Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Odontología

PROTOCOLO A SEGUIR ANTE UN ACCIDENTE DE LOS ESTUDIANTES CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES

Aprobado por Res.148/14 HCD

En caso de accidente con elementos cortopunzantes, seguir los pasos que se describen a continuación:

1. En forma **inmediata y en el mismo sitio del accidente si fuera posible**: Realizar la desinfección de la zona con agua y jabón. Si es mucosa o conjuntiva lavar con solución fisiológica.

2. **Notificar de inmediato** del accidente al Docente responsable de la actividad clínica.

3. El docente responsable deberá **dejar constancia** del accidente en libro foliado presente en toda las Cátedras con actividad clínica, anotando los datos personales del estudiante accidentado y del paciente (Nombre y Apellido, DNI, Dirección y número de Historia Clínica).

4. **Derivación** al médico de la Facultad para que **evalúe** riesgos y conducta a seguir y **quien deberá**:

   1-Dejar asentado en el LIBRO FOLIADO el accidente a los efectos legales que hubiere, suministrando amplio detalle de las circunstancias del mismo y la terapéutica instituida, como así también el nombre del responsable que intervino en el procedimiento.
   2-Derivar al accidentado al COMITÉ DE ACCIDENTES OCUPACIONALES y NO OCUPACIONALES (ENO) del Hospital Rawson en las **primeras 2** (dos) horas; el estudiante debe ser acompañado por el personal docente responsable de la Cátedra (Prof. Titular o Prof. Adjunto) u otro agente responsable de la Institución.

5. En caso que **el estudiante** se negara a realizar el trámite correspondiente establecido en el "Protocolo ante un accidente cortopunzante de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba", se deberá dejar debida constancia de su decisión en el LIBRO FOLIADO en el que quedó registrado dicho accidente.

6. **En relación al Paciente:** Cuando el paciente fuente es identificable, previa explicación de la situación, el docente debe solicitarle el consentimiento informado específico (Anexo N 1) para la toma de la muestra y realización de Exámenes de Hepatitis B, C y VIH. Si el paciente da su consentimiento para realizar los análisis deberá acompañar el estudiante accidentado al COMITÉ DE ACCIDENTES OCUPACIONALES y NO OCUPACIONALES (ENO) del Hospital Rawson para realizar los estudios correspondientes.

7. Si el paciente no autoriza la toma de muestra y por lo que no se realizarán los exámenes requeridos, su decisión debe quedar consignada y con su firma en el LIBRO FOLIADO en el cual consta la notificación del accidente.

ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE PARA REALIZAR EXAMENES DE ANTICUERPO VIRUS INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, VIRUS HEPATITIS C, ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B.

Yo, por medio de la presente acepto que me sea realizado un examen para anticuerpo contra el VIH, virus hepatitis C y antígeno Hepatitis B. He sido informado que el examen implica tomar una pequeña muestra de mi sangre a través de una aguja.

Estoy enterado que un examen reactivo para cualquiera de estos indica que la persona probablemente estuvo expuesta a estos virus en algún momento en el pasado y ha formado anticuerpos o tiene antígeno de ellos. También estoy en conocimiento que la presencia de anticuerpos a VIH no significa necesariamente que la persona tiene o adquiera SIDA, y que la presencia de anticuerpos para el virus de la Hepatitis C o antígeno de superficie para Hepatitis B, significan que se es portador de esta enfermedad.

Entiendo que el examen es voluntario y que no estoy obligado a que mi sangre sea analizada para los exámenes antes mencionados.

El examen ha sido ordenado porque un/a estudiante estuvo expuesto/a a mi sangre u otro fluido corporal. Entiendo que este examen no significará ningún costo para mí. Se me ha informado que el resultado del examen será registrado en un LIBRO FOLIADO donde se consignan los accidentes con elementos cortopunzantes de los estudiantes expuestos.

Sé que la obtención del resultado final del examen puede tomar dos o más semanas.

Se me ha informado que el resultado del examen me será comunicado por el docente responsable, quien puede y debe responder todas mis consultas.

Mi firma confirma que yo he leído este consentimiento formal, he consultado todas las dudas acerca de las razones y la naturaleza de este examen, y por medio de la presente estoy de acuerdo para que se tomen una muestra para ellos.

Nombre y Apellido del Paciente:_____

Dirección_____

Fecha_____

Firma

Cátedra o Servicio donde ocurrió accidente:_____

Nombre y apellido del Estudiante_____

Nombre y Apellido del Docente Responsable_____

NOTA: La palabra “paciente” significa el paciente o familiar responsable.