

Registro de Lesión con Agujas u Objetos Punzocortantes



Número de CI.: _____ Apellido y nombre: _____

Email: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

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

1) Fecha accidente: 2) Hora accidente:

3) Dpto./Servicio donde ocurrió: _____

4) Dpto./Servicio de empleo: _____

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Médico; especificar especialidad _____ | <input type="checkbox"/> 11 Otro tecnólogo (no Laboratorio) |
| <input type="checkbox"/> 2 Médico residente/Interno; especificar especialidad _____ | <input type="checkbox"/> 12 Odontólogo |
| <input type="checkbox"/> 3 Estudiante de medicina | <input type="checkbox"/> 13 Higienista dental/Asistente dental |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermera: aclarar \Rightarrow <input type="checkbox"/> 1 Licenciada | <input type="checkbox"/> 14 Personal servicio/Limpieza, tisanería |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante enfermería <input type="checkbox"/> 2 Auxiliar | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador lavandería |
| <input type="checkbox"/> 18 Asistente de enfermería <input type="checkbox"/> 3 Especializada | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad |
| <input type="checkbox"/> 6 Terapia respiratoria <input type="checkbox"/> 6 Agencia (personal temporario) | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancia/Paramédico |
| <input type="checkbox"/> 7 Asistente de cirugía | <input type="checkbox"/> 22 Obstetra |
| <input type="checkbox"/> 8 Otro asistente | <input type="checkbox"/> 17 Otro estudiante |
| <input type="checkbox"/> 9 Transfusionista | |
| <input type="checkbox"/> 10 Tecnólogo laboratorio clínico | <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 (hemodiálisis y diálisis peritoneal) |
| <input type="checkbox"/> 2 Fuera de la habitación, sala (pasillo, enfermería, etc.) | <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 CTI/UCE: especificar tipo: _____ | <input type="checkbox"/> 12 Anatomía patológica/Morgue |
| <input type="checkbox"/> 5 Quirófano/Recuperación | <input type="checkbox"/> 13 Servicios generales (lavandería/suministros/mantenimiento/etc) |
| <input type="checkbox"/> 6 Policlínica/ consultorio externo | <input type="checkbox"/> 16 Sala de partos |
| <input type="checkbox"/> 7 Banco de sangre | <input type="checkbox"/> 17 Servicios atención en el hogar |
| <input type="checkbox"/> 8 Unidad de extracciones de sangre | <input type="checkbox"/> 14 Otro; describir: _____ |

7) ¿Se pudo identificar al paciente fuente? (marque solo una)

- 1 Si 2 No 3 Desconocido 4 No aplicable

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

- 1 Si 2 No 3 Desconocido 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 (no expuesta a paciente o equipo contaminado) | <input type="checkbox"/> 2 No |
| <input type="checkbox"/> 3 Desconocido | |

10) ¿Para que 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 (jeringa) | <input type="checkbox"/> 9 Para obtener una muestra de fluido corporal o de tejido (orina/LCR/líquido amniótico, otro líquido/ biopsia) |
| <input type="checkbox"/> 3 Heparina (jeringa) | <input type="checkbox"/> 10 Punción de dedo, talón |
| <input type="checkbox"/> 4 Otra inyección en (o aspiración desde) vía IV (jeringa) | <input type="checkbox"/> 11 Sutura |
| <input type="checkbox"/> 5 Para conectar vía IV (infusión IV intermitente IV accesoria/otra conexión IV) | <input type="checkbox"/> 12 Corte |
| <input type="checkbox"/> 6 Para iniciar vía IV (catéter IV o aguja tipo mariposa) | <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  \Rightarrow si se uso para extraer sangre ¿era? <input type="checkbox"/> ¿Pinchazo directo? <input type="checkbox"/> ¿Extrados desde una vía? | <input type="checkbox"/> 14 Para contener fluido corporal o fármaco (objeto de vidrio) |
| | <input type="checkbox"/> 15 Otro; describir: _____ |

11) El accidente ocurrió: (marque solo una)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Antes de usar el material (se rompió/resbaló, al prepararlo, etc.) | <input type="checkbox"/> 16 Material fue dejado en lugar inadecuado (piso/mesa/cama/etc.) |
| <input type="checkbox"/> 2 Durante el uso del material (se resbaló, paciente se movió, etc.) | <input type="checkbox"/> 8 Después de su uso antes de descartarlo (al trasladarlo, limpiarlo, clasificarlo, etc.) |
| <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 (inyecciones sucesivas, al pasar instrumentos, etc.) | <input type="checkbox"/> 10 Mientras se colocaba el material en el contenedor de desecho |
| <input type="checkbox"/> 4 Al finalizar el procedimiento, en la recogida del material | <input type="checkbox"/> 11 Después de descartado, por material atascado o que protruía del contenedor de desecho |
| <input type="checkbox"/> 5 Al preparar el material para su reutilización (al clasificarlo, desinfectarlo, esterilizarlo, etc.) | <input type="checkbox"/> 12 Por material que perforaba el contenedor de desecho |
| <input type="checkbox"/> 6 Al reencapsular una aguja usada | <input type="checkbox"/> 13 Después de descartado, por material que protruía 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 (puerto IV, etc.) | <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 las tres secciones)

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

- 1 Jeringa descartable
 - 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 catéter 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 catéter arterial
- 12 Aguja de catéter de VVC (*cardíaco, etc.*)
- 13 Aguja de catéter tipo tambor
- 14 Otra aguja de catéter vascular (*cardíaco, etc.*)
- 15 Otra aguja de catéter 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
- 34 Pipeta (*plástica*)
- 35 Tijeras
- 36 Instrumental de electrocauterización
- 37 Cortador de hueso
- 38 Fragmento de hueso
- 39 Gancho de toallita
- 40 Cuchilla de micrótopo
- 41 Trocar

- 42 Tubo de aspiración (*plástico*)
- 43 Tubo de ensayo/Recolección de muestra *plástico*
- 44 Uñas/Dientes
- 45 Bisturí descartable
- 46 Separadores
- 47 Grapas/Sutura de acero
- 48 Alambre (*sutura/fijación*)
- 49 Alfiler
- 50 Perforador
- 51 Forceps/Hemostáticas/Pinzas
- 58 Objeto punzocortante, sin saber cual
- 59 Otro objeto punzocortante; describir: _____

Vidrio

- 60 Ampolla de medicación
- 61 Vial de medicación (*pequeño volumen tapón de goma*)
- 62 Medicación IV botella (*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 punzocortante de uso médico, ¿tenía un "diseño de seguridad" retráctil, aguja o filo romo, etc.?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido

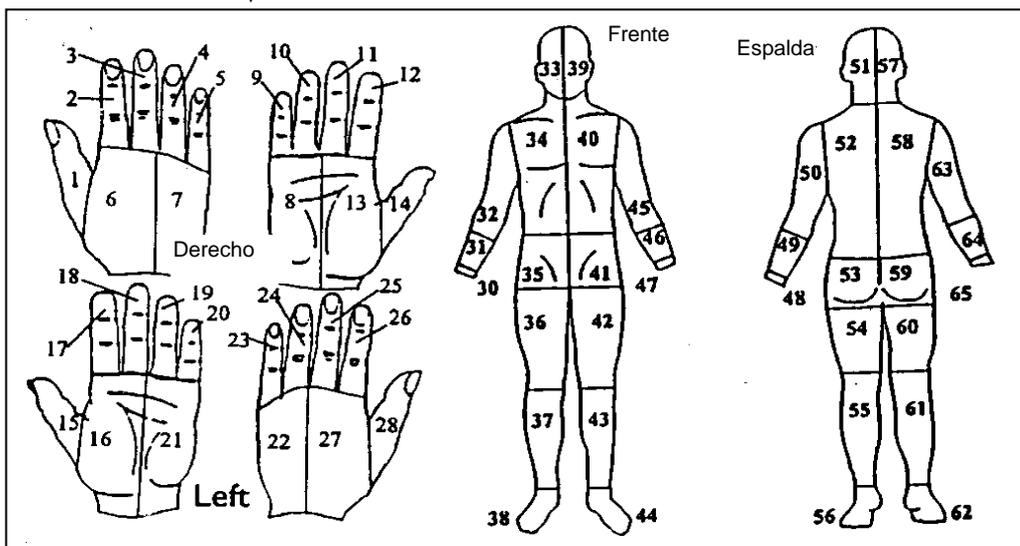
13a) ¿Estaba el mecanismo de protección activado?

- 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) **Describe como ocurrió el accidente: (especifique si hubo malfuncionamiento del dispositivo):**

- 19) **Para el trabajador el salud acc^lzquierda: 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 el salud accidentado: Considera Ud. que otras medidas de ingeniería, administrativas, de organización o de prácticas del trabajo, ¿Hubieran prevenido el accidente?** 1 Si 2 No 3 Desconocido
- Describir: _____
- _____
- _____

Gastos:

_____ **De laboratorio** (VHB, VHC, VIH, otros)

_____ Trabajador de Salud

_____ Fuente

_____ **De tratamiento profiláctico** (HBIG, vacuna VHB, tétanos, otros)

_____ Trabajador de Salud

_____ Fuente

_____ **De atención médica** (Emergencia, Servicio de Salud del Trabajador, otros)

_____ **Otros gastos** (Seguro de Compensación de Enfermedad, Cirugía, otros)

_____ **TOTAL** (redondear al número entero más cercano)

- ¿El accidentado debió ampararse en el seguro de enfermedad? 1 Si 2 No 3 Desconocido
- En caso afirmativo, ¿Cuántos días estuvo sin trabajar?** _____
- ¿Cuántos días estuvo con actividad laboral restringida? _____

- En los 10 días laborables después del accidente, ¿Fue necesario tratamiento médico o quirúrgico, o el trabajador falleció?**
- 1 Si
 - 2 No
 - 3 Desconocido