

NORMA N° 11

“PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA O SITIO QUIRÚRGICO”

INTRODUCCIÓN:

La infección de la herida operatoria constituye la mayor frecuencia de infección intrahospitalaria en el país. Su importancia se basa en la alta incidencia, su morbilidad inmediata y a largo plazo y el impacto económico que conlleva.

La infección de la herida operatoria puede producir complicaciones locales como: celulitis, abscesos, necrosis sépticas y complicaciones sistémicas como bacteremia secundaria o localizaciones en otros sistemas o en prótesis o implantes.

En relación al impacto económico conllevan:

- ◇ Prolongación de la hospitalización.
- ◇ Uso de antibióticos.
- ◇ Curaciones.
- ◇ Reintervenciones quirúrgicas.
- ◇ Otros costos: ausentismo laboral, y otros.

La prevención y control de I.IH. de esta localización, mejora la calidad de atención al paciente, a través de la disminución de tasas de infección.

OBJETIVO:

- ◇ Prevenir la infección de la herida operatoria.
- ◇ Mejorar la calidad de atención al paciente.

DIRIGIDO A:

- ◇ Profesionales: Médicos, Enfermeras, Matronas, Odontólogos.
- ◇ Alumnos Internos: Medicina, Enfermería, Obstetricia, Técnicos paramédicos del SB.
- ◇ Técnicos Paramédicos, Auxiliares de servicio.

DEFINICIONES:

INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA:

Debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios:

CRITERIO I

Presencia de pus en el sitio de la incisión quirúrgica, incluido el sitio de salida de drenaje por contrabertura, con o sin cultivos positivos, dentro de los primeros 30 días de la intervención quirúrgica.

CRITERIO II

Existe el diagnóstico médico de infección de la herida operatoria registrado en la historia clínica.

CLASIFICACIÓN DE LAS HERIDAS OPERATORIAS:

La magnitud del riesgo de infección de herida operatoria está estrechamente relacionada al tipo de intervención quirúrgica, por lo cual se han clasificado en cuatro grandes tipos de acuerdo al nivel de contaminación durante el acto quirúrgico.

TIPO 1 - LIMPIA:

Herida no traumática, no se encontró proceso inflamatorio en el acto quirúrgico, no hubo quiebre de la técnica y no se abrieron los tractos genitourinario, digestivo o respiratorio.

- Ejemplos:
- ◇ Hernia inguinal electiva.
 - ◇ Extracción del cristalino.
 - ◇ Extirpación de varices.
 - ◇ Operaciones en músculos o tendones.

TIPO 2 - LIMPIA CONTAMINADA:

Herida no traumática en que hubo trasgresión mínima de técnica o se entró al tracto digestivo, genitourinario o respiratorio sin derrame significativo de contenido. Incluye: sección de Apéndice o Conducto Cístico en ausencia de inflamación aguda y la entrada al tracto genitourinario o biliar en la ausencia de orina o bilis infectada.

- Ejemplos:
- ◇ Colectomía.
 - ◇ Resección de colon con preparación (sin infección o derrame del contenido significativo).
 - ◇ Prostectomía.
 - ◇ Ligadura y sección de trompas de Falopio.
 - ◇ Histerectomía.
 - ◇ Cesárea.

TIPO 3 - CONTAMINADA:

Cualquier herida traumática reciente de una fuente relativamente limpia. Incluye heridas quirúrgicas en que ha habido una trasgresión mayor de la técnica, derrame importante de contenido gastrointestinal o entrada al tracto genitourinario o biliar en presencia de orina o bilis infectada. Se incluyen operaciones con hallazgo de inflamación aguda no purulenta

Ej.: Colectomía en colecistitis aguda.

TIPO 4 - SUCIA:

Herida traumática de una fuente sucia, con tratamiento tardío, contaminación fecal, cuerpos extraños o tejido desvitalizado retenido. También se incluyen las heridas en que se encuentra inflamación bacteriana aguda o víscera perforada y aquellas en que se secciona tejido limpio para acceder a una colección de pus. Ej.: Laparotomía en peritonitis, fracturas expuestas.

La clasificación de un procedimiento puede variar dependiendo de las circunstancias y hallazgos quirúrgicos. Por ejemplo: un apendicectomía de un órgano normal es tipo 2, si el órgano está

inflamado pero no roto es tipo 3, si el apéndice está gangrenado o roto es tipo 4.

CONSIDERACIONES GENERALES:

I.- ORIGEN DE CONTAMINACIÓN BACTERIANA DE LAS HERIDAS OPERATORIAS.

1.- INOCULACIÓN DIRECTA:

a) Durante la intervención quirúrgica:

- Flora endógena:

- ◇ Propia del paciente.
- ◇ Colonización hospitalaria.
- ◇ Tejidos del huésped contaminados o infectados.

- Flora exógena:

- ◇ Manos del equipo quirúrgico.
- ◇ Material quirúrgico contaminado.

b) Período postoperatorio:

- Manejo de catéteres, drenajes.
- Tejidos contaminados o infectados, tejidos desvitalizados.

2.- CONTAMINACIÓN TRANSMITIDA POR AIRE:

◇ Durante la intervención quirúrgica:

Aunque son situaciones poco frecuentes, esta transmisión puede ser importante en alteraciones de los equipos de filtración de aire de pabellones, y en cirugías de duración prolongada con ausencia o incumplimiento de normas de circulación en pabellón.

◇ Período postoperatorio:

Esta posibilidad de contaminación se considera sólo en quemaduras e incisiones abiertas.

3.- DISEMINACIÓN HEMATOLINFÁTICA:

Esta contaminación puede originarse en infección preexistente proveniente de sitios diferentes al de la incisión: focos a distancia como infección urinaria, neumonía, infección dental., infecciones de piel en cualquier sitio.

II.- FACTORES DE RIESGO.

Se relacionan:

- ◇ Directamente al inóculo bacteriano.
- ◇ Directamente a la virulencia del agente.
- ◇ Inversamente a la resistencia del huésped.
- ◇ Directamente a la condición de la herida al término de la cirugía.

1.- HUÉSPED:

Comprobados: Obesidad.
 Diabetes Mellitus descompensada., alrededor del acto
 quirúrgico (Glicemia > 200 mg/dl)
 Presencia de focos distales.
 Tipo de herida.

2.- AMBIENTE: - Ambiente no controlado: Ausencia de Normas circulación.
 - Filtración de aire.
 - Antisépticos y desinfectantes contaminados.
 - Material no estéril.

3.- ATENCIÓN CLÍNICA:

Preoperatorio: - Estadía preoperatoria prolongada.

- Rasurado de piel.
- Preparación de piel más de 30 minutos antes de la intervención.
- Intraoperatorio:
 - Técnica quirúrgica traumática.
 - Quiebres en la técnica aséptica.
 - Tiempo quirúrgico prolongado.
- Postoperatorio:
 - Manipulación de la herida.

Con relación a estas consideraciones generales como origen de contaminación de herida operatoria y los factores de riesgo, surgen las medidas de prevención y control de infección en esta localización.

ESTRATEGIAS EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA:

- ◇ Reducción del tipo e inóculo de microorganismos.
- ◇ Mejoría de la condición de la herida al término de la cirugía a través de la técnica quirúrgica.
- ◇ Mejoría de las condiciones de defensa del huésped.
- ◇ Capacitación del personal.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA:

Se clasifican en:

- A.- PREOPERATORIO.
- B.- INTRAOPERATORIO.
- C.- POSTOPERATORIO.

A.- PREOPERATORIO

1. HOSPITALIZACIÓN PREOPERATORIA

Esta comprobado que la hospitalización prolongada es un factor de riesgo de infección. Como mecanismo se sugiere: Proliferación de microorganismos endógenos, proliferación de microorganismos hospitalarios.

- ◇ Se recomienda que el período de hospitalización preoperatorio sea el mínimo necesario, por lo cual en cirugías electivas el paciente debe ser evaluado en forma ambulatoria.
- ◇ En situaciones de suspensión de cirugía electiva el paciente debe ser dado de alta en forma transitoria si sus condiciones físicas lo permiten.

2. ESTADO NUTRITIVO

- ◇ Se recomienda en el preoperatorio la evaluación, manejo y tratamiento de la mal nutrición y obesidad.

3. PACIENTE CON DIABETES MELLITUS: mantener glicemia bajo 200 mg/dl. en período pre e intraoperatorio.

4. DESFOCACIÓN DE FOCOS INFECCIOSOS DISTALES

- ◇ Todo paciente que se interviene en forma electiva debe estar sin focos infecciosos distales (piel, dientes, tracto urinario, etc.), con el fin de evitar diseminación hemolinfática de microorganismos hasta el sitio de la intervención.

5. HIGIENE DEL PACIENTE

1. El paciente debe llegar al día de la intervención en condiciones higiénicas óptimas, por lo que se debe realizar capacitación en policlínico en el momento que es citado para hospitalización.

6. CAPACITACIÓN DEL PACIENTE EN POLICLÍNICO:

1. Hacer énfasis en cuidados de zona anatómica que se operé y brindar instrucciones escritas

respecto a su preparación previo a la hospitalización

7. PREPARACIÓN DE LA PIEL EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN

1. Remoción mecánica del vello de la zona operatoria, ésta se debe realizar con "Máquina de cortar vello o Tijeras" en el Servicio de origen del enfermo.
2. Se prohíbe el rasurado ya que aumenta 10 veces el riesgo de infección de herida operatoria.
3. Corte de uñas manos y pies.
4. Todo paciente la noche antes de la intervención debe realizarse baño de inmersión con jabón y luego ducha. La mañana de la intervención debe realizarse baño de ducha.
5. En los pacientes con higiene personal deficiente este baño debe ser supervisado con preocupación especial, por un miembro del equipo de salud.
6. El paciente que no pueda realizarse baño de inmersión debe hacerse baño en cama, con especial énfasis en la zona operatoria.
7. Posterior al baño el paciente debe colocarse camisa de dormir limpia y ropa de cama limpia.
8. El transporte si es realizado en camilla debe ser hecho con sábanas limpias.

8. PREPARACIÓN DE LA PIEL EN PABELLÓN

- La preparación de la piel tiene como objetivo:
- Disminuir la flora microbiana normal
- Eliminar la flora transitoria de la piel
- Proporcionar una solución antiséptica con efecto residual que disminuya el crecimiento bacteriano de la piel durante la intervención.

Por lo tanto:

1. Debe ser realizado en un período de tiempo no mayor a 30 minutos antes de la intervención quirúrgica.
2. Se prohíbe el rasurado ya que aumenta 10 veces el riesgo de infección.
3. Debe realizarse un lavado por arrastre de la zona operatoria con jabón antiséptico según Norma N° 3 del Comité de I.IH. y técnica aséptica que incluya guantes estériles, riñón estéril y compresa estéril para cada paciente.
4. Pincelación de la piel con solución antiséptica según Norma N° 3 del Comité de I.IH. el cual debe ser presentado en dispositivo estéril de un solo uso (copela, riñón).
5. La pincelación debe ser realizada con el mismo tipo de antiséptico utilizado en el lavado de piel.
6. En situaciones de alergia al yodo debe usarse Clorhexidina solución al 2%.

B.- INTRAOPERATORIO

1.- MANOS DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

1. Todo miembro del equipo quirúrgico debe realizarse lavado de manos quirúrgico previo a la intervención quirúrgica con jabón yodóforo o clorhexidina según Norma N° 4 del Comité de I.IH. Frente a la necesidad de realizar limpieza de lecho ungueal se utiliza "espátula" para este fin.
2. Todo guante de uso en los pabellones quirúrgico para las intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos debe ser estéril.
3. El personal que colabora en la presentación del material estéril debe efectuarse lavado clínico de manos con jabón antiséptico antes de manipular este material.

2.- ROPA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

1. El personal de pabellón y miembros del equipo quirúrgico reemplazaran el uso de botas de pabellón o cubrecalzado por zapato de uso exclusivo de pabellón. Estos zapatos deben ser cerrados y de superficies lisas, fáciles de limpiar. Cada miembro del equipo de salud tendrá la responsabilidad de mantener los zapatos limpios.
2. El equipo quirúrgico debe usar gorro limpio que cubra todo el cabello, y mascarilla de alta eficiencia durante el acto quirúrgico, que cubra todo el vello facial.
3. El equipo quirúrgico deberá usar delantal estéril con técnica aséptica rigurosa.

3.- MATERIAL QUIRÚRGICO:

1. Todo material quirúrgico se considera un artículo crítico por ingresar a tejidos normalmente estéril, por lo tanto debe ser estéril.
2. Cada equipo quirúrgico debe definir el protocolo del procedimiento quirúrgico, que incluya la descripción y cantidad de todo el material necesario a utilizar según tipo de cirugía, con el fin de optimizar el acto quirúrgico, disminuyendo el tránsito de personas y el tiempo quirúrgico y por lo tanto exposición de los tejidos.
3. La condición de esterilidad del material debe ser evaluada previa a la intervención por personal responsable en cuanto a indemnidad del envoltorio, fecha de vencimiento, sellos y controles químicos de esterilización.
4. El material a utilizar en implantes o prótesis sólo se certificará su esterilidad y estará en condiciones de uso, una vez efectuado el análisis de los controles biológicos de esterilización que deben ser negativos. Este material no debe salir de la central de esterilización sin el resultado del control biológico.
5. La zona operatoria debe ser aislada durante el acto quirúrgico con ropa estéril. Las zonas contaminadas cercanas al sitio de la intervención, ejemplo región perianal deben ser aisladas con compresas estériles u otro similar.

4.- PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

1. Se ha comprobado que la profilaxis antibiótica es de mayor utilidad en Heridas Limpias Contaminadas.
2. Se debe considerar profilaxis antibiótica en las Heridas Limpias cuando existe un factor de riesgo como es la utilización de un material protésico o cuando la infección implica riesgo vital para el paciente o secuela permanente.
3. La vía de administración preferida es la endovenosa ya que permite obtener altos niveles plasmáticos y tisulares.
4. Se recomienda la administración preoperatoria, dentro de los 60 minutos previos a la incisión quirúrgica ya, en la práctica se recomienda la administración en el momento de la inducción anestésica, con el fin de asegurar una adecuada concentración tisular del antimicrobiano en el momento de la incisión quirúrgica.
5. Se recomienda el uso de monodosis, no se ha demostrado el beneficio de la prolongación de su uso, por lo cual la profilaxis no debe ser mayor de 24 horas.
6. El esquema de profilaxis antibiótico debe realizarse según la intervención quirúrgica y debe estar normada en cada Subdepartamento Clínico, lo cual debe ser sancionado por el Comité de I.IH. y Comité de Farmacia del Hospital.
7. El antimicrobiano debe ser de acuerdo a Normas de uso adecuado de antimicrobiano y no debe incluir antimicrobianos de uso restringido de segunda o tercera línea.

8. La indicación de antibioprofilaxis debe registrarse en la ficha clínica del paciente. Los servicios clínicos deberán coordinar con Unidad de Anestesia y Pabellón, la administración de antibioprofilaxis velando por cumplir los puntos anteriores.

5.- DURACIÓN DEL ACTO QUIRÚRGICO

Debe ser la mínima necesaria de modo de disminuir el tiempo de exposición de los tejidos.

6.- REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA.

Deberá normarse sobre procedimientos que permitan conservar la temperatura corporal del paciente durante el acto quirúrgico, la hipotermia está demostrado que constituye un riesgo de Infección de herida operatoria.

7.- TÉCNICA QUIRÚRGICA

1. Debe considerar la técnica aséptica durante toda la intervención, la cual debe ser normada.
2. Toda técnica quirúrgica específica debe ser evaluada constantemente por profesionales de cada especialidad.
3. Si se utilizan drenajes en la intervención quirúrgica se recomienda que sean colocados por contrabertura y por el menor tiempo posible.

8.- AMBIENTE EN LA SALA DE OPERACIONES

1. Los profesionales del pabellón quirúrgico deben normar la circulación y comportamiento del equipo quirúrgico en la sala de operaciones, normativa que debe ser cumplida por todo el personal.
2. Se debe evitar turbulencias de aire en pabellón durante la intervención, por lo que se debe restringir sólo a las urgencias las salidas y entradas de los pabellones. De este modo se debe supervisar, previo al inicio de la cirugía, que se encuentre en el pabellón todo el material necesario para la intervención.
3. Debe existir un sistema de filtración de aire y de recambios por hora que garantice una disminución de la carga microbiana en cada pabellón.
4. El sistema de filtración de aire debe ser evaluado en intervalos de tiempo definidos por profesionales capacitados con el fin de certificar su funcionamiento y calidad.
5. El programa de mantención del sistema de filtración de aire de pabellón deberá ser entregado y conocido por el Jefe de la Unidad de Anestesia y Pabellón.
6. El Jefe de Anestesia y Pabellón deberá hacer cumplir el programa de mantención programada para el sistema de filtración de aire.
7. Al término de la intervención quirúrgica se debe realizar aseo con agua y detergente y luego desinfección de pisos, superficies de mesas y lámparas con amonio cuaternario y con un desinfectante de nivel intermedio como Alcohol 70 o Cloro 0,5% en superficie que entre en contacto directo con el paciente.

C.- POSTOPERATORIO

1.- MANEJO DE HERIDAS

1. Si no presentan complicaciones, las heridas operatorias no deben ser manipuladas en el postoperatorio, es decir no debe ser descubierta, tocada o curada.
2. Cuando sea necesario realizar curación debe ser hecha por profesional capacitado.
3. Toda curación debe ser realizada con técnica aséptica, realizando lavado clínico de manos con jabón antiséptico antes y después del procedimiento.

4. Todo material utilizado en la curación debe ser estéril.
 5. La herida operatoria debe mantenerse seca, por lo que no se recomienda el uso de gasas con antiséptico sobre ella ya que la mantiene húmeda y hace permeable los apósitos a material no estéril (tela) y el ambiente que la rodea.
 6. La periodicidad de las curaciones debe ser establecida según necesidad de mantener seca la herida operatoria.
 7. Toda herida infectada debe ser manejada con "precauciones estándar". Aquellas heridas que presenten microorganismos multirresistentes, deben ser manejadas con "aislamiento o precauciones de contacto".
 8. Todo material contaminado debe eliminarse en bolsa plástica rotulada, de acuerdo a Norma N° 6 Comité de I.IH.
- 2.- MANEJO DE DRENAJES
1. Los drenajes deben ser evaluados diariamente y retirados tan pronto cese su indicación.
 2. Los drenajes deben ser manejados por profesionales capacitados.
 3. Los drenajes deben ser mantenidos en circuito cerrado estéril, para lo cual el hospital dispone de dispositivos comerciales estériles.
 4. Cada Servicio debe realizar las gestiones necesarias para utilizar sólo drenajes cerrados.
 5. Los drenajes deben ser manejados con técnica aséptica rigurosa, deben ser medidos y cambiado el sistema de recolección por otro estéril.
 6. Se debe consignar en hoja de enfermería la cantidad y características del material drenado.

MEDIDAS DE INEFECTIVAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL SITIO QUIRÚRGICO

1. Cultivos rutinarios de superficie de pabellón.
2. Uso de cubre calzado.
3. Uso de escobillas para el lavado quirúrgico de manos.
4. Uso de mascarillas para circular en los pasillos de pabellón.
5. Uso de alfombras con desinfectantes a la entrada o en el interior de los pabellones.
6. Procedimientos de limpieza y desinfección diferentes en caso de Cirugía "contaminada" y "no contaminada".
7. Extensión del uso de antimicrobianos con fines de profilaxis por períodos mayores que la intervención quirúrgica y período postoperatorio inmediato.

EVALUACION DE LA NORMA DE “PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA O SITIO QUIRÚRGICO”

PRINCIPIO:

Se realizara evaluación de la norma de “Prevención y control de infección de herida operatoria o sitio quirúrgico” a través de la supervisión.

NORMAS:

1. Se realizará al menos una evaluación anual sobre el cumplimiento de la norma de “Prevención y control de infección de herida operatoria o sitio quirúrgico”
2. Se realizará a lo menos una vez al año evaluación de antibioprofilaxis en cirugías en que está

indicada.

3. Los Subdepartamentos clínicos quirúrgicos deberán aplicar programa de supervisión publicado en la página Web y evaluar el cumplimiento de la norma de “Prevención y control de infección de herida operatoria o sitio quirúrgico” www.ssvaldivia.cl.
4. Si la supervisión realizada se encuentra fuera de lo esperado deberá realizarse intervención para mejorar las prácticas.

PAUTAS DE SUPERVISIÓN

PREVENCIÓN HERIDA OPERATORIA SALA HOSPITALIZACION

PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE LA PIEL SALA

METODO DIRECTO

N°		SÍ	NO	% Cumplimiento
1.	Lavado de manos del operador.			
2.	Corta el pelo con tijera o máquina de cortar vello.			
3.	Mantiene indemne la piel posterior al procedimiento de corte de vello.			
4.	Lava la zona operatoria con jabón.			
5.	Baño de esponja o ducha, la noche antes o la mañana de la intervención.			
6.	Supervisa el baño realizado			
7.	Coloca ropa de cama y camisa de dormir limpia posterior al baño.			

PREPARACIÓN PREOPERATORIA DE LA PIEL SALA ENTREVISTA A PACIENTE

METODO INDIRECTO

N°		SÍ	NO	% Cumplimiento
1.	Córtale Vello con tijera o maquina de cortar vello			
2.	Se ducha la noche antes de la intervención quirúrgica			
3.	Se ducha la mañana previo a la cirugía			
4.	Se coloca ropa limpia después del baño			

POST-OPERATORIO MANEJO DE HERIDA

N°		SÍ	NO	% Cumplimiento
1.	Se manipula la herida sólo si hay signos de infección.			
2.	Se realiza curación solo según necesidad			
3.	Se maneja herida operatoria con gasas secas			
4.	Los drenajes se manipulan con técnica aséptica.			
5.	Los drenajes se mantienen en circuito cerrado			
6.	Se consigna en hoja de enfermería características de material drenado			

ESTADIA PRE OPERATORIA AUDITORIA DE FICHA CLINICA
METODO INDIRECTO

N°		SÍ	NO	% Cumplimiento
1.	Existe norma de estadía PRE- operatoria			
2.	Se hospitalizan los pacientes menos de 24 horas de intervención electiva.			

PREVENCIÓN HERIDA OPERATORIA PABELLÓN QUIRÚRGICO

PREPARACIÓN PREOPERATORIA PABELLÓN

N°		SÍ	NO	% Cumplimiento
1	Lavado clínico de manos del operador.			
2	Lava la zona operatoria con jabón antiséptico y agua por arrastre.			
3	Mantiene el vello en su sitio, evita rasurar.			
4	Realiza el proceso no más de 30 min. Antes de la intervención.			
5	Pincela la piel con antiséptico residual y efectivo (Povidona, Clorhexidina.)			

MANEJO DE ROPA ESTERIL DEL CAMPO OPERATORIO

N°		SÍ	NO	% Cumplimiento
1	Utiliza ropa estéril para el campo operatorio sin contaminar.			
2	La arsenalera arma su mesa estéril sin contamina			
3	La arsenalera mantiene el instrumental limpio libre de sangre			
4	La arsenalera mantiene la mesa seca			
5	Usa mascarilla de alta eficiencia e impermeable y de un solo uso.			
6	Mantiene la técnica aséptica durante toda la intervención.			

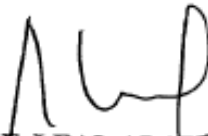
PROFILAXIS ANTIBIOTICA
METODO INDIRECTO REVISION DE FICHA CLINICA

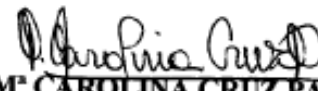
N°		SÍ	NO	% Cumplimiento
1	Existe norma de antibioprofilaxis en el servicio			
2	Se administra la profilaxis menos de 1 hora de la intervención quirúrgica			
3	Se utiliza Cefazolina 1 gr. EV			
4	Repite dosis de antibiótico sí la intervención dura sobre 3 horas			
5	Cesa la indicación a las 24 horas.			


BIBLIOGRAFÍA:


1. Normas de Procedimientos Invasivos para la Prevención y Control de las I.IH., MINSAL, 1989.
2. Manual de Prevención y Control de I.IH., Normas y Programa. MINSAL 1993.
3. Prevention and control Nosocomial Infections, Richard Wenzel, 2° edición 1993.-2003
4. Curso Precongreso “Actualización en medidas efectivas e inefectivas para prevenir infecciones”, “VI Congreso Chileno de control de infecciones intrahospitalarias y epidemiología hospitalaria”, 1998.
5. Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999, CDC, Atlanta, USA. (Infection Control and Hospital Epidemiology).
6. Infection Control and Hospital Epidemiology 2001.
7. II Reunión Decenal de Infecciones Intrahospitalarias, Santiago Chile 2003.


NORMAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN HERIDA OPERATORIA O SITIO QUIRURGICO DEBERA SER REVISADA Y ACTUALIZADA EN EL AÑO 2011


SRA. NORA F. LEAL ALARCON COMITÉ DE I.IH.
Enfermera Comité de I.IH.
Hospital Base Valdivia


DRA. M^a CAROLINA CRUZ PAREDES
Médico Comité de I.IH.
Hospital Base Valdivia


SERVICIO DE SALUD HOSPITAL BASE VALDIVIA


DR. PATRICIO ROSAS BARRIENTOS
Director
Hospital Base Valdivia


SERVICIO DE SALUD HOSPITAL BASE VALDIVIA

Valdivia, Septiembre 2008.

- Actualizada Septiembre 2008
- Actualizada octubre 2004
- Actualizada octubre del 2001.
- Actualizada noviembre 1999
- Elaboración septiembre 1994