

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) — 40 horas

Material de estudio

Módulo 1

Contenido del módulo

- 1 Epidemiología hospitalaria y la tríada epidemiológica
- 2 Cadena de infección: Seis eslabones para la prevención
- 3 Reservorios y contaminación en el establecimiento de salud
- 4 Endemia, brote, epidemia y pandemia: Comprendiendo las escalas
- 5 El sistema de vigilancia de IAAS en Chile
- 6 Situación nacional de IAAS e investigación de brotes

Bienvenido al módulo sobre Epidemiología, vigilancia, programa de control de IAAS y confidencialidad. En este módulo fundamental, profundizaremos en los conceptos esenciales que rigen la prevención y el control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS). Exploraremos la epidemiología hospitalaria, la cadena de infección y cómo Chile organiza su sistema de vigilancia para proteger a los pacientes. Comprenderás la importancia de los programas de control y las responsabilidades en el manejo de la información clínica.

1 Epidemiología hospitalaria y la tríada epidemiológica

La epidemiología hospitalaria es la disciplina que se encarga de estudiar la distribución y los determinantes de las enfermedades dentro de los establecimientos de salud. Su objetivo principal es identificar patrones de infección, analizar los factores de riesgo asociados y, fundamentalmente, implementar medidas que eviten la diseminación de agentes infecciosos entre pacientes, personal de salud y visitantes.

Para entender cómo surge una enfermedad y por qué se propaga, utilizamos la **tríada epidemiológica**. Este es un modelo conceptual que consta de tres componentes interrelacionados que influyen en el riesgo de aparición de una infección. Un cambio en cualquiera de estos componentes puede alterar significativamente el riesgo. Imagina un escenario real: en un servicio de medicina, varios pacientes desarrollan diarrea por *Clostridioides difficile* en un corto período. Apliquemos la tríada a este caso para entenderlo mejor:

Componente	Qué es	Ejemplo en el servicio de medicina
Agente	Microorganismo capaz de causar enfermedad (virus, bacteria, hongo, parásito).	<i>Clostridioides difficile</i>
Huésped	Persona susceptible por su edad, estado de salud, inmunidad o tratamientos recibidos.	Pacientes mayores, hospitalizados con comorbilidades y múltiples tratamientos (ej. antibióticos de amplio espectro).
Ambiente	Condiciones que facilitan la presencia, supervivencia y transmisión del agente infeccioso.	Baños compartidos, superficies y equipos médicos de uso común, falta de higiene de manos adecuada.

La perspectiva de la tríada epidemiológica nos permite una visión integral, evitando la simplificación de buscar un único 'culpable'. En el entorno hospitalario, el **ambiente** y las **prácticas del equipo de salud** son los elementos con mayor potencial de modificación. Esto incluye las acciones de todo el personal: clínico, de apoyo, administrativo y de aseo, ya que cada función impacta en al menos uno de los componentes de la tríada.



El equipo de salud analiza la tríada epidemiológica para identificar los puntos clave de intervención.

✓ Puntos clave

- La epidemiología hospitalaria estudia la distribución y determinantes de enfermedades en establecimientos de salud.
- La tríada epidemiológica se compone de Agente, Huésped y Ambiente, y su interacción determina el riesgo de infección.
- En el ámbito hospitalario, el ambiente y las prácticas del equipo son los componentes más modificables para la prevención de IAAS.

💡 Para reflexionar

- ¿Cómo identificarías los componentes de la tríada epidemiológica en una situación de IAAS en tu lugar de trabajo?
- ¿Qué cambios en el ambiente o en las prácticas podrías proponer para romper la cadena de transmisión de un agente infeccioso específico?
- Considerando tu rol, ¿de qué manera influyes en alguno de los componentes de la tríada epidemiológica?

2 Cadena de infección: Seis eslabones para la prevención

Para comprender cómo se propaga una infección y, lo que es más importante, cómo detenerla, utilizamos el modelo de la **cadena de infección**. Esta cadena describe el proceso secuencial por el cual un agente infeccioso se transmite de una fuente a un huésped susceptible. Consta de seis eslabones y la presencia de todos ellos es necesaria para que se produzca un nuevo caso de infección. Si logramos romper cualquiera de estos eslabones, la transmisión se interrumpe, lo que convierte a este concepto en la base de todas las medidas de prevención y control de IAAS.

Continuando con nuestro ejemplo de diarrea por *Clostridioides difficile* en el servicio de medicina, analicemos cada eslabón:

- **Agente:** Es el microorganismo que causa la infección. En nuestro caso, *C. difficile*.
- **Reservorio:** Es el lugar donde el agente infeccioso vive, se multiplica y se mantiene. Un paciente con diarrea es un reservorio primario, ya que el microorganismo prolifera en su intestino.
- **Puerta de salida:** Es la vía por la cual el agente abandona el reservorio. En el caso de *C. difficile*, las deposiciones son la principal puerta de salida.
- **Vía de transmisión:** Es el mecanismo por el cual el agente llega a un nuevo huésped. Para *C. difficile*, esto puede ser a través del contacto directo con las heces, o indirecto, mediante manos del personal contaminadas, superficies o equipos compartidos (fómites).
- **Puerta de entrada:** Es la vía por la cual el agente ingresa al nuevo huésped. En esta infección, la boca (vía fecal-oral) es la puerta de entrada principal.
- **Huésped susceptible:** Es la persona que tiene las condiciones para desarrollar la enfermedad. En un hospital, esto podría ser otro paciente inmunocomprometido o con un historial de uso de antibióticos.

Las vías de transmisión son diversas: **contacto** (directo o indirecto a través de fómites), **gotitas** (al toser o estornudar), **aérea** (partículas pequeñas que permanecen suspendidas), **alimentaria**, **vectorial** (por insectos o animales) y **vertical** (de madre a hijo). En el ámbito de la atención de salud, la transmisión por **contacto**, especialmente a través de las manos del personal contaminadas, es una de las rutas más frecuentes y, al mismo tiempo, una de las más prevenibles mediante la higiene de manos rigurosa.

✓ Puntos clave

- La cadena de infección tiene seis eslabones que deben estar presentes para que ocurra la transmisión.
- Romper cualquier eslabón de la cadena interrumpe la propagación de la infección.
- La higiene de manos es una medida clave para romper el eslabón de la vía de transmisión por contacto.

 Para reflexionar

- Identifica un eslabón débil en la cadena de infección de un patógeno común en tu entorno laboral y describe una medida específica para romperlo.
- ¿Cómo la desinfección de superficies y equipos contribuye a romper la cadena de infección?
- ¿Qué estrategias de educación para pacientes y familiares podrían ayudar a cortar la cadena de infección en el hospital?

3 Reservorios y contaminación en el establecimiento de salud

En la investigación de un brote de IAAS, es crucial ampliar nuestra visión más allá de los pacientes. Un **reservorio** es cualquier lugar donde un agente infeccioso puede vivir, multiplicarse y mantener su capacidad de infectar. Estos reservorios no siempre son evidentes y pueden ser más complejos de lo que parece a primera vista. Los clasificamos en:

- **Reservorios humanos:** Incluyen a pacientes infectados (con síntomas), pacientes colonizados (portadores del agente sin presentar síntomas) y también al propio personal de salud que puede ser un portador asintomático.
- **Reservorios animales:** Aunque menos comunes en IAAS, son relevantes en la transmisión de algunas zoonosis y pueden ser el origen de nuevos patógenos.
- **Reservorios en objetos inanimados:** Superficies, equipos y dispositivos médicos. Cuando un objeto inanimado contaminado transporta un agente infeccioso de una persona a otra, se denomina **fómite**. Ejemplos incluyen estetoscopios, termómetros, carros de curaciones, bombas de infusión, o incluso el teclado de un computador.

La **contaminación** se refiere a la presencia de agentes contaminantes en el entorno de atención que pueden afectar la salud de pacientes, personal, visitas o familiares. Más allá de los microorganismos, la contaminación puede incluir sustancias químicas tóxicas o partículas en el aire. Es fundamental prestar especial atención a:

- **Productos médicos:** Medicamentos, soluciones antisépticas, fórmulas nutricionales y preparados lipídicos pueden contaminarse durante su preparación o manipulación.
- **Agua y equipos asociados:** El agua de la red interna del establecimiento, así como equipos que la utilizan (como máquinas de diálisis, torres de enfriamiento, duchas), pueden albergar patógenos como *Legionella* o *Pseudomonas*.
- **Equipos de ventilación y aire:** Los sistemas de ventilación mecánica y la calidad del aire en recintos críticos (ej. quirófanos, unidades de pacientes inmunocomprometidos) son vitales para prevenir la transmisión aérea de microorganismos como *Aspergillus*.

La importancia de estos reservorios ambientales no es menor. Se han documentado brotes originados por productos o el ambiente que afectan a varios establecimientos de salud simultáneamente. Por ejemplo, en 2026, el Ministerio de Salud (MINSAL) emitió varias actualizaciones a una alerta por brote multicéntrico de *Burkholderia cepacia*, un patógeno frecuentemente asociado a fuentes ambientales o productos contaminados. Además, la normativa establece que, si un agente es de origen ambiental (como *Aspergillus*), la aparición repetida de casos **siempre debe ser investigada** como un posible brote.



La higiene de manos es el eslabón más fuerte para romper la cadena de transmisión de infecciones.

✓ Puntos clave

- Los reservorios pueden ser humanos, animales o inanimados (fómites).
- La contaminación implica la presencia de agentes perjudiciales en el entorno, no solo microorganismos.
- Productos y el ambiente pueden ser fuente de brotes multicéntricos y requieren investigación exhaustiva.

Para reflexionar

- ¿Qué fomites comunes podrías identificar en tu área de trabajo y cómo asegurarías su limpieza y desinfección adecuada?
- ¿Qué precauciones adicionales tomarías si se detectara un brote de un patógeno asociado a un reservorio ambiental en tu unidad?
- ¿Cómo la correcta manipulación de medicamentos y soluciones puede prevenir la contaminación y la aparición de IAAS?

Endemia, brote, epidemia y pandemia: Comprendiendo las escalas

En el ámbito de la salud pública y la epidemiología, es fundamental distinguir entre diferentes niveles de ocurrencia de enfermedades. Cuando el equipo de salud se enfrenta a un aumento de casos, la primera pregunta es si se trata de un evento habitual o de una situación anómala que requiere una intervención. La clave para clasificar una situación es siempre comparar lo **observado** con lo **esperado** para un lugar y período determinados.

- **Endemia:** Se refiere a la presencia constante y habitual de una enfermedad en una población o área geográfica específica, con una frecuencia relativamente estable a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en algunas regiones, la influenza estacional se considera endémica.
- **Brote epidémico:** Es un aumento repentino e inesperado de casos de una enfermedad, por encima de lo que se considera normal o esperado, en una población y un lugar determinados. Nuestro caso de diarrea por *C. difficile* en el servicio de medicina es un ejemplo claro de brote.
- **Epidemia:** Implica la propagación de una enfermedad por encima de los niveles esperados en una población o región más amplia, pudiendo extenderse a nivel nacional.
- **Pandemia:** Es una epidemia que cruza fronteras internacionales, afectando a un gran número de personas en varios países o continentes simultáneamente. Lo que distingue una epidemia de una pandemia es la **escala y el alcance geográfico**.

En el contexto de las IAAS, cada establecimiento de salud tiene la responsabilidad de definir sus propios **criterios locales de brote**. La Norma Técnica N°225, por ejemplo, sugiere como criterio «un número de casos que supera el doble de lo observado en períodos anteriores». A nivel nacional, el registro oficial considera un brote a partir de **3 o más casos** desde el año 2016.

Un brote puede ser desencadenado por diversas causas: la introducción de un nuevo agente patógeno, la mutación de uno ya conocido, condiciones ambientales que favorecen la transmisión, o una población con baja inmunidad. Una gestión eficaz de un brote implica su detección temprana, un control rápido y una comunicación transparente y adecuada. La historia de la salud pública está llena de ejemplos que ilustran las consecuencias cuando estos principios no se aplican a tiempo.

✓ Puntos clave

- La clasificación de eventos epidemiológicos se basa en la comparación entre casos observados y esperados.
- Un brote es un aumento inesperado de casos por encima de lo habitual en una población y lugar específicos.
- Las pandemias son epidemias de gran escala y alcance geográfico que cruzan fronteras.
- Cada establecimiento define sus criterios locales de brote, considerando la Norma Técnica N°225 y los registros nacionales.

 Para reflexionar

- ¿Cómo podrías identificar si un aumento de casos de una IAAS en tu unidad es un brote o un patrón endémico?
- ¿Qué criterios específicos de brote se utilizan en tu establecimiento para las IAAS más frecuentes?
- Si se detectara un brote de una IAAS, ¿cuáles serían los pasos iniciales que tu equipo debería seguir para su gestión?

5 El sistema de vigilancia de IAAS en Chile

La detección temprana de un aumento inusual de casos de IAAS no es una casualidad, sino el resultado de un sistema de vigilancia estructurado y proactivo. En Chile, la vigilancia de IAAS es un proceso **activo y selectivo**. Es activa porque profesionales capacitados, principalmente enfermeras, realizan una búsqueda sistemática y revisión de registros clínicos, comparándolos con definiciones estandarizadas a nivel nacional. Es selectiva porque se enfoca en pacientes con mayor exposición a factores de riesgo prevenibles, como el uso de dispositivos invasivos o la realización de procedimientos quirúrgicos.

El marco regulatorio de la vigilancia de IAAS en Chile se rige por varios documentos clave:

- **Circular C37 N°8 (2021):** Es el documento que establece el sistema de vigilancia vigente desde el 01 de enero de 2022, reemplazando la normativa anterior de 1998. Su cumplimiento es obligatorio para todos los establecimientos de atención cerrada, sin importar su tamaño o número de pacientes.
- **Circular C37 N°9 (2021):** Fija las definiciones de caso y los criterios de notificación para un conjunto de 11 síndromes y patologías de IAAS, incluyendo, por ejemplo, la diarrea por *C. difficile* en adultos y la infección por SARS-CoV-2. Estas definiciones aseguran la homogeneidad en la recolección de datos a nivel nacional.
- **Manual 2023 y Oficio CP N°14441/2024:** Estos documentos complementan la normativa, desarrollando aspectos operativos del sistema de vigilancia (el manual es la segunda versión) y ofreciendo respuestas a preguntas frecuentes, facilitando la implementación en la práctica.
- **Circular C37 N°02 (2026):** Proporciona los indicadores nacionales de referencia para las IAAS, los cuales se calculan utilizando el percentil 75 de los datos recolectados de los hospitales. Estos indicadores sirven como parámetro para evaluar el desempeño de cada establecimiento.

El sistema de vigilancia opera de manera continua, los **12 meses del año y con una frecuencia mínima de una vez por semana**. En unidades donde se utilizan numerosos dispositivos invasivos permanentes (ej. UCI, UCE), la búsqueda activa de pacientes con estos dispositivos debe realizarse **dos veces por semana** para una detección más oportuna. Esta labor es responsabilidad del **Equipo de Prevención y Control de Infecciones (EPCI)**, compuesto por el médico de IAAS, la enfermera de control de infecciones y el profesional de microbiología de mayor jerarquía.

Es importante destacar que los **valores locales de referencia nunca deben ser superiores** al indicador nacional. Si un establecimiento supera el indicador nacional para alguna IAAS, se exige la implementación de un plan de acción con una estrategia multimodal, que aborde diversas aristas de la prevención. Finalmente, aunque las definiciones de caso son cruciales para la vigilancia, **no reemplazan el juicio clínico** del profesional de la salud.

✓ Puntos clave

- El sistema de vigilancia de IAAS en Chile es activo y selectivo, regulado por circulares y manuales del MINSAL.
- La vigilancia se realiza semanalmente (o dos veces por semana en unidades con alta densidad de dispositivos invasivos) por el EPCI.
- Los valores locales de IAAS no deben superar los indicadores nacionales, y su superación exige un plan de acción.
- Las definiciones de vigilancia son guías y no sustituyen el juicio clínico.

Para reflexionar

- ¿Cuál es la importancia de las definiciones estandarizadas en la vigilancia de IAAS?
- ¿Cómo se organiza el EPCI en tu establecimiento y cuáles son sus principales funciones en la vigilancia?
- Si tu servicio supera el indicador nacional de una IAAS, ¿qué tipo de medidas incluiría un plan de acción multimodal?

6 Situación nacional de IAAS e investigación de brotes

La vigilancia epidemiológica nos permite tener una visión clara de la situación nacional de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. El **Informe de Vigilancia de IAAS 2023**, publicado por el MINSAL en junio de 2026, nos ofrece datos relevantes sobre el panorama en Chile:

- La **prevalencia global de IAAS** alcanzó el **2,8%**, dato obtenido de la revisión de 17.899 fichas clínicas en 163 hospitales a lo largo del país.
- La IAAS más frecuente detectada fue la **Infección del Tracto Urinario (ITU) asociada a catéter urinario permanente**.
- La sensibilidad global del sistema de vigilancia, es decir, su capacidad para detectar las IAAS, fue del **78,9%**.
- Se observó un aumento preocupante de infecciones por ***K. pneumoniae* resistente a carbapenémicos**.
- El año 2023 registró la cifra más alta de brotes por *Clostridioides difficile* desde que existe el registro nacional.

Frente a estos datos, la **investigación de brotes** se convierte en una herramienta fundamental, no para buscar culpables, sino para identificar la fuente de infección y cortar la transmisión de manera oportuna. La Norma Técnica N°225 establece las etapas clave para la investigación de un brote:

1. **Confirmar el brote:** Verificar que el número de casos excede lo esperado y que se ajustan a la definición de caso.
2. **Definir el caso y realizar la búsqueda activa:** Establecer criterios claros para identificar casos y buscar activamente otros posibles afectados.
3. **Describir el brote según tiempo, lugar y persona:** Analizar la distribución de los casos para generar hipótesis sobre la fuente y la vía de transmisión.
4. **Generar hipótesis:** Formular posibles explicaciones sobre la causa del brote.
5. **Evaluar las hipótesis y diseñar estudios:** Recopilar y analizar datos para confirmar o refutar las hipótesis.
6. **Implementar medidas de control y prevención:** Aplicar acciones inmediatas para detener la propagación de la infección.
7. **Comunicar los resultados:** Informar a las autoridades y al personal sobre la investigación y las medidas tomadas.
8. **Realizar el seguimiento y evaluación:** Monitorear la efectividad de las medidas y la evolución del brote.

La Norma Técnica N°225 también establece plazos perentorios para la comunicación de brotes, lo que subraya la urgencia en la respuesta. Por ejemplo, la **notificación inicial de un brote debe realizarse en un plazo máximo de 24 horas** desde su identificación. Un brote no controlado puede tener consecuencias graves para la salud de los pacientes y la reputación del establecimiento, por lo que la agilidad y la rigurosidad en la investigación son vitales.

✓ Puntos clave

- El Informe de Vigilancia de IAAS 2023 muestra una prevalencia del 2,8% y un aumento de patógenos resistentes.
- La investigación de brotes es clave para identificar la fuente y cortar la transmisión, siguiendo etapas definidas.
- La notificación inicial de un brote debe realizarse en un plazo máximo de 24 horas.

Para reflexionar

- Considerando los datos nacionales, ¿qué IAAS crees que representan un mayor desafío en tu establecimiento y por qué?
- Si fueras parte del equipo de investigación de un brote, ¿cuáles serían los primeros tres pasos que priorizarías?
- ¿Cómo contribuye el análisis de la distribución de casos por tiempo, lugar y persona a la investigación de un brote?

Esquema del Módulo: Epidemiología, Vigilancia y Control de IAAS

Epidemiología hospitalaria	Estudio de la distribución y determinantes de enfermedades en establecimientos de salud, incluyendo la tríada epidemiológica (agente, huésped, ambiente).
Cadena de infección	Proceso de transmisión de una infección a través de seis eslabones: agente, reservorio, puerta de salida, vía de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible.
Reservorios y contaminación	Identificación de fuentes de agentes infecciosos (humanos, animales, objetos inanimados/fómites) y la presencia de contaminantes en el ambiente hospitalario.
Clasificación epidemiológica	Distinción entre endemia, brote, epidemia y pandemia para comprender la magnitud y el alcance de la ocurrencia de enfermedades.
Sistema de vigilancia de IAAS en Chile	Marco normativo (Circulares C37 N°8, N°9, etc.) y operativo de la vigilancia activa y selectiva de IAAS, a cargo del EPCI.
Investigación y situación nacional de brotes	Datos relevantes del Informe de Vigilancia de IAAS 2023 y las etapas y plazos para la investigación y control de brotes.



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.
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.

Concepto	Respuesta
¿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.
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 recorrido los conceptos esenciales de la epidemiología hospitalaria, la cadena de infección y la compleja red de factores que influyen en la aparición y propagación de las IAAS. Has comprendido la importancia de la tríada epidemiológica y cómo cada eslabón de la cadena ofrece una oportunidad para la prevención. También hemos abordado la vigilancia activa que Chile implementa y la relevancia de la investigación de brotes. Recordar que tu rol es fundamental en la prevención y control de IAAS, ya que cada acción contribuye a la seguridad del paciente. Te invito a aplicar estos conocimientos en tu práctica diaria para fortalecer la cultura de prevención en tu establecimiento de salud.