

Registro de Exposición a Punción o Corte

EPINet™

FOR MICROSOFT® ACCESS

EXPOSURE PREVENTION ►
INFORMATION NETWORK ►

EPINet is a trademark of the University of Virginia.
Windows is a registered trademark of
Microsoft Corporation in the United States and/or other countries.
Operates in Windows 95 and Windows 98 Environments.
© 2000 Becton, Dickinson and Company.
V2 Mexico

9/2007

Apellido: _____ Nombre: _____

Accidente N°: (uso interno) **S** _____ Tipo Institución: (uso interno) _____ Registrado por: _____

1) Fecha accidente: 2) Hora del accidente:

3) Dpto./Servicio donde ocurrió: _____

4) Dpto./Servicio de origen del accidentado: _____

5) Cargo del trabajador accidentado: (marque solo una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Médico; especificar especialidad _____ | <input type="checkbox"/> 10 Tecnólogo laboratorio clínico |
| <input type="checkbox"/> 2 Médico residente; especificar especialidad _____ | <input type="checkbox"/> 11 Otro tecnólogo (<i>no Laboratorio</i>) |
| <input type="checkbox"/> 3 Interno | <input type="checkbox"/> 12 Odontólogo |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermera: aclarar \Rightarrow | <input type="checkbox"/> 13 Higienista dental/Asistente dental |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante enfermería | <input type="checkbox"/> 14 Personal limpieza |
| <input type="checkbox"/> 6 Terapeuta respiratorio | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador lavadero |
| <input type="checkbox"/> 7 Asistente de quirófano | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad |
| (<i>No médico/no enfermera</i>) | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancia/Paramédico |
| <input type="checkbox"/> 8 Otro asistente | <input type="checkbox"/> 17 Otro estudiante |
| <input type="checkbox"/> 9 Transfusionista | <input type="checkbox"/> 15 Otro; describir: _____ |

6) ¿Dónde ocurrió el accidente? (marque solo una)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Habitación, Sala de paciente | <input type="checkbox"/> 9 Unidad de diálisis (<i>hemodiálisis y diálisis peritoneal</i>) |
| <input type="checkbox"/> 2 Fuera de la habitación, sala (<i>pasillo, enfermería, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Salas procedimientos diagnósticos (radiología/ECG/EEG, etc) |
| <input type="checkbox"/> 3 Departamento de emergencia | <input type="checkbox"/> 11 Laboratorio clínico |
| <input type="checkbox"/> 4 Cuidada intensivo/Terapia intensiva: especificar tipo: _____ | <input type="checkbox"/> 12 Anatomía patológica/Morgue |
| <input type="checkbox"/> 5 Quirófano/Recuperación | <input type="checkbox"/> 13 Servicios generales (<i>lavadero, mantenimiento, etc</i>) |
| <input type="checkbox"/> 6 Policlínica | <input type="checkbox"/> 16 Sala de partos |
| <input type="checkbox"/> 7 Banco de sangre | <input type="checkbox"/> 17 Hospital de día |
| <input type="checkbox"/> 8 Unidad de extracciones | <input type="checkbox"/> 14 Otros; describir: _____ |

7) ¿Estaba identificado el paciente fuente? (marque solo una)

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Si | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 3 Desconocido | <input type="checkbox"/> 4 No aplicable |
|-------------------------------|-------------------------------|--|---|



8) El accidentado, ¿Era el usuario original del objeto punzante/cortante? (marque solo una)

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Si | <input type="checkbox"/> 2 No | <input type="checkbox"/> 3 Desconocido | <input type="checkbox"/> 4 No aplicable |
|-------------------------------|-------------------------------|--|---|

9) El objeto punzante/cortante estaba: (marque solo una)

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Contaminado (exposición conocida a paciente o material contaminado) \Rightarrow | ¿había sangre en el objeto? | <input type="checkbox"/> 1 Si |
| <input type="checkbox"/> 2 No contaminado (exposición no conocida a paciente o material contaminado) | | <input type="checkbox"/> 2 No |
| <input type="checkbox"/> 3 Desconocido | | |

10) ¿Para qué fue usado originalmente el objeto punzante/cortante? (marque solo una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Desconocido/No aplicable | <input type="checkbox"/> 16 Para colocar una vía arterial/central |
| <input type="checkbox"/> 2 Inyección intramuscular/subcutánea, u otra inyección a través de la piel (<i>jeringa</i>) | <input type="checkbox"/> 9 Para obtener una muestra de fluido corporal o de tejido (<i>orina/LCR/líquido amniótico, otro líquido/ biopsia</i>) |
| <input type="checkbox"/> 3 Heparina (<i>jeringa</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Punción de dedo, talón |
| <input type="checkbox"/> 4 Otra inyección en (<i>o aspiración desde</i>) vía IV (<i>jeringa</i>) | <input type="checkbox"/> 11 Sutura |
| <input type="checkbox"/> 5 Para conectar vía IV (<i>infusión IV intermitente /otra conexión IV</i>) | <input type="checkbox"/> 12 Corte |
| <input type="checkbox"/> 6 Para iniciar vía IV (<i>cateter IV o aguja tipo mariposa</i>) | <input type="checkbox"/> 17 Perforación |
| <input type="checkbox"/> 7 Para extraer sangre venosa  | <input type="checkbox"/> 13 Electrocauterización |
| <input type="checkbox"/> 8 Para extraer sangre arterial  | <input type="checkbox"/> 14 Para contener fluido corporal o fármaco (<i>objeto de vidrio</i>) |
| | <input type="checkbox"/> 15 Otro; describir _____ |
- si se uso para extraer sangre ¿era?* ¿Pinchazo directo? ¿Extraer desde una vía?

11) El accidente ocurrió: (marque solo una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Antes de usar el material (<i>se rompió/resbaló, al prepararlo, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 16 Material fue dejado en lugar inadecuado (piso, mesa, cama, etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2 Durante el uso del material (<i>se resbaló, paciente se movió, etc</i>) | <input type="checkbox"/> 8 Después de su uso antes de desecharlo (<i>al trasladarlo, limpiarlo, clasificarlo, etc.</i>) |
| <input type="checkbox"/> 15 Al contener, inmovilizar al paciente | <input type="checkbox"/> 9 Por el material dejado en o cerca del contenedor de desecho |
| <input type="checkbox"/> 3 Durante un procedimiento con varias etapas (<i>inyecciones sucesivas, al pasar instrumentos, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 10 Mientras se colocaba el material en el contenedor de desecho |
| <input type="checkbox"/> 4 Desensamblar el dispositivo o el equipo | <input type="checkbox"/> 11 Después de desecharlo, por material atascado o que protruya del contenedor de desecho |
| <input type="checkbox"/> 5 Al preparar el material para su reutilización (<i>al clasificarlo, desinfectarlo, esterilizarlo, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 12 Por material que perforaba el contenedor de desecho |
| <input type="checkbox"/> 6 Al reencapuchar la aguja usada | <input type="checkbox"/> 13 Después de desecharlo, por material que protruya de bolsa u otro recipiente de residuos inadecuado |
| <input type="checkbox"/> 7 Al extraer la aguja de un soporte de goma u otro material resistente (<i>puerto IV, etc.</i>) | <input type="checkbox"/> 14 Otro; describir: _____ |

12) ¿Qué tipo de dispositivo causó el accidente?
(marque solo una)

- Aguja - Hueca
- Quirúrgico
- Vidrio

¿Cuál dispositivo causó el accidente? (marque solo una de los tres apartados)

Agujas (por agujas de sutura vea "instrumentos quirúrgicos")

- 1 Jeringa desechable
 - a Insulina
 - b PPD
 - c 24/25-calibre
 - d 23-calibre
- 2 Jeringa prellenada
- 3 Aguja para gasometría
- 4 Jeringa, otro tipo
- 5 Aguja en vía IV (incluye conectores de vía IV)
- 6 Mariposas de metal
- 7 Aguja de cateter IV

- 8 Agujas de conexión en tubo de vacío (tipo Vacutainer)
- 9 Aguja de punción espinal o epidural
- 10 Agujas hipodérmicas no conectadas a jeringa
- 11 Aguja de introducción de cateter arterial
- 12 Aguja de cateter de VVC (cardíaco, etc.)
- 13 Aguja de cateter tipo tambor
- 14 Otra aguja de cateter vascular (cardíaco, etc.)
- 15 Otra aguja de cateter no vascular (oftalmología, etc.)
- 28 Aguja sin estar seguro de que tipo
- 29 Otra aguja; describir: _____

Instrumento quirúrgico u otro objeto filoso ("vidrio" vea otro apartado)

- 30 Lanceta (para punción de dedo o talón)
- 31 Aguja de sutura
- 32 Bisturí reusable (bisturí, descartable vea código 45)
- 33 Razuradora/Rastrillo
- 34 Pipeta (plástica)
- 35 Tijeras
- 36 Instrumental de electrocauterización
- 37 Cortador de hueso
- 38 Gancho de hueso
- 39 Gancho de toallita
- 40 Cuchilla de microtomo
- 41 Trocar
- 42 Tubo de aspiración (plástico)

- 43 Tubo de ensayo/recolección de Muestra (plástico)
- 44 Uñas/Dientes
- 45 Bisturí desechable
- 46 Separadores
- 47 Grapas/Sutura de acero
- 48 Alambre (sutura/fijación)
- 49 Alfiler
- 50 Perforador
- 51 Forceps/Hemostáticas/Pinzas

- 58 Objeto filoso, sin saber cual
- 59 Otro objeto filoso; describir: _____

Vidrio

- 60 Ampolleta con/de medicamento
- 61 Vial de medicamento (pequeño con tapón de goma)
- 62 Botella de medicamento IV (gran volumen)
- 63 Pipeta (vidrio)
- 64 Tubo de vacío (vidrio)
- 65 Tubo de ensayo o recolección de muestra (vidrio)

- 66 Tubo capilar
- 67 Portaobjeto de vidrio (microscopio)

- 78 Objeto de vidrio; sin saber cual
- 79 Otro objeto de vidrio; describir: _____

12a) Marca o fabricante del dispositivo: _____

12b) Modelo:

- 98 Especificar: _____
- 99 Desconocido

13) Si el dispositivo que causó el accidente era una aguja u objeto filoso de uso médico, ¿Tenía un diseño de seguridad, (retráctil, aguja o filo romo, etc.)?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido

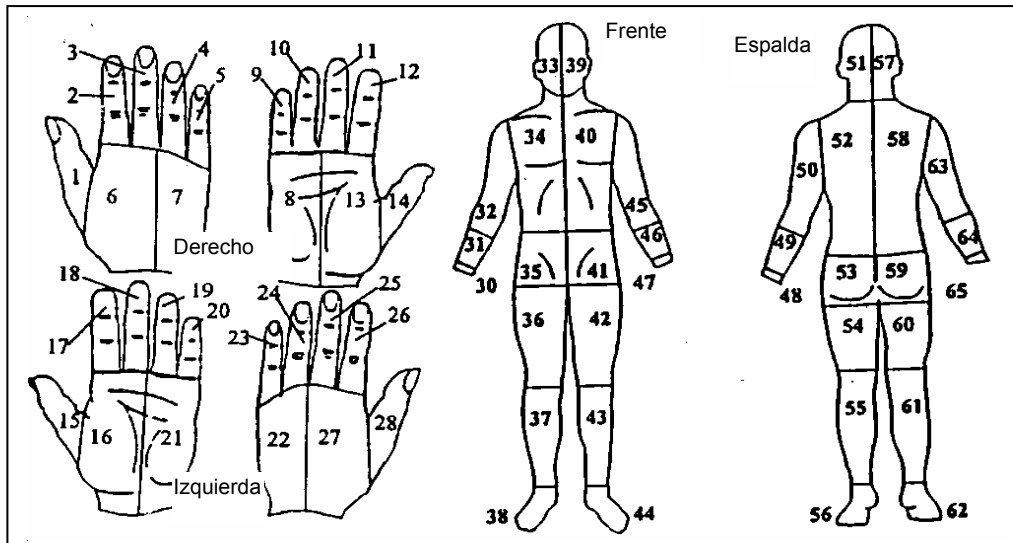
13a) ¿Estaba el mecanismo de protección activado?

- 1 Si, totalmente
- 2 Si, parcialmente
- 3 No
- 4 Desconocido

13b) ¿Cuándo ocurrió el incidente de exposición?

- 1 Antes de la activación
- 2 Durante la activación
- 3 Después de la activación
- 4 Desconocido

14) Señale la localización de la herida: _____



15) La herida fue:

- 1 Superficial (*pequeña o sin sangrado*)
- 2 Moderada (*piel puncionada, pequeño sangrado*)
- 3 Severa (*punción o corte profundos, o sangrado abundante*)

16) Si la herida fue en la mano, el dispositivo atravesó:

- 1 Un solo par de guantes
- 2 Dos pares de guantes
- 3 Ningún guante

17) Mano dominante del trabajador accidentado:

- 1 Derecha
- 2 Izquierda

18) Describa como ocurrió el accidente: (especifique si hubo malfuncionamiento del dispositivo):

19) Para el trabajador sanitario accidentado: Si el dispositivo no tenía mecanismo de seguridad, considera Ud., que de haberlo tenido ¿Hubiera prevenido el accidente? 1 Si 2 No 3 Desconocido

Describir: _____

20) Para el trabajador sanitario accidentado: Considera Ud. que otras medidas de diseño del dispositivo, administrativas, de organización o de prácticas del trabajo, ¿Hubieran prevenido el accidente? 1 Si 2 No 3 Desconocido

Describir: _____

Gastos:

_____	De laboratorio (Hb, HCV, HIV, otros)
_____	Trabajador sanitario
_____	Fuente
_____	De tratamiento profiláctico (HBIG, Hb vacuna, tetanos, otros)
_____	Trabajador sanitario
_____	Fuente
_____	De Atención médica (Emergencia, Cirugía, otros)
_____	Otros gastos (Seguro de enfermedad, otros)
_____	TOTAL (redondear al número entero más cercano)

¿El accidentado causó algún tipo de incapacidad laboral? 1 Si 2 No 3 Desconocido

En caso afirmativo, ¿Cuántos días estuvo sin trabajar? _____

¿Cuántos días estuvo con actividad laboral restringida? _____

¿El incidente cumple con los criterios de informe de dispositivo médico de la COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios? (El dispositivo causó alguna lesión seria que requirió tratamiento médico o quirúrgico o la muerte ocurrió dentro de los días siguientes al incidente). 1 Si 2 No 3 Desconocido