

# **MANUAL DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS 2008**

El presente manual corresponde a algunas secciones del Manual de Infecciones Intrahospitalarias del Hospital G. Fricke – 2006, transcritas en forma íntegra.

Solo para efectos informativos y de orientación

No es estrictamente aplicable en forma Local.

**Dr. Claudio Opazo Rojas**

**Medicina Nuclear**

# Índice

<b>ÍNDICE</b> .....	<b>1</b>
<b>TÉCNICA ASÉPTICA</b> .....	<b>5</b>
DEFINICIÓN .....	5
<b>LAVADO DE MANOS</b> .....	<b>6</b>
OBJETIVO .....	6
RESPONSABILIDAD DE LA NORMA:.....	6
<b>USO DE SOLUCIONES ALCOHOLICAS EN ANTISEPSIA DE MANOS</b> .....	<b>7</b>
OBJETIVO:.....	7
RESPONSABILIDAD DE LA NORMA.....	7
CONSIDERACIONES:.....	7
<b>USO DE GUANTES</b> .....	<b>8</b>
<b>USO DE MASCARILLA</b> .....	<b>10</b>
<b>MANEJO MATERIAL ESTÉRIL</b> .....	<b>11</b>
<b>MANEJO MATERIAL ESTÉRIL DESECHABLE</b> .....	<b>12</b>
OBJETIVO:.....	12
PRODUCTOS COMERCIALES ESTÉRILES.....	12
<b>PRECAUCIÓN CON SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES</b> .....	<b>13</b>
FLUIDOS CORPORALES:.....	13
FLUIDOS CORPORALES ALTO RIESGO:.....	13
FLUIDOS CORPORALES BAJO RIESGO:.....	13
BARRERAS PROTECTORAS.....	13
CONSIDERACIONES.....	14
<b>MANEJO DE ELEMENTOS CORTOPUNZANTES</b> .....	<b>15</b>
OBJETIVO .....	15
RESPONSABILIDAD DE LA NORMA.....	15
CONSIDERACIONES.....	15
<b>LÍQUIDOS BIOLÓGICOS CONTAMINADOS A LIQUIDOS BIOLÓGICOS CONTAMINADOS</b>	<b>16</b>
PLAN DE MANEJO PREVENTIVO DEL RIESGO DE EXPOSICIONES .....	16
PAUTA DE VACUNACIÓN.....	17
A QUIENES VACUNAR.....	17
INFECCIÓN VIRUS VIH.....	17
RIESGO LABORAL.....	17
PREVENCIÓN DE LAS EXPOSICIONES .....	17
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN LABORAL A SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES.....	17
RIESGO DE SEROCONVERSIÓN AL VIH FRENTE A LA EXPOSICIÓN LABORAL.....	18
PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS ATENDIDAS.....	18
PERIODO DE VENTANA.....	18
CONSEJERÍA PRE Y POST-TEST VIH.....	18
IMPACTO DEL USO DE DROGAS ANTIRETROVIRALES EN LA PREVENCIÓN DE LA SEROCONVERSIÓN.....	18
DEFINICIONES OPERATIVAS.....	19
INFECCIÓN POR VIH:.....	19

INTEGRANTE DEL EQUIPO SALUD CON RIESGO DE PRESENTAR EXPOSICIÓN LABORAL .....	19
PERSONA FUENTE.....	19
SEROCONVERSIÓN ASOCIADA A EXPOSICIÓN LABORAL .....	19
FLUIDOS CON RIESGO DE TRANSMITIR EL VIH.....	20
FLUIDOS SIN RIESGO DEMOSTRADO DE TRANSMITIR EL VIH.....	20
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE LA EXPOSICIÓN.....	20
EXPOSICIÓN CON RIESGO.....	20
EXPOSICIÓN SIN RIESGO DEMOSTRADO.....	20
PROFILAXIS POST EXPOSICION.....	20
CONSEJERÍA.....	22
SEGUIMIENTO DE CASOS DE EXPOSICIÓN LABORAL EN PROTOCOLO DE PROFILAXIS.....	22
INFECCIÓN VIRUS HEPATITIS B .....	23
RIESGO DE TRANSMISIÓN.....	23
CRITERIO DE EXPOSICIÓN.....	23
PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN.....	23
INFECCIÓN POR VIRUS HEPATITIS C.....	23
CRITERIO DE EXPOSICIÓN.....	23
RIESGO DE ENFERMEDAD.....	24
PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN .....	24
<b>NORMA DE MANEJO DEL RIESGO DE EXPOSICIONES.....</b>	<b>25</b>
PERSONAL EXPUESTO: .....	25
OBJETIVOS: .....	25
RESPONSABILIDAD DE LA NORMA:.....	25
AVISO HORARIO HÁBIL.....	25
AVISO HORARIO INHÁBIL .....	25
CATEGORIZACIÓN DE RIESGO DE EXPOSICIÓN.....	25
PROCEDIMIENTOS: .....	26
<b>ESQUEMA ACCIDENTE CORTOPUNZANTE .....</b>	<b>27</b>
<b>PROCEDIMIENTOS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES .....</b>	<b>28</b>
<b>LABORALES CON SANGRE.....</b>	<b>28</b>
<b>PARA EL LAVADO DE EQUIPOS O INSTRUMENTAL CONTAMINADO CON FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO, SOLO SE REQUIERE UTILIZAR DETERGENTE LÍQUIDO NEUTRO EN LAS DILUCIONES RECOMENDADAS POR EL FABRICANTE. PROCEDIMIENTO PUNCIÓN VENA PERIFÉRICA.....</b>	<b>28</b>
<b>PROCEDIMIENTO PUNCIÓN VENA PERIFÉRICA.....</b>	<b>29</b>
OBJETIVO .....	29
RESPONSABILIDAD DE LA NORMA:.....	29
EQUIPO.....	29
PROCEDIMIENTO .....	29
CONSIDERACIONES.....	30
<b>PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES INTRAVENOSAS.....</b>	<b>32</b>
<b>NORMA PARA PREVENIR INFECCIÓN URINARIA .....</b>	<b>34</b>
INDICACIONES Y DURACIÓN DEL CATETERISMO.....	34
INSTALACIÓN .....	34
MANTENCIÓN DEL CATÉTER.....	35

<b>INDICACIONES ESTÁNDAR .....</b>	<b>36</b>
OBJETIVO .....	36
QUE CONSIDERA.....	36
A QUIENES SE APLICA .....	36
ELEMENTOS.....	36
<b>PRECAUCIONES BASADAS EN EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN.....</b>	<b>37</b>
OBJETIVOS DE LAS PRECAUCIONES BASADAS EN EL MECANISMO DE TRANSMISIÓN .....	37
RESPONSABILIDAD DE LA NORMA:.....	37
A QUIENES SE APLICA: .....	37
<b>PRECAUCIONES EN TRANSMISIÓN AÉREA .....</b>	<b>38</b>
ELEMENTOS.....	38
<b>PRECAUCIONES EN TRANSMISIÓN POR GOTITAS.....</b>	<b>39</b>
ELEMENTOS.....	39
<b>PRECAUCIONES EN TRANSMISIÓN POR CONTACTO .....</b>	<b>40</b>
ELEMENTOS.....	40
<b>PATÓGENO DE IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA, MECANISMO DE TRANSMISIÓN.....</b>	<b>41</b>
ABSCESO DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA .....	41
ADENOVIRUS RESPIRATORIA EN NIÑOS MENORES .....	41
ENTEROCOCCO RESISTENTE A VANCOMICINA .....	41
CREUTZFELDT JAKOB.....	41
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE .....	41
ESTAFILOCOCCO (ENFERMEDAD POR) .....	42
ESTREPTOCOCCO GRUPO A (ENFERMEDAD POR) .....	42
GUILLAIN BARRE, SINDROME.....	42
HANTA.....	42
HERIDAS .....	42
HERPES ZOSTER (VARICELA ZOSTER) .....	42
IMPÉTIGO.....	43
LEPTOSPIROSIS .....	43
MENINGITIS .....	43
MULTIRESISTENTES .....	44
BORDETELLA PERTUSSIS (TOS FERINA COQUELUCHE) .....	44
RUBÉOLA .....	44
SARAMPIÓN.....	45
SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) Y PORTADORES DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).....	45
STAPHYLOCOCCUS (S.AUREUS).....	45
TÉTANOS .....	45
TUBERCULOSIS.....	45
VARICELA.....	46
PRECAUCIONES EN INMUNODEPRIMIDOS.....	46
MANEJO DE CONTACTOS.....	46
<b>RECOMENDACIONES DE RESTRICCIÓN DEL TRABAJO PARA EL PERSONAL QUE CURSA CON PATOLOGÍA ESPECÍFICA.....</b>	<b>47</b>
HERPES SIMPLEX EN MANOS .....	47
INFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA.....	47
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA .....	47

LESIONES EXUDATIVAS DE LA PIEL POR STAPHILOCOCO AUREUS Y OTROS .....	47
PAROTIDITIS.....	47
RUBÉOLA .....	47
SARAMPIÓN.....	47
SARNA .....	47
TUBERCULOSIS PULMONAR.....	47
VARICELA ACTIVA .....	47
HEPATITIS B Y C AGUDA .....	47
PORTADORES DE HEPATITIS B, C Y VIH CMV.....	47
DIARREA AGUDA INFECCIOSA .....	47
<b>RECOMENDACIONES PARA FUNCIONARIOS EXPUESTOS.....</b>	<b>48</b>
HEPATITIS B, C, VIH.....	48
MENINGITIS MENINGOCÓCICA.....	48
T.B.C.....	48
SARAMPIÓN, RUBÉOLA, VARICELA.....	48
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>49</b>

## Técnica Aséptica

### Definición

Es el conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante los procedimientos de atención de pacientes.

Los procedimientos más frecuentes utilizados para realizar técnicas asépticas son:

1. Lavado de manos de tipo clínico con jabón líquido.
2. Uso de guantes estériles.
3. Uso de mascarilla de alta eficiencia (desechables).
4. Uso de delantal estéril.
5. Uso de campo estéril para realizar los procedimientos clínicos.
6. Desinfección de las áreas donde se trabajará (lavado de la piel y uso de antiséptico).
7. Uso de material e instrumental estéril y/o desinfección de alto nivel (sistema vascular, respiratorio, urinario, etc.)
8. Manejo de los desechos biológicos contaminados

En la práctica clínica estos procedimientos pueden realizarse en forma separada o combinada.

En general, todos aquellos procedimientos en que se accederá a cavidades normalmente estériles del organismo y aquellos en que las consecuencias de una infección sean graves o pongan en riesgo la vida del paciente, se requieren técnica aséptica de "alto nivel", entendiéndose como tal el lavado quirúrgico de manos, uso de guantes estériles, campo estéril, material y equipos estériles.

**Esterilización** es un término absoluto que significa destrucción de toda forma de vida. No existen "niveles de esterilización".

En la práctica hospitalaria sólo se **considera estéril el material** que ha sido sometido a procedimientos específicos para este fin (autoclaves de vapor, esterilizador O.E., Esterilización por Formaldehído y Rayos gamma).

## Lavado de Manos

### Objetivo

- Eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la flora microbiana normal de la piel.
- Prevenir diseminación por vía mano/portada

### Responsabilidad de la Norma:

Esta norma deberá ser cumplida por Personal Profesional, Técnico y Administrativo cuando realizan atención o procedimiento a un a paciente.

1. Antes de lavarse las manos se retirará las joyas y subirá las mangas hasta cuatro traveses de dedo de la muñeca.
2. Se mojará las manos con agua corriente.
3. Se jabonará haciendo hincapié entre los espacios interdigitales y uñas.
4. Deberá enjuagarse con abundante agua corriente.
5. Se secará las manos y luego muñeca con toalla individual desechable
6. Cerrará la llave del agua sin contaminar.

### Consideraciones

1. El personal deberá llevar las uñas cortas, limpias y sin esmalte quebrado.
2. El uso de guantes de procedimiento no reemplazará el lavado de manos.
3. El lavado de manos clínico deberá realizarse antes de:
  - Iniciar la jornada de trabajo.
  - Manejar material estéril.
  - Atender a cada paciente.
4. Duración del lavado de manos clínico de 15 a 30 segundos



## USO DE SOLUCIONES ALCOHOLICAS EN ANTISEPSIA DE MANOS

### Objetivo:

Eliminar la flora microbiana transitoria y disminuir la flora microbiana normal de la piel  
Prevenir diseminación por vía mano portada.

### Responsabilidad de la Norma

Esta norma deberá ser cumplida por Personal profesional, técnico y Administrativo cuando realizan atención o procedimiento a un a paciente, siempre y cuando las manos no se hayan contaminado con algún fluido corporal o después de realizar un procedimiento invasivo en que se traspasan las barreras naturales del paciente.

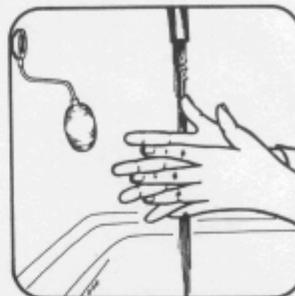
### Consideraciones:

- La incorporación de glicerol al 1 % o 3% en las soluciones de alcohol y otros emolientes ha demostrado menos lesiones de piel en el personal.
- No requiere de lavamanos y puede ser utilizado en cualquier lugar del centro asistencial
- El uso de alcohol en concentraciones de 60% a 70% en la antisepsia de manos reduce el número de microorganismos en una proporción mayor que las soluciones de jabón antiséptico.
- No es necesario uso de papel desechable para el secado de manos.
- La capacidad antiséptica del alcohol está dada por su capacidad de desnaturalizar las proteínas .
- Su actividad se ve afectada si las manos están contaminadas con fluidos orgánicos.
- No existe un número de veces que se aplica en las manos la solución alcohólica, lo importante aplicárselo todas las veces que sea necesario.

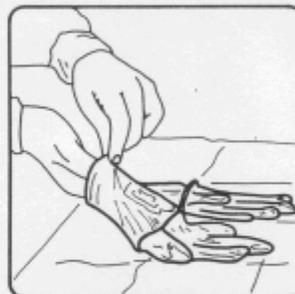
## Uso de guantes

# USO DE GUANTES

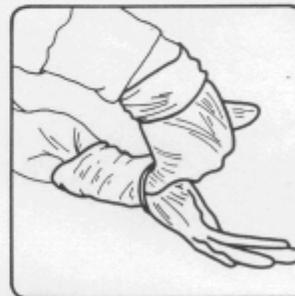
LAVAR Y SECAR LAS MANOS.



COLOCAR PRIMERO UN GUANTE TOMANDO EL INTERIOR Y LA CAÑA DOBLADA HACIA AFUERA.



CON LA MANO ENGUANTADA, COLOCAR EL OTRO GUANTE TOMANDO SOLO EL AREA EXTERNA ESTERIL.



CON LA MANO ENGUANTADA SUBIR LA CAÑA DEL PRIMER GUANTE.



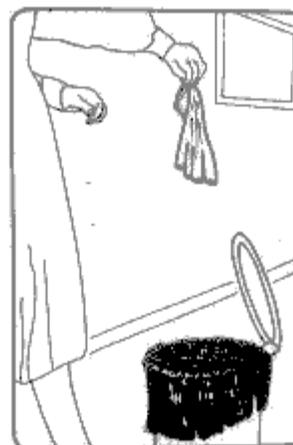
**PARA RETIRAR EL PRIMER GUANTE, TOMAR EL BORDE DE LA CAÑA, DARLO VUELTA COMPLETAMENTE Y DESECHAR.**



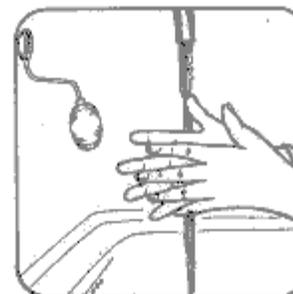
**PARA RETIRAR EL SEGUNDO GUANTE, TOMARLO POR LA CARA INTERNA Y DARLO VUELTA COMPLETAMENTE.**



**DESECHAR ANTES DE SALIR DE LA HABITACION.**



**LAVAR Y SECAR LAS MANOS.**

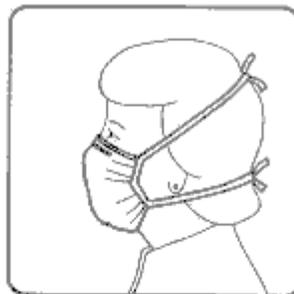


## USO DE MASCARILLA

# USO DE MASCARILLA



COLOCAR LA MASCARILLA CUBRIENDO NARIZ Y BOCA, LUEGO AMARRARLA TOMANDO SOLAMENTE LAS TIRAS.



MOLDEAR LA MASCARILLA A LA ALTURA DE LA NARIZ PARA QUE QUEDE COMODA Y SEGURA.

LAVAR Y SECAR LAS MANOS.



PARA RETIRAR, DESABROCHAR LAS TIRAS.



ELIMINAR LA MASCARILLA.

LAVAR Y SECAR LAS MANOS.



## Manejo Material Estéril

1. El material estéril deberá ser retirado de la sección Esterilización en carro limpio, idealmente exclusivo, para ser trasladado al servicio Clínico y Unidad.
2. El personal que manipula material estéril debe hacerlo previo lavado de manos.
3. Al almacenar el material se debe ubicar el con fecha más próxima de vencimiento sobre el más nuevo.
4. Todo material esterilizado debe tener la fecha de vencimiento de la Esterilización, en un lugar visible.
5. Deberá estar dentro del periodo de vigencia el cual deberá estar claramente señalado en su envase.
6. Deberá llevar en lugar visible los controles químicos correspondientes que evidencian que ha sido procesado.
7. El empaque deberá estar limpio, sellado e indemne.
8. La duración de la esterilización estará directamente relacionado con el buen almacenamiento y la Mantenición de la indemnidad del empaque del material en los Servicios Clínicos y unidades, pero como referencia local se aceptan las siguientes fechas :
  - El material esterilizado con un solo envoltorio (papel o género) tendrá duración de 7 días.
  - El material esterilizado con un doble envoltorio (papel o género) tendrá duración de 14 días.
  - El material esterilizado en papel de uso médico (termolaminado, crepado, SMS, polipropileno) tendrá duración de un año.
  - El material esterilizado en doble polietileno tendrá una duración de un año.
9. El material estéril en servicios Clínicos y Unidades deberá mantenerse en estantes cerrados, limpios y libres de humedad a 30 cm del suelo.
10. Todo paquete esterilizado deberá llevar su control químico, fecha de vencimiento y la identificación correspondiente.

## Manejo Material Estéril Desechable

### **Objetivo:**

Que el personal conozca el material que esta autorizado para ser reesterilizado en nuestro establecimiento, y las condiciones en que se debe efectuar este procedimiento.

### **Productos Comerciales Estériles**

Se entiende por material desechable el que está destinado a un solo uso y proviene de fábrica esterilizado en Rayos Gama u Óxido de Etileno. Su envase o envoltorio debe estar sellado e indemne. Se deberá guardar en estantes cerrados.

El método de esterilización debe estar especificado en la etiqueta.

El material debe tener un indicador químico de esterilización en lugar visible y especificar el periodo de vigencia en la etiqueta.

Un artículo esterilizado en rayos gamma no debería ser reesterilizado ni por rayos gamma ni en ningún otro método de esterilización que involucre otro agente químico debido a que la radiación que se absorbe es acumulativa en el material y no existe información que demuestra si ésta condición o reacciones químicas entre la radiación absorbida y otros agentes como el ETO y el formolaldehído pueden alterar el material

## Precaución con Sangre y Fluidos Corporales

### **Fluidos Corporales:**

Se entiende por fluidos corporales todas las secreciones o líquidos biológicos, fisiológicos o patológicos que se produzcan en el organismo.

### **Fluidos corporales alto riesgo:**

Sangre, semen, secreción vaginal, L.C.R., líquido pleural, líquido peritoneal, líquido amniótico.

### **Fluidos corporales bajo riesgo:**

Vómito, lágrimas, orina, deposiciones.

### **Barreras Protectoras**

Las barreras se aplicarán a los fluidos de alto riesgo sangre, semen, secreciones vaginales y a todos los fluidos que contengan sangre visible.

Las siguientes indicaciones deberán aplicarse en la atención de todos los pacientes Independiente de la edad o diagnóstico.

- a) Uso de guantes de Procedimiento.  
Se utilizarán para los siguientes procedimientos:
  - Toma de muestra de exámenes de sangre.
  - Manipulación de muestras de sangre y fluidos de alto riesgo.
  - Aseo genital en mujer y hombre.
  - Corte de vello perineal.
- b) Uso de guantes estériles:  
En procedimientos quirúrgicos o invasivos .
- c) Uso de mascarilla simple o anteojos protectores:  
En todo procedimiento en que se produzcan aerosoles o salpicaduras de riesgo de fluidos corporales.
- c) Percheras Impermeables  
Se deberá usar en todos los procedimientos en los que se produzcan derrame o salpicadura de sangre u otro fluido corporal.

ESTAS BARRERAS DEBEN UTILIZARSE EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE IMPLIQUEN RIESGO DE MANIPULACION DE SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES DE ALTO RIESGO.
---

## Consideraciones

1. Los fluidos corporales de bajo riesgo Ej. : Lágrimas, secreciones nasales y vómito no requieren medidas de protección, salvo las aconsejables por el sentido común.
2. El personal que tenga lesiones exudativas, pérdida de continuidad de la piel, dermatitis, etc., deberá protegerse con guantes en funciones que comprendan el contacto directo de los fluidos corporales de alto riesgo, deberá cambiar de actividad dentro del Servicio o Unidad si es posible.
3. Transporte de Muestras Clínicas:

Las muestras clínicas deberán transportarse al Laboratorio o Banco de Sangre, en receptáculos resistentes, en forma segura.

El llenado de los tubos o frasco deberá ser realizado en forma cuidadosa para evitar derrames.

Las tapas de plástico, tapa rosca, deberán ser colocados con cuidado .

Los tapones de algodón de cualquier tipo no debieran usarse.

4. Aseo de superficie y otros:

Todo derrame de sangre deberá ser limpiado con agua y detergente, este procedimiento deberá realizarse con guantes domésticos.

5. Eliminación de basura y desechos contaminados:

Los desechos Hospitalarios que no sean cortopunzantes deben eliminarse en bolsa negra resistente.

Los materiales cortopunzantes de uso Médico deben ser desechados en recipientes resistentes a las presiones, los cuales antes de ser eliminados deberán ser sellados, rotulados contaminados y eliminados a la basura común.

Los desechos líquidos se deberán eliminar en el W.C.

**TODO LO ANTERIORMENTE EXPUESTO DEBE APLICARSE EN LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN DE CUALQUIER PACIENTE EN TODO MOMENTO Y EN CUALQUIER ÁMBITO DE LA ATENCIÓN DE SALUD (HOSPITAL, CONSULTORIO, LABORATORIO, ETC.).**

## Manejo de Elementos Cortopunzantes

Material Cortopunzantes: Agujas, hojas de bisturí, hojas de afeitar.

### Objetivo

Lograr que el personal tome conciencia del manejo de estos elementos y prevenir lesiones cortopunzantes durante la jornada

### Responsabilidad de la Norma

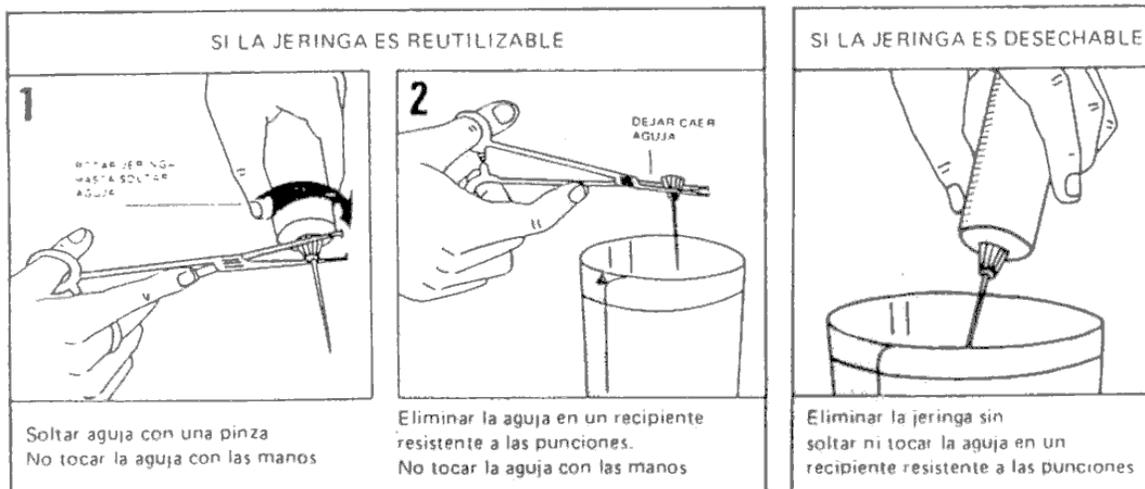
Será responsabilidad de todo el equipo de Salud ( Profesionales, Técnicos y Administrativos )

1. Todo elemento cortopunzante deberá eliminarse en recipientes resistentes para éste fin.
2. Los recipientes para material cortopunzante desechable pueden ser de plástico, cartón grueso o metálico.
3. Las agujas no deberán recapsularse para ser introducidas al recipiente.
4. Los recipientes deberán estar en un lugar visible y previamente identificados.
5. Las agujas y bisturí deberán desmontarse con una pinza, en ningún caso con las manos antes de ser introducidas.
6. Ante uso de recipiente plástico, cartón o metal:
  - a) Deberán mantenerse seco.
  - b) Una vez lleno el dispositivo para eliminación de cortopunzantes, se deberá rotular contaminado, sellar y eliminar a la basura común.
7. Los recipientes de cortopunzantes no deben sobrepasar los 3/4 de su capacidad

### Consideraciones

- Las jeringas desechables pueden eliminarse en forma completa en tachos resistentes.
- En caso de eliminarse en forma separada jeringa de aguja, las jeringas pueden enviarse a la basura común.

#### ELIMINACION DE MATERIAL PUNZANTE



## Accidentes Laborales por Exposición a Líquidos Biológicos Contaminados a líquidos biológicos contaminados

El personal de salud se ve enfrentado a la posibilidad de contagio de enfermedades infecciosas micóticas, bacterianas, virales, parasitarias y otras, durante el desempeño de sus funciones.

La prevención de riesgos en el campo de los agentes biológicos, reviste la mayor importancia, ya que algunos de ellos son particularmente agresivos para el ser humano, provocando enfermedades que requieren costosos y complejos tratamientos.

En todo lugar de trabajo donde exista el riesgo de exposición de personas a agentes biológicos, se debe mantener en funcionamiento un programa de vigilancia epidemiológica, de transmisión de enfermedades infecciosas.

Ante la gravedad que reviste el contagio con agentes virales causantes de Hepatitis, en sus distintos tipos, y de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, se hace necesario contar con programas específicos para la evaluación y manejo de los accidentes que involucren riesgo de infección con ellos.

Para abordar el tema de la vigilancia epidemiológica frente al riesgo de infecciones virales, es necesario tomar en cuenta algunas consideraciones y definiciones como las siguientes.

- a) El riesgo de infección ocupacional por **Hepatitis B** es más alto que el de infección por **VIH**.
- b) El mayor riesgo se produce ante accidentes por cortes con instrumental quirúrgico que contiene líquidos biológicos de riesgo, pinchazos con aguja hueca o sólida, exposición de piel herida o mucosa lacerada.
- c) Constituyen líquidos biológicos de riesgo la sangre, otro líquido contaminado con sangre, líquido de cavidades estériles (articular, pleural, pericárdico, amniótico, etc., exudados de heridas y drenajes, semen y saliva (en tratamientos dentales o maxilofaciales).
- d) No constituyen líquidos de riesgo de accidente laboral la orina, las deposiciones, la expectoración, el sudor, las lágrimas, la leche materna, el vómito.
- e) No existe riesgo por contacto de líquidos biológicos con piel intacta.
- f) Se define un accidente con exposición significativa y riesgo de infección **VIH** o **Hepatitis B** al contacto de mucosas (oral o conjuntiva), piel no intacta, contacto percutáneo (pinchazo o corte) con líquidos biológicos de riesgo.
- g) Se considera inmune en caso de Hepatitis B al trabajador vacunado con tres dosis, al que haya tenido Hepatitis B debidamente documentada y al trabajador que tiene anticuerpos anticore para Hepatitis B.

### Plan de Manejo Preventivo del Riesgo de Exposiciones

Naturalmente la prevención es la manera más importante de evitar la aparición de la enfermedad, por lo que se debe informar al personal de salud los riesgos de contraer la Hepatitis B.

En el caso de la Hepatitis C, de transmisión parenteral y que ocasiona la mayoría de las Hepatitis post transfusionales, es importante determinar un estudio de los donantes o receptores previo a la transfusión e informar de inmediato cualquier accidente que ocurra en la aplicación de la técnica.

La aparición del virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y su transmisión por sangre y/o derivados, ha reforzado el interés por evitar y controlar los accidentes.

Siendo la prevención el pilar más importante en la lucha de estas enfermedades y existiendo en la actualidad Vacuna anti Hepatitis B se recomienda vacunar a todo el personal expuesto al riesgo.

## Pauta de Vacunación

El régimen de inmunización habitual consiste en aplicar vía intramuscular, en la región deltoidea, tres dosis de la vacuna ( 1ml= 20 mcg) en el siguiente esquema:

- Primera Dosis : en fecha elegida
- Segunda Dosis : a los treinta (30) días de la primera fecha.
- Tercera Dosis : a los ciento ochenta (80) días de la primera fecha  
(01 de diciembre de 1999).

Las reacciones adversas más frecuentes son: dolor local, eritema, inflamación el lugar de la inyección, que subsisten por sólo dos días siguientes a la vacunación. Es raro un síndrome febril con cefalea.

## A Quienes Vacunar

A todo el personal de salud que esté en contacto con pacientes en riesgo: Médicos Cirujanos, Enfermeras, Personal que maneja fluidos de alto riesgo (Paramédicos), Personal de pabellón, UCI, Banco de Sangre y Urgencia, Personal de aseo de zonas de riesgo, Personal de toma de muestras y Laboratorio.

Otra medida de prevención es facilitar medidas de tipo barrera tales como guantes, lentes, mascarillas, ropa adecuada para el personal, disposición de elementos cortopunzantes y material contaminado entre otros.

## Infección Virus VIH

### Riesgo laboral

### Prevención de las exposiciones

La prevención de las exposiciones a sangre y fluidos corporales descritos como de riesgo en la atención de salud es el elemento fundamental para prevenir la infección por VIH. Las medidas más razonables para conseguirlo consisten en la aplicación de las precauciones estándares ante cada procedimiento en que esté involucrado el contacto con sangre y fluidos corporales.

### Frecuencia de exposición laboral a sangre y fluidos corporales

En Chile, las exposiciones a sangre y otros fluidos provenientes de personas enfermas en el ámbito de la atención de salud son frecuentes, se ha publicado 1208 exposiciones a sangre en 10 hospitales complejos que han establecido vigilancia, entre 1989 y 1998. Se describe una incidencia de 4,6 por 100 años persona.

En el ámbito de la atención en salud las exposiciones más frecuentes comunicadas corresponden a **punciones con agujas**, en los diversos trabajos ellas producen entre el 18% y el 97% del total de las exposiciones. Cuando se estipula el tipo de aguja con la que se produjo la exposición, fue con **aguja de lumen** entre el 24% y el 97% del total de exposiciones; y con **aguja sin lumen**, maciza, entre el 9% y el 18% del total de las exposiciones.

## Riesgo de seroconversión al VIH frente a la exposición laboral.

El riesgo de seroconvertir a VIH se asocia a la prevalencia de VIH en las personas atendidas y al tipo de exposición.

Estudios internacionales de seroconversión conocida en exposiciones, muestran que en orden decreciente existe mayor riesgo en punción por aguja con lumen llena de sangre (0,55/100 expuestos), herida por instrumento cortante (0,29/100 expuestos), contaminación de piel y mucosas (0,25/100 expuestos), herida percutánea (0,2/100 expuestos), lesión por aguja con lumen (0,16/100 expuestos), contacto con piel previamente dañada (0), punción por aguja con lumen parcialmente con sangre (0).

## Prevalencia de Infección por VIH en personas atendidas.

En Chile, en población general representada por embarazadas, se estudia la prevalencia del VIH por metodología centinela. Estos estudios tienen sesgo de ser realizados en el sector público, y en mujeres, siendo la exposición sexual más frecuente en hombres que tienen sexo con hombres, pero al hacer de puente entre ambas la población de hombres bisexuales, la prevalencia en embarazadas es indicador indirecto de lo que ocurre con los hombres.

La prevalencia más elevada que se ha encontrado en estos estudios corresponde a la Región Metropolitana, que en 1999 alcanzó a 0.05 por 1000 embarazadas en la Región Metropolitana. El intervalo de confianza para esa región este año fue de 0 a 0.1 (CONASIDA).

En Comunicaciones nacionales se refiere que entre el 1 y 2,4% de las exposiciones laborales a sangre y fluidos corporales provienen de persona fuente VIH (+). Esta información puede adolecer de sesgos, como es el de generarse en hospitales complejos y la posible mayor notificación de las exposiciones a sangre VIH (+). A la fecha en Chile **no se ha notificado seroconversión en integrantes del equipo de salud expuestos por esa vía.**

## Periodo de Ventana

El tiempo que media entre la exposición y la seroconversión depende de la sensibilidad de los exámenes serológicos utilizados. En la actualidad, en Chile, el periodo máximo de ventana **alcanza a 8 semanas.**

Las técnicas de tamizaje más frecuentemente usadas corresponden a enzimoimmunoensayo (ELISA), con técnicas de tercera generación que permiten detectar todas las clases de Inmunoglobulinas (IgG, IgA, IgM).

## Consejería Pre y Post-Test VIH.

Proceso individual, realizado por el personal debidamente entrenado en consejería, (resolución 211 del 10 de Marzo de 1994), destinado a darle a conocer a la persona expuesta las alternativas existentes para el manejo de la exposición laboral, apoyándola en la toma de decisiones farmacológicas y de prevención en general.

## Impacto del uso de drogas antiretrovirales en la prevención de la seroconversión.

En el principal estudio realizado para evaluar el impacto del tratamiento de la exposición laboral, se ha estimado que el uso de la Zidovudina (AZT), disminuiría en 79% el riesgo de seroconversión, después de exposición percutánea a sangre infectada por VIH. Este estudio presenta diversos sesgos y problemas de diseño, entre ellos el estudio de profilaxis post exposición solamente con AZT por lo que no hay evidencias del impacto del uso de antiretrovirales.

El Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos recomienda asociar (Indanavir a AZT/Lamivudina (AZT/3TC ). Sin embargo, en esta norma no se considera que existan evidencias suficientes para agregar el tercer fármaco ( Indinavir).

## Definiciones Operativas

### Infección por VIH:

Esta norma define como infectado por VIH a una persona cuya muestra de sangre ha cumplido con las siguientes condiciones:

2 exámenes de serología positiva de tamizaje para anticuerpos contra VIH realizados en el nivel local con las técnicas descritas en "**Antecedentes**".

En caso de resultado positivo en ambos exámenes, la muestra se remitirá al Instituto de Salud Pública de Chile para examen confirmatorio (resolución 478 del 6 de mayo de 1988).

La muestra es confirmada, lo que ocurre en el 60% de los casos inicialmente positivos al tamizaje local ( ISP, Abril 1999).

A la persona con ese resultado confirmatorio se le practica una segunda muestra de sangre para realizar un nuevo examen, único, con el mismo test de tamizaje original, denominada **prueba de identidad** para asegurar que el resultado confirmado corresponde a la persona (Resolución 211 del 10 de marzo de 1994).

### Integrante del equipo Salud con riesgo de presentar exposición laboral.

Son quienes trabajan prestando atención clínica directa a personas en establecimientos asistenciales tanto ambulatorios como de atención cerrada y/o que manipulan fluidos corporales descritos de riesgo para la transmisión del VIH. (ver punto 5).

### Persona Fuente.

Se define como "Persona Fuente" a la persona cuya sangre o fluidos corporales están involucrados en una exposición laboral.

### Seroconversión asociada a exposición Laboral.

La situación debe cumplir con los siguientes criterios:

- Ser integrante del personal de salud con examen de serología negativa para VIH, documentado con examen realizado dentro de los 7 días siguientes a la exposición.
- Exposición documentada a sangre o fluido de alto riesgo procedente de:
  - Persona conocida como VIH (+).
  - Persona fuente no identificable.
  - Persona fuente no estudiada.
  - Excluye exposición a sangre o fluido sanguinolento procedente de persona fuente con examen VIH (-)
- Integrante del personal de salud expuesto presenta un examen confirmado de anticuerpos para VIH en un periodo de hasta tres meses después de la exposición.

Se excluyen:

- Trabajadores de la salud con serología VIH positivo confirmado en el primer examen.
- Si no existe exposición laboral de riesgo documentada.

### **Fluidos con riesgo de transmitir el VIH.**

Los fluidos con riesgo de transmitir el VIH son sangre, cualquier fluido corporal sanguinolento y fluidos corporales provenientes de cavidades normalmente estériles del organismo, tales como líquido amniótico, pleural, cefalorraquídeo, articular, entre otros.

### **Fluidos sin riesgo demostrado de transmitir el VIH**

No se ha descrito en el mundo casos de transmisión del VIH por exposición a saliva, sudor, deposiciones y orina, por lo que se consideran fluidos **sin riesgo** de transmisión.

### **Clasificación del Riesgo de la Exposición**

De acuerdo a la información epidemiológica disponible en el mundo y considerando las acciones que se realizan con las personas expuestas, por consenso se clasifican las exposiciones como con riesgo y sin riesgo demostrado.

#### **Exposición con riesgo.**

- Herida profunda, que causa sangramiento, provocado por un instrumento con lumen, lleno de sangre o fluido corporal de riesgo, o a simple vista contaminada con sangre o fluido corporal de riesgo.
- Exposición de mucosas o herida, a sangre o fluido corporal a simple vista contaminado con sangre.
- Derrame de sangre o fluido corporal con riesgo en una solución de continuidad de la piel tales como: dermatosis o eczema.

#### **Exposición sin riesgo demostrado.**

Todas las exposiciones no descritas en el punto anterior se consideran sin riesgo. Ante otras exposiciones, **no** se han descrito seroconversiones, tales como:

- Herida superficial, que no causa sangramiento o escarificación
- Herida con instrumento que no está a simple vista contaminado con sangre o fluido corporal con riesgo.
- Exposiciones de piel intacta o sana con sangre o fluido corporal de cualquier tipo.

**PROFILAXIS POST EXPOSICION (PPE)** se determina según Tabla 1

1.- **"No recomendación"** en que no se ha demostrado riesgo conocido y la toxicidad de las drogas excedería los beneficios.

2.- **"Ofrecer"** en que el riesgo es insignificante, y es dudoso si un título alto de HIV podría justificar PPE, debe decidirse en conjunto con el expuesto y el médico infectólogo a cargo, y en caso de fuente desconocida.

3.- **"Recomendar"** En que se ha demostrado riesgo de Transmisión y se justifica PPE.

#### Conducta Post Exposición

**Tabla N° 1**

Persona fuente	Exposición con riesgo	Exposición sin riesgo
Serología para VIH (+) conocida	Consejería VIH basal al trabajador Recomendar profilaxis Medicamentosa Registrar exposición en formulario DIAT* Proporcionar fármacos Protocolo de seguimiento	Consejería Ningún tratamiento Farmacológico
Serología para VIH (-) conocido	Consejería Ningún tratamiento farmacológico Registrar exposición en formulario DIAT	Consejería Ningún tratamiento Farmacológico
Serología para VIH Desconocida	Consejería Elisa para VIH basal a trabajador de salud Ofrecer e iniciar la profilaxis si la persona expuesta lo acepta. Registrar exposición en formulario DIAT. Proporcionar fármacos Protocolo de seguimiento	Consejería Ningún tratamiento Farmacológico

Declaración e Investigación de Accidente de Trabajo en todo accidente de riesgo.

## Consejería

Deben entregarse contenidos de consejería en forma verbal y escrita para el trabajador de salud expuesto acerca de:

- Probabilidad de infección de acuerdo a la información disponible
- Alternativas de manejo farmacológico.
- El manejo farmacológico de la exposición no elimina el riesgo, lo reduce
- En qué consiste el protocolo farmacológico de seguimiento y sus posibles efectos adversos
- Consecuencias sociales (laborales y legales) de la situación.
- Licencia médica si se justifica.
- Consentimiento para realizar exámenes.
- Recomendaciones sobre su vida sexual, uso del condón hasta el término del seguimiento.
- Indicación de consultar a Médicos Infectólogos de referencia de hospitales 1 y 2 o Servicio médico de la mutual que corresponda, ante la aparición de síntomas sugerentes de un cuadro de primoinfección (fiebre, mialgias, rash cutáneo, adenopatías).
- Indicación de consultar ante la aparición de síntomas de efectos adversos a los fármacos.

## Seguimiento de Casos de Exposición Laboral en Protocolo de Profilaxis.

### 4.1. Control médico.

ELISA para VIH al trabajador expuesto en el transcurso de la primera semana luego de ocurrida la exposición, (basal) a las 6 semanas y a los 3 meses.

Evaluación hematológica, con hemograma basal, a las 6 semanas y a los 3 meses.

Evaluación clínica con la evaluación de laboratorio en los primeros 10 días post accidente, a las 6 semanas y 3 meses. Será efectuada por Médicos Infectólogos.

Médico Infectólogo registrará la evaluación del paciente, solicitud y resultados de exámenes y aparición de efectos adversos en Formulario específico para ello.

## **Infección Virus Hepatitis B**

La Hepatitis B es una enfermedad que pueden adquirir el personal del Hospital que tiene contacto con sangre y fluidos corporales.

La transmisión de la HB es por vía parenteral, exposiciones percutáneas con sangre contaminada es la forma más importante de transmisión en salud ocupacional. Esta también puede ser transmitida por relaciones sexuales y perinatal.

### **Riesgo de Transmisión**

El riesgo de transmisión después de una exposición parenteral es de un 40% en pacientes que no se ha realizado profilaxis. El riesgo de transmisión después de contacto con mucosas, o piel no intacta es menor pero no está cuantificado.

En personal de salud en que se ha realizado profilaxis con inmunoglobulina específica solamente, tiene un riesgo de transmisión de la enfermedad de un 24%. Si se realiza la profilaxis con Inmunoglobulina específica, y su vacunación completa, el riesgo de transmisión disminuye a un 2.4%.

### **Criterio de exposición**

Todo personal de salud que tiene un accidente cortopunzante, contacto de mucosa o piel no intacta expuesta a sangre o fluido de alto riesgo de un paciente Hepatitis B (+) o a un no determinado serológicamente, debe ser considerado como expuesto. Los pacientes sin serología deben ser testeados lo antes posible después de la exposición.

### **Profilaxis post exposición.**

En exposiciones de riesgo con fuente positiva a Hepatitis B en funcionarios no vacunados administrar dosis de Inmunoglobulina específica ( 0.06 ml/kilo peso la cual debe ser administrada preferentemente dentro de las primeras 24 horas de la exposición y hasta 7 días de la exposición. El perfil hepático y la serología HBAags deben repetirse a los tres meses de la exposición.

Si el funcionario no está vacunado se administrará la vacuna antihepatitis B al 0 –1 y 6 meses. En caso que el funcionario esté vacunado no se debe administrar nada, salvo que el funcionario fuese insuficiente renal crónico, mayor de 65 años o con alguna enfermedad de inmunidad ante lo cual recibirá una dosis de inmunoglobulina y una dosis de vacuna de refuerzo.

En caso que no fuese posible evaluar serológicamente al paciente fuente se considerará como fuente desconocida y se procederá a vacunar al funcionario según esquema de vacuna Hepatitis B en el caso de no estar vacunado.

## **Infección por Virus Hepatitis C.**

El personal de salud tiene un riesgo de adquirir el virus de HC. Esta infección es crónica y puede llevar a un daño irreparable del hígado.

Su vía de transmisión es por vía parenteral, por administración de transfusión y exposición percutánea y mucosa.

### **Criterio de exposición**

Exposición a sangre o fluido de alto riesgo de un paciente Hepatitis C (+) o con paciente fuente que no puede ser testeado o que es desconocido debe ser considerado como expuesto a Hepatitis C.

## **Riesgo de Enfermedad**

El riesgo de adquirir una cirrosis hepática a 10 años desde la infección con el Virus hepatitis C es de un 17% y la mortalidad es de un 4%.

## **Profilaxis post exposición**

Si el paciente fuente es negativo se detiene la investigación y no es necesario el seguimiento del funcionario expuesto.

Si el paciente fuente fuese positivo para Hepatitis C, y esta resulta con Test confirmatorio positivo, no existe profilaxis post exposición, se requiere un seguimiento del funcionario con un test a los 6 meses post exposición y que se controle en caso de signos de Hepatitis Aguda, para decidir eventual tratamiento.

## Norma de Manejo del Riesgo de Exposiciones

**Personal Expuesto:** Es aquel que ha sido pinchado o cortado con agujas o material cortopunzante contaminado con sangre o aquel que ha expuesto en forma significativa su piel o mucosa a ésta.

### Objetivos:

- Dar a conocer manejo de exposiciones con sangre en personal en riesgo.
- Prevenir oportunamente infecciones transmitidas por sangre (VIH, Hepatitis B y C).
- Conocer toda lesión producida por aguja o material cortopunzante y/o exposición significativa a sangre.
- Evaluar magnitud del riesgo de adquirir enfermedades asociada a esta vía de transmisión.
- Manejar y controlar los casos producidos.
- Lograr que el personal conozca los pasos a seguir frente a un accidente cortopunzante.

### Responsabilidad de la Norma:

Será responsabilidad del personal Profesional, Técnico y Administrativo el tener conocimiento del manejo de exposiciones a accidentes con fluidos Corporales de riesgo.

### Aviso Horario Hábil

- 1) Toda lesión producida por material cortopunzante o exposición significativa a sangre debe ser comunicada inmediatamente a su Jefe directo, Enfermera Supervisora, Matrona Supervisora del Servicio o Unidad, quien deberá a su vez comunicar a su Jefe de Servicio y Enfermera IIH. en forma inmediata.
- 2) Los casos producidos se registrarán en un formulario específico para su seguimiento que se manejará dentro de la Unidad de Infectología.
- 3) El funcionario accidentado deberá concurrir apenas sea posible a la Unidad de Infectología.
- 4) Unidad de Infectología efectuará consejería, indicación de profilaxis, exámenes y coordinación como accidente laboral en caso de accidente cortopunzante con riesgo.

### Aviso Horario Inhábil

- 1) El funcionario accidentado deberá avisar en forma inmediata a su Jefe directo presente, quien a su vez derivará al funcionario a médico de turno de Unidad de Emergencia Adulto.
- 2) El médico de turno de UEA. **deberá** categorizar el riesgo, solicitar exámenes, efectuar consejería e indicar profilaxis si la considera necesaria, hasta que sea reevaluado por Unidad de Infectología en horario hábil.

### Categorización de Riesgo de Exposición

	Con riesgo	Sin riesgo
VIH	Exposición percutánea Piel no intacta	Piel intacta Exposición a mucosas
HEPATITIS B	Exposición percutánea	Piel intacta

	Piel no intacta Exposición a mucosas	
HEPATITIS C	Exposición percutánea Piel no intacta Exposición a mucosas	Piel intacta

Tabla N° 2

## Procedimientos:

Todas las heridas producidas por material cortopunzante, contaminado con sangre o exposición de riesgo significativa a esta, requerirán el siguiente manejo.

- Lavado inmediato con agua y jabón de la zona lesionada. Si es mucosa lavar con agua corriente.
- Identificar al paciente fuente lo antes posible.
- En exposición con riesgo se debe identificar clínica, epidemiológica y serológicamente al paciente para determinar la probabilidad de que esté infectado por hepatitis B. VIH o hepatitis C. ( toma de muestra de sangre con consentimiento informado).
- Si el paciente es serológicamente negativo, no se continúa el estudio.
- Si el paciente es seropositivo a cualquiera de los agentes mencionados o si se desconoce su estado, se debe realizar estudio serológico al personal afectado.
- Si el paciente fuente es VIH(+) y la exposición es de riesgo aún cuando no se disponga de la serología, se ofrecerá profilaxis con antivirales según esquema, el que debe iniciarse idealmente dentro de las 2 horas post exposición y prolongarse por cuatro semanas.
- Si el paciente fuente es Hepatitis B (+) y el accidente es de riesgo, no estando el funcionario vacunado, deberá administrarse Inmunoglobulina hiperinmune 0.06ml por Kg. de peso idealmente dentro de las 24 horas y hasta los 7 días de ocurrida la exposición.  
Se deberá administrar la vacuna anti Hepatitis B al 0 - 1 y 6 meses.
- Si el paciente fuente es Hepatitis C (+) y la exposición es de riesgo no existe profilaxis ni vacuna, pero el funcionario deberá tener un seguimiento médico controlado.
- Si el funcionario tiene positivo el mismo examen que presentó positivo el paciente, no se requerirá de ninguna profilaxis.
- En caso de no poder testear o identificar al paciente en un accidente de riesgo:
  - Se deberá identificar si el funcionario está vacunado con dosis completas de vacuna hepatitis B.
  - Si está vacunado deberá recibir una dosis de vacuna hepatitis B de refuerzo.
  - Si no está vacunado deberá recibir dosis de vacuna hepatitis B las que se programarán al 0 día 30 días y 180 días.
  - Se deberá ofrecer profilaxis con antivirales (AZT + 3TC) en dosis de: Combivir 1 comprimido 2 veces al día o AZT 300 mgr. Cada 12 horas más 3TC 150 mgr. Cada 12 horas por un mes.

# Esquema Accidente Cortopunzante

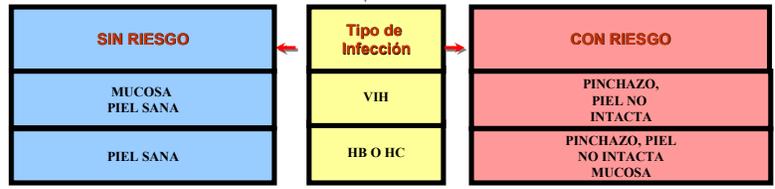
## RIESGO A EXPOSICIONES CON VIRUS DE HEPATITIS B - C - VIH

### ¿QUÉ HACER FRENTE A UN ACCIDENTE CORTOPUNZANTE?

**FLUIDOS DE RIESGO:** Sangre, cualquier líquido contaminado con sangre, líquido de cavidades estériles (articular, pleural, pericardio, lumbar, amniótico, etc.), exudados de heridas y drenajes, semen, secreción vaginal.

Lavar de inmediato la zona con agua y jabón.  
Si es mucosa, lavar sólo con agua.

Avisar a su superior directo quien categorizará el riesgo para:  
Hepatitis B (HB), Hepatitis C (HC) y VIH



No requiere:  
Exámenes ni seguimiento

Identificar a paciente fuente y solicitar exámenes:  
VIH, HB, HC, previa consejería y consentimiento del paciente o familiar responsable

**MANEJO:**  
Horario inhabil: Por Médicos de UEA  
Horario Hábil : En conjunto con U. Infectología

Paciente fuente conocido (+) VIH, HB, HC  
o fuente desconocida o no identificada

**Fuente VIH (+)** Combivir 1 com. C/12 Hrs. Idealmente antes de 2 horas de ocurrido el accidente hasta control con el Infectólogo  
**Fuente HB (+)** o desconocido: Funcionario vacunado ; No profilaxis ni estudio  
Funcionario no vacunado: evaluar en U. De Infectología dentro de los 7 días ocurrido el accidente  
**Fuente HC (+)** No existe profilaxis ni vacuna, derivar a Infectología dentro de los 7 días de ocurrido el accidente

**NOTA :**  
1. Realización de exámenes: Banco de Sangre  
2. Todos los accidentes se notifican en su Servicio o Unidad.  
3. Accidentes con o sin riesgo Formulario U. De Infectología y Formulario DIAT (declaración individual de accidente)  
4. Seguimiento, funcionario y paciente fuente (+), Unidad de Infectología.  
5. Retirar medicamentos con receta médica en Farmacia Central las de 24Hrs.



## Procedimientos de Prevención de Accidentes Laborales con Sangre

<b>TIPO DE MATERIAL</b>	<b>DESECHABLE</b>	<b>REUTILIZABLE</b>
Cortopunzante	Desechar sin manipular en envase resistente a las punciones.	Lavar y luego esterilizar con los procedimientos habituales.
No Cortopunzante	Desechar en basura Común.	Someterlo a los procesos habituales de Limpieza, desinfección, o esterilización de acuerdo al uso y diseño del equipo.

Para el lavado de equipos o instrumental contaminado con fluidos corporales de riesgo, solo se requiere utilizar detergente líquido neutro en las diluciones recomendadas por el fabricante.

## Procedimiento Punción Vena Periférica

### Objetivo

- Canalizar una vena para mantener con mayor seguridad una vía venosa permeable.
- Administración de soluciones y medicamentos

### Responsabilidad de la Norma:

Profesionales Médicos, Enfermeras, Matronas y Técnicos Paramédicos.

### Equipo

Bandeja con:

- 1 Equipo Fleboclisis (perfus)
- 1 Matraz o suero de solución indicado
- Tela adhesiva
- Tijeras
- Soporte
- Ligadura
- Frasco con alcohol al 70%
- Torundas de algodón
- Catéter venoso periférico
- Llave de 3 pasos (cuando sea necesario)
- Contenedor para cortopunzante
- Receptáculo para desechos
- Apósito Transparente o Tela adhesiva.
- Guantes de procedimientos

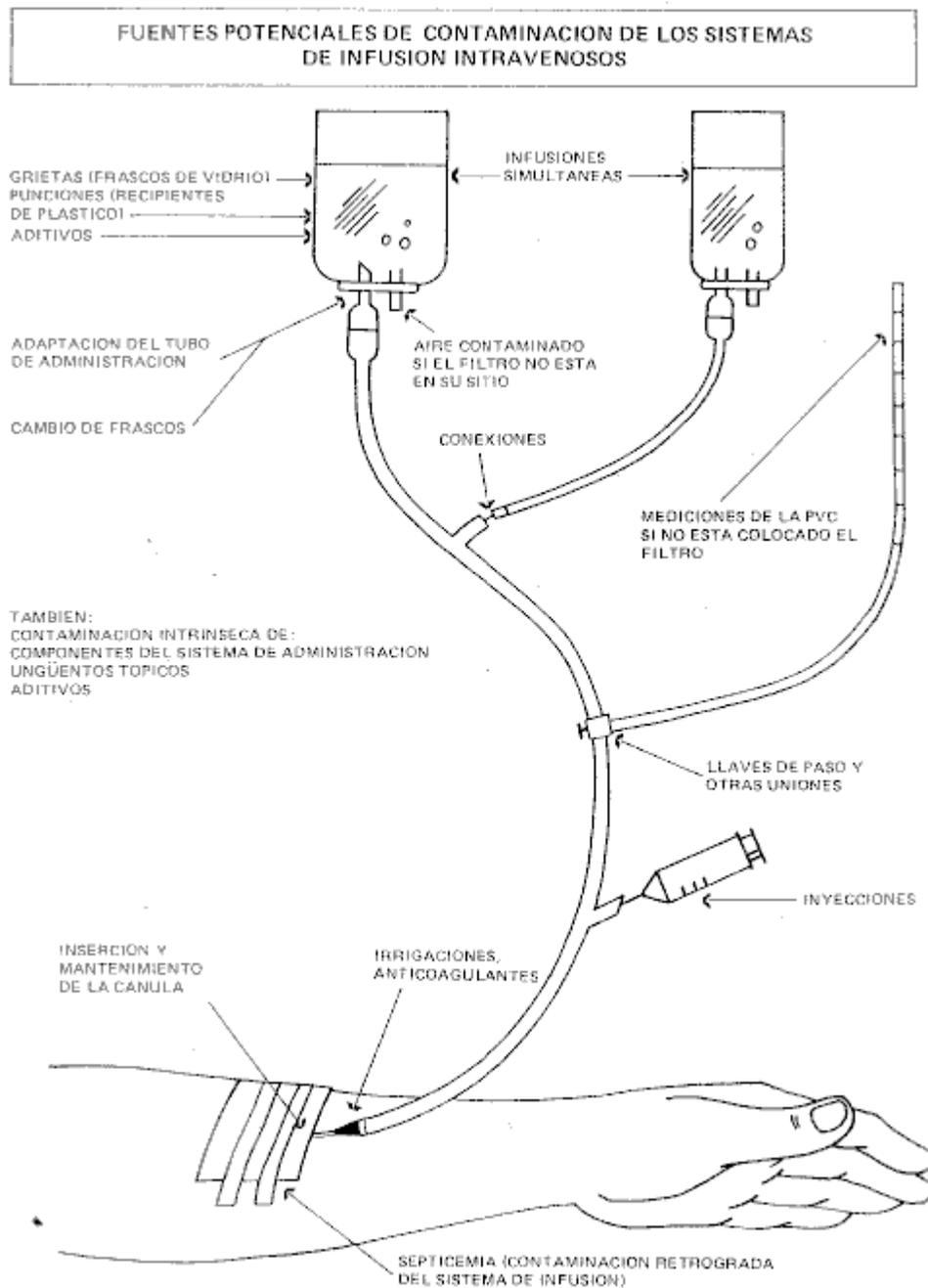
### Procedimiento

1. Informar al paciente el procedimiento a realizar.
2. Elegir el sitio de punción de acuerdo a las características del paciente y a destreza del operador
3. Lavado de manos clínico.
4. Reunir Equipo y Preparar solución a administrar
5. Preparar el sitio de punción, realizar lavado de la piel con agua y jabón solo en caso de suciedad visible, aplicar antiséptico, colocarse guantes.
6. Ligar sobre sitio a puncionar, introducir Catéter con bisel hacia arriba.
7. Una vez canalizada la vena, fijar el catéter con apósito transparente o tela adhesiva.
8. Eliminar el material punzante según lo indicado en las Precauciones Estándar en un contenedor especialmente designado (**sin lavar, doblar, quebrar o recapsular la aguja**).
9. Conectar la solución a administrar y comprobar su paso
10. Lavado de manos.
11. Registrar en documentos de Enfermería la realización del procedimiento.
12. Registrar en Sistema de fijación fecha y firma del operador.

## **Consideraciones**

1. Se evaluará diariamente al paciente cateterizado, buscando reacciones inflamatorias en el sitio de punción, fiebre inexplicable, dolor o sensibilidad local.
2. El cambio de sistema de fijación se realizará cada vez que sea necesario (en caso de humedad o sistema de fijación suelto).
3. Si hay signos de irritación local se deberá cambiar la punción.
4. Se deberán evitar las punciones en extremidades inferiores en pacientes adultos. (riesgo de tromboflebitis)
5. Se deben evitar las punciones en zonas de pliegues por riesgo de salida del catéter.

El catéter deberá ser usado sólo para una punción.



## Preparación de Medicamentos y Soluciones Intravenosas

Las soluciones y medicamentos se deberán preparar con Técnica Aséptica en el área limpia de la estación de Enfermería.

En toda solución antes de ser administrada se observarán cambios o alteraciones en su aspecto.

El funcionario encargado de la preparación siempre deberá lavarse las manos antes de realizar el procedimiento.

Los aditivos de las soluciones parenterales deberán ser agregados a través del gollete del matraz y no por punción del mismo, en caso de matraces rígidos.

Los aditivos de las soluciones en los matraces Viaflex o similares deberán agregarse por extremo ad-hoc.

Las tijeras destinadas a cortar los golletes deberán ser de material inoxidable y mantenerse secas, limpias y protegidas en el área limpia de la estación de Enfermería (exclusivo para ello).

Antes de usarlas deberán ser desinfectadas con alcohol al 70%.



En todos los matraces y en Documentos de Enfermería deberán consignarse los aditivos de la solución en forma clara y legible.

No podrá usarse lápiz que contenga solvente químico, debido al riesgo de migración del solvente al fluido, puede usarse lápiz dermatográfico.

Las soluciones con o sin aditivos se deben preparar inmediatamente antes de su uso, observando toda solución antes de ser administrada.

Los medicamentos de dosis múltiple deberán guardarse en el mismo frasco o en jeringa estéril rotulando medicamento, dosis, fecha, hora y mantenerse en área limpia, en refrigerador o caja de plumavit con refrigerantes.

Deberá verificarse la permeabilidad del catéter antes de inyectar un medicamento al torrente sanguíneo.

La jeringa que contiene el medicamento deberá ser llevada a la Unidad del paciente con el protector de la jeringa sobre una bandeja o riñón limpio protegiendo la aguja con la cápsula protectora.

Las tapas de las llaves de 3 pasos, tapón luer u otros deben ser manejadas en forma aséptica eliminándolas en caso de contaminación.

El equipo de Flebocclisis deberá cambiarse cuando se contamine y cada 72 horas.

En caso de uso de tapón antireflujo en medicamentos liofilizados que deben reconstituirse (en el área pediátrica), este podrá permanecer hasta cuatro días a menos que en su manejo se pierda su esterilidad.

En pacientes con vía venosa periférica con tratamiento endovenoso intermitente, se deberá mantener las bajadas de las soluciones con sistema hermético (tapón rojo)

## Norma para Prevenir Infección Urinaria

### **Indicaciones y Duración del Cateterismo**

1. El cateterismo urinario deberá realizarse sólo en caso de Indicación Médica específica, registrándose en Hoja de Indicaciones.
2. El tiempo de permanencia del catéter deberá ser el mínimo necesario.
3. Todo material es la cateterización deberá ser estéril y eliminarse una vez utilizado.
4. La Técnica de cateterización deberá ser realizada por un profesional Paramédico, con el apoyo de un Ayudante capacitado quien debe colaborar en mantener la posición del paciente y presentar el material estéril.
5. La Técnica de cateterización deberá ser constantemente evaluada por las Enfermeras Supervisoras.

### **Instalación**

- El personal deberá lavarse las manos antes y después de la instalación o manipulación del catéter o sistema de drenaje.
- El catéter urinario deberá ser instalado con Técnica Aséptica.
- Se deberá seleccionar el catéter de menor calibre que cumpla con el objetivo deseado a fin de evitar traumatismos en la Uretra
- Se deberá realizar aseo genital externo inmediatamente antes de la inserción del catéter, con supervisión del profesional paramédico.
- Se deberá realizar fijación externa del catéter por sobre el muslo para evitar desplazamiento o tracción.

## Mantenimiento del Catéter

- Se deberá mantener el catéter urinario y el recolector en circuito cerrado y permeable evitando desconexiones innecesarias.
- La bolsa recolectora deberá mantenerse bajo el nivel de la vejiga durante todo el tiempo, observando que la orina no sobrepase los 2/3 de la capacidad de la bolsa.
- Durante la medición de diuresis, el extremo de la válvula de vaciamiento del recolector no debe tocar el frasco o copa graduada que recibe la orina.
- En la cateterización permanente se debe realizar aseo genital con agua y jabón realizando movimientos de rotación del catéter, en el punto de inserción del meato urinario cada 12 horas y/o cada vez que sea necesario de acuerdo a la presencia de suciedad visible.
- Se realizará cambio de catéter en caso de obstrucción del circuito, colonización o infección del paciente.
- Para vaciar el colector se deberá lavar las manos, usar guantes de procedimiento y vaciar completamente el set evitando topar el frasco receptor.
- En caso de contaminar accidentalmente el extremo distal del colector limpiar con alcohol al 70%.
- El procedimiento se registrará en documento de Enfermería.

## Indicaciones Estándar

Sintetiza las características principales de las Precauciones Universales (reducción del riesgo de infección por Patógenos que se transmiten por la sangre) y aislamiento de sustancias corporales (reducción del riesgo de transmisión de patógenos de los fluidos corporales).

### Objetivo

Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes conocidas o desconocidas del Hospital.

### Que considera

Sangre, fluidos corporales excepto sudor, piel no intacta y mucosas.

### A quienes se aplica

A todos los pacientes hospitalizados, independiente de su diagnóstico o de su estado infeccioso.

### Elementos

- **Lavado de manos**  
Siempre antes y después de la atención directa del paciente.
- **Guantes**
  - Sólo si se manipula algún fluido corporal. Deben retirarse después de la atención de cada paciente. Lavarse las manos después de retirados. Los guantes NO reemplazan el lavado de manos.
- **Delantal, Mascarilla o Lentas**  
Cuando se sospeche salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales.
- **Equipos y Dispositivos**  
Deben ser lavados por arrastre, desinfectados o esterilizados de acuerdo a la función para la que fueron diseñados. Eliminar los artículos desechables.
- **Habitación Individual**  
Sólo si se espera que no se podrán cumplir los requerimientos de aislamiento para las condiciones del paciente, del tipo de Infección o de las facilidades locales.

## Precauciones basadas en el Mecanismo de Transmisión

Estas precauciones están orientadas a los pacientes en los que se han documentado o se sospecha una infección por un patógeno altamente transmisible o de importancia epidemiológica.

Existen 3 tipos de Precauciones basadas en el Mecanismo de transmisión:

- Precauciones en transmisión Aérea
- Precauciones en transmisión por Gotitas
- Precauciones en transmisión por Contacto

### **Objetivos de las Precauciones basadas en el mecanismo de Transmisión**

- Interrumpir la cadena de transmisión.
- Prevenir y controlar los brotes epidémicos.
- Controlar la contaminación microbiológica ambiental
- Racionalizar recursos humanos y materiales.

### **Responsabilidad de la Norma:**

Las normativas de aislamiento deberán ser cumplida por los integrantes del equipo de salud, tanto Profesional como Técnico y Administrativo en los pacientes que tienen la indicación de aislamiento ya sea en forma individual o cohorte

### **A quienes se aplica:**

Se aplica a los pacientes que se encuentran con alguna patología infecciosa, de riesgo de transmitir a paciente o personal, en sospecha o confirmada .

Se debe considerar también a los pacientes colonizados con microorganismos MR confirmados su presencia con cultivo.

## Precauciones en Transmisión Aérea

Se utiliza para evitar la transmisión de microorganismos que permanecen suspendidos por largo periodo en partículas de polvo o en gotitas de **menos de 5 micrones de diámetro** y que pueden ser inhaladas por pacientes susceptibles.

Los microorganismos transmitidos por esta vía son tuberculosis hasta 5 días de tratamiento, ya que a esta fecha las baciloscopías del paciente son (+), pero con bacilos muertos, varicela, sarampión, rubéola.

### Elementos

- **Habitación**

Individual en lo posible y con presión negativa, lo que significa contar por lo menos con extractor de aire y mantener puerta cerrada. Se debe disponer de lavado de manos dentro de la habitación.

Si no se dispone de habitación individual. Colocar el paciente solamente con otros que tengan una infección activa con el mismo tipo de agente.

- **Mascarilla**

Al entrar a la habitación el personal debe utilizar mascarillas en caso de paciente con TBC, Sarampión y Varicela. En los dos últimos casos se puede obviar la mascarilla si el personal está inmune.

- **Transporte de pacientes**

Limitarlo sólo a condiciones muy especiales y en ese caso debe ir con mascarilla.

## Precauciones en Transmisión por Gotitas

Se utiliza para evitar la diseminación de microorganismos que se transmiten en gotitas de **más de 5 micrones** y que pueden proyectarse hasta 1 metro al toser, estornudar, conversar o a través de procedimientos como bronoscopías.

La transmisión ocurre cuando las gotitas son expulsadas a través del aire y depositadas en el paciente susceptible en la conjuntiva, mucosa nasal o boca, las gotitas NO se suspenden en le aire.

Los agentes que pueden transmitirse por esta vía son: meningococo a 48 horas después de iniciado el tratamiento, Influenza, Mycoplasma, Parotiditis, Coqueluche, Hemophilus, Faringitis estreptocócica.

### Elementos

- **Habitación Individual**

Individual si se dispone, en caso contrario colocar al paciente con otros que tengan infección con el mismo agente (cohorte) si tampoco es posible, mantener el paciente separado al menos 1 metro de otros pacientes o visitas. No se requiere manejo del aire ni mantener la puerta cerrada.

- **Mascarilla**

Utilizar cuando trabaje a menos de 1 metro de distancia del paciente.

- **Transporte del paciente**

Limitarlo a lo indispensable y en esas circunstancias con mascarilla

## Precauciones en Transmisión por Contacto

Se utiliza para evitar la diseminación de agentes de importancia epidemiológica que pueden transmitirse por contacto directo con el paciente (manos) o por contacto indirecto (equipos).

Los agentes que pueden transmitirse por esta vía son entre otros: Bacterias multiresistentes, bacterias entéricas que tienen larga sobrevivencia ambiental; Shigella, Clostridium difficile, Salmonella, Virus respiratorio sincicial, además Infecciones de la piel, Impétigo absceso, heridas no contenidas, Herpes simple, escabiosis, etc.

### Elementos

- **Habitación**

Individual si se dispone o en cohorte. También puede compartir habitación con otros pacientes y esta indicación debe ser evaluada periódicamente.

- **Guantes**

Utilizar limpios de procedimientos, tanto en la atención del paciente como al manipular cualquier elemento que éste haya utilizado. Lavarse las manos al retirarse los guantes.

- **Delantal**

Utilizar si se sospecha contaminación al realizar un procedimiento con el paciente o con los elementos que haya utilizado previamente.

- **Transporte de pacientes**

Sólo si es necesario y asegurándose de evitar la contaminación del ambiente a su alrededor.

- **Equipos y Dispositivos**

En lo posible limitar su uso al mismo paciente o a aquellos que se encuentren en la cohorte. Limpiarlo o desinfectarlo de acuerdo a normativa.

## Patógeno de Importancia Epidemiológica, Mecanismo de Transmisión

### Absceso de Etiología Desconocida

a) Con abundante secreción

- **Tipo Aislamiento** : Por contacto
- **Material Infectante** : Pus
- **Duración del Aislamiento** : Toda la enfermedad

No vendado y cuando los vendajes no son capaces de contener el material purulento

b) Con escasa secreción

- **Tipo Aislamiento** : Precauciones por contacto
- **Material Infectante** : Pus
- **Duración del Aislamiento** : Toda la Enfermedad

Cubierta por vendaje que contiene satisfactoriamente el pus o área infectada muy pequeña, por ejemplo absceso de un punto de sutura.

c) Que no drena

- **Tipo Aislamiento** : Precaución estandar

### Adenovirus Respiratoria en niños menores

- **Tipo Aislamiento** : Por Gotitas
- **Material Infectante** : Gotitas que se proyectan hasta 1 metro al toser, estornudar o conversar
- **Duración del Aislamiento** : Toda la Hospitalización

Durante epidemias, los pacientes con probabilidad de infecciones por adenovirus deben aislarse en cohorte o separar al paciente al menos 1 metro de otros pacientes

### Enterococo Resistente a Vancomicina

- **Tipo Aislamiento** : Contacto
- **Material Infectante** : Se considera colonizada toda la Unidad del paciente
- **Duración del Aislamiento** : Hasta el alta.

### Creutzfeldt Jakob

- **Tipo Aislamiento** : Estándar
- **Material Infectante** : Sangre, tejido cerebral y LCR
- **Duración del Aislamiento** : Toda la Hospitalización

Corroborar el cumplimiento cabal de precauciones estándares.

### Enterocolitis Necrotizante

- **Tipo Aislamiento** : Por Contacto
- **Material Infectante** : Deposiciones
- **Duración del Aislamiento** : Toda la Enfermedad

En salas de recién nacidos, es recomendable el aislamiento en cohorte. No es aún muy conocido el mecanismo de transmisión de la enfermedad, pero de igual modo se recomienda aplicar precauciones Estándar.

## Estafilococo (Enfermedad por)

Heridas en la piel con secreción abundante o quemadura

- **Tipo Aislamiento** : Por Contacto
- **Material Infectante** : Pus
- **Duración del Aislamiento** : Toda la enfermedad

Cuando las secreciones no pueden contenerse mediante un vendaje o están descubiertas.

## Estreptococo Grupo A (Enfermedad por)

Infección de la piel o quemaduras con secreción abundante

- **Tipo Aislamiento** : Por Contacto
- **Material Infectante** : Pus
- **Duración del Aislamiento** : Hasta 24 horas después del inicio de la terapia efectiva

Cuando las secreciones no pueden contenerse mediante un vendaje o están descubiertas.

## Guillain Barre, Síndrome

- **Tipo Aislamiento** : Precaución estándar

## Hanta

- **Tipo de Aislamiento** : Precaución Standard
- **Material Infectante** : Orina de Ratones

## Heridas

Con secreción abundante

- **Tipo Aislamiento** : Por Contacto
- **Material Infectante** : Pus
- **Duración del Aislamiento** : Toda la Enfermedad

Cuando los vendajes no pueden contener las secreciones o están al descubierto

## Herpes Zoster (Varicela Zoster)

En pacientes inmunocompetidos o diseminados

- **Tipo Aislamiento** : Transmisión Aérea
- **Material Infectante** : Gotitas que pueden diseminarse por Corrientes de aire
- **Duración del Aislamiento** : Toda la Enfermedad

Las lesiones localizadas en pacientes inmunocomprometidos frecuentemente se diseminan y es por eso que toman iguales precauciones. Las personas con antecedentes de haber tenido varicela (peste cristal) no necesitan usar mascarilla y los susceptibles es preferible que se mantengan alejados de la habitación.

Puede ser necesario ventilación especial, sobretodo para controlar epidemias. Los pacientes susceptibles expuestos deben ser dejados en aislamiento después de 10 días de la exposición manteniéndolo durante 21 días.

## Impétigo

- **Tipo Aislamiento** : Por Contacto
- **Material Infectante** : Secreción de las lesiones
- **Duración del Aislamiento** : Hasta 24 horas después de iniciar la terapia efectiva

## Leptospirosis

- **Tipo Aislamiento** : Precaución estándar
- **Material Infectante** : Sangre y Orina
- **Duración del Aislamiento** : Toda la Hospitalización

Corroborar el cumplimiento cabal de las Precauciones Universales con Sangre y Fluidos Corporales.

## Meningitis

a) Haemophilus influenzae conocido o sospecha

- **Tipo Aislamiento** : Por Gotitas
- **Material Infectante** : Gotitas que se proyectan hasta 1 metro al toser, estornudar o conversar.
- **Duración del Aislamiento** : Hasta 24 horas después del inicio de la terapia efectiva.

b) Meningocócica

- **Tipo Aislamiento** : Por Gotitas
- **Material Infectante** : Secreciones respiratorias
- **Duración del Aislamiento** : Hasta 24 horas después del inicio de la terapia efectiva.

Debe realizarse profilaxis a los contactos en el equipo de salud.

c) Neumocócica

- **Tipo Aislamiento** : Precaución estándar

d) Tuberculosa

- **Tipo Aislamiento** : Precaución estándar

Si además presenta TBC **pulmonar activa** debe aplicarse precaución aérea

e) Otras

- **Tipo Aislamiento** : Precaución estándar

## Multiresistentes

### a) Respiratoria

- **Tipo Aislamiento** : De contacto
- **Material Infectante** : Secreciones respiratorias y posiblemente deposiciones
- **Duración del Aislamiento** : Hasta terminar terapia antimicrobiana y se obtenga cultivo (-)

En epidemias si no hay posibilidad de habitación privada pueden hacerse aislamientos en cohorte de pacientes infectados o colonizados con el mismo agente.

### b) Heridas de piel y quemaduras

- **Tipo Aislamiento** : De contacto
- **Material Infectante** : Pus y posiblemente deposiciones
- **Duración del Aislamiento** : Hasta terminar terapia antimicrobiana y se obtenga cultivo (-)

En epidemias si no hay posibilidad de habitación privada pueden hacerse aislamientos en cohorte de pacientes infectados o colonizados con el mismo agente.

### c) Urinaria

- **Tipo Aislamiento** : De contacto
- **Material Infectante** : Orina y posiblemente deposiciones
- **Duración del Aislamiento** : Hasta terminar terapia antimicrobiana y se obtenga cultivo (-)

En epidemias si no hay posibilidad de habitación privada pueden hacerse aislamientos en cohorte de pacientes infectados o colonizados con el mismo agente.

## Bordetella Pertussis (Tos ferina coqueluche)

- **Tipo Aislamiento** : Por Gotitas
- **Material Infectante** : Gotitas que se proyectan hasta 1 metro al toser, estornudar o conversar.
- **Duración del Aislamiento** : Hasta 7 días después de la Enfermedad.

## Rubéola

- **Tipo Aislamiento** : Precaución Aérea
- **Material Infectante** : Gotitas suspendidas que pueden diseminarse por corrientes de aire.
- **Duración del Aislamiento** : Por 7 días después de la aparición de la erupción cutánea.

Las personas no susceptibles no necesitan usar mascarilla.

Las personas susceptibles en lo posible no deben estar en contacto con el paciente.

Las personas embarazadas sin antecedentes de haber tenido la enfermedad deben evitar entrar en contacto con estos pacientes.

## Sarampión

- **Tipo Aislamiento** : Precaución Aérea
- **Material Infectante** : Gotitas contaminadas que pueden diseminarse en el aire.
- **Duración del Aislamiento** : Por 4 días desde el inicio del exantema con excepción de los pacientes inmunocomprometidos en los cuales las precauciones deben mantenerse mientras dure la enfermedad

Las personas con antecedentes de haber tenido la enfermedad no necesitan usar mascarilla. Las susceptibles en lo posible deben mantenerse alejadas de la habitación.

## Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

- **Tipo Aislamiento** : Precaución Estándar
- **Material Infectante** : Sangre y fluidos corporales de alto riesgo (LCR, líquido amniótico)
- **Duración del Aislamiento** : Si corresponde según infecciones adquiridas por el paciente

Corroborar el cumplimiento cabal de las Precauciones Estándar con Sangre y Fluidos Corporales. El tipo de aislamiento corresponderá a las infecciones activas presentes.

## Staphylococcus (S.aureus)

Piel o quemaduras con secreción abundante

- **Tipo Aislamiento** : Por Contacto
- **Material Infectante** : Pus
- **Duración del Aislamiento** : Toda la Enfermedad

Cuando los vendajes no pueden contener las secreciones o están las heridas descubiertas

## Tétanos

- **Tipo Aislamiento** : Ninguno

## Tuberculosis

a) Extrapulmonar con lesiones exudativas

- **Tipo Aislamiento** : Por Contacto
- **Material Infectante** : Pus
- **Duración del Aislamiento** : Hasta que duren las lesiones

b) Meningitis tuberculosa

- **Tipo Aislamiento** : Ninguno
- c) Pulmonar activa (Confirmada o Sospechosa)
- **Tipo Aislamiento** : Transmisión Aérea
  - **Material Infectante** : Gotitas contaminadas y diseminadas en el aire.
  - **Duración del Aislamiento** : La mayoría de las veces, el término del aislamiento puede ser dado por la Clínica y por la disminución de microorganismos en el esputo. Esto ocurre usualmente alrededor de 1 semana después del inicio de la terapia. Si se sospecha o se comprueba que el paciente es resistente a los antimicrobianos usados, mantener el aislamiento hasta que el cultivo de expectoración sea negativo.

El uso de las drogas, es la medida de mayor valor para evitar la transmisión. Delantales no son necesarios porque la TBC raramente se disemina a través de objetos inanimados.

En general los niños no requieren aislamiento porque su expectoración contiene muy escasa cantidad de microorganismos.

## Varicela

- **Tipo Aislamiento** : Transmisión Aérea
- **Material Infectante** : Gotitas contaminadas y diseminadas por el aire
- **Duración del Aislamiento** : Hasta que las lesiones estén cicatrizadas

Las personas con antecedentes de haber tenido la enfermedad no necesitan usar mascarilla. Personas susceptibles, en lo posible mantenerse fuera de la habitación.

Ventilación especial en la pieza puede ser conveniente en caso de epidemia.

Recién nacidos de madres con varicela activa deben mantenerse en aislamiento. En los pacientes susceptibles expuestos debe indicarse aislamiento 10 días después de la exposición y continuado hasta cumplir 21 días de la última exposición.

## Precauciones en inmunodeprimidos

Estos pacientes deberán ser manejados con Precaución Standard, y la necesidad de habitación individual estará indicada en aquellos cuyo recuento de neutrófilos sea menor a 400 neutrófilos, ya que su pronóstico depende de la severidad del cuadro base.

## Manejo de Contactos

Los pacientes que han sido contactos de un enfermo infectado o colonizado con un agente de importancia epidemiológica, por ejemplo Enterococo Resistente a Vancomicina, deben ser aislados en cohorte hasta la comprobación bacteriológica de no estar colonizados o infectados

Recomendaciones de restricción del trabajo para el personal que cursa con patología específica.

### **Herpes simplex en manos**

Evitar el contacto directo con pacientes  
Dejará de trabajar hasta la cicatrización de las lesiones

### **Infección estreptocócica**

Evitar el contacto directo con pacientes.  
Dejará de trabajar hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento.

### **Infección respiratoria aguda**

Evitar el contacto con pacientes de alto riesgo: neonatos, inmunodeprimidos, con enf. respiratoria crónica, Quirúrgicos  
Dejará de trabajar hasta mejoría del cuadro agudo

### **Lesiones exudativas de la piel por Staphilococo aureus y otros.**

Evitar el contacto directo con pacientes.  
Se le asignará otras actividades o dejará de trabajar hasta mejoría del cuadro clínico

### **Parotiditis**

Evitar el contacto directo con pacientes  
Dejará de trabajar hasta 9 días después del inicio de la enfermedad

### **Rubéola**

Evitar el contacto directo con pacientes  
Dejará de trabajar hasta 5 días después de la aparición del exantema.

### **Sarampión**

Evitar el contacto directo con pacientes  
Dejará de trabajar hasta 7 días después de la aparición del exantema.

### **Sarna**

Evitar el contacto directo con pacientes  
Dejará de trabajar hasta completar el tratamiento

### **Tuberculosis pulmonar**

Evitar el contacto directo con pacientes  
Dejará de trabajar hasta dejar de ser bacilífero positivo.

### **Varicela activa**

Evitar el contacto directo con pacientes  
Dejará de trabajar hasta la cicatrización de las lesiones

### **Hepatitis B y C Aguda**

Evitar contacto con pacientes  
Dejará de trabajar hasta estabilización del cuadro agudo

### **Portadores de hepatitis B, C y VIH CMV.**

Utilizar precauciones Standard

### **Diarrea aguda infecciosa**

Evitar contacto con pacientes Dejará de trabajar hasta mejoría del cuadro clínico.

## Recomendaciones para funcionarios expuestos

### **Hepatitis B, C, VIH**

Remitirse a normas de accidentes cortopunzante, Manual de Control de infecciones

### **Meningitis meningocócica**

Profilaxis sólo al personal expuesto a situaciones que determinan el contacto con secreciones infectadas. Estas son: Resucitación boca a boca, secreciones de vía aérea e intubación orotraqueal.

-Rifampicina: 150mg.cada 6 horas por 4 días.

**T.B.C.** Evaluación en policlínico de Salud del personal.

HIN por 6 meses según resultado de la evaluación previa.

### **Sarampión, Rubéola, Varicela**

Evaluación en policlínico de Salud del Personal.

## Bibliografía

1. Manual Normas Técnicas sobre Esterilización y Desinfección de Elementos Clínicos y Manual para su Aplicación 2001
2. Manual de prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y Normas del programa Nacional de IIH. Ministerio de Salud. 1993.
3. Maki DG, Weise CE, Serafine H.W.A. Semiquantitative Cultive Method for identifying Intravenous Catheter related Infection. New England Journal of Medicine 1997, 296: 1305 – 1307.
4. Bennett J.V., Brachman P.H. Infection due to Infusion Therapy. Hospital Infection 4<sup>th</sup> Edition 1998.
5. Informe Proceso de la Acreditación de Hospitales en Infecciones Intrahospitalarias 1994 – 1995 –1998 - 2000 Ministerio de Salud.
6. Normas de Procedimiento Invasivo para la Prevención y Control de las IIH y Manual de Procedimiento. Ministerio de Salud. 1989.
7. A Practical Handbook for Hospital Epidemiologists. Loreen A. Herwaldt, MD 1998
8. Curso Internacional de Infecciones Intahospitalaria Universidad de Valparaíso 2004
9. Magíster en Ciencias Médicas mención en Infecciones Intrahospitalaria y Epidemiología Hospitalaria Universidad de Valparaíso 2005 2006.  
Módulos de medidas Generales y Control de Infecciones