

RESOLUCION EXENTA N° 18042

COQUIMBO, 18 AGO 2022

**VISTOS:** Lo dispuesto en el DFL N° 29/2004 que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.834/89 sobre Estatuto Administrativo; el D.S. 140/2004 del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; La Ley N° 20.319 que modifica el Artículo 15 transitorio de la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria; el Decreto N° 38/2005 del Ministerio de Salud que fijó el Reglamento de los establecimientos de menor complejidad y de los establecimientos de Autogestión en Red; la Resolución 1600 del 2008 de la Contraloría General de la República, Resolución Exenta N°6874 del 30 de abril del 2021 del Hospital de Coquimbo.

**CONSIDERANDO:**

- a) Las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud,
- b) La necesidad de aplicar protocolos y normas actualizadas de las prácticas clínicas relevantes para prevenir infecciones asociadas a peritoneodiálisis y/o hemodiálisis y evaluar su cumplimiento, de acuerdo a lo establecido en la característica APD 1.3 del Manual Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de atención cerrada, dicto lo siguiente:

**RESOLUCION:**

1. **APRUEBESE** el documento “**Protocolo de las prácticas clínicas relevantes para prevención de IAAS en Hemodiálisis**” del Hospital San Pablo Coquimbo, en su versión 0.4, que consta de 31 páginas.
2. **ESTABLÉZCASE** que su periodo de vigencia es hasta Agosto 2027
3. **DÉJESE** sin efecto Resolución Exenta N° 3066 del 26.04.2017

ANOTESE Y COMUNIQUESE





DR. CHRISTIAN VARGAS ALDAY  
DIRECTOR (S)  
HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO

TRANSCRITO FIELMENTE  
MINISTRO DE FE



Daniel Zepeda Rodríguez



Int. N° 60 11.08.2022  
CVA/MAL/M/M/ft  
Dirección Hospital  
Subdirección de Gestión Clínica Atención Ambulatoria  
Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente  
Unidad de Hemodiálisis  
Unidad Auditoria  
Gestión Documental

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 1 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		



# PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS

<p><b>ELABORADO POR</b>          ENF. CLAUDIA GALLARDO C.          ENFERMERA JEFE          UNIDAD HEMODIALISIS          HOSPITAL COQUIMBO</p> <p>HOSPITAL DE COQUIMBO          FECHA: JULIO 2022</p>	<p><b>REVISADO POR</b>          MEDICO          JEFE UNIDAD HEMODIALISIS          DRA. KARLEN FARIÑA A.          JEFA UNIDAD HEMODIALISIS          HOSPITAL COQUIMBO</p> <p>ENF. MARÍA T. LIZANA M.          JEFA (SDUCSP)          DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE          HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>ENF. JANY TORRES C.          ENFERMERA JEFE PCIAAS          HOSPITAL DE COQUIMBO</p> <p>HOSPITAL DE COQUIMBO          FECHA: JULIO 2022</p>	<p><b>APROBADO POR</b>          DR. CHRISTIAN VARGAS A.          DIRECTOR (S)          HOSPITAL DE COQUIMBO</p> <p>HOSPITAL DE COQUIMBO          FECHA: AGOSTO 2022</p>
--	--	---

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 2 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

**Hospital San Pablo de Coquimbo**  
**Subdirección de Gestión Clínica Atención Ambulatoria**  
**Unidad de Hemodiálisis**  
**2022**

**Actualizado por:**

**Claudia Gallardo Carvajal**

Enfermera Jefe Unidad de Hemodiálisis

**Colaboradores:**

**Dra. Karen Ramirez**

Medico Jefe de Unidad Hemodiálisis



**Carolina Aranda Tapia**

Enfermera Clínica Unidad de Hemodiálisis

**Alejandra Zepeda Villalon**



Enfermera Clínica Unidad de Hemodiálisis



 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 3 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

## INDICE

<b>1. OBJETIVO</b>	<b>4</b>
<b>2. ALCANCE</b>	<b>4</b>
<b>3. AMBITO DE APLICACION</b>	<b>4</b>
<b>4. ASPECTOS NORMATIVOS</b>	<b>4</b>
<b>5. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>6. DEFINICIONES</b>	<b>5</b>
<b>7. DESARROLLO</b>	<b>7</b>
7.1 Medidas generales de prevención de Infecciones en Unidad de hemodiálisis	7
7.2 Manejo de Pacientes con infecciones virales	8
7.3 Limpieza y desinfección de Monitores y superficies	14
7.4 Manejo de accesos vasculares	16
<b>INDICADOR</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>29</b>

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 4 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

## 1. OBJETIVO

Prevenir infecciones asociadas a la atención de salud en usuarios con terapia de sustitución renal (Hemodiálisis) en Unidad de Hemodiálisis del Hospital Coquimbo.

## 2. ALCANCE



Todo paciente con terapia de Hemodiálisis realizados en Unidad de Hemodiálisis HSPC

## 3. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente protocolo debe ser aplicado en Unidad de hemodiálisis.



## 4. ASPECTOS NORMATIVOS

- Acreditación de Prestadores, ámbito servicios de apoyo, característica APD1.3: Se describe en documentos elaborados por la Unidad de Diálisis los procedimientos relacionados con Manejo de pacientes con infecciones virales, Desinfección de monitores, Manejo de accesos vasculares.
- Circular N° 3 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales que establece las Prácticas de seguridad en la atención, Prevención y control de infecciones virales en unidades de hemodiálisis.
- Prácticas en la seguridad de la atención en prevención y control de infecciones virales en Unidades de hemodiálisis, febrero 2011.

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 5 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

## 5. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN

Responsables	Actividades
<b>Médico y Enfermera Jefe de la Unidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener actualizado y difundir el presente protocolo.</li> <li>• Supervisar cumplimiento de las medidas preventivas citadas en el presente protocolo.</li> <li>• Elaboración de planes de mejora según pertinencia.</li> <li>• Gestionar los recursos necesarios para dar cumplimiento en el protocolo.</li> </ul>
<b>Médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y cumplir las medidas preventivas asociadas a los procedimientos de HD.</li> </ul>
<b>Enfermeras/os clínicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y cumplir las medidas preventivas asociadas a los procedimientos de HD</li> <li>• Supervisar a personal a cargo.</li> </ul>
<b>Técnicos Paramédicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer y cumplir las medidas preventivas asociadas a los procedimientos de HD.</li> </ul>
<b>Aux. de servicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer los procedimientos de limpieza y desinfección de superficies.</li> </ul>

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 6 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

## 6. DEFINICIONES

**Catéter de hemodiálisis:** Es un catéter doble lumen de silicona o poliuretano instalado en una vena central usado para extraer sangre del paciente hacia y desde la máquina de hemodiálisis. Según el objetivo de su instalación existen: catéteres de hemodiálisis transitorios y tunelizado.

**Fistula arteriovenosa:** Se define como una anastomosis entre una arteria y una vena, produciéndose el engrosamiento y arterialización de la pared venosa, lo que permite resistir punciones repetitivas y extraer flujo sanguíneo para realizar el procedimiento de hemodiálisis.

**Prótesis vascular:** Se define como un conducto sintético de politetrafluoroetileno anastomosado entre una vena y una arteria, lo que permite resistir punciones repetitivas y extraer flujo sanguíneo para realizar procedimiento de hemodiálisis.



**Hepatitis B:** infección causada por un virus hepadnavirus, de la familia hepadnaviridae, que genera una infección hepática potencialmente mortal. Puede causar hepatopatía crónica y conlleva un alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer hepático.

**Hepatitis C:** Infección hepática de origen viral producida por el virus de la hepatitis C (VHC). Al igual que la hepatitis B, puede causar cirrosis y cáncer de hígado.

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es el virus que causa el SIDA. El VIH ataca el sistema inmunitario. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4) utilizados por el sistema inmunitario para combatir las enfermedades.

**Seroconversión:** Momento en el que el estado de anticuerpos de una persona cambia de negativo a positivo.



 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 7 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

**Exposición de riesgo de contraer una infección por VHB, VHC O VIH:** cualquier lesión percutánea o el contacto de una membrana mucosa o de la piel no intacta con tejidos, sangre u otros líquidos corporales potencialmente infecciosos.



## 7. DESARROLLO

### 7.1 Medidas generales de prevención de Infecciones en Unidad de hemodiálisis

- La Unidad de Hemodiálisis no reutiliza dializadores ni líneas.
- Como medida básica de prevención IAAS en la unidad se debe considerar como requisito que el personal cuente con conocimiento en:
  - Precauciones estándar
  - Técnica aséptica
  - Limpieza y desinfección de superficies y equipos
  - Uso de Elementos de protección personal (EPP)
  - Manejo de aislamientos o precauciones adicionales para la atención clínica según mecanismo de transmisión.
  - Prevención de accidentes cortopunzantes
  - Manejo de residuos hospitalario.

Todo paciente con indicación de ingreso a hemodiálisis debe tener serología negativa para los marcadores VHB, VHC y VIH de manera obligatoria ya sea test rápido o definitivo según urgencia dialítica. Y los positivos para cualesquiera de Serologías mencionadas anteriormente se le asignara monitor de dialisis exclusivo.



 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 8 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		



## 7.2 Manejo de Pacientes con infecciones virales

- Las Unidades de Hemodiálisis es un ambiente donde existen múltiples oportunidades para que se produzca transmisión de agentes infecciosos de persona a persona.
- La transmisión de infecciones virales puede ocurrir directa o indirectamente a través de equipos, insumos, dispositivos o superficies contaminadas o a través de las manos del personal de salud que atiende a estos pacientes.
- Los pacientes en HD crónica se encuentran en una condición de inmunosupresión que aumenta el riesgo de adquirir infecciones asociadas a la atención en salud.<sup>1</sup>
- Se debe conocer la condición de serología positiva para VHB, VHC y VIH de los pacientes por todo el personal de la unidad.
- Todo paciente tendrá asignado un monitor de hemodiálisis específico durante su estadía en la unidad, asegurando la trazabilidad en caso de ocurrencia seroconversión

### 7.2.1 Manejo de pacientes con Hepatitis B



- **Procedimiento en casos de pacientes con serología positiva para Hepatitis B al ingreso a la unidad:**
  - Si un examen de ingreso para serología de Hepatitis B definitivo, arroja un resultado sospechoso, dicha muestra será enviada por Banco de sangre a confirmación al ISP.
  - Mientras se espera confirmación por ISP la paciente fuente se manejará en monitor de terapia lenta continua hasta confirmar resultado, si el resultado es negativo, paciente pasa a usar monitor de paciente negativo.
  - La atención clínica de todo paciente con serología positiva será realizada por

<sup>1</sup> Circular N°3 Prácticas De Seguridad En La Atención, Prevención De Control De Infecciones Virales En Hemodiálisis, Subsecretaría De Redes Asistenciales, Santiago 18 De Febrero De 2011.

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 9 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		



personal exclusivo, con maquina exclusiva, en sala de aislamiento y cumpliendo normas de aislamiento por contacto.

- Los CEC serán desmontados dentro del aislamiento y se dejarán en una bolsa de placenta, luego serán depositados en doble bolsa de residuos especiales biológicos y rotulada de la siguiente forma: "Virus hepatitis B (+)", para ser eliminado de acuerdo a la norma REAS en el sector destinado para este tipo de desechos.
  - El material no desechable se rotulará y será de uso exclusivo del paciente el cual permanecerá en la sala de aislamiento y será eliminado una vez que el paciente egrese.
  - La limpieza y desinfección de todas las superficies en contactos con fluidos corporales del paciente se realizará de acuerdo a normativa IAAS.
  - Diariamente se realizará aseo terminal de la unidad de aislamiento.
- **Procedimientos en casos de seroconversión HB durante su estadía en la unidad:**
    - La seroconversión por VHB debe ser informada al Médico Jefe de la Unidad de hemodiálisis y al PCIAAS.
    - La paciente fuente se dializará en monitor de terapia hemodiálisis lenta continua.
    - **Todo paciente que comparta el mismo monitor de hemodiálisis, se les hará seguimiento serológico, con controles de transaminasas hepáticas y antígeno de superficie a los 45 y a los 90 días de expuestos.**
    - Los pacientes contactos utilizarán el mismo monitor mientras se vigile serología.
    - Todo proceso de derivación quedará en espera de resultado ISP
    - En caso de descartarse VHB por ISP liberar monitor y utilizar en pacientes seronegativos, continuando con proceso de derivación según corresponda.

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 10 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

- En caso de confirmarse VHB por ISP asignar monitor solo para paciente VHB (+) y se le otorga cupo en la unidad hasta definir conducta médica.
  - Se deberá esperar el resultado confirmatorio del ISP para ser trasladado transitoria o definitivamente a centro extrahospitalario, además de definir el seguimiento serológico de los pacientes contactos, mientras tanto se mantendrán las medidas de aislamiento recomendadas en la Unidad de Hemodiálisis.
  - La atención clínica de todo paciente seroconvertido será igual a la descrita en punto 7.2.1
- **Procedimiento en la atención de paciente contacto con paciente con seroconversión HB:**
    - Se eliminarán los CEC de todos los pacientes expuestos.
    - Mientras no llegue el informe definitivo del ISP de la paciente fuente (seroconvertidos), el monitor no será utilizado por otros pacientes a excepción de los pacientes contactos.
    - Se les realizará antígeno de superficie para VHB.
- **Vigilancia enzimática y serológica para hepatitis B:**
    - En todo paciente en hemodiálisis se determinará mensualmente las enzimas hepáticas GPT y la GGT.
    - Si ocurre una seroconversión frente al VHB se debe informar al Médico Jefe de la Unidad de hemodiálisis, al PCIAAS y la muestra será enviada por Unidad de Banco de Sangre a confirmación al ISP y se determinará enzimas hepáticas.
    - En caso de aumento de las enzimas hepáticas, deberá extremarse la diligencia en el diagnóstico de hepatopatía.





 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 11 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

- En el caso del paciente con seroconversión se deberá esperar el resultado del ISP para ser trasladado transitoria o definitivamente a centro extra hospitalario.
  
- **Personal Sanitario y VHB:**
  - El personal de las unidades de Hemodiálisis de estar debidamente inmunizado ante VHB de acuerdo a lo establecido en programa de vacunación institucional y ante la exposición a sangre o fluidos corporales de riesgo se procederá a la aplicación de norma vigente, según protocolo establecido en característica RH 4.2
  
- **Vacunación de los Usuarios:**  
 Todos los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y Antígeno de superficie para VHB deben ser vacunados lo antes posible.

Adultos	dosis a tiempo 0, 1 mes, 2 meses y 6 a 12 meses.	
Pediátricos	dosis a tiempo 0, 1 mes y 6 a 12 meses.	
Dosis	Adultos	1 dosis (40 ug), vía intramuscular
	Niños	1 dosis (20 ug), vía intramuscular.

### 7.2.2 Manejo de pacientes con Hepatitis C

- Todo usuario que ingrese al programa de Hemodiálisis debe tener determinación previa de Anticuerpos frente al VHC.
- En los aspectos técnicos, esta diálisis no difiere de la de un paciente con serología negativa y no requiere aislamiento.
- El material no desechable se rotulará y será de uso exclusivo de este paciente.

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 12 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		



- Podrá ser utilizada cualquier máquina, idealmente se hará en el último turno del día y siempre se realizará desinfección calórica al final del procedimiento.
- Los exámenes de sangre tomados a estos pacientes se deben enviar en bolsas plásticas rotulado como Virus C (+), dentro de caja plástica transportadora.
- Realizar la limpieza y desinfección de todas las superficies en contactos con fluidos corporales del paciente con los desinfectantes recomendados por el comité de IAAS.
- Cuando un paciente sea transferido definitiva o transitoriamente desde otro centro de hemodiálisis, debe ingresar con informe de resultados de serología para VHC.

### Vigilancia Enzimática y Serológica para hepatitis C

- En todo paciente en hemodiálisis se determinará mensualmente las enzimas hepáticas GPT y la GGT.
- Si ocurre una seroconversión frente al VHC se debe informar al Médico Jefe de la Unidad de hemodiálisis, al PCIAAS y la muestra será enviada por Unidad de Banco de Sangre a confirmación al ISP y se determinará enzimas hepáticas.
- En caso de aumento de las enzimas hepáticas, deberá extremarse la diligencia en el diagnóstico de hepatopatía.
- En el caso del paciente con seroconversión se deberá esperar el resultado del ISP para ser trasladado transitoria o definitivamente a centro extra hospitalario.

### Personal sanitario y VHC

Ante una exposición con sangre o fluidos corporales de riesgo se procederá a la aplicación de normativa vigente, según protocolo establecido en característica RH 4.2

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 13 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		



### 7.2.3 Manejo de pacientes con VIH

- Todo paciente que comienza tratamiento con hemodiálisis debe tener estudio serológico de VIH.
- Cuando un paciente sea transferido definitiva o transitoriamente desde otro centro de hemodiálisis, debe ingresar con informe de resultados de serología para VIH.
- La condición de serología positiva a VIH debe ser conocida por todo el personal de la unidad.
- En los aspectos técnicos, esta diálisis no difiere de la de un paciente con serología negativa y no requiere aislamiento.
- El material no desechable se rotulará y será de uso exclusivo de este paciente.
- No se destinará máquina exclusiva para estos pacientes.
- Realizar la limpieza y desinfección de todas las superficies en contactos con fluidos corporales del paciente con los desinfectantes recomendados por el comité de IAAS.

### Vigilancia Serológica e Inmunológica para VIH

- Se considerará vigente la determinación serológica negativa para VIH con un periodo máximo de 3 meses desde el último examen, vencida esta, se deberá realizar nueva serología para determinación de VIH por test rápido.
- Si ocurre una seroconversión frente al VIH la muestra es enviada a ISP para su confirmación.
- En el caso del paciente con seroconversión se deberá esperar el resultado del ISP para ser trasladado transitoria o definitivamente a centro extrahospitalario.



 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 14 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

**Personal Sanitario y VIH:** Ante una exposición con sangre o fluidos corporales de riesgo se procederá a la aplicación de normativa vigente, según protocolo establecido en característica RH 4.2

#### 7.2.4 Manejo de pacientes con HTLV-I



- La condición de serología positiva a HTLV-I debe ser conocida por todo el personal de la unidad.
- En los aspectos técnicos, esta diálisis no difiere de la de un paciente con serología negativa y no requiere aislamiento.
- El material no desechable se rotulará y será de uso exclusivo de este paciente.
- No se destinará maquina exclusiva para estos pacientes.
- Realizar la limpieza y desinfección de todas las superficies en contactos con fluidos corporales del paciente con los desinfectantes recomendados por el comité de IAAS.

### 7.3 Limpieza y desinfección de Monitores y superficies

Tiene como objetivo eliminar restos de fluidos corporales de la superficie de la máquina de hemodiálisis derivados de la atención de los usuarios y asegurar desincrustación de sales y una desinfección de alto nivel en monitor de hemodiálisis y en toda la hidráulica del equipo

#### 7.3.1 Desarrollo de procedimiento de desinfección externa de monitor de Hemodiálisis.

**Responsables de ejecución:** TENS



 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 15 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

**Descripción del procedimiento:**

- Lavado de manos.
- Uso de elementos de protección personal.
- Después de la desconexión, el exterior del monitor debe ser limpiado con paño desechable limpio e impregnado en alcohol a 70°, siempre y cuando no este con restos de materia orgánica.
- En el caso que exista materia orgánica en la superficie de los monitores limpie con solución detergente de uso vigente y luego con alcohol al 70°
- La desinfección se realizará con Quick Fill 920 y/o Cloro según corresponda, si el paciente se encuentra con indicación de aislamiento por microorganismo intrahospitalario
- Se debe empezar desde arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás, poniendo gran atención en el panel de control y superficies de apoyo que se manipulan constantemente.
- En caso de derrame de sangre (área externa), limpiar inmediatamente con Quick Fill 920 y luego limpiar con Cloro o Alcohol al 70%.
- Nunca rociar o vaporizar directamente el desinfectante sobre el monitor de hemodiálisis.
- Al finalizar el procedimiento retirarse pechera y guantes.
- Lavarse las manos

**7.3.2 Desarrollo de procedimiento de desinfección interna de monitor de Hemodiálisis.**

**Responsable ejecución:** Enfermera

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 16 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		



### Descripción del procedimiento:

- Al finalizar sesión de hemodiálisis, enfermera clínica que realiza desconexión, programa desinfección calórica en menú de desinfección.
- La desinfección calórica se realiza con Citrosteril que contiene ácido cítrico, ácido láctico y ácido málico.
- La limpieza, descalcificación y desinfección interna en caliente de máquinas de hemodiálisis se realiza con sistema de mezcla proporcional. Esta es aspirada a través de la conexión de desinfectante que posee el monitor (no hay contacto entre la solución y el operador). Tiempo de duración del proceso 30 minutos en máquinas Fresenius.
- Antes de comenzar el procedimiento se debe verificar que hanse se encuentren en sus puertos (tapas by pass) y pipetas (o lancetas de concentrado) colocadas en cámara de lavado correspondiente.
- A continuación presionar la tecla desinfección y seleccionar programa de desinfección caliente quedando luz encendida, y en pantalla aparecerá: "A DQC-LO-".
- Finalizado el programa suena la alarma indicando el fin, en este momento se procede a apagar el equipo presionando función On/Off.
- Es obligación del TENS asignado verificar constantemente que los niveles de solución de citrósteril sean los adecuados.
- Cada vez que se abre un bidón nuevo de citrosteril debe rotularse con la fecha de apertura.

## 7.4 Manejo de accesos vasculares

**7.4.1 Manejo del Catéter de Hemodiálisis:** Consiste en los cuidados de enfermería que se aplican al usuario de este dispositivo antes, durante y post hemodiálisis.





 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 17 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

**Objetivo:** establecer un flujo sanguíneo a través del CHD que permita realizar la hemodiálisis.

**Responsables de la ejecución:** Enfermeras Clínicas asistido por TENS



### **Materiales**

- Elementos de protección personal (pechera, guante estéril, antiparra facial)
- Paño clínico estéril
- 1 jeringa de 3 ml
- 1 jeringa de 5 ml
- 1 jeringa de 20 ml
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Alcohol al 70%
- Tela medipore
- Tela micropore
- Apósito estéril
- Gorro y mascarilla (paciente y operador)
- Clorhexidina al 2%
- Suero fisiológico ampollas 20 ml
- Heparina sódica.
- 2 Tapones rojos
- Bolsa de desecho
- Kit de CHD (según disponibilidad)
- OH gel 70%

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 18 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

### Consideraciones generales de la prevención de IAAS en el manejo CHD hemodiálisis.

- El catéter hemodiálisis debe utilizarse sólo para Hemodiálisis.
- La manipulación de catéter debe realizarse por profesional de enfermería especializado.
- El personal a cargo del paciente debe aplicar los 5 momentos del lavado de manos tanto el operador como el ayudante.
- El manejo de CHD se debe utilizar la técnica aséptica durante toda su manipulación.
- Todo procedimiento que involucre manejo del CHD debe realizarse con ayudante, respetando la técnica aséptica.
- Al conectar el paciente al monitor la enfermera debe asegurarse de dejar 100% permeable el acceso vascular para evitar manipulación innecesaria.
- El catéter de HD debe quedar bien fijado, evitando desplazamiento.
- La curación del sitio de inserción procede en: sitio de inserción cubierto por gasas, el apósito trasparente está sucio o cumplió 7 días desde la última curación.
- La curación del sitio de inserción se debe realizar antes de conectar el catéter de hemodiálisis al CEC.
- Se debe evitar al máximo la polución, por lo tanto, mantener ventanas y puertas cerradas, evitar el tránsito de personal no autorizadas y el aire acondicionado apagado durante la conexión.
- Los implementos contaminados deben ser retirados de la Unidad lo antes posible.
- El personal que realiza el procedimiento debe estar entrenado en relación a técnica aséptica, precauciones estándar, prevención de infecciones y debe tener destreza comprobada.
- Los pacientes deben ser evaluados en forma rigurosa antes y durante el procedimiento para pesquisar probables cuadros infecciosos.

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 19 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		



- Educación al paciente y familia sobre el cuidado del catéter de hemodiálisis.
- Se deberá solicitar evaluación a medico frente a signos de infección tales como enrojecimiento, secreción el sitio de inserción, fiebre o clínica de ITS.
- Los catéteres que se desplacen del sitio de inserción y estén disfuncionales deben ser evaluados por médico tratante para su eventual retiro.

#### 7.4.2 Manejo de catéter de hemodiálisis pre tratamiento.

##### Conexión con curación del sitio inserción:

- Operador y paciente con gorro y mascarilla desechable.
- Uso de elementos de protección personal (pechera, guante estéril, antiparra facial)
- Lavado clínico de manos.
- Uso de guantes de procedimiento.
- Retirar apósitos de sitio inserción y el envoltorio de gasas de ramas del catéter.
- Quitar guantes de procedimiento y lavado clínico de manos.
- Luego poner guantes estériles y ubicar paño estéril alrededor de las ramas del CHD.
- Limpiar con suero fisiológico el sitio de inserción retirando toda la materia orgánica con movimientos excéntricos.
- Luego limpiar con clorhexidina al 2% con movimientos excéntricos.
- Cubrir sitio de inserción con el apósito más adecuado de acuerdo a las características del paciente y el estado previo del sitio de inserción.
- Retirarse los guantes sucios y realizar nuevo lavado clínico de manos y/o aplicar OH gel 70%.
- Ponerse guantes estériles.





 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 20 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

- Limpiar longitud de ambas ramas hacia proximal con una gasa estéril embebida en alcohol 70°.
- Retirar tapones con una gasa estéril con alcohol.
- Desinfectar luer lock de ambas ramas con gasa humedecida en alcohol 70°
- Retirar el sellado de heparina de ambas ramas del catéter, utilizando 1 jeringa por rama.
- Corroborar permeabilidad de las ramas del catéter y proceder a conectar.
- La unión entre las ramas del catéter y el CEC debe estar cubierto por una gasa estéril y luego cubrir con el paño estéril.
- Dejar líneas del circuito con sus clamps visibles y fijas, para evitar la tracción accidental de estas y que permita actuar rápidamente ante emergencia.

#### **Conexión sin curación del sitio inserción**

- Operador y paciente con gorro y mascarilla desechable.
- Uso de elementos de protección personal (pechera, guante estéril, antiparra facial)
- Lavado clínico de manos.
- Uso de guantes de procedimiento.
- Retirar gasas que envuelven ramas del catéter, cuidando que no queden en contacto con la piel.
- Lavado de manos clínico.
- Poner guantes estériles.
- Limpiar longitud de ambas ramas hacia proximal con una gasa estéril embebida en alcohol 70°.
- Retirar tapones con una gasa estéril con alcohol.
- Desinfectar luer lock de ambas ramas con gasa humedecida en alcohol 70°

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 21 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		



- Retirar el sellado de heparina de ambas ramas del catéter, utilizando 1 jeringa por rama.
- Corroborar permeabilidad de las ramas del catéter y proceder a conectar.
- La unión entre las ramas del catéter y el CEC debe estar cubierto por una gasa estéril y luego cubrir con el paño estéril.
- Dejar líneas del circuito con sus clamps visibles y fijas, para evitar la tracción accidental de estas y que permita actuar rápidamente ante emergencia.

#### 7.4.3 Manejo del catéter de hemodiálisis durante el procedimiento.

Siempre debe estar cubierta la unión de CHD con CEC con apósito estéril y sitio de inserción cubierto con apósito transparente o gasas.

En caso de disfunción del CHD, el procedimiento a seguir es:

- Lavado de manos clínico.
- Uso de barreras de protección (pechera, antiparras)
- Verificar que no haya acodamiento de la línea arterial.
- Verificar que paciente tiene PA normal
- Colocar al paciente en trendelemburg o ubicarlo en posición que permita mejor flujo.
- Si todo lo anterior está bien proceder a manipular CHD y trabajar con ayudante.
- Usar gorro y mascarilla tanto el operador como el paciente.
- Lavado de manos.
- Uso de Guantes estériles
- Si persiste el problema invertir líneas de CHD.
- De no ser efectivo, permeabilizar CHD con suero fisiológico, siempre manipular CHD con guantes estériles, si aún así la disfunción del CHD persiste el medico de turno decidirá conducta a seguir.

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 22 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

- Una vez restablecido el flujo mantener cubierta la unión entre el CHD y CEC con gasas estériles más el paño estéril.



En caso de filtración por sitio de inserción:

- Disminuir QB de bomba se sangre.
- Acomodar al paciente.
- Uso de barreras de protección (pechera, guante estéril, antiparra facial)
- Uso de gorro más mascarilla, tanto el operador como el paciente.
- Lavado de manos.
- Retirar apósitos sucios y proceder a la curación.
- Uso de guantes estériles.
- Se realiza curación con suero fisiológico, se cubre con gasa y tela de manera compresiva. Se ubica un peso sobre el sitio de inserción, verificando continente si continúa sangrado o peso provoca alguna lesión en la piel circundante.
- Si con esto persiste filtración retornar al paciente y evaluar por nefrólogo.

#### **7.4.4 Manejo del Catéter de Hemodiálisis post procedimiento**

- Uso de gorro y mascarilla desechable (paciente y operador)
- Lavado clínico de manos.
- Usar guantes de procedimiento.
- Retirar el envoltorio de gasas que cubre las ramas del catéter.
- Retirar los guantes de procedimiento.
- Lavado clínico de manos.
- Utilizar guantes estériles.





 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 23 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

- Limpiar los luer lock de ambas ramas con gasas estériles humedecida con alcohol 70°, retirando la totalidad de los restos de sangre.
- Infundir por cada rama del CHD 10 cc de suero fisiológico para eliminar restos de sangre del lumen.
- Sellar el CHD con heparina según longitud de cada rama y colocar obturadores respectivos.
- Envuelve y protege ambas ramas con gasa estéril y fijación con tela medipore/micropore según tolerancia cutánea de paciente.

#### 7.4.5 Procedimiento de retiro de CHD transitorio (excepcional, ante urgencias)

- Realizar limpieza del sitio de inserción, retirando materia orgánica con solución fisiológica, luego pincelar con clorhexidina.
- Retirar puntos de fijación.
- Solicitar a paciente realice maniobra de valsalva mientras se retira CHD.
- Realizar compresión por 10 a 15 minutos.
- Cubrir sitio de inserción.
- Si se ha utilizado anticoagulación con heparina intradiálisis, se debe esperar 6 horas una vez terminado el procedimiento para el retiro de CHD, hora que será consignada en ficha clínica por enfermera de hemodiálisis.

**Registro:** se realiza registro de ubicación, fecha de instalación, número días de permanencia, médico que instala, estado del apósito, estado del sitio de inserción, presencia de signos de infección, número de puntos, permeabilidad, tipo de conexión, funcionamiento y complicaciones intradiálisis en hoja de registro de hemodiálisis por sesión.

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 24 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

#### 7.4.6 Manejo de Fistula Arteriovenosa Nativa/ Fistula Arteriovenosa protésica

- Las consideraciones generales para manejo de fistula arteriovenosa nativa y protésica contemplan el uso exclusivo para hemodiálisis y la comprobación antes de cada punción del soplo y frémito
- Lo ideal es puncionar FAV nativa en adulto luego de 1 a 3 meses desde la fecha de confección, se utilizará antes de ese periodo de tiempo sólo con la autorización del nefrólogo tratante y/o del cirujano vascular.



#### 7.4.7 Punción de Fistula Arteriovenosa Nativa/ Fistula Arteriovenosa protésica:

Consiste en instalar de forma aséptica las agujas de hemodiálisis, ya sea de fistula arteriovenosa nativa y fistula arteriovenosa protésica obteniendo flujo sanguíneo necesario para realizar hemodiálisis.

**Responsables de la ejecución:** Enfermeras Clínicas asistida por TENS

#### **Materiales**

- Aguja según calibre seleccionado
- Elementos de protección personal (pechera, protector facial).
- Gorro y mascarilla (operador y paciente solo en FAV Protésica).
- Guante de procedimiento (solo en FAV Nativa).
- Guante estéril (solo en FAV Protésica).
- Paño estéril.
- Gasas
- Clorhexidina al 2%
- Tela adhesiva
- Gasas de bránula estériles



 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 25 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

- Jeringa para permeabilizar agujas
- Ligadura (solo para FAV Nativa, prótesis no se liga).

### Procedimiento de la punción Fistula Arteriovenosa Nativa.

- Lavado de manos clínico.
- Evaluar ubicación de FAV, frémito, soplo, presencia de hematomas, induración, dolor, signos de infección, desarrollo, sitios de punciones anteriores.
- Seleccionar calibre de agujas: de menor a mayor calibre
  - N° 17 G X1" (1.5 mm), permite flujo sanguíneo de hasta 250 ml/min
  - N° 16 G X 1" (1.6 mm), permite flujo sanguíneo de hasta 300 ml/min
  - N° 15 G X 1" (1.8 mm), permite flujo sanguíneo de hasta 400 ml/min
- Colocar paño estéril bajo la extremidad a puncionar (campo clínico).
- Con guantes de procedimiento se procede a pincelar la piel con una gasa con clorhexidina (esperar 3 minutos antes de puncionar).
- Abrir envase de agujas asegurándose que no está fuera de la fecha de expiración y que el envase se encuentra indemne, asegurar las tapas del extremo distal, dejar clamps abiertos.
- Utilizar ligadura solo si es necesario.
- Puncionar la fistula con un ángulo de 35° a 45° con el bisel de la aguja hacia arriba o hacia abajo de acuerdo a la habilidad del operador de tal forma que la aguja quede en medio del torrente sanguíneo. Hacerlo con movimiento rápido de manera suave y firme. Esta primera aguja se utiliza para obtener flujo arterial y se coloca proximal a la cicatriz de zona operatoria a distancia de más menos 5 cms., siempre que el desarrollo de la FAV lo permita.
- La segunda aguja se coloca hacia proximal a una distancia no menos de 5 cm de la primera aguja para evitar la recirculación de la sangre dentro de la fístula





 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 26 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

durante el procedimiento, siempre que el desarrollo de la FAV lo permita. Esta aguja puede dar menos flujo, pero debe oponer la menor resistencia posible, ya que se utiliza como retorno sanguíneo.



- Comprobar que la aguja está correctamente colocada y que da el flujo suficiente, purgando con sangre del paciente la porción de tubo flexible de la aguja y aspirando con una jeringa si tenemos dudas y si es necesario probar infundiendo suero fisiológico.
- Ambas agujas se fijan con gasa estéril y tela adhesiva, hacerlo en forma segura.

#### **Procedimiento de la Punción Fístula Arteriovenosa Protésica.**

- Evaluar ubicación de prótesis vascular, frémito, soplo, presencia hematomas, induración, dolor, signos de infección, desarrollo, sitios de punciones anteriores.
- Trabajar con ayudante.
- Operador y paciente con gorro y mascarilla.
- Lavado de manos clínico.
- Utilizar guantes estériles.
- Ubicar paño estéril debajo de la extremidad a puncionar.
- Pincelar la piel con gasas con clorhexidina (esperar 3 min antes de puncionar).
- Abrir envase de agujas asegurándose que no está fuera de la fecha de expiración y que el envase se encuentra indemne, asegurar las tapas del extremo distal, dejar clamps abiertos.
- Puncionar la prótesis con un ángulo de 45° con el bisel de la aguja hacia arriba o hacia abajo dependiendo de la habilidad del operador de tal forma que la aguja quede en medio del torrente sanguíneo. Hacerlo con movimiento rápido de manera suave y firme. Esta primera aguja se utiliza para obtener flujo arterial y se coloca proximal de cicatriz de zona operatoria a distancia de más menos 5 cms, siempre que la prótesis lo permita.

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS	Página 27 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		



- La segunda aguja se coloca hacia proximal a una distancia no menos de 5 cm. de la primera aguja para evitar la recirculación de la sangre dentro de la Prótesis durante el procedimiento, siempre que la prótesis lo permita. Esta aguja puede dar menos flujo pero debe oponer la menor resistencia posible, ya que se utiliza como retorno sanguíneo.
- Comprobar que la aguja está correctamente colocada y que da el flujo suficiente, purgando con sangre del paciente la porción de tubo flexible de la aguja y aspirando con una jeringa si tenemos dudas y si es necesario probar infundiendo suero fisiológico.
  - Ambas agujas se fijan con gasa estéril y tela adhesiva, hacerlo en forma segura, ya que el gran flujo a que son sometidas pueden sacarla de su lugar.

 <p>Gobierno de Chile</p>	<p>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</p> <p>PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS</p>	Página 28 de 31	Versión 0.4	
		<p>SDGCAA</p> <p>Unidad de Hemodiálisis</p>		
		<p>Fecha de Vigencia Agosto 2027</p>		

## 8. INDICADOR

<b>Descripción</b>	Evaluar el cumplimiento del manejo del CHD de acuerdo a lo establecido en Protocolo De Las Practicas Clínicas Relevantes Para Prevención De IAAS En Hemodiálisis.
<b>Indicador</b>	% de pacientes con manejo correcto de CHD.
<b>Tipo indicador</b>	Proceso
<b>Formula</b>	Número de pacientes con manejo correcto de CHD / N° total de pacientes portadores de CHD evaluados * 100.
<b>Fuente</b>	Pautas de supervisión aplicadas
<b>Tipo de Muestreo</b>	Calculo de tamaño muestral en base a promedio se sesiones por semestre con un porcentaje de cumplimiento del 90% y un margen de error de 10%. El número obtenido se divide por 6, resultando así el número de pacientes conectados a evaluar por mes.
<b>Metodología</b>	<p>Una vez obtenido el tamaño muestral se aplicarán las pautas durante el semestre de manera aleatoria según Randomizer, en caso de no poder efectuar la medición el día aleatorizado, se realizará al día hábil siguiente, dejando constancia de ello.</p> <p>Se realizará mediante observación directa al profesional de enfermería que se encuentre realizando el procedimiento.</p> <p>Se entenderá que el paciente con manejo correcto de CHD será aquel que <b>cumpla con todos los requisitos</b> solicitados en la pauta de supervisión.</p>
<b>Periodicidad</b>	Semestral
<b>Umbral</b>	Mayor o igual al 85%
<b>Lugar de aplicación</b>	Unidad de Hemodiálisis
<b>Responsable</b>	Enfermera Jefe Unidad Hemodiálisis



 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> <b>PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS</b>	Página 29 de 31	Versión 0.4	
		<b>SDGCAA</b> <b>Unidad de Hemodiálisis</b>		
		<b>Fecha de Vigencia Agosto 2027</b>		

9.

## ANEXOS

### Anexo N°1

#### “Pauta de supervisión: Conexión de paciente a máquina de Hemodiálisis”

**ANEXO N°1**

**PAUTA DE SUPERVISION:**

**Conexión de paciente a máquina de Hemodiálisis**



Nombre del operador: \_\_\_\_\_ Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

RUT del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

REQUISITOS	SI	NO
1. Verifica indicaciones y serología del paciente a conectar		
2. Verifica que la máquina y CEC pertenecen al paciente		
3. Verifica que se le realizaron todos los test correspondientes a la máquina		
4. Realiza lavado de manos clínico.		
5. Utiliza EPP según corresponda FAV, prótesis o CHD		
6. Programa parámetros de tratamiento, UF y bomba de heparina según corresponda		
7. Verifica que el acceso vascular está preparado		
8. Maneja los extremos de línea venosa y arterial con técnica aséptica para conectar		
9. Conecta línea arterial y venosa, verificando que no entre aire al circuito.		
10. Da flujo de bomba y verifica presión venosa		
11. Cubre unión de ramas y líneas del CEC con gasa o apósito estéril y paño clínico.		
12. Realiza fijación para evitar desplazamiento.		
13. Ajusta límites de alarma		
14. Administra heparina de inicio y luego inicia infusión de mantención.		
15. Mantiene vigilancia permanente del paciente durante la conexión		
16. Se retira EPP y luego realiza lavado clínico de manos		
17. Registra parámetros programados en hoja de sesión de hemodiálisis y programa controles de signos vitales.		

Marque con una X según corresponda, si cumple o no el aspecto observado.

*La pauta debe cumplir con el 100% de los requisitos solicitados.*

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b> <b>PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS</b>	Página 30 de 31	Versión 0.4	
		<b>SDGCAA</b> <b>Unidad de Hemodiálisis</b>		
		<b>Fecha de Vigencia Agosto 2027</b>		

## ANEXO N° 2

### “Pauta de supervisión de medidas de prevención ITS: Manipulación CHD intradiálisis”

#### PAUTA DE SUPERVISIÓN MEDIDAS DE PREVENCIÓN ITS: “MANIPULACION CHD INTRADIALISIS”



SERVICIO:..... ESTAMENTO:..... SUPERVISOR:.....

Objetivo: Disminuir las infecciones de Torrente sanguíneo asociadas a la mantención de CHD.

Marque Si o No, según cumple o no el aspecto observado

Nombre / Iniciales del supervisado	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
	Rut Paciente		Rut Paciente		Rut Paciente		Rut Paciente		Rut Paciente		Rut Paciente	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	REQUISITO											
1. El operador lava sus manos antes de manipular el CHD.												
2. El paciente y operador se encuentran con gorro y mascarilla.												
3. El sitio de inserción de catéter se mantiene limpio y seco.												
4. Las conexiones del catéter se encuentran cubiertas con paño estéril o gasa estéril.												
5. Cada vez que se manipule el catéter durante la diálisis, el operador realiza lavado clínico de manos y usará técnica aséptica.												
6. La fijación del catéter no permite su desplazamiento.												
7. Una vez terminado el procedimiento el operador lava cada rama del Catéter de HD con 10 cc de suero fisiológico 0.9%												
8. Sella cada una de las ramas del catéter con heparina, acorde a lumen de éstas.												
9. Sella cada luer lock del CHD con tapas estériles.												
10. Envuelve y protege ambas ramas del Catéter de HD con gasa estéril y las fija a la piel con tela micropore.												
<b>Cumple</b>												

N° Total de pautas aplicadas (a)	
N° Pautas que Cumplen (b)	
N° Pautas que no Cumplen (c)	
% Cumplimiento (b/a) *100	

 <b>Gobierno de Chile</b>	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO DE LAS PRACTICAS CLINICAS RELEVANTES PARA PREVENCIÓN DE IAAS EN HEMODIALISIS</b>	Página 31 de 31	Versión 0.4	
		SDGCAA Unidad de Hemodiálisis		
		Fecha de Vigencia Agosto 2027		

### ANEXO N° 3

#### “Hoja de actualización de la documentación”

Elaborado por ó Modificado por	Revisado por	Autorizado por	Páginas sustituidas	Fecha de modificación		
				Día	Mes	Año