



Protocolo de acción para alumnos de pregrado de enfermería y obstetricia que sufran accidentes con riesgo biológico durante sus prácticas clínicas.

Datos generales:

La Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de los Andes ha suscrito un convenio con el Hospital del Trabajador de Santiago para la atención de alumnos que sufran accidentes con riesgo biológico durante sus prácticas clínicas.

Este convenio pretende que el alumno sea evaluado en forma rápida, tenga el seguimiento pertinente y reciba los tratamientos preventivos que sean oportunos de acuerdo con las características del accidente y el riesgo asociado a éste.

Nota 1: De acuerdo con el Título X, art 40 de la Normativa General de Estudios para alumnos de pregrado de la Facultad de Enfermería y Obstetricia¹, es requisito que los alumnos estén vacunados contra la Hepatitis B para enfrentar sus prácticas clínicas. La Facultad de Enfermería y Obstetricia NO se responsabilizará de los costos por exámenes o tratamientos de un alumno que no tenga las TRES dosis de la vacuna contra la Hepatitis B.

Nota 2: La Facultad de Enfermería y Obstetricia asumirá los gastos de esta atención en lo que estrictamente tiene relación con el accidente con riesgo biológico. No asumirá, sin embargo, los gastos que se deriven del tratamiento de enfermedades que puedan contraerse como consecuencia del accidente. Cualquier prestación de salud diferente, solicitada por el alumno, deberá ser costeadada por éste.

¹ disponible en <http://www.uandes.cl/escuela-de-enfermeria/normativas-3.html>

Anexo 1 Normativa General de Estudios para Alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia

Secuencia de acciones:

Observación: Si la institución en que el alumno realiza su práctica prefiere que éste se ciña al protocolo de accidentes que ellos utilizan con sus funcionarios, el alumno seguirá ese procedimiento y avisará a la Facultad de Enfermería y Obstetricia.

En un plazo idealmente menor a dos horas se sucederán las siguientes acciones:

1. El alumno accidentado avisará de inmediato a la enfermera o matrona del Servicio con la cual está realizando su práctica y a la enfermera o matrona docente a cargo de su supervisión de la Escuela que corresponda. Esta notificación deberá realizarse independientemente de si el accidente ocurra en día hábil, festivo u horario fuera de oficina.
2. La docente avisará a la Directora o a la Directora de Estudios de la Escuela de Enfermería u Obstetricia sobre la ocurrencia del accidente:
 - a. En horario de oficina: Facultad de Enfermería y Obstetricia: Tel: 226181332; Escuela de Enfermería: Tel. 226182301; Escuela de Obstetricia: Tel.226182197
 - b. En horario fuera de oficina o día festivo: Teléfono particular de la Directora de Estudios.
3. El alumno, ayudado por la enfermera o matrona con que realiza su práctica (ya sea del campo clínico o la docente de la universidad), reunirá los siguientes formularios para ser presentados en el Hospital del Trabajador de Santiago:
 - a. Carta de Respaldo emitida por la Universidad: se adjuntan ejemplares
 - b. Consentimiento Informado firmado de Alumno Accidentado: se adjunta formato de consentimiento informado.
 - c. Muestra rotulada de Paciente Fuente: puede ser tomada por la enfermera del Servicio o la docente a cargo del alumno. En última instancia, también éste podría tomar la muestra del paciente.
 - d. Consentimiento Informado firmado de Paciente Fuente: se adjunta formato de consentimiento informado.

Anexo 1 Normativa General de Estudios para Alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia

4. El alumno se trasladará al Servicio de Urgencia del Hospital del Trabajador de Santiago con los documentos mencionados y la muestra del paciente fuente. Deberá presentar la carta de respaldo de la Universidad en Admisión.

Dirección: Ramón Carnicer 185, Providencia. Metro: Bustamante

Teléfono de la mesa central: 685 3000

5. La atención del alumno en el Servicio de Urgencia del Hospital del Trabajador incluirá lo siguiente:

- a. el día de ocurrencia del accidente: El médico evaluará la magnitud de la exposición y, si éste lo considera oportuno, se seguirán las siguientes acciones:
 - i. Toma de muestra de sangre antes de las dos (02) horas de ocurrido el accidente
 - ii. Envío de solicitud de examen y de la muestra de sangre tanto del alumno como del paciente fuente a Banco de Sangre
 - iii. Análisis de resultado de VIH rápido paciente fuente
 - iv. Indicación de tratamiento si corresponde
 - v. Se proveerá al accidentado de las órdenes de exámenes para seguimiento.
- b. el miércoles siguiente al accidente: Se citará a control en Centro Médico HTS con el infectólogo, para informar de los resultados de los análisis y consejería médica.
- c. a los 30 días y a los 6 meses de ocurrido el accidente: Estos controles se realizarán sólo si corresponde y de acuerdo con indicación médica:
 - i. se citará al alumno accidentado para toma de muestra de sangre, en el Banco de Sangre.
 - ii. se citará al alumno accidentado a control médico con el infectólogo quien evaluará e informará del resultado de los exámenes.

Carta de Respaldo de la Universidad de los Andes para la atención de alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia que sufran accidentes con riesgo biológico

La Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad de los Andes, en virtud del convenio suscrito con el Hospital del Trabajador de Santiago, se compromete al pago de las prestaciones de salud otorgadas por dicha institución en la atención del alumno

_____, Rut _____ que, estando en horas de práctica clínica el día _____, ha sufrido un accidente con riesgo biológico.

La Facultad de Enfermería y Obstetricia se compromete sólo al pago de aquellas prestaciones que estén estrictamente relacionadas con el accidente con riesgo biológico, según lo estipula el protocolo de atención descrito en el convenio.

Bernardita Achondo H.
Decana
Facultad Enfermería y Obstetricia
Teléfono: 56-2-26181332

**Consentimiento Informado para toma de muestra de VIH y Hepatitis B Formulario para
alumno accidentado**

Yo, _____ (Nombre del alumno), RUT _____,
autorizo la toma de muestra de VIH y Hepatitis B por parte de los profesionales del Servicio de
Urgencia del Hospital del Trabajador de Santiago debido a que he sufrido un accidente con riesgo
biológico.

Junto con entregar mi consentimiento, declaro entender la razón de la toma de estos
exámenes, lo que se mide con cada uno de ellos y las implicancias de que el resultado de
cualquiera de ellos fuera positivo.

Firma del alumno

Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____

**Consentimiento Informado para toma de muestra de VIH y Hepatitis B Formulario del
Paciente Fuente**

Yo, _____ (Nombre del paciente fuente), RUT _____,
autorizo la toma de muestra de VIH y Hepatitis B por parte de los profesionales del establecimiento de salud en el que estoy siendo atendido debido a que un alumno de enfermería de la Universidad de los Andes ha sufrido un evento de riesgo biológico por contaminación con fluidos durante mi atención.

Junto con entregar mi consentimiento, declaro entender la razón de la toma de estos exámenes, lo que se mide con cada uno de ellos y las implicancias de que el resultado de cualquiera de ellos fuera positivo.

Entiendo que, en caso de resultado positivo, seré informado de ello.

Firma de paciente fuente

Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____