

RED DE SALUD HUAURA OYON HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO



GUÍA PARA MANEJO POST-EXPOSICIÓN OCUPACIONAL ACCIDENTES PUNZOCORTANTES

**UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
AREA DE SALUD AMBIENTAL**

Huacho 2018

GUÍA PARA MANEJO POST-EXPOSICION OCUPACIONAL ACCIDENTES PUNZOCORTANTES EN LOS TRABAJADORES DE SALUD DE LA RED DE SALUD HUAURA OYON Y HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO

CODIGO CIE-10. T81.2 : Punción o laceración accidental durante un procedimiento, no clasificadas en otra parte.

I. FINALIDAD

Disponer de una guía a nivel institucional para el manejo post-exposición ocupacional al VIH-HVB en los trabajadores de salud de la Red de Salud Huaura Oyón.

II. OBJETIVOS

- Disponer de un protocolo estandarizado a nivel institucional para el manejo post-exposición ocupacional al VIH y otras enfermedades asociadas, en los trabajadores de salud de la Red de Salud.
- Mejorar el nivel de conocimientos y conducta del personal frente a la ocurrencia de accidentes punzocortantes.
- Disminuir el riesgo de infección por el VIH post-exposición ocupacional.
- Comprometer y sensibilizar a las jefaturas asistenciales y administrativas para que asuman su respectivo rol frente a los accidentes post-exposición ocupacional al VIH, brindando facilidades de atención y el acceso al tratamiento antirretroviral a los trabajadores de salud expuestos a su cargo, si el caso lo amerita.
- Lograr que el personal conozca los pasos a seguir frente a un accidente punzo cortante.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Lo establecido en la presente Guía es de aplicación y cumplimiento obligatorio a todos los trabajadores, asistenciales como administrativos del Hospital y los establecimientos de salud de la red de Salud Huaura Oyón.

IV. BASE LEGAL

1. Ley General de Salud N° 26842.
2. Ley N° 26842, Ley General de Salud.
3. Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
4. Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo
5. Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
6. Decreto Supremo N° 009-97-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
7. Decreto Supremo N° 009-2005-TR, que aprueba el Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.

8. Decreto Supremo 007-2007-TR, que modifica Artículos del D. S. N° 009-2005-TR, Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo.
9. Resolución Ministerial 148-2007-TR, que aprueba el Reglamento de Constitución y Funcionamiento del Comité y Designación de Funciones del Supervisor de Seguridad y Salud en el Trabajo y otros documentos conexos.
10. Resolución Ministerial N° 480-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 68- MINSA/DGSP-V.1, Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales.
11. Resolución Ministerial N° 554- 2007/MINSA, que resuelve conformar el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Administración Central del Ministerio de Salud.
12. Resolución Ministerial N° 511-2004/MINSA, que aprueba la “Ficha Única de Aviso de Accidente de Trabajo y su instructivo anexo”.
13. Resolución Ministerial N° 768-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Plan Nacional de Prevención del VHB, VIH y la TB por Riesgo Ocupacional en los Trabajadores de Salud 2010-2015.
14. Resolución Ministerial N° 258-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Salud Ambiental 2011- 2020.
15. Resolución Ministerial N° 258-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Protocolos de Exámenes Médico Ocupacionales y Guías de Diagnostico de Exámenes Médicos obligatorios por actividad.

V. DEFINICIONES

- Los trabajadores de salud, están en riesgo potencial de infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (HVB); a través de la exposición a sangre o fluidos corporales; siendo la exposición percutánea la más frecuente.
- **Accidente Laboral:** Es todo suceso repentino y prevenible que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, perturbación funcional, una invalidez o muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar del trabajo.
- **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.

VI. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

4.1. DEL REPORTE REGISTRO Y NOTIFICACION.

- a. Todo trabajador de salud que tuviera un accidente post-exposición ocupacional deberá de informar a su jefe inmediato para ser derivado al responsable del manejo inmediato en el siguiente orden: Médico infectólogo si se encuentra de turno (lunes,

martes y miércoles) o en caso de no encontrarse asumirá este rol el jefe de guardia de emergencia.

- b.** 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.
- c.** 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, Hepatitis B, Hepatitis C, 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.
- d.** A la ficha de notificación del caso por accidente punzocortante, se adjuntará el formato de laboratorio para los exámenes correspondientes, posteriormente será enviada a la Oficina de Epidemiología, acorde a la normatividad vigente de vigilancia epidemiológica. Asimismo una copia será incluida en la historia clínica.

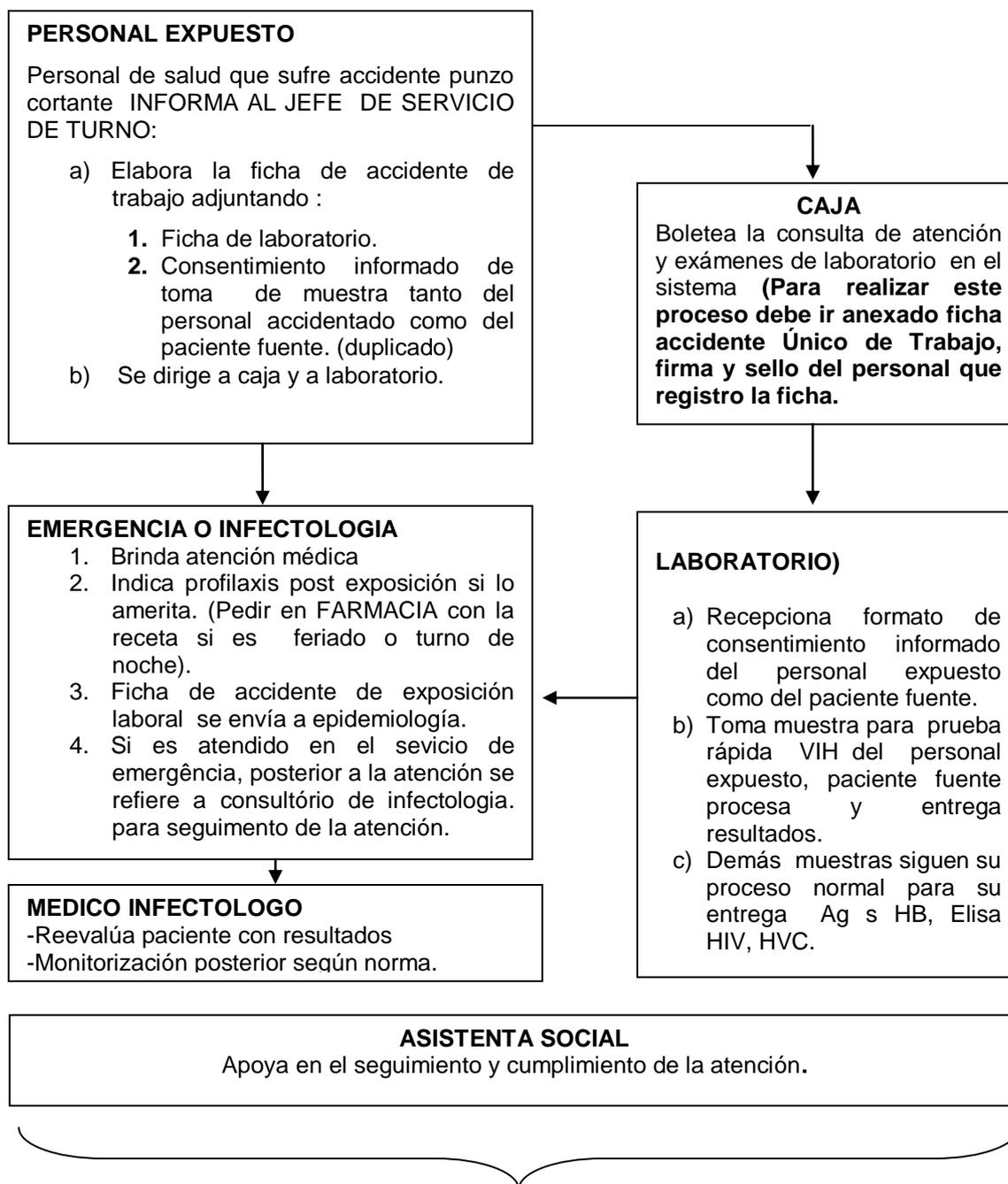
4.2. PROCEDIMIENTO FRENTE A UNA EXPOSICION OCUPACIONAL.

- a.** El lugar de la exposición debe limpiarse ¡INMEDIATAMENTE! Esta puede ser la actividad más importante del manejo post-exposición.
- b.** 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 (evitar maniobras agresivas como frotar bruscamente la zona lesionada), para no producir erosiones que favorezcan la infección así como la utilización de agentes cáusticos (lejía) o la inyección de antisépticos y desinfectantes en las heridas, permitiendo fluir la sangre libremente durante 2-3 minutos , eliminando todos los posibles cuerpos extraños.
- c.** Cuando ocurre la exposición de mucosas a sangre y fluidos corporales debe realizarse el lavado con abundante agua.
- d.** En el caso de contacto de sangre o fluidos en piel intacta: debe lavarse con agua y jabón.
- e.** No hay evidencia que los antisépticos sean útiles, aunque también no están contraindicados.
- f.** El personal que sufre el accidente laboral debe reportar a su jefe inmediato, quien elabora la ficha de accidente de trabajo y anexa la ficha de laboratorio por accidente punzocortante,

posteriormente debe dirigirse al consultorio de Infectología (si se encuentra de turno) o al servicio de emergencia para recibir atención médica inmediata, establecer el riesgo de exposición, recibir indicaciones de los exámenes auxiliares correspondientes y evaluar la necesidad de profilaxis post exposición. Debiendo garantizarse la atención las 24 horas del día incluyendo feriados y fines de semana.

- g.** Los exámenes de laboratorio que requerirá el personal de salud expuesto se encuentran indicadas en el formato de laboratorio aprobado en la **Guía para Manejo Post Exposición Ocupacional con RD N° 110-2018-GRL-DIRESA-HHHO-SBS-UP** , dicho formato debe estar anexada a la ficha de aviso de accidente laboral para su respectivo registro y boleteo en caja.
- h.** En caso de conocerse el diagnóstico de VIH/SIDA en el paciente se procederá a iniciar la profilaxis en el personal de salud en un lapso no mayor de 24 horas de ocurrido el hecho, en coordinación con el Médico Infectólogo o Médico Jefe de Guardia del Servicio de Emergencia.
- i.** El servicio de Farmacia deberá garantizar la provisión de los antiretrovirales a ser administrados en las primeras 24 horas.
- j.** 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.
- k.** Durante todo el proceso de atención se deberá garantizar la confidencialidad necesaria.
- l.** La monitorización o el seguimiento post exposición estarán bajo responsabilidad del médico especialista del hospital según corresponda (Médico Infectólogo).

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN PARA ACCIDENTES PUNZOCORTANTES EN EL PERSONAL INSTITUCIONAL



Observación: Para el caso de nuestra institución la primera opción de consulta es el servicio de infectología (Lunes- Martes- Miércoles de 7 a 7 pm) todos lo demás turnos y/o fechas deberá referirse al Departamento de emergencia.

* Ficha recolectora de datos para notificación y evaluación de riesgos para VIH completará su registro cuando el personal expuesto ingrese a la consulta por infectología, este proceso lo culminará la Estrategia sanitaria.

FORMATO DE EXAMENES DE LABORATORIO



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD HUAURA-OYON



FORMATO DE LABORATORIO
EXAMENES DE LABORATORIO POR ACCIDENTE PUNZOCORTANTE
PERSONAL DE SALUD

Nombre y Apellidos: N° HCL:.....
 Servicio:

Observaciones: Las pruebas mencionadas en el presente formato se encuentran establecidas en la Guía para Manejo Post-Exposición Ocupacional aprobado con RD N° 110-2018-GRL-DIRESA-HHHSBS-UP y se encuentran automáticamente exoneradas adjuntos a través del reporte de ficha de accidente laboral.

EXAMENES PARA EL TRABAJADOR

1. PRUEBA RÁPIDA VIH: ATENCIÓN INMEDIATA
2. ELISA VIH
3. Antígeno Superficie Hepatitis B
4. Hepatitis C, anticuerpos
5. TGP
6. Hemograma
7. Creatinina

EXAMEN PARA PACIENTE FUENTE

Nombre y Apellidos: N° HCL:.....

1. Prueba rápida VIH 2. Antígeno Superficie Hepatitis B 3. Hepatitis C, anticuerpos

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DESPISTAJE DE VIH

Yo: N° HCL.....certifico que he sido informado sobre el VIH, transmisión, prevención y sobre todo el propósito y beneficio de la prueba, así como su carácter no concluyente.

Que he recibido consejería pre test para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, práctica y conductas, antes de realizarme la prueba diagnóstica. También certifico, que el consejero (a) me informo que recibiré una consejería post test (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados

.....

Firma del Paciente

Fecha: /.... /....Lugar:

.....

Firma del consejero

Nombre del consejero:

VII. EXAMENES AUXILIARES.

Se debe solicitar en:

1. Paciente Fuente:
 - a. Prueba rápida VIH
 - b. HBs Ag.
 - c. Anticuerpo anti-HVC.
2. Paciente Expuesto:
 - a. ELISA VIH (basal, 3 y 6 meses).
 - b. HBs Ag (basal y 3 meses).
 - c. Anticuerpo anti-HVC (basal y 3 meses).
 - d. TGP (basal)
 - e. Hemograma (basal y 4 semanas).
 - f. Creatinina (basal)

VIII. EVALUACION DE LA EXPOSICION

Debe evaluarse el riesgo de exposición en piel intacta, “no intacta” y mucosas:

Tipo de exposición:

- Exposición de piel “no intacta” y mucosas.
- Exposición percutánea.
- Exposición a piel intacta.

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.

Tabla 2. PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN (PPE) AL HIV RECOMENDADA EN EXPOSICIONES A MEMBRANAS MUCOSAS Y PIEL NO INTACTA*

Estatus de la infección de la Fuente				
Tipo de Exposición	HIV-Positivo Asintomático o carga viral baja (< 1500 copias)	HIV-Positivo sintomático / SIDA o carga viral alta	Desconocido **	HIV-Negativo
Volumen pequeño*	AZT + 3TC por 4 semanas	AZT + 3TC + Lopinavir / Ritonavir por 4 semanas	Generalmente, no se justifica PPE.	No se justifica la PPE
Gran volumen	AZT + 3TC + Lopinavir / Ritonavir por 4 semanas	AZT + 3TC + Lopinavir / Ritonavir por 4 semanas	AZT + 3TC por 4 semanas	No se justifica la PPE

AZT=Zidovudina. 3TC=Lamivudina.

* Pequeño volumen (esto es, unas pocas gotas).

Gran volumen (esto es, salpicadura más importante de sangre).

** 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.

Dosis de Antiretrovirales de primera línea recomendados en Profilaxis Post Exposición (PPE):

- ✓ Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg cada 12 horas (Disponible en presentación combinada de 1 tableta cada 12 horas vía oral).
- ✓ Lopinavir / ritonavir 200/50 mg, 2 tabletas cada 12 horas.

Alternativos para terapia doble:

- ✓ Estavudina 30 mg, 1 tab. cada 12 horas + lamivudina 150 mg, 1 tab. cada 12 horas ó
- ✓ Didanosina 400 mg, 1 tab. cada 24 horas (en ayunas)+ lamivudina 150 mg, 1 tab. c/12 h.

Alternativos para terapia triple:

- ✓ Regímenes doble más:
- ✓ Efavirenz 600 mg = 1 tab cada 24 horas (noche) ó Atazanavir 300 mg = 1 tab cada 24 horas.

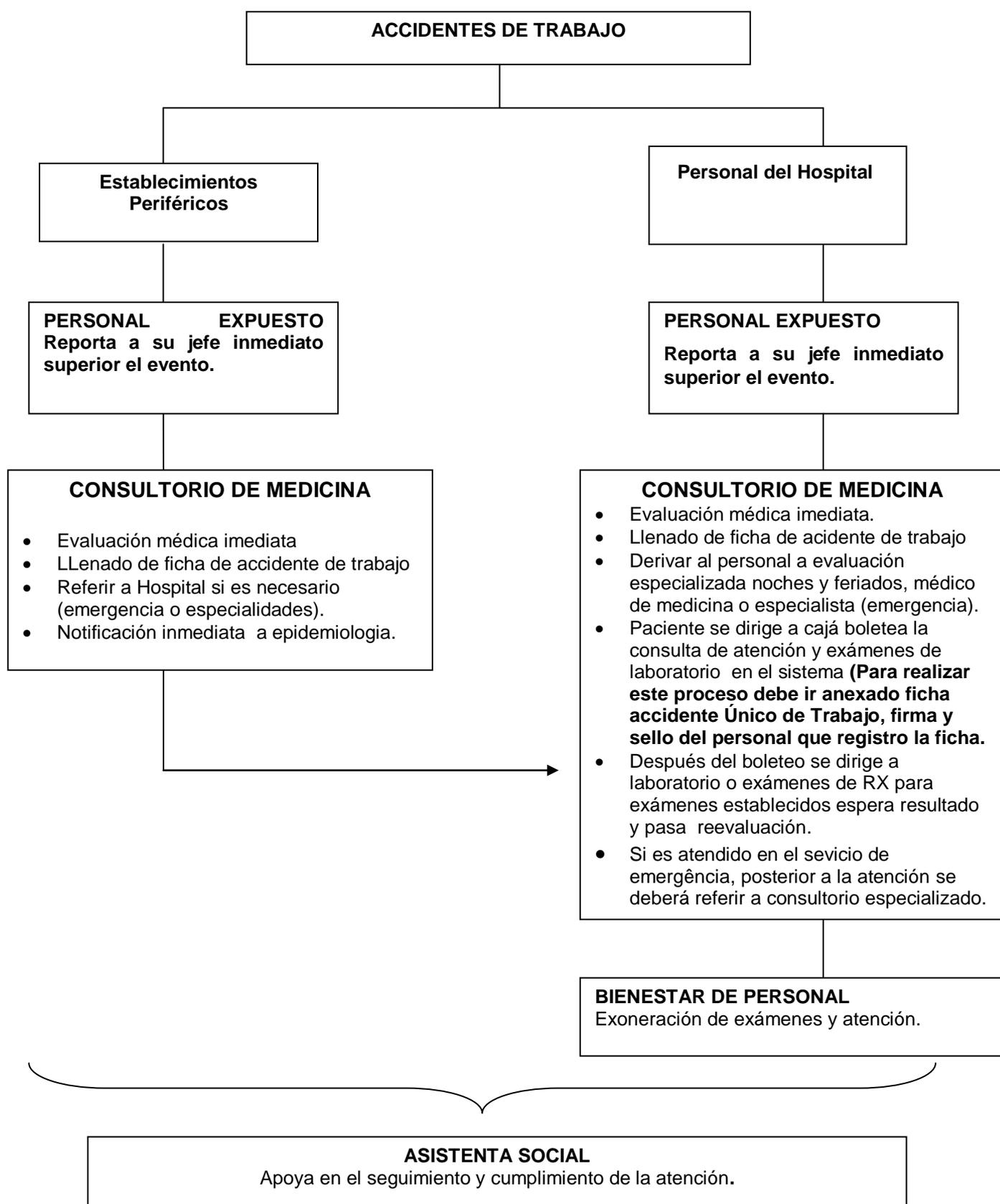
SITUACIONES ESPECIALES

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 Efavirenz.

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

ANEXO N°02

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN ACCIDENTE DE TRABAJO PARA EL PERSONAL INSTITUCIONAL



X. ANEXOS

ANEXO 1

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° 012-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

ANEXO 2**FICHA UNICA DE AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

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

INSTRUCTIVO FICHA ÚNICA DE AVISO DE ACCIDENTES DE TRABAJO

DATOS GENERALES DE LA EMPRESA

1. DATOS DEL TRABAJADOR

- Apellidos y Nombres
- Domicilio. Indicar nombre de la avenida, calle y/o pasaje. Número. Urbanización. Distrito.
- Condición: asegurado o no asegurado. N° de seguro.
- Documento de Identidad. DNI.
- Categoría del trabajador (Véase en las instrucciones al reverso de la Ficha. Tabla 1: Tipo de Trabajador).
- Antigüedad en el puesto, de trabajo. Indicar días, meses y años.
- Edad
- Género: Masculino (M), Femenino (F)

2. DATOS DEL EMPLEADOR

- Razón Social. Escriba el nombre de la empresa y/o institución.
- Domicilio Principal. Donde funciona la empresa.
- RUC. Escriba los dígitos del RUC de la empresa establecido por la SUNAT.
- CIIU: Clasificación Internacional Industrial Uniforme (Tabla 2: Actividad Económica de la Empresa)
- Teléfono (s). De la empresa y/o institución.

3. DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE)

- Razón Social. Escriba el nombre de la empresa y/o institución.
- Domicilio Principal. Donde funciona la empresa.
- RUC. Escriba los dígitos del RUC de la empresa establecido por la SUNAT.
- CIIU (Clasificación Internacional Industrial Uniforme) Tabla 2: Actividad de la Empresa.
- Teléfono (s). Indique los de la empresa y/o institución.

4. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO

- Fecha (DD/MM/AA). Indicar día, mes y año en que ocurrió el accidente.
- Hora. Del accidente.
- Turno. La hora que ocurrió el accidente. De:..... A:.....
- Lugar del accidente. Mencionarlo.
- Labor que realizaba al momento del accidente. Indicar la actividad que efectuaba.
- Descripción del accidente. Detallar las causas que indujo el accidente.
- Testigo del accidente. Indicar el nombre de las personas que lo presenciaron., DNI del testigo.
- Forma de accidente. Elegir la que corresponde en las instrucciones de la Tabla 3: Forma de Accidente.
- Agente Causante. Véase la Tabla 4: Agente Causante.
- Apellidos, 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. CERTIFICACIÓN MÉDICA

- Centro Asistencial. Indicar el nombre donde recibió la atención médica el accidentado.
- Fecha de ingreso (DD/MM/AA). Anotar el día, mes y año.
- Hora de Ingreso.
- Parte del cuerpo afectado: Indicar el órgano y sistema afectado de acuerdo a la Tabla 5: Parte del Cuerpo Lesionado.
- Tipo de lesión. Indicar las características de la lesión según corresponda de acuerdo a la Tabla 6: Naturaleza de la lesión.
- Diagnósticos:
- Diagnósticos presuntivos: Que por definición del caso efectúa el médico tratante, después de la atención al paciente accidentado.
- Diagnósticos definitivos: Aquel que es confirmado por médico tratante.
- Apellidos y Nombres del Médico Tratante.

ANEXO 3

FORMATO DE LABORATORIO EXAMENES DE LABORATORIO POR ACCIDENTE PUNZOCORTANTE PERSONAL DE SALUD

Nombre y Apellidos: N° HCL.....

Servicio:

Observaciones: Las pruebas mencionadas en el presente formato se encuentran establecidas en la Guía para Manejo Post-Exposición Ocupacional aprobado con **RD N° 110-2018-GRL-DIRESA-HHHS-SBS-UP** y se encuentran automáticamente exoneradas adjuntos a través del reporte de ficha de accidente laboral.

EXAMENES PARA EL TRABAJADOR

1. PRUEBA RÁPIDA VIH: ATENCIÓN INMEDIATA
2. ELISA VIH
3. Antígeno Superficie Hepatitis B
4. Hepatitis C, anticuerpos
5. TGP
6. Hemograma
7. Creatinina

EXAMEN PARA PACIENTE FUENTE

Nombre y Apellidos: N° HCL:.....

1. Prueba rápida VIH
2. Antígeno Superficie Hepatitis B
3. Hepatitis C, anticuerpos

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE DESPISTAJE DE VIH

Yo: N° HCL.....certifico que he sido informado sobre el VIH, transmisión, prevención y sobre todo el propósito y beneficio de la prueba, así como su carácter no concluyente.

Que he recibido consejería pre test para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, práctica y conductas, antes de realizarme la prueba diagnóstica. También certifico, que el consejero (a) me informo que recibiré una consejería post test (procedimiento mediante el cual me entregaran mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informado de las medidas que se tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados

.....
Firma del Paciente

.....
Firma del consejero

Fecha: ... / ... / ...Lugar:

Nombre del consejero:

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección General de Salud Ambiental- OPS Perú: **Plan Nacional para la Prevención de Accidentes Punzocortantes y Exposición ocupacional a Agentes Patógenos de la Sangre.** Año 2008.
2. Ministerio de Salud Perú- Dirección General de Salud Ambiental: **Programa de Prevención de Accidentes con Materiales Punzocortantes en Servicios de Salud.** Año 2011.
3. Panlilio, A.L., Shapiro, C.N., Schable, C.A. et al Serosurvey of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and hepatitis C virus infection among hospital-based surgeons. *Jam Coll Surg* 1995; 180:16-24.
4. Barie, P.S., Dellinger, E.P., Dougherty, S.H. et al. Assessment of hepatitis B virus immunization status among North American surgeons. *Arch Surg* 1994; 129:27.