



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección General
de Salud Ambiental



**PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN
DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES Y
EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A AGENTES
PATOGENOS DE LA SANGRE**

**“Del Programa de Protección de la Salud de los
Trabajadores de Salud de la OPS/OMS”**

Dirección de Salud Ocupacional- DIGESA

LIMA -PERU,



**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL-DIGESA
DIRECCIÓN DE SALUD OCUPACIONAL**

**Ing. Javier Hernandez Campanella
Director General de Salud Ambiental**

**Ing. Javier Olivas Valverde
Director Ejecutivo de Salud Ocupacional**

Equipo Técnico de la Dirección de Salud Ocupacional:

Med. Yoan Mayta Paulet
Med. Raul Miranda Arostegui
Med. Wellington Chumbe Albornoz
Ps. Iris Ramos Miranda
Ing. Wilfredo Montero Orbezo

Equipo Técnico de Salud Ocupacional Multisectorial:

Ing. Luis Valencia Sifuentes
OPS, Perú
Ing. Gerardo Arias Carrizales
EsSalud
Lic. Ariadna Velazco Cordero
EsSalud/Hospital Guillermo Almenara Irigoyen
Med. Walter Caceres Litoria
CENSOPAS/INS
Lic. Tania Oblitas Carranza
CENSOPAS/INS

Asistencia Técnica de Expertos Internacionales

- Lic. Susan Willburn
Salud Ocupacional y Ambiental, OMS-Ginebra
- Med. Maritza Tennessee
Salud de los Trabajadores, OPS- Washington
- Med. Walter Alarcon
Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, NIOSH-EE.UU.
- Med. Maria Lloise
Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional, NIOSH-EE.UU.

PARTICIPANTES:

- Ing. Luis Valencia Sifuentes
Desarrollo Sostenible, OPS Perú
- Abg. Cesar Augusto Garate Rivera
Ministerio de Trabajo y Promoción de Empleo
- Med. Miryan Vidurruzaga Ramos,
Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud-INS
- Lic. Maria Ana Mendoza Araujo
Dirección General de Salud de las Personas- MINSA
- Med. Sergio Alberto Espejo la Rosa
Dirección General de Epidemiología-MINSA
- Lic. Flor de Maria Camacho Caballero
Dirección General de Recursos Humanos-MINSA
- Lic. Luis Pedro Valeriano Arteaga
Oficina General de Estadística e Informática-MINSA
- Ing. Gerardo Arias Carrizales
EsSalud
- Lic. Ariadna Velazco
EsSalud Red Almenara
- Renan Velapatiño Castilla
EsSalud Red Rebagliaty
- Med. Oscar Ramirez Yerba
Sociedad Medicina Ocupacional
- Med. Jose Francia Romero
Cooperación Española
- Lic. Rita Rodriguez Ormaeche
Colegio de Enfermeros del Perú
- Tc. M. Jeny Martinez Carrillo
Dirección de Salud V Lima Ciudad
- Med. Eliseo Apaza Saravia
Dirección de Salud IV Lima Este
- Med. Lorenzo Mamani Castillo
Dirección de Salud I Callao
- Ing. Alberto Milla Hernandez
Dirección de Salud II Lima Sur
- Lic. Gisela Neyra Alvarez
Dirección de Salud III Lima Norte
- Lic Karina Fernandez Urteaga
Dirección Regional de Salud Cajamarca I
- Ing. Isabel Pizarro Cornejo
Dirección Regional de Salud Piura II
- Tc. Med. Monica Farro Puicon
Dirección Regional de Salud Lambayeque
- Lic. Maria Bravo Benavides
Dirección Regional de Salud Ayacucho
- Ing. Victoria Rosado Gerrero
Dirección Regional de Salud Ancash
- Med. Pablo Rioja Perez
Dirección Regional de Salud Ica
- Lic. Iris Loayza Rojas
Dirección Regional de Salud Apurimac I
- Med. Ricardo Zeballos Gomez
Dirección Regional de Salud Pasco
- Med. Carmen Solis Pezo
Dirección Regional de Salud Arequipa

CONTENIDO

1.- INTRODUCCIÓN.....	07
2.- ANTECEDENTES.....	11
3.- PROBLEMAS IDENTIFICADOS.....	14
4.- CARACTERIZACION SITUACIONAL.....	15
5.- OBJETIVOS.....	16
6.- LINEAS DE ACCIÓN.....	16
6.- MATRIZ ACTIVIDADES.....	17
8.- ANEXOS.....	23

RIESGO BIOLÓGICO

PRESENTACIÓN

Es responsabilidad del Ministerio de Salud establecer políticas para la protección de la salud de los trabajadores del sector salud y normar para que los administradores de los establecimientos de salud, asuman su responsabilidad de brindar seguridad y salud a sus trabajadores, y de terceras personas.

Estas acciones requieren de estrategias nacionales de coordinaciones multisectoriales que involucren al Ministerio de Salud y otros sectores. Es importante que la autoridad lidere los planes y programas, y reciba suficiente apoyo político, financiamiento y recursos humanos capacitados.

Las actividades importantes para una estrategia nacional que permitan alcanzar las metas con eficacia y eficiencia en la protección de la salud de los trabajadores del sector salud han sido lideradas por la Dirección de Salud Ocupacional de la Dirección General de Salud Ambiental.

En este sentido se presenta “El Plan Nacional de Prevención de Accidentes Punzocortantes y Exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre” como un panorama amplio de los problemas identificados, así como de los objetivos y de las actividades a ser desarrolladas por el nivel central y por las Direcciones Regionales de Salud en el tema.

Este documento al ser de carácter dinámico deberá actualizarse regularmente de manera que constituya una herramienta fundamental para hacer mas eficiente la toma de decisiones hacia la protección de la salud de los trabajadores de salud, lo que será reflejado en la salud de la población en general.

Ing. Javier OLIVAS VALVERDE
Director Ejecutivo de Salud Ocupacional
DIGESA-MINSA

RESEÑA TECNICA

Los trabajadores de Salud son vitales para el funcionamiento de los sistemas de salud: si no nos protegemos no podemos aspirar a fortalecer la salud de las poblaciones sobre todo ante los problemas sanitarios de saneamiento ambiental, desnutrición crónica, mortalidad materna, morbimortalidad infantil, enfermedades infectocontagiosas, incluyendo la salud de los trabajadores de otros sectores¹.

En su actividad laboral el Personal de Salud (PS) esta expuesto a muy diversos agentes infecciosos, es así que el 12 de marzo del 2003 la Organización Mundial de la Salud emitió una alerta sanitaria que avisaba de que una enfermedad nueva, no identificable y parecida a la gripe, podía propagarse entre los trabajadores de salud. Hoy en día conocemos a esta enfermedad como el Síndrome respiratorio Agudo Severo SRAS. En agosto del 2003 se había producido un total de 8422 casos de SRAS y 916 fallecimientos, notificados en 29 países , de los cuales mas de la quinta parte eran trabajadores de salud. Esta infección respiratoria emergente es probablemente **la primera enfermedad profesional mundial descrita en el presente milenio**².

La finalidad de Salud Ocupacional es proveer protección, prevención y atención a los trabajadores en todos los sectores económicos. Es así que el incremento en los accidentes y enfermedades en los lugares de trabajo sanitario **considerado el tercero de mayor riesgo después de construcción y de la agricultura**³, son cada vez mas serios, debido entre otras cosas al manejo de muestras potencialmente contaminadas, reactivos peligrosos, materiales punzocortante de uso delicado, infraestructuras inadecuadas y en alguna medida por fallas humanas, lo que hace necesario que toda institución de salud pueda contar con sistema que sirva de guía para minimizar estos riesgos y establezca los procedimientos a seguir en caso de accidentes por pinchazos, propia de los trabajadores de salud que se relaciona a Enfermedades Profesionales muchas de ellas mortales.

Un programa de Salud Ocupacional para el Sector Salud debe contar con los elementos básico para cumplir con estos objetivos, los cuales incluyen a los programas de entrenamiento, vigilancia de la salud de los trabajadores, actividades de prevención de accidentes punzocortantes, medidas de precaución universales y estándares, la evaluación médica ocupacional de los trabajadores, la investigación de los accidentes que ocurran, desarrollo y divulgación de las normas para evitarlos, vacunación contra la Hepatitis B, y programas de profilaxis post-exposición para VIH.

La responsabilidad del éxito de un programa de salud ocupacional en los establecimientos de salud debe ser compartida por todos, y es indispensable que todas las partes, trabajadores y autoridades realicen su mejor esfuerzo en este sentido.

MD. Yoan MAYTA PAULET
Equipo Técnico de la Dirección de Salud Ocupacional
DIGESA-MINSA

¹ Evelyn Kortun, The Global Occupational Health Network, OMS, 2005

² David Koh, The Global Occupational Health Network, OMS, 2005

³ Maria Claudia Lovaime, Ampliar y Mantener la Fuerza Laboral de Salud Mundial, OPS, 2008

PLAN NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES Y EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A AGENTES PATÓGENOS DE LA SANGRE

I.- INTRODUCCIÓN

El rostro de la atención de la salud está cambiando rápidamente, y como ocurre con tantas otras facetas de la vida en el siglo XXI, es probable que el proceso esté impulsado por fuerzas de orden mundial: como la muerte de enfermeras en Canadá tras haber atendido a un enfermo de Síndrome Respiratorio Agudo Severo llegando recientemente de China, o cuando los trabajadores sanitarios contraen VIH/SIDA en Sudáfrica por lesiones por agujas y se les limita el acceso a los medicamentos necesarios para su tratamiento, o cuando médicos y enfermeras de países en vías de desarrollo son contratados por países desarrollados, cabe preguntar si no se está aumentando la presión a los trabajadores sanitarios que se quedan para atender la salud de poblaciones cada vez más enfermas, y más aun cuando consideramos la manera en que las medidas económicas restrictivas han recortado los presupuestos de los servicios de atención de salud, desencadenando la competencia entre servicios públicos y privados.

La globalización es una realidad, ha resultado muy rentable para algunos y no cabe duda de que ha generado muchos beneficios indirectos desde el punto de vista de la transferencia del conocimiento. Sin embargo también está teniendo repercusiones desastrosas para muchos sectores. Los Trabajadores de Salud (TS) trabajan ahora más que nunca y es frecuente que este expuestos a: **los riesgos biológicos que están presentes en todos los lugares de trabajo del sector de salud e incluyen patógenos transmitidos por aire y sangre, tales como los agentes causales de tuberculosis, el Síndrome Agudo Respiratorio Severo (SARS, por sus siglas en inglés), hepatitis y la infección por VIH/SIDA.** El personal de salud (PS) también está expuesto a sustancias químicas tales como agentes desinfectantes y esterilizantes que provocan dermatitis y asma profesional y carcinomas, así como a drogas riesgosas que a la vez son toxinas para la reproducción, riesgos ergonómicos debido al peso de los y las pacientes que tienen que cargar y manejar directamente, sobreesfuerzos, falta de personal, rotación de turnos de trabajo y riesgos físicos tales como ruido y radiaciones, y otros.

Además de las categorías de riesgos ocupacionales antes expuestas, el PS experimenta estrés por ser responsable directo del cuidado de varios pacientes enfermos o moribundos que, sumado a una carga excesiva de trabajo, puede afectar seriamente su salud y bienestar. Deben analizarse los motivos para mantener el bienestar no solo de los prestadores de salud sino también a la población mundial a la que sirven⁴.

De los 20 agentes patógenos de transmisión hemática los que están expuestos el PS en sus actividades diarias en pro de la salud del mundo **el VHC y el VIH son dos de los más graves. La Hepatitis B es la infección más frecuente de transmisión por vía hemática y la única de estas enfermedades víricas graves para la que existen una vacuna, otras infecciones transmisibles a través de las lesiones con agujas son la Sífilis, la Malaria y el Herpes⁵**

⁴ Jerry Spiegel, Efectos de la Globalización en el Ámbito Laboral de la Atención de Salud y en sus Trabajadores, GOHNET, OMS, 2005

⁵ Susan Wilburn, The Global Occupational Health Network, OMS, 2005

El Riesgo de Trasmisión Ocupacional del VIH: En estudios prospectivos sobre PS, el riesgo promedio de la trasmisión de VIH después de una exposición percutánea a sangre infectada con VIH se ha estimado en aproximadamente 0.3% (95% de intervalo de confianza [IC] = 0.2%-0.5%) y posterior a una exposición de membrana mucosa, aproximadamente 0.09% (95% IC = 0.006%-0.5%) . Pese a que se han documentado episodios de trasmisión de VIH posterior a la exposición de piel lesionada, el promedio de riesgo de trasmisión por esta ruta no ha sido cuantificada con precisión, pero se estima de ser menor que el riesgo producido por la exposición de membrana mucosa. El riesgo de trasmisión después de exposición a fluidos o tejidos que no sea sangre infectada con VIH, tampoco ha sido cuantificado, pero se supone ser considerablemente menor que la exposición a sangre.

A junio del 2000, el CDC ha recibido reportes voluntarios de 56 PS de los Estados Unidos que han tenido una seroconversión temporal documentada al VIH asociada a una exposición ocupacional a este. Adicionalmente, 138 episodios en PS han sido considerados como posibles transmisiones ocupacionales de VIH. Estos trabajadores tenían una historia de exposición ocupacional a sangre, otros fluidos corporales infecciosos o muestras de laboratorio con VIH, sin que se hubiera identificado otro riesgo de infección para el VIH.

Papel de la Patogenicidad en la Consideración de la Profilaxis Antirretroviral: La información existente sobre la infección primaria con VIH indica que la infección sistémica no ocurre de inmediato, dejando una pequeña oportunidad durante la cual la intervención antirretroviral post exposición pudiera modificar o prevenir la replicación viral. En un modelo montado sobre la inmunodeficiencia en simios (VIS), infecciones de células similares a dentritos ocurrieron en el lugar de inoculación durante las primeras 24 horas posterior a la exposición de mucosas a virus libres de células (cell-free). En las siguientes 24-48 horas, ocurrió la migración de estas células a nódulos linfocíticos regionales y el virus fue detectado en sangre periférica después de 5 días . Teóricamente, el inicio temprano de PEP antirretroviral posterior a exposición pudiera prevenir o inhibir una infección sistémica por la limitación de la proliferación del virus en las células blanco iniciales o los nódulos linfocíticos⁶.

La Infección Ocupacional por Virus de la Hepatitis B es un riesgo bien conocido por el Personal de Salud (PS). El riesgo de infección esta relacionado al nivel de contacto con sangre en el lugar de trabajo, así como con el nivel del antígeno de la hepatitis B e (HBeAg) en un huésped. En estudios realizados a PS que sufrieran lesiones con agujas contaminadas con sangre conteniendo VHB, el riesgo de desarrollar hepatitis clínicamente, si la sangre era positiva para el antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg) y el HBeAg-positivo, era de 22% al 31%; el riesgo de desarrollar evidencia serologica a la infección de VHB era 37% - 62%. En comparación, el riesgo de desarrollar una hepatitis clínica por una aguja contaminada con sangre y HBsAg-positivo, HBeAg-negativo era de 1% - 6%, y el riesgo de desarrollar evidencia serologica de infección por VHB, 23% - 37%.

Pese a que las lesiones percutáneas se encuentra entre los modos mas eficientes de trasmisión del VHB, esta exposición esta involucrada con una mínima cantidad de infección por VHB entre el PS. En varias investigaciones sobre brotes nosocomiales de hepatitis B, la mayoría del PS infectados no pudieron recordar una lesión percutánea relacionada con el caso aunque en algunos estudios hasta 1/3 del PS

⁶ Guías Actualizadas del Sistema de Salud Pública de los EEUU, para el Manejo de la Exposición Ocupacional al VHB, VHC, y el VIH y, Recomendaciones para la Profilaxis Post Exposición. CDC EEUU, 2001

infectado recordaban haber cuidado a pacientes que eran HBsAg-positivo. Agregado a esto, se ha demostrado que el VHB ha sobrevivido en sangre seca a temperatura ambiente en una superficie normal, hasta por 1 semana de tiempo.

Infecciones por Virus de la Hepatitis B en el PS sin antecedentes de exposición no ocupacional o lesión percutánea ocupacional, pudiera haber resultado por exposición directa o indirecta a sangre o fluidos corporales que inocularan VHB en lesiones cutáneas (raspones, abrasiones, quemaduras, cortaduras), o superficies mucosas. El potencial de transmisión de VHB a través del contacto con superficies del medio ambiente ha sido demostrado en investigaciones sobre brotes de VHB entre pacientes y personal de unidades de hemodiálisis.

Entre todos los fluidos corporales, la sangre contiene los títulos más elevados de VHB y es el vehículo de transmisión más importante en las instalaciones de salud. HBsAg también se encuentra en otros fluidos corporales tales como: la leche materna, la bilis, líquidos céfalo-raquídeos, heces, enjuagues nasofaríngeos, saliva, semen, sudor y fluido sinovial. Sin embargo, la concentración de HBsAg en los fluidos corporales puede ser de 100 a 1000 veces mayor que la concentración de las partículas infecciosas de VHB. Por lo tanto, la mayoría de los fluidos no son vehículos eficientes de transmisión porque contienen bajas cantidades de VHB infeccioso, a pesar de la presencia de HBsAg.

En estudios serológicos realizados en los Estados Unidos durante la década de los 70's, el PS tenía una prevalencia de infección por VHB, aproximadamente 10 veces mas que la población general. Debido al alto riesgo de infección por VHB en el PS, estos rutinariamente reciben vacunas pre-exposición contra la hepatitis B y hacen uso de precauciones estándares para prevenir la exposición a sangre y otros fluidos corporales potencialmente infecciosos recomendados desde inicios de los años ochenta. Regulaciones emitidas por la administración de seguridad y salud ocupacional (OSHA) ha incrementado el cumplimiento de estas recomendaciones. Desde su implementación, se ha notado un leve descenso en la incidencia de la infección por VHB en el PS.⁷

Vacunación contra Hepatitis B: Cualquier persona cuyas tareas le impliquen estar en contacto con sangre contaminada, fluidos corporales contaminados con sangre, otros fluidos corporales u objetos cortopunzantes, debe de ser vacunados contra hepatitis B. Tamizajes serológicos previos a vacunación para conocer infecciones previas no está indicado para personas que van a ser vacunados debido a su riesgo ocupacional, al menos que el hospital u organización de salud considere que este tamizaje sea costo-efectivo.

La vacuna contra Hepatitis B debería siempre ser administrada por vía intramuscular en el músculo deltoide con una aguja de 1-1.5 pulgadas de largo. La vacuna contra la hepatitis B puede ser administrada al mismo tiempo que otras vacunas sin producir interferencia de respuestas de anticuerpos para las otras vacunas. Si la serie de las vacunas es interrumpida después de la primera dosis, la segunda dosis debe ser administrada lo más pronto posible. La segunda y tercera dosis debe de estar separadas por un intervalo de por lo menos 2 meses. Si solo la tercera dosis no ha sido puesta, se debe de administrar cuando sea conveniente. El PS que tiene contacto con sangre de paciente y están corriendo el riesgo de una lesión percutánea deberían de examinarse 1-2 meses después de administrada la tercera dosis de la

⁷ Protección de los Trabajadores de la Salud, Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH-CDC) EE.UU. OPS/OMS, Ginebra-2005

vacuna contra la hepatitis B. Las personas que no responden a la primera serie de vacunación (por ejemplo: anti-HBs <10mIU/ml) deberán de completar una segunda serie de 3 dosis o ser evaluados para determinar si son HBsAg- positivo. La persona que ha sido revacunada en una segunda serie, deberá de ser reexaminada cuando este se cumpla.

Las personas que no responden a la primera serie completa de 3 vacunas tienen un chance de respuesta positiva a la segunda serie entre el 30%-50%. Las personas que demuestren ser HBsAg-positivo deben de ser asesoradas sobre como prevenir la trasmisión del VHB a otros y sobre la necesidad de evaluaciones médicas. Aquellos que no responden a la vacunación y que son HBsAg-negativo deberán ser considerados como susceptibles a la infección por VHB, y deben de ser aconsejados sobre medidas a tomar para prevenir la infección por VHB y la necesidad de obtener profilaxis HBIG para cualquier situación conocida de exposición parenteral a sangre HBsAg-positiva. Dosis de refuerzo para la vacuna de hepatitis B no son necesarias y no se recomienda monitoreo de la concentración de anticuerpos después de completada el esquema de vacunación. Cualquier exposición a sangre o fluidos corporales sufrida por una persona no vacunada o susceptible debe de conducir al inicio del esquema de vacunación contra la hepatitis B.⁸

El Virus de la Hepatitis C no es transmitido eficientemente a través de la exposición ocupacional a la sangre. La incidencia promedio de la seroconversión del anti-VHC después de una exposición per cutánea accidental de una fuente VHC positiva es de 1.8% (rango: 0%-7%). Un estudio indica que la trasmisión ocurrió solamente de agujas para aspirar, comparadas con otros objetos cortopunzantes. Raramente ocurre trasmisión por la exposición de las membranas mucosas a sangre y ninguna trasmisión ha sido documentada en PS por la exposición a sangre en piel intacta o lesionada. Los datos son limitados acerca de la sobrevivencia del VHC en el ambiente. En contraste con el VHB, los datos epidemiológicos sugieren que la contaminación ambiental con sangre conteniendo VHC, no es un riesgo significativo para la trasmisión en los locales de atención a la salud, con la posible excepción de los lugares de hemodiálisis donde la trasmisión del VHC relacionado con la contaminación ambiental y pobres prácticas de control de infección, han sido implicadas. Los riesgos de trasmisión por exposición a fluidos o tejidos a parte de sangre infectada con el VHC, tampoco han sido medidos, pero se supone que sean bajos.⁹

En los Sistemas de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores de Salud se notifican menos lesiones con agujas de las que realmente ocurren, es probable que la previsión de dos millones de lesiones sea una estimación baja, los estudios muestran que solo se notifican entre el 40% de dichas lesiones.

Las lesiones con agujas son las fuentes mas frecuentes de exposición ocupacional a la sangre y la principal causa de infecciones de trasmisión hemática entre el personal sanitario

Las dos causas mas frecuentes de lesiones como agujas son el reencapuchado con las dos manos y la colecta y la eliminación incorrecta de los desechos punzocortantes. Algunos determinantes de las lesiones con agujas son los siguientes:

⁸ Guías Actualizadas del Sistema de Salud Pública de los EEUU, para el Manejo de la Exposición Ocupacional al VHB, VHC, y el VIH y, Recomendaciones para la Profilaxis Post Exposición. CDC EEUU, 2001

⁹ Protección de los Trabajadores de la Salud, Instituto Nacional de Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH-CDC) EE.UU. OPS/OMS, Ginebra-2005

- Uso excesivo de inyecciones y de instrumentos punzocortantes innecesarios
- Falta de material: jeringas desechables, agujas mas seguras y recipientes para la eliminación de objetos punzocortantes
- Falta de acceso a recipientes para objetos punzocortante su omisión de su uso inmediato después de la inyección
- Personal insuficiente o carente de la prepararon adecuada
- Reencapuchado de agujas después del uso
- Falta de medios técnicos de protección, como agujas mas seguras
- Paso de instrumentos de mano a mano en el quirófano
- Falta de conciencia del riesgo y falta de formación.

Siendo las factores siguientes elevan el riesgo de transmisión del VIH:

- Una herida profunda
- Sangre visible en el objeto
- Una aguja hueca llena de sangre
- Un objeto que se haya utilizado para acceder a una artería o una vena
- Un paciente con una lata carga vírica.

La prevención de las lesiones con agujas es la forma mas eficaz de prevenir la infección, siendo las medidas de prevención de las lesiones con agujas:

- Eliminar el riesgo: suprimir las inyecciones innecesarias y administrar los tratamientos por otras vías, es decir, en forma de comprimidos, inhaladores o parches trasdermicos. Eliminar las agujas de las vías de infusión suplementarias.
- Emplear medios técnicos de reducción de la exposición: como agujas retractiles
- Aplicar medidas de reducción de la exposición de carácter administrativo: medidas orientadas a limitar la exposición al riesgo como asignación de recursos que demuestren un compromiso con seguridad del personal sanitario, un comité de salud y seguridad ocupacional para el sector salud
- Aplicar medidas de reducción de la exposición relacionada con practicas de trabajo: como el reencapuchar las agujas, colocar recipientes para objetos punzocortantes en los lugares en los que se realicen inyecciones y que este al alcance de los ojos y de la mano, vaciar los recipientes antes de que se llenen
- Utilizar Equipos de Protección Personal: barreras, y filtros entre el trabajador y el riesgo como gafas de protección, guantes, mascarillas y batas.

Se ha constatado que la vigilancia y las medidas de carácter administrativo y las relacionadas con las practicas de trabajo reducen las lesiones con agujas hasta en un 80%, y los medios técnicos pueden reducirlos hasta en un 90%.

II.- ANTECEDENTES

En el último decenio ha ido aumentando la importancia concedida a la salud y seguridad del personal sanitario, así como de que la atención de la salud con calidad depende de un entorno laboral seguro para estos trabajadores.

En el año 2000 el congreso de los EE.UU. promulgo la Ley de Seguridad y Prevención de las Lesiones con Agujas, que exige el uso de medios técnicos de reducción de la exposición. En mayo del 2003 las asociaciones europeas de

enfermeras se reunieron para reclamar al Parlamento Europeo medidas que garanticen el acceso a agujas más seguras, y en el año 2004 la provincia de Saskatchewan de Canadá se convirtió en la primera en exigir dichas agujas.

En setiembre del 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) emprendieron un proyecto piloto en tres países: Sudáfrica, Tanzania y Viet Nam, para prevenir las infecciones por el VIH y las Hepatitis contraídas por exposición ocupacional a agentes de transmisión hemática donde se actuaron en lineamientos de: corregir políticas, aplicar las precauciones universales, preparar sistemas de vigilancia, vacunar contra la Hepatitis B, llevar a cabo un adecuado seguimiento a la exposición, incluida la profilaxis farmacológica.

El **objetivo de este proyecto es reducir las lesiones con agujas y la transmisión de la Hepatitis y del VIH al personal sanitario**. Son indicadores secundarios el incremento de la proporción de lesiones con agujas notificadas, la mejora del seguimiento de los trabajadores lesionados.

En octubre del 2004 los asociados en el proyecto en África meridional se reunieron con otras organizaciones de la región. Trabajaron en torno a la seguridad de las inyecciones y prevención y control de las infecciones para planificar la ampliación masiva del proyecto con miras a garantizar que la salud ocupacional del personal sanitario¹⁰.

En el año 2005 La Organización Panamericana de la Salud (OPS) mediante la Decisión N° 45 del Consejo Directivo menciona: Fortalecimiento de Alianzas en el Área de Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud en un contexto intersectorial. El Mandato de la IV Cumbre de las Américas impulsado por la OPS donde se mencionan: Promover condiciones de salud y seguridad y proporcionar ambientes de trabajo saludables. Para ello es indispensable impulsar alianzas estratégicas entre el sector laboral, el Sector Salud, el del ambiente y el de educación.

El año 2005 la OPS/OMS en coordinación con el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) inician un proyecto piloto **en Venezuela de Prevención de Accidentes Laborales por Objeto Punzocortante 2005-2010**

El Día Mundial de la Salud, 7 de abril del 2006 está dedicado a honrar a los trabajadores de la salud ya que ellos constituyen, con su servicio, el recurso máspreciado del sector. Muchas conmemoraciones especiales tendrán lugar a lo largo y ancho de las Américas.

Aunque tiene un carácter universal, el Día Mundial de la Salud 2006 será particularmente importante para la Región de las Américas ya que este año se inicia una Década de Promoción de los Recursos Humanos en Salud. Se trata de que en los próximos diez años, gobiernos y actores sociales hagan del desarrollo de los recursos humanos en salud una prioridad de sus estrategias, de manera que comprometan voluntad política, actuaciones públicas y recursos financieros para que los trabajadores de salud puedan ejercer realmente bien sus funciones con los instrumentos que les son más necesarios: Formación profesional, compensación adecuada, buenas condiciones de trabajo y políticas de apoyo¹¹.

¹⁰ Susan Wilburn, The Global Occupational Health Network, OMS, 2005

¹¹ Biblioteca Electrónica, Salud, Seguridad y Condiciones de Trabajo de los Trabajadores del Sector salud, CEPIS, OPS, 2005

El Perú como país miembro de la OPS se compromete en la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana a seguir las metas propuestas: Generar relaciones laborales entre el personal y las organizaciones de salud con el fin de fomentar la creación ambientes de trabajo saludables y que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para la población:

- *Meta 13:* La proporción de empleo precario, sin protección para los proveedores de servicios de salud se habrá reducido a la mitad de todos los países.
- *Meta 14:* El 80% de los países de la Región contará con una política de salud y seguridad para los trabajadores de salud, incluyendo programas para reducir las enfermedades laborales y accidentes de trabajo¹².

En el Perú se ha iniciado el **Programa de Protección de la Salud de los Trabajadores de la Salud** con iniciativa de la OMS, OPS y NIOSH, en abril del 2008 tomando como pilotos las regiones de Cajamarca I, Piura II, Pasco, Arequipa, Cusco, Puno, Apurímac I, Lambayeque, y a los hospitales de Lima: Instituto de la Maternidad de Lima, Hospital Cayetano Heredia, Hospital Hipólito Unanue, Hospital Dos de Mayo, así como una extensión a los Hospitales Nacionales de EsSalud, para implementar **los procesos de prevención de accidentes punzocortantes y exposición ocupacional a agentes patógenos de la sangre**, y se ha ampliado en el mes de setiembre a todas las regiones del país con el componente de Vigilancia Sanitaria de las Hepatitis Virales en Trabajadores de Salud.

Se ha tomado en cuenta a la Constitución Política del Perú, las leyes vigentes y los aportes del Acuerdo Nacional, espacio institucionalizado de diálogo político, social y económico. Según la Décimo Tercera Política de Estado del Acuerdo Nacional, en **el objetivo k establece que el Perú deberá de desarrollar políticas de salud ocupacional**, extendiendo las mismas a la seguridad social. Así mismo en el Acuerdo Nacional, Décimo Cuarta Política de Estado, Acceso al empleo digno y productivo: "Nos comprometemos a promover y propiciar, en el marco de una economía social de mercado, la creación descentralizada de nuevos puestos de trabajo, en concordancia con los planes de desarrollo nacional, regional y local. Asimismo, nos comprometemos a mejorar la calidad del empleo, con ingresos y condiciones adecuadas, y acceso a la seguridad social para permitir una vida digna. Nos comprometemos además a fomentar el ahorro, así como la inversión privada y pública responsables, especialmente en sectores generadores de empleo sostenible."¹³

Desde el sector Trabajo se ha tomado en cuenta el D.S. 009-2005 del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, donde se menciona que los lugares de trabajo deben de implementar sus Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, y desde el propio sector salud se ha hecho la referencia a la R.M 511-2004/MINSA sobre la Utilización de la Ficha Única de Aviso de Accidentes de Trabajo, **R.M. 554-2007/MINSA sobre la conformación de los Comités de Seguridad y Salud en los Establecimientos del MINSA, y la R.M. 763-2008 que regula los Procedimientos de Seguridad y Salud Ocupacional en los establecimientos del MINSA, y la Ley 26626 sobre el Tratamiento Post-exposición con Tratamiento Antirretroviral, dentro de las mas importantes.**

¹² Maritza Tennessee, Iniciativa de Salud, Seguridad y Condiciones de Trabajo de los Trabajadores del Sector Salud, OPS, 2007

¹³ Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012, MINSA, 2002

III.- CARACTERIZACION SITUACIONAL

La Organización Mundial de la Salud estima que entre el PS la proporción de la carga mundial de la morbilidad atribuible a la exposición profesional es del 40% en caso de la Hepatitis B y C, 2,5% para el caso del VIH, Aunque el 90% de las exposiciones ocupacionales en los países en vías de desarrollo, es el 90% de las notificaciones de infecciones profesionales se registran en Norteamérica y Europa.

El CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de los Estados Unidos habían comunicado 57 casos confirmados y 137 sospechosos de transmisión Profesional de VIH en ese país, pero también estima que entre el PS se produce cada año 35 casos nuevos de transmisión de VIH¹⁴

El CDC también calculó que de 6500 a 9000 nuevas infecciones de VHB ocurrieron en trabajadores de salud en 1990. Siguiendo el curso natural de la infección por el VHB, entre 300 a 950 de estos trabajadores (5% a 10%) eventualmente desarrollarían infección crónica, la que llevaría a la muerte por cirrosis entre 100 - 150 personas y carcinoma hepatocelular fatal en 25 - 40 sujetos.¹⁵

De los 35 millones de trabajadores de la salud a nivel mundial, alrededor de 3 millones han experimentado anualmente exposición percutánea a patógenos sanguíneos; de estos, 2 millones se vieron expuestos a VHB, 0.9 millones a VHC y 170.000 a VIH. Estas lesiones podrían causar 15 mil personas infectadas por VHC, 70 mil por VHB y mil por VIH. Más del 90% de estas infecciones suceden en países en desarrollo¹⁶.

En general, la seroprevalencia de VHB en trabajadores de salud es de dos a cuatro veces mayor que en controles donantes de sangre. Las tasas más altas son vistas en médicos, laboratoristas, trabajadores de unidades de diálisis, empleados encargados del servicio de limpieza, y el personal de enfermería, incluyendo a los del servicio de emergencia.

Así mismo en el Perú existen estudios sobre la presencia de VIH ocupacional en Trabajadores de Salud poco difundidos y consolidados por la autoridad competente, así como estudios que también muestran que los trabajadores de salud de áreas con baja endemicidad por VHB tienen mayor riesgo, particularmente los que manipulan material contaminado con sangre y secreciones, así como aquellos que desarrollan procedimientos invasivos. Sin embargo en áreas hiperendemicas el ser trabajador no es un riesgo adicional para contraer VHB pues han adquirido la infección en edades tempranas de la vida como se mostró en los estudios de Huanta donde los niveles de infección entre trabajadores de salud de un hospital general y profesores eran similares. En este sentido es imprescindible que los trabajadores de salud puedan prevenir esta enfermedad con la vacunación¹⁷. Pero a pesar de los esfuerzos de la Dirección General de Salud Ambiental, de la Dirección General de Epidemiología, y de la Dirección General de Salud de las Personas con las intervenciones en Bioseguridad no se ha logrado una institucionalización clara de la Protección de la Salud de los Trabajadores del Sector salud en ninguno de sus órganos de línea.

¹⁴ Susan Wilburn, The Global Occupational Health Network, OMS, 2005

¹⁵ Center for Disease Control and Prevention (CDC), EEUU-1997

¹⁶ Ayuda Memoria en Seguridad del Personal de Salud, OMS, Ginebra-2006

¹⁷ Cesar Augusto Cabezas Sánchez, Hepatitis Viral B y Delta en el Perú: Epidemiología y Bases para su Control

La Población del Perú para el año 2005 se estima en de 27 946 774, y de la Población Económicamente Activa de 13 807 894.¹⁸ y de los Trabajadores de Salud un aproximado de 350 000 lo que representa un 4.7% del total de la población económicamente activa.¹⁹

IV.- PROBLEMAS IDENTIFICADOS

En la reunión técnica realizada el día 08 de abril del 2008, con el apoyo técnico y la metodología en Prevención de Accidentes Punzocortantes y Exposición Ocupacional de Agentes Patógenos de la Sangre de la OMS de Suiza, OPS, y NIOSH de EE.UU., y con la participación de las DIRESAs de Piura II, Cajamarca I, Pasco, Ica, Arequipa, Apurímac I, Lambayeque, Ayacucho y Ancash, DISAs de Lima y Callao, Colegios Profesionales, Direcciones Generales del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de salud: CENSOPAS, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Cooperación Española: ISCOD, y EsSalud, con quienes se identifico los siguientes problemas:

4.1.- En relación con la difusión de la importancia de los Accidentes Punzocortantes, su relación con la morbimortalidad de los trabajadores de salud y con la calidad de las prestaciones de salud

- Las personas que toman decisiones en el nivel, central, regional, y local en los establecimientos de salud tienen poco conocimiento de la importancia de los accidentes punzocortantes, su relación con la morbimortalidad de los Trabajadores de Salud, y con la calidad de las prestaciones de salud
- Despreocupación y el disconfort del Trabajador de Salud en relación con los Accidentes Punzocortantes que padecen.

4.2.- En relación con la implementación de medidas de prevención en Accidentes Punzocortantes

- Déficit y desconocimiento de los procedimientos de vigilancia de los accidentes punzocortantes, así como de las medidas de prevención universal o estandarizadas y específicas en accidentes punzocortantes.
- Débil cobertura de la vacunación contra la hepatitis B en trabajadores de Salud
- Aptitud deficiente en procedimientos de vigilancia y de medidas de prevención primaria secundaria y terciaria en Accidentes Punzocortantes por los Trabajadores de salud.

4.3.- En relación con la respuesta del sector salud

- Déficit en RR.HH. capacitado en Salud Ocupacional y en temas de Salud Ocupacional en el sector salud
- Escaso presupuesto destinado a actividades de Salud Ocupacional en el sector salud
- Déficit de políticas, programas, planes y proyectos del Ministerio de Salud en Prevención de Accidentes Punzocortantes

4.5.- En relación con la coordinación interinstitucional y multisectorial

- Ausencia de espacios de coordinación interinstitucional y multisectorial en Prevención de Accidentes Punzocortantes y exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre.

¹⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Peru-2005, Dr. Wellington Chumbe Albornoz, Chile-2007

¹⁹ Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones del MINSA, 2008

V.- OBJETIVOS:

5.1.- ESTRATEGICO

Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por Exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre en Trabajadores de Salud a través de la prevención de Accidentes Punzocortantes, mejorando la calidad la vida del trabajador de salud en pro de la salud que ellos atienden.

5.2.- GENERALES:

- Fortalecer la colaboración interinstitucional, de las direcciones del MINSA, instituciones académicas, y los demás sectores del Estado en la priorización de los Accidentes Punzocortantes y la Exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre.
- Establecer un sistema de vigilancia de la salud de los trabajadores de salud en los establecimientos de salud en el Perú.
- Establecer los lineamientos para la prevención de accidentes punzocortantes y exposición ocupacional a agentes patógenos de la sangre.

VI.- LINEAS DE ACCION

- 6.1. Sensibilización y fortalecimiento de las capacidades de las autoridades y de los trabajadores de salud en el problema de los Accidentes Punzocortantes y la exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre.
- 6.2. Fortalecimiento de la Estructura Organizacional con el componente de Prevención de Accidentes Punzocortantes en los Establecimientos de Salud²⁰.
- 6.3. Vigilancia de la Salud de los Trabajadores de Salud en los Establecimientos de Salud
- 6.4. Implementación y Fortalecimiento de las Medidas de Prevención en Accidentes Punzocortantes en Trabajadores de Salud, recomendadas por la OPM/OPS y NIOSH en los Establecimientos de Salud:
 - 6.4.1. Entrenamiento en Prevención de Accidentes Punzocortantes
 - 6.4.2. Sustitución de objetos punzocortantes con controles de ingeniería-
Agujas con Dispositivos de Seguridad
 - 6.4.3. Precauciones Universales, y la Utilización de Equipos de
Protección Personalizada
 - 6.4.4. Manejo de los Desechos de Salud- Recipientes Rígidos para Objetos
Punzocortantes
- 6.5. Implementación de la Inmunización contra la Hepatitis B en los trabajadores de salud en las campañas de Vacunación y en el Esquema de Vacunación Regular.
- 6.6. Implementación de Profilaxis Post-exposición contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana

²⁰ Una Estrategia para la Protección del Personal de Salud contra Infecciones de Virus Transmitidos por Sangre, Ayuda Memoria, OMS, 2005

- 6.7. Implementación la Prevención de Accidentes Punzocortantes y exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre en las Instituciones Académicas y el desarrollo de estudios de Investigación en Accidentes Punzocortantes.

VII.- MATRIZ DE ACTIVIDADES

7.1.- OBJETIVO GENERAL I

- Fortalecer la colaboración interinstitucional, de las direcciones del MINSA, instituciones académicas, y los demás sectores del Estado en la priorización de los Accidentes Punzocortantes y la Exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre.

7.1.1.- LINEA DE ACCION 1

Sensibilización y fortalecimiento de las capacidades de las autoridades y de los trabajadores de salud en el problema de los Accidentes Punzocortantes y la exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre.

Actividad	Indicador	Fecha	Responsabilidades
Desarrollo de talleres orientados a generar conciencia del problema de los accidentes punzocortantes a autoridades	- Numero de Talleres nacionales del MINSA central - Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs	2008- Continuo	DIGESA, DSO DIRESAs y DISAs Essalud
Desarrollo de asistencia técnica orientadas a sensibilizar el problema de los accidentes punzocortantes en Trabajadores de Salud	- Numero de Asistencias técnicas en el MINSA central - Numero de Informes de las DIRESAs y DISAs - Numero de medios de comunicación que difunden el tema	2008-2009	DIGESA, DSO DGSP DGRRHH DIRESAs y DISAs Essalud
Implementar políticas en Prevención de Accidentes Punzocortantes a nivel nacional y regional	- Numero de Normas administrativas, sanitarias y laborales referentes al tema	2008- Continuo	DIGESA, DSO DGRRHH DGSP DIRESAs y DISAs Hospitales Priorizados MTPE Essalud

7.2.2.- LINEA DE ACCION 2

Fortalecimiento de la Estructura Organizacional con el componente de Prevención de Accidentes Punzocortantes en los Establecimientos de Salud

Actividades	Indicador	Fecha	Responsabilidades
Conformación de los Comités de Salud y Seguridad Ocupacional en los establecimientos de salud (Anexo N° 01)	- Numero de comités conformados en Salud y Seguridad Ocupacional - Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs	2008-2009	DIGESA, DSO DIRESAs y DISAs Essalud
Implementación de las Unidades de Salud Ocupacional en las dependencias de Epidemiología y Salud Ambiental de los establecimientos de salud ²¹	- Numero de USO implementadas en los Establecimientos de Salud - Numero de Informes de las DIRESAs y DISAs	2008-2009	DIGESA, DSO DIRESAs y DISAs Essalud

7.2.- OBJETIVO GENERAL II

- Establecer un sistema de vigilancia de la salud de los trabajadores de salud en los establecimientos de salud en el Perú.

7.2.1.- LINEA DE ACCION 3

Vigilancia de la Salud de los Trabajadores de Salud en los Establecimientos de Salud

Actividades	Indicador	Fecha	Responsabilidades
Implementación de la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores en las Unidad de Salud Ocupacional en Establecimientos de Salud de las dependencias de Epidemiología y Salud Ambiental	- Numero de Unidades implementadas con el componente de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores de Salud - Numero de Informes de las DIRESAs y DISAs	2008-2009	DIGESA, DSO DGE DGRRH DIRESAs y DISAs Essalud

²¹ Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud, OPS, 2005

<p>Priorización de la Vigilancia de Accidentes Punzocortantes de los Trabajadores de Salud en los Establecimientos de Salud (Anexo N° 02)</p>	<p>- Numero registros de Accidentes Punzocortantes Registrados y Reportados en el MINSA central</p> <p>- Numero de Informes de las DIRESAs y DISAs</p>	<p>2008- Continuo</p>	<p>DIGESA, DSO DGE DIRESAs y DISAs</p> <p>Essalud</p>
<p>Implementación de Seguimiento Post-Accidente Punzocortante Exámenes Médicos Ocupacionales en Trabajadores de Salud (Anexo N° 03)</p>	<p>- Numero de registros de seguimiento Post-Accidente Punzocortante y Exámenes médicos Ocupacionales en Trabajadores de salud</p> <p>- Numero de Informes de las DIRESAs y DISAs</p>	<p>2008- Continuo</p>	<p>DIGESA, DSO DGRRHH DGSP DIRESAs y DISAs Hospitales</p> <p>Essalud</p>

7.3.- OBJETIVO GENERAL III

- Establecer los lineamientos para la prevención de accidentes punzocortantes y exposición ocupacional a agentes patógenos de la sangre.
-

7.3.1.- LINEA DE ACCION 4

Implementación y Fortalecimiento de las Medidas de Prevención en Accidentes Punzocortantes en Trabajadores de Salud, recomendadas por la OPM/OPS y NIOSH en los Establecimientos de Salud.

7.3.1.1.- Entrenamiento en Prevención de Accidentes Punzocortantes

Actividades	Indicador	Fecha	Responsabilidades
<p>Entrenamiento en prevención de accidentes punzocortantes (Anexo N° 04)</p>	<p>- Numero trabajadores de salud entrenados</p> <p>- Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs</p>	<p>2008-2009</p>	<p>DIGESA, DSO DIRESAs y DISAs</p> <p>Essalud</p>
<p>Elaboracion material de difusión en prevención de accidentes punzocortantes</p>	<p>- Numero de Materiales difusión elaborados</p>	<p>2008-2009</p>	<p>DIGESA: DSO DIRESAs y DISAs</p>

(Anexo N° 05)	- Numero de Informes de las DIRESAs y DISAs		Essalud
---------------	---	--	---------

7.3.1.2.- Sustitución de objetos punzocortantes con controles de ingeniería- Agujas con Dispositivos de Seguridad

Actividades	Indicador	Fecha	Responsabilidades
Implementación de controles de ingeniería-agujas con dispositivos de Seguridad en los Establecimientos de Salud (Anexo N° 06)	- Numero de establecimientos de salud con controles de ingeniería implementados - Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs	2008- Continuo	DIGESA: DSO DIRESAs y DISAs Essalud

7.3.1.3.- Precauciones Universales, y la Utilización de Equipos de Protección Personalizada

Actividades	Indicador	Fecha	Responsabilidades
Fortalecimiento de las Precauciones Universales y la Utilización de Equipo de Protección Personal (Anexo N° 07) en los Trabajadores de Salud	- Numero de establecimientos de salud que fortalecen la utilización de Precauciones Universales y de EPP - Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs	2008- Continuo	DIGESA: DSO DGE DGSP DIRESAs y DISAs Essalud

7.3.1.4.- Manejo de los Desechos de Salud- Recipientes Rígidos para Objetos Punzocortantes

Actividades	Indicador	Fecha	Responsabilidades
Implementación de estructura orgánica de Desechos de Salud- Punzocortantes en las Unidades de Epidemiología y Salud Ambiental (Anexo N° 08)	- Numero de establecimientos de salud que implementan la estructura orgánica de Desechos de Salud- Punzocortantes	2008-2009	DIGESA:DSO, DEPA DGSP: Calidad DIRESAs y DISAs Essalud
Implementación del sistema sobre la disponibilidad de	- Numero de establecimientos de salud que	2008- Continuo	DIGESA: DSO, DEPA DGSP: Calidad

recipientes rígidos, manejo, separación, manipulación segura y el tratamiento de los desechos de objetos punzocortantes con una mejora continua	implementan sistemas de desechos de salud - Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs		DIRESAs y DISAs Essalud
---	--	--	--------------------------------

7.3.2.- LINEA DE ACCION 5

Implementación de la Inmunización contra la Hepatitis B en los trabajadores de salud en las campañas de Vacunación y en el Esquema de Vacunación Regular.

Actividades	Indicador	Fecha	Responsabilidades
Implementación del componente de Inmunizaciones en las Unidad de Salud Ocupacional en Establecimientos de Salud de las dependencias de Epidemiología y Salud Ambiental en coordinación con el área de Inmunizaciones	- Numero de establecimientos de salud que han implementado el componente de inmunizaciones en sus Unidades de salud Ocupacional del sector salud - Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs	2008-2009	DIGESA: DSO DGE DGSP: Inmunizaciones DIRESAs y DISAs Essalud
Coordinación y Monitoreo de la cobertura de vacunación contra la Hepatitis B en los Trabajadores de Salud durante las campañas de salud y del esquema regular de vacunación (Anexo N° 09)	Numero de Trabajadores de Salud vacunados contra la hepatitis B - Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs	2008- Continuo	DIGESA: DSO DGSP : Inmunizaciones DIRESAs y DISAs Essalud

7.3.3.- LINEA DE ACCION 6

Implementación de Profilaxis Post-exposición contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Actividades	Indicador	Fecha	Responsabilidades
Implementación del componente de Profilaxis Post-exposición en las Unidad de Salud Ocupacional de los Establecimientos de Salud de las dependencias de Epidemiología y Salud	- Numero de establecimientos de salud que han implementado el componente de profilaxis post-exposición en sus Unidades de salud	2008-2009	DIGESA: DSO DGE DGSP:PROCETS-VIH, DIRESAs y DISAs Essalud

Ambiental en coordinación con el área de PROCETS-VIH, Infectología y Laboratorio (Anexo N° 10)	Ocupacional del sector salud - Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs		
Coordinación y Monitoreo la profilaxis Post-exposición en Trabajadores de Salud en las Unidades de Salud Ocupacional	- Numero de Trabajadores de Salud con Profilaxis Post-Exposición - Numero de Informes en las DIRESAs y DISAs	2009- Continuo	DIGESA: DSO DGSP : Inmunizaciones DIRESAs y DISAs Essalud

7.3.4.- LINEA DE ACCION 7

Incorporación de temas de Prevención de Accidentes Punzocortantes y exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la sangre en centros académicos y desarrollo de estudios de Investigación en Accidentes Punzocortantes.

Actividades	Indicador	Fecha	Responsabilidades
Listado de de Investigación en Accidentes Punzocortantes y exposición ocupacional a agentes patógenos de la sangre	- Lista elaborada de Investigación	2008-continuo	INS: CENSOPAS DIGESA:DSO, Universidades DIRESAs y DISAs Essalud
Se realizan estudios de investigación en Accidentes Punzocortantes y exposición ocupacional a agentes patógenos de la sangre	- Estudios de Investigación realizados	2009-2010	INS: CENSOPAS DIGESA:DSO, Universidades DIRESAs y DISAs
Incorporar el tema de Prevención de Accidentes Punzocortantes y Exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la sangre	- Carreras Profesionales de pregrado y postgrado que incorporen el tema	2009-continuo	INS: CENSOPAS DIGESA:DSO, Universidades DIRESAs y DISAs

VIII.- ANEXOS

ANEXO N° 01

MINISTERIO DE SALUD

No. 554-2007/na



Resolución Ministerial

Lima, 04 de Julio del 2007



Vallejos S.



J. Calderón Y.



Argy García B.



L. MATALLANA V.



Zumarán A.

Visto: el Informe N° 061-2007-ESB-ODRH/MINSA.

CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 7° del Decreto Supremo N° 009-2005-TR que "Aprueba el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo" establece que las entidades públicas competentes en materia laboral, sanitaria, de producción y las demás vinculadas en materia de seguridad y salud en el trabajo, coordinarán sus actuaciones para la elaboración de normas preventivas y el control de su cumplimiento; la promoción de la salud, así como la prevención, la investigación y la vigilancia epidemiológica sobre riesgos laborales, accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, para asegurar una eficaz protección de la seguridad y salud de los trabajadores;

Que, el Artículo 3° del Decreto Supremo N° 007-2007-TR, incorpora la cuarta disposición complementaria y transitoria al Decreto Supremo N° 009-2005-TR y señala que el funcionamiento del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, la adecuación del Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo al precitado Reglamento o la elaboración del mismo para los sectores que no tenían esta obligación, será obligatorio desde el 1° de octubre de 2007;

Que, el Artículo 18° del Decreto Supremo N° 009-2005-TR señala la obligación de conformar un Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y de acuerdo a lo estipulado en el inciso i) del Artículo 104° del citado Reglamento, constituye infracción grave no designar a uno o varios trabajadores para participar como supervisor o miembro del Comité de Seguridad y Salud;

Que, la Administración Central del Ministerio de Salud requiere contar con un Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme se encuentra previsto en el Decreto Supremo N° 009-2005-TR, modificado por el Decreto Supremo N° 007-2007-TR;

Que, mediante Circular N° 027-2007-OGGRH-ODRH/MINSA de fecha 07 de marzo de 2007 la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, solicitó a las Direcciones y

Oficinas Generales que acrediten a sus representantes para la elaboración del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, el mismo que deberá ser elaborado con la participación conjunta de las diferentes áreas involucradas en el manejo de Salud Ocupacional;

Que, las Direcciones y Oficinas Generales han cumplido con acreditar a sus representantes, los cuales conformarán el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Administración Central de Ministerio de Salud, el mismo que tendrá a su cargo la elaboración del Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo;



Vallejos S.

Que, de acuerdo a lo expuesto en los considerandos precedentes resulta necesario dictar el acto administrativo correspondiente, al amparo de lo establecido en la normatividad interna vigente;

Con el visado del Viceministro de Salud y de los Directores Generales de la Oficina General de Gestión Recursos Humanos y Oficina General de Asesoría Jurídica;



J. Calderón Y.

De conformidad con lo establecido en el literal I) del Artículo 8° de la Ley N° 27657 Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Conformar el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Administración Central del Ministerio de Salud, el mismo que estará integrado por las siguientes personas:



Magly García B.



R. MATA LLANA V.



V. Zumaran A.

- Abog. Desilú León Chempén, representante de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, quien lo presidirá.
- Abog. José Antonio Lora Alvarez, representante de la Oficina de Desarrollo de Recursos Humanos de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, quien lo presidirá en ausencia de su titular.
- Sr. César Robles Cristóbal, representante de la Oficina de Administración de Recursos Humanos de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos
- Sr. Wilfredo Montero Orbezo, representante de la Dirección de Salud Ambiental - DIGESA.
- Abog. José Enrique Polo Hurtado, representante de la Oficina General de Asesoría Jurídica.
- Lic. Juana Baibina Huamán-Roncal, representante de la Oficina General de Defensa Nacional.
- Srta. Lilitana Atala Schaefer, representante del Órgano de Control Institucional.
- Sr. Jorge Asencio Espinoza, representante de la Dirección General de Infraestructura, Equipamiento y Mantenimiento - DIGIEM.
- Sr. Carlos Gambirazio Carbajal, representante de la Dirección General de Epidemiología.
- Abog. Paula Isabel Domínguez Meléndez, representante de la Defensoría de la Salud y Transparencia.
- Sra. Rosario Zavaleta, representante de la Dirección de Calidad de la Dirección General de Salud de las Personas.
- Lic. Héctor Yaya Chumplitaz, representante de la Dirección General de Promoción de la Salud.
- Sra. Edith Martha Ramos Carrión, representante de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas - DIGEMID.
- Sr. Erick Tello Corrales, representante de la Oficina General de Administración.
- Sr. Jaime López Egúsqiza, representante de la Oficina de Planeamiento Estratégico de la Oficina General de Planificación y Presupuesto.

MINISTERIO DE SALUD

No. 554-2007/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 04 de Julio del 2007



J. Calderón Y.

Sra. Gladys Quispe Berrocal, representante de la Oficina General de Comunicaciones.

Sr. Luis Felipe Velásquez Vargas, representante de la Oficina General de Estadística e Informática.



I. MATA YANA V.

Artículo 2°.- El precitado Comité estará encargado de elaborar el Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Administración Central del Ministerio de Salud, debiendo remitirlo a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, en un plazo de sesenta (60) días.



Zumarán A.

Artículo 3°.- Disponer que los Directores Generales de las Unidades Ejecutoras del Pliego 011 y los Jefes de los Organismos Públicos Descentralizados, conformen su Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo y elaboren su propio Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo, conforme las normas aplicables; para tal efecto deberán emitir los actos resolutivos correspondientes, informando de todo lo actuado a la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos del Ministerio de Salud

Regístrese y comuníquese.



Igley García B.



CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN
Ministro de Salud

MINISTERIO DE SALUD

No. 463-2008/MINSA



Resolución Ministerial

Lima, 23 de Octubre del 2008



M. Arce R.

Visto el Expediente N° 08-036626-001, que contiene el Memorandum N° 371-2008-OGGRH/MINSA de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos;

CONSIDERANDO:



F. Campos A.

Que, el artículo 7° del Decreto Supremo N° 009-2005-TR, Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo, establece que las entidades públicas competentes en materia laboral, sanitaria, de producción y las demás vinculadas en materia de seguridad y salud en el trabajo, coordinarán sus actuaciones para la elaboración de normas preventivas y el control de su cumplimiento; la promoción de la salud, así como la prevención, la investigación y la vigilancia epidemiológica sobre riesgos laborales, acciones de trabajo y enfermedades ocupacionales, para asegurar una eficaz protección de la seguridad y salud de los trabajadores;



M. Saldarriga C.

Que, el artículo 3° del Decreto Supremo N° 007-2007-TR, incorpora la cuarta disposición complementaria y transitoria al Decreto Supremo N° 009-2005-TR y señala que el funcionamiento del Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, la adecuación del Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo al precitado Reglamento o a la elaboración del mismo para los sectores que no tenían esta obligación, será obligatorio desde el 1 de octubre de 2007;



s. Reyes N.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 554-2007/MINSA se conforma el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, con el fin de elaborar el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Sede Central del Ministerio de Salud;

Que, mediante Informe N° 031-2007-ODRH/MINSA, se remite el Informe Final presentado por el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como el proyecto de Reglamento correspondiente;

Que, teniendo en cuenta el referido proyecto el Director General de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, solicita la aprobación de la Directiva



M. Arce R.



F. Campos A.



M. SALTARRIAGA C.



S. Reyes N.

Administrativa sobre "Normas y Procedimientos de Seguridad y Salud Ocupacional", la misma que contribuirá a la prevención de los riesgos laborales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales;

Que, la Administración Central del Ministerio de Salud requiere contar con un Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme a lo establecido en el Decreto Supremo N° 009-2005-TR, modificado por el Decreto Supremo N° 007-2007-TR;

Que, en tal virtud, resulta necesario establecer e implementar los procedimientos de atención, prevención y protección de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en la Administración Central del Ministerio de Salud;

Con las visaciones del Director General (e) de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo establecido en el literal i) del artículo 8° de la Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud y su Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA, modificado por Decreto Supremo N° 007-2006-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Administrativa N° J 4.3 -Minsa/OGGRH-V.01 "Normas y Procedimientos de Seguridad y Salud Ocupacional".

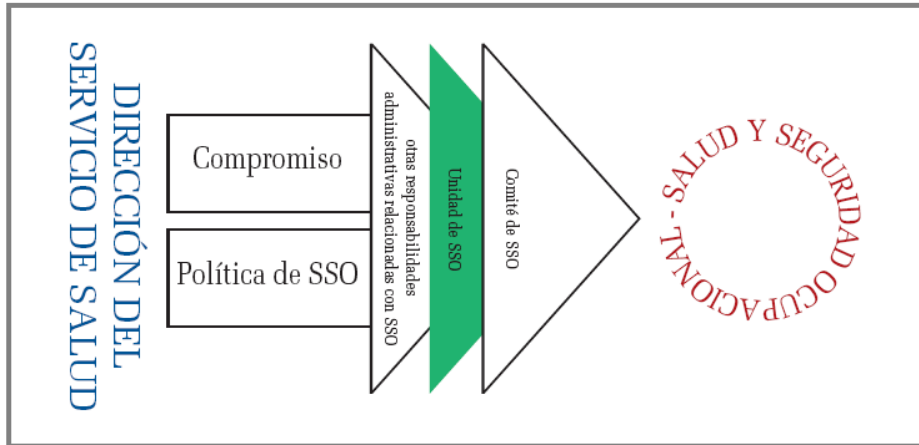
Artículo 2°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones, publique en la página Web del Ministerio de Salud, la presente Directiva.

Regístrase y comuníquese.

OSCAR RAÚL UGARTE UBILUZ
Ministro de Salud



2.3 UNIDAD DE SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL (USSO)



Para una gestión efectiva de la SSO, la administración debe favorecer la creación y el desenvolvimiento de una Unidad de Salud y Seguridad Ocupacional (USSO)*.

La USSO deberá coordinar las acciones para el cumplimiento de cuatro funciones básicas, siempre en consulta y colaboración con los trabajadores y la dirección, a través del CSSO:

- Vigilancia del ambiente de trabajo
- Vigilancia de la salud de los trabajadores
- Asesoría y comunicación (información sobre SSO para la administración y los empleados, educación, entrenamiento y consejería) y
- Cuidados de la salud, por ejemplo: primeros auxilios, cooperación con las autoridades sanitarias y programas de salud (vacunación, etc.)

A pesar de su vocación prioritariamente preventiva, la USSO podrá también quedar encargada de servicios médicos curativos para los trabajadores y sus familias,

de acuerdo con la legislación nacional y las necesidades locales.

De acuerdo al porte del establecimiento de salud y las necesidades específicas de sus trabajadores, la USSO podrá estar constituida por un grupo de profesionales o por un solo miembro.

En el caso que la legislación nacional lo permita, una USSO puede servir a un grupo de establecimientos de salud de una determinada área geográfica, siempre que esto no impida ejercer sus funciones dentro del propio ambiente del funcionario y teniendo en cuenta las especificaciones de este trabajo

Profesionales que componen una USSO:

De preferencia, una USSO debe contar con profesionales especializados, o en su ausencia, los profesionales deben recibir un entrenamiento especial. Se debe priorizar un abordaje multidisciplinario (medicina ocupa-

* Para consulta, la legislación y Web de USSO se encuentran bajo las siguientes denominaciones: Serviços de Saúde no Trabalho (OIT Brasil), Servicio de salud en el trabajo (OIT en español), Occupational Health Services (OIT en inglés), Basic Occupational Health Service BOHS (documentos más recientes OIT/OMS). Como este Manual trata de personas empleadas de los servicios de salud, evitamos utilizar el término servicio para referirnos a la asistencia médica y social que recibe el empleado, a fin de no confundir "servicios de salud" con "establecimiento" o con los servicios que estos prestan a la comunidad.

cional, higiene ocupacional, ergonomía, enfermería ocupacional, etc.).

Algunos requisitos para el funcionamiento de la USSO:

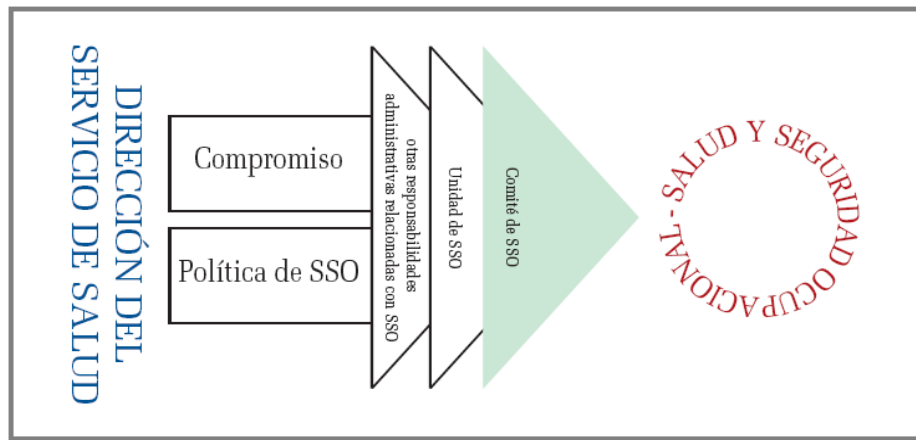
- Debe disponer de un local adecuado para realizar sus funciones y de personal para sus funciones administrativas.
- La independencia profesional de sus miembros debe ser salvaguardada, según las leyes nacionales y los

reglamentos creados a través de acuerdos entre la dirección y los trabajadores.

- Los profesionales de las USSO están obligados a mantener el secreto profesional acerca de la información recibida sobre los trabajadores a través del cumplimiento de sus funciones. El secreto profesional está sujeto a excepciones creadas por las leyes y los reglamentos nacionales.

Los ítems de la sección 2.7 mencionan el papel de la USSO en el cumplimiento de las estrategias de SSO. Ver también las recomendaciones de la OIT para la formación de la USSO en la sección de herramientas de este Manual (herramientas 2 y 3).

2.4 COMITÉ DE SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL (CSSO)



10

El Comité de Salud y Seguridad Ocupacional es una herramienta de suma importancia en la gestión de salud y seguridad ocupacional. El comité es un grupo permanente compuesto por empleados y empleadores que se comunican y trabajan juntos para identificar y resolver los problemas de salud y seguridad en el lugar de trabajo, ofreciendo orientación y apoyo a la Unidad de SSO.

El comité es responsable de recomendar cómo se pueden resolver los asuntos de salud y seguridad ocupacional, pero no es responsable de llevar a cabo estas recomendaciones. La responsabilidad fundamental de

garantizar la seguridad de los trabajadores es del empleador, es decir de la gerencia o la administración de la institución que presta servicios de salud. El comité puede colaborar en la implementación de las acciones recomendadas, siempre que la dirección haya creado las condiciones favorables para esta colaboración (delegación clara de responsabilidades, horas pagadas de trabajo, entrenamiento, personal de apoyo, etc.).

Para los casos en que los establecimientos de salud estén conformados por un pequeño número de trabajadores, será necesario realizar las adecuaciones neces-

rias, o bien recurrir a las normas técnicas correspondientes. Por ejemplo: Una pequeña unidad de atención primaria de la salud con menos de 10 trabajadores, probablemente no tenga un número suficiente de trabajadores de la salud para constituir un comité; en tal caso, se puede seleccionar un trabajador como representante de salud y seguridad ocupacional. Este trabajador puede centralizar todas las situaciones y asuntos relacionados con la salud y seguridad en el establecimiento; asimismo podrá representarlo en un comité de salud y seguridad ocupacional conformado por representantes de los establecimientos de atención primaria de otros sistemas de salud o de otras áreas geográficas, según sea el caso.

Qué hace el Comité de Salud y Seguridad Ocupacional

Las actividades que lleva a cabo el comité para lograr un ambiente más seguro y saludable, son:

- promocionar la salud y seguridad ocupacional en el sitio de trabajo para incrementar la conciencia y el interés en ellas;
- responder a las inquietudes de salud y seguridad ocupacional de los trabajadores;
- ayudar a buscar soluciones de salud y seguridad ocupacional;
- participar en campañas informativas sobre riesgos;
- promocionar la asistencia de los trabajadores a las sesiones de capacitación y orientación;
- revisar las prácticas de trabajo seguras;
- ayudar en la selección de herramientas, equipos y elementos de protección personal;
- participar en las inspecciones de los lugares de trabajo para identificar riesgos potenciales;
- revisar los reportes de accidentes e incidentes con el objeto de determinar sus causas y prevenir su recurrencia;
- desarrollar políticas de seguridad y procedimientos de trabajo seguros y realistas y

- vincularse con otros comités tales como el de control de infecciones.

Beneficios de un Comité de Salud y Seguridad Ocupacional exitoso

1. Disminución de accidentes: se reduce la pérdida de tiempo ocasionada por los accidentes. Se evitan costos asociados adicionales, tales como pagos por tiempo adicional, reentrenamiento y jornadas a otros trabajadores que dejaron de trabajar o ayudaron al accidentado.

2. Prevención de enfermedades ocupacionales: si se toman las medidas apropiadas de prevención para proteger a los trabajadores, se pueden prevenir los efectos agudos de sustancias químicas dañinas, tales como dolores de cabeza, mareos, náusea, desorientación, intoxicaciones y problemas dermatológicos. También se pueden prevenir sus efectos crónicos o a largo plazo, tales como cáncer, enfermedades respiratorias o daños neurológicos.

3. Mejora del estado de ánimo de la fuerza de trabajo: como resultado de que el comité llama la atención hacia las necesidades y las mejoras en materia de salud y seguridad ocupacional y provee un canal de comunicación a cada trabajador para asegurarse de recibir y atender sus inquietudes. Los trabajadores pueden ver los resultados y saber que el empleador está auténticamente interesado en eliminar los riesgos. Por tanto, el trabajador percibe un lugar de trabajo más limpio, ordenado y agradable.

4. Disminución de los daños: en general hay poca diferencia entre las causas de un accidente que daña materiales o equipos, y el que daña la integridad física del trabajador, pero ambos tienen resultados muy costosos para la institución; costos humanos por lo que significa el daño en la persona misma y costos financieros por lo que representa la reparación o reposición de algún equipo y/o material.

5. Optimización de la producción: debido a que se evita o se recupera el tiempo perdido como resultado de la falla de los equipos o de los malos hábitos de trabajo.

ANEXO N° 02



FICHA UNICA DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD OCUPACIONAL R.M. N° 511 – 2004 / MINSA

CODIGO DE IDENTIFICACION DEL ACCIDENTE

1. DATOS DEL TRABAJADOR									
APELLIDOS Y NOMBRES									
DOMICILIO						N° DE SEGURO (si lo tiene)			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI)	CATEGORIA DE TRABAJADOR TABLA 1		ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO			EDAD		GENERO	
		DIAS		MESES		AÑOS		M	F

2. DATOS DEL EMPLEADOR			
RAZON SOCIAL			
DOMICILIO PRINCIPAL			
RUC:	*CIU (TABLA 2)	TELEFONO(S)	

3. DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE)			
RAZON SOCIAL:			
DOMICILIO PRINCIPAL			
RUC:	* CIU (TABLA 2)	TELEFONO(S)	

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO							
FECHA(DD/MM/AA)		HORA	TURNO	DE	A		
LUGAR DEL ACCIDENTE							
LABOR QUE REALIZABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE:							
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:							
TESTIGO DEL ACCIDENTE		DNI:					
FORMA DE ACCIDENTE (TABLA 3)		AGENTE CAUSANTE (TABLA 4)					
Apellidos y Nombres de la persona que condujo al accidentado		Firma de la persona que condujo al accidentado		Fecha de recepción		Firma y Sello de recepción	

5. CERTIFICACION MEDICA			
CENTRO ASISTENCIAL			
FECHA DE INGRESO (DD/MM/AA)		HORA DE INGRESO	
PARTE DEL CUERPO AFECTADO: (TABLA 5)		TIPO DE LESION: (TABLA 6)	
DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS: a) b) c)		DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS: a) b) c)	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO TRATANTE		N° DE CMP	**CODIGO CIE-10
		Firma de Médico Tratante	

* Adaptación de la Clasificación Internacional Industrial Uniforme ** Clasificación Internacional de Enfermedades

HERRAMIENTA N° 18 -OPS

Registro de Exposición a Punción o Corte

Apellido: _____ Nombre: _____

Accidente N°: (uso interno) S _____ Tipo Institución: (uso interno) _____ Registrado por: _____

1) Fecha Accidente: 2) Hora Accidente:

3) Dpto./Servicio Donde Ocurrió: _____

4) Dpto./Servicio de Origen del Accidentado: _____

5) Cargo del Trabajador Accidentado: (marque solo una)

- 1 Médico; especificar especialidad _____
- 2 Médico Residente; especificar especialidad _____
- 3 Interno
- 4 Enfermera: adarar 1 Licenciada
- 5 Estudiante Enfermería 2 Auxiliar
- 21 Partera 3 Especializada
- 6 Fisioterapeuta 4 Consultante
- 8 Otro Asistente 6 Agencia (personal temporario)
- 9 Transfusionista

- 10 Tecnólogo Laboratorio Clínico
- 11 Otro Tecnólogo (no Laboratorio)
- 12 Odontólogo
- 13 Higienista Dental
- 14 Personal Servicio/Limpieza, Tisanería
- 19 Trabajador Lavadero
- 20 Portero/Seguridad
- 17 Otro Estudiante
- 15 Otro; Describir: _____

6) ¿Dónde Ocurrió el Accidente? (marque solo una)

- 1 Habitación, Sala de Paciente
- 2 Fuera de la Habitación, Sala (enfermería, pasillo, etc.)
- 3 Departamento de Emergencia
- 4 CTI/UCI: especificar tipo: _____
- 5 Quirófano/Recuperación
- 6 Policlínica
- 7 Banco de Sangre
- 8 Unidad de Extracciones

- 9 Unidad de Diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal)
- 10 Salas Procedimientos Diagnósticos (radiología/ECG/EEG, etc)
- 11 Laboratorio Clínico
- 12 Anatomía Patológica/Morgue
- 13 Servicios Generales (lavadero, mantenimiento, etc)
- 16 Sala de Partos
- 17 Internación Domiciliaria
- 14 Otros; Describir: _____

7) ¿Estaba Identificado el Paciente Fuente? (marque solo una)

- 1 Si 2 No 3 Desconocido 4 No Aplicable

8) El Accidentado, ¿Era el usuario Original del Objeto Punzante/Cortante? (marque solo una)

- 1 Si 2 No 3 Desconocido 4 No Aplicable

9) El Objeto Punzante/Cortante Estaba: (marque solo una)

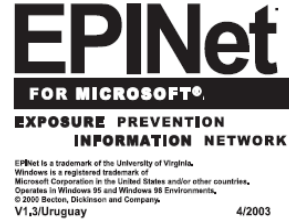
- 1 Contaminado (exposición conocida a paciente o material contaminado) ¿había sangre en el objeto? 1 Si
- 2 No Contaminado (exposición no conocida a paciente o material contaminado) 2 No
- 3 Desconocido

10) ¿Para Que fue Usado Originalmente el Objeto Punzante/Cortante? (marque solo una)

- 1 Desconocido/No Aplicable
- 2 Inyección, Intramuscular/Subcutánea, u Otra Inyección a través de la piel (jeringa)
- 3 Heparina (jeringa)
- 4 Otra Inyección en (o aspiración desde) via IV (jeringa)
- 5 Para conectar via IV (infusion IV intermitente /otra conexión IV)
- 6 Para iniciar via IV (cateter IV o aguja tipo mariposa)
- 7 Para extraer sangre venosa
- 8 Para extraer sangre arterial si se uso para extraer sangre ¿era? ¿Pinchazo directo? ¿Extraer desde una via?
- 16 Para Colocar una Vía Arterial/Central
- 9 Para Obtener una Muestra de Fluido Corporal o de Tejido (orina/LCR/Líquido amniótico, otro líquido/ biopsia)
- 10 Punción de Dedo, Talón
- 11 Sutura
- 12 Corte
- 17 Perforación
- 13 Electrocauterización
- 14 Para Contener Fluido Corporal o Fármaco (objeto de vidrio)
- 15 Otro; Describir: _____

11) El Accidente Ocurrió: (marque solo una)

- 1 Antes de Usar el Material (se rompió/resbaló, al prepararlo, etc.)
- 2 Durante el Uso del Material (se resbaló, paciente se movió, etc)
- 15 Al Contener, Inmovilizar al Paciente
- 3 Durante un Procedimiento con Varias Etapas (inyecciones sucesivas, al pasar instrumentos, etc.)
- 4 Al finalizar el Procedimiento, en la Recogida del Material
- 5 Al Preparar el Material Para su Reutilización (al clasificarlo, desinfectarlo, esterilizarlo, etc.)
- 6 Al Reencapuchar la Aguja Usada
- 7 Al Extraer la Aguja de un Soporte de Goma u Otro Material Resistente (puerto IV, etc.)
- 16 Material fue Dejado en Lugar Inadecuado (piso, mesa, cama, etc.)
- 8 Despues de su Uso Antes de Descartarlo (al trasladarlo, limpiarlo, clasificarlo, etc.)
- 9 Por el Material Dejado en o Cerca del Contenedor de Desecho
- 10 Mientras se Colocaba el Material en el Contenedor de Desecho
- 11 Despues de Descartado, Por Material Atascado o que Protrúa del Contenedor de Desecho
- 12 Por Material que Perforaba el Contenedor de Desecho
- 13 Despues de Descartado, Por Material que Protrúa de Bolsa u Otro Recipiente de Residuos Inadecuado
- 14 Otro; Describir: _____



12) ¿Qué Tipo de Dispositivo Causó el Accidente?
(marque solo una)

Aguja - Hueca
Quirúrgico
Vidrio

¿Cuál Dispositivo Causó el Accidente? (marque solo una de los tres apartados)

Agujas (por agujas de sutura vea "Instrumentos quirúrgicos")

- 1 Jeringa Descartable
 - a Insulina
 - b PPD
 - c 24/25-calibre
 - d 23-calibre
 - e 22-calibre
 - f 21-calibre
 - g 20-calibre
 - h "Otra"
- 2 Jeringa Preenada
- 3 Aguja para Gasometría
- 4 Jeringa, Otro Tipo
- 5 Aguja en via IV (incluye conectores de via IV)
- 6 Mariposas
- 7 Aguja de cateter IV

- 8 Agujas de Conección en Tubo de Vacío (Tipo Vacutainer)
- 9 Aguja de Punción Espinal o Epidural
- 10 Agujas Hipodérmicas No Conectadas a Jeringa
- 11 Aguja de Introducción de Cateter Arterial
- 12 Aguja de Cateter de VVC (cardíaco, etc.)
- 13 Aguja de Cateter Tipo Tambor
- 14 Otra Aguja de Cateter Vascular (cardíaco, etc.)
- 15 Otra Aguja de Cateter No Vascular (oftalmología, etc.)

- 28 Aguja sin Estar Seguro de Que Tipo
- 29 Otra Aguja; describir: _____

Instrumento Quirúrgico u Otro Objeto Filoso ("vidrio" vea otro apartado)

- 30 Lanceta (para punción de dedo o talón)
- 31 Aguja de Sutura
- 32 Bisturí Reusable (bisturí, descartable vea código 45)
- 33 Razuradora
- 34 Pipeta (plástica)
- 35 Tijeras
- 36 Instrumental de Electrocauterización
- 37 Cortador de Hueso
- 38 Gancho de Hueso
- 39 Gancho de Toallita
- 40 Cuchilla de Microtomo
- 41 Trocar
- 42 Tubo de Aspiración (plástico)

- 43 Tubo de Ensayo/Recolección de Muestra (plástico)
- 44 Uñas/Dientes
- 45 Bisturí Descartable
- 46 Separadores
- 47 Grapas/Sutura de Acero
- 48 Alambre (sutura/fijación)
- 49 Alfiler
- 50 Perforador
- 51 Forceps/Hemostaticas/Pinzas

- 58 Objeto Filoso, Sin saber cual
- 59 Otro Objeto Filoso; Describir: _____

Vidrio

- 60 Ampolla de Medicación
- 61 Vial de Medicación (pequeño volumen tapón de goma)
- 62 Medicación IV botella (gran volumen)
- 63 Pipeta (vidrio)
- 64 Tubo de Vacío (vidrio)
- 65 Tubo de Ensayo o Recolección de Muestra (vidrio)

- 66 Tubo Capilar
- 67 Portaobjeto de Vidrio (microscopio)

- 78 Objeto de Vidrio; Sin saber cual
- 79 Otro Objeto de Vidrio; Describir: _____

12a) Marca o Fabricante del Dispositivo: _____

12b) Modelo: _____

98 Especificar: _____

99 Desconocido

13) Si el/Dispositivo que Causó el Accidente era una Aguja u Objeto Filoso de Uso Médico, ¿Tenía un "Diseño de Seguridad, "Retráctil, Aguja o Filo Romo, etc."?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido

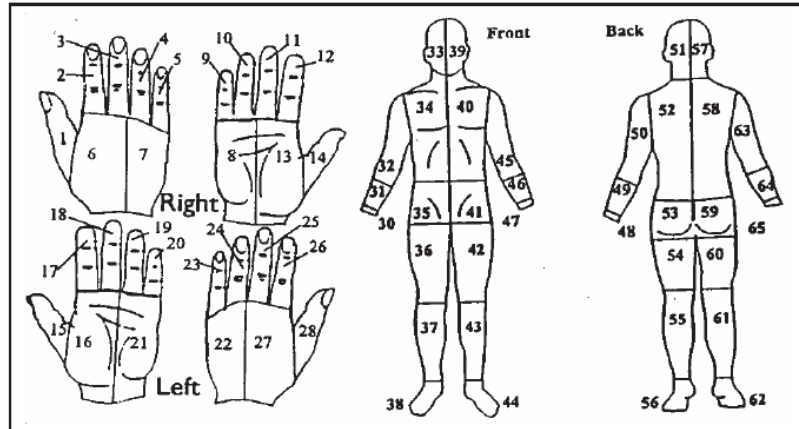
13a) ¿Estaba el Mecanismo de Protección Activado?

- 1 Si, totalmente
- 2 Si, parcialmente
- 3 No
- 4 Desconocido

13b) ¿Cuándo Ocurrió el Incidente de Exposición?

- 1 Antes de la activación
- 2 Durante la activación
- 3 Después de la activación
- 4 Desconocido

14) Señale la Localización de la Herida:



- Pr 15) La Herida fue:**
 1 Superficial (*pequeña o sin sangrado*)
 2 Moderada (*piel puncionada, pequeño sangrado*)
 3 Severa (*punción o corte profundos, o sangrado abundante*)
- 16) Si la Herida fue en la Mano, el Dispositivo Atravesó:**
 1 Un solo par de guantes
 2 Dos pares de guantes
 3 Ningún guante
- 17) Mano Dominante del Trabajador Accidentado:**
 1 Derecha
 2 Izquierda
- 18) Describa Como Ocurrió el Accidente: (especifique si hubo malfuncionamiento del dispositivo):**

- 19) Para el Trabajador Sanitario Accidentado: Si el Dispositivo no Tenía Mecanismo de Seguridad, Considera Ud., que de Haberlo Tenido ¿Hubiera Prevenido el Accidente?** 1 Si 2 No 3 Desconocido
 Describir: _____

- 20) Para el Trabajador Sanitario Accidentado: Considera Ud. que Otras Medidas de Ingeniería, Administrativas, de Organización o de Prácticas del Trabajo, ¿Hubieran Prevenido el Accidente?** 1 Si 2 No 3 Desconocido
 Describir: _____

- Gastos:**
- | | |
|---|--|
| _____ De | Laboratorio (Hb, HCV, HIV, otros) |
| _____ | Trabajador Sanitario |
| _____ Fuente | |
| _____ De | Tratamiento Profiláctico (HBLG, Hb vacuna, tetanos, otros) |
| _____ | Trabajador Sanitario |
| _____ Fuente | |
| _____ De Atención Médica (Emergencia, Cirugía, otros) | |
| _____ Otros Gastos (Seguro de Enfermedad, otros) | |
| _____ TOTAL (redondear al número entero más cercano) | |
- ¿El Accidentado Debíó Ampararse en el Seguro de Enfermedad? 1 Si 2 No 3 Desconocido
 En Caso Afirmativo, ¿Cuántos días Estuvo Sin Trabajar? _____
 ¿Cuántos días Estuvo Con Actividad Laboral Restringida? _____
- ¿Fue Necesario Tratamiento Médico o Quirúrgico, o la Muerte Ocurrió 10 Días Laborables Despues? 1 Si 2 No 3 Desconocido

ANEXO N° 03

FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO POST-ACCIDENTE PUNZOCORTANTE

SERVICIO.....ESTABLECIEMTO DE SALUD

DATOS DEL ACCIDENTADO:

Nombre y Apellido:..... Edad:.....
de trabajo en el Hospital:.....
Profesión:..... Antigüedad en ella:.....
Area
Fecha del accidente:.....
Area del Hospital donde ocurrió el accidente:.....
Tipo de accidente: Pinchazo Accidental
Corte de piel o mucosa

ANTECEDENTES PERSONALES DEL ACCIDENTADO

Recibió vacuna antihepatitis B: no si
Cuando ----- Cuántas dosis:
Recibió transfusiones de sangre: no si
Cirugías previas: no si Cuándo:
.....
Tubo hepatitis: no si Cuándo:
.....
Consumió drogas EV: no si
Accidentes anteriores con agujas o cortes: no si Cuándo:

ANTECEDENTES DEL PACIENTE (Si se conocen)

Nombre y Apellido: ----- Hist. Clín
Enfermedad actual:
Servicio donde está internado:
Antecedentes de hepatitis:HIV.....
Antecedentes de cirugías:
Antecedentes de transfusiones:
Tatuajes: no si Drogas EV: no si Conductas de riesgo: no si

SEROLOGÍA DEL ACCIDENTADO

Hepatograma:
AntiHBc:BsAg:.....Nº de Dosis si está vacunado AntiHBs:
.....HIV.....
(Realizar a los 0/3/6 meses)

SEROLOGIA DEL PACIENTE

Hepatograma:
AntiHBc: ----- HBsAg:
.....HIV:.....
(Realizar a los 0/3/6 meses después del accidente)

TRATAMIENTO DEL ACCIDENTADO

Gamma globulina HB no si Dosis:
Vacuna HBV.....
.....Responsable SO.....

ANEXO N° 04

Caja de Herramientas de la OMS/ CIE

Previendo Accidentes por Pinchazos con Agujas y Exposición Ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre

Contenido del disco compacto

Estas herramientas y materiales han sido desarrollados y/o recolectados por el proyecto de la OMS y el CIE para proteger a los trabajadores de salud de exposiciones ocupacionales a patógenos transmitidos por la sangre. El disco compacto contiene materiales de entrenamiento para capacitadores, presentaciones Power Point, mini-presentaciones para prácticas de enseñanza, información sobre los antecedentes y recursos. Este proyecto ha sido desarrollado con el financiamiento del Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, CDC) de los Estados Unidos de América.

Cada directorio y subdirectorio está listado en negrita seguido de su contenido.

Información General

- Ayuda memoria de la OMS sobre seguridad del personal de salud contra infecciones de virus transmitidos por sangre
- Directrices mixtas de la OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH/SIDA, 2005
- Elementos clave para la planificación de proyectos
- Lista de verificación de la políticas para el control de la exposición a enfermedades transmitidas por sangre
- La prevención de pinchazos con agujas en el personal de salud. Artículo publicado en International Journal of Occupational & Environmental Health (IJOEH). 2004;10:451-456.

Materiales didácticos (3 subdirectorios)

Presentación sobre planificación de políticas y aprendizaje del adulto.

Antecedentes del aprendizaje del adulto

Ejercicio para la planificación de cursos (planificación, capacitación y evaluación de políticas)

Antecedentes informativos del comité para la prevención de pinchazos por aguja

Formato de evaluación para capacitar entrenadores.

Estudios de caso

- Desarrollar conciencia sobre los riesgos de agentes patógenos sanguíneos
- Planificación de políticas para la salud ocupacional y el control de la exposición

Presentaciones principales

- Mejores prácticas para la aplicación de inyecciones
- Eficacia de las medidas de control
- Epidemiología de las lesiones por pinchazos de aguja
- Comités de prevención de lesiones por pinchazos de aguja
- Guías para la profilaxis post-exposición

Mini-presentaciones para enseñanza

- Estudio de caso para generar conciencia sobre los riesgos
- Epidemiología de las lesiones por pinchazos de aguja
- Eficacia de las medidas de control
- Profilaxis post-exposición
- Comités de prevención de lesiones por pinchazos de aguja
- Formato de evaluación de mini-presentaciones

Hojas informativas y directrices del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)

- Directrices del CIE para reducir los efectos del VIH/SIDA en el personal de enfermería y obstetricia
- Hoja informativa para la prevención de lesiones por pinchazos de aguja del CIE
- Guía para la supervisión en la aplicación de inyecciones
- Mejores prácticas para la aplicación de inyecciones

Código de prácticas de la OIT (COP)

- Código de Prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA
- Implementación del Código de Prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA

Profilaxis post-exposición (PPE)

- Profilaxis post-exposición: Guías Actualizadas del Sistema de Salud Pública de los EEUU, para el Manejo de la Exposición Ocupacional al VHB, VHC, y el VIH y, Recomendaciones para la Profilaxis Post-Exposición.

Recursos

Guía para la prevención de lesiones por pinchazos de aguja de la Asociación Estadounidense de Enfermeras

- Prevención y seguridad en las lesiones por pinchazos con agujas (PA)
- Guía para la prevención de pinchazos con Agujas

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC)

- Cuaderno de trabajo de los CDC para la prevención de lesiones por objetos punzocortantes.
- Folleto: Exposición a la sangre
- Hepatitis B y el trabajador de salud

- Inmunización de los trabajadores de Salud por los CDC
- Alerta de NIOSH para prevenir las lesiones por pinchazos de aguja
- Folleto de NIOSH acerca de cómo protegerse uno mismo de las lesiones por pinchazos de aguja

Vigilancia

- Encuesta anónima de notificación de lesiones por pinchazos de aguja.
- Herramientas de evaluación de lesiones por pinchazos de aguja
- Registro de notificación de lesiones por objetos punzocortantes

Materiales de la OMS para la aplicación segura de inyecciones

- Ayuda memoria para el control de las infecciones.
- Ayuda memoria para la eliminación de residuos sólidos hospitalarios.
- Volante para la prevención de lesiones por pinchazos de aguja
- Presentación sobre aplicación por vía oral vs. aplicación de inyectables

CD PARA EL ENTRENAMIENTO EN PREVENCIÓN DE ACCIDENTES PÚNZOCORTANTES



ENTRENAMIENTO EN PREVENCIÓN DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES

Ejercicio de solución de problemas para grupos y video

Después de ver los estudios de caso del personal de enfermería en video, discuta las siguientes preguntas con otros participantes del curso y su coordinador.

Karen Dailey, MPH, RN, estaba cubriendo el turno de la tarde, cuando una colega estaba teniendo problemas para extraer sangre de un paciente mayor. Karen insertó exitosamente una aguja mariposa. Luego removió la aguja y, mientras aplicaba presión en la mano del paciente para hacer hemostasis, trató de desechar la aguja usada en un recipiente de desechos para agujas que se encontraba detrás de ella y entonces sufrió un pinchazo en su mano con otra aguja que estaba en el recipiente. Karen pensó que dado que la aguja estaba expuesta al aire, tenía un bajo riesgo de contraer cualquier virus infeccioso y se rehusó a que le aplicaran la profilaxis post-exposición (PPE) por VIH. Cuando se realizó su chequeo de seguimiento, supo que había sido contaminada con VHC y VIH.

- ¿Qué factores contribuyeron con la exposición?***
- ¿Cómo se pudo haber prevenido esta exposición?***
- ¿El uso del objeto cortopunzante era necesario?***
- ¿El uso de una aguja con un dispositivo de seguridad hubiera prevenido potencialmente el pinchazo? En caso afirmativo, ¿qué tipo?***
- Un cambio en las prácticas de trabajo, ¿hubiera servido para evitar el pinchazo?***

Linda Arnold, BSN, RN, había salido hacía apenas cinco meses de la escuela de enfermería cuando sufrió su primer pinchazo. Estaba reinsertando una venoclisis, usando guantes para protegerse de la exposición de algún patógeno sanguíneo, según las guías de OSHA. Mientras insertaba la jeringa, su paciente se movió y esto provocó que se clavara la aguja en la palma de su mano izquierda. Linda siguió el protocolo y lavó su herida inmediatamente, luego se presentó en la sala de emergencias, ya que era hora de cambio de turno y el departamento de atención a la salud del personal se encontraba cerrado. No se le ofreció la PPE y no había AZT en su establecimiento de salud (AZT es la profilaxis recomendada para la prevención del VIH). En su evaluación de seguimiento, seis meses después, supo que era VIH positiva.

- ¿Qué factores contribuyeron con la exposición?***
- ¿Cómo se pudo haber prevenido esta exposición?***
- ¿El uso del objeto cortopunzante era necesario?***
- ¿El uso de una aguja con un dispositivo de seguridad hubiera prevenido potencialmente el pinchazo? En caso afirmativo, ¿qué tipo?***

Un cambio en las prácticas de trabajo, ¿hubiera servido para evitar el pinchazo? Lisa Black estaba trasladando a un paciente que se encontraba en estadio final del SIDA. Durante su turno de la noche, notó que la guía de la venoclisis estaba ocluida con sangre. Para restablecer la irrigación de la línea de manera rápida, llenó una jeringa con suero salino e insertó la aguja en el puerto de hule (goma) de la línea de venoclisis del paciente. Mientras intentaba aspirar la sangre coagulada para permitir el flujo de líquido en la guía, el paciente se sobresaltó y dio un tirón, lo que provocó que la aguja se saliera del puerto de hule de su venoclisis y que pinchara a la enfermera en la palma de su mano izquierda. Igual que muchas/os enfermeros que sufrían lesiones cortopunzantes, se aterrorizó.

Lisa siguió el protocolo y, de inmediato, frotó la herida, reportó su lesión y fue al departamento de emergencias. Le iniciaron un régimen de medicamentos antivirales e inhibidor de proteasa. Trató de superar los efectos adversos de la profilaxis, suponiendo que si lograba superarlos y continuaba con el protocolo PPE, no adquiriría el VIH. Ocho meses después, comenzó a sentirse enferma y nueve meses y nueve días después de su lesión, se le diagnosticó VIH. Varios meses después, también supo que había adquirido hepatitis C.

¿Qué factores contribuyeron con la exposición?

¿Cómo se pudo haber prevenido esta exposición?

¿El uso del objeto cortopunzante era necesario?

¿El uso de una aguja con un dispositivo de seguridad hubiera prevenido potencialmente el pinchazo? En caso afirmativo, ¿qué tipo?

Un cambio en las prácticas de trabajo, ¿hubiera servido para evitar el pinchazo?

Ejercicio personal sobre exposición a pinchazos con agujas

1. ¿Ha experimentado alguna vez un pinchazo con aguja?

2. ¿Qué factores contribuyeron a su lesión?

3. ¿Reportó la lesión?

4. ¿Alguna vez ha encontrado algún objeto cortopunzante mal colocado en el lugar de deshecho?, ¿lo reportó?

ANEXO N° 05 MATERIALES DE DIFUSION

En el mismo lugar donde se aplican las inyecciones, tire las jeringas y agujas usadas en un recipiente para desechar objetos cortopunzantes que sea resistente a las perforaciones e impermeable, y que pueda ser sellado antes de que se llene completamente. (**)



4 Prevenga el acceso a las agujas usadas

Antes de transportar los recipientes para desechar objetos cortopunzantes a un área segura donde se tirarán, SÉLLELOS. Después de cerrar y sellar el recipiente, no lo abra, vacíe, vuelva a usar o venda. (**)



Manipule los desechos cortopunzantes de manera eficiente, segura y conservando el medio ambiente, de modo que se proteja a las personas de exposiciones voluntarias o accidentales a equipos de inyecciones usados. (**)



5 Asuntos relacionados con otras prácticas

1. Tecnología de ingeniería: siempre que sea posible, utilice dispositivos diseñados para prevenir las lesiones por pinchazos con agujas, que hayan demostrado su efectividad tanto en pacientes como en el personal de salud que aplica las inyecciones. Cada día las jeringas autodesarmables son más accesibles y previenen la reutilización de equipos de inyecciones en los lugares seleccionados para aplicar las inyecciones o vacunas.
2. Higiene de las manos e integridad de la piel de los que aplican las inyecciones. Enjuáguese las manos (por ejemplo, lávese o desinfectese las manos) antes de preparar el material para inyectar y antes de aplicarlo. La necesidad de lavarse las manos entre dos aplicaciones de inyecciones variará según el lugar y si hubiera habido contacto con tierra, sangre o fluidos corporales. Evite administrar inyecciones si la integridad de la piel se encuentra comprometida por alguna infección local u otra condición de la piel (por ejemplo, dermatitis húmeda). Cubra cualquier herida.
3. Guantes. Los guantes no son necesarios para inyectar. Su uso eventual puede ser indicado si se anticipa sangrado excesivo.
4. Limpieza de los frascos o ampollas con torundas. El uso de torundas con antisépticos o desinfectantes no es necesario en ampollas o frascos limpios. Si decide limpiar con una torunda con antiséptico, utilice una torunda limpia y desechable y utilice el producto de limpieza con el tiempo de contacto recomendado. No utilice motas de algodón húmedas que estén almacenadas en un recipiente de múltiples usos.
5. Preparación de la piel antes de inyectar. Lave la piel que se encuentra visiblemente sucia. No es necesario frotar la piel limpia con una torunda antes de inyectar. Si decide limpiar con una torunda con antiséptico, utilice una torunda limpia y desechable y utilice el producto de limpieza con el tiempo de contacto recomendado. No utilice motas de algodón húmedas que estén almacenadas en un recipiente de múltiples usos.

DIRECCION DE SALUD OCUPACIONAL

Calle las Amapolas N° 350, Urb. San Eugenio- Lince
Telf. 4428353, anexo 117
Lima-Peru

La Dirección de Salud Ocupacional de la DIGESA del MINSA agradece a la OMS, OPS, NIOSH y la Agencia Internacional de Desarrollo de E.E.U.U. (USAID), cuyo apoyo ha permitido la elaboración de estas prácticas óptimas.



PERÚ Ministerio de Salud



PREVENCIÓN DE ACCIDENTES PUNZOCORTANTES



DIRECCION DE SALUD OCUPACIONAL

ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL
DE INMUNIZACIONES
Lima-Perú
2008

1 Use equipo estéril para inyectar

Use jeringas y agujas estériles para cada inyección y siempre que prepare un medicamento. (***)



Idealmente, utilice agujas y jeringas desechables de alta calidad. (***)



Examine si el envoltorio tiene roturas. Deseche una aguja o jeringa cuyo envoltorio hubiera sido perforado, humedecido o dañado por exposición a humedad. (*)



2 Prevenga la contaminación del equipo para inyectar y el medicamento y/o vacuna

Prepare cada inyección en un área limpia, designada para tal efecto, en donde la contaminación de sangre o fluidos corporales sea improbable. (**)



Preferentemente, use frascos de una sola dosis, en vez de frascos de dosis múltiples. (**)



En caso de ser necesario el uso de frascos de dosis múltiples, perfore el empaque con una aguja estéril (***) y evite dejarla incrustada en el tapón del frasco. (**)
Elija ampollas que se abran a presión antes que aquellas que se abran con un objeto metálico filoso.



En caso de tener que usar una ampolla que se abra con un objeto metálico filoso, protéjase los dedos con una barrera limpia (gasa). (**)



Inspeccione y descarte medicamentos con señales visibles de contaminación o roturas de algún tipo (rajado, goteado). (*) Siga las recomendaciones específicas del fabricante para el uso, almacenamiento y manejo. (*)



Descarte cualquier aguja que haya tocado una superficie no estéril. (*)



3 Prevenga de pinchazos con agujas a los que inyectan

Anticipe y tome medidas preventivas ante cualquier movimiento súbito del paciente durante y después de la aplicación de inyecciones. (**)
Evite el reencapuchado y la manipulación de las agujas. En caso de que se tenga que reencapuchar, utilice la técnica de una mano (single handed-scooped technique). (***)



(***) Fuertemente recomendado y fuertemente apoyado por estudios experimentales o epidemiológicos bien diseñados.

(**) Fuertemente recomendado en base a razonamientos teóricos y evidencias descriptivas y subjetivas.

(*) Recomendado en base al consenso de expertos y razonamientos teóricos.



INMUNIZACIÓN:

El fundamento de todas las vacunas contra la hepatitis B es la exposición de un individuo al antígeno de superficie del virus (HbsAg) provocando una respuesta (anticuerpos) que la protege.

Actualmente se usan vacunas producidas mediante ingeniería genética, en consecuencia, no tienen ningún riesgo de infección.

¿QUIÉNES DEBEN VACUNARSE?

Todo el personal asistencial de los establecimientos de salud públicos y privados, el personal de laboratorio, el personal de limpieza, así como también los bomberos y personal de la cruz roja.

¿QUIÉNES NO DEBEN VACUNARSE?

Personas que presenten:

- Enfermedad severa, con o sin fiebre, hospitalización o no.
- Enfermedades crónicas que afectan sustancialmente el estado general de las personas, tales como cáncer, afecciones cardíacas o pulmonares.
- Alergias a la levadura del pan y cerveza.
- Alergia a una dosis de la vacuna contra la Hepatitis B aplicada anteriormente.
- La vacuna no afecta la gestación, sin embargo se recomienda que la mujer embarazada espere el término de su periodo de gestación para poder recibir la vacuna.

La falta de cumplimiento de las precauciones universales y las relacionadas con la vacuna son las principales causas de la

Hepatitis B

En Profesionales de la Salud

La prevención de la HEPATITIS B

es Salud Ocupacional

sólo depende de ti!



INFOSALUD 0800 - 10828 LÍNEA GRATUITA
DEL MINISTERIO DE SALUD

www.minsa.gob.pe



Vacunación

Contra la Hepatitis B



Para usted que cuida
la salud

UD. DEBE SABER QUE...

- Se estima que alrededor de 350 millones de personas en el mundo son portadoras crónicas del virus de la hepatitis B.
- El virus de la hepatitis B causa la muerte a 2 millones de personas cada año.
- La hepatitis B causa más muertes en un día que las provocadas por el SIDA en un año (es 100 veces más infecciosa).



TRANSMISIÓN

Sanguínea: A través de sangre contaminada, productos derivados de la sangre o fluidos corporales. (Por puntura, corte, salpicadura, etc.)

Perinatal: Madre infecta a hijo durante el parto.

Sexual: Por contacto hetero y/o homosexual.

Horizontal: Por mecanismos no especificados entre hermanos y otros familiares.

SECUELAS:

- 0.1 a 1 % muere de hepatitis B fulminante.
- 5 a 10 % se convierten en portadores crónicos.
- Todos los portadores crónicos desarrollan cirrosis y cáncer al hígado. El 80% de cáncer al hígado se produce por hepatitis B.
- Los portadores con virus circulantes continúan siendo una fuente potencial de transmisión.

ÁREAS DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL

- Sala de operaciones
- Unidad de hemodiálisis
- Banco de Sangre
- Laboratorio clínico
- Unidad de Terapia Intensiva
- Emergencias
- Sala de Partos
- Neonatología
- Área de depósito de residuos hospitalarios
- Patología
- Servicio de Infectología



¿CÓMO PREVENIR LA HEPATITIS B?

Por primera vez en el Perú, el Ministerio de Salud llevará a cabo una Campaña Nacional de Vacunación contra la hepatitis B.



Se realizará en 3 etapas, para aplicar las 3 dosis de vacuna necesarias para quedar protegidos.

¿DÓNDE PUEDE VACUNARSE?

En el establecimiento de salud donde usted labora. En el programa de inmunizaciones en coordinación con unidad de salud ocupacional

1ra dosis: 1 al 30 de Abril
2da dosis: 1 al 30 Junio
3ra dosis: 1 al 31 de Octubre

**SON 3 DOSIS GRATUITAS
 PARA ESTAR PROTEGIDO**

ANEXO N° 06

SUSTITUCION DE OBJETOS PUNZOCORTANTES-CONTROLES DE INGENIERIA-
AGUJAS CON DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD

NOW YOU SEE IT.

NOW YOU DON'T.

**PROTECT YOURSELF AND OTHERS-
USE SHARPS WITH SAFETY FEATURES**

BE PREPARED. Anticipate injury risks and prepare the patient and work area with prevention in mind. Use a sharps device with safety features whenever it is available.

BE AWARE. Learn how to use the safety features on sharps devices.

DISPOSE WITH CARE. Engage safety features immediately after use and dispose in sharps safety containers.



Support for printing this poster came from an unrestricted educational grant provided by Safety Institute, Premier, Inc. **DISCLAIMER:** Mention or depiction of any company or product does not constitute endorsement by CDC.

ANEXO N° 07

PRECAUCIONES UNIVERSALES



AYUDA MEMORIA

Una estrategia para la protección del personal de salud contra infecciones de virus transmitidos por sangre

El personal de salud está expuesto a sangre y otros fluidos corporales durante su trabajo. En consecuencia, corre el riesgo de sufrir infecciones virales transmitidas por sangre, incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), virus de hepatitis B (VHB) y virus de hepatitis C (VHC). El riesgo de infección del personal de salud depende de la prevalencia de las enfermedades de los pacientes a los que atienden y de la naturaleza y frecuencia de la exposición.

La exposición ocupacional a sangre puede resultar de lesiones percutáneas (lesiones por agujas u otros objetos cortopunzantes), lesiones mucocutáneas (salpicadura de sangre u otros fluidos corporales en ojos, nariz y boca) o por el contacto con sangre en piel lesionada. La forma de exposición ocupacional a sangre que más probablemente puede provocar una infección es la lesión por agujas. La causa más común de lesiones por agujas es el recubrimiento de las agujas usadas, utilizando ambas manos, y la recolección y disposición insegura de objetos cortopunzantes. El personal de salud de áreas quirúrgicas, cuartos de emergencia, central de equipos y laboratorios tiene mayor riesgo de exposición. El personal de limpieza, los recolectores de desechos y otras personas cuya actividad está relacionada con la manipulación de objetos contaminados con sangre también están en riesgo.

De los 35 millones de trabajadores(as) de la salud a nivel mundial, alrededor de 3 millones han experimentado anualmente exposición percutánea a patógenos sanguíneos; de estos, 2 millones se vieron expuestos a VHB, 0.9 millones a VHC y 170.000 a VIH. Estas lesiones podrían causar 15.000 personas infectadas por VHC, 70.000 por VHB y 1.000 por VIH. Más del 90% de estas infecciones suceden en países en desarrollo.

La mayoría de las exposiciones a sangre en los centros asistenciales pueden prevenirse. Las estrategias para proteger al personal de salud incluyen la implementación de las Precauciones Universales, la inmunización contra hepatitis B, garantizar equipos de protección personal y el manejo de la exposición. La implementación exitosa de estas estrategias requiere de un comité de control de infecciones efectivo que cuente con el apoyo de los equipos de gerencia del centro asistencial.

Sugerencias:

- Organice y otorgue poder al Comité de control de infecciones.
- Identifique situaciones y procedimientos riesgosos mediante vigilancia sistemática y modifíquelos siempre que sea posible.
- Alcance el cumplimiento de las Precauciones Universales a través de la implementación de compromisos permanentes, entrenamiento de todos los miembros del equipo de trabajo y abastecimiento oportuno de las necesidades de los servicios.
- Inmunice al personal de salud contra hepatitis B al inicio de su carrera.
- Garantice la disponibilidad de los equipos de protección personal.
- Maneje los casos expuestos a sangre y fluidos corporales.
- Garantice prácticas seguras a través de monitoreo y supervisión.



Lista de verificación

PRECAUCIONES UNIVERSALES

- Lavarse las manos después del contacto directo con pacientes.
- No reencapuchar las agujas usadas.
- Recolección y disposición segura de objetos cortopunzantes.
- Utilización de guantes para el contacto con fluidos orgánicos, piel, mucosas y membranas lesionadas.
- Utilización de máscaras, protección de ojos y bata si existe riesgo de salpicaduras por sangre u otros fluidos corporales.
- Cubrir heridas y abrasiones.
- Limpieza de derrames de sangres y otros fluidos corporales.
- Sistemas seguros para el manejo y disposición de restos hospitalarios.

INMUNIZACION DE HEPATITIS B

- Vacunarse al iniciar la carrera.
- No son necesarias las pruebas serológicas previas a la vacunación.
- Utilización de esquemas de 0,1 y 6 meses.
- De ser posible, realizar pruebas post-vacunación.
- No administrar refuerzos rutinariamente.

EQUIPO DE PROTECCION

PERSONALIZADA

- Garantice el suministro adecuado de EPP.
- Involucre al personal en la selección de EPP.
- Entrene al personal en el uso correcto de EPP.
- Recurra a líderes que den el ejemplo en el uso de EPP.
- Monitoree el cumplimiento y uso inapropiado de EPP.
- Deseche de forma segura.

MANEJO POSTERIOR A LA EXPOSICION

- Definición de normas para todos los procedimientos.
- Difusión de las normas.
- Información, educación y comunicación.
- Apoyo y asesoramiento.
- Cuando sea posible, suministrar tratamiento profiláctico posterior a exposición de alto riesgo.
- Análisis de datos de vigilancia.

ELEMENTOS CLAVE
Precauciones Universales
<p>Las Precauciones Universales son simplemente un conjunto de prácticas efectivas diseñadas para proteger al personal de salud y a los pacientes de infecciones de un rango de patógenos, incluyendo virus transmitidos por sangre. Estas prácticas son utilizadas cuando se está cuidando a cualquier paciente, independientemente de su diagnóstico. Se aplican universalmente. No es viable, efectivo ni costo-efectivo realizar pruebas a todos los pacientes contra todos los patógenos antes de brindarles atención, sólo con el propósito de identificar a los que están infectados y tomar precauciones con ellos. Saber que un paciente está infectado no previene la exposición ocupacional a sangre. Por lo tanto, las decisiones relacionadas con los niveles de precaución que deberán ser tomadas están basadas en la naturaleza del procedimiento y no en el estatus serológico del paciente, sea este presumido o real. No es seguro tomar precauciones solamente con los grupos definidos como "de riesgo" con patógenos transmitidos por sangre, ya que muchas personas que pertenecen a estos grupos no están infectadas, mientras otras que no pertenecen a grupos de riesgo, sí lo están. De manera práctica, la implementación de las Precauciones Universales incluye las siguientes intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavarse las manos después de cualquier contacto directo con pacientes. Evitar reencapuchar las agujas usadas. Recolectar y disponer de manera segura en recipientes impermeables y resistentes a perforaciones las agujas (hipodérmicas y de sutura) y los elementos cortantes (cuchillas de bisturí, lancetas, cuchillas de afeitar, tijeras), para cada área del centro asistencial. Usar guantes para evitar el contacto con fluidos corporales, piel y membranas mucosas no intactas. Usar máscara, protección de ojos, batas (a veces de plástico) en caso de que los fluidos corporales puedan salpicar. Cubrir todas las heridas o abrasiones con ropa impermeable. Limpiar de manera inmediata y cuidadosa los derrames de sangre y otros fluidos corporales. Implementar en el centro asistencial un sistema seguro de manejo y disposición de desechos.

Inmunización hepatitis B
<p>La inmunización de rutina para el personal de salud contra las infecciones de VHB es una manera efectiva de protección. El VHB es el virus transmitido por sangre más infeccioso que existe y, en mucha partes del mundo, el más prevalente. Las secuelas a largo plazo del VHB incluyen cirrosis y carcinoma hepatocelular. La vacuna contra la hepatitis B es efectiva, siendo su costo-beneficio relativamente barato (menos de US\$ 0.5 la dosis) y accesible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vacunar al personal de salud al iniciar la carrera. <input type="checkbox"/> No es necesario realizar pruebas serológicas previas a la vacunación pero puede servir para ahorrar recursos si es factible realizarlas y si la prevalencia de la inmunidad es alta. <input type="checkbox"/> Usar esquemas de 3 inyecciones de 0,1 y 6 meses. <input type="checkbox"/> De ser posible, realizar control de anticuerpos, entre 2 y 6 meses con posterioridad a la última dosis. <input type="checkbox"/> No administrar refuerzos

Equipos de protección personal
<p>Los equipos de protección personal (EPP) incluyen guantes, lentes, máscaras, gorras y batas plásticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cuando sea posible, use EPP contra agujas (ej.: objetos que envuelvan artículos filosos o que se puedan retraer después del uso). <input type="checkbox"/> Garantice el suministro adecuado de EPP en todas las áreas. <input type="checkbox"/> Involucre al personal en la selección del EPP, ya que un EPP de mala calidad o poco confortable, no será usado por el personal de salud. <input type="checkbox"/> Entrene al personal en el uso correcto de los EPP. <input type="checkbox"/> Recurra a líderes que den el ejemplo en el uso de los EPP. <input type="checkbox"/> Monitoree el cumplimiento y uso inapropiado. El uso de guantes inapropiados provoca un desperdicio de los recursos. El cumplimiento de la protección de ojos requiere, con frecuencia, de esfuerzos adicionales. <input type="checkbox"/> Disponga el equipo de protección personal ya usado de manera segura.

Manejo posterior a la exposición
<p>El riesgo de infección posterior a una lesión con aguja que ha sido usada en un paciente infectado es ~ 0.3% para VIH, 3% para VHC y 6 – 30% para VHB. Una respuesta efectiva para la exposición ocupacional a sangre u otros fluidos corporales contempla las siguientes disposiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Normar todos los procedimientos sobre los primeros auxilios necesarios, los mecanismos de notificación y los procedimientos a ser seguidos para profilaxis post-exposición y pruebas de seguimiento. <input type="checkbox"/> Difundir la normativa. <input type="checkbox"/> Informar, educar y comunicar. <input type="checkbox"/> Dar apoyo y consejo. <input type="checkbox"/> Cuando sea posible e indicado, proveer de tratamiento médico profiláctico post-exposición. <input type="checkbox"/> Analizar los casos reportados de exposición para mejorar las prácticas.

ANEXO N°08 DESECHOS DE SALUD-RECIPIENTES RIGIDOS PARA PUNZOCORTANTES



AYUDA MEMORIA

Por una estrategia nacional para el manejo seguro de los desechos de salud

Los desechos de salud son subproductos de los servicios que incluyen Objetos cortopunzantes (OCP), no-OCP, sangre, partes corporales, químicos, farmacéuticos, dispositivos médicos y materiales radioactivos. El manejo pobre de estos desechos expone al personal de salud (PS), a los/las manipuladores de desechos y a la comunidad a infecciones, efectos tóxicos y lesiones. También puede dañar al medio ambiente. Asimismo, deja abierta la posibilidad de que alguna persona recoja los desechos de salud (principalmente las jeringas), los revenda y reutilice sin esterilización, lo que causa un importante número de enfermedades a nivel mundial. Los principios más importantes que sustentan los programas efectivos para el manejo de los desechos de los servicios de salud incluyen, en primer lugar, la asignación de la responsabilidad legal y financiera para el manejo seguro de los desechos; y, en segundo lugar, la asignación de responsabilidades en el cuidado de los desechos. Ante la duda de la existencia de un riesgo, deben aplicarse las Precauciones Universales. Es esencial que todos los que se preocupan por los desechos de salud entiendan que el manejo de estos es una parte integral de los cuidados de la salud, y que producir lesiones por su manejo inadecuado reduce los beneficios globales del cuidado a la salud. Las políticas y los planes para el manejo seguro de los desechos de salud deben abordar los siguientes tres elementos:

1. El establecimiento de un sistema detallado sobre el manejo de los desechos su producción hasta su disposición, para ser implementado gradualmente
2. El entrenamiento de todos/as los involucrados/as y el incremento de su interés.
3. La selección de opciones seguras y ambientalmente amigables para el manejo de los desechos de salud.

Sugerencias:

Asegure el compromiso gubernamental y el apoyo para el manejo seguro de los desechos de salud.
Conduzca una evaluación inicial sobre la situación potencial de los daños causados por los desechos de salud.
Maneje los desechos detalladamente, abordando las responsabilidades, los recursos, la minimización de los desechos y su manipulación y disposición.
Eleve el interés entre los responsables de regular, de modo que los desechos se generen y manipulen con seguridad y se brinde entrenamiento sobre las prácticas seguras.
Seleccione opciones para el desecho seguro, ambientalmente amigable y sostenible.
Monitoree y evalúe las actividades relacionadas con el manejo de los desechos y su impacto.



Lista de verificación

Para la acción a nivel nacional y local

Política nacional para el manejo seguro de los desechos de salud

- Designación de la autoridad responsable.
- Marco regulatorio y guías.
- Evaluaciones iniciales.
- Integración en todo el plan de manejo de desechos.
- Monitoreo y evaluación.

Sistema de manejo de desechos de salud detallado

- Asignación de responsabilidades al personal que maneja los desechos.
- Ubicación de recursos.
- Minimización de los desechos.
- Separación de los desechos.
- Recolección, manipulación y almacenamiento seguro.
- Tratamiento y disposición seguros.

Toma de conciencia y entrenamiento

- Inclusión del tema sobre el manejo de desechos en el currículum del PS.
- Paquete de entrenamiento nacional.
- Programa de entrenamiento para entrenadores.
- Educación sobre los riesgos para la salud.
- Educación sobre prácticas seguras.

Selección de opciones para el manejo de los desechos de salud

- Revisión de las opciones disponibles.
- Verificación de acciones de seguridad y ambiente amigables.
- Garantía de la seguridad de los/las trabajadores.
- Evaluación de la sostenibilidad.
- Evaluación de la aceptabilidad.
- Monitoreo de la seguridad y eficiencia.

ELEMENTOS CLAVE		
Política nacional para el manejo seguro de los desechos de salud		
<p>Es responsabilidad del gobierno crear un marco para el manejo seguro de los desechos de salud y asegurar que los administradores de los centros asistenciales de salud asuman su responsabilidad en el manejo seguro de los desechos. Esto requiere de mecanismos nacionales de coordinación que involucren al Ministerio de Salud y otros socios. Es importante que una autoridad designada coordine estos esfuerzos y reciba suficiente apoyo político, financiamiento y personal capacitado. Las actividades importantes para una estrategia nacional que permitan alcanzar un manejo seguro de los desechos de salud, incluyen:</p> <p style="padding-left: 20px;">Identificación de socios clave, incluyendo pero no sólo limitado a: Ministerio de</p>	<p>Designación de autoridades responsables para la formulación, implementación y evaluación de las políticas. Evaluaciones iniciales y análisis de los problemas que llevan a la manipulación y a la disposición insegura de los desechos de salud.</p> <p>Desarrollo de un marco político nacional en el que se manifieste que el manejo de los desechos es parte del sistema de atención a la salud, que los centros asistenciales de salud deben tener responsabilidad legal y financiera para el manejo seguro del desecho y que deben manejar los desechos como parte de sus responsabilidades cotidianas de trabajo.</p> <p>Desarrollo de un marco regulatorio y guías nacionales basadas en abordajes detallados que incluyan entrenamiento,</p>	<p>Desarrollo de mecanismos de cumplimiento. Determinación de blancos u objetos prácticos según tiempo y períodos específicos. Establecimiento de una infraestructura nacional y regional para la disposición de desechos de salud. Apoyo a las autoridades regionales y municipales para la implementación. Integración del plan de minimización de desechos como parte de la política de compras. Monitoreo del impacto de manera rutinaria por medio de indicadores de proceso (ej., número de centros asistenciales de salud que tienen sistema de manejo de desechos) e indicadores de resultados (ej., número de</p>
<p style="text-align: center;">Sistema detallado</p> <p>Los establecimientos que generen desechos de salud deben montar un sistema detallado sobre su manejo, en base a los medios más apropiados para lograr el manejo más seguro y ambientalmente amigable. El sistema debería iniciarse con medidas básicas y después mejorarse gradualmente. El primer paso debería incluir la separación y manipulación segura, el tratamiento y el desecho de los objetos cortopunzantes. Dentro de las actividades importantes a realizarse se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Asignación de responsabilidades al personal que maneja los desechos. Ubicación de recursos. Minimización de los desechos. Segregación de los desechos. Recolección, manipulación y almacenamiento seguro. Tratamiento y disposición seguro. 	<p style="text-align: center;">Toma de conciencia y entrenamiento</p> <p>La toma de conciencia sobre los riesgos relacionados con los desechos de salud y el entrenamiento en las prácticas seguras son esenciales para obtener tanto el compromiso como el cambio de comportamiento de todos/as los involucrados en el manejo de los desechos de salud. Entre las actividades importantes se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestión para que los que realizan las políticas y los administradores de los establecimientos de salud conozcan los riesgos y las responsabilidades relacionadas con los desechos de salud. Inclusión del tema sobre el manejo de desechos en el curriculum del personal de enfermería, médicos y administradores de salud. Desarrollo de un paquete de entrenamiento nacional adaptado a varias categorías profesionales. Desarrollo de un programa de entrenamiento para entrenadores. Educación para el PS, los recolectores de desechos y la comunidad, sobre los riesgos asociados con los desechos y las prácticas seguras de disposición. 	<p style="text-align: center;">Selección de opciones</p> <p>Las opciones para el manejo de los desechos de salud deben ser eficientes, seguras y ambientalmente amigables para proteger a las personas de exposiciones voluntarias o accidentales, cuando estos se estén recolectando, manipulando, almacenando, transportando, tratando o disponiendo. Entre las actividades importantes se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificación de recursos disponibles para el manejo centralizado y la disposición de los desechos. Opciones de manejo sostenible y de disposición en relación a: <ul style="list-style-type: none"> — Accesibilidad. — A favor del medio ambiente. — Eficiencia. — Seguridad de los/as trabajadores. — Prevención de la reutilización de equipos médicos desechables (ej, jeringas). — Aceptación social. Identificación de opciones apropiadas para todos los niveles de los centros asistenciales de salud. Monitoreo y evaluación de la seguridad y la eficiencia.

ANEXO N° 10

DIRECTIVA N° Minsa – DGSP - DEAIS V.02

SISTEMA DE MANEJO POST-EXPOSICION OCUPACIONAL AL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LOS TRABAJADORES DE SALUD

I.-OBJETIVOS

Disminuir el riesgo de infección por el VIH post-exposición ocupacional y brindar una adecuada atención al trabajador de salud en estas circunstancias, asimismo:

- 1.1. Sensibilizar a las instituciones para que asuman su respectivo rol frente a los accidentes post-exposición ocupacional al VIH y puedan brindar la atención y el acceso al tratamiento antiretroviral a los trabajadores de salud expuestos, si el caso lo amerita
- 1.2. Disponer de un protocolo estandarizado a nivel nacional para el manejo post-exposición ocupacional al VIH, en los trabajadores de salud.

II.-BASE LEGAL

- Constitución Política del Perú.
- Ley General de Salud N° 26842.
- Ley 26626 (CONTRASIDA) y su Reglamento específico.
- Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de las ETS y el SIDA en el Perú R.M. N°235-96-SA/DM.
- Manual de Normas de Bioseguridad R.J. N° 213-96-J-IPD/INS.

III.-AMBITO DE APLICACION

Lo establecido en la presente Directiva es de aplicación y cumplimiento obligatorio de todas las Unidades Ejecutoras del Pliego Presupuestal 011-MINSA, y de las Direcciones de Salud pertenecientes a diferente pliego presupuestal a nivel nacional.

IV.-DEFINICIONES

Los trabajadores de salud están en riesgo potencial de infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); a través de la exposición a sangre o fluidos corporales; siendo la exposición percutánea la más frecuente.

La magnitud de este problema viene incrementándose en vista del aumento de los pacientes VIH/SIDA en nuestros hospitales y la creciente cantidad de personal de salud que están expuestos y en riesgo de infectarse por el VIH.

- Caso fuente: Se denomina caso fuente a la persona infectada o instrumento contaminado por el VIH, a los que está expuesto el personal de salud.
- Profilaxis post-exposición al VIH: Tratamiento específicamente con antiretrovirales para disminuir la transmisión del VIH por accidente laboral.

V.-DISPOSICIONES ESPECIFICAS

5.1.DEL REPORTE REGISTRO Y NOTIFICACION

- 5.1.1 Todo personal de salud que tuviera un accidente post-exposición ocupacional al VIH deberá de informar a su jefe inmediato del hecho; para ser derivado al responsable del control de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA y/o Comité de Infecciones intrahospitalarias para su notificación y manejo inmediato.
- 5.1.2 Se debe hacer el reporte obligatorio a través de los registros diseñados para tal fin, debiendo consignarse datos sobre la evaluación, consejería, tratamiento y seguimiento de los accidentes post-exposición ocupacional al VIH, los mismos que deberán ser anotados en una ficha específicamente diseñada (ver Anexo N° 1).
- 5.1.3 Se deberá llenar la ficha de notificación y se consignarán los siguientes datos:
- Fecha y hora de la exposición.
 - Fecha y hora de registro.
 - Detalles sobre el procedimiento realizado (como ocurrió la exposición, tipo de instrumento médico-quirúrgico usado, etc.).
 - Detalles de la exposición: tipo de fluido, material, y severidad de la exposición; en exposición percutánea: la profundidad, si se inyectó material o si hubo exposición de membrana mucosa, el estimado del volumen y el tiempo que duró la exposición.
 - Detalles acerca de la fuente de exposición (si el material contenía VIH, el estadio clínico del paciente, historia de uso de antiretrovirales, recuento de linfocitos T CD4 y carga viral VIH).
 - Detalles acerca de la consejería, manejo de la post-exposición y seguimiento.
- 5.1.4 La ficha de notificación del caso, será enviada a la Oficina de Epidemiología, acorde a la normatividad vigente de vigilancia epidemiológica. Asimismo una copia será incluida en la historia clínica.

5.2.PROCEDIMIENTO FRENTE A UNA EXPOSICION OCUPACIONAL

- 5.2.1 Todo trabajador de salud expuesto por accidente ocupacional a un *caso fuente* infectado con el VIH, deberá tener acceso de manera inmediata a la evaluación por un médico o equipo multidisciplinario capacitado, para establecer el riesgo de

exposición y la necesidad de profilaxis con antiretrovirales. Debiendo garantizarse la atención las 24 horas del día incluyendo feriados y fines de semana.

- 5.2.2 Si por alguna razón (accidente nocturno, días feriados y fines de semana), no se efectuó la evaluación del riesgo en las primeras horas posteriores al accidente, puede iniciarse la profilaxis, debiéndose efectuar dicha evaluación lo más pronto posible.
- 5.2.3 Si se concluye la existencia de riesgo en el accidente ocupacional, el trabajador de salud recibirá profilaxis antirretroviral lo más pronto posible (en un lapso no mayor de 24 horas).
- 5.2.4 La atención de los accidentes se realizará en los servicios de emergencia en coordinación con el responsable del control de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA del respectivo hospital, debiendo existir en dichas emergencias fluxogramas de manejo de accidentes ocupacionales (ver Fluxogramas N° 1, 2 y 3).
- 5.2.5 Los servicios de emergencia que brinden atención de los accidentes laborales deberán garantizar la provisión de los antiretrovirales a ser administrados en las primeras 24 horas.
- 5.2.6 El manejo y la monitorización del personal de salud expuesto, así como la evaluación del *caso fuente* estará a cargo del responsable del control de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA del establecimiento correspondiente.
- 5.2.7 Durante todo el proceso de atención se deberá garantizar la confidencialidad necesaria.

5.3. TRATAMIENTO DEL SITIO DE EXPOSICION

- 5.3.1 Cuando ocurre accidente percutáneo o de piel "no intacta" por exposición a sangre o fluidos corporales **debe lavarse con agua y jabón** sin restregar el sitio de exposición, permitiendo fluir la sangre libremente durante 2-3 minutos.
- 5.3.2 Cuando ocurre la exposición de mucosas a sangre y fluidos corporales debe realizarse el lavado con abundante agua.
- 5.3.3 En el caso de contacto de sangre o fluidos en piel intacta: debe lavarse con agua y jabón.

5.4. EVALUACION DE LA EXPOSICION

- 5.4.1 Debe evaluarse el riesgo de exposición en piel intacta, "no intacta" y mucosas:

- a) **Tipo de exposición:**
 - Exposición de piel "no intacta" y mucosas.
 - Exposición percutánea.
 - Exposición a piel intacta.

b) **Severidad de la exposición:**

- Menos severa:
 - Lesión por aguja sólida.
 - Raspón superficial.
- Más severa:
 - Lesión profunda.
 - Aguja de grueso calibre.
 - Sangre visible en el instrumental médico quirúrgico (agujas, hojas de bisturí, etc.).
 - Aguja utilizada en la canalización de arteria o vena de paciente VIH/SIDA.

- 5.4.2 La consejería, evaluación clínica y de laboratorio (ELISA VIH, hemograma completo, pruebas de función hepática y renal), del expuesto deberán realizarse lo más pronto posible.
- 5.4.3 Verificar la situación clínica del *caso fuente*: Información acerca del estadio clínico, antecedentes de recuento de linfocitos T CD4, carga viral si tuviera, y uso de antiretrovirales.

Si bien es cierto que este protocolo solo abarca accidentes con *fuentes* que cuentan con diagnóstico definitivo para VIH, es importante determinar la existencia del VIH, tanto en la *fente* como en el trabajador de salud expuesto.

5.5.SEGUIMIENTO POST- EXPOSICION

- 5.5.1 El seguimiento post-exposición se realizará a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses, esto comprenderá la evaluación clínica y ELISA para VIH.
- 5.5.2 Es necesario poner en conocimiento del paciente el riesgo de seroconversión y las implicancias de la no-adherencia a la profilaxis antiretroviral.
- 5.5.3 Se explicará acerca de los efectos adversos de los antiretrovirales y se monitorizará la toxicidad del esquema de profilaxis antiretroviral mediante: Hemograma completo, pruebas de función hepática y renal a las dos semanas y al final de la profilaxis.
- 5.5.4 Los trabajadores de salud en tratamiento antiretroviral estarán bajo responsabilidad del médico especialista del hospital según corresponda.

5.6.CONSEJERIA INICIAL Y DE SOPORTE

- 5.6.1 Es importante la consejería inicial al paciente respecto de la exposición ocupacional y del riesgo de infección por el VIH. La consejería debe ser oportuna, solidaria, realista, pero no alarmista, debe de informarse los hechos y riesgos en forma simple y directa.

5.6.2 Se debe recomendar la práctica del sexo seguro, evitar la lactancia materna, y no donar sangre u órganos especialmente durante las primeras 6-12 semanas.

5.6.3 El consejero reforzará lo relacionado al riesgo de seroconversión, adherencia, la eficacia y toxicidad de las drogas administradas en la profilaxis.

5.7. ESQUEMAS DE PROFILAXIS ANTIRRETROVIRAL

El trabajador de salud que sufra una exposición de piel “no intacta”, mucosas y exposición percutánea A SANGRE Y FLUÍDOS ALTAMENTE CONTAMINANTES (Líquido céfalo-raquídeo, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico y cualquier fluido corporal con sangre visible), debe recibir profilaxis antiretroviral.

Se hará una evaluación individual en cada caso, para decidir el uso de profilaxis antiretroviral.

Se sugieren los siguientes esquemas básicos de profilaxis antiretroviral para el trabajador que sufre accidente ocupacional:

Manejo de la post-exposición al VIH de piel “no intacta”, membranas mucosas y de la post-exposición percutánea al VIH

Tipo y Severidad de la exposición	Condición de la Fuente		
	VIH asintomático	VIH sintomático/SIDA	Desconocida (*)
a) Tipo de exposición: • Exposición de piel “no intacta” y mucosas. b) Severidad de la exposición: • Menos severa. • Más severa	AZT + 3TC Por 4 semanas.	AZT + 3TC + EFV Por 4 semanas.	AZT + 3TC Por 4 semanas.

AZT=Zidovudina. 3TC=Lamivudina. EFV=Efavirenz.

(*) Se considerará 2 antiretrovirales si el caso fuente tiene factores de riesgo para VIH o si la fuente de contaminación (por ejemplo: aguja, hoja de bisturí, etc) procede de una área que atiende a pacientes infectados con VIH.

5.8. SITUACIONES ESPECIALES

En las gestantes se procederá según la presente directiva, siendo necesario que firme un consentimiento informado (ver Anexo N° 2), con conocimiento de los riesgos y beneficios de la profilaxis antiretroviral. Por su riesgo de toxicidad no debe administrarse en la gestante nelfinavir ni D4T (stavudina).

No se recomienda antiretrovirales en pacientes con hepatopatías crónicas, insuficiencia renal crónica, en pacientes psiquiátricos, farmacodependientes y alcohólicos crónicos.

VI.- RESPONSABILIDADES

Las disposiciones contenidas en la presente Directiva son de aplicación obligatoria, bajo de todos los funcionarios, Directores Generales, Jefes, Coordinadores de Control de ETS y VIH/SIDA, médicos, personal asistencial y personal administrativo, que intervendrán en el proceso de atención. Asimismo son responsabilidades:

6.1. Del Nivel Central

- 6.1.1 Garantizarán la gratuidad de las pruebas de ELISA (basal, 6 semanas, 3 meses y 6 meses).
- 6.1.2 Garantizarán y proveerán gratuitamente al personal de salud, los antirretrovirales incluidos en los esquemas de profilaxis post-exposición.

6.2. De las Instituciones donde se produjo el accidente

- 6.2.1 Garantizarán y proveerán gratuitamente al personal de salud expuesto, los exámenes de laboratorio (post-exposición, a la segunda y cuarta semana): hemograma completo, pruebas de función hepática y renal.

VII.-DISPOSICION FINAL

- 7.1. La Dirección General de Salud de las Personas, en un plazo no mayor de 10 días, se encargará de la difusión de lo establecido en la presente Directiva, a las Direcciones de salud y hospitales.
- 7.2. Los Directores Generales de las Direcciones de Salud, Directores Ejecutivos de los hospitales a nivel nacional, en el día recibido la presente Directiva, serán responsables de la difusión y aplicación.
- 7.3. La Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Coordinación de Control de ETS y VIH/SIDA, será responsable de vigilar el estricto cumplimiento de la presente Directiva a nivel nacional.

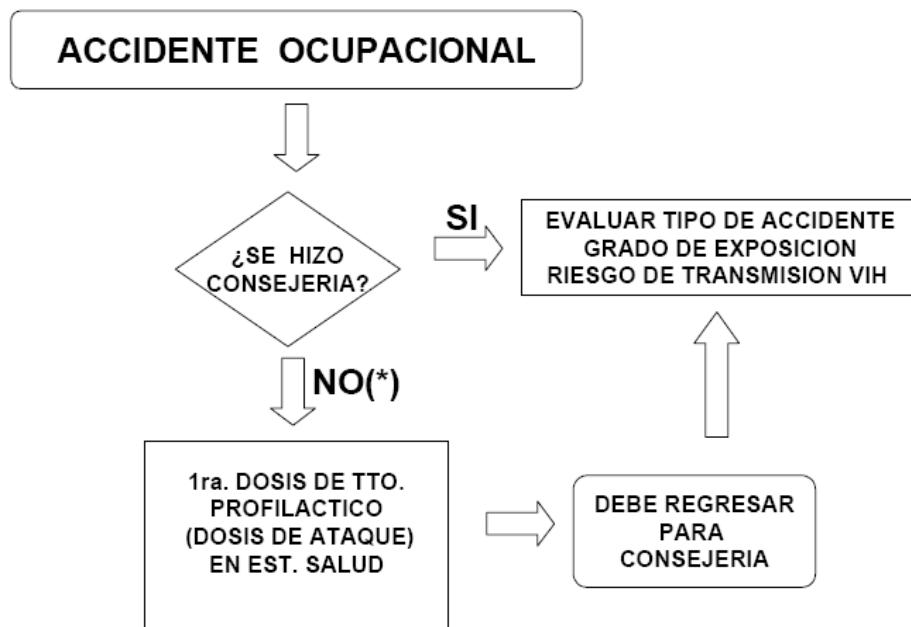
MINISTERIO DE SALUD

CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA

FLUXOGRAMA 2

PARA DETERMINAR EL GRADO DE EXPOSICIÓN AL VIH

(*) Accidente ocurre en las primeras horas de la mañana, fin de semana, feriado, accidente nocturno.



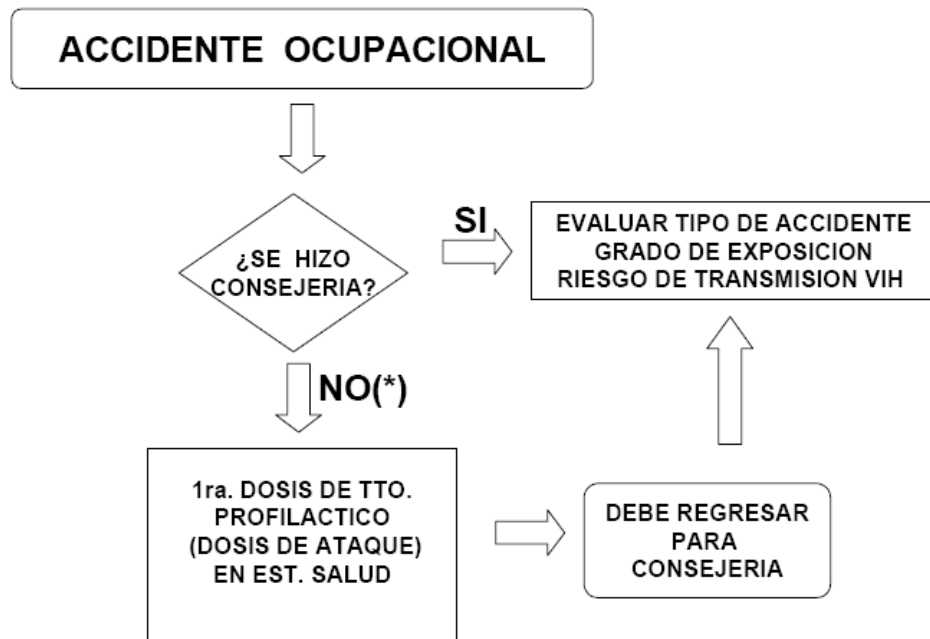
MINISTERIO DE SALUD

CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA

FLUXOGRAMA 2

PARA DETERMINAR EL GRADO DE EXPOSICIÓN AL VIH

(*) Accidente ocurre en las primeras horas de la mañana, fin de semana, feriado, accidente nocturno.

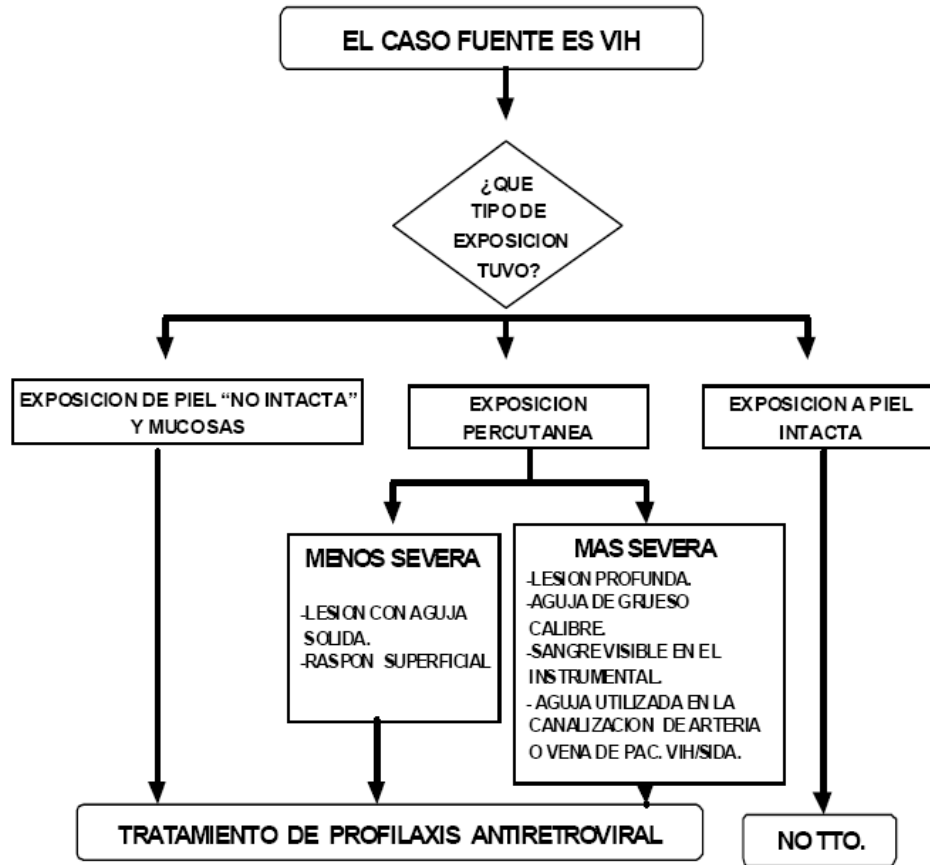


MINISTERIO DE SALUD

CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA

FLUXOGRAMA 3

PARA DETERMINAR EL GRADO DE EXPOSICIÓN AL VIH



MINISTERIO DE SALUD

CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL Y SIDA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA EL INICIO DE PROFILAXIS ANTIRETROVIRAL POST-EXPOSICION OCUPACIONAL AL VIH EN LA TRABAJADORA DE SALUD GESTANTE

Usted ha sido expuesta al Virus de la Inmunodeficiencia Humana y se encuentra gestando. Se sabe que su hijo tiene riesgo de infectarse por este virus durante el embarazo, en el momento del parto o durante la lactancia materna.

Se sabe también que el uso de la profilaxis antiretroviral disminuye el riesgo de infección de usted y la de su hijo, al disminuir la cantidad de virus en su sangre.

Sin embargo, el uso de esta profilaxis antiretroviral puede ocasionar varios efectos adversos sobre su salud, y no se puede afirmar que su uso es completamente seguro para su hijo, aunque los estudios realizados hasta el momento parecen indicarlo.

El Ministerio de Salud a través de la Directiva N°...MINSA-DGSP-DEAIS, ofrece la profilaxis antiretroviral a los trabajadores de salud expuestos al VIH para reducir el riesgo de infección además reduce el riesgo de infección en el recién nacido. Su médico le explicará con todo detalle sobre este programa, y usted es totalmente libre de formular todas las preguntas que desee.

Una vez que se hayan resuelto todas sus dudas, si acepta iniciar la profilaxis antiretroviral por 4 semanas, de acuerdo a la norma de la directiva, debe usted firmar este consentimiento Informado.

Si decide no hacerlo, puede usted recibir profilaxis antiretroviral limitado a un solo medicamento.

Si usted decide voluntariamente iniciar la profilaxis antiretroviral deberá cumplir con los controles y recomendaciones que su médico le indicará.

Dejo constancia que se me ha explicado del contenido de este **CONSENTIMIENTO INFORMADO**, que he tenido la oportunidad de recibir respuesta a mis preguntas, que he decidido voluntariamente recibir la profilaxis antiretroviral y colaborar para mi adecuado control.

.....
Nombre y apellido de la gestante

.....
Fecha y firma

.....
Nombre y apellido del médico

.....
Fecha y firma