Protocolo Vigilancia y Manejo de Exposición con Sangre y Fluidos Corporales de Alto Riesgo en alumnos de Pre y post Grado de Facultad de Medicina

|  |  |
| --- | --- |
| **Información del Documento** | |
| **Objetivo** | Normar el procedimiento de manejo de exposición a sangre y fluidos corporales de riesgo |
| **Alcance** | Transversal a la institución |

|  |  |
| --- | --- |
| **Información de la Versión** | |
| **Fecha Elaboración** | 1/07/2011 |
| **Fecha Última Modificación** | 10/03/2013 |
| **Equipo Desarrollador** | Dra Alejandra Marcotti /Dra Patricia González /EU Clara Draper/ EU Marta Contreras, Dra Olivia Trucco |

**1. Responsables de la ejecución**

Todo los alumnos de Pre y Post grado y Docentes de la Facultad de Medicina

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

La exposición laboral a sangre y fluidos corporales es aquella en que existe contacto de un personal de salud a través de su piel o mucosas a fluidos de riesgo de un paciente o una fuente desconocida por medio de un pinchazo, corte o contacto directo de piel no indemne.

**I.- PROCEDIMIENTO Y MANEJO ADMINISTRATIVO**

1. Todo alumno que haya sufrido una exposición laboral, deberá comunicarlo de inmediato a su Docente.
2. El alumno que sufra el accidente, deberá:  
   a) Lavarse con abundante agua el sitio lesionado.

b) En caso de mucosa lavar con suero fisiológico o agua abundante

1. El Docente responsable debe registrar el caso en la hoja de vigilancia de exposición con sangre y fluidos corporales de alto riesgo Se deben completar los rubros I y II. (se adjunta formulario).
2. Además el docente deberá solicitar el estudio serológico del paciente fuente (previo consentimiento informado) para VIH, VHB y VHC, excepto en casos en que se disponga de estos exámenes recientes.
3. 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
4. Las muestras de sangre para examen del paciente fuente deberá ser tomada por el personal a cargo del paciente (enfermera, matrona, tecnóloga). Estas consisten en 1 tubo de 4 ml sin anticoagulante (tubo tapa roja) y 1 tubo de 4 ml con EDTA (tubo tapa lila).
5. El alumno debe acudir inmediatamente al servicio de Urgencia del Hospital Padre Hurtado (HPH) o Clínica Alemana (CAS) con la hoja de vigilancia para su atención. En caso de producirse el accidente en, consultorios de la red deberá acudir al HPH, en caso de ocurrir en Mutual de Seguridad la primera atención se hará en ese mismo lugar.
6. El Médico de Urgencia debe calificar el riesgo de exposición e indicar el estudio serológico basal del alumnos. Si el accidente ocurre en el HPH o consultorios de la red pedirá que se realicen en el Hospital HPH los estudios de VIH, VHB VHC y el estudio de anticuerpos anti antígeno de superficie se le indicará a realizar en CAS, para este último examen el estudiante deberá acercarse al servicio de Urgencia de CAS, donde le indicarán como proceder. Si el accidente ocurre en CAS los exámenes se realizarán en la mismo Clínica. De ocurrir en la Mutual de Seguridad el estudio inicial se hará en el mismo centro y el estudio de anticuerpos anti antígeno de superficie se le indicará a realizar en CAS, para este último examen el estudiante deberá acercarse al servicio de Urgencia de CAS, donde le indicarán como proceder.
7. De acuerdo al nivel de riesgo de exposición, y el estado serológico del paciente fuente y del afectado, el médico del Servicio de urgencia aplicara las medidas terapéuticas en caso necesario
8. El comité de IAAS de ambas Instituciones HPH y CAS evaluara y registrara el evento según corresponda.
9. El alumno afectado realizara su seguimiento clínico y serológico en el policlínico de Infectología del Hospital HPH o con Infectólogo de CAS.
10. La entrega de los medicamentos se realizará en la farmacia del Hospital o Clínica según corresponda. El costo de medicamentos y la serología cuantitativa será asumido por la Facultad de Medicina UDD. Si los exámenes se realizan en CAS, la Facultad asumirá esos costos también.

**II.- NIVELES DE RIESGO DE**  **EXPOSICION**

**CON RIESGO**

Contacto de mucosas, piel no intacta, corte o inoculación principalmente con aguja con lumen de algunos de los siguientes fluidos biológicos: sangre, líquido de cavidades estériles (LCR., L. pleural, L. peritoneal, L. articular, etc.), secreción vaginal, semen, y cualquier fluido biológico contaminado macroscópicamente con sangre.

**SIN RIESGO**

Es la exposición de mucosas o piel no intacta a orina, heces, sudor, lágrimas o saliva proveniente de un paciente con serología positiva o negativa para VHB, VHC o VIH.

**III.- RIESGO POR AGENTES ESPECIFICOS.**

# Virus de inmunodeficiencia humana

**Fuente VIH NEGATIVA**

1. Derivar al alumno a la Enfermera de IAAS para educación y consejería con el propósito de que no tenga un nuevo accidente.

# Fuente VIH DESCONOCIDA

1. Evaluar el nivel de riesgo del accidente y ofrecer profilaxis si corresponde según evaluación de médico de urgencia de turno ( HPH) o infectólogo de turno (CAS) que debe dar la indicación.
2. Seguimiento serológico del afectado para VIH, VHB y VHC a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses
3. Educación y consejería.

**Fuente VIH POSITIVA  
El MEDICO DEBE:**

1. Evaluar el nivel de riesgo del accidente**:**
2. Recomendar profilaxis en aquellos accidentes con riesgo.
3. No ofrecerprofilaxis en aquellos accidentes sin riesgo (exposición a orina, heces, sudor y otros fluidos biológicos sin riesgo proveniente de pacientes VIH positivos).
4. Derivar al afectado a la Enfermera de IAAS para realizar seguimiento, educación y consejería

**IV PROFILAXIS POST EXPOSICION HIV (Norma CDC 2005)**

**La profilaxis de la infección por VIH debe iniciarse antes de las seis horas de ocurrido el accidente para lograr su máxima eficacia.**

**La decisión de terapia debe ser acordada con el infectologo de turno**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPO DE EXPOSICION** | **TIPO DE FLUIDO** | **PROFILAXIS** | **ESQUEMA** |
| **PERCUTANEA** | **SANGRE** |  |  |
|  | ALTO RIESGO | RECOMENDAR | AZT+3TC+Efavirenz o Ritonavir/lopinavir |
|  | BAJO RIESGO | OFRECER | AZT+3TC |
|  | FLUIDOS C/SANGRE | OFRECER | AZT+3TC |
|  | OTROS FLUIDOS | NO OFRECER |  |
| **MUCOSA** | **SANGRE** | OFRECER | AZT+3TC+ Efavirenz o Lopinavir/ritonavir |
|  | FLUIDOS C/ SANGRE | OFRECER | AZT+TC |
|  | OTROS FLUIDOS | NO OFRECER |  |
| **PIEL NO INDEMNE** | **SANGRE** | Igual que manejo Mucosas |  |

## **PROFILAXIS HEPATITIS B POST EXPOSICION**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AFECTADO** | **FUENTE** | | |
|  | **HBsAg ( + )** | **HBsAg ( - )** | **DESCONOCIDA o sin determinación.** |
| No vacunado | Administrar HBIG por 1 vez Iniciar esquema de vacunación | Recomendar vacunación | Recomendar vacunación Hepatitis B |
| Vacunado sin conocer respuesta de anticuerpos | Determinar Ac anti HBs Ag  > 10 mUI/ml = NADA  <10 mUI/ml = HBIG x 1vez + 1 dosis booster de vacuna | NADA | Determinar Ac anti HBs Ag>10 mUL/ml = nada  < 10mUl/ ml = 1 dosis booter de vacuna |
| Vacunado Respondedor | > 10 mUI/ml = nada. | NADA | NADA |
| Vacunado Conocido no respondedor | Administrar HBIG por 2 veces (día 0 y día 30). | NADA | Si la fuente tiene alto riesgo Epidemiológico se maneja como si fuera HBs Ag ( + ) |

Derivar al afectado a su mutual y/o medico particular si no corresponde mutual para el seguimiento de su exposición

**VIRUS HEPATITIS C**

* **FUENTE**Determinar los anticuerpos básales para VHC.

**ALUMNO**

* Determinar los anticuerpos básales VHC.
* En caso de que el accidente corresponda a accidente de riesgo y los fluidos corporales provengan de una fuente VHC positiva, se debe hacer seguimiento serológico a los 3-6 y 12 meses acompañado de medición de transaminasas.   
  Consejería sobre riesgo transmisión a pareja sexual.

Derivar al afectado a policlínico de Infectología HPH o Infectólogo de CAS para el seguimiento de su exposición

#### FLUJOGRAMA DE ACCIDENTE CORTOPUNZANTE

**CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO S.A.**

|  |  |
| --- | --- |
| Accidente Cortopunzante | |
|  |  |
| **Manejo inmediato**  **Hoja de Exposición Laboral**  **Toma de muestra de fuente** | |
|  |  |
| **Servicio de Urgencia**  **HPH- CAS** | |
|  |  |
| **Evaluación de Riesgo , solicitud exámenes y Tratamiento** | |
|  |  |
| **Comité de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud** | |
|  |  |
| **Registro de caso y seguimiento**  **Control en policlínico de Infectología** | |

### VIGILANCIA EXPOSICION LABORAL

**I.- DATOS PESONALES**

NOMBRE ALUMNO**: .......................................................................................................**

PROGRAMA: ................................................. SERVICIO O UNIDAD: .....................................

FECHA: .............................. HORA: ............................DOCENTE A CARGO……………………

TELEFONO CONTACTO: ................................... MAIL: ...................................

CONSULTA URGENCIA **:** **............................. SI** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **NO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

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

DESCRIPCION DE LA EXPOSICION**: ..............................................................................................**

**................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................**

**................................................................................................................................................**

NOMBRE DE LA FUENTE:…………………………………………………………..PIEZA…….………

**II.- ANTECEDENTES DE LA EXPOSICION**

**A) CAUSAS DE LA EXPOSICION DE SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES DE ALTO RIESGO:**

● PINCHAZO AGUJA CON LUMEN : ¡Error!Marcador no definido.¡Error!Marcador no definido. ● SALPICADURAS: ¡Error!Marcador no definido.¡Error!Marcador no definido.

● PINCHAZO CON BISTURI: ¡Error!Marcador no definido.¡Error!Marcador no definido. ● CORTADURAS: ¡Error!Marcador no definido.¡Error!Marcador no definido.

● PINCHAZO AGUJA SIN LUMEN**:** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**(Especifique con que) **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

● OTROS:.................................................................................................................................

● **ESPECIFIQUE:..........................................................................................................................**

**.........…..........................................................................................................................................**

**................…...................................................................................................................................**

**B) DURANTE EL PROCEDIMIENTO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **FUERA DEL PROCEDIMIENTO:** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

**C) ¿EL ALUMNO UTILIZABA LAS PRECAUCIONES ESTANDAR AL MOMENTO**

**DEL SUCESO?**

* USO DE GUANTES **SI** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **NO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**
* USO DE MASCARILLA **SI** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **NO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**
* USO DE MASCARILLA CON VISOR **SI** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **NO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**
* USO DE PECHERA **SI** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **NO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

**D) ¿CONOCIA LAS PRECAUCIONES ESTANDAR?**

**SI** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **NO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

**E) ¿HA RECIBIDO VACUNACION CONTRA HEPATITIS B?**

**SI** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **NO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

**Nº DOSIS …………… AÑO……………**

**F) ¿ESTABAN LOS ELEMENTOS DE PROTECCION EN EL SERVICIO ?**

**SI** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **NO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

**ESPECIFIQUE:..............................................................................................................................**

**......….............................................................................................................................................**

**......….............................................................................................................................................**

**......….............................................................................................................................................**

**EVALUACION SERVICIO DE URGENCIA**

**1.- DESCRIPCION DE LA LESIÒN: ……………………………………………………………...............**

**.............................................................................................................................................................**

**.............................................................................................................................................................**

**2.- ANTECEDENTES SEROLOGICOS CONOCIDOS:**

**FUENTE: PERSONAL:**

● HEPATITIS B **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** ● HEPATITIS B **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

● HEPATITIS C **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** ● HEPATITIS C **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

● HIV **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** ● HIV **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

● VACUNADO H.B. **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** FECHA………….

**3.- NIVEL DE RIESGO DE LA EXPOSICION:**

**CON RIESGO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** **SIN RIESGO** **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

**4.- SOLICITUD DE EXAMENES: SI ¡Error!Marcador no definido.¡Error!Marcador no definido. NO ¡Error!Marcador no definido.¡Error!Marcador no definido.**

**FUENTE: PERSONAL:**

● HEPATITIS B **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** ● HEPATITIS B **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

● HEPATITIS C **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** ● HEPATITIS C **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

● HIV **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.** ● HIV **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

● NIVELES ANTICUERPO **¡Error!Marcador no definido.****¡Error!Marcador no definido.**

**5.-TRATAMIENTO: ...........................................................................................................................**

**…………………………………………………………………………………………………………………...**

**OBSERVACIONES: ...............................................................................................................……….**

**.............................................................................................................................................................**

**NOMBRE MEDICO FIRMA MEDICO**

SOLICITUD DE EXAMENES

**EXPOSICION LABORAL CORTOPUNZATE**

**A) NOMBRE DE ALUMNO B) NOMBRE FUENTE**

**.............................................................. .............................................................**

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

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

**EXÁMENES SOLICITADO EXÁMENES SOLICITADO**

**ALUMNO FUENTE**

**- HIV**  **- HIV**

**- ANTIGENO SUPERFICIE B**  **- ANTIGENO SUPERFICIE B**

**- ANTICUERPOS HEPATITIS C  - ANTICUERPOS HEPATITIS C**

**FIRMA:.....................................................................................**

**OBSERVACIONES :**

**..........................................................................................................................................**

**..........................................................................................................................................**

**..........................................................................................................................................**

**..........................................................................................................................................**

SOLICITUD DE EXAMENES

**EXPOSICION LABORAL CORTOPUNZATE**

**NOMBRE DE ALUMNO :**

**..........................................................................................................................................**

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

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

**SI NO**

**-VACUNADO HEPATITIS B**

**EXÁMENES SOLICITADO**

**-ANTICUERPOS ANTI ANTIGENO DE SUPERFICIE (AUSAB)**

**FIRMA :.....................................................................................**

**OBSERVACIONES :**

**..........................................................................................................................................**

**..........................................................................................................................................**

**..........................................................................................................................................**

**AUTORIZACIÓN PARA PROCESO DE EXÁMENES**

Uno de nuestros alumnos 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……………………………… NO AUTORIZO**……………………………….

Nombre:………………………………………………………………………….CI……………………

Santiago……………de………………..de 2011