



CITOSTATICOS O ANTINEOPLASICOS

MARLENE IBARRA VILLAR
JEFA SALUD OCUPACIONAL

¿QUÉ SON?

- ◉ Sustancias químicas capaces de inhibir el crecimiento desordenado de células, que alteran la división celular y destruyen las células que se multiplican rápidamente.
- ◉ El efecto citotóxico no se limita sólo a las células malignas, sino que ejercen su acción sobre los tejidos tales como, mucosas, piel, médula ósea, intestinos, entre otros.

ACTUACIONES EN CASO DE:

◉ SALPICADURA

Si se produce la salpicadura sobre la vestimenta, sin llegar a contactar con la piel, será necesario **RETIRAR inmediatamente GUANTES Y MATERIAL CONTAMINADO,** depositándolo en contenedor rojo.

ACTUACIONES EN CASO DE:

⦿ CONTACTO CON PIEL

LAVAR INMEDIATAMENTE con abundante **AGUA Y JABÓN** suave no antiséptico la zona afectada durante **10 a 15 minutos**.

ACTUACIONES EN CASO DE:

⦿ EXPOSICIÓN DE OJOS Y MUCOSAS

1. ENGUJAR CON AGUA abundante al menos 10 min.
2. Irrigar a continuación CON SOLUCIÓN SALINA FISIOLÓGICA ESTÉRIL ABUNDANTE, durante al menos 5 MIN.
3. Usuarios de lentes de contacto deben retirárselas antes del lavado ocular
4. Acudir a la Urgencia para que sea evaluado por Oftalmología para descartar posibles lesiones.

ACTUACIONES EN CASO DE:

⦿ EXPOSICIÓN POR CORTE CON AGUJA O CRISTAL CONTAMINADO

1. **LAVAR CON AGUA TIBIA Y JABÓN** suave no antiséptico durante al menos **10 min.**
2. Luego, **IRRIGAR CON ALCOHOL 70°** la herida
3. Dejar **SECAR AL AIRE**

¿PARA QUE SE USA EL KIT DE DERRAME?

Se usa para limpiar las zonas donde existe un derrame de medicamento antineoplásicos

COMO ACTUAR FRENTE A DERRAME DE CITOSTÁTICOS

USO DEL KIT DE DERRAME



- 1 USO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN**
PECHERA PLÁSTICA, MASCARILLAS, CUANTES LÁTEX, GAFAS ANTISALPICADURAS.



- 2 DELIMITAR AREA**
CON CINTA SOLO SI ES > A 5 CMS.



- 3 USO DE PAÑOS ABSORBENTES**
DEJAR ACTUAR UNOS MINUTOS, RETIRAR Y DESECHAR EN BOLSA DE RESIDUOS CONTAMINADOS DE CITOSTÁTICOS.



- 4 USO DE PALA Y ESCOBILLA**
REUNIR LO QUE NO SE ABSORBIÓ EN DOBLE BOLSA PARA RESIDUOS CONTAMINADOS CITOSTÁTICOS.



- 5 RETIRO EPP Y LAVADO DE MANOS**
RETIRAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y ELIMINAR COMO RESIDUO CONTAMINADO. GUARDAR LO REUTILIZABLE. LAVAR MANOS CON ABUNDANTE AGUA.



- 6 ASEO POR PERSONAL DE LIMPIEZA**
SOLICITAR A PERSONAL DE ASEO QUE REALICE LIMPIEZA DEL ÁREA.



- 7 COMPLETAR FORMULARIOS**
REGISTRO DE LO OCURRIDO EN FORMULARIO DIAT, CONTROL Y NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES.



- 8 REPOSICIÓN DEL KIT**
SOLICITAR A ENCARGADA DE SALUD OCUPACIONAL LA REPOSICIÓN DEL KIT

¿QUÉ CONTIENE EL KIT DE DERRAME?

Equipo de Protección Personal: pechera plástica manga larga, mascarilla auto filtrante (P3), dos pares de guantes de látex sin talco o guantes multiuso de látex, gafas anti salpicaduras con protección lateral.

Equipo de Descontaminación: pinzas desechables, pala y escobilla para recoger fragmentos de vidrio, paños absorbentes, solución jabonosa, agua (mínimo 1 litro), alcohol de 70°, contenedor plástico rígido etiquetado, bolsas de plásticos de color rojo, rotulada NCh 6.1 “Citostático”

ACCIONES A REALIZAR FRENTA A EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES



1. **LAVAR INMEDIATO** la zona expuesta **BAJO EL CHORRO DEL AGUA**. No presionar la zona afectada.
2. Exposición conjuntiva, lavar con abundante agua o suero fisiológico.
3. **AVISAR AL JEFE** o a un Subrogante, para el llenado DIAT y Notificación
4. **TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE AL FUNCIONARIO Y AL PACIENTE** fuente si es posible
5. **ACUDIR AL SERVICIO DE EMERGENCIA**
6. Derivación a Infectología para seguimiento (accidentes de alto riesgo)



DENUNCIA INDIVIDUAL DE ACCIDENTE DEL TRABAJO (DIAT)

Folio: _____

Código del Caso Fecha de Emisión

A. Identificación del Empleador

Nombre o Razón Social RUT

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Hombres Mujeres Pública Privada

Actividad Económica N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa

Principal Contratista Subcontratista De Servicios Transitorios

Tipo de Empresa Si es Contratista o Subcontratista, señale actividad económica empresa principal:

B. Identificación del Trabajador/a

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Dirección (Calle, N°, Depto., Población, Villa, Ciudad) Comuna Número de Teléfono

Hombre Mujer / /

Sexo Edad Fecha de Nacimiento

Señale si el trabajador pertenece o no a un pueblo originario:

Aicalafe Colla Quechua Otro - Cuál ?

Atacameño Diaguita Rapanui

Aimara Mapuche Yamana (Yagán) Ninguno

Nacionalidad Profesión u Oficio

Dias Meses Años Indefinido Plazo Fijo Por Otra o Faena Temporada

Antigüedad en la Empresa Tipo de Contrato

Empleado Trabajador Dependiente Trabajador Independiente Familiar no Remunerado Trabajador Voluntario

Categoría Ocupacional Tipo de Ingreso:

Remuneración Fija Remuneración Variable Honorarios

C. Datos del Accidente

/ / A.M. P.M. A.M. P.M. A.M. P.M.

Fecha del Accidente Hora del Accidente Hora de Ingreso al Trabajo Hora de Salida del Trabajo

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? SI NO

Clasificación del Accidente (Artículo 76 - Ley 16.744): Grave Fatal Otro

Tipo de Accidente: Trabajo Trayecto

Si es accidente de Trayecto, responda: Domicilio - Trabajo Trabajo - Domicilio Entre dos Trabajos

Parte de Carabineros Declaración Testigos Otro

Medio de Prueba Detalle del Medio de Prueba

D. Identificación del Denunciante

Nombres - Apellido Paterno - Apellido Materno RUN

Número de Teléfono

Clasificación del Denunciante (Ley 16.744): Empleado Trabajador/a Familiar Médico Tratante Comité Paritario Empresa Usaria Otro

.....
Firma

DIAT

CONTROL Y NOTIFICACION DE ACCIDENTE CORTOPUNZANTE

NOMBRE del FUNCIONARIO:

FECHA: HRS ACCIDENTE:

SERVICIO DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE:

CARGO DEL FUNCIONARIO:

UBICACIÓN DE LA LESION:

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:

ESTADO ACTUAL DE SALUD DEL FUNCIONARIO:

MARQUE CON UNA "X" SI UTILIZO ALGUNO DE ESTOS ELEMENTOS EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE:

- GUANTES TIPO de Guante.....
- PECHERA PLASTICA TIPO de Lente.....
- LENTES PROTECTOR TIPO de Dispositivo.....
- DISPOSITIVO DE ELIMINACION DE MATERIAL CORTOPUNZANTE

NOMBRE del PACIENTE

SERVICIO: N° FICHA:

DIAGNOSTICO :

GRUPO DE RIESGO:

 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE NOTIFICAR

RESULTADO DE LA INVESTIGACION

PROFILAXIS	SI	NO
INMUNOGLOBULINA		
ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA		
OTROS ANTIRETROVIRALES		

SI SE REALIZARON EXÁMENES, REGISTRE FECHA Y RESULTADOS

FUNCIONARIO					PACIENTE			

PREVENCIÓN



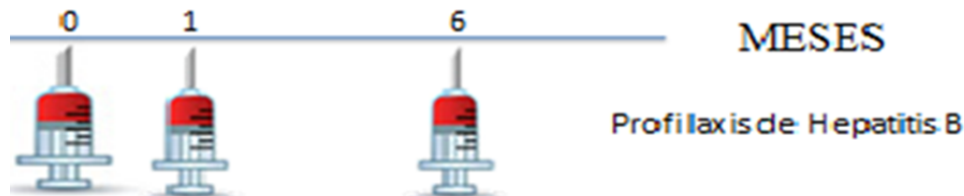
Asumir que todo paciente está potencialmente infectado al igual que sus fluidos y los objetos utilizados en su atención



VACUNACIÓN

Obligatoria frente a Hepatitis B para el personal que tenga contacto directo o indirecto con la sangre u otros fluidos de los pacientes. **Debe contar con sus 3 dosis**

ESQUEMA DE INMUNIZACIÓN HEPATITS B



NORMAS DE HIGIENE PERSONAL

Cubrir heridas y lesiones de las manos con apósito impermeable.



Lavado de manos frecuentes.

No comer, beber ni fumar en las estaciones de trabajo.



USO DE EPP



Para evitar el contacto directo entre persona y persona, y objetos potencialmente contaminados o nocivos, se deben utilizar **SIEMPRE** los EPP o barreras protectoras

Prohibido realizar bromas que generen accidentes con sangre o fluidos corporales

Los artículos con filo, **en ningún momento** se deben entregar apuntando hacia una parte del cuerpo del operador



PROHIBICIÓN del uso del celular, al momento de realizar procedimientos clínicos



Estar atento y no descuidarse al realizar procedimientos clínicos, sobre todo con pacientes desorientados o agitados

No separar la aguja de la jeringa con las manos

Dotación suficientes de cajas para eliminar material cortopunzante

Eliminar y segregar de forma de correcta REAS



Cajas cortopunzante **hasta $\frac{3}{4}$** de Capacidad

No toque, golpee, sacuda el recipiente por ninguna razón.

Limpieza inmediata de las superficies contaminadas con sangre, fluidos o derrames



¡Muchísimas

Gracias!

