

MANUAL DE INDUCCIÓN FUNCIONARIA

1ª EDICIÓN 2022 - 2024

HOSPITAL SAN CAMILO
UNIDAD DE CAPACITACIÓN



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



Bienvenido al Hospital San Camilo!

A nuestros nuevos funcionarios

El manual de inducción del Hospital San Camilo tiene por objetivo dar a conocer a sus nuevos funcionarios normativas generales, transversales y directrices de Calidad y Seguridad del Paciente, para lograr un desempeño óptimo en las diferentes Unidades, Departamentos y Servicio Clínicos.

La Misión del establecimiento es “Contribuir a mejorar la salud de las personas del Valle de Aconcagua, otorgando servicios de salud de calidad valorados por el usuario, en un ambiente acogedor y seguro y apoyar la formación de profesionales y técnicos que sirvan al desarrollo del país; con un equipo humano comprometido y a través de un proceso de mejora continua y de integración a la red asistencial y a la comunidad de la cual forma parte.”.

Los contenidos dispuestos en este manual de inducción son un resumen de lo descrito en los diferentes manuales de las Unidades relacionadas, por lo que para mayor información o desarrollo de contenidos, puede solicitar en su Unidad de trabajo la documentación para profundizar.

Una vez leído este documento junto al folleto digital informativo funcionario, deberá rendir una evaluación en link dispuesto en la página del establecimiento, cuya nota de aprobación debe ser igual o superior a 5.0. De no aprobar, podrá realizar un segundo intento.


[Signature]
Dra. Pamela Graham B.
Directora (S)
Hospital San Camilo


[Signature]
Coordinadora (S) de Capacitación
Unidad de Capacitación

[Signature]
EU. Johanna Donoso B.
Ej. Cargada
Calidad y Seguridad
Dpto. IAAS/Calidad
Hospital San Camilo


ÍNDICE

| | |
|---|----|
| MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD..... | 4 |
| LEY DE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE..... | 5 |
| RÉGIMEN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD..... | 7 |
| CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE..... | 8 |
| EVENTOS ADVERSOS..... | 10 |
| SITUACIÓN DE RIESGO VITAL..... | 11 |
| IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL..... | 12 |
| IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE..... | 12 |
| BRAZALETE PACIENTES HOSPITALIZADOS..... | 12 |
| BRAZALETE EN RECIÉN NACIDOS..... | 12 |
| ACCESO A SISTEMA DE RECLAMOS..... | 13 |
| PLAN DE EVACUACIÓN Y EMERGENCIA..... | 14 |
| MANEJO DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES Y EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES DE ALTO RIESGO..... | 16 |
| PROGRAMA DE CONTROL DE IAAS..... | 17 |

¿QUÉ ES EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD?

El Modelo Integral de Salud en el contexto de la Reforma se definió como: **“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”**.

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN: CENTRADO EN EL USUARIO

Un modelo centrado en el usuario facilita la participación del usuario en el sistema de atención. Lo ayuda a obtener información y a desarrollar la capacidad de autocuidado, con el fin de cambiar las conductas que impliquen un riesgo a su salud. Esta concepción involucra que el sistema de salud sea menos paternalista con el usuario y asuma un rol más de “apoyador y colaborador”.

Es responsabilidad del personal de salud, otorgar un trato amable, personalizado y responsable. Además, que asegure acceso a la atención, especialmente a los grupos más vulnerables.

- ✓ Respete el derecho de los pacientes a recibir la compañía de sus parientes y amigos y la asistencia religiosa o espiritual que determine.
- ✓ Entregue una atención con pertinencia cultural y de género.
- ✓ Solicite y respete la decisión del paciente o su representante legal, sobre su aceptación o rechazo a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- ✓ Resguarde la confidencialidad de la información relacionada al paciente.

¿QUE ES LA LEY DE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE?

Aquella que establece cuáles son los derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud. La iniciativa resguarda principios básicos de la atención en salud, disposiciones que se aplican tanto en el sector público como privado. Esta Ley viene a fortalecer el eje principal de la salud pública en nuestro país: los usuarios.

- Toda persona tiene derecho -cualquiera sea el Prestador Institucional de Salud- a que las acciones de promoción, protección y recuperación se le den oportunamente y sin discriminaciones arbitrarias, de acuerdo a lo que se determina en la Constitución y las leyes.
- Las personas tienen derecho a que en el marco de la atención de salud, se les otorgue información en un lenguaje adecuado e inteligible, de manera cortés y amable, siendo tratadas y llamadas por su nombre. El prestador deberá respetar y proteger la vida privada y la honra de sus pacientes. Al respecto, los prestadores deben velar por la confidencialidad de la Ficha Clínica, la que sólo podrá ser consultada por el titular de los datos o quien éste autorice y por su médico tratante.
- Las personas tienen derecho a la información administrativa y a la información clínica respecto de su estado de salud. Las personas tienen derecho a ser informadas del diagnóstico, alternativas de tratamiento, riesgos y pronóstico de su enfermedad. En el caso que se efectúen procedimientos invasivos (intervenciones quirúrgicas y otros), esa información deberá otorgarse por escrito, mediante el documento denominado "**Consentimiento Informado**".
- En territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deben considerar la aplicación de un modelo de salud intercultural, validado ante las comunidades indígenas.
- Toda persona tiene derecho a reclamar por la vulneración de sus derechos, primero ante el Prestador Institucional, el que deberá dar una respuesta por escrito al reclamo planteado. Si no recibe por parte del prestador una respuesta en el plazo de 15 días hábiles, o si la respuesta no le satisface o no se soluciona la irregularidad por la cual reclamó en el Prestador Institucional, deberá reclamar en la Superintendencia de Salud.

El Hospital San Camilo trabaja en base a la Ley N° 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con su atención en Salud.



Exige tus derechos

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>Tener información oportuna y comprensible de su estado de salud.</p> | <p>Recibir un trato digno, respetando su privacidad.</p> | <p>Ser llamado por su nombre y atendido con amabilidad.</p> | <p>Recibir una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos.</p> |
| <p>Ser informado de los costos de su atención de salud.</p> | <p>No ser grabado ni fotografiado con fines de difusión sin su permiso.</p> | <p>Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención.</p> | <p>Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.</p> |
| <p>Recibir vistas, compañía y asistencia espiritual.</p> | <p>Consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.</p> | <p>A ser incluido en estudios de investigación científica sólo si lo autoriza.</p> | <p>Donde sea pertinente, se cuente con señalética y facilitadores en lengua originaria.</p> |
| <p>Que el personal de salud porte una identificación.</p> | <p>Inscribir el nacimiento de su hijo en el lugar de su residencia.</p> | <p>Que su médico le entregue un informe de la atención recibida durante su hospitalización.</p> | <p>Toda persona mayor de 60 años y/o con discapacidad tendrá derecho a Atención Preferente.</p> |

y cumple tus deberes

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|---|
| <p>Entregar información veraz acerca de su enfermedad, identidad y dirección.</p> | <p>Conocer y cumplir el reglamento interno y resguardar su información médica.</p> | <p>Cuidar las instalaciones y equipamiento del recinto.</p> | <p>Informarse acerca de los horarios de atención y formas de pago.</p> | <p>Tratar respetuosamente al personal de salud.</p> | <p>Informarse acerca de los procedimientos de reclamo.</p> | <p>Dar prioridad a personas con derecho a Atención Preferente.</p> |
|--|---|--|---|--|---|---|

TODA PERSONA PODRÁ RECLAMAR SUS DERECHOS ANTE EL CONSULTORIO, HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO MÉDICO PRIVADO QUE LO ATIENDE. SI LA RESPUESTA NO ES SATISFACTORIA PODRÁ RECURRIR A LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD. (Extracto de la Ley N°20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes).

¿QUE ES EL RÉGIMEN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD?

El exAUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), ahora GES (Garantías explícitas en Salud) es uno de los pilares fundamentales de la reforma de salud implementada en nuestro país. Vigente desde el primero de julio del 2005, es un programa que prioriza un grupo de problemas de salud, los cuales cuentan con garantías establecidas por ley y que deben ser cumplidas para todos los chilenos, sean de Fonasa o de Isapres.

Las cuatro Garantías que incorporan las prestaciones de salud de los problemas en régimen son:

- 1. Acceso:** Obligación del Fonasa y las Isapres de asegurar la entrega de las prestaciones garantizadas a todos sus beneficiarios.
- 2. Oportunidad:** Es el derecho a recibir las atenciones garantizadas dentro de los plazos máximo, en las condiciones establecidas para cada problema de salud, con las prestaciones específicas que se contempla para cada uno en las respectivas canastas de prestaciones. Plazo fijado en horas, días o meses, según la prestación.
- 3. Protección Financiera:** Corresponde a un monto establecido a cancelar por las prestaciones que se incluyen en la canasta de patologías GES. A contar de septiembre de 2022, los beneficiarios de fonasa tienen costo 0 en las prestaciones de patología GES y no GES que se realicen en alguna institución pública. En el caso de afiliados a ISAPRE, el monto a pagar corresponde al 20% del valor de la canasta hasta completar un deducible y sobre este, se cubrirá el 100% de las prestaciones, en un prestador de la Red GES designado por su ISAPRE.
- 4. Calidad:** Será un derecho del asegurado que se cumpla con los estándares de calidad mínimos. La garantía de calidad será exigible para todos los prestadores de atención abierta y cerrada (clínicas y hospitales) que entreguen cualquiera de las patologías incluidas en el Auge. O sea, los prestadores deben encontrarse acreditados o certificados.

Los 85 problemas de salud incorporados a este régimen GES, dan cuenta de más del 60% de la carga sanitaria del País, haciéndose cargo de los problemas más graves y con costos sanitarios más altos, impactando con ello en la equidad en salud favoreciendo a los grupos más desprotegidos de la sociedad.

Cada uno de estos problemas cuenta con su respectiva Guía Clínica, las que se pueden encontrar en el sitio web del Ministerio de salud: www.minsal.cl



¿QUÉ SE ENTIENDE POR CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE?

La Calidad y Seguridad de la Atención de los pacientes es un pilar fundamental de los sistemas sanitarios modernos que permite garantizar a las personas un conjunto de condiciones mínimas y comunes con relación a las prestaciones de salud que reciben cuando son atendidos en el sistema sanitario nacional, tanto para el ámbito público como para el privado.

La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, publicada en el Diario Oficial el 24 de Febrero de 2004, señala que al Ministerio de Salud le corresponde formular, fijar y controlar las políticas de salud, y ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias: **"Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios"**.

Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de prestador institucional y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

La Acreditación es un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales que cuentan con su autorización sanitaria vigente. El proceso es ejecutado por Entidades Acreditadoras autorizadas y fiscalizadas por la Superintendencia de Salud y que se encuentran inscritas en el Registro Público de Entidades Acreditadoras.



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Los establecimientos de salud deberán acreditarse para otorgar las prestaciones asociadas a las Garantías Explícitas en Salud (GES) desde el Nivel primario al nivel Terciario.

BENEFICIOS DE ACREDITACIÓN

- ✓ Mejora la confianza de los usuarios con las instituciones de salud, porque valoran la calidad y la seguridad del paciente.
- ✓ Involucra a los pacientes y sus familiares en el proceso de atención de salud.
- ✓ Construye una cultura organizacional a partir del aprendizaje de acontecimientos adversos o eventos inesperados, por ejemplo, las caídas de pacientes para mejorar la seguridad de la atención.
- ✓ Mejora continua de los procesos, en base a actividades como la utilización de un brazalete de identificación a todo paciente que ingresa a hospitalizarse.
- ✓ Promueve un ambiente de trabajo eficiente y seguro, lo que contribuye a la satisfacción de los pacientes y sus familias.

OBLIGACIONES DEL FUNCIONARIO AL INGRESO:



A. Funcionarios en general:

- Realizar proceso de inducción funcionaria (incluye personal fuera del establecimiento por un periodo mayor a 1 año).
- Realizar proceso de vacunación anual cuando se indique, contra la influenza.
- El personal clínico debe entregar número de registro de superintendencia de Salud sobre su profesión en la Unidad de Recursos Humanos.

B. Funcionario clínico:

- Todo lo indicado en A.- funcionarios en general
- Presentar certificado de curso de capacitación IAAS y de RCP básico, menor a 5 años desde su realización o solicitar su programación en Unidad de Capacitación.
- Presentar certificado de vacunación contra hepatitis B o completar dosis por medio de coordinación con el Dpto. IAAS / Calidad.

C. Médicos

- Todo lo indicado en A.- funcionarios en general y B.- funcionario clínico
- Conocer el procedimiento de presentación de casos de dimensión ética de la práctica clínica al Comité de Etica Asistencial (CEA) y de investigación al Comité de Etica Científico (CEC), disponibles en las distintas Unidades y Servicios Clínicos del Establecimiento.

INFORMACIÓN TRANSVERSAL

¿QUÉ ES UN EVENTO ADVERSO?

Es una situación o acontecimiento inesperado, relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias negativas para el mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad.

- Por ejemplo, un error en la administración de un medicamento.



Se **entenderá por evento centinela** a un suceso inesperado que puede producir la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo potencial de que esto ocurra.

- Por ejemplo, dejar instrumental o un apósito dentro de un paciente, luego de una cirugía.

Algunos de los eventos adversos y centinelas ocurren en circunstancias en que no existen medidas de prevención que deberían haber estado instaladas. La existencia de medidas preventivas conocidas, hace que estos eventos tengan importancia para desencadenar acciones preventivas en otros pacientes expuestos. Es así, como el Ministerio de Salud a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, ha definido indicadores de proceso con medidas de prevención con evidencia demostrada.

¿Cómo se notifican los eventos adversos?

Todos los eventos adversos deben ser notificados. La notificación se realiza a través de formularios disponibles en los servicios/unidades.

¿Quién notifica?

Puede notificar cualquier funcionario que presencie o se percate de la ocurrencia de algún evento adverso. Los eventos adversos y su notificación se deben canalizar a través de jefatura de cada servicio/unidad, supervisores o encargado de calidad.

INFORMACIÓN TRANSVERSAL

¿QUÉ ES LA CLAVE ROJA? – SITUACIÓN DE RIESGO VITAL

Es el procedimiento que establece el modo de operar, las funciones y pasos a seguir para la asistencia oportuna y eficaz ante un usuario que presenta una emergencia con riesgo vital en cualquier dependencia del establecimiento.

Signos y síntomas en que se debe activar clave roja:

- Paro Cardio-respiratorio
- Crisis convulsiva
- Compromiso de conciencia

Si Ud. presencia una emergencia vital debe:

1. Quedarse junto al afectado
2. Gritar 3 veces “Clave roja”
3. Pedir que llamen a:

Adulto:

- Unidad de emergencia: 343420
- UCI Adulto: 343380
- Pabellón: 343409

Niño:


- UCI pediátrica: 343415
- Neo: 343378

¿CÓMO ACTIVO CLAVE ROJA?

1. Comunicar “CLAVE ROJA”
2. Comunicar N° de afectados, grupo etéreo (Adulto / Niño), sexo, y situación de riesgo de emergencia vital
3. Comunicar “LUGAR DE OCURRENCIA”
4. Comunicar “CARGO Y NOMBRE”


Fuera de las dependencias, frente a una situación de riesgo vital debe llamar al 131 “SAMU”.

CLAVE ROJA



“NO RESPONDE”,
“NO RESPIRA”,
“ESTÁ CONVULSIONANDO”

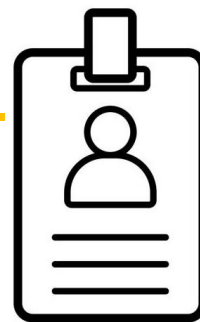
- 1** GRITE 3 VECES
¡CLAVE ROJA!
- 2** QUEDESE CON
EL AFECTADO
- 3** HAGA QUE
LLAMEN A:

| | | |
|--|---|--|
| SI ES ADULTO UEH 343420 UCI 343380 PABELLÓN 343409 |  | SI ES NIÑO/A UTIP 343415 NEO 343378 |
|--|---|--|

4 INDICAR TIPO DE PCTE, QUE SUCEDE,
LUGAR Y QUIEN LLAMA.

“TENEMOS UNA CLAVE ROJA, PCTE PEDIATRICO
INCONSCIENTE, PASILLO FUERA DE ABASTECIMIENTOS,
LO ASISTE MIRIAM, TENS”.

Ayuda memoria de clave roja para credencial



INFORMACIÓN TRANSVERSAL

IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DEL HOSPITAL SAN CAMILO

La Credencial de Identificación es un documento personal e intransferible, que contiene datos como: Logo institucional, fotografía del funcionario/a, nombre del funcionario/a, cargo que desempeña y servicio en el que trabaja. Es entregada por la Unidad de Personal a todo personal, independiente de la planta.

- Debe ser portada siempre en forma visible.
- El funcionario es responsable de su cuidado, uso y resguardo.
- El no uso reiterado puede ser motivo de anotación de demérito por su jefatura.
- El funcionario tendrá la obligación de devolverla, una vez finalizada su relación contractual con el Hospital, a la Oficina de Personal.
- En el caso de Unidades específicas y críticas donde la credencial sea un peligro para el paciente, así como para el funcionario(a), no deberá ser usada. Pero deberá estar identificado en su ropa de trabajo con nombre y cargo.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Tanto para identificación como en registros clínicos, en el Hospital San Camilo se utiliza:

- 1^{er} Nombre y 2 Apellidos del paciente
- Rut o pasaporte (obligatorio)
- N° ficha clínica

BRAZALETE PCTES HOSPITALIZADOS

Debe contener:

- Primer nombre y dos apellidos
- Numero de rut o pasaporte del paciente

BRAZALETE EN RECIEN NACIDO

Debe contener:

- Primer nombre y dos apellidos de la madre
- Fecha de parto
- Hora de nacimiento
- Sexo confirmado



INFORMACIÓN TRANSVERSAL

ACCESO A SISTEMA DE RECLAMOS DEL HSC



La OIRS (**O**ficina de **I**nformaciones, **R**eclamos y **S**ugerencias) es la encargada de recibir y gestionar todos los requerimientos ciudadanos para mejorar procedimientos y funcionamiento de institución, además de entregar información oportuna, clara y transparente. Se puede realizar:

- **Consulta:** demanda de orientación sobre derecho y beneficios, trámites, puntos de accesos, etc. Puede resolverse en forma inmediata en la propia OIRS.
- **Sugerencia:** A fin de mejorar el funcionamiento de la Oficina o la calidad de los servicios que se entregan en la institución.
- **Solicitud:** solicitudes específicas de ayuda asistencial concreta que permite solucionar un problema de necesidad o carencias puntuales.
- **Felicitación:** manifestación concreta de agradecimiento o felicitación a un funcionario/a o equipo de funcionarios/as de una institución por la calidad del servicio prestado.
- **Reclamo:** es aquella solicitud en donde ciudadanos exigen, reinvidican o demandan una solución a una situación en que se consideran presuntamente vulnerados sus derechos ciudadanos en salud.

Una vez cursado el requerimiento, el establecimiento tiene un tiempo máximo de respuesta de 15 días hábiles y 20 para solicitudes de transparencia, prorrogable. A su vez, el Hospital cuenta con distintas formas de canalizar los formularios:

- Módulo de informaciones
- Oficina de OIRS del establecimiento.
- Secretaría de servicios clínicos
- Pagina web oirs.minsal.cl
- Buzones express que se encuentran en cada piso del establecimiento.
- Recaudación de urgencias

- **Servicio ambulatorio** de Imagenología, Laboratorio Clínico, Otorrinolaringología, Diálisis, portería principal se cuenta con formularios y se reciben documentos de Lunes a Jueves de 08.00 a 17.00 y Viernes de 08:00 a 16:00 hrs.
- **Servicios hospitalizados** de medicina, cirugía, ginecoobstetricia, pediatría, pensionado y UPC en las secretarías los horarios son de lunes a domingo de 08:00 a 17:00 hrs.
- La **recaudación de urgencias** funciona 24/7 para entregar y recepcionar los requerimientos.



INFORMACIÓN TRANSVERSAL

PLAN DE EVACUACIÓN Y EMERGENCIA

Permiten generar una respuesta rápida y eficiente en situaciones de emergencia o siniestros, para la evacuación oportuna del establecimiento o sector afectado, protegiendo la integridad física y psicológica de los funcionarios, pacientes, usuarios y terceros.

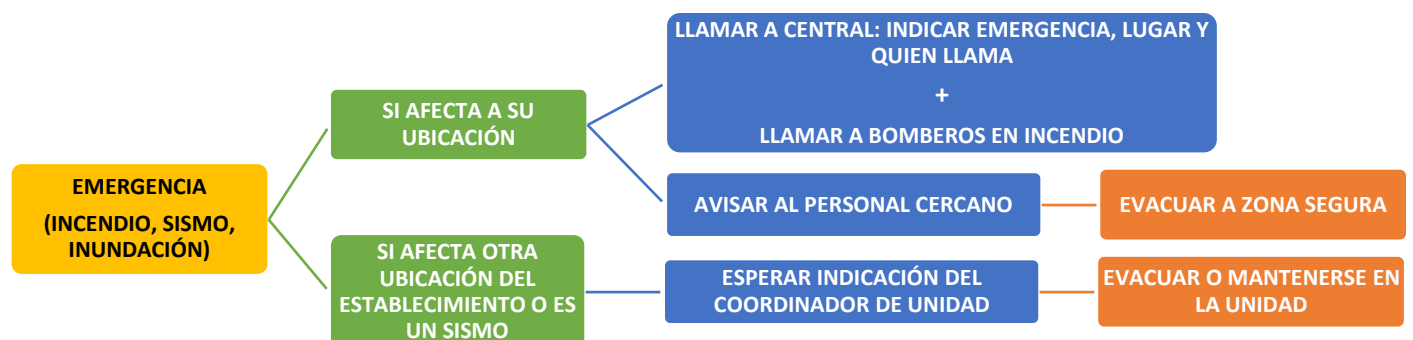
ZONAS DE SEGURIDAD

La evacuación de las personas se produce a través de las vías de evacuación, hacia las zonas de seguridad (ZS). Estas zonas están previamente definidas y deben ser conocidas por todos los funcionarios del establecimiento.

| 1 - ZS GRIS | 2 - ZS CALIPSO | 3 - ZS MORADA | 4 - ZS NARANJA | 5 - ZS AMARILLA |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------|---|
| AFUERA DE EDIFICIO ADMINISTRATIVO | AL COSTADO DE LA CANCHA | EX-HELIPUERTO - SALA CUNA | SERVICIOS GENERALES | JARDÍN SECTOR VISITAS |
| FRONTIS EDIFICIO ADMINISTRATIVO | ACCESO LATERAL CAE (CANCHA) | PATIO TRASERO SALA CUNA Y EXHELIPUERTO | JARDIN TRASERO CENTRAL TÉRMICA | JARDIN FRENTE A ESTACIONAMIENTO DE VISITAS |
| SALIDA POR ENTRADA PRINCIPAL | SALIDA POR PASILLO IMAGENOLÓGIA | SALIDA POR PASILLO MANTENCIÓN | SALIDA POR SERVICIOS GENERALES | SALIDA POR ESCALERA EMERGENCIA MATERNIDAD Y ENTRADA VISITAS |

PROCEDIMIENTO DE EVACUACIÓN

Según la situación de emergencia, serán distintas las formas de proceder. Sin embargo, el siguiente esquema resume el actuar del funcionario si está en presencia o no de un evento que ocurre dentro del establecimiento.



FUNCIONES DEL PERSONAL ANTE UNA EMERGENCIA

- **Director del Establecimiento:** da la orden de evacuación total y es quien encabeza el liderazgo ante la emergencia.
- **COE: comité operativo de emergencia,** es el grupo encargado de realizar las diversas acciones dirigidas a mantener la seguridad del establecimiento ante una emergencia.
- **Coordinador de Emergencia/Prevencionista de riesgo:** encargado de la coordinación, logística y asesoría técnica en las distintas emergencias. Es quien mantiene comunicación directa con los coordinadores de Unidad.
- **Coordinador de Unidad:** encargado de velar por seguridad de funcionarios y usuarios del establecimiento en su Unidad o Servicio, ante una emergencia. Nexo entre los funcionarios y el COE.
- **Funcionarios del establecimiento:** deben conocer los procedimientos de evacuación, las zonas de seguridad, velar por sus pacientes y ser capaces de reconocer, monitorear y responder debidamente frente a la emergencia. Ante la presencia de una emergencia, deberá activar el proceso y/o informar a su Coordinador de Unidad.

¿COMO SE ACTIVA EL PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA?

Serán la comunicación a viva voz y el anexo de emergencias los principales sistemas de comunicación del establecimiento.

1. Alerte al personal cercano y a su Jefatura.
2. Llame a número de emergencia: 343200 e indique EMERGENCIA, tipo (incendio, inundación o que afecte infraestructura), lugar afectado. Si corresponde a incendio, debe llamar adicionalmente al 132 para avisar a bomberos.
3. El Coordinador de su Unidad dará orden de salida frente a emergencias, a menos que esté en riesgo inminente la vida.
4. Apoye a usuarios del establecimiento en el proceso de evacuación y dirijalos a las zonas de seguridad.

En caso de siniestros, el Establecimiento cuenta con extintores y redes húmedas para uso por parte de funcionarios capacitados. Detectores de humo y alarmas de incendio. A su vez, existe un sistema de autoparlantes operado desde la central telefónica. Para uso exclusivo de bomberos, se cuenta con red seca.

Las zonas seguras están predefinidas por servicio clínico. Para mayor detalle dirijase a INS 2.1 PLAN DE EVACUACIÓN, documento que se encuentra disponible en las Unidades y Servicios Clínicos en la carpeta de Calidad.

INFORMACIÓN TRANSVERSAL

MANEJO DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES Y EXPOSICIONES A FLUIDOS CORPORALES DE ALTO RIESGO (FCARB)

El funcionario que sufra una exposición a FCARB deberá dar aviso de inmediato a su superior directo de acuerdo a su estamento. En horario no hábil el superior directo para cada Servicio o Unidad, corresponderá según se señala en el siguiente cuadro:

| SERVICIO O UNIDAD | SUPERIOR DIRECTO |
|---|---|
| Medicina, Cirugía, Pediatría, Pensionado | Enfermera/o de turno respectiva/o |
| Urgencia, Esterilización, Imagenología, Lavandería y S. Generales | Enfermera/o de turno en urgencia |
| Diálisis | Enfermera/o de turno en Unidad |
| Gineco-obstetricia | Matron/a Jefe de turno en GO |
| Neonatología | Matron/a de turno en NEO |
| Unidad de Medicina Transfusional | Tecnólogo Médico de turno en UMT |
| Laboratorio Clínico | Tecnólogo Médico de turno en Lab. Clínico |
| UPC y Pabellón | Enfermera/o de turno en UCI o UTI |
| UPC pediátrica | Enfermera/o de turno en UPCP |



PASOS A SEGUIR POR FUNCIONARIO ACCIDENTADO:

1. Aplicar los primeros auxilios (ej. lavar herida y comprimir)
2. Informar de inmediato el accidente a su superior directo
3. Acudir a UCI Adulto para la evaluación médica del riesgo, portar la Notificación hasta concluir el protocolo y entregarla a su superior directo (menos de 2 horas).
4. Cumplir con las indicaciones dadas por el médico y enfermera de UCI Adulto (puede incluir profilaxis VIH).
5. Concurrir en horario hábil siguiente al CAE para tomar sus exámenes y coordinar control médico si corresponde (puede incluir profilaxis VHB).
6. Acudir a la Unidad de Personal para completar denuncia individual de accidente de trabajo (DIAT)
7. Coordinar seguimiento con la enfermera de IAAS y entregar la información que se le solicite en cada instancia.
8. Realizarse exámenes de seguimiento a los dos meses.

INFORMACIÓN TRANSVERSAL

PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (IAAS)

En el Hospital San Camilo el Programa se materializa en un documento que contiene todas las estrategias establecidas en la Norma Técnica 124 y es parte del Departamento de IAAS/CALIDAD.

El programa cuenta con un comité de IAAS, que es presidido por un médico y conformado por representantes de los Servicios Clínicos y de Apoyo, las coordinadoras de enfermería y matronería y las supervisoras de los Servicios Críticos Neonatología y UPC.

Su propósito es materializar los objetivos del Programa Nacional a nivel del establecimiento y para ello desarrolla un importante número de actividades como, por ejemplo: Vigilar a los pacientes con más riesgo de infección, mantener en los Servicios normas de prevención de las IAAS actualizadas, supervisar procesos claves como los de Esterilización, entre otras.

PERSONAS RECURSO: Se considerará persona recurso para la orientación en IAAS a cada integrante de Comité y los integrantes de los Equipos de IAAS de Servicios Clínicos, a quienes usted podrá realizar consultas:

- Médico de IAAS
- Enfermera de IAAS subrogante
- Matrona IAAS Neonatología
- Químico Farmacéutico Comité IAAS
- Enfermera de IAAS
- Matrona IAAS Ginecobstetricia
- Tecnólogos Comité IAAS

No olvidar que también son personas recurso frente a dudas, los profesionales supervisores/as y jefes de Servicios de Apoyo.

El Manual de Normas de IAAS, disponible en cada servicio, en el escritorio del PC de cada estación y oficina de las jefaturas, contiene las normas fundamentales en el quehacer clínico y de apoyo clínico:

- Técnica Aséptica: Lavado de manos clínicos y quirúrgico
- Programa de Prevención de Riesgos Biológicos en el Personal de Salud.
- Manejo e Implementación de los distintos tipos de Aislamientos.
- Prevención de IAAS asociadas a Procedimientos invasivos.

El Diagnóstico Epidemiológico de IAAS del Hospital San Camilo, que tiene cada jefatura, describe las infecciones más frecuentes de nuestro establecimiento, los patógenos, los indicadores que vigilamos etc. Información que usted debe conocer.

Es muy importante que revise: Enfermedades de Notificación obligatoria, las distintas enfermedades y su tipo de notificación. También puede acceder (optativo) a la página del Ministerio de Salud e informarse del acontecer nacional con relación a la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud. (www.minsal.cl).

HIGIENE DE MANOS:

Es la medida básica más importante y a la vez más simple para prevenir las IAAS. Tiene como objetivos eliminar la flora transitoria, disminuir la flora microbiana normal de la piel y prevenir diseminación de microorganismos por vía mano-portada.

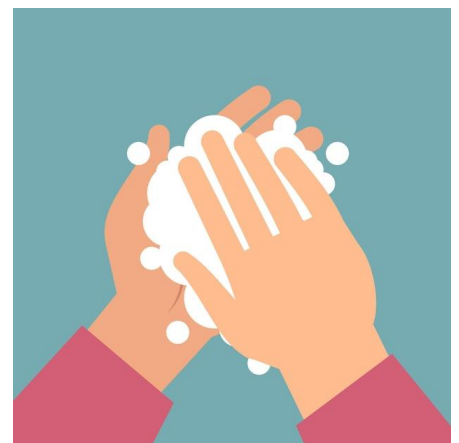
El tipo de higiene de manos dependerá de la calidad del contacto que se tendrá con el paciente. Para estos efectos es posible definir tres procedimientos:

- 1. Lavado Clínico:** Es el que se realiza antes y después de la atención de cada paciente y es la medida más importante para prevenir la transmisión de gérmenes perjudiciales en la atención sanitaria. El objetivo que se persigue es eliminar la suciedad visible, grasitud y flora transitoria adquirida en el hospital.

Esta práctica incluye jabón de uso hospitalario con o sin antiséptico (jabón líquido en dispensadores especialmente diseñados) y secado de manos con toalla de un solo uso. Duración del lavado de manos clínico: 40 a 60 segundos.

Los cinco momentos de la higiene de manos:

- Antes de tocar al paciente
- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica
- Después de riesgo de exposición a líquidos corporales
- Después de tocar al paciente
- Después del contacto con el entorno del paciente



- 2. Desinfección con Alcohol Gel:** Es la desinfección de manos que utiliza la aplicación de Alcohol gel sobre piel seca sin suciedad visible. El Alcohol Gel mata a los microorganismos sólo donde contacta con la piel, por lo que la cantidad debe ser suficiente (3 a 5 ml) correspondiendo a dos dosis del dispensador. **Se deberá realizar hasta 4 aplicaciones seguidas y luego recuperar la humedad de la piel.**

- 3. Lavado Quirúrgico:** Es el que se realiza antes de un procedimiento que involucra tomar contacto con el material o instrumental estéril que penetre en los tejidos,

sistemas o cavidades normalmente estériles, para inhibir la flora residente y mantener una baja población microbiana por un tiempo más o menos prolongado sobre la superficie de las manos. Incluye fricción con un jabón antiséptico de efecto residual por tiempo no menor a tres minutos, limpieza de uñas y secado con toalla estéril.

El lavado quirúrgico debe realizarse siempre previo a las cirugías mayores, instalación de Catéteres Vasculares Centrales y otros procedimientos invasivos de alto riesgo, incluyendo la preparación de NPT (nutrición parenteral total). También en cirugías menores y curaciones complejas en las que se requiere manipular material estéril que penetra o toma contacto con los tejidos.

Consideraciones generales en relación a higiene de manos en personal clínico:

- El personal debe usar las uñas cortas, limpias y sin esmalte. (ni transitorio ni permanente)
- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- Las manos partidas o agrietadas favorecen la colonización con flora microbiana transitoria.
- El uso de lociones o cremas permite restablecer las condiciones de acidez y humedad de la piel y ayuda a evitar la aparición de grietas en las manos producto del excesivo número de lavados. Se recomienda su uso al final de la jornada.

NORMAS DE AISLAMIENTO

En el siguiente cuadro se describen los elementos necesarios para implementar las precauciones específicas de aislamiento. También se describen los agentes correspondientes al tipo de transmisión:

| PRECAUCIONES ESPECÍFICAS | ELEMENTOS REQUERIDOS Y OPORTUNIDAD DE USO | AGENTES |
|--------------------------|--|--|
| CONTACTO | GUANTES EN LA MANIPULACIÓN DE TODOS LOS ELEMENTOS Y EQUIPOS USADOS POR EL PACIENTE. DELANTAL O PECHERA EN LA ATENCIÓN DIRECTA. DELANTAL MANGA LARGA EN LA MUDA DE PACIENTES ADULTOS CON DIARREA. | VRS, ROTAVIRUS, HERPES SIMPLE, CLOSTRIDIUM DIFFICILE, VARICELA, HANTA VIRUS, VIRUS HB, HC, MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES. |
| GOTITAS | SEPARACIÓN DE PACIENTE A MAS DE 1 METRO. MASCARILLA (QUIRÚRGICA) EN LA ATENCIÓN DIRECTA. COHORTE SI NO EXISTE SEPARACIÓN SEGÚN NORMA HABITACIÓN INDIVIDUAL SI SE DISPONE | MENINGOCOCO, DIFTERIA, COQUELUCE, HAEMOPHILUS, MYCOPLASMA, ADENOVIRUS, INFLUENZA, PAROTIDITIS, RUBEOLA, HANTA VIRUS. |
| AEREO | HABITACIÓN INDIVIDUAL CON PRESIÓN NEGATIVA. MASCARILLA DE ALTA EFICIENCIA (N95) AL ENTRAR A LA HABITACIÓN. TRASLADO DEL PACIENTE CON MASCARILLA QUIRÚRGICA. | VARICELA, HERPES ZOSTER, SARAMPIÓN, TUBERCULOSIS. |

***Juntos trabajamos,
para mejorar el bienestar
de nuestro Valle de Aconcagua.***





SERVICIO SALUD ACONCAGUA
HOSPITAL SAN CAMILO
DEPARTAMENTO IAAS/ CALIDAD
PGB/AL

RESOLUCIÓN EXENTA N° 4148

SAN FELIPE, 06 DIC 2022

VISTOS: Resolución N° 1.600/2008 de la Contraloría General de la República, y en uso de las atribuciones que me confiere el DFL N° 1 de 2005 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. 2.763 de 1979 y su Reglamento aprobado por el D.S. N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, Decreto N° 38 de 2005 Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud Autogestionados en Red, Decreto N° 03 de 2006 que modifica el Decreto N° 38 del 2005 y Resolución Exenta N° 167/2019 del Servicio de Salud Aconcagua dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

APRUEBASE la primera Edición de: "Manual de inducción funcionaria", vigente desde Diciembre del presente año.

DEJASE ESTABLECIDO que queda sin efecto la Tercera Edición de "Manual de Inducción Hospital San Camilo".

ANOTESE Y COMUNIQUESE


DRA. PAMELA GRAHAM B.
DIRECTORA (S)
HOSPITAL SAN CAMILO

Transcrito fielmente del original que he tenido a la vista


MARCIA CAROLA BORBARAN FERRADA
MINISTRO DE FE

DISTRIBUCIÓN

- Subdirección Médica
- Subdirección Administrativa
- Subdirección Gestión y Desarrollo de personas
- Unidad de Capacitación
- Dpto. IAAS / Calidad
- Oficina de partes