

**ANEXO A**

FICHA DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE ACCIDENTE LABORAL

a) De la Institución

Nombre:

Servicio:

1) - Cantidad de Personal:	(indicar N° total en cada categoría)
	Profesional:
	Técnico:
	Administrativo:
	Maestranza:
	Otro (especificar):

2) - Se dictó en su establecimiento algún curso de Prevención de Riesgos Biológicos para trabajadores de Salud?: SI .....NO.....

3) Si la respuesta a 2 es SI:

Existe en la institución un programa de evaluación y control del cumplimiento de las mismas?: SI..... NO.....

Si la respuesta es NO explique los motivos:

4) - Dispone su institución de medicación para uso profiláctico en caso de accidentes?: SI.....NO.....

Si la respuesta es SI indique que medicación dispone:

5) - Indique el N° total de accidentes en los últimos doce meses:

**b) Del accidentado:**Datos personales:

Nombre y Apellido:.....		
Edad .....	Ocupación:.....	Antigüedad en ella: .....
Área de trabajo: .....		
Fecha del Accidente ... / ... / ...		

i) Descripción del Accidente:

a) FORMA DEL ACCIDENTE (caída, caída de objetos, contacto con, exposición a):

b) AGENTE CAUSANTE (Herramienta, agente biológico, etc.):

c) NATURALEZA DE LA LESION (punción, corte, fractura, etc.):

d) ZONA AFECTADA (dedo, mano, pierna, brazo, etc.):

e) OTRO (especificar):

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA-DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA/  
 SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
 DEPARTAMENTO DE VIH/SIDA E ITS  
 AREA DE ESTUDIOS E INVESTIGACION

ii) Lugar donde ocurrió el accidente:	a) quirófano:
	b) Laboratorio:
	c) Sala de internación:
	d) Lavadero:
	e) Otro (especificar):

**Antecedentes:**

Recibió transfusión de sangre?: NO..... SI..... Cuando?: .....

Cirugías previas: NO... SI..... Cuando?: .....

Consumió drogas por vía EV?: NO SI. Cuando?: .....

Tuvo otros accidentes con riesgo de infección?: NO... SI... N/C..... Cuando?:.....

Tuvo hepatitis?: NO.... SI..... N/C.....

Recibió vacunación antihepatitis?: NO..... SI..... Cuando?:..... Cuantas dosis?:.....

**Examen de laboratorio (tiempo "0"):**

TGP:..... TGO:..... CPK:.....

Anti-HCV Anti-HBc HBsAg .....

Anti-HBs (si está vacunado).....

Profilaxis: .....

Gamaglobulina HB:..... NO..... SI..... Dosis: .....

Vacuna HBV: .....

Quimioprofilaxis HIV: NO SI. MEDICAMENTOS:

**c) Del paciente fuente:**

Código: \*..... H. CLINICA.: .....

Enfermedad actual: .....

Servicio donde está internado: .....

\* Inicial de Nombre y Apellido y fecha de nacimiento (dd / mm / aa)

Tiene antecedentes de:

• hepatitis?: SI NO N/C

• HIV?: SI NO N/C

• cirugías?: SI NO .....

• transfusiones: SI NO ..... FECHA (m/a): /

Serología:

Anti-HBc: .....

HBsAg: .....

Anti-HCV: .....

Anti-HIV: .....

Firma Autorizada: .....

Lugar y fecha: .....

NOTA:

**La presente Notificación deberá ser llenada por duplicado** : el Original queda en el servicio indicado en el punto 2) de "Recomendaciones Particulares" y la copia se remitirán AL DEPARTAMENTO DE VIH/SIDA E ITS- AREA DE INVESTIGACION. PLACIDO MARTINEZ 1046- TEL 3783 475104-CORREO ELECTRONICO: [sidacorrinvestigaciones@yahoo.com.ar](mailto:sidacorrinvestigaciones@yahoo.com.ar) / [sidacor@hotmail.com.ar](mailto:sidacor@hotmail.com.ar)

**ANEXO**

**B**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL COMBINADO EN PROFILAXIS POSTERIOR  
A ACCIDENTE

(PPA EN ACCIDENTE DE RIESGO).  
YO,.....

(Colocar: Nombre, Apellido, matrícula,)... Declaro haber sido ampliamente informado por el Dr./a ....., sobre las características y riesgos del accidente que he sufrido el día ... / ... / ..., a las .....hS. En tal sentido he entendido y comprendido que de acuerdo a las circunstancias del accidente (relatar objetivamente tipo y características del accidente: tipo de herida (exposición percutánea, contacto con membranas, piel etc.) tipo de instrumental, presencia de sangre visible o no, maniobra, sector, testigos, etc. y en lo posible datos del paciente fuente: infecciones virales, estado clínico, presencia de resistencia a antivirales, etc.) Se ha categorizado al mismo como de riesgo para la transmisión de infección por patógenos. A su vez se me informó que ajuste un tratamiento preventivo para la transmisión del HIV en esta clase de accidentes, consistente en la toma de una combinación de medicamentos antiretrovirales durante cuatro semanas. La profilaxis posterior al accidente (PPA) se recomienda para el tipo de accidentes que he sufrido y de acuerdo a estudios realizados por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (USA) se ha establecido que la PPA con zidovudina sola disminuye en un 79 % la posibilidad de seroconversión de HIV luego de exposición percutánea a sangre infectada. Para los pacientes infectados por HIV la terapia combinada con drogas, como las que se me recomiendan para la PPA, ha demostrado que tiene mayor eficacia antiretroviral y que, inclusive, es útil para virus resistentes a la zidovudina. Se me ha informado y lo he comprendido que la PPA que se me recomienda, de acuerdo a estudios realizados en animales, debe ser administrada rápidamente luego del accidente porque aumenta su eficacia, preferentemente 1 o 2 horas luego de la exposición. Los riesgos, toxicidad, efectos adversos y colaterales de las drogas antiretrovirales que conforman la PPA no están evaluados en personas no infectadas por HIV, ni en el primer trimestre del embarazo. La información con que se cuenta está referida a la aplicación de esas drogas antiretrovirales para personas infectadas por HIV y sus complicaciones están referidas a la aparición de: Para Zidovudina: los principales efectos adversos son anemia y disminución parcial de defensas (granulocitopenia). Otros efectos secundarios son cefalea (42%), náuseas (46%), dolor abdominal (20%), sensación de cansancio (astenia 19%), erupción transitoria en la piel (rush cutáneo) (17%), diarrea (12%), disminución o pérdida del apetito (anorexia 11%). Sólo entre un 6 y 8% se han presentado mareos, somnolencia, malestar general, dolores en nervios (neuralgia) y vómitos. En menos de un 5% de los casos se puede presentar insomnio, trastornos digestivos (dispepsia), sudoración, alteración en el gusto (disgeusia), tos, hemorragia nasal (epistaxis), acné, urticaria, confusión, molestia a la luz (fotofobia), visión doble (ambliopia), excesiva cantidad de orina (poliuria), y/o dolor al orinar (disuria). Para los inhibidores de la proteasa: la mayoría de los efectos secundarios son de intensidad leve y consisten en diarrea, molestias abdominales y náuseas. En combinación con ZDV y ddC se puede presentar: aumento de sudoración, sensación de hormigueo en extremidades (parestesia), confusión, problemas visuales, insomnio, disminución de la capacidad de concentración, irritabilidad.

Es frecuente también estados de euforia, trastornos digestivos (dispepsia), mucositis, estreñimiento, eructos, inflamación de la lengua (glositis), inflamación de la laringe (laringitis), dificultad para respirar (apnea), fiebre, trastornos del apetito, decaimiento y debilitamiento general (síndrome consuntivo) y alteraciones del gusto.

Para Zalcitabina: los efectos más comunes (17 a 31%) son hormigueo, enrojecimiento, entumecimiento, dolor en manos, brazos, pies y piernas. Los efectos medios comunes son fiebre, dolor en articulaciones, dolor muscular, erupciones transitorias en la piel (rush cutáneo), úlceras en boca y garganta, diarrea, dolor de cabeza, los efectos más raros son fiebre y dolor de garganta, náuseas y vómitos, dolor de estómago (severo), ictericia de oídos y piel, dolor de cabeza

y

diarrea.

Para Didanosina: los efectos adversos más comunes son pancreatitis entumecimiento y hormigueo en manos, brazos, pies y piernas, diarrea, náusea, vómito. Con menor frecuencia escalofrío, fiebre, cefalea, dolor, dolor abdominal, erupción cutánea, prurito, decaimiento, crisis, convulsiones, neumonía, infecciones, confusión e insomnio, depresión del sistema nervioso central, estreñimiento estomatitis, mialgia, artritis, trastornos del gusto, sequedad de boca alopecia y mareo:

raras

veces

insuficiencia

hepática.

Para Stavudina los efectos secundarios más comunes son: entumecimiento y hormigueo de manos, brazos, piernas y pies, cefalea, escalofríos, fiebre, decaimiento, falta de fuerzas, diarrea, náusea, vómito, mialgia, insomnio, erupción cutánea.

Menos frecuentes pueden ser: dolor de espalda, dolor abdominal, malestar, reacción alérgica, síndrome gripal, dolor pélvico, neoplasmas, dolor en el pecho, vasodilatación, hipertensión, falta de apetito, dispepsia, estreñimiento, linfadenopatía, pérdida de peso, artralgia, ansiedad, depresión, nerviosismo, mareos, confusión, migraña, temblores, trastorno vesicular periférico, síncope, disuria,

dismenorrea,

vaginitis.

Para Lamivudina los efectos adversos más frecuentes son: cefalea, fatiga náusea diarrea, neutropenia. Menos frecuente son: fiebre o escalofríos, náusea y vómito, pérdida del apetito, dolor abdominal, entumecimiento y hormigueo en manos, brazos, piernas y pies, anemia, mialgia, artralgia, dolor esqueleto-muscular, erupción

cutánea.

Por todo lo expuesto, habiendo evaluado y comprendido la información que he recibido, teniendo en cuenta los posibles beneficios (más del 79% de posibilidades de evitar la transmisión del HIV) y los potenciales riesgos detallados mas arriba y de acuerdo a las características de riesgo incrementado del accidente que he sufrido, manifiesto en forma libre e informada aceptar el tratamiento combinado que me recomienda del Dr./a ..... a partir de este momento (indicar día y hora) y durante las próximas cuatro semanas. Se me ha explicado además la posibilidad de evaluar, si existiera, el grado de toxicidad de la PPA que se me recomienda, por lo cual acepto expresamente a realizarme en este momento y luego de las próximas dos semanas un conteo completo de sangre y un control de la función renal y hepática; para adoptar las medidas apropiadas en caso de evidenciar signos subjetivos u objetivos de toxicidad.

También declaro en forma libre y voluntaria, que he sido ampliamente informado/a por el Dr./a ..... sobre la necesidad de someterme en este momento a una prueba diagnóstica para la detección indirecta del virus HIV, a partir del estudio de la presencia de anticuerpos para dicho virus, mediante la técnica ELISA o similar. También se me informó que el seguimiento para determinar o no la probabilidad de transmisión del HIV por el accidente que he sufrido deberá realizarse, además de este estudio inicial (base) con otros estudios similares en las próximas 6<sup>a</sup>, 12<sup>a</sup>, 24<sup>a</sup> y

52<sup>a</sup>

semanas.

A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así

también el debido asesoramiento y asistencia médica, en el caso de estar infectado por el HIV.

Por todo lo expuesto consiento expresamente a que se me efectúe dicha prueba diagnóstica en el día de la fecha (indicar hora), en el caso que fuesen positivos los primeros resultados, las que sean necesarias para la confirmación definitiva.

FIRMAS:\*

LUGAR Y FECHA: \*\*.....

\* Deben firmar, el accidentado, el profesional y/o autoridad interviniente.

\*\* La fecha debe corresponder con la de la ficha de notificación del accidente.

**ANEXO C**  
NO CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL  
EN PROFILAXIS POSTERIOR A ACCIDENTE

YO, (colocar: Nombre/s, Apellido/s, N° de matrícula, ficha municipal o legajo), Declaro haber sido ampliamente informado por el Dr./a ....., sobre las características y riesgos del accidente que he sufrido el día ... / ... / ..., a las .... h. En tal sentido he entendido y comprendido que de acuerdo a las circunstancias del accidente (relatar objetivamente tipo y características del accidente: tipo de herida (exposición percutánea, contacto con membranas, piel, etc.), tipo de instrumental, presencia de sangre visible o no, maniobra, sector, testigos, etc. y en lo posible datos del paciente fuente: infecciones virales, estado clínico, presencia de resistencia a antiretrovirales, etc.) se ha categorizado al mismo como de riesgo para la transmisión de infección por patógenos.

A su vez se me informó que existe un tratamiento preventivo para la transmisión del VIH en esta clase de accidente, consistente en la toma de una combinación de medicamentos antiretrovirales durante cuatro semanas. Para el tipo de accidentes que he sufrido se recomienda la profilaxis posterior al accidente (PPA) que, de acuerdo a estudios realizados por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (USA) se ha establecido que la PPA con Zidovudina sola disminuye en un 79 % la posibilidad de seroconversión por VIH luego de exposición percutánea a sangre infectada.

Para los pacientes infectados por VIH la terapia combinada con drogas como las que se me recomiendan para la PPA, ha demostrado que tiene mayor eficacia antiretroviral y que, inclusive, es útil para virus resistentes a la zidovudina. Se me ha informado y lo he comprendido que la PPA que se me recomienda, de acuerdo a estudios realizados en animales, debe ser administrada rápidamente luego del accidente porque aumenta su eficacia preferentemente 1 o 2 horas luego de la exposición.

Por otra parte se me ha informado que los riesgos, toxicidad, efectos adversos y colaterales de las drogas antiretrovirales que conforman la PPA no están evaluados de personas no infectadas por VIH, ni en el primer trimestre del embarazo. Por todo lo expuesto, habiendo evaluado y comprendido la información que he recibido, teniendo en cuenta los posibles beneficios y los potenciales riesgos detallados más arriba y de acuerdo a las características de riesgo incrementado del accidente que he sufrido, manifiesto en forma libre e informada no aceptar el tratamiento que me recomienda el/la Dr./a .....

Asimismo declaro en forma libre y voluntaria, que he sido ampliamente informado/a por el Dr/a. ...., sobre la necesidad de someterme en este momento a una prueba diagnóstica para la detección indirecta del virus VIH, a partir del estudio de la presencia de anticuerpos para dicho virus, mediante la técnica de ELISA o similar.

También se me informó que el seguimiento para determinar o no la probabilidad de transmisión del VIH por el accidente que he sufrido deberá realizarse, además de este estudio inicial (base) con otros estudios similares dentro de las próximas 6 semanas, 12 semanas, 24 semanas y 52 semanas. A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA-DIRECCION DE EPIDEMIOLOGIA/  
SUBDIRECCION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA  
DEPARTAMENTO DE VIH/SIDA E ITS  
AREA DE ESTUDIOS E INVESTIGACION

también el debido asesoramiento y asistencia médica, en el caso de estar infectado por el VIH.

Por todo lo expuesto consiento expresamente a que se me efectúe dicha prueba diagnóstica en el día de la fecha, a las ... h., en el caso que fuesen positivos los primeros resultados, las que sean necesarias para la confirmación definitiva.

FIRMAS:\*

LUGAR

Y

FECHA:

\*\*

\* Firma y aclaración de: el accidentado, el profesional y/o autoridad interviniente.

\*\* La fecha debe corresponder con la de la FICHA DE NOTIFICACION DEL ACCIDENTE.