

# Registro de Exposición a Sangre o Fluidos Corporales

# 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

2/2007

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Accidente N°: (uso interno) **B** \_\_\_\_\_ Tipo institución: (uso inetno) \_\_\_\_\_

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 ► <input type="checkbox"/> 1 Licenciada                     | <input type="checkbox"/> 13 Higienista dental/Asistente dental       |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante enfermería <input type="checkbox"/> 2 Auxiliar                      | <input type="checkbox"/> 14 Personal limpieza                        |
| <input type="checkbox"/> 6 Terapeuta respiratorio <input type="checkbox"/> 3 Especializada                | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador lavadero                      |
| <input type="checkbox"/> 7 Asistente de quirófano <input type="checkbox"/> 4 Consultante                  | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad                        |
| ( <i>No médico/no enfermera</i> ) <input type="checkbox"/> 5 Partera                                      | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancia/Paramédico                    |
| <input type="checkbox"/> 8 Otro asistente <input type="checkbox"/> 6 Agencia ( <i>personal temporal</i> ) | <input type="checkbox"/> 17 Otro estudiante                          |
| <input type="checkbox"/> 9 Transfusionista <input type="checkbox"/> 7 Interinos/Suplencias                | <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 ( <i>radiología/ECG/EEG, etc</i> ) |
| <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)

- 1 Si  2 No  3 Desconocido  4 No aplicable

8) ¿A cuales fluidos corporales se expuso el trabajador? (marque todos los que correspondan)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sangre o derivados de sangre | <input type="checkbox"/> Líquido peritoneal     |
| <input type="checkbox"/> Vómito                       | <input type="checkbox"/> Líquido pleural        |
| <input type="checkbox"/> Espujo                       | <input type="checkbox"/> Líquido amniótico      |
| <input type="checkbox"/> Saliva                       | <input type="checkbox"/> Orina                  |
| <input type="checkbox"/> Líquido cefalo raquídeo      | <input type="checkbox"/> Otro, describir: _____ |

¿Estaba el fluido corporal visiblemente contaminado con sangre?  Si  No  Desconocido

9) La zona expuesta era: (marque todos los que correspondan)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Piel sana         | <input type="checkbox"/> Mucosa nasal           |
| <input type="checkbox"/> Piel no sana      | <input type="checkbox"/> Mucosa bucal           |
| <input type="checkbox"/> Conjuntiva ocular | <input type="checkbox"/> Otra, describir: _____ |

10) La sangre o el fluido corporal: (marque todos los que correspondan)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tocó piel desprotegida   | <input type="checkbox"/> Pasó a través de la ropa de protección |
| <input type="checkbox"/> Tocó piel a través de una zona descubierta de ropa de protección | <input type="checkbox"/> Pasó a través de la ropa común         |

11) ¿Cuáles elementos de protección utilizaba en el momento de la exposición?: (marque todos los que correspondan)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Un par de guantes latex/vinilo                                  | <input type="checkbox"/> Máscara quirúrgica        |
| <input type="checkbox"/> Dos pares de guantes latex/vinilo                               | <input type="checkbox"/> Túnica quirúrgica         |
| <input type="checkbox"/> Gafas protectoras   | <input type="checkbox"/> Túnica de plástico        |
| <input type="checkbox"/> Lentes personales ( <i>no para protección de salpicaduras</i> ) | <input type="checkbox"/> Túnica no protectora      |
| <input type="checkbox"/> Lentes con protección lateral                                   | <input type="checkbox"/> Otra prenda no protectora |
| <input type="checkbox"/> Protector facial  | <input type="checkbox"/> Otra, describir: _____    |

12) La exposición se produjo a consecuencia de: (marque solo una)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Contacto directo con el paciente  | <input type="checkbox"/> 5 Otro contenedor de fluidos corporales salpicando o goteando |
| <input type="checkbox"/> 2 Escurrió o salpicó de recipiente/contenedor   | <input type="checkbox"/> 6 Tocó equipo o superficie contaminada                        |
| <input type="checkbox"/> 3 Ruptura del recipiente/contenedor   | <input type="checkbox"/> 7 Tocó paños, sábanas o batas contaminadas                    |
| <input type="checkbox"/> 4 Ruptura de tubo IV, bolsa or bomba de infusión  | <input type="checkbox"/> 8 Desconocido   |
| <input type="checkbox"/> 10 Sonda/tubo de alimentación, ventilación u otro tipo de sondas/<br>tubos que estén goteando o salpicando: Especificar Tipo de sonda/tubo: _____ | <input type="checkbox"/> 9 Otro, describir: _____                                      |

Si hubo falla del equipo, especificar cual: Tipo de equipo: \_\_\_\_\_

Fabricante: \_\_\_\_\_

13) ¿Durante cuanto tiempo la sangre o el fluido estuvo en contacto con la piel o superficie cutáneo-mucosa del expuesto?  
(marque solo una)

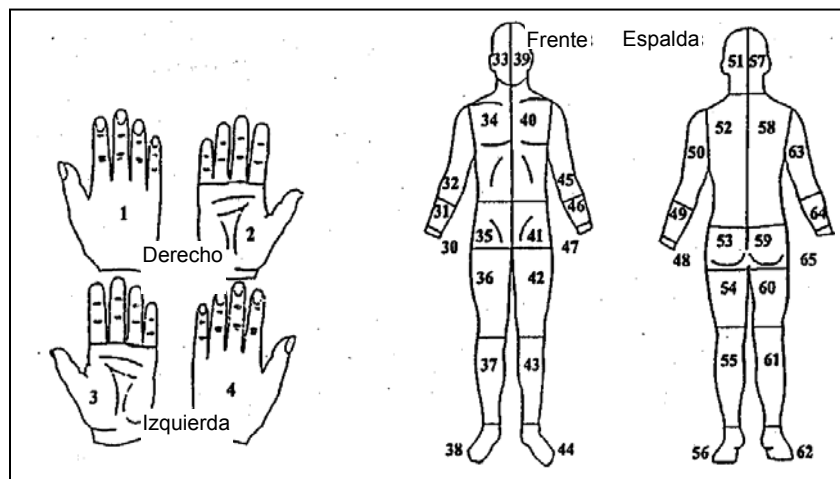
- 1 Menos de 5 minutos
- 2 5 -14 minutos
- 3 De 15 minutos a 1 hora
- 4 Más de 1 hora

14) ¿Qué cantidad de sangre o fluido corporal estuvo en contacto con la piel o superficie cutáneo-mucosa del expuesto?  
(marque solo una)

- 1 Poca cantidad (hasta 5 cc, o como 1 cucharadita)
- 2 Moderada cantidad (hasta 50 cc)
- 3 Gran cantidad (Más de 50 cc)

15) Señale la zona expuesta: Escriba el número de hasta tres zonas expuestas del cuerpo en los espacios en blanco.

Mayor superficie expuesta: \_\_\_\_\_ Superficie expuesta intermedia: \_\_\_\_\_ Menor superficie expuesta: \_\_\_\_\_



16) Describa las circunstancias que provocaron la exposición (especifique si hubo malfuncionamiento del equipo):

---

---

---

---

---

17) 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