiene de manos se aplican en tu servicio para romper el eslabón de la 'vía de transmisión' de forma efectiva?

3 Reservorios y contaminación: más allá del paciente

Durante la investigación de nuestro caso de *Clostridioides difficile*, podríamos descubrir algo inesperado: no todos los reservorios tienen forma de paciente. Un termómetro mal desinfectado, un carro de curaciones con residuos, o incluso un frasco de solución salina abierto pueden mantener vivo al agente infeccioso. Por eso, al revisar tu lugar de trabajo, es fundamental ampliar tu mirada y considerar también los objetos inanimados.

Un **reservorio** es cualquier lugar, vivo o inerte, donde un agente infeccioso puede vivir, multiplicarse y mantener su capacidad de infectar antes de ser transmitido a un huésped. Se clasifican principalmente en tres tipos:

- **Humanos:** Incluyen a pacientes infectados (con síntomas), pacientes colonizados (portan el agente sin desarrollar síntomas, pero pueden transmitirlo) y también al personal de salud que puede ser portador asintomático.
- **Animales:** Son relevantes en el contexto de algunas zoonosis (enfermedades transmitidas de animales a humanos) y han sido el origen de nuevos patógenos.
- **Objetos inanimados:** Aquí se incluyen superficies (mesas, barandas de cama), equipos médicos (fonendoscopios, monitores) y dispositivos (catéteres, sondas). Cuando un objeto inanimado transporta un agente infeccioso de una persona a otra, se denomina **fómite**.

La **contaminación** es la presencia de agentes indeseables en el entorno de atención que pueden afectar la salud de pacientes, personal, visitas o familiares. Además de microorganismos patógenos, la contaminación puede referirse a sustancias químicas tóxicas, partículas en el aire o residuos. Es crucial estar especialmente atentos a la contaminación de:

- **Medicamentos, soluciones antisépticas, fórmulas y preparados lipídicos:** Estos productos, si no se manipulan o almacenan correctamente, pueden contaminarse y convertirse en fuente de brotes.
- **Agua de la red interna y equipos que la utilizan:** El agua puede ser un reservorio para bacterias como *Legionella* o *Pseudomonas*, especialmente en grifos, duchas, nebulizadores y equipos de diálisis.
- **Equipos de ventilación mecánica y el aire de recintos críticos:** La correcta mantención y limpieza de estos sistemas es vital para prevenir la transmisión aérea de patógenos.

La importancia de estos reservorios ambientales no es menor. Los productos y el ambiente contaminado pueden ser el origen de brotes que afectan a varios establecimientos de salud simultáneamente. Por ejemplo, en 2026, el MINSAL ha emitido y actualizado varias veces una alerta de brote multicéntrico por el complejo *Burkholderia cepacia*, a menudo asociado a la contaminación de productos o agua. Además, la normativa sobre brotes en Chile establece que, cuando el agente causal es de origen ambiental (como en el caso de *Aspergillus*), la repetición de casos **siempre debe ser investigada exhaustivamente**, incluso si el número de casos es bajo, dada la dificultad de su control.



La correcta higiene de manos es el eslabón más eficaz para romper la cadena de transmisión de infecciones en el ámbito sanitario.

✓ **Puntos clave**

- Los reservorios no son solo personas; objetos inanimados (fómites) y el ambiente pueden albergar y transmitir patógenos.
- Los reservorios humanos incluyen pacientes sintomáticos, colonizados y personal de salud portador.
- La contaminación puede afectar medicamentos, agua, equipos y aire, siendo fuente de brotes multicéntricos.
- La detección de agentes ambientales como causa de IAAS obliga a una investigación rigurosa, incluso con pocos casos.

 Para reflexionar

- Identifica al menos tres fómites comunes en tu área de trabajo que podrían actuar como reservorios y explica qué medidas de limpieza y desinfección se aplican para controlarlos.
- ¿Cómo crees que la contaminación de un medicamento inyectable podría generar un brote multicéntrico en varios hospitales?
- Si sospechas que el sistema de agua de tu servicio está contaminado, ¿cuáles serían los primeros pasos que tomarías para investigar y mitigar el riesgo?

Endemia, brote, epidemia y pandemia: clasificaciones para la acción

Retomando nuestro caso de diarrea por *C. difficile*, la pregunta más importante del equipo es: ¿Esto es un brote o es simplemente “lo de siempre”? Para responder a esto, no basta con contar los casos; es crucial compararlos con lo que se espera para ese lugar y período específico. Entender las definiciones correctas nos permitirá tomar las acciones adecuadas.

Para clasificar una situación epidemiológica, siempre comparamos el número de casos observados con **lo esperado** para una determinada población, un área geográfica y un período de tiempo. Los conceptos clave son:

- **Endemia:** Es la presencia habitual y constante de una enfermedad en una población o un área geográfica específica, con una frecuencia relativamente estable y predecible. La cantidad de casos se mantiene dentro de los límites esperados. Por ejemplo, la influenza estacional es endémica en Chile durante los meses de invierno.
- **Brote epidémico:** Se define como un aumento repentino y significativo en el número de casos de una enfermedad por encima de lo esperado, en una población y un lugar determinados, y en un período de tiempo específico. Nuestro caso de *C. difficile* en el servicio de medicina es un ejemplo claro de un brote.
- **Epidemia:** Implica la propagación de una enfermedad por encima de lo esperado en una población o región más amplia que un brote. Puede afectar a una ciudad, una provincia o incluso una región nacional. Se diferencia del brote principalmente por su escala.
- **Pandemia:** Es una epidemia que cruza fronteras internacionales y afecta a un gran número de personas en varios países o continentes simultáneamente. La diferencia clave entre una epidemia y una pandemia radica en su **escala y alcance geográfico**, trascendiendo las fronteras continentales o globales.

En el contexto de las IAAS, cada establecimiento de salud es responsable de definir sus propios **criterios locales de brote**. La Norma Técnica N°225 ofrece como ejemplo un criterio común: “un número de casos sobre el doble de lo observado en períodos anteriores”. Por su parte, el registro nacional de brotes en Chile, que comenzó en 2016, solo incluye aquellos brotes de **3 o más casos**.

Un brote puede tener múltiples causas, como la introducción de un agente infeccioso nuevo, la mutación de uno ya conocido, condiciones ambientales favorables para la transmisión, o una población con baja inmunidad. La clave para su control es la detección temprana, una gestión eficaz y una comunicación adecuada. La historia está llena de ejemplos de lo que sucede cuando un brote no se gestiona a tiempo, transformándose en epidemias o pandemias con consecuencias devastadoras.

✓ Puntos clave

- La clasificación de una situación epidemiológica (endemia, brote, epidemia, pandemia) depende de la comparación entre lo observado y lo esperado.
- Un brote es un aumento inesperado de casos en un área y tiempo definidos, mientras que una epidemia o pandemia son de mayor alcance geográfico.
- Los establecimientos deben definir sus propios criterios locales de brote, a menudo basados en la duplicación de casos respecto a períodos anteriores.
- La detección temprana, la gestión y la comunicación son vitales para contener un brote antes de que escale.

Para reflexionar

- Si en tu hospital se reportan 5 casos de una IAAS específica en una semana, y el promedio histórico es de 1 caso por semana, ¿cómo clasificarías esta situación y por qué?
- ¿Cuáles son los criterios de brote que se manejan en tu servicio o institución? ¿Crees que son adecuados para la detección temprana?
- Reflexiona sobre cómo la gestión de un brote por parte del equipo de IAAS podría influir en que este se mantenga como un brote local o escale a una epidemia.

5

Vigilancia de IAAS en Chile: el sistema que protege a los pacientes

Nuestro caso de diarrea por *C. difficile* fue detectado con relativa rapidez, y esto no fue una coincidencia. Es el resultado de un sistema de vigilancia robusto que opera en los hospitales chilenos, revisando las fichas clínicas de manera sistemática y utilizando definiciones estandarizadas a nivel nacional. Entender cómo funciona este sistema y qué documentos lo regulan es fundamental para tu rol en la prevención de IAAS.

En Chile, la vigilancia de IAAS se caracteriza por ser **activa** y **selectiva**. Es **activa** porque profesionales capacitados, principalmente enfermeras de control de infecciones (ECI), revisan sistemáticamente las fichas clínicas y otras fuentes de datos para identificar posibles casos de IAAS, en lugar de esperar la notificación espontánea. Es **selectiva** porque se enfoca en pacientes expuestos a factores de riesgo prevenibles, como el uso de dispositivos invasivos (catéteres urinarios, catéteres vasculares, ventilación mecánica) y la realización de procedimientos quirúrgicos.

Los principales documentos que rigen este sistema son:

Documento	Qué establece
Circular C37 N°8 (2021)	Es el marco normativo del sistema de vigilancia de IAAS vigente desde el 01-01-2022, reemplazando la circular de 1998. Es de aplicación obligatoria para todos los establecimientos de atención cerrada, independientemente de su número de pacientes o camas.
Circular C37 N°9 (2021)	Fija las definiciones de caso y los criterios de notificación estandarizados para 11 síndromes de IAAS, incluyendo la diarrea por <i>C. difficile</i> en adultos, neumonía asociada a ventilación mecánica, infección del torrente sanguíneo asociado a catéter, e infecciones del sitio quirúrgico. También incluye la vigilancia de SARS-CoV-2.
Manual de Vigilancia de IAAS 2023 y Oficio CP N°14441/2024	Estos documentos desarrollan y complementan el sistema de vigilancia, ofreciendo la segunda versión del manual y respondiendo a preguntas frecuentes y situaciones prácticas para su correcta implementación.
Circular C37 N°02 (2026)	Proporciona los indicadores nacionales de referencia para las IAAS, calculados utilizando el percentil 75 de los resultados de los hospitales que reportan. Estos indicadores sirven para comparar el desempeño local con el promedio nacional.

- La vigilancia se realiza los **12 meses del año y al menos una vez por semana**. En unidades con alta densidad de dispositivos invasivos permanentes (ej. UCI, UTIs), la búsqueda activa de pacientes con estos dispositivos se realiza **2 veces por semana**.
- La vigilancia es responsabilidad del **Equipo de Prevención y Control de Infecciones (EPCI)**, que típicamente incluye al médico de IAAS, la enfermera de control de infecciones (ECI) y el profesional de microbiología de mayor rango.

- Un punto clave es que los **valores locales de referencia de IAAS nunca pueden ser superiores al indicador nacional**. Si un establecimiento supera estos indicadores, se exige la elaboración e implementación de un **plan de acción con estrategia multimodal** para revertir la situación.
- Es importante recordar que las definiciones de caso para la vigilancia son herramientas epidemiológicas y **no reemplazan el juicio clínico** del médico tratante para el diagnóstico y manejo del paciente.

✓ Puntos clave

- El sistema de vigilancia de IAAS en Chile es activo y selectivo, realizado por profesionales capacitados.
- Las Circulares C37 N°8 y N°9 (2021) son la base normativa, estableciendo la obligatoriedad y las definiciones estandarizadas para la vigilancia.
- La vigilancia se realiza al menos semanalmente, y con mayor frecuencia en unidades críticas, por el EPCI.
- Los valores locales de IAAS no deben superar los indicadores nacionales, requiriendo planes de acción en caso contrario.

Para reflexionar

- ¿Cómo participa tu rol profesional en la vigilancia activa de IAAS en tu servicio? ¿Qué información podrías proporcionar al EPCI?
- Si observas que tu servicio supera constantemente los indicadores nacionales de IAAS, ¿qué acciones consideras que serían prioritarias en un plan de mejora?
- ¿Por qué crees que es importante que las definiciones de vigilancia no reemplacen el juicio clínico del médico tratante?

Situación nacional de IAAS e investigación de brotes: detección y respuesta

Nuestro caso de *C. difficile* no es un evento aislado en el panorama nacional. De hecho, el año 2023 fue el año con más brotes por esta bacteria registrados en la historia del sistema de vigilancia chileno.

Comprender la situación nacional y saber cómo investigar un brote es crucial. La investigación no busca culpables, sino identificar la fuente, las vías de transmisión y cortar la propagación de manera oportuna.

El **Informe de Vigilancia de IAAS 2023** (MINSAL, publicado en junio de 2026) es el documento más reciente que nos entrega una radiografía de las infecciones en los establecimientos de salud chilenos. Este informe reveló datos importantes:

- La **prevalencia de IAAS fue del 2,8%**, obtenida de la revisión de 17.899 fichas clínicas en 163 hospitales del país. Esto significa que, en un día dado, casi 3 de cada 100 pacientes hospitalizados presentaban una IAAS.
- La IAAS más frecuentemente detectada fue la **Infección del Tracto Urinario (ITU) asociada a catéter urinario permanente**. Esto subraya la importancia de las precauciones estándar y la higiene de manos en la manipulación de estos dispositivos.
- La vigilancia activa demostró una alta capacidad de detección, identificando el **78,9% de las IAAS** (sensibilidad global del sistema).
- Se registró un aumento preocupante en la incidencia de ***Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos**, un patógeno con alta resistencia a antibióticos.
- El año **2023 fue notable por el incremento en el número de brotes**, especialmente los asociados a *Clostridioides difficile*.

Cuando se detecta un brote, la **investigación es una prioridad**. La Norma Técnica N°225 establece las etapas y plazos para la investigación de brotes. Aunque no se busca un culpable, sino la fuente y la interrupción de la transmisión. Los principales pasos incluyen:

1. **Confirmación del brote:** Verificar que el número de casos supera lo esperado y que existe un vínculo epidemiológico.
2. **Definición de caso y búsqueda activa:** Establecer criterios claros para identificar casos y buscar activamente otros posibles afectados.
3. **Caracterización de casos:** Analizar las características demográficas, clínicas y epidemiológicas de los casos (persona, lugar, tiempo).
4. **Formulación de hipótesis:** Basado en los datos, plantear posibles fuentes y vías de transmisión.
5. **Implementación de medidas de control:** Aplicar acciones inmediatas para detener la propagación (ej. aislamiento de pacientes, higiene de manos reforzada, limpieza terminal, restricción de visitas).
6. **Evaluación de la efectividad:** Monitorear si las medidas implementadas están logrando controlar el brote.
7. **Comunicación:** Informar a las autoridades de salud, al personal y a los pacientes según corresponda.

8. **Elaboración de informe final:** Documentar todo el proceso y las lecciones aprendidas para prevenir futuros brotes.

La rapidez y sistematicidad en la investigación son claves. Por ejemplo, en el caso de nuestro brote por *C. difficile*, una investigación oportuna podría identificar si la fuente es un paciente asintomático, un equipo médico contaminado o una falla en la higiene ambiental. Esto permitiría aplicar medidas correctivas específicas, como mejorar la limpieza de los baños compartidos, reforzar el uso de precauciones de contacto o revisar los protocolos de desinfección de endoscopios, si fuera el caso.

✓ Puntos clave

- El Informe de Vigilancia de IAAS 2023 muestra una prevalencia del 2,8% en Chile, con la ITU asociada a catéter urinario como la más frecuente.
- Se observa un aumento preocupante de patógenos resistentes como *K. pneumoniae* y un récord de brotes por *C. difficile* en 2023.
- La investigación de brotes es un proceso estructurado que busca la fuente y las vías de transmisión, no culpables, con plazos definidos por normativa.
- La detección temprana y la aplicación de medidas de control inmediatas son esenciales para contener la propagación de un brote.

Para reflexionar

- Si tu hospital reporta una prevalencia de IAAS superior a la nacional, ¿qué pasos inmediatos crees que debería tomar el EPCI?
- En una investigación de brote, ¿por qué es tan importante la definición de caso y la búsqueda activa de otros posibles afectados?
- ¿Qué información específica de tu servicio consideras que sería más útil para un equipo que investiga un brote de IAAS, además de los datos de los pacientes?

Confidencialidad en el registro clínico: protección de datos sensibles

A lo largo de este módulo, hemos enfatizado la importancia de la vigilancia y la investigación para controlar las IAAS. Sin embargo, toda esta información, especialmente la que involucra a pacientes, es extremadamente sensible. La gestión y el acceso a los datos de salud están estrictamente regulados por normativas chilenas que garantizan la confidencialidad. Comprender estas leyes es fundamental para cualquier profesional de la salud.

La **confidencialidad del registro clínico** es una obligación ética y legal que protege la información personal y de salud de los pacientes. Su objetivo es resguardar la privacidad y fomentar la confianza entre el paciente y el equipo de salud. En Chile, varias leyes regulan este aspecto, destacando:

- **Ley 20.584: Derechos y deberes de los pacientes:** Esta ley establece explícitamente el derecho del paciente a la confidencialidad de toda la información relativa a su atención en salud. Solo puede ser revelada con su consentimiento expreso o en casos excepcionales establecidos por ley, como requerimientos judiciales o en el marco de la vigilancia epidemiológica de enfermedades de notificación obligatoria, siempre resguardando la identidad.
- **Decreto Supremo N°41 (2012): Reglamento sobre la Ficha Clínica:** Este reglamento, derivado de la Ley 20.584, detalla aspectos operativos sobre la ficha clínica, su contenido, custodia y acceso. Establece que la ficha clínica es un instrumento reservado y confidencial, cuyo acceso está restringido al equipo de salud directamente involucrado en la atención del paciente y a otras personas autorizadas legalmente.
- **Ley 21.719 (antes Ley 19.628 de Protección de Datos Personales):** Aunque la Ley 19.628 está en proceso de reemplazo por la Ley 21.719 que crea la Agencia de Protección de Datos Personales, ambas refuerzan el principio de que los datos personales, y especialmente los de salud, son sensibles y requieren un tratamiento especial. Prohíben su uso, almacenamiento o comunicación sin el consentimiento del titular, salvo excepciones legales específicas.

Implicancias para la vigilancia y control de IAAS:

- **Acceso restringido:** Solo el personal autorizado del EPCI (Médico IAAS, ECI) tiene acceso a las fichas clínicas para realizar la vigilancia. Este acceso está justificado por la necesidad de proteger la salud pública y está amparado en las normativas vigentes, pero debe realizarse siempre con la máxima discreción y profesionalismo.
- **Anonimización de datos:** Cuando la información de IAAS se utiliza para reportes, estudios epidemiológicos o publicaciones, debe anonimizarse o disociarse de manera que no sea posible identificar al paciente. Esto asegura que la información pueda ser utilizada para el bien común sin comprometer la privacidad individual.
- **Capacitación del personal:** Todos los profesionales de la salud deben estar capacitados en las normativas de confidencialidad y protección de datos. Cualquier divulgación no autorizada de información clínica puede acarrear graves consecuencias legales y éticas para el profesional y la institución.

- **Sistemas de información seguros:** Los establecimientos de salud deben contar con sistemas de registro clínico electrónico seguros, con control de acceso mediante perfiles y claves, auditorías de acceso y medidas de ciberseguridad para proteger los datos de salud de los pacientes.

En el contexto de un brote, la información sobre los pacientes afectados es vital, pero su manejo debe ser impecable. Los nombres de los pacientes o sus detalles identificables nunca deben ser compartidos fuera del círculo estricto del equipo tratante y del EPCI, y solo con fines de manejo clínico o de control epidemiológico justificado. La confianza del paciente en el sistema de salud depende directamente de nuestra adherencia a estos principios de confidencialidad.

✓ Puntos clave

- La confidencialidad del registro clínico es un derecho del paciente y una obligación legal y ética para el personal de salud.
- La Ley 20.584 y el DS 41/2012 regulan el derecho a la privacidad de la información médica y el acceso restringido a la ficha clínica.
- La Ley 21.719 protege los datos personales sensibles, incluyendo los de salud, exigiendo consentimiento para su uso, salvo excepciones legales.
- La vigilancia de IAAS permite el acceso a datos clínicos, pero exige anonimización para reportes y capacitación constante del personal en confidencialidad.

Para reflexionar

- Si un compañero de trabajo te pide información sobre un paciente que no está bajo tu cuidado directo, ¿cómo actuarías, considerando las normativas de confidencialidad?
- ¿De qué manera crees que los sistemas de registro clínico electrónico contribuyen a mejorar o dificultar la confidencialidad de la información del paciente?
- ¿En qué situaciones específicas y bajo qué condiciones consideras que la información confidencial de un paciente con IAAS podría ser compartida con personal externo al equipo tratante (ej. salud pública), sin su consentimiento expreso?

Esquema del Módulo: Epidemiología, Vigilancia y Control de IAAS

Epidemiología hospitalaria

Estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en centros de salud, utilizando la tríada epidemiológica (agente, huésped, ambiente) para analizar el riesgo.

Cadena de infección

Modelo de 6 eslabones que describe la transmisión de un patógeno; romper cualquier eslabón interrumpe la infección. Crucial para medidas de prevención.

Reservorios y contaminación

Identificación de fuentes de patógenos (humanos, animales, objetos inanimados/fómites) y la presencia de agentes contaminantes en el entorno de atención.

Clasificación epidemiológica	Definición de endemia, brote, epidemia y pandemia para clasificar la ocurrencia de enfermedades según su frecuencia y alcance geográfico.
Vigilancia de IAAS en Chile	Sistema activo y selectivo regulado por normativas (Circulares C37 N°8 y N°9, Manual 2023) para la detección y monitoreo de IAAS en establecimientos de salud.
Confidencialidad	Obligación ética y legal de proteger la información del paciente (Ley 20.584, DS 41/2012, Ley 21.719), asegurando el resguardo de la ficha clínica y datos sensibles.



Para repasar

¿Cómo se rompe cada eslabón?

Concepto	Respuesta
Reservorio	Detección oportuna de casos, tratamiento y limpieza y desinfección de superficies y equipos.
Puerta de salida	Manejo seguro de secreciones, excretas y material contaminado.
Vía de transmisión	Higiene de manos, precauciones estándar y precauciones según la vía de transmisión.
Puerta de entrada	Técnica aséptica en procedimientos y cuidado de dispositivos invasivos.
Huésped susceptible	Vacunación, uso racional de antimicrobianos y retiro oportuno de dispositivos.

Pandemias que marcaron la historia

Fecha	Hito
541-542	Peste de Justiniano — Se transmitió por ratas que viajaban en barcos y debilitó profundamente al Imperio bizantino.
1346-1353	Peste negra — Llegó a Europa en barcos procedentes de Crimea. Se estima que causó la muerte de cerca del 30 % de la población europea.
1545-1548	Cocoliztli — Epidemia en México tras la llegada de los colonizadores, con una mortalidad muy alta en la población indígena.
1918-1920	Gripe española — Pandemia de influenza que tuvo más víctimas que la Primera Guerra Mundial y desbordó los servicios de salud.

Fecha	Hito
1981 hasta hoy	VIH/sida — Pandemia que continúa y ha causado decenas de millones de muertes en el mundo.
2019 hasta hoy	COVID-19 — Causada por el SARS-CoV-2, que se identificó en Wuhan (China) a fines de 2019. En Chile hoy es uno de los síndromes de vigilancia de IAAS.

Reglas generales de las definiciones (Circular C37 N°9)

Concepto	Respuesta
¿Qué día es el día 1?	El día en que se instala el dispositivo o se realiza la cirugía.
¿Qué fecha vale para un examen?	La fecha de toma de la muestra, no la del resultado.
¿En qué plazo deben darse los elementos del caso?	Todos dentro de un máximo de 5 días calendario.
¿Desde qué edad se considera adulta a una persona?	Desde los 15 años.
¿Qué significan «Y» y «O» en los criterios?	«Y» exige que se cumplan todos los elementos; con «O» basta con uno.

Etapas de la investigación de un brote

1. **Detectar y confirmar.** Comparar los casos con lo esperado según el criterio local y confirmar los diagnósticos.
2. **Definir caso y buscar más casos.** Acordar una definición de caso (tiempo, lugar, agente) y buscar activamente otros casos.
3. **Describir.** Ordenar los casos por tiempo, lugar y persona para reconocer patrones.
4. **Plantear hipótesis.** Proponer la fuente y la vía de transmisión más probables y estudiarlas, incluidas las muestras ambientales si corresponde.
5. **Aplicar medidas de control.** Aislar oportunamente y reforzar las precauciones, la higiene de manos y la limpieza sin esperar el resultado final de la investigación.
6. **Notificar y comunicar.** Informar a tiempo a la dirección y al equipo, y registrar el brote según la normativa vigente.
7. **Evaluar y cerrar.** Verificar que no aparezcan casos nuevos, cerrar formalmente el brote y registrar los aprendizajes.

De la NT 124 a la NT 225

Fecha	Hito
2009	DE N°18 — Aprueba los estándares generales de acreditación de atención cerrada y abierta, que siguen vigentes.

Fecha	Hito
2011	DE N°350 — Aprueba la Norma Técnica N°124 sobre programas de control de IAAS.
26-08-2022	DE N°60 — Aprueba la Norma Técnica N°225 y deja sin efecto el DE N°350 de 2011.
2026	Propuesta de nuevo estándar — La Superintendencia la somete a piloto y consulta. Todavía no está vigente.

Ciclo de trabajo del PCI

1. **Diagnóstico de situación.** Conocer la incidencia de IAAS y el cumplimiento de las prácticas en el establecimiento.
2. **Prioridades locales.** Elegir los problemas que requieren intervención según las necesidades reales.
3. **Intervención multimodal.** Combinar varias acciones, como capacitación, supervisión, recursos y retroalimentación.
4. **Documentación.** Registrar en forma periódica las actividades realizadas para controlar su cumplimiento.
5. **Evaluación del impacto.** Medir los resultados y describir el método de medición y los sistemas de registro usados.

EPP: mitos y reglas

Concepto	Respuesta
¿Conviene usar doble guante para mayor seguridad?	No. La orientación técnica indica no usar doble guante.
¿Puedo lavar los guantes para seguir atendiendo?	No. Los guantes no se lavan para reutilizarlos; se cambian.
¿Mis anteojos ópticos me protegen de salpicaduras?	No. Los anteojos ópticos no reemplazan la protección ocular.
¿Cuál es el último paso al retirar el EPP?	La higiene de manos, siempre.

¿Quién puede acceder a la ficha clínica?

Equipo vinculado a la atención. Quienes participan directamente en la atención del paciente, en lo que su labor requiere.

Titular, representante o herederos. El propio paciente, su representante legal o, si fallece, sus herederos.

Tercero autorizado. Un tercero con poder simple autorizado ante notario o con firma electrónica del titular.

Tribunales, fiscales y defensores. Los tribunales en las causas pertinentes, y los fiscales y defensores con autorización judicial.

Hitos del marco de confidencialidad

Fecha	Hito
24-04-2012	Ley 20.584 — Consagra los derechos de los pacientes y define la ficha clínica como dato sensible.
15-12-2012	DS N°41 — Se publica el reglamento sobre fichas clínicas: resguardo, registro de accesos y conservación.
28-05-2024	Ley 21.668 — Modifica la Ley 20.584 para la interoperabilidad de las fichas clínicas.
13-12-2024	Ley 21.719 — Se publica la reforma de la Ley 19.628 y se crea la Agencia de Protección de Datos Personales.
01-12-2026	Entrada en vigencia — Comienzan a regir las modificaciones de la Ley 21.719 a la Ley 19.628.

En síntesis. Hemos llegado al final de este módulo. Has aprendido a identificar los componentes de la tríada epidemiológica y los eslabones de la cadena de infección, herramientas esenciales para comprender y actuar ante las IAAS. También has profundizado en los tipos de reservorios y la importancia de la contaminación ambiental, la distinción entre endemia, brote, epidemia y pandemia, y el funcionamiento del robusto sistema de vigilancia de IAAS en Chile, junto con las cruciales normativas de confidencialidad del registro clínico. Aplica estos conocimientos en tu servicio para proteger a tus pacientes y a tu equipo. ¡Tu compromiso es clave en la prevención de IAAS!