

# 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.  
V1.3c Chile

7/2004

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

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 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 Servicio/Limpieza, Tisanería    |
| <input type="checkbox"/> 18 HCA/NA  | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador Lavadero                      |
| <input type="checkbox"/> 6 Fisioterapeuta                                   | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad                        |
| <input type="checkbox"/> 7 ODA/ODP  | <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 CTI/UCE: 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) 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)

- 1 Contaminado (exposición conocida a paciente o material contaminado)  $\Rightarrow$  ¿había sangre en el objeto?  1 Si
- 2 No Contaminado (exposición no conocida a paciente o material contaminado)  2 No
- 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 ( <i>jeringa</i> )  | <input type="checkbox"/> 9 Para Obtener una Muestra de Fluído 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  $\Rightarrow$ si se uso para extraer sangre ¿era? <input type="checkbox"/> ¿Pinchazo directo? <input type="checkbox"/> ¿Extraer desde una vía? | <input type="checkbox"/> 14 Para Contener Fluído Corporal o Fármaco ( <i>objeto de vidrio</i> )  |
|  | <input type="checkbox"/> 15 Otro; Describir: _____   |

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 Descartarlo ( <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 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 ( <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 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 ( <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 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 via IV (incluye conectores de via 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.)

**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 Gancho de Hueso
- 39 Gancho de Toalla
- 40 Cuchilla de Microtomo
- 41 Trocar
- 42 Tubo de Aspiración (plástico)

- 28 Aguja sin Estar Seguro de Que Tipo
- 29 Otra Aguja; describir: \_\_\_\_\_
- 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/Hemostaticas/Pinzas
- 58 Objeto Filoso, Sin saber cual
- 59 Otro Objeto Filoso; 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 Filoso de Uso Médico, ¿Tenía un "Diseño de Seguridad, "Retráctil, Aguja o Filo Romo, etc."?

- 1 Si
- 2 No
- 3 Desconocido

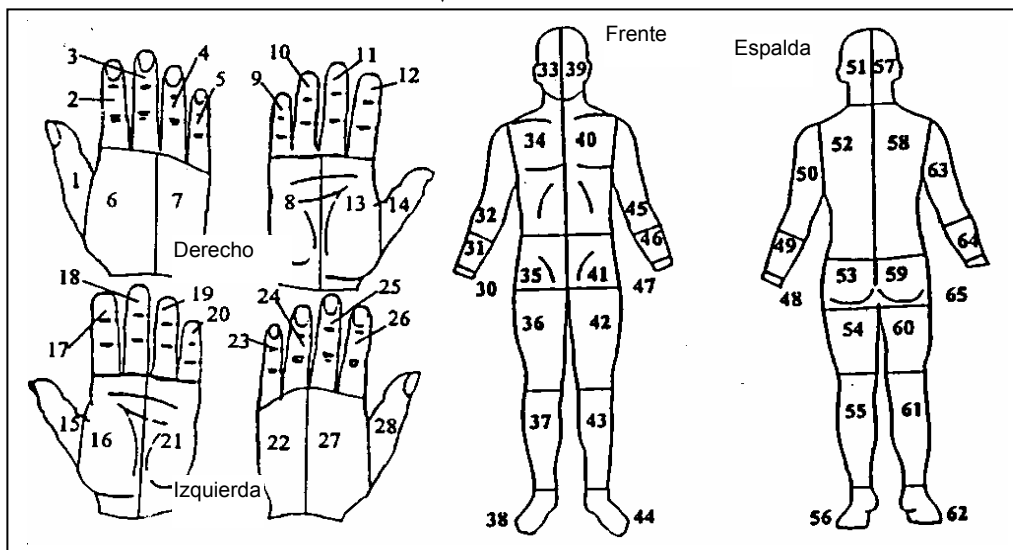
13a) ¿Estaba el Mecanismo de Protección Activado?

- 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 Ingeniería, Administrativas, de Organización o de Prácticas del Trabajo, ¿Hubieran Prevenido el Accidente?**     1 Si     2 No     3 Desconocido

Describir: \_\_\_\_\_

---

---

---

**Gastos:**

_____	<b>De Laboratorio</b> (Hb, HCV, HIV, otros)
_____	Trabajador Sanitario
_____	Fuente
_____	<b>De Tratamiento Profiláctico</b> (HBIG, Hb vacuna, tetanos, otros)
_____	Trabajador Sanitario
_____	Fuente
_____	<b>De Atención Médica</b> (Emergencia, Cirugía, otros)
_____	<b>Otros Gastos</b> (Seguro de Enfermedad, otros)
_____	<b>TOTAL</b> (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? \_\_\_\_\_

**¿Fue Necesario Tratamiento Médico o Quirúrgico, o la Muerte Ocurrió 10 Días Laborables Despues?**     1 Si     2 No     3 Desconocido