



# 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 FRENTE 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

Actividad Económica N° de Trabajadores Propiedad de la Empresa  
 Hombres  Mujeres  Pública  Privada

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

Empleador  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):  
 Empleador  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

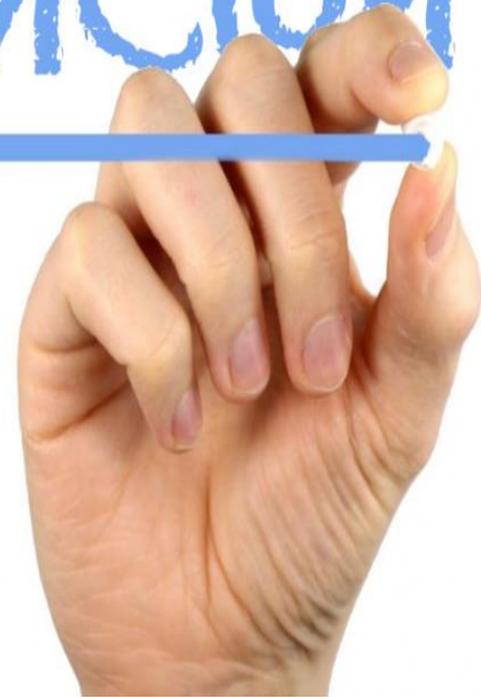
**RESULTADO DE LA INVESTIGACION**

PROFILAXIS	SI	NO
INMUNOGLOBULINA		
ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA		
OTROS ANTIRETROVIRALES		

**SI SE REALIZARON EXÁMENES, REGISTRE FECHA Y RESULTADOS**

FUNCIONARIO				PACIENTE			

PREVENCIÓN



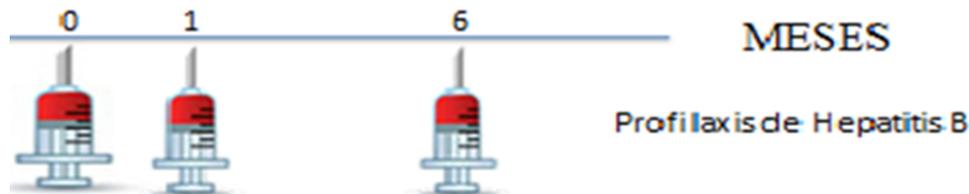
Asumir que todo paciente está potencialmente infectado al igual que sus fluidos y los objetos utilizados en su atención



# 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!*

