

Protocolo Vigilancia y Manejo de Exposición con Sangre y Fluidos Corporales de Alto Riesgo en Personal de Salud

Información del Documento	
Objetivo	Normar el procedimiento de manejo de exposición a sangre y fluidos corporales de riesgo.
Alcance	Clínica Alemana de Santiago y todas sus sucursales.

Información de la Versión	
Fecha Elaboración	04/03/2002
Fecha Última Modificación	Marzo 2022
Fecha Próxima Revisión	Marzo 2025
Responsable del documento	Jefe de Unidad de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, Dr. Pablo Gaete G.
Equipo Desarrollador	Dr. Pablo Gaete G. - Dra. Lorena Porte T. - EU. Marta Contreras P. - EU. Claudia Calderon B.

Revisor		Aprobador	
Nombre:	Fecha:	Nombre: Dr. Bernd Oberpaur W.	Fecha: Marzo 2022
Cargo:		Cargo: Médico Director	
Nombre:	Fecha:	Nombre:	Fecha:
Cargo:		Cargo:	

1. Responsables de la ejecución

Todo personal clínico y sus Jefaturas.

2. Protocolo vigilancia y manejo post exposición con sangre y fluidos corporales en personal de salud

La exposición laboral a sangre y fluidos corporales es aquella en que existe contacto de piel o mucosas del personal de salud con fluidos de riesgo de un paciente o una fuente desconocida. Estos accidentes ocurren a través de salpicaduras, punciones, corte; o por contacto directo de piel no indemne o mucosas con estos.

PROCEDIMIENTO Y MANEJO ADMINISTRATIVO

1. Todo funcionario que sufra una exposición laboral deberá comunicarlo de inmediato a su Jefatura directa y proceder a:
 - a) Lavarse con abundante agua.
 - b) En caso de mucosa lavar con suero fisiológico o agua abundante.

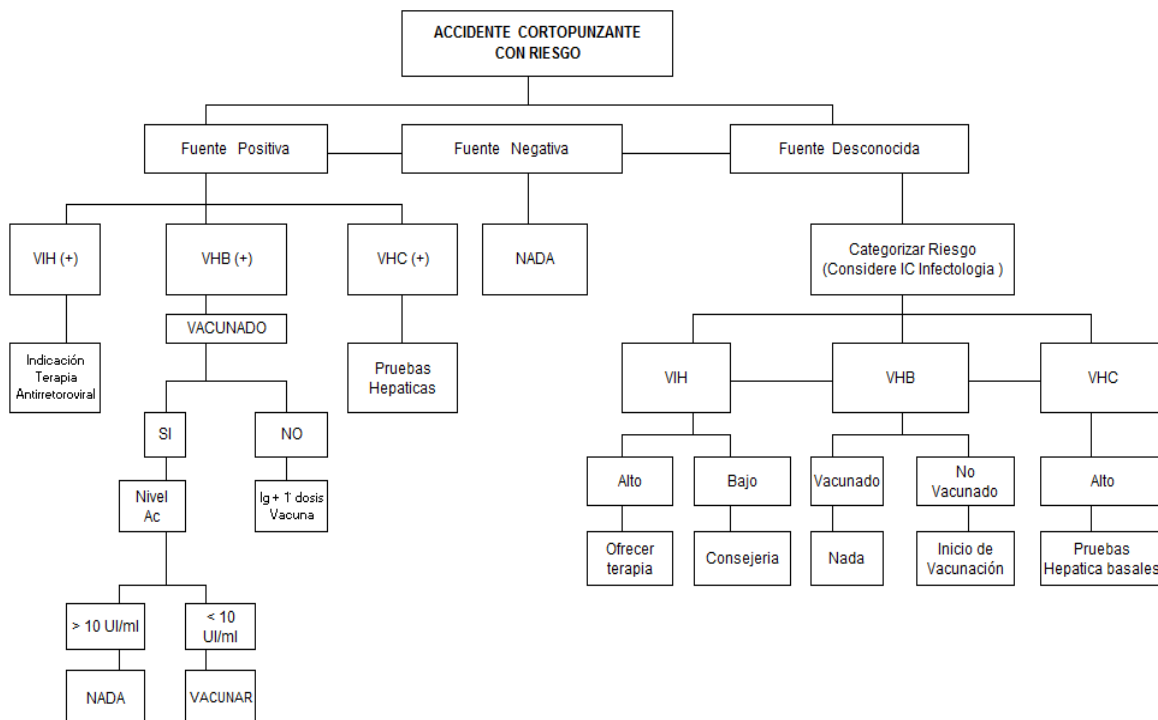
Y comunicarlo de inmediato a su jefatura directa

2. El Jefe directo o personal responsable en el turno debe registrar el caso en la hoja de "Vigilancia de Exposición Laboral" que está disponible en las Unidades de enfermería o en Intranet. (Anexo 1).
3. Calificar el riesgo de exposición de acuerdo a siguiente tabla y actuar en concordancia:

EVALUACION DE RIESGO DE EXPOSICION

EVALUACION	DEFINICIÓN	CONDUCTA
SIN RIESGO	Se considera accidente sin riesgo cualquiera exposición de <u>piel intacta</u> con deposiciones, secreción nasal, saliva, desgarro, sudor, vómitos, lágrimas y orina; salvo que tenga sangre masivamente visible	No requiere más valoraciones clínicas
CON RIESGO	Se considera accidente de riesgo cualquiera exposición percutánea, de mucosas o piel no intacta con sangre y/o secreciones contaminadas con sangre.	Obtener serologías para VIH, VHB y VHC a la fuente, de estar disponible. Enviar a Urgencia a todos los accidentados con fuente conocida positiva o fuente desconocida.

4. El consentimiento para el estudio serológico basal de VIH del paciente fuente debe ser obtenido por cualquiera de los miembros del equipo de salud a cargo del paciente (medico, enfermera, matrona o tecnóloga). Este consentimiento está disponible en Intranet. (Anexo 2)
5. La muestra de sangre para examen de VIH, VHB, VHC la tomará el personal a cargo del paciente (enfermera, matrona, tecnóloga) y se debe enviar al Banco de Sangre, con cargo a Unidad de Prevención de Riesgos.
6. Si la exposición laboral fue con sangre o fluidos corporales de un recién nacido (menor de 28 días) se deberá evaluar la serología (HIV, VHB, VHC) de la madre en reemplazo de una muestra de RN.
7. Es responsabilidad de la Jefatura Directa solicitar el resultado de las serologías obtenidas de la fuente.
 - Fuente Positiva; informar a funcionario y enviar a Urgencia
 - Fuente Negativa: no requiere acciones adicionales (Nada)
8. La información a la fuentes la realizara el médico tratante y/o el solicitante de la serología
9. El Médico de Urgencia debe evaluar a todos los accidentados “con riesgo” (Fuente positiva y Fuente Desconocida) y definir conductas de acuerdo al siguiente algoritmo: (considere obtener serologías al personal) (Solicitud en Anexo 3).



10. El seguimiento de los accidentados se realiza en mutualidad correspondiente previo contacto con Prevención de Riesgo.
11. El Flujograma global de manejo en CAS se describe en Anexo 4.
12. En el caso de definirse uso de antiretrovirales de urgencia los fármacos disponibles en forma unitaria son : Tenofovir / Emtricitabine (Truvada®) y Raltegravir (Isentress®)

3. Indicador de Calidad

Indicador	Tasa de exposición laboral a accidentes cortopunzantes con fluidos corporales de riesgo
Formula	$\frac{\text{Nº de Personal de Salud con accidentes a fluidos corporales en el período}}{\text{Nº Promedio anual Personal de Salud en el período}} \times 100$
Umbral	< 5%
Fuente de Información	Hoja de vigilancia de exposición laboral
Periodicidad	Anual
Responsable	Unidad de IAAS

Indicador	% de accidentes laborales por estamento
Formula	$\frac{\text{Nº de funcionarios acidentados por estamento acumulados en el semestre}}{\text{total de funcionarios por estamento}}$
Umbral	< 5%
Fuente de Información	Hoja de vigilancia de exposición laboral
Periodicidad	Semestral
Responsable	Unidad de IAAS

4. Documento de referencia

- Guideline exposure to hepatitis B, Hepatitis C, HIV with PEP. CDC, Atlanta, March 2009
- Guía Preventiva de Recomendaciones para Trabajadores(as) Sanitarios en Manejo de Material Cortopunzante. MINSAL Chile.

Anexo 1.

VIGILANCIA EXPOSICION LABORAL

I.- DATOS PERSONALES

NOMBRE FUNCIONARIO:.....

R.U.T......

CARGO: **SERVICIO O UNIDAD:**

FECHA:..... **HORA:**

PERSONA QUE EMITE EL INFORME:,.....

DESCRIPCION DE LA EXPOSICION:

.....

.....

• DURANTE EL PROCEDIMIENTO • FUERA DEL PROCEDIMIENTO:

EVALUACION		DEFINICIÓN
SIN RIESGO	<input type="checkbox"/>	Exposición de <u>piel intacta</u> con deposiciones, secreción nasal, saliva, desgarro, sudor, vómitos, lágrimas y orina; salvo que tenga sangre masivamente visible
CON RIESGO	<input type="checkbox"/>	Exposición percutánea, de mucosas o piel no intacta con sangre y/o secreciones contaminadas con sangre.

*Accidentes “Sin riesgo” no requieren continuar llenado de este formulario ni valoración adicional.

EN CASO DE ACCIDENTE CON RIESGO...

ANTECEDENTES DE LA EXPOSICION

- PINCHAZO AGUJA CON LUMEN :
- PINCHAZO AGUJA SIN LUMEN :
- PINCHAZO / CORTE CON BISTURI :
- SALPICADURAS :
- CORTES : (Especifique con que)

• OTROS:.....

FUENTE CONOCIDA SI NO

(Obtenga serologías)

NOMBRE (INICIALES) DEL PACIENTE FUENTE:.....

Nº HAB..... FONO CTO: (Solicitud de exámenes y CI en anexo 2)

USO DE EPP:

- | | | | | |
|-------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| • USO DE GUANTES | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • USO DE MASCARILLA | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • USO DE MASCARILLA CON VISOR | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| • USO DE PECHERA | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

¿ESTABAN LOS ELEMENTOS EN EL SERVICIO O UNIDAD?

SI NO

SERVICIO DE URGENCIA

(SI PROCEDE)...Considere obtención de serología al accidentado

DESCRIPCION DE LA LESION:

.....
.....

ANTECEDENTES SEROLOGICOS:

FUENTE:

- HEPATITIS B
- HEPATITIS C
- HIV
- DESCONOCIDO

PERSONAL:

- VACUNADO V.H.B.

CONDUCTA CLINICA (Considere consulta infectología)

.....
.....
.....

NOMBRE MEDICO URGENCIA

FIRMA MEDICO

Anexo 2.

SOLICITUD DE EXÁMENES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO “PACIENTE FUENTE”

Uno de nuestros trabajadores ha sufrido un accidente cortopunzante y como consecuencia de él estuvo en contacto con su sangre. Para un oportuno manejo de las eventuales consecuencias de este evento, es necesario hacer a su sangre los siguientes exámenes.

- Antígeno de superficie de la Hepatitis B
- Anticuerpos anti Hepatitis C
- Anticuerpos anti Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Estos exámenes no tendrán costo para Ud., los resultados se le informarán tan pronto como estén disponibles y el procedimiento no tiene más riesgo que una toma de muestra de sangre, si fuera necesario tomar una nueva muestra porque las disponibles no fueran suficientes. Como es habitual, toda la información de sus resultados será manejado de manera confidencial.

Le agradecemos su autorización para estas pruebas, cuyos resultados nos permitirán tomar medidas en forma oportuna para evitar o disminuir un eventual daño a nuestro colaborador

AUTORIZO.....

FIRMA

Nombre:.....Cl.....

Santiago,.....de.....de



Anexo 3.

**SOLICITUD DE EXAMENES
PERSONAL DE SALUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
ACCIDENTES CORTOPUNZANTES**

NOMBRE:

FECHA :.....

HORA :.....

EXÁMENES SOLICITADOS

- HIV
- ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B
- ANTICUERPOS HEPATITIS C

AUTORIZO REALIZACIÓN DE EXAMENES:.....

FIRMA

OBSERVACIONES:

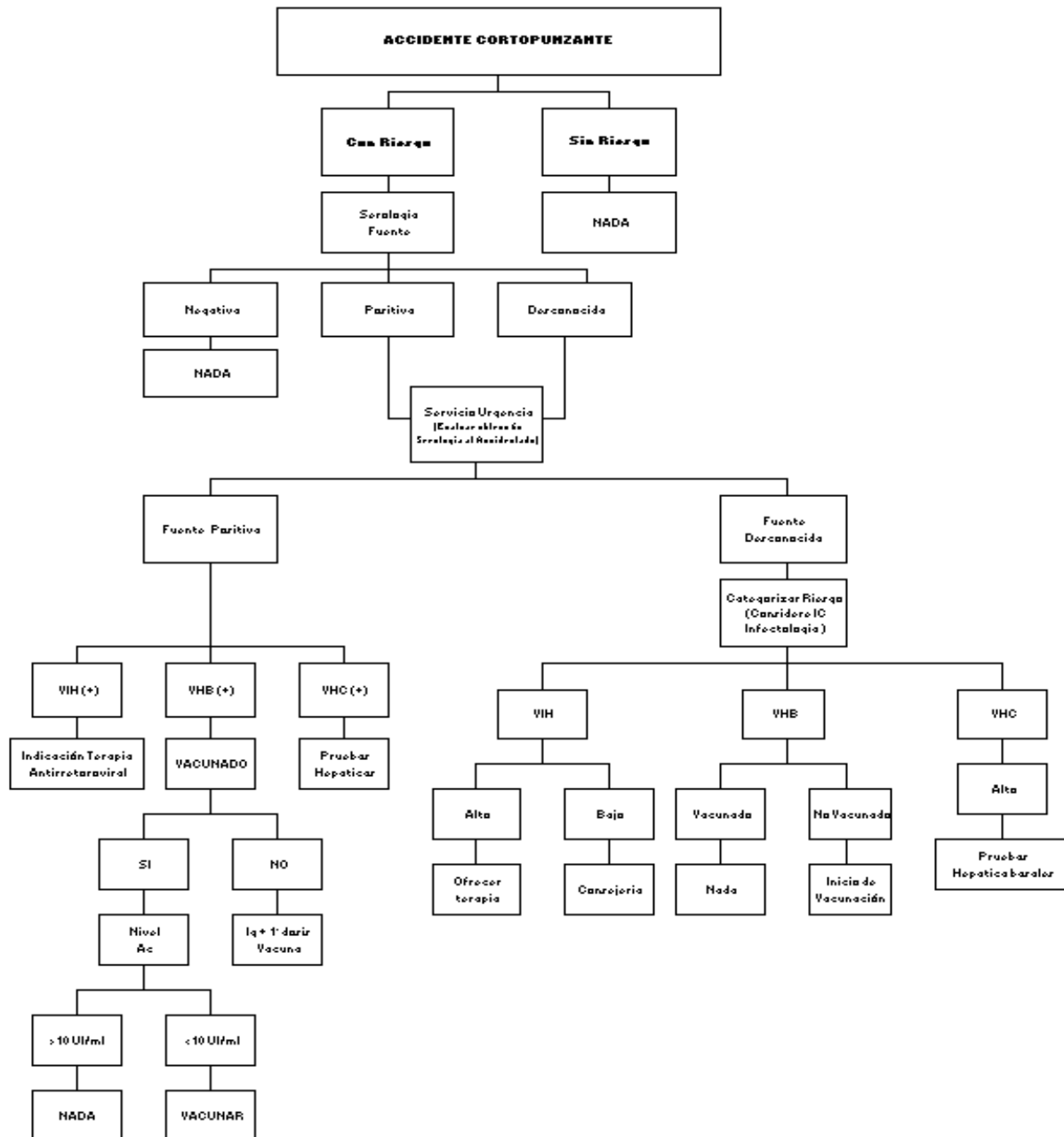
.....

.....

.....

Anexo 4.

**FLUJOGRAMA DE ACCIDENTE CORTOPUNZANTE
CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO S.A.**



5. Control de cambios

Versión	Elaborado por	Paginas revisadas	Descripción de la modificación	Fecha de Elaboración
1.0	IIH	Todas	Elaboración	2002
2.0	IAAS		Se actualiza vigencia del documento	Noviembre 2015
3.0	IAAS	Todas	Se realiza orden de la estructura y desarrollo del documento	Junio 2017
4.0	IAAS	Págs. 4-5	Actualización de la Estructura	Octubre 2018
5.0	IAAS	Páginas 2-4-5	Se modifica evaluación de riesgo , Indicador y Hoja de vigilancia	Junio 2020
6.0	Calidad	Pág. 1	Se incorpora en alcance frase "y todas sus sucursales"	Marzo 2022