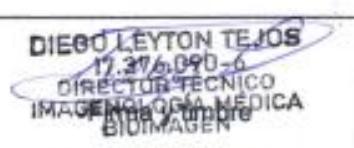




**PROTOCOLO DE MANEJO DE  
ACCIDENTES RELACIONADOS  
CON SANGRE O FLUIDOS  
CORPORALES DE RIESGO**

Código: RH 4.2  
Versión: 1  
Elaboración: Agosto 2024  
Vigencia: Agosto 2029  
Página 1 de 16

**PROTOCOLO DE MANEJO DE  
ACCIDENTES RELACIONADO CON  
SANGRE O FLUIDOS CORPORALES  
DE RIESGO**

Elaborado	Revisado	Aprobado
Marcelo Zenteno Silva Encargado de calidad Centro Médico Bioimagen	Ángel Aguirre Médico General Centro Médico Bioimagen	Diego Leyton Tejos Dirección Técnica Centro Médico Bioimagen
Julio 2024	Agosto 2024	Agosto 2024
<b>MARCELO ZENTENO SILVA</b> 8.718.299-1 ENCARGADO DE CALIDAD IMAGENOLÓGIA MÉDICA BIOIMAGEN	 Ángel Luis Aguirre MÉDICO CIRUJANO RUT: 26.457.792-7 Firma y timbre	 <b>DIEGO LEYTON TEJOS</b> 17.316.090-6 DIRECTOR TÉCNICO IMAGENOLÓGIA MÉDICA BIOIMAGEN



## PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO

Código: RH 4.2  
Versión: 1  
Elaboración: Agosto 2024  
Vigencia: Agosto 2029  
Página 2 de 16

### 1. INTRODUCCIÓN

En **Centro Médico Bioimagen** se entregan múltiples prestaciones de salud a nuestros usuarios, en dónde, en algunos escenarios o atenciones directas a usuarios, los funcionarios tienen la probabilidad de sufrir accidentes laborales relacionados con la exposición a sangre o a fluidos corporales de alto riesgo.

Estos accidentes se pueden provocar por alguno de los siguientes procedimientos: administración de medios de contraste o de medicamentos endovenosos, procedimientos intramusculares, curaciones entre otros.

El riesgo de adquirir algún tipo de infección producto de la realización de procedimientos va a depender de diversos factores, como el patógeno implicado, tipo de exposición, uso de EPP, cantidad de sangre o fluido, entre otros.

La probabilidad de adquirir alguno de estos virus también va a depender del tipo de lesión a la que se exponga el funcionario (como punción con aguja o corte con elemento afilado) o el contacto de piel o mucosas no intactas.

Se conocen distintos tipos de microorganismos capaces de causar infección a través de la exposición, como Virus de hepatitis B, Virus de Hepatitis C y Virus de inmunodeficiencia humana. Por lo que, de acuerdo con lo señalado por la OMS, la exposición a sangre como fluido de mayor riesgo de transmisión de infecciones

Debemos recordar que ante la exposición del VHB el tratamiento debe iniciar precozmente. Para la exposición de VIH, existen fármacos antirretrovirales que reducen la “probabilidad de transmisión del VIH.

La profilaxis post exposición (PEP) se recomienda ante las exposiciones ocupacionales que tengan un riesgo de transmisión.

En el caso del VHC no existe vacuna que prevenga la infección ni tratamiento posterior a la exposición.

El riesgo de transmisión de un paciente infectado con VIH a un trabajador de la salud vía lesión percutánea es aproximadamente 0,3%, para VHC se describe un riesgo 1,8%- 5% (3%). Para el VHB se ha documentado un riesgo más alto, cercano a 30% en personas no vacunadas.

La inmunización para hepatitis B permite una disminución de este riesgo a 0,3%. (Vergara, 2018, p. 1)

### 2. OBJETIVO

Establecer procedimiento de manejo de accidentes relacionados con sangre y fluidos corporales de riesgo para funcionarios de **Centro Médico Bioimagen**.

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO</b>	Código: RH 4.2 Versión: 1 Elaboración: Agosto 2024 Vigencia: Agosto 2029 Página 3 de 16
---	---	---

### 3. ALCANCE

Todos los funcionarios de **Centro Médico Bioimagen** que trabajen en lugares en donde se encuentren expuestos a poder sufrir accidentes con sangre o fluidos corporales de riesgo.

### 4. RESPONSABLES

**Encargado de Calidad:** Velar y supervisar por el cumplimiento de este documento.

**Funcionarios:** Dar cumplimiento a todas las medidas de prevención establecidas para su protección personal, manejo y cumplimiento de los protocolos y asistencia a controles según determine mutualidad en caso de exposición.

**Jefatura Directa del funcionario:** Proporcionar toda la información específica al trabajador para el desempeño de sus funciones y riesgos asociados a estas. Supervisar que se cumplan las medidas de prevención y protección personal y derivar al funcionario a la Mutualidad correspondiente o a la Unidad de emergencia en caso de accidente con su respectiva documentación.

### 5. DEFINICIONES

**Fluidos corporales de riesgo:** Se refiere a secreciones, líquidos biológicos, fisiológicos o patológicos que se producen en el organismo y que pueden constituir fuente de infección de agentes que se transmiten por la sangre.

**Precauciones universales con sangre y fluidos corporales:** Se definen como el conjunto de medidas destinadas a minimizar el riesgo de transmisión de infecciones entre el personal y pacientes que se transmiten por el contacto con sangre o fluidos contaminados con sangre. Se han identificado diversos microorganismos que se transmiten por esta vía, pero los que revisten mayor importancia epidemiológica son: Virus de la Hepatitis B (VHB), Virus de la Hepatitis C (VHC), Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

**Accidente cortopunzante:** Lesión provocada por elementos contaminados con sangre o fluidos biológicos de riesgo.

**Material cortopunzante:** Se denomina así a las agujas, cánulas, bránulas, catéteres, hojas de bisturí, ampollas de vidrio rotas, punzones de biopsia o a cualquier insumo o herramienta que pudiese producir una herida por corte o punción.

**Paciente Fuente:** Persona cuya sangre o fluidos corporales están involucrados en una exposición laboral.

**DIAT:** Formulario de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo.

**DAU:** Dato de Atención de Urgencia.

**SU:** Servicio de Urgencia.

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO</b>	Código: RH 4.2 Versión: 1 Elaboración: Agosto 2024 Vigencia: Agosto 2029 Página 4 de 16
---	---	---

**HSF:** Hospital San Fernando.

**Accidente Laboral:** Se entiende por accidente del trabajo toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte. A causa del trabajo se refiere a que se produce directamente por el trabajo por el que fue contratado y con ocasión significa que fue un trabajo que es por una acción relacionada indirectamente con la función que cumple.

**Fluido biológico de alto riesgo:** Sangre, fluidos que contengan sangre visible incluyendo semen, secreciones vaginales, leche materna y aquellos líquidos provenientes de cavidades normalmente estériles como líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido peritoneal, pericárdico, amniótico y saliva.

**Fluido biológico de bajo riesgo:** Deposiciones, secreciones nasales, expectoración, sudor, lágrimas, orina o vómitos a excepción de aquellos que contengan sangre visible.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Vergara,T., Veliz, E., Fica, A., Dabanch, J. (2018). Exposiciones a fluidos de riesgo en el personal de salud. evaluación de gastos directos en su manejo. Revista Chilena De Infectología, <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v35n5/0716-1018-rci-35-05-0490.pdf>

María, D., Valenzuela, T., & Directora, B. (n.d.). GUÍA PREVENTIVA DE RECOMENDACIONES PARA TRABAJADORES(AS) SANITARIOS EN MANEJO DE MATERIAL CORTOPUNZANTE. [https://www.ispch.cl/sites/default/files/u5/Guia\\_Previntiva\\_Cortopunzantes.pdf](https://www.ispch.cl/sites/default/files/u5/Guia_Previntiva_Cortopunzantes.pdf)

ISL. Denuncia individual de accidente del trabajo (diat). ISL.GOB.CL. Retrieved 2024, from <https://www.isl.gob.cl/wp-content/uploads/2015/04/DIAT.pdf>

Organización Panamericana de Salud. Precauciones estándares en la atención de la salud . [https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10\\_EPR\\_AM2\\_E7\\_SPAN\\_HR.pdf](https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10_EPR_AM2_E7_SPAN_HR.pdf)

## 7. DESARROLLO

### 7.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES CON SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES

Las precauciones estándares tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO</b>	Código: RH 4.2 Versión: 1 Elaboración: Agosto 2024 Vigencia: Agosto 2029 Página 5 de 16
---	---	---

patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto conocidas como no conocidas. Son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes.

La higiene de las manos es un componente principal de las precauciones estándares y uno de los métodos más efectivos para prevenir la transmisión de agentes patógenos asociados con la atención de la salud. Además de la higiene de las manos, el uso de equipo de protección personal debe basarse en la evaluación de riesgos y el grado del contacto previsto con sangre y fluidos orgánicos, o agentes patógenos. También debemos considerar las prácticas llevadas a cabo por los trabajadores sanitarios durante la atención, todos los individuos (incluidos pacientes y acompañantes) deben cumplir con las prácticas de control de la infección en los entornos de atención de la salud.

El control de la diseminación de agentes patógenos desde la fuente es clave para evitar la transmisión

El aumento global del uso de las precauciones estándares reduciría los riesgos innecesarios asociados con la atención de salud.

La promoción de un clima de seguridad institucional ayuda a mejorar la adhesión a medidas recomendadas y por lo tanto a la reducción de los riesgos posteriores.

La provisión de personal y suministros adecuados, junto con liderazgo y educación del personal sanitario, los pacientes y las visitas, es fundamental para un mejor clima de seguridad en los entornos de la atención de salud.

#### 7.1.2. Las precauciones estándar comprenden (Anexo 1):

- Higiene de manos.
- Uso de equipo de protección personal (guantes, protección facial, uso de delantal).
- Prevención de pinchazos y cortes con artículos afilados.
- Higiene respiratoria y buenos hábitos al toser/estornudar.
- Limpieza ambiental.
- Manejo de equipos, desechos y ropa del paciente.

#### 7.2. PROCEDIMIENTO

Cuando ocurra un accidente relacionado con sangre y fluidos corporales de riesgo (accidente cortopunzante, exposición de las mucosas, entre otros), debe tomar las siguientes medidas:

- a. Lavar la zona afectada con abundante agua o solución salina y jabón.
- b. Si se trata de exposición a mucosas, debe lavar por arrastre con abundante agua o

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO</b>	Código: RH 4.2 Versión: 1 Elaboración: Agosto 2024 Vigencia: Agosto 2029 Página 6 de 16
---	---	---

solución fisiológica (no utilizar jabón).

#### Trabajador contratado por **Centro Médico Bioimagen**

Debe seguir las indicaciones del punto a y b, además, los pasos que se nombran a continuación:

- c. Informar de inmediato a su jefatura directa, quien debe completar y entregar al trabajador el formulario DIAT.
- d. **En horario Habil:** el trabajador puede dirigirse por sus propios medios con documento DIAT (Formulario de Denuncia Individual de Accidente del Trabajo) (Anexo 2) a una de las dos opciones que se nombran a continuación:
  - 1. ACHS ( de lunes a viernes de 08:00 a 17:30 hrs)
  - 2. Mutual de seguridad (de lunes a jueves, de 8:30 a 17:15 hrs, viernes de 08:30 a 16:15)
- e. **En horario inhábil** (posterior a las 17:30 hrs)
  - 1. El funcionario debe dirigirse al Servicio de Urgencia de Hospital San Fernando con documento DIAT y al día hábil siguiente dar aviso a su jefatura para que llene el formulario DIAT nuevamente y dirigirse a alguna de las mutualidades mencionadas anteriormente para recibir la prestación correspondiente junto al Dato de atención de Urgencia (DAU).
  - f. La mutualidad entrega la atención necesaria al funcionario.
  - g. Todos los accidentes son analizados semestralmente por el encargado de la Unidad de Calidad, quien realiza un informe con los accidentes ocurridos en el periodo y una propuesta de mejora que será enviada al Director Técnico del **Centro Médico Bioimagen**.

#### Trabajador que presta servicio a honorarios en **Centro Médico Bioimagen**

Debe seguir las indicaciones del punto a y b, además, los pasos que se nombran a continuación:

- h.** El funcionario debe dirigirse al Servicio de Urgencia de Hospital San Fernando con documento DIAT y al día hábil siguiente debe llenar nuevamente el formulario DIAT y dirigirse al ISL que es El Instituto de Seguridad Laboral, la entidad pública encargada de administrar el Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

*\*Es importante señalar que independiente de la calidad contractual del funcionario afectado, debe dirigirse a la mutualidad o SU que le corresponda para ser atendido a la brevedad y poder recibir su atención antes de dos horas ocurrido el accidente.*



## PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO

Código: RH 4.2  
Versión: 1  
Elaboración: Agosto 2024  
Vigencia: Agosto 2029  
Página 7 de 16

### Procedimiento en caso de fuente conocida

Cuando ocurre el accidente, y nos encontramos frente a una fuente conocida, debemos solicitar al paciente fuente mediante un consentimiento informado interno (Anexo 3), la toma de una muestra de sangre para identificación de anticuerpo contra el VIH, virus hepatitis C y antígeno Hepatitis B, para decidir el actuar frente al resultado del examen.

Esta muestra se toma en el laboratorio en convenio con **Centro Médico Bioimagen**, no en la mutualidad, por lo tanto, se le indica al paciente fuente que se dirija al laboratorio para que se realice la muestra.

Para el análisis de los resultados, debemos gestionar una hora con Médico para que este evalúe e indique el actuar que debe mantener el funcionario afectado.

### Procedimiento en caso de fuente desconocida

Si no se cuenta con la fuente conocida, el funcionario debe acudir a la Mutualidad que le corresponda para iniciar su tratamiento y realización de exámenes (ver procedimiento de trabajadores contratados o que prestan servicios a Centro Médico Bioimagen).

## 7.3. TIPOS DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO

### Según exposición:

- Percutánea: Siendo el más frecuente y con mayor riesgo de transmisión a través de un accidente cortopunzante en el que esté involucrado sangre o fluido corporal de alto riesgo biológico.
- Mucosas: Especialmente ocular.
- Piel no intacta.

### Situaciones de riesgo:

Aquella conducta que ocasiona mayor probabilidad de accidente, entre ellos se encuentra:

- Recapsular agujas posterior a su uso.
- Cambio de agujas.
- Procedimientos con paciente intranquilo.
- Falta de uso de elementos de protección personal.
- Uso de elementos de protección personal inadecuados.
- Uso de dispositivos médicos de tamaño inadecuado (Ej. guantes)
- Malas prácticas laborales.

	<b>PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO</b>	Código: RH 4.2 Versión: 1 Elaboración: Agosto 2024 Vigencia: Agosto 2029 Página 8 de 16
---	---	---

## Clasificación de riesgo

Exposición con riesgo:

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

## Riesgo según instrumento del accidente

ALTO RIESGO

- 
- Aguja hueca o instrumento con lumen.
  - Aguja Sólida.
  - Bisturí.
  - Vidrio

BAJO RIESGO

## Severidad de la herida

ALTO RIESGO

- 
- **Profunda:** punción o herida profunda con sangramiento.
  - **Moderada:** penetración de la piel con aparición de sangre.
  - **Superficial:** rasguño superficial sin sangramiento.

BAJO RIESGO



## PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO

Código: RH 4.2  
Versión: 1  
Elaboración: Agosto 2024  
Vigencia: Agosto 2029  
Página 9 de 16

### 6.4. QUIMIOPROFILAXIS

- La quimioprofilaxis debe recomendarse a los trabajadores después de una exposición con riesgo.
- Régimen antirretroviral: combivir 7 una tableta c/12 horas por 4 semanas, con o sin comidas.
- El tratamiento post exposición (PEP) debe ser iniciado en forma precoz, preferentemente en el plazo de 1-2 horas post exposición.
- Aunque experimentos en animales sugieren que el PEP probablemente no es efectivo si se inicia después de las 24-36 horas post exposición, el intervalo después del cual no hay beneficios del PEP en humanos no está definido.
- Iniciar el tratamiento después de intervalos prolongados (ej.: una o dos semanas) puede considerarse en las exposiciones de mayor riesgo; aunque no se prevenga la infección el tratamiento precoz de la infección aguda puede ser beneficiosa.
- La duración óptima del PEP es desconocida; ya que aparentemente 4 semanas de AZT aparecen como protectoras, el PEP debe administrarse por 4 semanas si es tolerado.
- Si el status VIH del paciente fuente es desconocido, la iniciación de PEP debe ser decidido en una base caso a caso, basados en el riesgo de la exposición y la probabilidad de la infección VIH de los pacientes fuente. Si se obtiene posteriormente más información, el PEP puede ser modificado.

### 8. EVALUACIÓN

El método de evaluación se realizará a través de las notificaciones de Accidente con exposición a sangre o fluidos corporales de alto riesgo, las que se registrarán en una planilla (Anexo 4) y se elaborará un informe con un análisis semestral con su respectiva propuesta de mejora.

### 9. HISTORIAL DEL DOCUMENTO

Versión	Vigencia	Sección	Motivo del cambio
1	2029	N/A	Primera versión para este documento



## PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO

Código: RH 4.2  
Versión: 1  
Elaboración: Agosto 2024  
Vigencia: Agosto 2029  
Página 10 de 16

### 10. DISTRIBUCIÓN

- Gerencia
- Encargado de calidad
- Tecnólogo Médico
- TENS
- Secretarías Administrativas
- Unidad Imagenología

### 11. ANEXOS:

- Anexo 1: Precauciones estándar.
- Anexo 2: DIAT.
- Anexo 3: Consentimiento informado.
- Anexo 4: Planilla con listado de funcionarios que sufrieron accidentes cortopunzantes.

## Anexo 1: Precauciones estándar

### Precauciones estándares en la atención de la salud

#### Antecedentes

Las precauciones estándares tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas. Son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes.

La higiene de las manos es un componente principal de las precauciones estándares y uno de los métodos más efectivos para prevenir la transmisión de agentes patógenos asociados con la atención de la salud. Además de la higiene de las manos, el uso de **equipo de protección personal** debe basarse en la **evaluación de riesgos** y el grado del contacto previsto con sangre y fluidos orgánicos, o agentes patógenos.

Además de las prácticas llevadas a cabo por los trabajadores sanitarios durante la atención, todos los individuos (incluidos pacientes y visitas) deben cumplir con las prácticas de control de la infección en los entornos de atención de la salud. El control de la diseminación de agentes patógenos desde la fuente es clave para evitar la transmisión. Entre las medidas de control de fuentes, la **higiene respiratoria/etiqueta de la tos**, desarrollada durante el brote de síndrome respiratorio agudo severo (SRAS), actualmente se considera parte de las precauciones estándares.

El aumento global del uso de las precauciones estándares reduciría los riesgos innecesarios asociados con la atención de salud. La promoción de un **clima de seguridad institucional** ayuda a mejorar la adhesión a medidas recomendadas y por lo tanto a la reducción de los riesgos posteriores. La provisión de personal y suministros adecuados, junto con liderazgo y educación del personal sanitario, los pacientes y las visitas, es fundamental para un mejor clima de seguridad en los entornos de la atención de salud.

#### Consejo importante

- La promoción de un clima de seguridad es la base para prevenir la transmisión de agentes patógenos durante la atención de salud.
- Las precauciones estándares deben ser las precauciones mínimas utilizadas cuando se brinda atención a todos los pacientes.
- La evaluación de riesgos es fundamental. Evalúe todas las actividades de atención de salud para determinar la protección personal indicada.
- Implemente medidas de control de focos para todas las personas con síntomas respiratorios promoviendo la higiene respiratoria y la etiqueta de la tos.

#### ✓ Lista de verificación

##### Política de salud

- Promueva un clima de seguridad.
- Desarrolle políticas que faciliten la implementación de medidas para el control de infección.

##### Higiene de las manos

- Realice higiene de las manos frotándose o lavándose las manos (véase indicaciones detalladas en la tabla).
- Realice el lavado de las manos con agua y jabón si las manos están visiblemente sucias, o si se comprueba o se sospecha firmemente exposición a microorganismos formadores de esporas, o después de usar el baño. De lo contrario, si los recursos lo permitieran, realice el frotado de las manos con una preparación a base de alcohol.
- Asegure la disponibilidad de instalaciones para el lavado de las manos con agua corriente limpia.
- Asegure disponibilidad de productos para higiene de las manos (agua limpia, jabón, toallas limpias desechables, desinfectante para las manos a base de alcohol). Los desinfectantes para las manos a base de alcohol idealmente deben estar disponibles en el lugar de atención.

##### Equipo de protección personal (EPP)

- EVALÚE EL RIESGO de exposición a sustancias corporales o superficies contaminadas ANTES de cualquier actividad de atención de salud. **Haga de esto una rutina!**
- Seleccione el EPP en base a la evaluación de riesgo:
  - guantes limpios no estériles
  - bata limpia, no estéril, impermeable
  - máscara y protección ocular o un protector facial.

##### Higiene respiratoria y etiqueta de la tos

- Educación de los trabajadores sanitarios, pacientes y visitas.
- Cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar.
- Higiene de las manos después del contacto con secreciones respiratorias.
- Separación espacial de las personas con síntomas respiratorios febriles agudos.

OCTUBRE 2007 CONTROL DE INFECCIÓN



## **Recomendaciones al centro de salud para precauciones estándares**

### **Un vistazo a los elementos clave**

#### **1. Higiene de las manos<sup>1</sup>**

##### Técnica resumida:

- Lavado manual (40–60 seg): mojar las manos y aplicar jabón; frotar todas las superficies; enjuagar las manos y secarse minuciosamente con una toalla descartable; use la toalla para cerrar el grifo.
- Frotado de las manos (20–30 seg): aplicar suficiente producto para cubrir todas las áreas de las manos; frotar las manos hasta que se seque.

##### Indicaciones resumidas:

- Antes y después de cualquier contacto directo con pacientes y entre pacientes, se usen o no guantes.
- Inmediatamente después de quitarse los guantes.
- Antes de manipular un dispositivo invasivo.
- Después de tocar sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones, piel lesionada y elementos contaminados, aunque se estén usando guantes.
- Durante atención de pacientes, al moverse de un sitio contaminado a uno no contaminado del cuerpo del paciente.
- Después del contacto con objetos inanimados en los alrededores inmediatos del paciente.

#### **2. Guantes**

- Úselos al tocar sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones, mucosas, piel lesionada.
- Cámbielos entre tareas y procedimientos en el mismo paciente después del contacto con material potencialmente infeccioso.
- Quite los guantes después del uso, antes de tocar elementos y superficies no contaminadas y antes de ir a otro paciente. Realice higiene de las manos inmediatamente después de quitárselos.

#### **3. Protección facial (ojos, nariz y boca)**

- Use (1) una mascarilla quirúrgica o de procedimientos y protección ocular (visor ocular, gafas protectoras) o (2) un protector facial para proteger las membranas mucosas de los ojos, la nariz y la boca durante actividades que pueden generar salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones.

#### **4. Bata**

- Úsela para proteger la piel y evitar ensuciar la ropa durante actividades que pueden generar salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos orgánicos, secreciones, o excreciones.
- Quite la bata sucia cuanto antes y realice higiene de las manos.

#### **5. Prevención de pinchazo de aguja y lesiones con otros instrumentos afilados<sup>2</sup>**

##### Tenga cuidado al:

- Manipular agujas, escalpelos y otros instrumentos o dispositivos afilados.

1 Para más detalles, ver: WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced draft), en: [http://www.who.int/patient-safety/information\\_centre/ghhad\\_downloads/en/index.htm](http://www.who.int/patient-safety/information_centre/ghhad_downloads/en/index.htm)

2 La alianza SIGN en: [http://www.who.int/injection\\_safety/sign/en/](http://www.who.int/injection_safety/sign/en/)

#### **6. Higiene respiratoria y etiqueta de la tos**

Las personas con síntomas respiratorios deben aplicar las medidas de control de focos:

- Cubrirse la nariz y la boca al toser/estornudar con un pañuelo descartable o mascarilla, eliminar los pañuelos descartables y mascarillas usados y realizar higiene de las manos después del contacto con secreciones respiratorias.

Los centros de atención de la salud deben:

- Colocar a los pacientes con síntomas respiratorios febriles agudos por lo menos a 1 metro (3 pies) de otros en las áreas de espera comunes, si fuera posible.
- Colocar alertas visuales en la entrada del centro de salud que enseñen a las personas con síntomas respiratorios a practicar higiene respiratoria / etiqueta de la tos.
- Considerar la posibilidad de que haya recursos para la higiene de las manos, pañuelos descartables y mascarillas disponibles en las áreas comunes y en las áreas usadas para la evaluación de los pacientes con enfermedades respiratorias.

#### **7. Limpieza ambiental**

- Realice los procedimientos adecuados para la limpieza de rutina y desinfección de superficies del entorno y otras superficies que se tocan con frecuencia.

#### **8. Ropa blanca**

Manipule, transporte, y procese la ropa blanca usada de modo que se logre:

- Prevenir exposiciones de la piel y membranas mucosas y la contaminación de la ropa.
- Evitar traspaso de agentes patógenos a otros pacientes y/o al ambiente.

#### **9. Eliminación de desechos**

- Asegure la eliminación segura de desechos.
- Trate los desechos contaminados con sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones como desechos clínicos, en conformidad con los reglamentos locales.
- Los tejidos orgánicos y los desechos de laboratorio que están directamente asociados con procesamiento de muestras también deben tratarse como desechos clínicos.
- Deseche adecuadamente los artículos descartables.

#### **10. Equipo para atención de pacientes**

- Manipule el equipo manchado con sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones de forma tal que se prevengan exposiciones de la piel y las membranas mucosas, contaminación de la ropa y el traspaso de agentes patógenos a otros pacientes o al ambiente.
- Limpie, desinfecte y vuelva a procesar el equipo reutilizable apropiadamente antes de usarlo con otro paciente.

## Anexo 2: DIAT



### DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Código del Caso	Fecha de Emisión	Folio:																																				
<b>A. Identificación del Empleador</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Nombre o Razón Social</td> <td>RUT</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)</td> <td>Comuna Número de Teléfono</td> </tr> <tr> <td>Hombres</td> <td>Mujeres</td> <td><input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Actividad Económica</td> <td>Nº de Trabajadores Propiedad de la Empresa</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Subcontratista <input type="checkbox"/> De Servicios Transitorios                 </td> <td>                     Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Tipo de Empresa</td> </tr> </table>			Nombre o Razón Social		RUT	Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna Número de Teléfono	Hombres	Mujeres	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	Actividad Económica		Nº de Trabajadores Propiedad de la Empresa	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Subcontratista <input type="checkbox"/> De Servicios Transitorios		Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:	Tipo de Empresa																				
Nombre o Razón Social		RUT																																				
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna Número de Teléfono																																				
Hombres	Mujeres	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada																																				
Actividad Económica		Nº de Trabajadores Propiedad de la Empresa																																				
<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Subcontratista <input type="checkbox"/> De Servicios Transitorios		Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:																																				
Tipo de Empresa																																						
<b>B. Identificación del Trabajador/a</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno</td> <td>RUN</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)</td> <td>Comuna Número de Teléfono</td> </tr> <tr> <td>Sexo</td> <td>Edad / / Fecha de Nacimiento</td> <td>                     Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:  <input type="checkbox"/> Aconcagua <input type="checkbox"/> Colla <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Otro - Cuál?  <input type="checkbox"/> Atacameño <input type="checkbox"/> Diaguita <input type="checkbox"/> Rapanui  <input type="checkbox"/> Almara <input type="checkbox"/> Mapuche <input type="checkbox"/> Yamana (Yagán) <input type="checkbox"/> Ninguno                 </td> </tr> <tr> <td>Nacionalidad</td> <td>Profesión u Oficio</td> <td>                     Tipo de Ingreso:  <input type="checkbox"/> Remuneración Fija  <input type="checkbox"/> Remuneración Variable  <input type="checkbox"/> Honorarios                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Faena <input type="checkbox"/> Temporada                 </td> <td>                     Antigüedad en la Empresa  <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Familiar no Remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador Voluntario                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Categoría Ocupacional</td> </tr> </table>			Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN	Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna Número de Teléfono	Sexo	Edad / / Fecha de Nacimiento	Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: <input type="checkbox"/> Aconcagua <input type="checkbox"/> Colla <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Otro - Cuál? <input type="checkbox"/> Atacameño <input type="checkbox"/> Diaguita <input type="checkbox"/> Rapanui <input type="checkbox"/> Almara <input type="checkbox"/> Mapuche <input type="checkbox"/> Yamana (Yagán) <input type="checkbox"/> Ninguno	Nacionalidad	Profesión u Oficio	Tipo de Ingreso: <input type="checkbox"/> Remuneración Fija <input type="checkbox"/> Remuneración Variable <input type="checkbox"/> Honorarios	<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Faena <input type="checkbox"/> Temporada		Antigüedad en la Empresa <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Familiar no Remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador Voluntario	Categoría Ocupacional																				
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN																																				
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna Número de Teléfono																																				
Sexo	Edad / / Fecha de Nacimiento	Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario: <input type="checkbox"/> Aconcagua <input type="checkbox"/> Colla <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Otro - Cuál? <input type="checkbox"/> Atacameño <input type="checkbox"/> Diaguita <input type="checkbox"/> Rapanui <input type="checkbox"/> Almara <input type="checkbox"/> Mapuche <input type="checkbox"/> Yamana (Yagán) <input type="checkbox"/> Ninguno																																				
Nacionalidad	Profesión u Oficio	Tipo de Ingreso: <input type="checkbox"/> Remuneración Fija <input type="checkbox"/> Remuneración Variable <input type="checkbox"/> Honorarios																																				
<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo Fijo <input type="checkbox"/> Por Obra o Faena <input type="checkbox"/> Temporada		Antigüedad en la Empresa <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajador Dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Familiar no Remunerado <input type="checkbox"/> Trabajador Voluntario																																				
Categoría Ocupacional																																						
<b>C. Datos del Accidente</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Fecha del Accidente / /</td> <td>Hora del Accidente : A.M. : P.M.</td> <td>Hora de Ingreso al Trabajo : A.M. : P.M.</td> <td>Hora de Salida del Trabajo : A.M. : P.M.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)</td> <td colspan="2">Comuna</td> </tr> <tr> <td colspan="2">                     Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente:                 </td> <td colspan="2">                     Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.):                 </td> </tr> <tr> <td colspan="4">                     Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">                     Señale cuál era su trabajo habitual:                 </td> <td colspan="2">                     ¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">                     Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley 16.744):  <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Otro                 </td> <td colspan="2">                     Tipo de Accidente: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto  <input type="checkbox"/> Parte de Carabineros <input type="checkbox"/> Declaración <input type="checkbox"/> Testigos <input type="checkbox"/> Otro                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">                     Si es accidente de Trayecto, responda:                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">                     Tipo de accidente de Trayecto:  <input type="checkbox"/> Domicilio - Trabajo  <input type="checkbox"/> Trabajo - Domicilio  <input type="checkbox"/> Entre dos Trabajos                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Medio de Prueba</td> <td colspan="2">Detalle del Medio de Prueba</td> </tr> </table>			Fecha del Accidente / /	Hora del Accidente : A.M. : P.M.	Hora de Ingreso al Trabajo : A.M. : P.M.	Hora de Salida del Trabajo : A.M. : P.M.	Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna		Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente:		Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.):		Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:				Señale cuál era su trabajo habitual:		¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley 16.744): <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Otro		Tipo de Accidente: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Parte de Carabineros <input type="checkbox"/> Declaración <input type="checkbox"/> Testigos <input type="checkbox"/> Otro				Si es accidente de Trayecto, responda:				Tipo de accidente de Trayecto: <input type="checkbox"/> Domicilio - Trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo - Domicilio <input type="checkbox"/> Entre dos Trabajos		Medio de Prueba		Detalle del Medio de Prueba	
Fecha del Accidente / /	Hora del Accidente : A.M. : P.M.	Hora de Ingreso al Trabajo : A.M. : P.M.	Hora de Salida del Trabajo : A.M. : P.M.																																			
Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad)		Comuna																																				
Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente:		Señale el lugar donde ocurrió el accidente (nombre de la sección, edificio, área, etc.):																																				
Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente?:																																						
Señale cuál era su trabajo habitual:		¿Al momento del accidente desarrollaba su trabajo habitual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																				
Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley 16.744): <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Fatal <input type="checkbox"/> Otro		Tipo de Accidente: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto <input type="checkbox"/> Parte de Carabineros <input type="checkbox"/> Declaración <input type="checkbox"/> Testigos <input type="checkbox"/> Otro																																				
		Si es accidente de Trayecto, responda:																																				
		Tipo de accidente de Trayecto: <input type="checkbox"/> Domicilio - Trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo - Domicilio <input type="checkbox"/> Entre dos Trabajos																																				
Medio de Prueba		Detalle del Medio de Prueba																																				
<b>D. Identificación del Denunciante</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno</td> <td>RUN</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Número de Teléfono</td> </tr> <tr> <td colspan="3">                     Clasificación del Denunciante (Ley 16.744):  <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajadora/o <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico Tratante  <input type="checkbox"/> Comité Paritario <input type="checkbox"/> Empresa Usuaria <input type="checkbox"/> Otro                 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;">..... Firma.....</td> </tr> </table>			Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN	Número de Teléfono			Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajadora/o <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico Tratante <input type="checkbox"/> Comité Paritario <input type="checkbox"/> Empresa Usuaria <input type="checkbox"/> Otro			..... Firma.....																										
Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno		RUN																																				
Número de Teléfono																																						
Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Trabajadora/o <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Médico Tratante <input type="checkbox"/> Comité Paritario <input type="checkbox"/> Empresa Usuaria <input type="checkbox"/> Otro																																						
..... Firma.....																																						



# PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO

Código: RH 4.2  
Versión: 1  
Elaboración: Agosto 2024  
Vigencia: Agosto 2029  
Página 14 de 16

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DIAT

### ENCABEZAMIENTO

- Código del Caso: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.
- Fecha de Emisión: Anote el día, mes y año en que está llenando este formulario DIAT(día-mes-año).
- Folio de la DIAT: Debe ser asignado por el respectivo Administrador del Seguro de la Ley 16.744.

### A. IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

1. Nombre o Razón Social: Anote los datos de la entidad empleadora o empleador del trabajador/a accidentado/a (evite el uso de siglas y abreviaturas).
2. RUT: Anote el RUT de la entidad empleadora o empleado.
3. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote el domicilio oficial de la entidad empleadora o de la casa matriz. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
4. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra el domicilio oficial de la entidad empleadora.
5. Número de Teléfono: Anote el número telefónico del domicilio oficial de la entidad empleadora, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
6. Actividad Económica: Señale qué actividad desarrolla la entidad empleadora. Anote en el casillero en blanco.
7. N° de Trabajadores: Señale cuántos Hombres y cuántas Mujeres trabajan en la empresa. Anote en el cuadro respectivo.
8. Propiedad de la Empresa: Marque con una x si es entidad empleadora pública o privada.
9. Tipo de Empresa: Marque con una x si es Principal, Contratista, Subcontratista o de Servicios Transitorios.
10. Si es contratista o subcontratista, señale la actividad que desarrolla la empresa principal. Anote en el espacio en blanco.

### B. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR/A

11. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos del trabajador/a accidentado/a, según el orden solicitado.
12. RUN: Anote el RUN o RUT del trabajador/a accidentado/a.
13. Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote los datos del domicilio del trabajador/a accidentado/a. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
14. Comuna: Anote la comuna que corresponde a la dirección del trabajador/a accidentado/a.
15. Número de teléfono: Anote el número telefónico del trabajador/a accidentado/a, anteponga el código de la ciudad o celular, según corresponda.
16. Sexo: Marque con una x el casillero que corresponda al sexo del trabajador/a accidentado/a.
17. Edad: Anote la edad en años cumplidos a la fecha del accidente, del trabajador/a accidentado/a.
18. Fecha de Nacimiento: Señale el día, mes y año de nacimiento del trabajador/a accidentado/a (día-mes-año).
19. Pueblo originario: Marque con una x el casillero correspondiente al pueblo originario al que pertenece el trabajador/a accidentado/a. Si no pertenece a alguno, marque una x en Ninguno.
20. Nacionalidad: Anote la nacionalidad del trabajador/a accidentado/a.
21. Profesión u Oficio: Anote en el casillero en blanco la profesión u oficio del trabajador/a accidentado/a.
22. Antigüedad en la Empresa: Anote el número de años, meses o días que llevaba desempeñándose el Trabajador/a, en la empresa cuando se accidentó. Marque con una x el recuadro respectivo.
23. Tipo de Contrato: Marque con una x el casillero que corresponda al contrato del trabajador/a accidentado/a.
24. Tipo de Ingreso: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de ingreso que percibe el trabajador/a accidentado/a.
25. Categoría Ocupacional: Marque con una x el casillero que corresponda a la categoría ocupacional del trabajador/a accidentado/a.

### C. DATOS DEL ACCIDENTE

26. Fecha del Accidente: Anote el día, mes y año en que ocurrió el accidente (día-mes-año).
27. Hora del Accidente: Anote la hora en que ocurrió el accidente en el recuadro, y marque con una x el recuadro AM o PM, según corresponda.
28. Hora de Ingreso al Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su ingreso al trabajo.
29. Hora Salida del Trabajo: Anote la hora a la que el trabajador/a accidentado/a registró su salida del trabajo.
30. Dirección del accidente (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad): Anote la dirección donde ocurrió el accidente. Responda según el detalle y en el orden solicitado.
31. Comuna: Anote la comuna en que se encuentra la dirección en que ocurrió el accidente.
32. Señale qué estaba haciendo el trabajador al momento o justo antes del accidente. Anote en el espacio en blanco.
33. Señale el lugar donde ocurrió el accidente: Indicar el nombre de la sección, edificio, área, o si fue en el traslado hacia o desde su casa al trabajo u otro lugar, etc. Anote en el espacio en blanco.
34. Describa ¿Qué pasó o cómo ocurrió el accidente? Anote en el espacio en blanco.
35. Señale cuál era el trabajo habitual del trabajador/a accidentado/a. Anote en el espacio en blanco.
36. Señale si al momento del accidente el trabajador/a accidentado/a desarrollaba su trabajo habitual? Marque con una x el casillero que corresponda, si o no.
37. Clasificación del Accidente: Marque con una x si corresponde a un accidente calificado como "grave" o "letal" (según inciso cuarto del art.76 de la Ley 16.744), si no está dentro de la definición en la respectiva circular, marque "otro".
38. Tipo de Accidente: Marque con una x si es un accidente del Trabajo o de Trayecto, según corresponda.
39. En caso de tratarse de un Accidente de Trayecto, marque con una x el tipo de Accidente de Trayecto de que se trata. Marque con una x el Medio de Prueba que se presenta, anote detalles del Medio de Prueba en el recuadro adjunto (ej. nombre del testigo).

### D. IDENTIFICACIÓN DEL DENUNCIANTE

40. Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno: Anote los datos de la persona que extiende la denuncia o Denunciante, en el orden solicitado.
41. RUN: RUN o RUT de la persona que extiende la denuncia o Denunciante.
42. Número de teléfono: Anote el número de teléfono del Denunciante, anteponga el código de la ciudad o de celular, según corresponda.
43. Clasificación del denunciante o persona que extiende la denuncia, según Ley 16.744: Marque con una x el casillero que corresponda al tipo de Denunciante que se trata, puede ser el empleador o su representante, el propio trabajador/a accidentado/a, un familiar del trabajador/a accidentado/a, el Comité Paritario del lugar de trabajo del trabajador/a accidentado/a, el médico tratante, la empresa usuaria cuando se trate de un trabajador de una empresa de servicios transitorios u "otro", en caso de que se trate de una persona que tomó conocimiento del hecho y no está en esa lista.
44. Firma: La persona que denuncia debe firmar el formulario.



## PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO

Código: RH 4.2  
Versión: 1  
Elaboración: Agosto 2024  
Vigencia: Agosto 2029  
Página 15 de 16

### Anexo 3: Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE PARA REALIZAR EXÁMENES DE ANTICUERPO VIRUS INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, VIRUS HEPATITIS C, ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B

Yo, por medio del presente documento acepto que me sea realizado un examen para anticuerpo contra el VIH, virus hepatitis C y antígeno Hepatitis B.

He sido informado de que el examen consiste en tomar una muestra de mi sangre a través de una punción venosa con aguja.

Estoy enterado que un examen reactivo para cualquiera de estos indica que la persona probablemente estuvo expuesta a estos virus en algún momento en el pasado y ha formado anticuerpos. O tiene antígenos contra ellos.

También estoy en conocimiento que la presencia de anticuerpos a VIH no significa necesariamente que la persona tiene o adquiera SIDA, y que la presencia de anticuerpos para el virus de la Hepatitis C o antígeno de superficie para Hepatitis B, significan que se es portador de esta enfermedad.

Entiendo que el examen es voluntario y que no estoy obligado a que mi sangre sea examinada para los exámenes anteriormente mencionados.

El examen ha sido ordenado porque: (marque con una X)

A. \_\_\_\_\_ Se me ha solicitado realizar este examen porque un funcionario de **Centro Médico BioImagen** estuvo expuesto a mi sangre u otro fluido corporal.

Entiendo que este examen no significara ningún costo para mí.

Se que la obtención del resultado final del examen puede tomar dos o más semanas.

Se me ha informado que cuando se encuentre listo el resultado del examen me será comunicado a través de vía telefónica o por medio de correo electrónico.

Mi firma valida que yo he leído este consentimiento formal, he consultado todas las dudas acerca de las razones y la naturaleza de este examen, y por medio de la presente estoy de acuerdo para que se tomen una muestra de sangre para ellos.

Nombre Paciente y/o Familiar responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de contacto: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Servicio Asistencial donde ocurrió accidente: \_\_\_\_\_

|



# PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCIDENTES RELACIONADOS CON SANGRE O FLUIDOS CORPORALES DE RIESGO

Código: RH 4.2  
Versión: 1  
Elaboración: Agosto 2024  
Vigencia: Agosto 2029  
Página 16 de 16

**Anexo 4: Planilla con listado de funcionarios que sufrieron accidentes cortopunzantes**

**PLANILLA DE FUNCIONARIOS QUE SUFRIERON ACCIDENTES RELACIONADOS CON EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES DE ALTO RIESGO BIOLÓGICO**