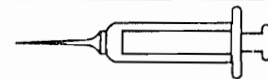




ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO BIOLÓGICO EN EL PERSONAL SANITARIO

Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias

EPINETAC



EXPOSICIONES ACCIDENTALES POR PINCHAZO O CORTE

Centro: Código Centro:
 N.º de registro de la exposición:

1. Nombre y apellidos:

2. Sexo: H M

3. Fecha de nacimiento: Día Mes Año

4. Fecha de la exposición: Día Mes Año

5. Hora: Hora Minutos

6. Turno: 1 Mañana
 2 Tarde
 3 Noche

8. Categoría laboral:

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Médico (plantilla, staff) | <input type="checkbox"/> 9 Dentista |
| <input type="checkbox"/> 2 Médico (residente, becario...) | <input type="checkbox"/> 10 Higienista dental |
| <input type="checkbox"/> 3 Estudiante de medicina | <input type="checkbox"/> 11 Matrona |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermera | <input type="checkbox"/> 12 Personal de limpieza |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante de enfermería | <input type="checkbox"/> 13 Celador |
| <input type="checkbox"/> 6 Auxiliar de clínica | <input type="checkbox"/> 14 Personal de lavandería |
| <input type="checkbox"/> 7 Fisioterapeuta respiratorio | <input type="checkbox"/> 15 Personal de mantenimiento |
| <input type="checkbox"/> 8 Técnico de laboratorio | <input type="checkbox"/> 16 Anestésista |
| | <input type="checkbox"/> 99 Otros, especificar:..... |

9. Años de actividad profesional:

10. Situación laboral de la persona accidentada:

<input type="checkbox"/> 1 Fijo
<input type="checkbox"/> 2 Temporal
<input type="checkbox"/> 3 Estudiante, prácticas
<input type="checkbox"/> 4 Voluntario
<input type="checkbox"/> 5 Contratado (empresa ajena al hospital)

11. Área de trabajo:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Medicina interna | <input type="checkbox"/> 13 Obstetricia y Ginecología |
| <input type="checkbox"/> 2 Especialidades médicas | <input type="checkbox"/> 14 Unidad de hemodiálisis |
| <input type="checkbox"/> 3 Enfermedades infecciosas | <input type="checkbox"/> 15 Traumatología |
| <input type="checkbox"/> 4 Anatomía patológica | <input type="checkbox"/> 16 Radiología |
| <input type="checkbox"/> 5 Laboratorio hematología/bioquímica | <input type="checkbox"/> 17 Psiquiatría |
| <input type="checkbox"/> 6 Laboratorio microbiología | <input type="checkbox"/> 18 Odontología |
| <input type="checkbox"/> 7 Otros laboratorios, especificar..... | <input type="checkbox"/> 19 Unidad de toxicología |
| <input type="checkbox"/> 8 Urgencias | <input type="checkbox"/> 20 Asistencia domiciliaria |
| <input type="checkbox"/> 9 Unidad de Cuidados Intensivos, Reanimación | <input type="checkbox"/> 21 Unidad de extracciones |
| <input type="checkbox"/> 10 Unidad de endoscopia | <input type="checkbox"/> 22 Hospital de día, Área de 24 horas |
| <input type="checkbox"/> 11 Cirugía general | <input type="checkbox"/> 23 Atención primaria |
| <input type="checkbox"/> 12 Especialidades quirúrgicas | <input type="checkbox"/> 99 Otra, especificar:..... |

12. Lugar de la exposición:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Habitación del paciente | <input type="checkbox"/> 6 Laboratorio clínico |
| <input type="checkbox"/> 2 Fuera de la habitación (pasillo, control de enfermería...) | <input type="checkbox"/> 7 Boxes de exploración |
| <input type="checkbox"/> 3 Quirófano, sala de partos | <input type="checkbox"/> 8 Servicios generales (lavandería, mantenimiento...) |
| <input type="checkbox"/> 4 Consultas externas (ambulatorio) | <input type="checkbox"/> 9 Domicilio del paciente |
| <input type="checkbox"/> 5 Banco de sangre | <input type="checkbox"/> 99 Otros, especificar:..... |

13. ¿Es conocido el estado serológico del paciente fuente antes de la exposición?:

Sí (*) No No determinado

<input type="checkbox"/> 1 Sí	→	HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2 No		Anti-VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		HBsAg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(* si se conoce el estado serológico del paciente fuente para alguno de ellos, cumplimentar además el ítem 28)

14. ¿El trabajador expuesto conocía el estado serológico del paciente fuente en el momento de la exposición accidental?:

- 1 Sí 2 No

15. El fluido contaminante ha sido:

- 1 Sangre
 2 Otro (especificar:.....)
 3 No se conoce
 4 Material no contaminado

16. ¿El trabajador expuesto es el que había utilizado el material causante de la exposición?:

- 1 Sí 2 No

17. ¿Para qué se había utilizado el material causante de la exposición?:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 No se conoce | <input type="checkbox"/> 9 Obtención de fluido corporal o muestra de tejido |
| <input type="checkbox"/> 2 Inyección IM o SC | <input type="checkbox"/> 10 Punción dedo, talón, lóbulo oreja |
| <input type="checkbox"/> 3 Heparinización o lavado con s.fisiol. de una vía | <input type="checkbox"/> 11 Sutura |
| <input type="checkbox"/> 4 Punción EV | <input type="checkbox"/> 12 Incisión quirúrgica o durante la intervención, excepto sutura |
| <input type="checkbox"/> 5 Conectar línea EV | <input type="checkbox"/> 13 Electrocauterización |
| <input type="checkbox"/> 6 Inserción de catéter EV | <input type="checkbox"/> 14 Como contenedor de un líquido corporal (probeta...) |
| <input type="checkbox"/> 7 Extracción venosa | |
| <input type="checkbox"/> 8 Extracción arterial | |

18. ¿Cómo ha ocurrido la exposición? (se acepta más de una opción):

- 1 Antes de usar el material (instrumental roto, durante la preparación...)
 2 Durante el uso del material
 3 Al acabar el procedimiento, durante la recogida del material
 4 Al preparar el material para su reutilización (durante la desinfección, reesterilización...)
 5 Al recapuchar la aguja
 6 Al extraer la aguja de un soporte de goma u otro material
 7 Durante el transporte, antes de desechar el material
 8 Durante la colocación del material en el contenedor de desecho
 9 Por problemas del contenedor (rotura, apertura, contenedor lleno...)
 10 Material desechado en lugar inadecuado

19. ¿Qué objeto ha causado la exposición?:

(ver listado siguiente y anotar el código que corresponda):

--	--

Si el objeto debe codificarse como "otro", describirlo brevemente:

Material causante de la exposición accidental

(Códigos a cumplimentar en el ítem 19)

Agujas

- 1 Jeringas desechables (estándar, insulina, tuberculina)
 2 Jeringas precargadas
 3 Jeringas de gasometría
 4 Otro tipo de jeringas
 5 Agujas de cateterismo EV
 6 Agujas EV de acero (tipo palomita)

- 7 Agujas de conexión en tubo de vacío (tipo vacutainer)
- 8 Agujas de punción médula espinal o epidural
- 9 Agujas hipodérmicas no conectadas a jeringa
- 10 Otro tipo de aguja

Instrumental quirúrgico y otros instrumentos cortantes

- | | |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 11 Lanceta | <input type="checkbox"/> 18 Bisturí |
| <input type="checkbox"/> 12 Aguja de sutura | <input type="checkbox"/> 19 Trócar |
| <input type="checkbox"/> 13 Sierra para huesos | <input type="checkbox"/> 20 Pinzas |
| <input type="checkbox"/> 14 Cuchilla de rasurado | <input type="checkbox"/> 21 Grapas |
| <input type="checkbox"/> 15 Pipeta de plástico | <input type="checkbox"/> 22 No se puede especificar |
| <input type="checkbox"/> 16 Tijeras | <input type="checkbox"/> 23 Otro (especificar:.....) |
| <input type="checkbox"/> 17 Instrumental de electrocauterización | |

Material de cristal

- | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 24 Vial de medicación | <input type="checkbox"/> 27 Tubo de vacío |
| <input type="checkbox"/> 25 Pipeta de cristal | <input type="checkbox"/> 28 Capilar |
| <input type="checkbox"/> 26 Tubo de ensayo | <input type="checkbox"/> 29 Otro (especificar:.....) |

20. Señalar la localización anatómica de la lesión según el esquema:

21. La lesión ha sido:

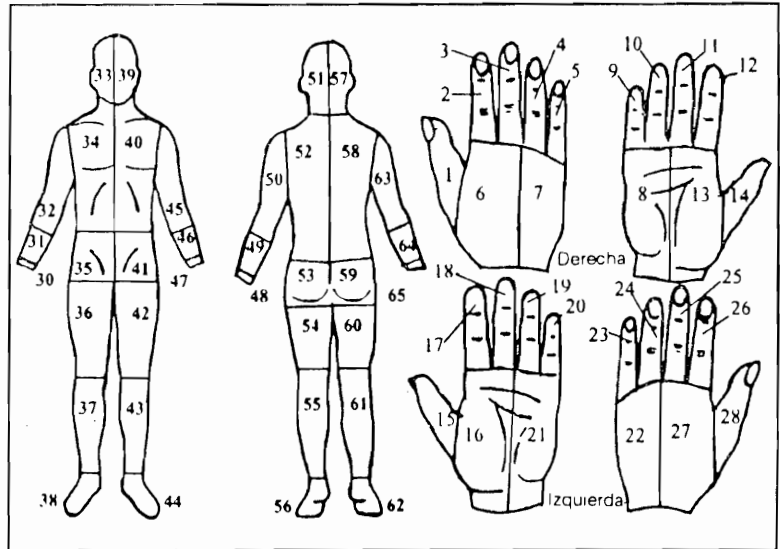
- 1 Superficial (ausencia o mínimo sangrado de la lesión)
- 2 Moderadamente profunda (atravesa piel, sangrado espontáneo de poca intensidad)
- 3 Profunda (corte o pinchazo profundo, sangrado espontáneo importante)

22. Tipo de lesión:

- 1 Pinchazo
- 2 Corte
- 3 Rasguño
- 4 Otro, especificar:.....

23. Protección o método de barrera utilizado en el momento de la exposición:

- | | |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Simple guante de látex/vinilo | <input type="checkbox"/> 4 Mascarilla |
| <input type="checkbox"/> 2 Doble guante látex/vinilo | <input type="checkbox"/> 5 Bata impermeable |
| <input type="checkbox"/> 3 Gafas protectoras | <input type="checkbox"/> 6 Ninguna |



24. ¿Disponía en el momento de la exposición de un contenedor de material punzante cercano?:

- 1 Sí 2 No 3 No se sabe 4 No procede

25. ¿Cuál ha sido su actuación tras la exposición? (se acepta más de una opción):

- | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Promover el sangrado de la herida | <input type="checkbox"/> Aplicar un desinfectante (especificar tipo:.....) |
| <input type="checkbox"/> Lavar la herida con agua | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Lavar la herida con agua y jabón | |

25. ¿Se ha efectuado profilaxis?:

- 1 Sí 2 No



- | | |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina específica anti-hepatitis B | <input type="checkbox"/> Vacuna hepatitis B o dosis recuerdo |
| <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina inespecífica | <input type="checkbox"/> Vacuna antitetánica o dosis recuerdo |
| <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina antitetánica | <input type="checkbox"/> AZT y/o otros antirretrovíricos |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar:.....) | |

Fecha de inicio de la profilaxis: Día Mes Año

27. Estado serológico de la persona expuesta antes del accidente o en la determinación basal post-accidente:

HBsAg	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado	Año
Anti-HBs	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado	<input type="text"/>
Anti-HBc	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado	<input type="text"/>

¿Está vacunado de Hepatitis B 1 Si 2 No 3 En proceso de vacunación

↙

Año

Anti-VIH	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado	Año
VHC	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado	<input type="text"/>

↓

(Especificar técnica:.....)

28. Información sobre el paciente fuente:

- ESTADO SEROLOGICO FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATTIS B

HBsAg	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado
HBeAg	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado
Anti-HBs	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado
Anti-HBc	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado
DNA-VHB	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado
Virus delta	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado

- ESTADO SEROLOGICO FRENTE AL VIH

Anti-VIH	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado
Antígeno P24	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado

N.º absoluto de linfocitos CD4+

Paciente afecto de: 1 SIDA 2 Seropositivo

- ESTADO SEROLOGICO FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATTIS C

VHC ELISA	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado
VHC RIBA	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado
RNA-VHC	<input type="checkbox"/> 1 Positivo	<input type="checkbox"/> 2 Negativo	<input type="checkbox"/> 3 No determinado

- TRATAMIENTO QUE ESTABA RECIBIENDO EL PACIENTE EN LA FECHA DE LA EXPOSICION

AZT DDI Inmunosupresores

Otros antirretrovíricos (especificar:.....)

Interferón

29. Incidencias o comentarios

.....

.....

.....

.....

.....