

# Registro de Lesión con Agujas u Objetos Punzocortantes

Número de cédula: \_\_\_\_\_

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

Email: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Accidente N°: (uso interno) **S** \_\_\_\_\_ NR Habilitación: (uso interno) \_\_\_\_\_

Registrado por: \_\_\_\_\_

1. Fecha Accidente:       2. Hora del Accidente:

3. Dpto./Servicio donde labora el trabajador: \_\_\_\_\_

4. Quien contrata al trabajador: \_\_\_\_\_

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 =====> <input type="checkbox"/> 1 Professional                   | <input type="checkbox"/> 14 Auxiliar de servicios generales /Limpieza |
| <input type="checkbox"/> 5 Estudiante enfermería <input type="checkbox"/> 2 Especialista                       | <input type="checkbox"/> 19 Trabajador lavandería                     |
| <input type="checkbox"/> 18 Aux de salud familiar/comunitaria <input type="checkbox"/> 3 Aux enferm camillaero | <input type="checkbox"/> 20 Portero/Seguridad                         |
| <input type="checkbox"/> 6 Teraupeta respiratoria  | <input type="checkbox"/> 16 Ambulancia/Paramédico                     |
| <input type="checkbox"/> 7 Asistente de cirugía/Instrumentador   | <input type="checkbox"/> 17 Otro estudiante                           |
| <input type="checkbox"/> 8 Otro asistente  | <input type="checkbox"/> 15 Otro; describir: _____                    |
| <input type="checkbox"/> 10 Tecnólogo laboratorio clínico  |   |

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 Sala procedimiento diagnóstico (radiología/ECG/EEG, ...)   |
| <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 Servicio general (lavandería/suministros/mantenimiento...) |
| <input type="checkbox"/> 6 Policlínica/ consultorio externo                         | <input type="checkbox"/> 16 Sala de parto  |
| <input type="checkbox"/> 7 Banco de sangre  | <input type="checkbox"/> 17 Servicio atención en el hogar                              |
| <input type="checkbox"/> 8 Unidad de extracciones de sangre                         | <input type="checkbox"/> 14 Otros; 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) => | ¿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  > si se uso para extraer sangre ¿era? | <input type="checkbox"/> 14 Para contener fluido corporal o fármaco (objeto de vidrio)  |
|   | <input type="checkbox"/> 15 Otro; describir _____   |
|   | <input type="checkbox"/> ¿Pinchazo directo? <input type="checkbox"/> ¿Extrados desde una vía?   |

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: _____   |



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.  
Access 2010 Colombia 1-1d

9/2014

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 via IV (incluye conectores de via 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

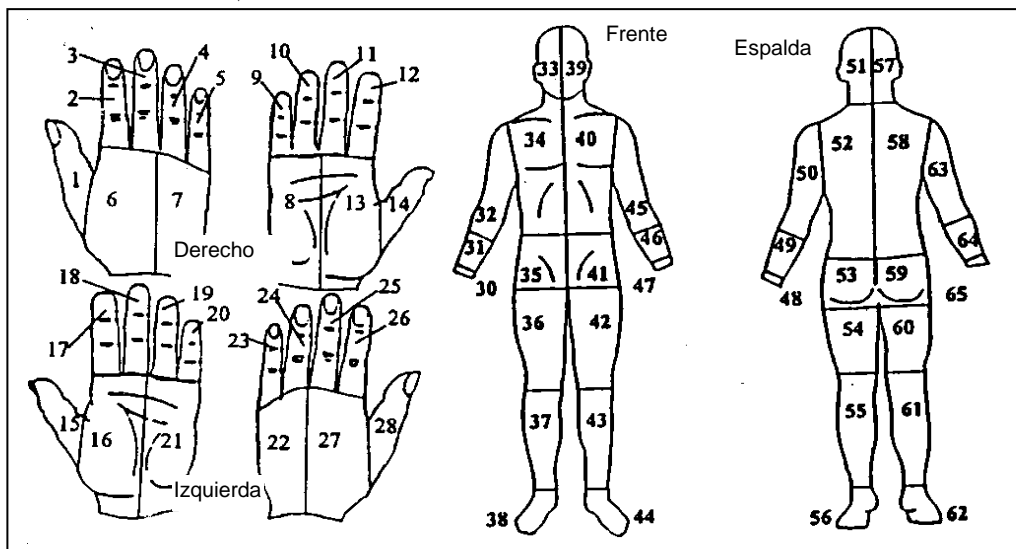
13a. ¿Estaba el mecanismo de protección activado?

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

---

---

---

**19. Para el trabajador el salud 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: \_\_\_\_\_

---

---

**20a. Para el Trabajador de Salud Accidentado: Considera Ud. que Otras Medidas Administrativas u de Organización del trabajo ¿Hubieran Prevenido el Accidente?**

- 1 Si       2 No       3 Desconocido

**20b. Para el Trabajador de Salud Accidentado: Considera Ud. Que Otras Medidas relacionadas con las Prácticas del Trabajo, ¿Hubieran Prevenido el Accidente?**

- 1 Si       2 No       3 Desconocido

**20c. Para el Trabajador de Salud Accidentado: Considera Ud. que Otras Medidas de Ingeniería ¿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 tenía Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) o fue atendido por su EPS?**

- 1 ARP       2 EPS       3 Servicio médico Particular       4 No fue atendido       5 Desconocido

En caso afirmativo, ¿Cuántos días estuvo sin trabajar? \_\_\_\_\_

¿Cuántos días estuvo con actividad laboral restringida? \_\_\_\_\_

**En os 10 días laborables después del accidente, ¿Fue necesario tratamiento médico o quirúrgico, o el trabajador falleció?**

- 1 Si       2 No       3 Desconocido